

The background of the cover features a light green gradient. In the upper right, a large, stylized orange hand reaches down. In the lower left, another large, stylized orange hand reaches up. Between them is a grey outline of a heart. A grey heartbeat line (EKG) runs horizontally across the middle, passing behind the heart and the hands.

En kvalitativ undersøgelse af brobyggerpsygeplejerskers grænsedragningspraksisser i arbejdslivet med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb

*"Jeg har fundet et arbejde som
sygeplejerske, hvor jeg kan have den grad
af frihed, der skal til, for at jeg kan lykkes"*

Sofie Amalie Guldborg
Mette L. Riis Rasmussen
Mads Wamberg Rasmussen

Vejleder: Morten Kyed

Speciale Sociologi 10. Semester 2023
Antal anslag: 211.660



AALBORG
UNIVERSITET

STUDENTERRAPPORT

Forord

Vi ønsker først og fremmest at sende en stor tak til de fem brobyggersygeplejersker ved Aalborg Universitetshospital, som har deltaget i vores undersøgelse. Tak for al jeres tid og mod på at lukke os ind i jeres arbejdsliv. Uden jer havde specialet ikke været muligt.

Derudover vil vi gerne sende en stor tak til seniorforsker ved Enhed for Psykiatrisk Forskning, Aalborg Universitetshospital, Birgitte Lerbæk. Du så muligheden i vores idé fra start af og spillede en afgørende rolle i vores kontakt til Universitetshospitalet og for vores adgang til feltet. Tak for at være en god sparringspartner og støtte i forskningsprocessen.

Vi ønsker ligeledes at sende en stor tak til vores specialevejleder, lektor i Sociologi ved Aalborg Universitet, Morten Kyed. Tak for dine talrige idéer og din konstruktive vejledning. Tak for din altid positive indstilling. Dit store engagement for det sociologiske felt har og vil fremadrettet inspirere os.

Der skal også lyde en tak til vores opponentvejleder, lektor i Sociologi ved Aalborg Universitet, Ninna Meier, for at dele ud af din faglige viden ved vores specialeseminar.

Endelig vil vi gerne takke Malene Damkjær Rasmussen, specialestuderende i Sociologi. Tusind tak for godt humør og god sparring, særligt i den sidste fase af specialeprocessen.

Summary

This master's thesis focuses on Danish Nurse Case Managers (NCM) employed at Aalborg University Hospital in the North Denmark Region. The NCM-function was created in 2019 with the intent of reducing inequality in health by supporting vulnerable people with multi-morbidity and complex treatment trajectories across multiple healthcare and social services. The aim of the study is to explore how the NCMs create boundaries in their work life with this target group. The thesis was made possible through a collaboration with the Unit for Psychiatric Research, Aalborg University Hospital.

Throughout the thesis we have applied Margaretha Järvinen and Nanna Mik-Meyer's combination of constructivism and interactionism. Furthermore, we find inspiration in Derek Layder's adaptive theory regarding his use of orienting concepts and utilisation of both inductive and deductive procedures. The chosen orienting concepts are Eviatar Zerubavel's theory of boundary work, Christena Nippert-Eng's continuum between integration and segmentation of home and work, Leonard I. Pearlin og Carmi Schooler's understanding of coping strategies and finally Erving Goffman's theatrical metaphor focusing on the terms backstage and frontstage. These concepts were chosen as steppingstones to identify and unfold the NCMs' boundary work in their everyday work life. To obtain this insight we applied the qualitative methods shadowing and semi structured individual interviews. In total, five out of six NCMs from the North Denmark Region agreed to take part in our study; we observed three NCMs in their everyday work life, while all five were interviewed after conducting the observations.

The analysis is split into two parts. The first part of the analysis focuses on how the NCMs create boundaries for their function and work tasks. The NCMs' work is characterised by a high degree of self-organisation and a potentially great space for action in comparison with usual hospital nurses. This means that the NCMs to a great extent must actively define their work tasks and patient group which can demand a great deal of attention and mental energy. In addition, the NCMs exhibit different variations of segmentation and integration of home and work according to the given situation and audience that stand before them. Material artefacts like the work phone and the work computer can either indicate a greater deal of segmentation or enable integration of work and home. The NCMs' boundary work is thus processual and adapted situationally to the individual patient and is negotiated in interactions with their colleagues and collaboration partners.

The second part of the analysis focuses on how the NCMs create boundaries for their private, personal, and professional involvement with the patients and co-workers. It is essential that the NCMs establish and maintain a meaningful relationship with their patients in order to support them in their

complex treatment trajectories by acting as a ‘familiar face’ and a continuous element. From this we identified how the NCMs presented a special patient-behaviour (frontstage) which was characterised by a personal *and* professional approach. These relationships demand boundary work and different strategies as a means to sustain a healthy degree of involvement and distance which can be characterised as a benign detachment. This line of ‘people work’ can be challenging and thereby cause a need for coping strategies. We observed how the NCMs engage in different communities of coping with colleagues who can relate to each other's experiences. This behaviour was reserved for areas out of sight from patients (backstage). In these areas the NCMs could engage in professional discussions, receive feedback, blow off steam and utilise gallows humour as special coping techniques.

This master's thesis contributes with a constructivist and interactionist insight into the NCMs boundary work in their work with people in vulnerable situations and complex treatment trajectories. Some of the analytical findings support existing research regarding the NCMs but this study also points to new aspects and thereby provides nuances to these perspectives. We observed first-hand how crucial the role of the NCMs is for equal access to health services and this master's thesis thus underlines the importance of continuing the research as to how we can support the professionals who carry out this line of work.

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning.....	1
2.0 Problemfelt	2
2.1 Udviklingen i multisygdom og tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet	2
2.2 Brobyggersygeplejerskerne i Region Nordjylland.....	4
2.3 Perspektivering til sygeplejersker og socialrådgivere	5
2.3.1 'People work' og omsorgsarbejde	6
2.4 Eksisterende forskning om brobyggersygeplejersker	9
2.4.1 Det sjællandske brobyggerprojekt	9
2.4.2 Something Else Than Usual Hospital Care	11
3.0 Problemformulering	13
4.0 Konstruktivistisk interaktionisme.....	14
5.0 Adaptivt forskningsdesign.....	16
5.1 Orienterende begreber	17
5.1.1 Grænsedragningspraksisser	17
5.1.2 Integrering og segmentering af arbejdsliv og privatliv.....	19
5.1.3 Håndteringsstrategier	20
5.1.4 Frontstage og Backstage	21
5.2 De orienterende begrebers komplementaritet	23
6.0 Kvalitativ metode	25
6.1 Adgang til feltet og rekruttering af brobyggersygeplejerskerne	26
6.2 Short-term etnografisk observation via shadowing.....	27
6.2.1 Shadowing og vores position i feltet	29
6.2.2 Feltnoter	31
6.2.3 Observationsguide	33
6.3 Individuelt semistruktureret interview	35
6.3.1 Interviewguide	37
6.3.2 Rammerne for interviewet	39
6.3.3 Transskribering.....	40
6.4 Analysestrategi og kodningsproces.....	41
7.0 Analytiske fund	43
7.1 En typisk arbejdsdag	43
7.2 Brobyggersygeplejerskers grænsedragningspraksisser i deres funktion og arbejdsopgaver	47
7.2.1 Selvtilrettelæggelsens ambivalens	47
7.2.2 Tværsektorielt handlerum	50
7.2.3 Grænser for arbejdsopgaver og patientgruppen.....	53
7.2.4 Grænser omkring arbejdslivet - "Jeg håber, at jeg kan holde fri i morgen, men jeg ringer lige ind" .	57

7.3 Brobyggersygeplejerskers grænsedragningspraksisser for deres private, personlige og professionelle involvering i relationer med patienter og kolleger	63
7.3.1 Nødvendigt og meningsfuldt relationsarbejde	64
7.3.2 “Man kan godt være nærværende og være professionel, men man skal ikke ud i at være personlig”	66
7.3.3 Brobyggersygeplejerskernes sceneadfærd	72
8.0 Konklusion	83
9.0 Litteraturliste	88

1.0 Indledning

Om kunsten at hjælpe

At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han - men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.

- Søren Kierkegaard (1848:31)

Sundhedsvæsenet er i disse dage under et massivt pres, og dets indretning og fremtid står højt på dagsordenen i den offentlige debat. En væsentlig problematik omhandler den voksende andel af multisyge mennesker i Danmark, som i særlig grad er blevet en udfordring for sundhedssystemet. De multisyge er en særligt udsat gruppe, som kan have svært ved at navigere i deres flere komplekse og usammenhængende behandlingsforløb; indsatsen overfor denne særligt udsatte gruppe kan siges at kræve nytænkning og tværsektorielt samarbejde (Frølich et. al 2017:9, 17f, 36f).

“Vi skal hjælpe folk med at finde vej i et sundhedsvæsen, der kan virke uoverskueligt”, meddelte Stephanie Lose, den daværende formand for Danske Regioner i 2018. I lyset af dette blev der i 2019 oprettet en ny landsdækkende funktion, for at understøtte disse særligt udsatte mennesker i sundhedsvæsenet (Danske Regioner 2018). I Region Nordjylland ved Aalborg Universitetshospital kaldes denne nye funktion for en *Brobyggersygeplejerske*. Denne nye funktion har til formål at forsøge at gribe de særligt sårbare og socialt udsatte mennesker med komplekse behandlingsforløb ved at arbejde og koordinere på tværs af sektorer og medicinske specialer (Aalborg Universitetshospital 2023). Søren Kierkegaards ord om kunsten at hjælpe er i denne forbindelse toneangivende for brobyggersygeplejerskernes tilgang; man må forstå, før man kan hjælpe.

2.0 Problemfelt

Forinden præsentationen af specialets problemformulering, vil vi give et indblik i det sygdomsbillede, der aktuelt præger det danske sundhedsvæsen. Derefter følger en redegørelse af brobyggersygeplejerskernes funktion i Region Nordjylland ved Aalborg Universitetshospital. Dernæst perspektiveres der til sygeplejersker og socialrådgivere, for at fremme forståelsen for nogle af de udfordringer, som kan forekomme indenfor omsorgsarbejde. Afslutningsvist belyses den eksisterende forskning, som i skrivende stund findes omkring brobyggersygeplejersker, for at skærpe og underbygge specialets fokus. I slutningen af problemfeltet vil vi præsentere problemformuleringen med dertilhørende underspørgsmål.

2.1 Udviklingen i multisygdom og tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet

Historisk set har sundhedsvæsenets rolle ændret sig i takt med sygdomsbilledet. I kølvandet på den epidemiologiske transition i den sidste halvdel af det 20. århundrede har sygdomsbilledet ændret sig, således at den danske befolkning i dag overvejende lider af kroniske, ikke-livstruende lidelser og livsstilssygdomme (såsom kræft, KOL og diabetes), hvor der tidligere var tale om akutte og livstruende infektionssygdomme. Kroniske lidelser og sygdomme er mere udprægede blandt den ældre del af befolkningen, hvortil der grundet den stigende forventede levetid er tale om flere behandlingskrævende leveår. Dette har medført et fokusskifte fra medicinsk intervention og helbredelse til overvågning af folkesundheden og behandling for at forøge patienternes og borgernes¹ livskvalitet (Nettleton 2013:10).

Op mod 30 pct. af den danske befolkning kan karakteriseres som værende multisyg; det at de har to eller flere samtidige kroniske lidelser, som er behandlingskrævende (Kollerup et al. 2023). Multisygdom har ligeledes en social slagside, idet den rammer skævt i forhold til geografiske og sociale forhold. Personer, der er lavere socialt stillet, udvikler ikke kun multisygdommene hurtigere, men de er også mere tilbøjelige til at lide af flere multisygdomme end personer, som er socialt bedre stillede. Deres sygdomsforløb med et dårligt helbred er også oftere længere (Frølich et al. 2017:9,36f). Denne udvikling af folkesundheden lægger et pres på det danske sundhedsvæsen, da det hverken organisatorisk eller fagligt er indrettet efter at

¹ Den opmærksomme læser vil opdage, at vi i specialet benytter os af betegnelserne borger og/eller patient. Vi vil bruge 'borger' som betegnelse, når vi eksplicit ønsker at gøre opmærksom på, at individet ikke er indlagt. Vi vil derimod bruge 'patient' som betegnelse i alle andre tilfælde.

kunne tage hånd om multisygdom på en hensigtsmæssig måde (Frølich et al. 2017:9). Sundhedsvæsenet er netop kendetegnet ved en silotænkning, hvor sygehuset opdeles i adskillige ambulatorier og specialiserede afdelinger, hvor fokuset er rettet mod behandling af hver enkelt adskilt sygdom. Standardiserede behandlingsforløb og -pakker er dermed udprægede, og har den konsekvens for multisyge, at den helhedsorienterede helbreds-vurdering bliver negligeret grundet en manglende sammenhæng i behandlingsforløbene (Frølich et al. 2017:18). Multisygdom stiller altså store krav til individet om, at det selv skal skabe et overblik over mange, ofte usammenhængende, behandlingsforløb. Dette bliver især en udfordring, da *”mennesker med multisygdom er en særlig patientgruppe, der er kendetegnet ved at have komplekse problemstillinger, knyttet til somatiske og også ofte psykiatriske sygdomme, sociale problemer og udfordret arbejdsmarkedstilknytning”* (Frølich et al. 2017:7). Denne gruppe af mennesker har ofte ikke de fornødne socioøkonomiske ressourcer til at tage hånd om egen sygdom og behandlingsforløb, hvorfor de er særligt udsatte i sundhedssystemet.

Ligesom multisygdom stiller store krav til individet, stiller det ligeledes også store krav til sundhedssystemets evne til at koordinere og samarbejde tværsektorielt for at understøtte lige adgang til sundhed. I en gennemgang af forskning om tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet skriver KORA², at der er en *“positiv sammenhæng mellem graden af relationel koordinering, øget behandlingskvalitet, kortere indlæggelsestid og øget medarbejder- og patienttilfredshed”* (KORA 2014:27). Selvom der er klare fordele ved den tværsektorielle koordinering, er der på samme vis udfordringer og begrænsninger i systemets opbygning, som hæmmer dette:

Der er over årene blevet peget på mange barrierer for at skabe sammenhæng på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Barriererne har forskellige former, men handler eksempelvis om systemkompleksitet, en tradition for silotænkning, kultur- og fagkonflikter samt modstridende økonomiske, professionelle og politiske interesser (KORA 2014:5).

Tværsektoriel koordinering er således ikke en let opgave, selvom gevinsterne er tydelige. Som et svar på denne udvikling i folkesundheden og behovet for tværsektorielt samarbejde blev der

² KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning) blev i 2017 slået sammen med SFI (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd), og blev til det vi idag kender som VIVE (Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd).

i 2019 oprettet en ny landsdækkende stillingsfunktion i de danske regioner: *Brobyggerpsygeplejerske*.

2.2 Brobyggerpsygeplejerskerne i Region Nordjylland

Brobyggerfunktionen har til formål at forsøge at *“sikre, at alle patienter har lige adgang til sundhed, uanset deres sociale vilkår, individuelle forudsætninger og ressourcer”* (Aalborg Universitetshospital 2023). Dette skal opnås ved at koordinere komplekse udskrivelser og bygge bro mellem region, kommune og almen praksis for at sikre sammenhængende patient- og behandlingsforløb. Det handler således om at hjælpe og støtte udsatte mennesker med komplekse problemstillinger til at navigere i deres behandlingsforløb; såvel på sygehuset som i hjemmet, i samarbejde med kommunen og almen praksis. Funktionens tiltænkte målgruppe er derfor udsatte og sårbare multisyge borgere med flere behandlingskrævende sygdomme. Der kan være tale om en bred vifte af somatiske, såvel som psykiske lidelser, samt misbrugsproblematikker af forskellig art. Disse borgere og patienter er ofte udfordrede af en uhensigtsmæssig egenomsorg og sundhedsadfærd, og er dermed i stor grad afhængige af sociale- og/eller sundhedsydelser. Ydermere kan der også være tale om de borgere, som hverken er tidligere kendt i somatisk eller psykiatrisk regi, samt borgere der ikke formår at søge den nødvendige hjælp (Aalborg Universitetshospital 2023; Region Nordjylland 2022).

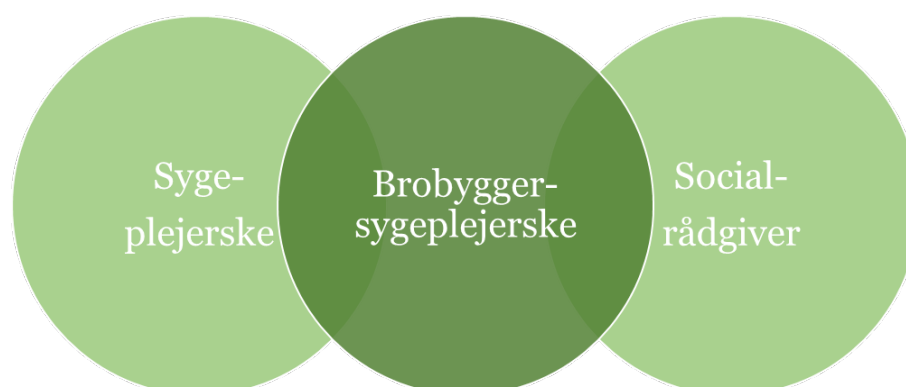
På undersøgelsestidspunktet er der ansat seks brobyggerpsygeplejersker i Region Nordjylland med tilknytning til Aalborg Universitetshospital, som varetager fem fuldtidsstillinger. Der er ansat tre brobyggerpsygeplejersker i tre fuldtidsstillinger på matriklen i Aalborg, én brobyggerpsygeplejerske er ansat i en fuldtidsstilling på matriklen i Hobro, mens to brobyggerpsygeplejersker deler en fuldtidsstilling på matriklen i Thisted (Region Nordjylland 2022). For at være kvalificeret til brobyggerstillingen skal man være sygeplejerske, have en specialuddannelse i borgernær sygepleje og minimum to års erfaring med udskrivesplanlægning indenfor både somatik og psykiatri (Region Nordjylland 2019).

Selvom brobygger-funktionen således er landsdækkende, varierer stillingsbetegnelsen fra region til region. Hvis man eksempelvis sammenligner Region Sjælland og Region Nordjylland er den væsentligste forskel, at brobyggerfunktionen på Sjælland primært har fokus på ældre socialt udsatte, mens brobyggerfunktionen i Nordjylland har en bredere målgruppe (Møller et al. 2022:1; Kollerup et al. 2023:2). Denne forskellighed internt i Danmark kommer sig af, at regionerne selv har haft indflydelse på, hvordan funktionen skulle implementeres og

udformes (Region Midtjylland 2020:1). På baggrund af dette afgrænses undersøgelsespopulationen til de seks brobyggersygeplejersker, der i 2023 er ansat i Region Nordjylland ved Aalborg Universitetshospital.

2.3 Perspektivering til sygeplejersker og socialrådgivere

Den tidligere forskning i brobyggersygeplejerskerne er endnu sparsom, hvorfor vi finder det relevant at perspektivere til andre professioner, som ligeledes beskæftiger sig med mennesker, og hvor omsorgs- og relationsarbejde er en central del af de daglige opgaver. Brobyggersygeplejerskerne kan anses som en form for hybridstilling, idet deres arbejde indebærer en navigering mellem og berøring med forskellige felter og erhverv; både indenfor og på tværs af social- og sundhedssektoren. Udover at besidde en indsigt i klinisk sygepleje i kraft af deres uddannelsesmæssige baggrund som sygeplejerske, skal de ligeledes være i stand til at udføre et omfangsrigt koordinerings- og socialt arbejde på tværs af sektorer, for at hjælpe mennesker med sociale problemer. På baggrund af disse elementer i brobyggersygeplejerskernes arbejde, findes det relevant at drage paralleller til studier af sygeplejersker og socialrådgivere, omend brobyggersygeplejerskerne ikke 1:1 varetager alle typer af arbejdsopgaver fra de to respektive professioner og dermed ikke bør anses som en erstatning for socialrådgivere eller sygeplejersker. Visuelt kan dette udtrykkes med nedenstående illustration:



Figur 1: Illustration af Brobyggersygeplejerskens berøring med elementer fra social- og sundhedssektoren.

Figuren skal blot give læseren en visuel og umiddelbar indsigt i, at brobyggerstillingen har sin egen beskaffenhed qua den ovenstående redegørelse for funktionen, samtidig med at den trækker paralleller til sygepleje- og socialrådgiverfaget. Disse paralleller påstås således ikke at være udtømmende; der kan tænkes at være andre professioner og opgaver, som

brobyggerpsygeplejerskerne også berører, men sygeplejersker og socialrådgivere anses umiddelbart som de væsentligste paralleller. Alle tre funktioner kan således tænkes at opleve de udfordringer, som kan opstå i arbejdet med andre menneskers ve og vel.

2.3.1 'People work' og omsorgsarbejde

Service, omsorg, viden og rådgivning er blevet nøgleord for det moderne arbejdsliv, hvortil den moderne produktion i høj grad er præget af immaterialitet og menneskelige ressourcer (DEA 2010:15; Noon et al. 2013:41). Indenfor omsorgsfagene har Erik Jappe, som er forfatter og socialfaglig konsulent, udarbejdet en undervisningsmodel for, hvordan man kan navigere mellem faglighed og personlig involvering. Ifølge Jappe kan man skelne mellem de 3 P'er: Hvis man handler professionelt, er man præget af det analytiske, metodiske og evaluerende. Hvis man handler privat, er man i sine følelsers vold, præget af tilfældigheder og sin egen agenda. Hvis man handler personligt, bruger individet sin intuition, situationsfornemmelse og indfølelse. Ifølge Jappe forstår den gode omsorgsarbejder at integrere det personlige i det professionelle, således at man fremstår faglig, men samtidig nærværende i relationen. Desuden er den gode omsorgsarbejder opmærksom på, at det private kan komme til syne i pressede situationer. Hvis dette sker, må man tage situationen til efterretning, være åben overfor kritik og hvis nødvendigt søge rådgivning (Jappe 2013:134f, Vaaben & Richter 2017).

Om arbejdet med mennesker og graden af involvering har professor emeritus Mogens Agervold, som har forsket i arbejds- og organisationspsykologi ved Aarhus Universitet, yderligere beskrevet følgende:

At arbejde med mennesker – 'people work' – (klienter, patienter, elever etc.) er karakteriseret ved, at den ansatte i langt højere grad end ved sædvanligt arbejde, stilles overfor krav om personlig involvering i forhold til et eller flere andre mennesker. Især face-to-face situationen kræver, at den ansatte ikke alene kan basere sit arbejde på en række erhvervede sagsspecifikke kvalifikationer, men også må inddrage sig selv som 'person', som man ofte udtrykker det (Agervold 2008:61).

Ovenstående udtrykker en tendens i det moderne arbejdsliv, hvor det i højere grad kræves, at mennesker investerer og bruger sig selv i (service)arbejdet (Agervold 2008:71; Petersen 2016:78). Dette foranlediger nye udfordringer og belastninger for medarbejderne, for eksempel

forstået som følelsesmæssig nedslidning, stress, udbrændthed, følelsesmæssig dissonans og kynisme, hvilket har fået øget fokus inden for forskningen de seneste år (Agervold 2008:61, 71).

To faggrupper, hvor disse udfordringer særligt kan siges at gøre sig gældende, er sygeplejersker og socialrådgivere, hvor der kan drages paralleller til elementer af brobyggerpsygeplejerskernes arbejdspraksis. Ifølge Arbejdstilsynet var sygeplejersker og socialrådgivere i 2021 placeret i top-5 over lønmodtagere, hvor arbejdet 'altid' eller 'ofte' bringer dem i følelsesmæssigt krævende situationer:

Tabel 1: Andel af lønmodtagere, der svarer, at de 'altid' eller 'ofte' oplever, at: 'Arbejdet bringer mig i følelsesmæssigt krævende situationer'.

Placering	Gruppe	Andel i procent
1	Psykoletter	53,8
2	Socialrådgivere	51,3
3	Specialpædagoger	51,1
4	Sygeplejersker	43,8
5	Skolelærere	43,1

Kilde: Arbejdstilsynet 2022:94.

Resultaterne i ovenstående tabel vidner netop om, at følelsesmæssige krævende situationer er aktuelt for en stor andel af de adspurgte socialrådgiveres og sygeplejerskers arbejdsliv (Arbejdstilsynet 2022:94). Dette følelsesmæssige pres understreges yderligere i en samling af socialrådgiveres hverdagsfortællinger om deres arbejde, foretaget af Dansk Socialrådgiverforening. En socialrådgiver udtaler følgende:

Jeg har ligget søvnløs om natten og tænkt på sager, jeg har grædt på arbejdet flere gange og set samtlige af mine kolleger græde på grund af et arbejdspress, der gør det vanskeligt at være i følelsesmæssigt belastende situationer, som man ofte står i som socialrådgiver. Jeg har i perioder haft kvalme, inden jeg skulle på arbejde (Dansk Socialrådgiverforening 2020:232).

Denne fortælling er ikke usædvanlig eller enestående, hverken blandt socialrådgivere eller sygeplejersker. Begge faggrupper kan arbejde med udsatte og sårbare mennesker med svære psykosociale problemstillinger og levevilkår, som typisk foranlediger en større følelsesmæssig involvering, der i visse tilfælde kan resultere i psykiske og fysiske belastningsreaktioner (Dansk

Socialrådgiverforening 2020:143; Dansk Sygeplejeråd 2021). I en undersøgelse om sygeplejerskernes arbejdsmiljø, trivsel og helbred, foretaget af Dansk Sygeplejeråd, angiver henholdsvis 23 pct. og 31 pct. af adspurgte sygeplejersker, at de oplever at være fysisk og psykisk nedslidte (Dansk sygeplejeråd 2021). Den psykiske nedslidning opleves i højeste grad på medicinske-, kirurgiske- og børneafdelinger, samt i psykiatrien (Dansk sygeplejeråd 2021).

Foruden oplevelsen af at arbejdet sætter dem i følelsesmæssigt krævende situationer, så er sygeplejersker og socialrådgivere ligeledes at finde i top-5 over lønmodtagere, som 'altid' eller 'ofte' oplever at få arbejdsopgaver, der øger tidspreset hos dem:

Tabel 2: *Andel af lønmodtagere, der svarer, at de 'altid' eller 'ofte': 'Får uventede arbejdsopgaver, der øger tidspres'.*

Placering	Gruppe	Andel i procent
1	Læger	64,8
2	Farmaceuter, tandlæger og dyrlæger	52,5
3	Sygeplejersker	51,5
4	Socialrådgivere	50,1
5	Revisorer, rådgivere og analytikere	50,0

Kilde: Arbejdstilsynet 2022:88.

Omtrent halvdelen af de adspurgte sygeplejersker og socialrådgivere oplever et øget tidspres på grund af uventede arbejdsopgaver (Arbejdstilsynet 2022:88) og ifølge Dansk Sygeplejeråd angiver 30 pct. af de adspurgte sygeplejersker, at de har oplevet at blive ringet op af deres arbejdsplads uden for arbejdstiden, mens 29 pct. har oplevet at blive kaldt på arbejde på en fridag (Dansk Sygeplejeråd 2021). Ydermere fremgår det, at 41 pct. af de adspurgte sygeplejersker 'altid' eller 'ofte' må arbejde over, mens 31 pct. oplever, at de på deres seneste vagt var nødsaget til at fortsætte, selvom deres vagt i princippet var slut (Christensen et al. 2015:51). Ud fra disse beskrivelser er det ikke overraskende, at mange socialrådgivere og sygeplejersker oplever at være stressede. Således vurderer hhv. 23 pct. og 23,5 pct. af de adspurgte sygeplejersker og socialrådgivere, at de indenfor de sidste 2 uger enten 'ofte' eller 'hele tiden' har følt sig stressede (Dansk Sygeplejeråd 2021; Arbejdstilsynet 2022:123).

Opsummeret kan der peges på, at sygeplejersker og socialrådgivere er to faggrupper, som begge arbejder med menneskers trivsel og velfærd, og dette kan karakteriseres som et følelsesmæssigt krævende arbejde. Hertil opleves det, at weekender, aftener og frokostpauser

inddrages som arbejdstid. I sidste ende kan dette få konsekvenser for sygeplejerskernes og socialrådgivernes stressniveau og helbred. Som nævnt kan der argumenteres for, at brobyggerpsygeplejerskerne har berøring med og navigerer i dele af disse professionelle felter. På baggrund af dette findes det relevant at belyse, hvordan brobyggerpsygeplejerskerne som omsorgsarbejdere skaber grænser i deres arbejdsliv med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb.

2.4 Eksisterende forskning om brobyggerpsygeplejersker

Som nævnt er brobyggerfunktionen relativt ny, hvorfor mængden af forskning på området er beskeden. Der findes i skrivende stund ét studie om brobyggerpsygeplejerskerne fra Region Nordjylland, mens der findes et større projekt omkring brobyggerpsygeplejerskerne fra Region Sjælland. Disse to studier vil vi gennemgå i det følgende, for at give et indblik i den eksisterende viden om brobyggerfunktionen.

2.4.1 Det sjællandske brobyggerprojekt

De sjællandske brobyggerpsygeplejersker indgik i et større brobyggerprojekt, som er en rapport sammensat af fire studier om funktionen. Rapporten blev udgivet af Forskningsstøtteenheden på Sjællands Universitetshospital i 2022. Alle 28 brobyggerpsygeplejersker, som var ansat på daværende tidspunkt på Sjælland, deltog i projektet (Forskningsstøtteenheden SUH 2022:3f). Som nævnt afgrænser de sjællandske brobyggerpsygeplejersker sig til et fokus på ældre borgere, som er medicinsk multisyge. De sjællandske brobyggerpsygeplejersker kan derfor ikke sammenlignes 1:1 med brobyggerpsygeplejerskerne i Region Nordjylland, men studierne bidrager alligevel til et mere nuanceret billede af brobyggerpsygeplejerskernes funktion og virke i Danmark.

Det første studie i projektet havde til formål at kortlægge brobyggerpsygeplejerskernes karakteristika i Region Sjælland. Studiet bestod af en spørgeskemaundersøgelse, som skulle beskrive og sammenligne brobyggerpsygeplejerskernes uddannelse, ansættelse, arbejdsfunktion, jobtilfredshed, kompetencer og udviklingsbehov. Resultaterne viser, at brobyggerpsygeplejerskerne vurderede dem selv som gode til at fremme samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer. Generelt tvivler de ikke på deres kompetencer, hverken klinisk eller koordineringsmæssigt (Forskningsstøtteenheden SUH 2022:4, 21, 25, 27f). Desuden findes det interessant, at brobyggerpsygeplejerskernes selvvaluerede jobtilfredshed

ligger på 5,7 point på en skala fra 1 til 7. Tilfredsheden er størst ift. relationerne til kolleger og ledere, muligheden for at anvende sine kompetencer og opmærksomhed på egne forslag. Den mindste tilfredshed findes ift. løn og muligheder for forfremmelse (ibid.:25f).

Det andet studie i projektet havde et kvalitativt etnografisk design bestående af feltobservationer og gruppeinterviews. Formålet var at undersøge og beskrive brobyggerpsygeplejerskernes praksis, opnå indsigt i deres egne oplevelser af funktionen og belyse, hvordan funktionen kan styrkes i fremtiden (Forskningsstøtteenheden SUH 2022:4). Desuden var det overordnede tema i studiet, at brobyggerpsygeplejerskerne er med til at bygge bro; *“building bridges from different settings to a common ground”* (Møller et al. 2022.:4). Dette blev underbygget af 3 særlige temaer:

Tabel 3: Oversigt over overordnede temaer for sjællandske brobyggerpsygeplejerskers praksis

Tema	Forklaring
<i>“Practice depends on the setting”</i>	Forskellige ansættelsesforhold og -steder fører til variation i praksis.
<i>“Building external and internal bridges”</i>	Brobyggerpsygeplejerskerne udfører både internt brobyggerarbejde på hospitalet og eksternt brobyggerarbejde mellem region og kommune.
<i>“Towards a common ground”</i>	Sikre sammenhængende behandlingsforløb på tværs af sektorer. For at lykkes med dette mener brobyggerpsygeplejerskerne, at det er vigtigt med flere års erfaring som sygeplejerske (både fra primær- og sekundærsektoren).

Kilde: Forskningsstøtteenheden SUH 2022:35-42, 67,70; Møller et al. 2022:4-7.

Tilsammen belyser disse tre temaer, hvordan brobyggerpsygeplejerskerne er med til at bygge bro mellem region og kommune, såvel som almen praksis.

Foruden disse to førstnævnte studier findes der to studier mere i det samlede brobyggerprojekt; hhv. en journalaudit af sygeplejefaglig dokumentation og et umbrella-review af studier baseret på den sygeplejefaglige Transitional Care Model (Forskningsstøtteenheden SUH 2022:4, 49-64). Resultaterne fra disse to studier vil vi ikke uddybe yderligere grundet manglende relevans for specialets fokus.

2.4.2 Something Else Than Usual Hospital Care

Som nævnt er der ét studie i skrivende stund, som udelukkende har fokus på brobyggersygeplejerskerne i Region Nordjylland; *'Something Else Than Usual Hospital Care': An Ethnographic Study of Nurse Case Managers' Everyday Practices* (Kollerup et al. 2023). Undersøgelsens formål var at belyse brobyggersygeplejerskernes arbejdspraksis ved hjælp af deltagende observation med opfølgende individuelle interviews. I studiet deltog de fire, på daværende tidspunkt, ansatte brobyggersygeplejersker. Som titlen på studiet antyder, kan brobyggersygeplejerskernes tilgang og arbejde først og fremmest beskrives som *"doing something else than usual hospital nursing care"* (Kollerup et al. 2023:6). 'At gøre noget andet' består af to centrale pointer om brobyggersygeplejerskernes adfærd: at brobyggersygeplejerskerne har fokus på patienternes og borgernes psykosociale behov i en ellers biomedicinsk domineret kontekst og at de kan følge dem på tværs af sundhedssektoren, regionerne og kommunerne.

Brobyggersygeplejerskerne har et helhedsorienteret syn på patienten og borgeren, og det er altid det individuelle individs situation og behov, som er i fokus (Kollerup et al. 2023:6). De psykosociale aspekter, som ofte fylder meget for brobyggersygeplejerskernes målgruppe, kan eksempelvis være hjemløshed, mangel på socialt bagland, usikre boligsituationer og/eller økonomiske problemer. Brobyggersygeplejerskerne beskrev tilmed, at disse mennesker i mange henseender bliver overset eller ikke føler sig velkomne på afdelingerne, grundet deres alvorlige psykosociale problemer. Brobyggersygeplejerskerne ser dermed dem selv som *"the 11th go with a 10-ride ticket"*, idet brobyggersygeplejerskerne bliver patienternes og borgernes sidste chance for hjælp, efter at de har mødt stor modgang og oplevet, at systemet har måtte opgive dem (Kollerup et al. 2023:7). Desuden blev det observeret, at brobyggersygeplejerskerne ikke altid mødte patienten eller borgeren med et specifikt mål for øje, som resten af det sundhedsfaglige personale i højere grad gjorde. Brobyggersygeplejerskerne havde derimod en åben tilgang til individet og forsøgte at møde dem i øjenhøjde. På den måde beskriver brobyggersygeplejerskerne deres arbejde som en form for detektivarbejde, hvor de forsøger at se bagom de somatiske problemstillinger (Kollerup et al. 2023:8).

Som beskrevet tidligere er det centralt for brobyggersygeplejerskerne, at de kan gå på tværs af sektorer og indsatser. Dette behov opstår, idet brobyggersygeplejerskernes målgruppe ofte beskrives som 'svingdørspatienter', idet de ofte forflyttes mellem forskellige

hospitalsafdelinger og er sideløbende involveret i flere forløb i andre offentlige instanser (Kollerup et al. 2023:9ff). På baggrund af dette bliver brobyggersygeplejersken den eneste, der holder styr på alle trådene, og de beskriver dem selv som nogen, der griber patienten, tager styringen og giver individet en stemme i dets eget komplekse og ofte forvirrende forløb (Kollerup et al. 2023:9). Forfatterne bag artiklen påpeger hertil, at brobyggersygeplejerskerne skal balancere mellem den personlige og professionelle relation, idet de ofte følger patienterne og borgerne gennem længere tid og får indblik i deres privatliv (Kollerup et al. 2023:10).

Opsummerende giver studiet indsigt i brobyggersygeplejerskernes arbejdspraksis med en kompleks målgruppe, hvor der sættes fokus på patienternes og borgernes psykosociale aspekter og tværsektorielle behandlingsforløb. Beskrivelserne understøtter også fortællingen om, at sundhedssystemet er præget af rationalitet og effektivitet, hvortil sygeplejeværdierne om individuelle behov, oplevelser af sammenhæng og meningsfulde relationer ofte tilsidesættes (Kollerup et al. 2023:15).

Tilsammen belyser de to danske studier det tværsektorielle arbejde, som brobyggersygeplejerskerne udfører. Studierne giver ligeledes et indblik i de mangefacetterede arbejdsopgaver, som er en del af brobyggersygeplejerskernes arbejdspraksis, hvorfor det findes relevant at forfølge og udfolde, hvordan brobyggersygeplejerskerne skaber grænser for deres funktion og arbejdsopgaver. Det nordjyske studie giver desuden incitament til yderligere undersøgelse af, hvordan brobyggersygeplejerskerne indgår i relationer til patienter og borgere, og heraf hvordan de balancerer grænserne mellem det private, personlige og professionelle.

3.0 Problemformulering

Med udgangspunkt i problemfeltet er formålet med specialet at afdække nedenstående problemformulering:

Hvordan skaber brobyggersygeplejersker grænser i arbejdslivet med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb?

Hertil har vi udformet to underspørgsmål, for at præcisere og afgrænse hvilke grænsedragninger vi i specialet er interesseret i at udforske, og samtidig skal disse fungere strukturskabende for specialets analytiske opbygning:

- 1. Hvordan skaber brobyggersygeplejersker grænser for deres funktion og arbejdsopgaver?*
- 2. Hvordan skaber brobyggersygeplejersker grænser for deres private, personlige og professionelle involvering i relationerne med patienter og kolleger?*

I dette speciale undersøges ovenstående problemformulering og underspørgsmål kvalitativt gennem observation (shadowing) af tre brobyggersygeplejersker, som er ansat ved Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland. Observationerne nuanceres gennem opfølgende individuelle interviews med fem ud af de i alt seks brobyggersygeplejersker i regionen. Desuden har vi et konstruktivistisk interaktionistisk videnskabsteoretisk ståsted, med et fokus på, hvordan brobyggersygeplejerskerne skaber og forhandler grænser i interaktioner med patienter og kolleger. Derudover lader vi os inspirere af en adaptiv forskningsstrategi, som har betydning for projektets teoretiske ramme i form af orienterende begreber. Specialets analysestrategi afspejler ligeledes den adaptive tilgang, idet vi finder inspiration i Layders kodningsprocess.

4.0 Konstruktivistisk interaktionisme

Overordnet set befinder vi os med dette speciale indenfor den videnskabsteoretiske retning, der kaldes for *konstruktivistisk interaktionisme*. Ifølge sociologerne Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer markerer betegnelsen, at det er en interaktionistisk tilgang med et strukturalistisk islæt (Järvinen & Mik-Meyer 2005:9). Selvom det kan virke forvirrende, at den konstruktivistiske interaktionisme samler forskellige retninger og forfattere (blandt andet Erving Goffman og Howard Becker indenfor den symbolske interaktionisme, samt Peter Berger og Thomas Luckmann indenfor den videnssociologiske konstruktivisme), så antager de alle, at:

Betydningen af en handling eller et fænomen skabes i interaktionen mellem mennesker eller mellem mennesker og ting (...). Betydning er således ikke en uafhængig størrelse, man som forsker kan afdække. Betydning er derimod et relationelt fænomen, som kun kan bestemmes situationelt med inddragelse af konteksten (Järvinen & Mik-Meyer 2005:10).

Det konstruktivistiske islæt i den konstruktivistiske interaktionisme kan eksemplificeres ved Berger og Luckmanns antagelse om, at samfundet grundlæggende set er et produkt af menneskelige handlinger (Berger & Luckmann 2003:39). Via varige rutiner, vaner og fortolkninger af andres handlinger, skabes gentagne handlemønstre, hvilket producerer samfundets (tilsyneladende) varige institutioner og objektive realitet, selvom det i udgangspunktet er et produkt af menneskelig handling og social interaktion (Rasborg 2018:418,421ff). Berger og Luckmanns fokus på "*det konstruerede ved vores fælles virkelighed*" er essentielt i koblingen til det interaktionistiske, idet begge retninger interesserer sig for *hvordan* vi får skabt og defineret fænomenerne (Järvinen & Mik-Meyer 2005:13).

Becker og Goffmans analyser af afvigelse står hertil som kerneeksempler på den samlede form for konstruktivistisk interaktionisme, ved at være de mest konstruktivistiske varianter indenfor den symbolske interaktionisme (Järvinen & Mik-Meyer 2005:11). I Goffman og Beckers analyser lægges der vægt på, at man skal fokusere på interaktionen som analyseobjekt; det er således interaktionen mellem dem, der definerer afvigelsen, og dem, der anses som afvigere, som er interessant. Således forhandles afvigelse konstant hos Goffman og Becker og budskabet er dermed, at man skal flytte den sociologiske analyse væk fra det sociale problem og de marginaliserede individer i sig selv, og i stedet have fokus på definitionerne af

afvigelse og processerne hertil (Järvinen & Mik-Meyer 2005:12; Rasborg 2018:420). Disse pointer er relevante for specialet, omend vores fokus ikke er på afvigelse, men derimod grænsedragninger; vi er således ikke interesseret i at belyse grænserne *i sig selv*, men derimod *hvordan* disse skabes af brobyggerpsygeplejersker.

Specialet baseres således på den konstruktivistiske interaktionismes (ontologiske) kerne, hvor vi anser den sociale virkelighed som værende udgjort af fortolkninger og fortolkningsmønstre, der overføres, udvikles og vedligeholdes i sociale situationer; dvs. i interaktioner. Det er dermed interaktioner, som vi (epistemologisk) vil undersøge med dette videnskabsteoretiske perspektiv (Järvinen & Mik-Meyer 2005:13; Jørgensen 2008:241f). I dette speciale ønsker vi netop at få indblik i, hvordan brobyggerpsygeplejersker skaber grænser i arbejdslivet med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb.

Den konstruktivistiske interaktionistiske tilgang afspejles også i vores metodiske valg om at foretage observationer via shadowing og opfølgende individuelle semistrukturerede interviews. Dette udfoldes under beskrivelsen af de to respektive metoder.

5.0 Adaptivt forskningsdesign

Specialets forskningsdesign er især præget af Derek Layder og den adaptive tilgang. Det er vigtigt at fremhæve, at vi i indeværende speciale ikke anvender tilgangen på en fuldkommen og udførlig vis, men at vi i højere grad lader os inspirere af den adaptive tilgangs grundprincipper om overskridelsen af dualismen mellem induktion og deduktion, samt brugen af orienterende begreber.

I bogen *Sociological Practice: Linking Theory and Social Research*, forsøger Derek Layder at gøre op med de dualismer og modsætningsforhold, der førhen har præget den sociologiske forskning og tænkning: "*Adaptive theory endeavours to combine the use of pre-existing theory and theory generated from data analysis in the formulation and actual conduct of empirical research*" (Layder 1998:1). Med dette håber han at forstærke og forene forbindelsen mellem de, som på den ene side specialiserer sig i teori, og de, som på den anden side i høj grad er præget af dataindsamling og empiri i deres forskning (Layder 1998:1). For at forstå den sociale virkeligheds kompleksitet, skal der ifølge Layder bygges bro mellem dualismene deduktion og induktion, aktør- og strukturtænkning, samt mikro- og makroniveau (Jacobsen 2007:251f).

Det er især den adaptive tilgangs brobygningsforsøg mellem deduktion og induktion, som vi forsøger at nærme os i dette speciale, da en sådan opdeling "[...] *afspejler en kunstig adskillelse mellem to komplementære former for vidensudvikling*" (Jacobsen 2007:252). Indenfor forskning er der ofte en metodologisk opfattelse af, at man enten kan tilgå forskningsprojekter induktivt eller deduktivt. Ofte ender den praktiske udførelse med at blive en "*mudret mellemting*", hvor den deduktive forsker alligevel støder på interessante empiriske elementer, som foranlediger skabelsen af nye begreber, eller hvor empirien i det induktive forskningsprojekt mangler validitet og derfor må understøttes af eksisterende teorier (Jacobsen 2007:253). I den forbindelse argumenterer Layder for, at al empirisk forskning er fyldt med teoretiske antagelser og forudindtagelser, hvorfor det ikke er muligt at være udelukkende induktiv eller deduktiv, men henviser i stedet til et mix af de to metodiske tilgange. Han insisterer på, at man i projekters udformning godt kan lade sig inspirere og vejlede af eksisterende teori eller begreber, som han kalder *orienterende begreber*, og samtidig have et eksplorativt blik på empirien (Layder 1998:112-113). Denne form for vekselvirkende forskningsproces vil ligeledes blive tydelig i indeværende speciale, hvor vi bevæger os i en cirkulær bevægelse mellem teori, forståelser, observationer og empiriske generaliseringer

(Jacobsen 2007:252). Vi har dermed løbende haft en vekselvirkende dialog med teori og empiri i forskellige faser i undersøgelsen (Jacobsen 2007:267).

5.1 Orienterende begreber

I dette afsnit præsenteres specialets udvalgte orienterende begreber: *Grænsedragningspraksisser*, *Integrering og Segmentering af arbejdslivet og privatlivet*, *Håndteringsstrategier*, og *Frontstage og Backstage*. Det første orienterende begreb om grænsedragningspraksisser blev udvalgt i specialets indledende fase, da grænsedragninger udgør en grundbestanddel igennem hele undersøgelsen i kraft af problemformuleringens sigte. Derudover udvalgte vi yderligere tre orienterende begreber på baggrund af feltarbejdet. Disse begreber udsprang fra interessante observationer, som fordrede yderligere opmærksomhed i den efterfølgende interviewfase. Vi vil ikke komme nærmere ind på resultaterne fra observationerne her, idet de samlede resultater fra feltarbejdet og interviewene samles i analysen.

5.1.1 Grænsedragningspraksisser

Som nævnt er grænsedragningspraksisser et helt centralt og rammesættende orienterende begreb for specialet og skal ses som et gennemgående tema i kraft af problemformuleringens sigte. Vi vil derfor starte med at give en indføring i den forståelse af grænsedragninger, som vi i specialet vil anvende og tillægge os.

Sociologen Eviatar Zerubavel udgav i 1991 bogen *The Fine Line: Making Distinctions in Everyday Life*, hvori han beskriver det menneskelige hverdagsliv som fyldt af distinktioner og sociale konstruktioner. Ifølge Zerubavel er vi som mennesker afhængige af at klassificere verden, for at forstå den; vi transformerer således verdenen til små øer af mening (Zerubavel 1991:5). Hvis alle mennesker og ting i vores verden skulle opfattes som unikke og distinkte, dvs. adskilt fra alt andet, så ville hele vores opfattelse af verden smuldre og blive meningsløs; med andre ord er vi nødt til at placere og afgrænse oplevelser, mennesker og objekter i kategorier, før de bliver meningsfulde (Zerubavel 1991:5). Hertil omtaler Zerubavel to kontrasterende, men stadigvæk komplementære kognitive måder, hvorpå vi mennesker foretager kategoriseringer og grænsedragninger i praksis for at skabe mening; *lumping* og *splitting*:

The former entails grouping "similar" things together in a single mental cluster. The latter involves perceiving "different" clusters as separate from one another. Lumping enables us to perceive grape juice as similar to orange juice and chimpanzees as similar to baboons. Splitting enables us to perceive grape juice as different from wine and chimpanzees as different from humans (Zerubavel 1996:421f).

Det centrale i disse to måder at skabe meningsfulde kategorier på er, at kategorierne er foranderlige og processuelle. Vi er således i stand til at skabe helt nye kategorier eller omforme allerede eksisterende, hvis vi støder på noget, som ikke passer ind (Zerubavel 1991:5f; Abbott 2001:263).

Zerubavel beskriver ligeledes hvordan det at splitte og lumpe eksempelvis kan komme til udtryk gennem sproglige metaforer eller overgangsritualer (Zerubavel 1991:16,18). I Zerubavels udlægning af grænser ligger der således et grundlæggende processuelt perspektiv. Forståelsen af dette perspektiv kan uddybes ved at inddrage Andrew Abbotts skelnen mellem to ontologiske antagelser af grænser: *entity* og *process*. Hvis man anlægger et enhedsperspektiv, antages det, at verden består af givne og fikserede enheder. Hvis man derimod anlægger et procesperspektiv, som Zerubavel og Abbott selv er fortalere for, så anskues verden som foranderlig og socialt skabt;

It is wrong to look for boundaries between preexisting social entities. Rather we should start with boundaries and investigate how people create entities by linking those boundaries into units. We should not look for boundaries of things, but for things of boundaries (...) Boundaries come first, then entities (Abbott 2001:261ff, vores fremhævnning).

Et enheds- og procesperspektiv er således problematisk at forene, da de to perspektiver antager grundlæggende og modsatrettede forståelser af verden. Hertil kan et enhedsperspektiv ikke forklare forandring, mens et procesperspektiv ikke kan forklare stabilitet (Abbott 201:263).

I dette speciale anlægges vi et processuelt perspektiv på hvordan brobyggerpsygeplejersker *skaber* grænser i deres arbejde med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb gennem grænsedragningspraksisserne lumping og splitting. Grænsedragningspraksisser er dermed et orienterende begreb, som sættes i spil i alle specialets forskningsfaser; det har således været en gennemgående rød tråd i og rammesættende for

problemfeltet, empiriindsamlingen og analysen. Det processuelle perspektiv er desuden foreneligt med vores videnskabsteoretiske ståsted, idet der også i den konstruktivistiske interaktionisme er et blik for det foranderlige og situationelle (Järvinen & Mik-Meyer 2005:9).

5.1.2 Integrering og segmentering af arbejdsliv og privatliv

Dette orienterende begreb emergerede på baggrund af vores feltarbejde, hvor vi observerede forskellige grænsedragningspraksisser mellem arbejdsliv og privatliv. Selvom specialet har fokus på brobyggerpsygeplejerskers grænsedragninger *indenfor* arbejdslivet, er vi af den overbevisning, at arbejdslivet ikke kan forstås isoleret set, da dette ikke eksisterer i et vakuum; kategorien arbejdsliv antages dermed at blive konstrueret i relation til kategorien privatlivet, hvor brobyggerpsygeplejerskerne ikke er på arbejde. Derfor havde vi et ønske om at inddrage en teoretisk forståelse af balancen mellem arbejdsliv og privatliv i de opfølgende individuelle interviews, som en måde at begribe og uddybe vores forståelse for, hvordan brobyggerpsygeplejersker skaber grænser i deres arbejdsliv.

Christena Nippert-Eng, som er kognitiv sociolog, har i sin forskning undersøgt grænsedragninger i forhold til arbejdsliv og privatliv. Nippert-Eng pointerer, at måden hvorpå vi som mennesker konceptualiserer og sammenstiller arbejdsliv og privatliv kan ses som et kontinuum mellem to polariserede idealtyper: *integrering* af arbejdsliv og privatliv, og *segmentering* af arbejdsliv og privatliv (Nippert-Eng 1996:566f).

Ifølge Nippert-Eng er der ved fuld integrering ingen distinktioner mellem hvad der tilhører hhv. privatlivet og arbejdslivet, og hvornår og hvor de sættes i spil, da de er én og samme, hvor ingen begrebsmæssig grænse adskiller deres indhold eller mening (Nippert-Eng 1996:567). Den ekstreme integrator besidder en "*all-purpose mentality, one way of being, one amorphous self. She or he thinks and acts the same way with anyone - boss, co-worker, spouse, or child - no matter where she or he is found, no matter what the social role obligations at hand*" (Nippert-Eng 1996:567f). Ved komplet segmentering eksisterer der derimod en fuldstændig klar distinktion af, hvad der tilhører hhv. privatlivet og arbejdslivet, og hvornår og hvor disse sættes i spil. I denne type er arbejde og privatliv to gensidigt udelukkende kategorier, hvor der ikke forekommer et begrebsmæssigt, tidsmæssigt eller fysisk overlap mellem domænerne og deres indhold: "*As a result (...) the extreme segmentor of home and work alternates between two different "selves" or ways of being, depending on her or his location and the realm-specific demands at hand*" (Nippert-Eng 1996:568). Nippert-Eng understreger,

at disse to typer er idealtyper. I realiteten placerer individet sig dermed et sted imellem disse to idealtyper (Nippert-Eng 1996:568).

Individets placering på kontinuumet, og dermed deres grænsedragningspraksisser mellem arbejdslivet og privatlivet, konstitueres gensidigt af strukturelle og kulturelle rammer og kategorier, og aktørernes personlige erfaringer med og variationer af disse (Nippert-Eng 1996:564). Ydermere påpeger Nippert-Eng, at vi har multiple selv, som varierer alt efter hvilken kontekst vi indgår i. På den måde foretager vi alle en eller anden grad af skelnen mellem hvem vi er på arbejdet og hvem vi er i privatlivet; denne skelnen kan være mere eller mindre tydelig (Nippert-Eng 1996:569). Nippert-Eng præsenterer desuden en række forskellige materialiteter, som enten afspejler en segmentering eller integrering af arbejdslivet og privatlivet; eksempelvis skelnen mellem en arbejdskalender og en privat kalender (Nippert-Eng 1996:570f, 577).

Ikke overraskende er Nippert-Eng inspireret af Eviatar Zerubavel, og det er tydeligt, at hun anlægger et processuelt perspektiv på grænsedragninger mellem arbejdsliv og privatliv og inspireres ligeledes af hans begreber *lumping* og *splitting*; “*we lump together and split up different aspects of our time and our space to create our two daily realms*” (Nippert-Eng 1996:565). Nippert-Engs fokus på arbejdslivet og privatlivet skal dermed ses som en fokusering og konkretisering af grænsedragningspraksisser i en arbejdsmæssig rammesætning, som vi anvender til at bane vejen for en dybere indsigt i, hvordan brobyggerpsygeplejersker skaber grænser mellem arbejdsliv og privatliv. Vi har således ikke til hensigt at indplacere brobyggerpsygeplejerskerne på kontinuumet, men drager inspiration fra Nippert-Engs forståelse af grænserne mellem arbejdsliv og privatliv som værende flydende og processuelle.

5.1.3 Håndteringsstrategier

Dette tredje orienterende begreb emergerede ligeledes på baggrund af feltarbejdet. Vi observerede, at brobyggerpsygeplejerskerne italesatte vigtigheden af at kunne håndtere arbejdet med denne særlige patientgruppe, hvilket kommer til udtryk gennem en række grænsedragningspraksisser. Efter observationerne var vi således interesserede i at spørge yderligere ind til, *hvordan* brobyggerpsygeplejerskerne udfører dette grænsearbejde.

Som beskrevet tidligere kræver dét at arbejde med mennesker eller ‘people work’, en høj grad af personlig og til tider følelsesmæssig involvering. På den ene side kan det være særdeles meningsfuldt og givende, men på den anden side kan denne grad af involvering med andre

mennesker være nedslidende og psykisk belastende (Birkmose 2013:46). Hertil er belastningsreaktioner og følelsesmæssige konsekvenser som moralsk stress, omsorgstræthed og forråelse en række veldokumenterede og ofte omtalte fænomener i sygeplejeforskningen (Bøgeskov 2022:238). Disse tre fænomener er nogle af de kendte følelsesmæssige risici og konsekvenser ved at arbejde med mennesker og disse rejser spørgsmålet om, hvordan nogle mennesker kan håndtere dette udfordrende arbejde og formår at føle en tilfredshed, mens andre føler sig trætte og emotionelt udbændte? Brobyggersygeplejerskernes patienter bliver ofte beskrevet som en af de tungeste og mest udsatte patientgrupper og i observationerne oplevede vi, at flere af afdelingssygeplejerskerne forbavset spurgte brobyggersygeplejerskerne om, hvordan de kunne; “*overleve i deres arbejde?*” (Trine-Feltnoter:4). I udvælgelsen af de orienterende begreber fandt vi det derfor relevant at inddrage en teoretisk forståelse for, hvordan mennesker hensigtsmæssigt håndterer og tackler de udfordringer, de står over for i deres arbejde og på den måde muligvis undgår at ende i tilstande som eksempelvis moralsk stress, omsorgstræthed og forråelse. Hertil drager vi inspiration fra sociolog Leonard I. Pearlin og socialpsykolog Carmi Schoolers forståelse af *coping* som; “*any response to external life-strains that serves to prevent, avoid, or control emotional distress*” (Pearlin & Schooler 1978:3). Ifølge Pearlin og Schooler er begrebet i vid udstrækning blevet brugt til at analysere menneskers individuelle forsvar mod belastning. De mener dog, at begrebet i højere grad bør inddrages i institutionelle og sociale kontekster, hvorfor de også tillægger begrebet denne sociale dimension (Pearlin & Schooler 1978:2). Det er denne sociale forståelse af coping, som vi finder centralt ved Pearlin og Schoolers udlægning af begrebet. Vi oversætter og benytter fremadrettet begrebet *coping* på dansk som *håndtering*.

Begrebet skal dermed bruges til at belyse, hvorvidt brobyggersygeplejerskerne interaktionelt benytter visse former for adfærd eller handlinger, for at beskytte sig selv og håndtere deres involvering med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb. Denne beskyttende adfærd og disse særlige håndteringsstrategier kan tænkes at komme til udtryk som grænsedragningspraksisser.

5.1.4 Frontstage og Backstage

Det fjerde og sidste orienterende begreb emergerede ligeledes på baggrund af feltarbejdet. Vi observerede, at brobyggersygeplejerskernes adfærd og fremtoning ændrede sig, alt efter hvilke situationer og rum, de befandt sig i, hvilket skabte konnotationer til Erving Goffmans

dramaturgiske teori. Denne begrebsramme blev således også brugt i de opfølgende individuelle interviews for at skabe yderligere forståelse for, hvordan brobyggerpsygeplejersker skaber grænser via adfærd på forskellige sociale scener.

Mikrosociologen Erving Goffman er kendt for sit situationelle fokus, hvorigennem han var optaget af samhandlingsordenen i hverdagslivet og dermed "*de mikrosociale måder, hvorpå mennesker i deres konkrete hverdagsliv konkret møder, deltager i og skaber det, som sociologer ofte betegner som 'samfundet'*" (Goffman 2014:11³). I det klassiske værk *The Presentation of Self in Everyday Life* (1959) er det centrale analyseobjekt det sociale møde, hvor mennesker interagerer ansigt-til-ansigt. Denne samhandling præsenterer han som en teatermetafor, hvor individet skiftevis er skuespillere og tilskuere til hinandens "*iscenesatte optrædener*" (Goffman 2014:23). Goffman var således interesseret i at undersøge:

(...) hvordan individet præsenterer sig selv og sine handlinger over for andre i almindelige arbejdsituationer, hvordan han kontrollerer og styrer det indtryk, de danner sig af ham, og hvilke ting, han gør eller ikke gør som led i sin optræden over for dem (Goffman 2014:51).

For Goffman betyder metaforen ikke, at man skal betragte mennesker som "*bevidste, kyniske eller manipulerede skuespillere*", men det handler derimod om, at teatermetaforen bliver en linse, igennem hvilken man kan anskue den menneskelige adfærd (Goffman 2014:19).

Centralt for skuespillet i hverdagslivets rollespil er, at den optrædende forsøger at styre eller kontrollere det indtryk, som det giver til andre, også kaldet *indtryksstyring*. Indtryksstyring handler således både om aktørens forsøg på at kontrollere publikums indtryk, samtidig med at publikum også forventes at samarbejde, ved eksempelvis at se bort fra eller overse aktørens selvmodsigelser og fejltrin. Gennem indtryksstyring forsøger vi som aktører at forhandle, foreslå og påvirke definitionen af situationen; situationsdefinitionen er således en helt central del af det sociale møde (Kristiansen 2014:204,207). Ifølge Goffman er individet dermed interesseret i at fremstå som et normalt og ikke-afvigende menneske, som kan handle passende og i overensstemmelse med normerne i den givne situation og kontekst, som det befinder sig i. Hertil skelner Goffman mellem de indtryk, som vi giver bevidst og de indtryk, som vi afgiver ubevidst. De bevidste udtryk er oftest verbale eller nonverbale symboler, mens de ubevidste udtryk oftest er kropslige, f.eks. rødmen eller nervøsitet (Goffman 2014:24f).

³ Den danske oversættelse af *The Presentation of Self in Everyday Life* fra 1959.

Knyttet til disse pointer om interaktionen i hverdagslivets rollespil kan det ligeledes påpeges, at selvet er socialt og foranderligt; *“det skyldes naturligvis, at Goffman beskæftiger sig med de selvbilleder, der produceres i sociale situationer og samhandlinger, og ikke med en fast eller kontinuerlig og bagvedliggende størrelse”* (Kristiansen 2014:223). Det Goffmanske selv eksisterer dermed i en række socialt situerede roller, som skabes i interaktionen og samarbejdet med andre (Kristiansen 2014:223).

Der er mange elementer i teatermetaforen, hvoraf vi vælger at inddrage Goffmans skelnen mellem to forskellige scener, hvor de konkrete optrædener finder sted; *frontstage* og *backstage*. Begrebet frontstage indbefatter ifølge Goffman det facadeområde, hvor den optrædende bliver iagttaget af et publikum; det er her skuespilleren påtager sig sin rolle og tilpasser sig til det, der bliver forventet af dem. Modsat betegner backstage et område, hvor *“den optrædende [kan] slappe af. Han kan droppe facaden, lade være med at fremsige replikkerne, bryde ud af rollen”* (Goffman 2014:146f). Bagsideområdet behøver nødvendigvis ikke at være et sted, hvor man er helt alene; det kan også være sammen med andre ligesindede, som man kan slappe af med og droppe facaden. Når man befinder sig i et bagsideområde, kan man som optrædende være i fred og der ligger således en forventning om, at ingen tilskuere trænger ind i denne sfære. De to scener er således oftest adskilt af eksempelvis en skillevæg eller en bevogtet passage (Goffman 2014:146f). Bagsceneadfærden er ikke nødvendigvis tilknyttet ét bestemt sted; *“ved at opføre sig bagsceneagtigt kan individer forvandle ethvert område til en bagscene”* (Goffman 2014:159).

Teatermetaforens begrebsramme med frontstage og backstage benyttes til at udfolde og belyse den adfærd og positionering, som vi observerede hos brobyggerpsygeplejerskerne i deres samvær med patienter og kolleger. Teorien bidrager således med en forståelse for og fortolkning af, hvordan brobyggerpsygeplejerskernes adfærd på forskellige sociale scener kan anskues som interaktionelle og situationelle grænsedragningspraksisser.

5.2 De orienterende begrebers komplementaritet

Som Layder pointerer, skal hverken struktur- eller aktørperspektivet gives forrang, idet man ved at bygge bro mellem disse bedre vil kunne forstå den sociale virkeligheds kompleksitet (Layder 1998:8f; Jacobsen 2007:252). Derfor har vi inddraget en palette af teoretiske orienterende begreber, som bidrager med forskellige perspektiver.

Eviatar Zerubavel mener ligesom Layder, at det er nødvendigt at se bort fra den konventionelle rigide opdeling mellem enten at anlægge et mikro- eller makrosociologisk perspektiv (Zerubavel 2007:135). Med teorien om grænsedragningspraksisser belyser Zerubavel, hvordan samfundet skabes og udgøres af individers processuelle grænsedragninger, men ligeledes hvordan klassifikationer og grænser er kulturelt overleverede og kan *fremstå* naturgivne (selvom de ikke er det). For Zerubavel er struktur og aktør dermed gensidigt konstituerende (Zerubavel 1991:3). Christena Nippert-Eng, der som sagt er inspireret af Zerubavels tankegang, formår at konkretisere teorien i en tematisk ramme om grænserne mellem arbejdslivet og privatlivet. Heri har Nippert-Eng et hverdagsnært fokus som for os skaber et incitament og en indgangsvinkel til at undersøge, hvordan brobyggerpsygeplejerskerne i praksis skaber grænser mellem de private, personlige og professionelle aspekter i deres arbejdsliv (Nippert-Eng 1996:566ff). I disse to orienterende begreber er grænsedragningspraksisser et eksplicit fokus. Grænser er ikke på samme måde et eksplicit omdrejningspunkt for de to orienterende begreber om håndteringsstrategier og frontstage/backstage, men vi finder, at begreberne alligevel kan anskues som alternative måder at studere og forstå grænsedragningspraksisser på. I forhold til begrebet om håndteringsstrategier vægter vi i dette speciale den del af teorien, som belyser den individuelle og specifikke håndteringsadfærd, som individet i praksis praktiserer i hverdagslivet, velvidende at Pearlin og Schooler ligeledes ser individet som underlagt strukturelle betingelser for hvad og hvordan man kan håndtere udfordrende oplevelser og situationer (Pearlin & Schooler 1978:18). På samme måde arbejder Goffman ikke eksplicit med grænsedragningspraksisser i sin mikrosociologiske teoriramme, men vi ser det alligevel som værende indlejret i hans dramaturgiske metafor om, hvordan individer som skuespillere positionerer sig på forskellige måder i det situationelle og kontekstuelle rollespil (Goffman 2014:11,51,146f, 159).

På baggrund af dette vurderes det, at de fire udvalgte orienterende begreber er komplementære og hver især bidrager til at forstå, hvordan brobyggerpsygeplejersker skaber grænser i arbejdet ud fra forskellige sociologiske vinkler; teorierne bevæger sig på tværs af mikro- og makroniveau, og kan dermed indramme vores fokus på, hvordan aktører skaber grænser i den interaktionelle samhandling, samtidig med at begreberne giver en forståelse for, hvordan aktørerne og strukturerne er gensidigt konstituerende.

6.0 Kvalitativ metode

I dette speciale benyttes en kvalitativ tilgang til empiriindsamlingen, hvortil vi valgte at benytte en kombination af kvalitative metoder⁴; feltarbejde og individuelle semistrukturerede interviews. Vi finder, at brugen af observation og interview som metodiske tilgange til kvalitativ forskning kan supplere og nuancere hinanden i afdækningen af, hvordan brobyggerpsygeplejersker skaber grænser i arbejdet med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb. Feltarbejdet skaber indsigt i, hvad *“mennesker rent faktisk gør”*, mens interviewet handler om, at mennesker *“fortæller om, hvad de gør”* (Tanggaard & Brinkmann 2015a:33). Feltarbejde forbindes ofte med en høj grad af økologisk validitet, idet empirien består af naturligt forekommende situationer i vante omgivelser og indsamles ved at indgå i folks hverdag, der hvor den udfolder sig (Frederiksen 2015:207f, Andersen 2010:106). De efterfølgende individuelle interviews baseres på og kvalificeres empirisk af observationerne, hvilket tilføjer en yderligere dimension i undersøgelsen, som giver en dybere forståelse for brobyggerpsygeplejerskernes grænsedragningspraksisser. Ved en sådan kombination af kvalitative metoder skabes der en *“mere dækkende eller komplementær viden”*, hvormed vi sigter mod at opnå en større indsigt i brobyggerpsygeplejerskernes grænsedragningspraksisser med flere multifacetterede beskrivelser og iagttagelser. Samlet set vurderer vi, at dette giver de bedste forudsætninger for at besvare problemformuleringen og dermed højne specialets interne validitet (Frederiksen 2015:201).

Empiriindsamlingen har således været opdelt i to faser; et indledende feltarbejde for at observere brobyggerpsygeplejerskerne i deres arbejde, efterfulgt af individuelle semistrukturerede interviews for at udfolde og nuancere observationerne. Ligesom alt andet videnskabelig forskning er kvalitative undersøgelser og forskning værdiladet og en social praksis (Brinkmann 2015:463, 479). Kvalitativ forskning er særligt værdiladet grundet dets arbejde med *“menneskers personlige liv og erfaringer og placerer private ytringer i en offentlig arena”* (Brinkmann 2015:463). Vi er således uundgåeligt blevet konfronteret med en række etiske spørgsmål, udfordringer og dilemmaer i løbet af forskningsprocessen, som har påkrævet diskussion og refleksion for at sikre et så etisk forsvarlig forskningsdesign, rekruttering, empiriindsamling, analyse og afrapportering som muligt, hvor undersøgelsens

⁴ Vi indskriver os ikke i Mixed Methods-traditionens kombination af kvantitative og kvalitative metoder, men vægter metodetriadningen i en rent kvalitativ forståelse, hvor det ikke handler om en konvergent validering mellem metoderne, men om komplementær viden ved brugen af flere kvalitative metoder (Frederiksen 2015:200).

informanter eller deres patientgruppe ikke kommer til at lide overlast eller misrepræsentation. Disse forskellige etiske refleksioner og overvejelser vil således være en gennemgående rød tråd gennem de kommende afsnit.

Indledningsvist finder vi det vigtigt at pointere, at specialets ambition og sigte hverken er at kritisere brobyggersygeplejerskernes grænsedragningspraksisser eller normativt vurdere, hvordan disse bør foretages i deres arbejdsliv. Vi er derimod drevet af en interesse i at undersøge, forstå og formidle, hvordan brobyggersygeplejerskerne skaber grænser i arbejdslivet med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb (Brinkmann 2015:475).

6.1 Adgang til feltet og rekruttering af brobyggersygeplejerskerne

Vi havde ved specialets opstart allerede en etableret kontakt til feltet som følge af, at to af gruppens medlemmer indgik i et praktikforløb ved Aalborg Universitetshospital og havde en daglig gang ved hhv. Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje og Enheden for Psykiatrisk Forskning. Adgangen til feltet er foregået gennem vores kontakt seniorforsker Birgitte Lerbæk, Enheden for Psykiatrisk Forskning, som har ageret gatekeeper og hjulpet os med at kontakte brobyggersygeplejerskerne i Region Nordjylland (Riis 2005:84).

Rekrutteringsprocessen har været todelt; i første omgang rekrutterede vi tre brobyggersygeplejersker til observation og i anden omgang inviterede vi alle seks brobyggersygeplejersker i Region Nordjylland til en efterfølgende individuel interviewrunde. I alt havde fem ud af seks brobyggersygeplejersker mulighed for at afsætte tid til interview. Begge rekrutteringsprocesser foregik gennem en invitation til at deltage i forskningsprojektet over Region Nordjyllands mailserver med vores egne RN-mailadresser. Denne mail bestod af en uformel og kort beskrivelse af os, forskningsprojektet og omfanget af deres deltagelse. Ønskede brobyggersygeplejerskerne at deltage, fremsendte vi et deltagerinformationsbrev med mere uddybende detaljer om formålet med forskningsprojektet og hvad deres deltagelse indbefattede, for at sikre informeret samtykke og frivillig deltagelse (Bilag 1a). I deltagerinformationsbrevet informerede vi ydermere brobyggersygeplejerskerne om anonymisering, hvor vi gjorde dem opmærksom på, at grundet den lille totale undersøgelsespopulation på seks brobyggersygeplejersker i Region Nordjylland vil kolleger, bekendte og brobyggersygeplejerskerne muligvis kunne genkende billedet af den enkelte brobyggersygeplejerske i specialet. Vi har desuden udarbejdet en samtykkeerklæring til

observation og interview med informationer om, hvilke oplysninger der bruges i forskningsprojektet samt kontaktoplysninger, hvis de skulle ønske at trække deres samtykke tilbage på et senere tidspunkt (Bilag 1b, 1c). Vi opbevarede den underskrevne udgave af både observations- og interviewsamtykkeerklæringen sikkert og fortroligt (Brinkmann 2015:478; Jacobsen & Kristiansen 2006:76f).

6.2 Short-term etnografisk observation via shadowing

At observere har altid været en fundamental del af forskeres arbejde på tværs af fagområder. Observation fremhæves ofte som en antropologisk disciplin og med deres langvarige observationer af blandt andet befolkningen på Trobriaderne og Inuitterne i Canada, anses antropologerne Franz Boas og Bronislaw Malinowski som nogle af grundlæggerne af denne form for feltarbejde. I disse observationsstudier blev det med længerevarende ophold og systematiske observationer muligt at få indblik i disse ikke-vestlige kulturer og deres hverdagsliv (Baarts 2015:13; Szulevicz 2015:81). Feltarbejdet som metode er ikke kun blevet anvendt til at analysere og beskrive fremmede kulturer, men udviklede sig også ved hjælp af sociologerne fra den såkaldte Chicagoskole til ligeledes at være: “(...) *en tradition, hvor man så at sige studerede og observerede sociale og kulturelle fænomener i egen baghave*” (Szulevicz 2015:82). Centralt for feltarbejdet er, at observatøren får adgang til det sociale liv og hvordan dette praktiseres, men også det, som er ubevidst eller bliver glemt:

We see whole situations where others see fragments. We put trends, patterns of behaviour, and changes in lifestyles in a new light. With cultural analysis we promise something different, a new angle, another perspective, making the invisible visible or the inconspicuous important (Ehn et al 2016:131).

Socialantropologerne Sarah Pink & Jennie Morgan argumenterer dog for, at langvarig tilstedeværelse i feltet ikke nødvendigvis er lig med dyb og valid viden, og at man med fordel kan foretage short-term etnografiske studier, som er udbytterige (Pink & Morgan 2013:351f). Vi finder i dette speciale inspiration i denne argumentation og tilgang, idet vi ønsker en intensivering af forskningsmødet med brobyggerpsygeplejerskerne ved at sætte os i handlingens centrum (deres arbejdsliv) fra start af. Vi ønsker ikke at blive “oplært” i feltet som brobyggerpsygeplejerske, men i stedet få indblik i brobyggerpsygeplejerskernes detaljerede beskrivelser, praksisser og handlinger i deres arbejdsliv (Pink & Morgan 2013:355f). Short-

term etnografi skal ikke anses som en “quick and dirty” vej til kvalitativ viden, da denne metodiske tilgang kræver god forberedelse forud for empiriindsamlingen. Her kommer vores adaptivt inspirerede tilgang også til udtryk, idet vi i en dialog med teori vil lade os guide og inspirere i feltarbejdet, hvilket også er kendetegnende for short-term etnografi, fremfor at lade teori være styrende og strukturerende (Pink & Morgan 2013:357; Layder 1998:112f).

Hvert gruppemedlem observerede én brobyggersygeplejerske i fem fulde arbejdsdage, hvorfor feltarbejdet bibragte feltnoter af sammenlagt 15 fulde arbejdsdage. Alle disse dage lå dog ikke i forlængelse af hinanden, men var spredt ud over flere uger i marts 2023. Årsagen til denne fordeling var, at brobyggersygeplejersken selv fik lov til at udvælge de dage, der bedst passede ind i deres arbejdsplanlægning og på den måde søgte vi at være mindst muligt til gene i deres travle arbejde. Det kan hertil diskuteres, hvilken effekt udvalget af observationsdagene havde på, hvad vi som forskere havde mulighed for at observere. Dette skal ikke kun ses i forhold til, at brobyggersygeplejerskerne selv kunne udvælge de dage, vi måtte følge dem, men også generelt i forhold til antallet af indlagte patienter på afdelingerne og overbelægning, som varierer hen over et år; således er de varme perioder generelt mindre travle, mens der er mere travlt i vinterperioden og op til helligdage. Dette kan diskuteres at have indvirkning på specialets interne validitet og reliabilitet, idet det kan påvirke hvilken viden vi har adgang til, samt muligheden for at genskabe identiske empiriske resultater (Kvale & Brinkmann 2015:318; Tanggaard & Brinkmann 2015b:523). Vi anser dog disse sæsonmæssige udsving i belægning, samt udvalget af arbejdsdage og hertil adgangen til bestemte patienter, som et uundgåeligt vilkår for empiriindsamlingen. Vores argument er hertil, at uanset hvornår man observerer brobyggersygeplejerskerne, vil man få indblik i deres grænsedragningspraksisser.

Ved at fordele dagene med observation ud over længere tid, fik vi desuden mulighed for at fordybe os i feltnoterne mellem observationsdagene og drøfte vores oplevelser i specialegruppen. Ved at sprede dagene ud oplevede vi ligeledes, at brobyggersygeplejerskerne kunne fortælle om, hvad der var sket af nye udviklinger fra sidst vi havde været sammen, og vi fik på den måde indsigt i en større del af deres grænsedragningspraksisser i arbejdsprocessen og patientforløbene, hvilket vurderes at højne den interne validitet af specialets empiriske fund (Kvale & Brinkmann 2015:318). Ved observation fik således mulighed for at åbne feltet op gennem vores fysiske tilstedeværelse og dermed få en unik førstehåndsindsigt i det verbale og nonverbale, deres lokalisering, positionering, handlinger og en fornemmelse for andre aspekter, som ikke ville være tilgængelig på anden vis (Szulewicz 2015:86f).

Opsummerende søger vi gennem observation af brobyggersygeplejerskerne ikke at fokusere på deres: “‘*subjektive meningsunivers*’, *men på den mening, som bliver produceret gennem konkret og observerbar interaktion*” (Järvinen & Mik-Meyer 2005:18). Vi har således et fokus på det kontekstuelle og processuelle i det sociale møde; vi ser det således ikke som vores opgave at udforske *at* brobyggersygeplejerskerne skaber grænser, men derimod *hvordan* de skaber grænser interaktionelt i deres arbejde (Abbott 2001:261). Specialets videnskabsteoretiske ståsted afspejles således i valget af observation som metode, idet vi ved at følge brobyggersygeplejerskerne kunne observere, hvordan de interaktionelt og kontinuerligt skaber grænser i arbejdslivet med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb.

6.2.1 Shadowing og vores position i feltet

Indenfor observation som en kvalitativ metodisk tilgang kan man indledningsvist metodologisk skelne mellem direkte og indirekte observation. Hvor forskerens rolle og undersøgelsens formål ved indirekte observation er skjult og foretages uden samtykke fra de observerede, så er forskerrollen og undersøgelsens formål ved direkte observation åbent tilkendegivet og de observeredes samtykke er indhentet. Det er indenfor denne direkte observation vi befinder os, idet brobyggersygeplejerskerne var bekendte med vores formål og tilstedeværelse i feltet gennem vores rekruttering. På samme måde var vores tilstedeværelse ikke skjult for patienter eller andet fagpersonale; her stod brobyggersygeplejerskerne for at forhandle vores adgang i situationen, ved at præsentere os uformelt overfor patienten eller det sundhedsfaglige personale (Czarniawska 2007:56). Eksempelvis sagde brobyggersygeplejerskerne “*Jeg har lige [navn] med i dag, hun/han følger bare mig, er det ok hun/han lige sidder med?*”. Som oftest var patienterne og det andet fagpersonale meget imødekommende overfor os og havde intet problem med vores tilstedeværelse.

Direkte observation kan metodologisk desuden opdeles i deltagende og ikke-deltagende observation; ikke-deltagende observation kan yderligere opdeles i “shadowing” og “stationary observation” (Czarniawska 2007:55). Vi har valgt observations-tilgangen shadowing, for at kunne observere brobyggersygeplejerskere og deres grænsedragningspraksisser i arbejdet. Mobilitet og bevægelse er centralt for denne form for observationsmetode; med andre ord er observatørens opgave at følge et individ eller et objekt hvor end det bevæger sig, men samtidig observere de løbende forandringer og situationer og spørge ind til dette (Czarniawska 2007:56).

Således er vores observationer ikke bundet til ét specifikt sted (f.eks. en sygehusafdeling), men forankret i brobyggerpsygeplejerskernes praksis og deres færden på tværs af steder og situationer. Observationerne af brobyggerpsygeplejerskernes arbejdspraksis har eksempelvis ført os på besøg hos borgere i eget hjem, men primært bevægede vi os rundt på Universitetshospitalets mange forskellige ambulatorier, afdelinger og sengeafsnit. Vores felt er på den måde omskifteligt og udgøres dermed mere af brobyggerpsygeplejerskerne og deres sociale praksis, end et fysisk sted⁵. Selvom vi anså os selv som ikke-deltagende observatører og dermed ikke var en del af det konkrete arbejde, som brobyggerpsygeplejerskerne foretog, så var det ikke i praksis muligt at antage en rollen som udelukkende observatør:

All direct observation is indeed participatory (...) The point is never to behave like a fly on the wall (what a peculiar metaphor, considering what happens to the flies on the wall, once noticed), but to behave like a responsible adult, showing respect and sympathy to others (Czarniawska 2007:55f).

Vi kunne således ikke (etisk og moralsk) afstå fra at deltage i praksis, hvis vi eksempelvis blev spurgt om at hjælpe med praktiske ting eller tilkendegive vores holdning til et emne. Eksempelvis var vores tilstedeværelse og påvirkning på feltet tydeligst i situationer sammen med brobyggerpsygeplejerskerne og andet fagpersonale, hvor vi nogle gange blev en form for referent, som kunne blåstempe brobyggerpsygeplejerskernes beskrivelser af situationer overfor kolleger ved at spørge; “er det ikke rigtigt, [navn på observatør]?” eller en form for sekretær, som kunne videregive informationer til brobyggerpsygeplejersken fra andet personale, hvis brobyggerpsygeplejersken var optaget. På trods af disse hændelser oplevede vi dog for det meste, at vi hurtigt indgik som en naturlig del af feltet, og de tilstedeværende parter gav os ikke megen opmærksomhed efter vores indledende præsentation; patienterne og de pårørende havde oftest fokus på deres egen situation og fagpersonerne havde fokus på deres arbejde. I disse eksempler, hvor vi blev inddraget i den sociale situation, blev det tydeligt for os, hvordan vi var konstituerende for den sociale praksis gennem vores tilstedeværelse. I kraft af vores videnskabsteoretiske ståsted var vi dog bevidste om, at vi gennem vores tilstedeværelse altid ville være interagerende og medkonstruerende for den sociale praksis til en vis grad (Szulewicz 2015:90; Czarniawska 2007:57f). Dette anses ikke som en fejlkilde, men et vilkår i vores udførelse af undersøgelsen.

⁵ “Felt” betegner i vores forståelse det analytiske genstandsfelt, som er brobyggerpsygeplejerskerne og hvor de befinder sig (Hastrup 2015:57)

Et af vores opmærksomhedspunkter ved at skygge brobyggerpsygeplejerskerne var ligeledes, at vi løbende reflekterede over og revurderede vores placeringer og tilstedeværelse sammen med brobyggerpsygeplejerskerne. For at tage hensyn til at brobyggerpsygeplejerskernes patientgruppe bestående af udsatte og sårbare mennesker, ønskede vi selvfølgelig ikke at følge brobyggerpsygeplejerskerne i situationer, hvor de vurderede det upassende og uforsvarligt. Vi gjorde det derfor klart fra begyndelsen, at brobyggerpsygeplejerskerne havde ret til at frabede vores tilstedeværelse i sådanne situationer. Når brobyggerpsygeplejerskerne i få tilfælde frabad sig vores tilstedeværelse, var det af hensyn til patienterne, som kunne være meget sårbare, paranoide eller bange for fremmede mennesker. Der var således tale om noget af brobyggerpsygeplejerskernes sociale praksis, som vi ikke fik adgang til at observere, men i disse situationer (gen)fortalte brobyggerpsygeplejerskerne efterfølgende hvad der var sket, så vi stadig fik en andenhåndsindsigt i de grænsedragningspraksisser der havde været på spil. For eksempel oplevede to af observatørerne at blive afvist fra at deltage i et møde om en patient; i det første tilfælde blev observatøren afvist af fagpersonalet på den pågældende afdeling, mens det i det andet tilfælde var patienten selv, som frabad sig observatørens tilstedeværelse. I disse tilfælde fortalte brobyggerpsygeplejerskerne dog efterfølgende om, hvad der var sket til mødet. Vi oplevede dog oftest, at vi fik lov til at deltage på disse udskrivningskonferencer med patienter og andet fagpersonale, hvorved vi kunne observere interaktionen mellem brobyggerpsygeplejersken, patienten og de andre tilstedeværende. Det vurderes derfor, at disse få situationer, hvor vores tilstedeværelse blev frabedt, ikke har nævneværdig indflydelse på analysens interne validitet, idet disse beskrevne situationer var sjældne og blev genfortalt af brobyggerpsygeplejersken, samt udgjorde en minimal andel af den samlede mængde tid, som vi fulgte brobyggerpsygeplejerskerne i.

Opsummerende gav shadowing som metode os en unik mulighed for at følge brobyggerpsygeplejerskernes sociale praksisser og grænsedragninger "*on the move*", selvom det fordrede konstante og omskiftelige etiske overvejelser af hensyn til brobyggerpsygeplejerskernes arbejde med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb (Czarniawska 2007:58).

6.2.2 Feltnoter

At observere kan være meget overvældende, idet der er en stor detaljerighed og mange oplevelser at holde styr på. Det er således vigtigt at have en god notepraksis i løbet af observationerne, således at man kan holde styr på sine tanker og så vidt muligt sikre, at det

nedskrevne afspejler det, der skete i situationen. I forlængelse heraf er der mange forskellige måder at omsætte det oplevede og observerede til et skriftligt produkt. Under observationerne havde vi fokus på at skrive korte noter og klokkeslæt for hændelser løbende, som et middel til at huske vigtige detaljer, kronologi, udtalelser eller begyndende analysetanker.

Disse noter blev skrevet i en notesbog, da vi vurderede, at det ville være uprofessionelt at bruge eksempelvis en mobiltelefon midt i arbejdstiden. Selvom vi gik ind til feltet med denne vurdering, oplevede vi dog, at der var situationer, hvor det virkede naturligt at tage en hurtig note på telefonen eller skrive på computeren, især når brobyggersygeplejerskerne også selv sad ved deres computere. Der blev dog kun taget noter, når vi vurderede, at det var passende i situationen (Emerson et al. 1995:18ff). Alle gruppens medlemmer oplevede situationer, hvor vi vurderede, at det var højst upassende at tage noter, f.eks. når vi sad med til møder med særligt sårbare patienter og pårørende, hvor vi ikke ville tage opmærksomheden væk fra patientens situation eller skabe en følelse af unødvendig overvågning. Efter hver eneste session i feltet var det ligeledes afgørende, at vi trak os tilbage og brugte god tid på at skrive dagens oplevelser ned på mere udførlig vis, da det i praksis kunne være udfordrende at tage noter, mens vi var på farten i løbet af dagen (Emerson et al. 1995:17f, Czarniawska 2007:57). I afrapporteringen af dagens oplevelser forsøgte vi at skrive det som Clifford Geertz betegner som ‘thick descriptions’, hvor grundopfattelsen er, at:

Meaning is always contextual, which means that no one (in this case, the reader) can make sense of behavior until and unless that behavior is situated within a scene (...) unless the writer provides context details, we are left without the narrative resources to make sense of the behavior (Goodall 2008:43, forfatterens fremhævnings).

Derfor har vi været særligt opmærksomme på at udarbejde udførlige og detaljerede beskrivelser i afrapporteringen af vores feltarbejde, for at male tydelige billeder overfor læseren af vores oplevelser. I afrapporteringen af feltarbejdet var det desuden en hjælp at have vores observationsguide ved hånden. Denne fungerede som et hjælperedskab til at holde fokus på de essentielle oplevelser, men var også god til at sætte hukommelsen i gang. Den blev ydermere vigtig ift. at blive opmærksom på det, vi ligeledes *ikke* havde oplevet i løbet af dagen.

I afrapporteringen har vi givet de observerede brobyggersygeplejersker et alias af hensyn til anonymisering. Desuden har vi udarbejdet nogle fælles retningslinjer for anonymisering af brobyggersygeplejerskernes patienters karakteristika, som kan ses nedenfor.

Tabel 4: Oversigt over retningslinjer for afrapportering af feltnoter.

Karakteristika ved patientsager	Retningslinjer for anonymisering
Navne	Patienternes/borgernes navne markeres med enten [navn], omtales i generelle termer som <i>“mandlig ældre borger”</i> eller ved bogstav, f.eks. <i>“patient M”</i> .
Alder	Refereres som ung/gammel/midaldrende/ældre eller <i>“patienten er i 90’erne”</i> .
Helbredshistorik	Refereres til i mere generelle termer; <i>“borgeren har psykiske- og misbrugsproblematikker (fx egen medicin og alkohol)”</i> . Somatiske problematikker som diabetes og KOL nævnes, da disse hyppigt forekommer blandt patientgruppen og ikke vurderes at kunne identificere den enkelte patient.
Bopæl	Refereres til i mere generelle termer; <i>“kommer fra landet”, “kommer fra en anden by/kommune/region”</i>
Steder og sociale indsatser	Refereres til i mere generelle termer; <i>“vi tog borgeren med op på hjerteafdelingen”, “vi tog ned til misbrugscentret i kommunen”, “brobyggersygeplejersken tog kontakt til en social indsats”</i> .

6.2.3 Observationsguide

Før feltarbejdets begyndelse, udarbejdede vi i gruppen en observationsguide (Szulevicz 2015:91). Denne guide blev udformet med inspiration fra Eviatar Zerubavel & Andrew Abbotts teorier om grænsedragninger, udvalgte opmærksomhedspunkter fra James P. Spradleys domæneanalyse og tidligere erfaringer fra feltet, for at spore os ind på problemformuleringens sigte. Observationsguiden havde således til formål at guide os i retningen af grænsedragninger, men var ikke styrende for, hvordan disse grænsedragningspraksisser rent faktisk tog form. Observationsguiden hjalp os således med at skabe et fokus i observationerne, men tillod fortsat en eksplorativ og åben tilgang.

Idet Zerubavel og Abbotts pointer om grænsedragninger er beskrevet under afsnittet med orienterende begreber, vil vi blot præsentere Spradleys bidrag til observationsguiden. Spradley fokuserer i sin domæneanalyse på, hvordan man kan analysere det indsamlede empiri

fra observationer i feltarbejde. Omend Spradleys domæneanalyse oftest benyttes i analysefasen efter empiriindsamlingen, har vi allerede før feltarbejdet valgt at lade os inspirere af hans opmærksomhedspunkter ift. hvordan forskellige kulturelle emner påvirker den sociale situation; eksempelvis steder, aktører, aktiviteter, objekter og mål (Spradley 1980:87). Disse har inspireret de fire grundlæggende temaer relateret til grænsedragninger, som observationsguiden er udformet efter; Det første tema i guiden er *placering/tilstedeværelse*, det andet er *objekter/artefakter*, det tredje er *organisering* og det sidste er *sprog/kommunikation*. Under hvert af disse fire temaer har projektgruppen diskuteret, hvilke opmærksomhedspunkter der kunne være relevante at have fokus på i feltarbejdet. Eksempelvis konstruerede vi et opmærksomhedspunkt om *ord, vendinger, toneleje og tillægsord* under temaet *sprog/kommunikation*. Nedenfor ses de fire temaer fra observationsguiden. Observationsguiden i sin fulde længde kan findes i bilag 2, hvor der også er opstillet et par spørgsmål, som vi kunne stille brobyggerpsygeplejerskerne, hvis der blev tid til at tale sammen under observationerne.

Tabel 5: Udsnit af observationsguide: Temaer og opmærksomhedspunkter

Temaer	Opmærksomhedspunkter
Grænsedragninger i brobyggerpsygeplejerskens placering og tilstedeværelse i arbejdet med borgerne	• Hvor er vi henne? Stillestående eller på farten/spontanitet? • Det fysiske rum (professionelle vs. uformelle steder) • Placering i rummet (sofa, stol, seng) • Placering ift. patienten (ved siden af, øjenhøjde, overfor, bagved) • Hvad gør det ved rollerne/interaktionen/stemningen?
Grænsedragninger i brugen af objekter/artefakter	• Beklædning som grænsedragning (arbejdstøj, ID, privat tøj, afslappet/formelt) • Teknologi (arbejdstelefon, arbejdscomputer) • Hjælpemidler (post-its, visitkort, notesbøger)
Grænsedragninger i organiseringen	• Grænsedragning for arbejdsdeling og ansvarsområde: Hvilken profession skal påtage arbejdsopgaverne? • Hvilke uformelle og formelle regler eksisterer der ift. personlig involvering? Hvad er passende adfærd? (omsorg, følelser, økonomiske midler, tilgængelighed, ledsagelse) - hvordan kommer de til udtryk? • Organisering af arbejdsdagen (rutiner, selvstyrende, "give

	slip”, gå hjem/møde ind)
Grænsedragninger i sprog og kommunikation	• Ord, vendinger, toneleje, tillægsord (som bruges ift. professionelle og private grænser - eller mangel på samme) • Hvordan <i>omtaler</i> de arbejdet og deres patienter? • Hvordan taler de <i>til</i> deres patienter og kolleger? • Hvordan og hvor ofte kommunikerer de med patienterne?

Efter observationerne reflekterede vi over observationsguidens anvendelse. Udarbejdelsen af observationsguiden var i høj grad en slags indledende forberedelse og opvarmning til, at vi skulle foretage feltarbejde. I praksis var det sjældent, at vi trak guiden frem under observationerne og kiggede på den; i stedet lå den konstant i baghovedet og fungerede som en hjælp til at holde fokus og være opmærksom på de aktuelle grænsedragningspraksisser. Under observationsperioden oplevede vi ligeledes, at observationsguiden fungerede som et fælles holdepunkt for alle tre observatører i feltarbejdet, hvilket i sidste ende fremmede ensartetheden i tilgangen og feltnoterne. Specialets reliabilitet vurderes dermed øget ved disse beskrivelser af, hvordan guiden blev udformet og fungerede i praksis, samt vedlæggelsen af denne i bilag (Tanggaard & Brinkmann 2015b:523). Udarbejdelsen af en observationsguide øger desuden specialets interne validitet, idet der igennem feltarbejdet holdes fokus på at indsamle empiri, som er relevant for besvarelsen af problemformuleringen, dvs. hvordan brobyggerpsygeplejersker skaber grænser i deres arbejdsliv med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb (Kvale & Brinkmann 2015:318).

6.3 Individuelt semistruktureret interview

Foruden observation via shadowing valgte vi at foretage opfølgende individuelle semistrukturerede interviews for at nuancere og udfolde de observerede grænsedragningspraksisser i brobyggerpsygeplejerskernes arbejdsliv.

Interviews som kvalitativ forskningstilgang er en anerkendt og hyppigt anvendt metode, som kan give indsigt i menneskers tanker, holdninger og oplevelser (Tanggaard & Brinkmann 2015a:29). Under observationerne oplevede vi, at brobyggerpsygeplejerskerne stort set ikke sad stille; de var konstant på farten på hospitalet eller talte i telefon og havde dermed mange bolde i luften på én gang. Vi oplevede derfor, at det var vanskeligt at opretholde en længere samtale

med plads til uddybende spørgsmål fra vores side. Den klare styrke ved at afholde opfølgende interviews var dermed, at vi fik skabt et rum uden forstyrrelser, hvor der var tid og plads til opfølgende spørgsmål og til at dykke længere ned i brobyggersygeplejerskernes fortællinger og det, vi sammen havde oplevet. Desuden oplevede vi, at de fælles referencepunkter, som vi fik skabt med brobyggersygeplejerskerne under observationerne, skabte et godt fundament for interviewet. Ved at tage afsæt i det, vi oplevede sammen, kunne vi stille konkrete og virkelighedsnære spørgsmål, som havde rod i brobyggersygeplejerskernes observerede arbejdspraksis. Idet interviewene foregik cirka to uger efter observationerne var afsluttet, var det også muligt at spørge ind til begivenheder og oplevelser, som var sket i mellemtiden. Dette var et godt udgangspunkt for at starte samtalen op på en naturlig måde. Interviewet bliver således en blanding af det, der er foregået retrospektivt i observationerne, men giver ligeledes en mulighed for at få nye oplevelser på banen. Ydermere var interviewene en mulighed for at inkludere flere brobyggersygeplejerskers synspunkter, idet vi kun havde mulighed for at observere tre, men interviewede fem ud af de i alt seks brobyggersygeplejersker ansat ved Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland. I de to tilfælde, hvor brobyggersygeplejerskerne kun blev interviewet og ikke observeret, oplevede vi, at erfaringerne fra observationerne af de andre brobyggersygeplejersker stadig var et godt udgangspunkt for interviewene.

I forhold til specialets videnskabsteoretiske standpunkt kan det påpeges, at den konstruktivistisk interaktionistiske videnskabsteori ifølge Järvinen og Mik-Meyer ser interviewmetoden som en måde at "*undersøge den meningsproduktion, gennem hvilken den sociale verden bliver skabt*" (2005:16). Hertil er det vigtigt at påpege, at vi ikke til fulde skriver os ind i Järvinen og Mik-Meyers forståelse af det konstruktivistiske interaktionistiske interview. Vores hovedfokus er således ikke på, *hvordan* interviewer og informant interagerer og skaber mening sammen i interviewsituationen. I stedet forholder vi os i højere grad til det, som Järvinen og Mik-Meyer omtaler som interviewets *hvad*, dvs. undersøgelsens genstandsfelt; hvordan brobyggersygeplejerskerne skaber grænser i deres arbejde med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb (Järvinen 2005:29, 45). I interviewet indgår således stadig et interaktionistisk element, idet samtalen fortsat *omhandler* hvordan brobyggersygeplejerskerne i interaktioner og forskellige situationer skaber grænser i deres arbejde.

6.3.1 Interviewguide

Grundet den semistrukturerede interviewform udformede vi interviewguiden på baggrund af vores viden fra feltarbejdet og de orienterende begreber. Hertil var vi bevidste om at skabe plads til at forfølge de fortællinger, som brobyggerpsygeplejerskerne fandt vigtige og dermed afvige fra interviewguidens på forhånd givne struktur (Bryman 2016:468). Vi oplevede hertil, at interviewet i højere grad var præget af at være en dialog, hvor begge parter kunne trække på og referere til det, vi havde erfaret gennem observationerne. Gennem samtalen var vi også nødt til at springe rundt i interviewguiden og følge fortællingens udvikling, idet brobyggerpsygeplejerskerne selv tog fat på emner, som vi havde planlagt at spørge ind til. Vi anser dette som en kvalificering af det, vi har erfaret under observationerne og deraf valgt at uddybe yderligere i interviewene (Tanggaard & Brinkmann 2015a:38).

Interviewguiden blev opdelt i tre sektioner; en briefing, interviewfasen og en debriefing. Den første sektion fungerede som en indledning til interviewet. Her fortalte vi om, hvad interviewet gik ud på og forklarede, at oplevelserne i observationerne var grundlaget for samtalen. Den midterste sektion af interviewguiden bestod af spørgsmål baseret på de tre orienterende begreber, som vi udvalgte efter feltarbejdet; først håndteringsstrategier, dernæst integreret og segmenteret arbejdsliv og til sidst teatermetaforen af Erving Goffman. På baggrund af disse teoretiske temaer udarbejdede vi konkrete interviewspørgsmål. I praksis afveg vi dog nogle gange fra formuleringen i de nedskrevne spørgsmål, så disse indgik mere naturligt i dialogen (Kvale & Brinkmann 2015:185). Den tredje og sidste sektion af interviewguiden bestod af en debriefing, hvor interviewerens afrundede interviewet ved at tydeliggøre, at der ikke var flere spørgsmål. Der blev også spurgt til, om der var andre ting, som informanten gerne ville tilføje. Desuden spurgte vi ind til, hvordan det havde været for informanterne at deltage; både ved observationerne og det afsluttende interview. Til allersidst lagde vi vægt på at takke brobyggerpsygeplejerskerne for deres deltagelse og tilbød dem at læse specialet i færdig form (Kvale & Brinkmann 2015:183). Interviewspørgsmålene fra interviewguiden kan ses nedenfor og den fulde længde af guiden kan ses i bilag 3.

Tabel 6: Udsnit af Interviewguiden: Interviewfasen.

Tematikker/ orienterende begreber	Interviewspørgsmål
Indledende spørgsmål	Hvorfor valgte du at blive brobygger? (Sagt på en anden måde; hvordan fandt du vej til at blive brobyggersygeplejerske?) (evt. <i>“vi har snakket lidt om det her før, men nu har vi lidt bedre tid til at dykke ned i det...”</i>)
	Hvordan vil du kort beskrive dit arbejde? Hvad er væsentligt for at være en god brobyggersygeplejerske?
Håndtering og belastnings- reaktioner i arbejdet med mennesker	Hvordan holder <i>du</i> til at være i dit arbejde med meget tunge og komplicerede patientsager? - når der ofte ikke er en løsning/eller en <u>for</u> løsning? - Har du nogle bestemte strategier eller redskaber? Kurser? - Hvem taler du med om det? Familie, venner, kolleger, andre professionelle?
	Er man i hverdagen bevidst om de følelsesmæssige konsekvenser og belastningsreaktioner, der kan være ift. dit arbejde med meget tunge og komplicerede patientsager?
	Kan man blive <i>for</i> involveret i en patients sag/tilstand? - Hvad er <i>for</i> involveret ifølge dig? - Har du et eksempel på et forløb, hvor nogen andre eller du selv blev for involveret? Og modsat; Kan man blive <i>for</i> professionel? - Hvad er <i>for</i> professionel ifølge dig? - Har du et eksempel på et forløb, hvor nogen andre eller du selv blev for professionel?
	Hvad kan gøre at et forløb bliver særligt udfordrende for dig at være i?
	Hvordan vælger du, hvilke kampe/patientsager du <i>kan</i> eller <i>skal</i> tage?
	Hvis du bliver trukket på i en sag, hvor du kan se at en anden social- eller sundhedsfaglig person kunne tage den, hvad gør du så? - Hvorfor tager du opgaven alligevel?
	Hvordan er det at skulle indgå i et system, hvor hurtige udskrivelser, mindre sygepleje, siloopdeling osv. er hverdagen? Man kan jo sige, at I står lidt for at “være noget andet”. (følelser i et krydspres).
Grænsedragning ift. segmenteret vs.	Hvad er en god balance mellem arbejdsliv og privatliv ifølge dig? - Skal man ifølge dig opdele arbejdsliv og privatliv?

integreret arbejdsliv	- Hvordan synes <i>du</i>, at du er til at balancere dit arbejdsliv og dit privatliv? - Gør du noget bevidst og aktivt for at adskille arbejde og privatliv? (arbejdstelefon, serier, tjekke journaler mm.) - Gør du brug af at arbejde hjemmefra? Hvilke udfordringer eller fordele er der ved det?
	Kan du godt holde fri, når du holder fri? (weekend, ferie). - Har du svært ved at slippe arbejdet, når du kommer hjem? - Efter en hård og frustrerende dag, kan du så undgå at tage det med hjem? - Hvordan kommer det til udtryk? Og hvad hjælper så? - Oplever du nogensinde at have dårlig samvittighed over at holde fri?
Teatermetaforen (Goffman)	Er din fremtoning og adfærd anderledes, når du er sammen med en borger/patient, end når du er sammen med dine kolleger og/eller samarbejdspartnere? - Hvad ændrer sig, når du går fra at være sammen med en patient til at gå hen på kontoret (med de andre brobyggere)/i frokoststuen? - Kan du uddybe det og komme med eksempler?
	Hvad synes du, der ikke er passende adfærd overfor en patient? - Er der nogle regler for adfærd eller følelser, når du er sammen med en patient? - Er der forskellige regler overfor forskellige patienter? - Er dette bevidst? Kom med eksempler. - Hvordan vurderer du det?
Afsluttende spørgsmål:	Hvad er det bedste ved dit arbejde og hvad er det værste ved dit arbejde? (Sagt på en anden måde; hvad er det mest meningsgivende og hvad er det mest udfordrende?)

6.3.2 Rammerne for interviewet

Fire af brobyggerpsygeplejerskerne blev interviewet på deres arbejdsplads i et mødelokale, mens én deltog over Microsoft Teams efter brobyggerpsygeplejerskens eget ønske. Alle fem interviewede brobyggerpsygeplejersker var fysisk til stede på deres arbejdsplads, mens vi snakkede om deres arbejdspraksis og måder at skabe grænser på. At afholde interviewene på brobyggerpsygeplejerskernes arbejdsplads var et bevidst valg, idet vi vurderede, at den fysiske ramme alt andet lige ville skabe arbejdsmæssige associationer og rammesætte samtalen om deres grænsedragninger i arbejdet på en naturlig måde (Riis 2005:116).

Ved det ene interview, der blev afholdt online, forsøgte vi at tilnærme os en ansigts-til-ansigts interaktion, som man ser ved almindelige kvalitative interviews, selvom vi dog var bevidste om, at vi ikke på samme måde som ved de fysiske interviews kunne fornemme brobyggersygeplejerskens kropssprog, stemning og gestikulation (Kvale & Brinkmann 2015:204; Lo Iacono et al. 2016:6). Vi oplevede, at en dårlig internetforbindelse gjorde samtalen mindre flydende til tider, end den formentlig ville have været, hvis vi havde været fysisk til stede i samme rum (Irani 2019:5; Saarijärvi & Bratt 2021:2). Vi vurderer dog ikke, at de få sporadiske udfald i forbindelsen gik ud over den overordnede fortælling og mening i brobyggersygeplejerskens udtalelser.

En yderligere overvejelse i forhold til rammerne for interviewet var, at dét gruppemedlem, der havde observeret den pågældende brobyggersygeplejerske, ligeledes interviewede vedkommende, idet der således lå et allerede eksisterende kendskab og tillidsbånd til hinanden, hvilket kan have gjort samtalen mere naturlig (Riis 2005:116). Det kan dog også have skabt en vis indforståethed, som vi er bevidste om at imødekomme i den videre proces. Selvom to af brobyggersygeplejerskerne ikke blev observeret og dermed ikke havde samme oparbejdede tilknytning til projektgruppen som de tre andre brobyggersygeplejersker, var der alligevel et forudgående kendskab, da to af gruppens medlemmer havde hilst på alle brobyggersygeplejersker i deres praktikforløb.

6.3.3 Transskribering

De individuelle interviews med brobyggersygeplejerskerne blev efter interviewrunden transformeret til en skriftlig og læsbar transskription, som blev det empiriske udgangspunkt for vores analyse, sammen med feltnoterne fra feltarbejdet (Tanggaard & Brinkmann 2015a:43).

Alle fem individuelle interviews er lydoptaget for at lette transskriptionsprocessen samt forhindre tab af detaljer. Vi transskriberede de respektive interviews, som vi hver især havde foretaget. Dette har vi valgt at gøre, da interviewerens der var til stede under interviewet bedre kan huske og genkalde vigtige situationelle aspekter såsom kropssprog og toneleje, og kan dermed tilføje dem i det skriftlige materiale (Tanggaard & Brinkmann 2015a:43f). Vi har valgt at tilpasse talesproget i interviewene til et skriftsprog i transskriptionerne. Dette har vi gjort, da der i talesproget ofte forekommer indviklede og ufuldendte sætninger, samt fyldeord som f.eks. *“mmh”* og *“øhh”* som kan virke forstyrrende eller helt ødelægge meningen i det sagte på skrift. Derfor har vi prioriteret at sikre meningen med det sagte og deraf øge læsbarheden (Kvale &

Brinkmann 2015:235f; Tanggaard & Brinkmann 2015a:43f). Vi udarbejdede i gruppen en fælles oversigt over retningslinjerne for transskriptionerne:

Tabel 7: *Oversigt over retningslinjer for transskriptionerne.*

Retningslinjer	Betydning
Jette, Susanne, Lene, Trine & Rikke	Markerer brobyggersygeplejersken. Hver brobyggersygeplejerske har fået et alias.
I1, I2, I3	Markerer at interviewereren taler. De tre forskellige medlemmer af specialgruppen synliggøres med et tal.
<u>Understreget</u>	Markerer at brobyggersygeplejersken lægger tryk på ordet.
...	Markerer at brobyggersygeplejersken holder en kort tænkepause eller skifter retning midt i en sætning/talestrømmen.
[Stemning, toneleje, kropssprog]	Eksplitering af brobyggersygeplejersken eller interviewerens emotionelle reaktion (f.eks. fagter, grin, toneleje, entusiasme, ironi)
[Anonymiseringer]	For at anonymisere, udelades f.eks. byer, stednavne, navne mm.
“Citeringer”	Markerer at brobyggersygeplejersken citerer andre eller noget de selv har sagt tidligere.
– Indskudte sætninger –	Markerer indskudte sætninger i talestrømmen.
(Supplerende information)	Markerer supplerende information for forståelsen af brobyggersygeplejerskernes udtalelser og fortællinger.

6.4 Analysestrategi og kodningsproces

Specialets analysestrategi er løst inspireret af Derek Layders sontring over en indledende primitiv prækodning, efterfulgt af en mere systematisk provisorisk kodning og til sidst en udarbejdelse af kerne- og satellit-koder, som relateres til hinanden (Layder 1998:78; Jacobsen 2007:268). Vi tillægger os heri den adaptive udlægning af, at teoretiske forforståelser påvirker

kodnings- såvel som analyseprocessen (Layder 1998:51). I dette afsnit vil vi dermed give en kort indføring i kodningsprocessen, for at øge specialets gennemsigtighed og deraf reliabilitet (Tanggaard & Brinkmann 2015b:523).

Kodningen af empirien er præget af de to empiriindsamlinger. Efter feltarbejdet foretog vi en indledende kodning af feltnoterne, hvor gruppen i fællesskab drøftede og markerede interessante empiriske observationer og passager. Disse åbne og diffuse koder blev efterhånden systematiseret, hvilket resulterede i en udvælgelse af de øvrige tre orienterende begreber, som blev beskrevet under det adaptive forskningsdesign. Efter interviewrunden foretog vi ligeledes en indledende kodning af transskriberingerne i fællesskab. Gradvist blev de interessante empiriske passager fra feltnoterne og transskriberingerne sammenholdt, og heraf kondenseret og struktureret i dialog med teoretiske begreber, særligt specialets orienterende begreber, men også nye teoretiske pointer og eksisterende forskning (Jacobsen 2007:268). Afslutningsvist blev der udarbejdet hvad Layder betegner som såkaldte kerne- og satellitkoder, som afspejles i af analysens tematiske opbygning (Layder 1998:56).

Kodningen er foretaget i et fælles tekstbehandlingsprogram af alle gruppens medlemmer. Flere sæt øjne på empirien vurderes at skabe de bedste betingelser for at udlede de væsentligste pointer fra det empiriske materiale og omsætte disse til analytiske koder (Layder 1998:56f). Samlet vurderes det, at denne proces øger specialets validitet (Kvale & Brinkmann 2015:318).

7.0 Analytiske fund

Specialets analyse indledes med et *composite narrative*, som beskriver en typisk dag i arbejdet med brobyggersygeplejersken “Heidi”. Dette afsnit fungerer som en kontekstuel indflyvning i brobyggersygeplejerskernes funktion. Derefter er analysen opbygget ud fra de to underspørgsmål: 1) *Hvordan skaber brobyggersygeplejersker grænser for deres funktion og arbejdsopgaver?* og 2) *Hvordan skaber brobyggersygeplejersker grænser for deres private, personlige og professionelle involvering i relationerne med patienter og kolleger?* Gennem analysen vil vi anvende specialets udvalgte orienterende begreber, samt nye teoretiske pointer og tidligere forskning. Hvert underafsnit opsummeres kort, hvorefter specialets konklusion vil sammenfatte analysens hovedfund. Alle feltnoterne fra observationerne kan findes samlet under bilag 4, mens transskriberingerne af interviewene kan findes samlet under bilag 5. I analysen henviser vi til informanternes alias, typen af empiri og derefter sidetal.

7.1 En typisk arbejdsdag

Dette afsnit er en præsentation af den konstruerede brobyggersygeplejerske Heidi og hendes arbejdsdag i form af et *composite narrativ*. Et *composite narrativ* kan beskrives som en kreativ måde at arbejde med og fremstille sin empiri over for læseren; “*researchers select, interpret, order and arrange data, in order to analyse and present research findings (...) Creating stories or narratives based on a range of individual accounts is one way to do this*” (Willis 2019:474). Heidis arbejdsdag er dermed sammensat på baggrund af feltnoterne fra vores observationer af de tre brobyggersygeplejersker (Bilag 4). Afsnittet har til formål at give læseren en indføring i og forståelse for, hvilke situationer, interaktioner og arbejdsopgaver en brobyggersygeplejerske indgår i i løbet af en typisk arbejdsdag; nogle dage er mere travle, mens andre er mere rolige. Alle begivenhederne i fortællingen er således små udsnit af det, vi har oplevet under feltarbejdet, sat sammen til én fortælling og udlægges som én observationsdag.

Brobyggersygeplejersken Heidi

Jeg mødes med Heidi kl. 7:30 på det akutte modtageafsnit (AMA) på Universitetshospitalet. Vi siger 'godmorgen' og følges ned for at hente kaffe. Vi småsnakker lidt på vejen og Heidi fortæller, at hun i løbet af weekenden (efter eget ønske) har haft kontakt til to borgere, som befinder sig i eget hjem. Hun siger med et smil på læben, at hun er dårlig til at slukke sin telefon - og havde dermed kontakt til de to borgere i et forsøg på at forebygge en genindlæggelse; den ene er i hvert fald fortsat hjemme. Vi går en runde på afdelingen og tjekker de store computerskærme i rummet bagved modtageskranken; her kan Heidi se, hvilke patienter der er blevet indlagt i løbet af natten og deraf vurdere, om der er nogle af de indlagte, hun skal kigge til i løbet af dagen. Hun siger: *"vi tjekker altid lige ved sygeplejerskerne om morgenen, også for lige at vise vores ansigt, så de bliver mindet om, at vi er her"*.

Mens vi går tilbage mod kontoret, ringer Heidis telefon; efter opkaldet forklarer Heidi, at det var udskrivningsenheden, der ringede. De var på nippet til at aflyse en udskrivningskonference, der skal finde sted senere på dagen, fordi de ikke havde fået en opdateret plejeforløbsplan fra afdelingen på sygehuset. Ud fra den uopdaterede forløbsplan kunne de ikke se, hvor svært udfordret patienten er. Heidi siger, at det var godt, at de ringede til hende, for ellers var mødet blevet aflyst og så var patienten højst sandsynligt blevet udskrevet uden videre støtte. Tilbage på kontoret orienterer Heidi sig hurtigt i sine noter ift. hvad vi skal nå i løbet af dagen. Heidi fortæller, at vi skal på hjemmebesøg hos en ung borger om lidt, men at hun først lige vil foretage lidt dokumentation på computeren. Hun modtager også et opkald fra Bo- og Gadeteamet, som ringer ift. en af deres fælles borgere. Jeg ser mit snit til at få lidt formiddagsmad, inden vi skal af sted. Da Heidi er færdig ved computeren, går vi mod hendes bil for at køre ud til borgerens hjem; i dette tilfælde befinder borgeren sig på en venindes bosted, da hun er hjemløs. På vej derud fortæller Heidi, at borgeren er en af hendes unge misbrugere og at det i hendes nuværende situation står ret slemt til: *"Jeg ved ikke helt hvad vi møder derude, hun kan godt være påvirket og fjern (...) det kan godt være lidt hårdt at se"*. Da vi kommer frem, er der ingen, der åbner, og vi venter længe udenfor hoveddøren. Borgerens veninde kommer pludselig ud og siger: *"Hun [læs borgeren] er helt færdig. Hun ligger inde på sofaen, men jeg kan ikke få hende op. I må gerne prøve"*. Heidi går over til den

unge kvinde og siger hendes navn flere gange. Der er ingen reaktion, så hun tjekker pulsen. Der er puls, så hun forsøger at vække hende ved at lægge pres på kravebenet. Dette hjælper og den unge kvinde kommer langsomt til bevidsthed. Heidi siger med en blød og lav stemme: *“Det er Heidi, kan du huske vi havde en aftale i dag?”* Borgeren nikker, men er stadig konfus. Heidi aer hende på armen og siger smilende *“Du skal vist lige have lidt tid til at vågne”*. Heidi har et seriøst og bekymret ansigtsudtryk, idet hun spørger den unge kvinde, hvordan det går og hvornår hun sidst har ‘taget noget’. Borgeren opdaterer os på hendes situation og beskriver blandt andet, hvordan hun gerne vil ud af sit misbrug. Borgeren giver også udtryk for, at Heidi er den eneste, der forsøger at hjælpe hende. Mens borgeren fortæller, fjerner Heidi kærligt håret fra hendes ansigt og aer hende på armen. Jeg kan se, hvordan Heidi har et dybere kendskab til borgeren, idet hun kan huske detaljer om borgerens familie, venner og tidligere livsepisoder. Under samtalen bliver borgeren synligt søvnig og fortæller, at hun har brug for et fix. Heidi smiler og siger: *“Vent med det til lidt senere”*. Heidi vil ikke forsøge at tage stofferne væk, det ved hun ikke nytter. Heidi afslutter samtalen ved at sige *“Hvis nu der sker noget, så ringer du til enten din socialrådgiver eller mig. Vil du love mig det? Vi er her for at hjælpe dig”*. Heidi og den unge kvinde krammer hinanden og siger farvel.

Vi kører tilbage til Universitetshospitalet, hvor vi lige hurtigt er inde og vende på kontoret, hvor Heidi også foretager et kort opkald til misbrugscentret. Vi går hurtigt videre, da vi skal besøge en mandlig patient på en af afdelingerne. Da vi kommer ind på stuen, ligger patienten på sin højre side i sengen med fronten vendt væk fra døren. Han er meget svagelig og sammenkrøllet. Det ligner næsten, at sengen og dynen opsluger ham. Heidi går ind i rummet og stiller sig, så patienten har sin front mod hende. Hun hilser både på ham og på støttekontaktpersonen, som sidder ved hans side. Hun spørger ind til, hvordan han har det, og han giver udtryk for, at han gerne vil have noget beroligende. Heidi finder noget morfin til ham i samarbejde med en læge. Heidi går ind på stuen med medicinen i et lille plastikkrus. Hun siger til patienten, at han skal se om han kan komme op og sidde, så pillen kan komme helt ned i maven. Han beklager sig meget hurtigt, at det kan han ikke, og efter et kort forsøg og lidt flere indsigelser fra ham, spørger Heidi, om hun skal finde et sugerør. Han takker ja. Heidi kommer tilbage med et sugerør og med lidt besvær får patienten slugt pillen. Heidi og støttekontaktpersonen går ud af stuen. De snakker frem og tilbage om muligheden for at få fat

i en præst, som kan besøge den mandlige patient, da han ikke virker til at have langt igen; præsten kan måske give ham noget ro. Heidis telefon ringer under samtalen, men for første gang i dag lader hun den gå på telefonsvareren.

Det er nu blevet frokosttid, så vi går tilbage på kontoret for at spise. Under frokosten snakker vi om, hvordan Heidi blev brobyggersygeplejerske. Hun fortæller med omsorg i stemmen, at hun tidligere har været hjemmesygeplejerske og at hendes hjerte *“bløder jo lidt for den her gruppe”*; derfor gav brobyggerstillingen mening for hende. Da vi er færdige med at spise, siger Heidi, at hun lige vil ringe til en af de andre brobyggersygeplejersker for at vende en patient. *“Ja, vi fik jo en afjeres her i weekenden”*, siger Heidi i telefonen og refererer smilende til en særdeles udfordrende patient, som har huseret på sygehuset i løbet af weekenden. Hun griner og tilføjer *“jeg fik jo at vide, at jeg var en gemen møgkælling”*. De spøger med hinanden og deler nogle frustrationer, inden de afslutter opkaldet.

Da Heidi er færdig med at snakke med hendes brobyggerkollega, går vi videre til den udskrivningskonference, som Heidi fik et telefonopkald omkring tidligere på dagen. Patienten er en kvinde, som er indlagt med tuberkulose. Hun har tabt sig meget og er ikke god til at være alene i længere tid ad gangen. På udskrivningskonferencen er der flere forskellige fagfolk til stede. De snakker om medicinering og støtte til indkøb, madlavning og personlig hygiejne, som gerne skal hjælpe patienten med at klare sig selv igen. Patienten nikker. Under mødet er Heidi meget opmærksom på patienten; *“vi sidder her i dag, fordi vi kun vil dig det bedste”*. Heidi opfanger, at patienten efterhånden ser lidt fortabt ud i hele diskussionen, så hun henvender sig til patienten og opsummerer det, der sker. Hun spørger også, hvad patienten selv tænker om de her ting. Da mødet er afsluttet, taler Heidi efterfølgende med den tilknyttede sygeplejerske på patientens sag. De taler om, at det kan vise sig at være svært at holde hjælpen på patienten, hvis hun begynder at afvise den. Heidi siger *“så ring til mig, jeg tager gerne ud til hende”*. Bagefter følges Heidi og jeg tilbage mod kontoret, og mens vi venter på elevatoren siger hun *“vi håber sådan, at vi kan lykkedes, for hun er en af dem, der ikke er helt ødelagt endnu”*.

Da vi kommer tilbage på kontoret, siger Heidi, at hun gerne vil have ringet til nogle af hendes forskellige samarbejdspartnere; blandt andet vil hun gerne have lavet en opfølgende aftale med socialrådgiveren på den patient, som vi var på hjemmebesøg hos tidligere i dag. Derudover ringer hun til en praktiserende læge, for at lave aftaler om blodprøver på en patient,

som var indlagt i sidste uge. Mens vi sidder på kontoret, kommer støttekontaktpersonen til den døende mandlige patient, som vi besøgte tidligere, forbi; patienten har takket ja til en præst, som nu bliver tilkaldt. Det er Heidi glad for at høre. Klokken er cirka 14:45 og dagen er efterhånden ved at lakke mod enden. Heidi foretager lidt mere dokumentation af dagens arbejde på computeren. Hun laver også sin egen status på, hvad hun har lavet i løbet af dagen og hvad hun skal følge op på i morgen. Vi siger 'tak for i dag' og 'på gensyn'.

7.2 Brobyggersygeplejerskers grænsedragningspraksisser i deres funktion og arbejdsopgaver

I dette afsnit vil vi gennem fire underafsnit belyse, hvordan brobyggersygeplejersker skaber grænser for deres funktion og arbejdsopgaver. Først vil vi gerne belyse to grundpiller i brobyggersygeplejerskernes arbejde; selvtilrettelæggelsen og deres tværsektorielle handlerum. Disse to afsnit er primært empirinære og har til formål at give en indsigt i, hvordan arbejdet er præget af ambivalenser. Derefter vil vi i de to efterfølgende afsnit dykke mere ned i, hvordan brobyggersygeplejerskerne skaber grænser for deres funktion, arbejdsopgaver og arbejdsliv via situationsdefinitioner og interaktioner med kolleger og patienter. Undervejs vil vi løbende trække tråde til problemfeltet, eksisterende forskning og teoretiske pointer og indsigter fra Zerubavel og Nippert-Eng.

7.2.1 Selvtilrettelæggelsens ambivalens

Det stod allerede klart for os ved feltarbejdets begyndelse, samt i de efterfølgende interviews, at stillingen som brobyggersygeplejerske er kendetegnet ved en høj grad af selvtilrettelæggelse og selvstyring. Susanne udtaler eksempelvis:

Jeg er jo egentlig min egen arbejdsgiver, vil jeg sige [griner], men altså forstå mig ret! Altså sådan i forhold til, at jeg selv kan tilrettelægge min tid og der er ikke nogen, der siger "du må kun bruge en time på det her" (...) Der er ikke en køreplan, på den måde. Så ja, i en eller anden grad; frihed i selv at planlægge og være selvtilrettelæggende (Susanne-Transskribering:2).

Susannes fortælling eksemplificerer, at brobyggersygeplejerskerne ikke har et prædefineret fast facit eller en drejebog for deres arbejdsgang, som de kan eller skal følge. Brobyggersygeplejerskerne har været, og er fortsat, selv med til at skabe og opbygge de strukturelle rammer for funktionen; de asfalterer, mens de kører, så at sige. Hvordan brobyggersygeplejerskerne i praksis gør dette gennem forskellige grænsedragningspraksisser i interaktion med kolleger og patienter, vil i de forestående afsnit blive berørt.

Kendetegnende for funktionen er en høj grad af selvtilrettelæggelse og selvstyring, som brobyggersygeplejerskerne opfatter som "frihed"; frihed til selv at planlægge og bestemme sin arbejdsgang. Denne frihed er et væsentligt karakteristika ved funktionen og den adskiller sig fra den traditionelle arbejdsgang med faste køreplaner og dagsordner, som brobyggersygeplejerskerne tidligere har været underlagt i arbejde som afdelingssygeplejersker eller hjemmesygeplejersker (Susanne-Transskribering:1). Brobyggersygeplejerskerne udtrykker ligeledes, at deres patienter er bevidste om denne forskel. Under feltarbejdet holdt to af brobyggersygeplejerskerne et oplæg for de nye sygeplejersker, hvor en af brobyggersygeplejerskerne eksempelvis udtalte, at hendes patienter synes det er rart at være tilknyttet en "*uden så mange regler*", hvorefter hun beskriver sig selv og sine kolleger som "*vi er kreative og møder patienten i nuet*" (Susanne-Feltnoter:15f). Ud fra dette fik observatøren en fornemmelse af, at brobyggersygeplejerskerne ønskede at fremstille sig selv og deres funktion som værende mere kreativ og fri i deres tilgang til patienterne og arbejdet overfor sygeplejerskerne. Under mødet fornemmede observatøren, at sygeplejerskerne anerkendte brobyggersygeplejerskernes budskab, idet sygeplejerskerne stillede mange opfølgende spørgsmål og virkede interesserede i at få brobyggersygeplejerskernes råd til deres patienter.

Ifølge brobyggersygeplejerskerne er friheden, kreativiteten og selvtilrettelæggelsen netop nødvendig i arbejdet med deres målgruppe, idet "*patienterne er lige så forskellige som os ansatte, så man kan ikke lægge et fast net ned over det, ét fast facit; 'sådan skal det være'*" (Lene-Transskribering:1). Friheden til at tilpasse behandlingsforløbet til den enkelte er således vigtigt for brobyggersygeplejerskerne og det er medvirkende til at gøre arbejdet meningsfuldt: "*det allerbedste ved mit arbejde er, at jeg har fundet et arbejde som sygeplejerske, hvor jeg kan have den grad af frihed, der skal til, for at jeg kan lykkes med de ting, jeg gerne vil*" (Trine-Transskribering:10). I denne sammenhæng er brobyggersygeplejerskerne hurtige til at understrege, at "*lykkes*" for dem ikke betyder, at alle patientens udfordringer kan eller skal blive løst; deres tilstande er oftest komplekse, så nogle gange er bare et lille skridt på vejen en stor succes. En følelse af at "*lykkes*" kan eksempelvis opstå, hvis brobyggersygeplejersken

formår at understøtte en patient, således at de kun har brug for at være indlagt syv gange på en måned i stedet for ti. Definitionen af at “lykkes” er dermed yderst situationsbestemt.

Brobyggerpsygeplejerskerne italesætter dog også, at selvom den høje grad af frihed og selvstyring er meningsfuldt og grundlæggende essentielt for at kunne lykkes i arbejdet, så kan friheden også være svær at navigere i. Dette eksemplificerer Rikke i følgende citat:

Det er også svært, fordi vi ikke har den kasse, som alle andre har, og derfor så lander tingene jo tit ovre hos os, fordi når ikke de andre kasser passer, så må den ligge dér, hvor der ingen kasser er. Og det er jo en rigtig fin frihed at have, men ja, det kan også være svært; hvornår er det man skal sige nej? Vi får nogle gange nogle henvendelser, hvor vi sådan kigger lidt på hinanden og er sådan lidt [med frustration/opgivende stemme] “puuha, er det noget for os eller er det ikke?” (Rikke-Transskribering:10).

Som Rikke udtrykker, kan de manglende tydelige grænser for funktionen medføre tvivl for brobyggerpsygeplejerskerne i forhold til omfanget og indholdet i arbejdet; *hvad* skal de gøre? *Hvornår* skal de trække sig - eller sætte ind? *Hvordan* skal indsatsen føres ud i livet? Og *hvor meget* tid skal de sætte af til hver patient? Ifølge brobyggerpsygeplejerskerne kræver det tid og erfaring at navigere i disse spørgsmål. Det kan desuden kræve en del mental energi og emotionelle ressourcer at planlægge sin egen tid, balancere, mærke efter og vurdere, hvad der er det rette at gøre fra situation til situation. Det kan til tider være en “*hæmsko*”, men samtidig er det et vilkår ved selvtilrettelæggelsen (Trine-Transskribering:11f).

Der er således tale om en ambivalens i forhold til selvtilrettelæggelsen for brobyggerpsygeplejerskerne; friheden til at planlægge og styre sin egen arbejdsgang er både meningsgivende og nødvendig for at kunne lykkes med at understøtte patienterne, men samtidig kan det også være en hæmsko og udfordrende at handle uden en form for universel rettesnor for arbejdspraksissen. Friheden i funktionen sætter dermed store krav til brobyggerpsygeplejerskerne som medarbejdere og deres evne til at håndtere denne ambivalens, der kan ligge i at være selvtilrettelæggende. En del af denne håndtering vil blive yderligere beskrevet under del to af analysen i afsnittet om *Backstage-adfærd*.

7.2.2 Tværsektorielt handlerum

Udover selvtilrettelæggelsen stod det ligeledes klart, hvor fundamentalt det er for brobyggerpsygeplejerskerne at have et tværsektorielt handlerum. Dette handlerum er først og fremmest betinget af, at patienterne vil indgå i forløbet med brobyggerpsygeplejersken, men når dette indledende samtykke er givet, er brobyggerpsygeplejerskernes videre opgave at bygge bro til deres samarbejdspartnere.

Vi erfarede i feltarbejdet, såvel som i de efterfølgende interviews, at brobyggerpsygeplejerskerne har en stor berøring med mange forskellige instanser og sektorer i deres arbejde. Med deres høje grad af selvtilrettelæggelse skaber de et stort handlerum til at arbejde på tværs af Universitetshospitalets mange medicinske specialer og sengeafsnit, samt regioner og kommuner. Brobyggerpsygeplejerskerne understreger, at det er vigtigt at tænke ud over generiske behandlingsforløb og arbejde tværsektorielt, for at kunne forbedre livskvaliteten og fremme sammenhængende behandlingsforløb for deres målgruppe med komplekse problematikker. Deres tværsektorielle arbejdsgang bliver tydelig under brobyggerpsygeplejerskernes egne beskrivelser af deres funktion og patienttilgang. Følgende uddrag fra feltnoterne fandt sted under et møde, hvor en brobyggerpsygeplejerske holdt et oplæg for nogle afdelingssygeplejersker om brobyggerfunktionen:

Trine understreger i den forbindelse vigtigheden af deres stilling og fortæller hvordan de fungerer som det koordinerende ben, der skal finde de rigtige løsninger, så patienterne kan få bedre forløb. "Det kræver, at nogen arbejder for det og har tid til at lægge det nødvendige arbejde i det, da det netop kræver et stort stykke arbejde" (...) Trine fortæller om, hvordan kassetænkning er en udbredt tilgang på sygehuset og nævner et eksempel med en ledende overlæge, der i forbindelse med hendes oplæg havde sagt om patienterne: "Hører de ikke bare til i en anden kasse?" hvortil hun havde svaret: "Nej, de [kasserne] hænger sammen" (Trine-Feltnoter:3).

Ud fra ovenstående situation ses det, hvordan Trine gennem sit oplæg overfor afdelingssygeplejerskerne forsøger at positionere brobyggerpsygeplejerskerne i en rolle som dem, der tænker på tværs af kasser og er afgørende i det koordinerende arbejde i systemet omkring en patient. Som feltnoten eksemplificerer, har brobyggerpsygeplejerskerne et relationelt blik for, at "kasserne", det vil sige de forskellige medicinske specialer og behandlingsforløb,

ikke kan ses i substantiel form hver for sig, idet de uløseligt hænger sammen og gensidigt vil påvirke hinanden. Det kan eksempelvis være en stor udfordring at igangsætte behandling på et individ, som både er misbruger og har psykiatriske udfordringer, idet individet ikke passer ind i én kasse, men derimod flere kasser. Denne person kan være i risiko for at blive tabt fuldstændigt eller placeret i én af kasserne, hvor behandlingen ikke er dækkende for kompleksiteten af deres problematikker. Det er heri, at brobyggersygeplejerskernes frihed og selvtilrettelæggelse har sin fordel, idet de arbejder på tværs af disse kasser. Om dette siger Lene:

Det handler jo om at skabe helheder i fragmenterne, så både patienten og dem der behandler og dem der udfører, forstår hvad vej vi skal. Vi [forskellige siloer og specialer] oplever nemlig at sidde på hver vores ø, og der kan være rigtig mange øer i et menneskes liv, når først livet bliver svært. Så det jeg laver, er brobygning fra ø til ø (Lene-Transskribering:2).

Lenes fortælling eksemplificerer og understreger, at funktionen hedder brobyggersygeplejerske, idet kernen af deres arbejde netop er at skabe helheder i de adskillige fragmenter i et menneskes liv og komplekse behandlingsforløb. Hertil har brobyggersygeplejerskerne en bevidsthed om, at specialernes og siloernes fordel er det høje niveau af faglighed, som følger med et differentieret system; brobyggersygeplejerskernes rolle bliver heri ikke at modarbejde og kritisere specialernes og siloernes kvalifikationer, men derimod at gå på tværs og hjælpe dem til at snakke sammen, så behandlingsforløbene bliver mere sammenhængende (Lene-Transskribering:13; Trine-Transskribering:10). Med henblik på denne brobygning fra ø til ø er det relevant at pointere, at brobyggersygeplejerskerne ikke kun har friheden til at tænke på tværs af afdelinger og specialer, men de har også ansvaret for at dække alle Universitetshospitalets forskellige afdelinger og specialer (Trine-Feltnoter:2). Brobyggersygeplejerskerne skal derfor arbejde sammen med mange forskellige fagfolk, både internt i regionen og eksternt i kommunerne. Størstedelen af sundhedsvæsenet arbejder fortsat *indenfor* de specialiserede kasser og har ikke samme grad af frihed og mulighed for at tænke på tværs som brobyggersygeplejerskerne (Frølich et al. 2017:9,18); heraf kan der ses en væsentlig kontrast til brobyggersygeplejerskernes frihed i funktionen. Dette kommer til udtryk i nedenstående uddrag:

*De fleste vil jo gerne arbejde henimod, at det bliver det bedste for patienten.
Det er jo derfor vi alle sammen er her, vi sidder bare nogle gange på nogle*

forskellige sider af bordet, hvor verden ser anderledes ud, så det er jo ikke fordi de ikke vil hjælpe (...) Så jeg tænker egentlig, at et godt forhold til vores samarbejdspartnere kommer man også rigtig langt med (Rikke-Transskribering:9).

Rikkens fortælling eksemplificerer, at brobyggerpsygeplejerskerne har en forståelse for, at det ikke nødvendigvis er den enkelte medarbejder og fagperson der ikke vil hjælpe, men at samarbejdspartnere ofte er underlagt social- og sundhedssektorens organisatoriske og faglige indretning, samt ressourcer, der begrænser dem ift. *om* og *hvor meget* de kan samarbejde på tværs. Heri kan der identificeres en ambivalens; brobyggerpsygeplejerskerne har som beskrevet et stort handlerum og frihed til at arbejde tværsektorielt, men dette kan kun lykkes gennem samarbejde. Brobyggerpsygeplejerskerne kan således ikke stå alene i deres arbejde. Lene fortæller følgende:

Jeg kan jo ikke så meget selv. Jeg har brug for at der er nogen som spiller med mig, (...) jeg kan have alle forslagene, ja det kan jeg, men hvis der ikke er nogen der arbejder med mig, så kan jeg egentlig ikke så meget. Så den frustration kan nogle gange godt være større end andre (Lene-Transskribering:3).

Lenes refleksioner eksemplificerer en af brobyggerpsygeplejerskernes største frustrationer i arbejdet. Denne frustration opstår, når de kommer med løsningsforslag, som deres samarbejdspartnere enten ikke er enige i eller ikke har mulighed for at bistå i realiseringen af sammen med brobyggerpsygeplejerskerne. Handlerummets ambivalens ligger således i, at brobyggerpsygeplejerskernes funktion er friset til at tænke og arbejde tværsektorielt for at skabe det nødvendige handlerum til at understøtte deres målgruppe, men de er på en og samme tid også afhængige og betingede af samarbejdspartnernes handlerum, som er præget af en organisatorisk og faglig kassetænkning. For at brobyggerpsygeplejerskerne kan lykkes med at skabe kreative og individuelt tilpassede behandlingsforløb, skal der således være nogen at bygge bro til. For at bygge broen er det ifølge brobyggerpsygeplejerskerne en stor hjælp at have en god relation til samarbejdspartnere. Brobyggerpsygeplejerskerne understreger, at det tager tid at få opbygget denne relation og finde smutvejene i systemet, men i sidste ende gør det arbejdet lettere og dermed handlerummet større. Brobyggerpsygeplejerskernes handlerum er således ikke ubegrænset; i samarbejde med andre instanser må brobyggerpsygeplejerskerne

således konstant forhandle grænserne for adgangen til ydelser og behandlingsforløb og en god relation til samarbejdspartnerne kan gøre dette arbejde lettere.

7.2.3 Grænser for arbejdsopgaver og patientgruppen

Friheden i selvtilrettelæggelsen og handlerummet, som vi har beskrevet i de to ovenstående afsnit, foranlediger, at brobyggerpsygeplejerskerne løbende må skabe grænser i forhold til hvilke arbejdsopgaver, de påtager sig, samt hvilke patienter de vælger at oprette forløb med. Trine udtrykker i denne forbindelse: *“Jeg tror, at jeg er ekstremt opmærksom og bevidst omkring mine egne grænser og hele tiden har en eller anden grad af den her selvrefleksion i hvad min opgave er og hvad min opgave ikke er”* (Trine-Transskribering:2). Trines refleksioner eksemplificerer brobyggerpsygeplejerskernes bevidsthed om, at de selv må skabe deres egne grænser i arbejdet, idet der til alle tider vil være flere mennesker at hjælpe og flere opgaver at udføre. Alsidigheden i arbejdsopgaverne blev især tydelig under feltarbejdet, hvor vi observerede brobyggerpsygeplejerskerne udføre deres arbejde i praksis. Som det illustreres i fortællingen om den typiske arbejdsdag for brobyggerpsygeplejersken Heidi, bruger brobyggerpsygeplejerskerne meget af deres tid på sygehusene, idet det er her, de har deres base; her besøger de deres patienter rundt på de forskellige hospitalsafdelinger, deltager i møder og udskrivningskonferencer om disse patienter, konfererer med læger og sygeplejersker om medicinering og behandlingsplaner, ringer til samarbejdspartnere og koordinerer aftaler på vegne af patienterne. Disse eksempler er dog ikke udtømmende for den variation af arbejdsopgaver, som brobyggerpsygeplejerskerne udfører. Brobyggerpsygeplejerskerne påtager sig ligeledes arbejdsopgaver, som andre fagpersoner ikke kan (eller vil) påtage sig, eller hvor patienten ikke selv er i stand til at udføre opgaven. Hertil fortæller Jette følgende:

Altså jeg har engang hjulpet en mand med at søge økonomisk hjælp til en tandprotese. Og det ved jeg ingenting om overhovedet (...) Og det tænker jeg, det egentlig er et job for en sagsbehandler at hjælpe ham i sådan nogle ting. Men jeg ved bare, at han ikke kommer ned på kommunen, han får ikke ringet til en sagsbehandler (...) Men det var mig, der lige var der nu og her, og hvis det er mig, der kan hjælpe ham med det, så gør jeg jo det (...) Så prøver jeg at hjælpe dem, så godt jeg kan, og selvom det er noget, som ikke er mit arbejde, så gør jeg det (Jette-Transskribering:7).

Som Jettes fortælling eksemplificerer, så er brobyggersygeplejerskerne opmærksomme på, at hvis de i sådanne tilfælde ikke hjælper patienterne med denne slags udfordringer, ville problematikken ikke blive taget hånd om eller forsøgt løst. Med andre ord bliver brobyggersygeplejerskerne den sidste mulighed for at tage hånd om opgaverne og dermed det såkaldte *“11th go with a 10-ride ticket”*, som blev beskrevet i den eksisterende forskning af brobyggersygeplejerskerne i problemfeltet (Kollerup et al. 2023:7). Vi observerede eksempelvis, at en af brobyggersygeplejerskerne tog initiativ til at få sat en patient under økonomisk administration, fordi patienten ikke selv kunne administrere sin økonomi (Jette-Transskribering:5). Vi observerede ligeledes, at en anden brobyggersygeplejerske selv kørte ud med diabetesudstyr til en patient i hjemmet, da patienten havde mistet apparatet og ikke selv var i stand til at hente et nyt (Trine-Feltnoter:9). Vi observerede også en tredje brobyggersygeplejerske, der havde en patient, som gerne ville flytte kommune, men vedkommende havde ikke et MitID og var ikke selv i stand til at møde op på kommunen, så brobyggersygeplejersken påtog sig at få det oprettet i samarbejde med den pågældende kommune (Susanne-Feltnoter:31). Disse eksempler illustrerer, at brobyggersygeplejerskerne udfører en bred vifte af sociale såvel som sundhedsfaglige arbejdsopgaver, som både kan foregå på Universitetshospitalets matrikel eller udenfor denne. Universitetshospitalets vægge afgrænser dermed ikke deres arbejdspraksis; brobyggersygeplejerskerne kan således foretage opgaver, som ligger uden for hospitalet og de kan ligeledes beholde deres borgere på en liste af aktive sager, selvom borgerne er udskrevet fra hospitalet.

Diversiteten i arbejdsopgaverne kan ses som et resultat af friheden i funktionen og deres organisatoriske rolle i systemet; brobyggersygeplejerskerne har således tid til og mulighed for at se patientens behov, som ligger ud over det umiddelbart somatiske og tage hånd om disse problemstillinger som en måde at hjælpe patienten i en mere holistisk forstand. Dette kommer sig af, at brobyggersygeplejerskerne har bedre tid til at grave ned i hver enkelt patientsag gennem det, de kalder for *“detektivarbejde”* (Lene-Transskribering:2; Susanne-Feltnoter:15). Brobyggersygeplejerskerne forsøger dermed at opspore psykosociale problematikker i patienternes liv og deraf danne sig et helhedsbillede af mennesket bag sygdommen, hvilket ifølge brobyggersygeplejerskerne er vigtigt for at skabe den bedst mulige individuelle behandling og hjælp til patienten. Dette detektivarbejde fører nogle gange til, at brobyggersygeplejerskerne påtager sig et stykke arbejde, som i udgangspunktet også kunne være andre fagpersoners opgave at facilitere. Der er således ikke faste eller definerede grænser for, hvilke konkrete arbejdsopgaver brobyggersygeplejerskerne kan eller må påtage sig;

brobyggersygeplejerskerne understreger, at det altid afhænger af patientens individuelle behov og ressourcer, samt af brobyggersygeplejerskernes egne situationsdefinitioner i interaktion med både kolleger og patienter:

[Patienterne] har behov for noget forskelligt. Og jeg tænker, at det er en vigtig kunst at kunne i det her; at tilpasse sig den enkelte. I forhold til, hvad det er, du står med. Der er jo forskel på, om det er en gammel, dement herre, så er det jo en helt anden måde, du skal tilgå det på, end hvis du sidder med en svært selvskadende pige (Trine-Transskribering:9).

Trines beskrivelser kan ses som en eksemplificering af, hvordan brobyggersygeplejerskerne definerer deres funktion. Ordet “*kunst*” skaber konnotationer tilbage til citatet af Søren Kierkegaard fra specialets indledning, hvor kunsten at hjælpe består i evnen til at forholde sig til, og forstå sig på, det enkelte menneskes behov og situation; uden denne evne kan man ikke lykkes med at hjælpe (Søren Kierkegaard 1848:31). Dette er netop samme tankegang, som Trine italesætter i det ovenstående citat. Heraf kan det forstås, at brobyggersygeplejerskerne evner denne “*kunst*”, som er vigtig for at kunne tilpasse deres indsats og rolle overfor hver enkelt af deres patienter. Det situationelle og processuelle anser vi dermed som nøgleord for at forstå den måde, brobyggersygeplejerskerne skaber og omskaber grænserne for deres arbejde. Det orienterende begreb om grænsedragningspraksisser jævnfør Zerubavel er i denne forbindelse et centralt analyseredskab til at identificere de måder, hvorpå brobyggersygeplejerskerne løbende foretager lumping og splitting; dette skal både ses ift. grænserne for arbejdsopgaverne, såvel som hvilke patienter der kan inkluderes i deres målgruppe. Hertil kan det påpeges, at brobyggersygeplejerskernes grænsedragningspraksisser i form af lumping og splitting er væsentligt mere processuelt og situationelt funderede i sammenligning med sundhedssystemets ubestridelige og notoriske kassetænkning, grundet brobyggersygeplejerskernes relationelle og holistiske arbejdsgang. I forhold til brobyggersygeplejerskernes tiltænkte målgruppe er denne løst beskrevet som udsatte og sårbare multisyge mennesker med flere behandlingskrævende sygdomme (Region Nordjylland 2019). Hvilke patienter brobyggersygeplejerskerne vurderer som værende indenfor denne beskrivelse (lumping) eller udenfor denne beskrivelse (splitting) er dog præget af deres faglige vurdering og situationsdefinition af den enkelte patientsag. Følgende situation fandt sted under et tavlemøde på en medicinsk afdeling og skildrer interaktionen mellem brobyggersygeplejersken

Trine og en afdelingssygeplejerske. Afdelingssygeplejersken spørger Trine, om hun vil overtage en patient:

Trine svarer og siger, at patienten ikke er en del af deres målgruppe, da hun kun har været indskrevet én gang før for to år siden og at afdelingssygeplejerskerne sagtens selv kan håndtere patientens boligsituation: "Det er det mappen er til for (peger på reolen). Der står alle telefonnumre, som I kan ringe til. Det har I fin tid til selv at gøre" (Trine-Feltnoter:28).

I den ovenstående situation vurderede Trine først, at patienten ikke indgik som en del af hendes målgruppe, hvorefter hun i interaktionen positionerede sig i rollen som den, der kunne uddelegere arbejdsopgaven til afdelingssygeplejersken. Observatøren fik under interaktionen indtrykket af, at afdelingssygeplejersken var usikker ved selv at skulle varetage opgaven, men accepterede og påtog sig opgaven, omend hun var en smule forbeholden indledningsvist. Der er således i interaktionen tale om en forhandling af situationsdefinitionen, hvor de tilstedeværende accepterede brobyggerisygeplejerskens definition. I denne slags tilfælde er brobyggerisygeplejerskernes argument for ikke at påtage sig patienten ofte, at patienten ikke har været indlagt mere end én gang, men mange genindlæggelser er ikke nødvendigvis et fast kriterium for, om en patient kan være en del af deres målgruppe. I andre tilfælde er det måske første gang patienten indlægges, men allerede fra start af kan hospitalspersonalet se, at der er en høj grad af kompleksitet, hvorfor brobyggerisygeplejersken foretager en lumping-process og indvilliger i at inkludere patienten i deres patientgruppe. Ud fra det ovenstående uddrag eksemplificeres det ligeledes, hvordan brobyggerisygeplejerskerne forsøger at skabe en grænse og signalere overfor deres kolleger, hvornår de ikke skal inddrages i en sag; og dermed hvornår afdelingspersonalet selv skal løse opgaven. I dette tilfælde foretager brobyggerisygeplejersken en splitting mellem hvem der er kandidater til hendes hjælp og hvem der ikke er. Trine nuancerede ovenstående situation under interviewet ved at uddybe og forklare, at hvis der er travlt på afdelingerne, så vil hun være mere tilbøjelig til at lette sygeplejerskernes arbejdsbyrde og hjælpe dem, da de alle har et fælles ansvar i at hjælpe hinanden og patienterne. Omvendt, som uddraget illustrerer, foretrækker brobyggerisygeplejerskerne at give opgaven tilbage til afdelingssygeplejerskerne, hvis der er god tid og ro på afdelingerne (Trine-Transskribering:6). Belægningen på hospitalsafdelingerne er dermed endnu et eksempel på et element, som påvirker brobyggerisygeplejerskernes vurdering af, hvilke patienter og arbejdsopgaver de skal

påtage sig. Disse refleksioner og fortællinger eksemplificerer sammenlagt det processuelle i brobyggersygeplejerskernes situationsdefinitioner.

Opsummerende er måden hvorpå brobyggersygeplejerskerne skaber grænser for deres arbejdsopgaver og patientgruppe belyst ved Zerubavels begreber om lumping og splitting; hvad brobyggersygeplejerskerne inddrager som en del af deres arbejdspraksis i form af lumping på ét tidspunkt, kan omvendt i en anden sammenhæng være en del af en splitting-proces. Brobyggersygeplejerskernes måder at skabe grænser for arbejdsopgaver og patientgruppen er dermed processuelle og vurderes situationelt ud fra den individuelle patientsag og i forhandling med kolleger.

7.2.4 Grænser omkring arbejdslivet - *“Jeg håber, at jeg kan holde fri i morgen, men jeg ringer lige ind”*

Den selvtilrettelæggelse, som vi gennem de tre ovenstående afsnit har beskrevet, har ligeledes betydning for de grænser, som brobyggersygeplejerskerne skaber interaktionelt omkring deres arbejdsliv. I denne sammenhæng har Christena Nippert-Engs forståelse af forholdet mellem arbejdsliv og privatliv som et kontinuum vist sig at været centralt for at begribe, hvordan brobyggersygeplejerskerne skaber grænser omkring deres arbejdsliv; skal arbejdsliv og privatliv skilles ad (en segmentering) eller må de to sfærer gerne smelte sammen (en integrering)? Og i forlængelse heraf; hvordan kommer dette til udtryk i de situationer og interaktioner, som brobyggersygeplejerskerne indgår i?

Adspurgt om, hvad der er en god balance mellem arbejdsliv og privatliv, svarer brobyggersygeplejerskerne hurtigt, at det er yderst individuelt og ofte afhænger af den specifikke situation, de står i. Denne processualitet og omskiftelighed, som brobyggersygeplejerskerne selv italesætter, påpeger Nippert-Eng akkurat: *“The result is that at a given time and repeatedly subject to change, we are relatively more or less integrating/segmenting in how we experience home and work, but we fall short of either ideal type”* (Nippert-Eng 1996:568). Derfor placerer eller rangordner vi ikke brobyggersygeplejerskerne som faste typer på kontinuummet. Vi vil derimod fremhæve eksempler på, hvordan brobyggersygeplejerskerne skaber grænser omkring arbejdslivet ved at inddrage passager fra feltnoterne og transskriberingerne og dykke ned i situationsdefinitionerne og iscenesættelsen i disse interaktioner.

Adspurgt om, hvad hun synes er en god balance mellem privatliv og arbejdsliv, svarer brobyggerpsygeplejersken Lene følgende:

Det er et rigtig godt spørgsmål [griner]. Altså, som sagt, så tager jeg min telefon i min fritid nogle gange (...) fordi at som jeg bliver ved med at sige, at vi nogle gange er den sidste mulighed i det umulige. Det kan gøre, at jeg ikke bruger min tankevirkksomhed på det på mine fridage. Så kan jeg få det placeret. Det er der nogen der siger er usundt, men det tror jeg ikke på, ikke for mig, det kan det være for nogen, jeg ved også at jeg skal være opmærksom (...) men det er sådan jeg er som person; jeg kan ikke altid skille det ad, det kan jeg ikke, og det giver ikke mening for mig. Den dag jeg ikke kan holde til det mere, så skal jeg ikke være brobyggerpsygeplejerske mere (Lene-Transskribering:21).

Ud fra ovenstående kan det tolkes, at Lene med sin fortælling ønsker at positionere sig som en passioneret og engageret brobyggerpsygeplejerske, som gerne arbejder udenfor sin arbejdstid. Det kan også læses ud fra citatet, at Lene er bevidst om, at andre finder hendes indstilling og tilgang til arbejdet 'usund'; hun argumenterer dog for, at det er hendes eget personlige valg, når hun vælger at arbejde udenfor arbejdstiden. Hun bruger netop hendes mulighed for at beskæftige sig med arbejdet uden for arbejdstiden som en slags håndteringsstrategi, for ikke at gå og spekulere, men derimod drage til handling på tvivlen. En anden brobyggerpsygeplejerske udtrykker ved samme spørgsmål om den gode balance mellem arbejdsliv og privatliv en lignende fortælling:

Jeg er nok ikke den bedste at spørge [griner]. Ja, ja, nu skal jeg lige tænke mig rigtig godt om. Nej. Jeg tror egentlig, at jeg som type er en, der har det rigtig godt med at have rigtig mange jern i ilden. Og har gang i rigtig mange ting. Og trives også med det. Jeg har jo selv nogle små børn (...) Så kunsten i at balancere det at kunne gå hjem til tiden hver dag. Men så sætter jeg mig lidt om aftenen, hvis det er i stedet for. Jeg tænker jo også, at det er den frihed, der er i at have et job, som det her (...) Men jeg trives heller ikke med at være en type, der går hjem og har fri klokken tre (Trine-transskribering:7f).

I Trines indledningsvise udtalelse om, at hun ikke er ‘den bedste at spørge’ om, hvad en god balance er, giver hun for det første udtryk for, at hun er bevidst om, at der findes en normativ god balance mellem arbejdsliv og privatliv; at gå hjem til tiden hver dag. Samtidig afspejler fortællingen, at hun ikke selv lever op til denne normative balance, idet hun ikke trives med at gå til tiden hver dag, men derimod udnytter selvtilrettelæggelsens fleksibilitet til eksempelvis at arbejde om aftenen. Der er dermed tale om en vis grad af integrering af arbejdslivet og privatlivet i både Lene og Trines fortælling; begge iscenesætter sig således som typer, der trives med at tage arbejdet med sig hjem. Der kan således funderes over, hvorvidt disse brobyggerpsygeplejersker ville fortsætte i jobbet, hvis denne frihed og selvtilrettelæggelse i funktionen blev taget fra dem; sandsynligvis ikke.

Selvom Trine og Lene ud fra ovenstående citater giver udtryk for en højere grad af integrering, giver de samtidig udtryk for, at de til andre tider ligeledes har behov for en højere grad af segmentering af arbejdslivet og privatlivet. Eksempelvis udtrykker Lene følgende:

“Nogle gange så trækker jeg stikket og så slukker jeg telefonen en dag eller to... og går en lang tur eller laver noget, der er godt for mig, fordi jeg godt kan mærke på mig selv når det bliver for meget (...) på de dage hvor jeg trækker stikket, så ved jeg med mig selv, at så skal jeg gøre det. Så skal jeg ikke tage den telefon... Så det bliver selvfølgelig meget markant fra at være tilgængeligt meget af tiden til ikke at være det” (Lene-Transskribering:3).

På trods af at Lene sætter en ære i at være tilgængelig meget af tiden og anser det som meningsgivende for sit arbejde, så udtrykker ovenstående citat, at hun ligeledes kan have brug for at koble helt af og “trække stikket” fra tid til anden. Dette gør hun ved at mærke efter, og når det bliver for meget, tager hun en form for alvorsord med sig selv, hvor hun husker sig selv på, at hun skal tage kroppens signaler alvorligt og derfor eftertrykkeligt skal holde sig væk fra arbejdstelefonen. Dette behov for perioder med større grad af segmentering kommer også til udtryk hos Trine, som under interviewet reflekterede over, at hun gerne står standby på nogle patientsager, for at få fulgt dem til dørs, men i samme åndedrag siger hun også, at hun lige har holdt 10 dages uforstyrret påskeferie (Trine-Transskribering:8). Lene og Trine giver således udtryk for, at de trives med en højere grad af integrering, men fra tid til anden har de behov for at segmentere og trække stikket helt.

Hertil er det relevant at reflektere over, at Lene og Trines ovenstående udtalelser fandt sted i en interviewsituation. Under feltarbejdet observerede vi derimod

brobyggersygeplejerskernes interaktioner med andet sundhedsfagligt personale på hospitalet og her blev det tydeligt, hvordan deres optrædener var tilpasset dette publikum og situationsdefinitionen. Hertil kan en situation med Lene fremhæves; der er her tale om et møde, hvor Lene holdt et oplæg for hospitalets læger om brobyggerfunktionen. Hun fortæller:

“Jeg kan finde på at ringe ind i weekenden og høre en status” (...) En læge spørger under oplægget: “Er du på 24/7?”. Lene svarer næsten med det samme med et smil på læben; “ja, det er jeg” og nikker. En anden læge tilføjer: “Ja, det er hun. Hvis hun synes det er vigtigt nok, så er hun” (Lene-Feltnoter:2).

Ovenstående interaktion mellem Lene og lægerne viser, hvordan Lene bruger mødet og scenen til at fremstille sig selv som særdeles tilgængelig og villig til at hjælpe, selv udenfor arbejdstid. Som brobyggersygeplejerske ønsker hun at understrege med sin performance, at lægerne skal huske at inddrage hende i de komplicerede patientforløb, da det netop er når de andre sundhedsprofessionelle vil spille sammen med hende, at hun kan udføre sit arbejde. Lene svarer “ja” til lægens spørgsmål om, hvorvidt hun “er på 24/7” og dermed signalerer Lene en høj grad af integrering, hvilket kan anses som ret ekstremt, men dette er et effektivt virkemiddel i hendes performance og understregelsen af hendes tilgængelighed. Lenes adfærd i interaktionen med lægerne kan desuden ses i lyset af, at brobyggerfunktionen fortsat er relativt ny og det er således vigtigt for brobyggersygeplejerskerne at vise flaget og signalere, at de gerne vil være med til at gøre en forskel for patienterne. Sammenholdes denne interaktion med lægerne med Lenes fortælling i interviewsituationen, bliver det tydeligt, hvordan hendes performance overfor lægerne er præget af ønsket om at ‘brande’ sig selv som yderst tilgængelig. Overfor os som interviewere fremstiller Lene sig mere nuanceret og reflekterer over, at hendes balance mellem arbejdsliv og privatliv udefra set ikke nødvendigvis er hvad flertallet vil anse som sundt, men at hun netop finder mening i selvtilrettelæggelsens fleksibilitet og grundet dette trives i arbejdet. Ønsket om at signalere en tilgængelighed overfor sundhedspersonalet kan også genfindes i de andre brobyggersygeplejerskers fortællinger, omend eksemplet med Lene anses for det mest ekstreme udtryk for dette i det empiriske materiale.

Som udtryk for en mere segmenterende tilgang til balancen mellem privatliv og arbejdsliv findes eksempelvis Rikke, som adspurgt om, hvorvidt hun har dårlig samvittighed over at holde fri nogle gange, svarer følgende:

Jamen hvorfor skal vi ikke have lov til at holde fri? Altså det skal vi (...) Omsorgs-fagene har været sådan lidt ”det er et kald og man kan da ikke lade være!”, nej, det kan godt være, at man er glad for sit arbejde og det kan godt være, at man kan leve sig ind i det, men det er et arbejde, det er det, vi skal huske! Vi går på arbejde, ligesom alle andre mennesker (Rikke-Transskribering:22).

I interviewsituationen udtrykker Rikke, at hun har en opfattelse af, at omsorgsarbejdere ofte bliver mødt af en forventning om, at arbejdet er et kald, og at man deraf nærmest ikke kan holde fri med god samvittighed. Rikke fremstiller modsat sig selv som en person, der godt kan være glad for sit arbejde, *samtidig* med at arbejdet ikke skal fylde i hendes privatliv. Ved at italesætte, at hun også skal have lov til at holde fri ligesom alle andre, giver hun udtryk for et større ønske om at segmentere overfor intervieweren. Denne vurdering kan genfindes hos brobyggerpsygeplejersken Jette, som adspurgt om, hvorvidt man bør adskille arbejdsliv og privatliv, svarer følgende:

Det tror jeg er bedst, men det tænker jeg også at det er forskelligt fra hvem man er. Nogen har et arbejde som de tænker som deres hobby, og så er det bare det, der fylder for dem (...) Selvom jeg synes, mit arbejde er spændende, så vil jeg gerne holde det adskilt fra mit privatliv. Jo, man vil jo ikke sidde derhjemme og ringe til alle mulige sagsbehandlere (...) Og så tror jeg, at man ville brænde ud eller køre surt i det, hvis man skulle være tilgængelig hele tiden (Jette-Transskribering:9).

I citatet udviser Jette, ligesom Rikke, et ønske om at segmentere arbejdsliv og privatliv, selvom hun synes, at arbejdet er spændende. Hertil positionerer Jette sig som en person, der ikke anser sit arbejde for at være hendes hobby. Hertil kan der ses en tråd tilbage til Trine og Lene, som denne beskrivelse kan diskuteres at være mere rammende for, idet Trine netop selv påtaler, at arbejdet er: *“en kæmpe interesse og en hobby”* (Trine-Transskribering:3). Rikke og Jettes behov for segmentering af arbejdet og privatlivet kommer ligeledes til udtryk hos Susanne. Susanne reflekterer over, hvordan det af og til kan være nødvendigt med en situationel modificering af grænserne mellem privatlivet og arbejdslivet:

Der er jo nogle gange vi også bliver nødt til lige at lave noget arbejde hjemme, når vi er taget hjem, men dét er sjældent! Altså jeg gør det helst ikke, jeg prøver altså virkelig på (...) at det ikke bliver for flydende (Susanne-Transskribering:16).

Susanne udtrykker, at hun helst adskiller sit arbejde fra sit privatliv ved ikke at lade grænserne mellem de to blive for flydende. For at opretholde denne adskillelse, foretager hun i udgangspunktet ikke arbejdsopgaver udenfor sin arbejdstid. Dog kan det af ovenstående udledes, at hun modificerer disse grænser, hvis hun føler sig nødsaget til dette. Eksempelvis fortalte Susanne under observationerne, at hun havde tjekket op på en patients journal hjemme fra den foregående dag, hvilket førte til, at hun ligeledes tjekkede op på en anden patient, som vi sammen havde besøgt; hun ville gerne sikre sig, at alt var okay med patientens udskrivelse (Susanne-Feltnoter:10). Hvad der karakteriserer disse 'nødvendige' tilfælde af overarbejde er ikke til at sætte på formel, hverken af os eller af brobyggersygeplejerskerne selv; det er situationelt og individuelt vurderet.

Som uddraget med Susanne eksemplificerer, har brobyggersygeplejerskerne netop mulighed for at arbejde på distancen, idet en stor del af deres arbejde består af kommunikative og koordinerende opgaver. Alle brobyggersygeplejerskerne har i den forbindelse en bærbar arbejdscomputer og arbejdstelefon, som netop kan understøtte og facilitere muligheden for at arbejde hjemmefra og uden for arbejdstiden. Når brobyggersygeplejerskerne tager deres arbejdstelefoner med hjem, skabes der således en mulighed for, at de løbende kan forholde sig til aktiviteten på arbejdstelefonen for at vurdere, om noget er akut og nødvendigt, og deraf om de skal handle på dette. Det kan således være svært for brobyggersygeplejerskerne at skabe grænser omkring deres arbejde, grundet arbejdstelefonens fysiske tilstedeværelse i deres privatliv. Hertil står én af brobyggersygeplejerskerne i kontrast til de andre i forhold til arbejdstelefonen, da hun bevidst er begyndt at efterlade den på arbejdet:

Vi har jo en telefon der er tilknyttet den her funktion (...) til at starte med, tog jeg den med hjem, for at holde strøm på den. Men jeg kunne ikke lade være med at kigge på den, og så tænkte jeg: "Ej nu har han skrevet og ej nu har hun ringet". Så jeg blev enig med mig selv i, at jeg måtte lade den ligge på arbejdet. Så det er ligesom det, jeg kan gøre, fordi den begyndte at fylde for meget. Og at jeg kunne se, at de havde forsøgt at kontakte mig. Så nu ligger den på arbejdet, i et stik inde i et skab (Jette-Transskribering:2f).

Jettes eksempel viser, hvordan arbejdstelefonen netop kaldte på hendes opmærksomhed uden for arbejdstiden, hvor hun ikke kunne lade være med at kigge på den og forholde sig til de beskeder, hun fik. Der er hertil både et element af at telefonen forstyrrer, men også at man på sin vis *lader* sig forstyrre. I forlængelse af ovenstående citat finder vi det relevant at perspektivere til Nippert-Engs udlægning af, hvordan forskellige materialiteter kan afspejle en segmentering eller integrering af arbejdslivet og privatlivet. Jettes fortælling udtrykker en tydelig udviklings- og læringsproces; hvor hun i starten tog arbejdsmobilen med hjem, lader hun den nu ligge på arbejdet, således at arbejdslivet ikke trænger ind i hendes privatliv. For Jette kan arbejdstelefonen tolkes som en form for materiel grænsedragningspraksis i adskillelsen af sit arbejdsliv og privatliv. I forlængelse af disse pointer om arbejdstelefonen har brobyggerpsygeplejerskerne ligeledes mulighed for at udføre arbejde hjemmefra via deres arbejdscomputer. Eksempelvis fortæller Trine, at hun nogle gange benytter sig af muligheden for at hente børn mere fleksibelt og fortsætte arbejdet senere på dagen hjemmefra (Trine-Feltnoter:7). Således signalerer arbejdstelefoner og arbejdscomputere på den ene side en segmentering af arbejdslivet og privatlivet, men på den anden side muliggør de ligeledes en integrering af arbejdslivet og privatlivet ved, at de kan tages med hjem.

Opsummerende kan måden hvorpå brobyggerpsygeplejerskerne skaber grænser omkring deres arbejdsliv anskues via Nippert-Engs begreber om segmentering og integrering. Denne begrebsramme anskueliggør, hvordan brobyggerpsygeplejerskerne performer forskellige grader af integrering og segmentering i forskellige situationer betinget af typen af publikum og det udtryk, de ønsker at give. Dermed er deres grænsedragningspraksisser omkring arbejdslivet processuelle og situationelle.

7.3 Brobyggerpsygeplejerskers grænsedragningspraksisser for deres private, personlige og professionelle involvering i relationer med patienter og kolleger

I dette afsnit vil vi gennem tre underafsnit udfolde, hvordan brobyggerpsygeplejerskerne skaber grænser for deres private, personlige og professionelle involvering i relationer til patienter og kolleger. Først vil vi beskrive den type af relation, som brobyggerpsygeplejerskerne skal opbygge til patienterne og hvorfor denne er vigtig i arbejdet. I det efterfølgende afsnit udfoldes det, hvordan brobyggerpsygeplejerskerne konkret inddrager sig selv i arbejdet med deres

patienter, samt balancegangen heri. Afslutningsvist findes et afsnit om brobyggerpsygeplejerskernes sceneadfærd; herunder hvordan brobyggerpsygeplejerskerne understøtter relationen til patienten og præsenterer sig selv frontstage, samt hvordan det kollegiale fællesskab backstage er vigtigt for at skabe grænser og håndtere arbejdet med patienterne og deres udfordrende forløb. Udover orienterende begreber vil der i de forestående afsnit også inddrages øvrige teoretiske perspektiver, samt eksisterende forskning og tråde til problemfeltet.

7.3.1 Nødvendigt og meningsfuldt relationsarbejde

Når brobyggerpsygeplejerskerne fortæller om deres arbejde, er relationsarbejdet et nøgleord. Relationsarbejdet er ikke kun væsentligt i brobyggerpsygeplejerskernes forhold til samarbejdspartnerne, som vi har berørt tidligere. Relationsarbejdet mellem brobyggerpsygeplejerskerne og deres patienter er ligeledes helt afgørende for at kunne lykkes i arbejdet:

Altså vores arbejde er jo meget bygget på den relation vi kan få med borgeren, så det handler meget om at finde ud af "hvad er det egentlig, der er vigtigt for dig lige nu?" og så starter vi dér... Så jeg tænker, at det er relationen, det er dét, vi skal lykkes med i det her system, at det er genkendeligt og vi er den samme og de ved, hvor de har os henne (Rikke-Transskribering:3).

Som vi både har observeret og som tidligere forskning har vist, bliver det brobyggerpsygeplejerskernes opgave at være og gøre "noget andet" end det øvrige sundhedspersonale på hospitalerne (Kollerup et al. 2023:6ff). Som citatet eksemplificerer, opbygger brobyggerpsygeplejerskerne en relation til deres patienter, og er dermed en gennemgående og genkendelig hjælp i et fortravlet sundhedssystem. En brobyggerpsygeplejerske beskriver eksempelvis, hvordan hun føler, at systemet fejler, idet patienterne ofte er i kontakt med alt for mange forskellige læger og sygeplejersker i løbet af få indlæggelser (Trine-Feltnoter:2f). Brobyggerpsygeplejerskerne har i den forbindelse mulighed for at være det kendte ansigt og en gennemgående person, som kan følge patienten over længere tid og deraf opbygge et dybere kendskab til dem og de bagvedliggende psykosociale forhold. Det blev således tydeligt for os under feltarbejdet, at brobyggerpsygeplejerskerne har opbygget et større kendskab til deres patienter. Dette indgående kendskab til patienterne kommer blandt

andet til udtryk i nedenstående uddrag, hvor en af brobyggersygeplejerskerne opdager, at en af hendes patienter er blevet indlagt og deraf gerne vil opdatere personalet på den pågældende hospitalsafdeling:

Hun starter med at fortælle i telefonen; “jeg kender vældig godt [patientens navn]”, og vil gerne fortælle dem om ham og hans historie. Hun fortæller, at han er en ung herre med misbrugsproblemer [mm.] (...) Hun understreger dog også, at på trods af disse informationer, så skal de vide, at han er yderst sød (...) Lene forsikrer og understreger til sidst i opkaldet; “ring venligst hvis der er noget. Jeg vil gerne blandes ind i det, hvis I bliver i tvivl, fordi jeg kender ham så godt”. Hun fortæller dem, at livskvalitet for denne herre er at komme ud til en lille fiskesø (Lene-Feltnoter:31f).

Ovenstående situation eksemplificerer, hvordan brobyggersygeplejerskerne har en stor viden om deres patienter. Lene positionerer sig i situationen som fagpersonen, der har et indgående kendskab til patienten, som det resterende personale enten ikke er i besiddelse af eller ikke kan komme i besiddelse af på egen hånd. Med andre ord signalerer Lene, at hendes viden er værdifuld for de fagpersoner, der skal arbejde med ham på afdelingen. Ved at fortælle patientens historie og forsikre personalet om, at han er sød og rar, agerer hun nærmest som patientens stemme eller talerør. I den ovenstående situation er det brobyggersygeplejersken selv, der tager initiativ til at videregive sin viden om patienten, men vi observerede ligeledes hvordan lægerne og sygeplejerskerne opsøgte brobyggersygeplejerskernes specialviden om deres patienter. Brobyggersygeplejerskerne pointerede ydermere, at patienterne udviser en vilje og lyst til at ville fortælle dem vitale såvel som trivielle informationer på grund af denne oparbejdede relation. Disse informationer er i flere tilfælde noget, som patienterne ikke ville være komfortable med at dele med andet social- og sundhedspersonale. Denne villighed til at dele oplysninger med brobyggersygeplejerskerne kan siges at være et udtryk for en tillid, der er opbygget gensidigt mellem brobyggersygeplejerske og patient. Denne viden kan dermed siges at være værdifuld for at forstå det hele menneske, hvilket kan føre til en mere tilpasset og hensigtsmæssig behandling. Brobyggersygeplejerskernes relationer til deres patienter og borgere er således gavnlige og de understreger, at de derfor gerne vil inddrages så tidligt som muligt i et forløb, så de kan lære patienterne at kende og opbygge en relation. For brobyggersygeplejerskerne ligger der ligeledes en del arbejde i at få opbygget disse relationer til patienterne og borgerne; de bruger tid og energi på at lære den anden person at kende og

finde ud af, hvad der er rigtigt og forkert for den enkelte: *“Jeg ved aldrig, hvornår jeg siger det rigtige, før jeg har en relation og har en fornemmelse af dét menneske”* (Lene-Transskribering:29).

For at skabe denne meningsfulde og nødvendige relation, nævner brobyggersygeplejerskerne, hvordan de er nødt til at inddrage sig selv for at bidrage til den fælles relation. Som brobyggersygeplejersken Rikke udtrykker, skal relationen være præget af en gensidighed og ikke ensidighed:

Man er jo nødt til at give noget, for at få noget igen... Der var en af dem, jeg havde oppe på en af afdelingerne, han sagde det så fint (...) han fortalte nemlig, at han havde haft nogle bostøtter på et tidspunkt, men dem gad han ikke, fordi de ville aldrig dele noget om sig selv og han synes faktisk, at det var rigtig træls, at han altid – han skulle jo give noget af sig – men de ville ikke give noget af sig selv... Og så tænkte jeg ”nå, det kan jeg egentlig godt forstå” (...) man er nødt til at give noget, man er nødt til at vise, at man egentlig er interesseret. Så det er måske et meget godt billede på, at man er nødt til også at have sig selv med i det (Rikke-Transskribering:15).

Som Rikke italesætter, kræver brobyggerarbejdet en vis grad af personlig involvering og gensidighed. Der kan her fornemmes en tråd tilbage til Agervolds pointe om *People Work*, hvor man i arbejdet med mennesker både inddrager sine faglige kompetencer, såvel som sin egen person (Agervold 2008:61). Brobyggersygeplejerskerne fortæller hertil, at de er nødt til at inddrage sig selv som person i arbejdet, for at skabe en meningsfuld og nødvendig relation til patienterne; og deraf skabe de bedste forudsætninger for et gnidningsfrit behandlingsforløb for alle involverede og berørte parter. Hvordan brobyggersygeplejerskerne konkret inddrager sig selv i arbejdet med deres patienter, vil vi uddybe i nedenstående afsnit.

7.3.2 “Man kan godt være nærværende og være professionel, men man skal ikke ud i at være personlig”

Relationsarbejdet med patienterne og borgerne er, som pointeret i ovenstående afsnit, helt centralt for brobyggersygeplejerskernes funktion. At bruge sig selv i arbejdet med patienter og borgere kan dog vise sig at være udfordrende at navigere i og dette kræver dermed en

opmærksomhed fra brobyggersygeplejerskernes side i forhold til at balancere deres grader af involvering:

Man kan godt være nærværende og være professionel, men man skal ikke ud i at være personlig (...) Man kan godt give noget af sig selv, uden at det bliver personligt, forstår du hvad jeg mener? At der er en grænse for 'den personlige mig' og så 'den professionelle, der går på arbejde'. Derfor kan jeg godt være nærværende, jeg kan godt være empatisk, jeg kan godt give noget af mig selv og fortælle lidt om mig selv, hvis det er det, der er brug for, men stadigvæk sådan... Indenfor den der sådan hedder "det kommer ikke tæt på", at det er en professionel relation (Rikke-Transskribering:12).

Som Rikkes fortælling eksemplificerer, reflekterer brobyggersygeplejerskerne kontinuerligt over, hvordan de på den ene side kan opretholde deres professionelle tilgang til patienterne og borgerne, men på den anden side også give noget af sig selv i relationen i form af empati eller personlige informationer. Igennem brobyggersygeplejerskernes beskrivelser af denne balance kan der knyttes en tråd tilbage til Erik Jappes skildring af de 3 P'er; heraf hvordan man som omsorgsarbejder bør integrere det personlige og det professionelle i arbejdet, således at man fremstår faglig og kompetent, men samtidig er nærværende i relationen (Jappe 2013:134f). Brobyggersygeplejersken udtrykker, at hun ikke vil være *personlig* i hendes relationer, men ud fra Jappes beskrivelser vil vi tolke dette som et udtryk for, at hun ikke vil være *privat*; brobyggersygeplejerskerne ønsker netop at skabe en professionel relation, hvor de både trækker på deres faglighed, samtidig med at de kan være nærværende og omsorgsfulde, uden at blive private. I citatet udtrykker brobyggersygeplejersken ligeledes, at hun skaber grænser mellem hendes personlige-jeg og hendes professionelle-jeg. Heri kan der ses en tråd tilbage til begreberne om segmentering og integrering af privatlivet og arbejdslivet. Brobyggersygeplejerskerne ønsker på sin vis at segmentere det private-jeg, mens de integrerer det personlige-jeg med det professionelle-jeg i arbejdet. Dette afspejler således et ønske om ikke at trække det private ind i arbejdet, men alligevel give plads til en personlig tilgang i arbejdet, præcis som Jappe beskriver som den ideelle og gode omsorgsarbejder (Jappe 2013:134f; Nippert-Eng 1996:566f).

I forlængelse af skildringen af de 3 P'er kan brobyggersygeplejerskernes formulering at "give noget af sig selv" ses som et udtryk for den personlige tilgang. For brobyggersygeplejerskerne betyder dette, at de er omsorgsfulde, nærværende og til stede i

øjeblikket sammen med patienten; hertil kan der også være tale om fysisk kontakt. Under feltarbejdet oplevede vi eksempelvis, at brobyggerpsygeplejersken Trine italesætte et kram, der blev udvekslet mellem hende og en borger. Adspurgt om, hvorvidt dette var unormalt, sagde hun: *“Det er en hårfin balance, det der med berøring og ikke at komme for tæt på, men lige i det her tilfælde gav det mening”* (Trine-Feltnoter:11). Som Trine beskriver, kan berøring med patienterne være en svær balance, som er betinget af patientens behov og egne grænser, samt situationens karakter. I dette særlige tilfælde befandt borgeren sig i en sårbar og kritisk situation, hvor begge parter bedømte at et kram var passende. Ved at acceptere borgerens kram signalerede Trine ligeledes den situationsfornemmelse og indføling, som karakteriserer brobyggerpsygeplejerskernes personlige aspekt i arbejdet. Trine fortæller efterfølgende, at brobyggerpsygeplejerskerne i fællesskab har drøftet, at deres patienter og borgere gerne må komme en smule ind under huden på dem, da arbejdet netop bliver meningsfuldt via relationerne med patienterne og borgerne (Trine-Feltnoter:11). Det at *“give noget af sig selv”* kan således ses som et udtryk for integreringen af det personlige og det professionelle i arbejdet, samtidig med at de opretholder en afstand til det private.

Derudover ses det ligeledes, hvordan brobyggerpsygeplejerskerne skaber grænser for den type af information, som de er villige til at dele med deres patienter og borgere. Her italesætter brobyggerpsygeplejerskerne, at de ikke finder det passende at dele for mange private oplysninger om dem selv. Følgende uddrag er dermed tydelige eksempler på, at brobyggerpsygeplejerskerne forsøger at adskille det private fra det personlige og professionelle:

Jeg kan måske godt sige, at jeg har to børn, men jeg deler jo ikke noget om hvor jeg bor, hvad jeg laver, hvad jeg kan lide at lave i min fritid og sådan nogle ting (...) Det kunne jeg aldrig drømme om (Susanne-Transskribering:12f).

Når jeg er sammen med patienter, så er jeg jo ikke privat, så kommer jeg jo ikke med mine private planer, og tanker osv. Så bliver jeg mere lyttende, og forholder mig til, hvad de siger (...) Så der skelner jeg mellem, hvilke oplysninger jeg har lyst til at give (Jette-Transskribering:11).

Som brobyggerpsygeplejerskerne Susanne og Jette beskriver, skaber de grænser for den type af oplysninger, deres patienter skal have indsigt i. Ovenstående kan dermed ses som et udtryk for en bevidsthed omkring, at relationen til patienten ikke skal blive for privat. Eksempelvis nævnte

Jette yderligere, at hun ikke kunne være i kontakt med en patient den følgende uge, da hun havde ferie. Patienten spurgte hertil, hvad hun skulle lave i sin ferie. Her vurderede brobyggersygeplejersken, at patienten ikke behøvede at få indsigt i hendes konkrete planer, hvorfor hun svarede, at hun blot skulle slappe af derhjemme (Jette-Transskribering:11).

Vi erfarede ligeledes, at relationen ifølge brobyggersygeplejerskerne vil blive for privat, hvis den er ved at blive veninde-agtig. Susanne udtaler eksempelvis: *“vi har også nogle gange nogle meget unge piger, som har svært ved den der skillelinje, ik? Som egentlig måske nogle gange tenderer til, at man synes, det skal være et veninde-forhold og det skal det jo aldrig være”* (Susanne-Transskribering:13). Andre har oplevet, at de måtte skabe grænser for relationen, hvis de får venneanmodninger eller bliver kontaktet på sociale medier, hvilket også bliver for privat for brobyggersygeplejerskerne (Jette-Transskribering:12; Susanne-Transskribering:13). Disse tilfælde kræver, at brobyggersygeplejerskerne løbende skaber grænser for deres tilgængelighed. Under feltarbejdet observerede vi eksempelvis, at en af brobyggersygeplejerskerne reflekterede over sin kommunikation med en af patienterne, idet patienten var begyndt at sende hjerter i deres beskeder (Trine-Feltnoter:6). I dette tilfælde uddybede Trine under interviewet, hvordan hun i praksis skabte grænser for sin tilgængelighed:

Det er jo mere det med at få skabt et eller andet rum hvor du stadig er imødekommende, men hvor du også får det afgrænset. Man skal jo ikke tage telefonen hver gang alle ringer. Det kan mange gange være en mail i stedet. Så det er meget det at sige: "Vi har en aftale på torsdag, så der snakker vi sammen og ser på det der har været den sidste uge, selvom jeg godt ved at det har været svært” (Trine-Transskribering:4).

Trines fortælling bliver en eksemplificering på, hvordan brobyggersygeplejerskerne kan udøve en form for bevidst ignorering og distancering, som sikrer, at relationen ikke bliver privat og “veninde-agtig”; i ovenstående tilfælde affærdiger Trine dermed ikke patienten fuldkomment, men forsøger i stedet at være imødekommende og foreslå, at de i stedet taler sammen næste gang de skal mødes. Trine italesatte ligeledes, at denne distance er bedst for patientens behandlingsforløb.

En af brobyggersygeplejerskerne, Lene, giver hertil udtryk for, at de skal turde gå patienterne på klingen, når de eksempelvis modsiger sig selv eller er meget uklare i forhold til, hvad de gerne vil opnå. Dette kan ligeledes ses som et udtryk for, at relationen ikke skal være

venskabelig. Denne brobyggersygeplejerske forsøger således at skabe en balance mellem at være ufortrødent på patientens side, men til tider også være en 'bad cop', som modsiger og udfordrer patienterne. Ifølge brobyggersygeplejersken er dette også for patientens eget bedste, idet de skal være bevidste om deres eget ansvar overfor deres eget liv. Med andre ord beskriver brobyggersygeplejersken, hvordan borgere bliver transformeret til patienter, som får taget deres sygdom fra sig, når de kommer ind i systemet; hvis patienterne skal ud og leve deres liv og blive borgere igen, skal de således tage ejerskabet over deres egen sygdom tilbage (Lene-Feltnoter:1f,8; Lene-Transskribering:8). Hele grundtanken er, at disse mennesker skal være "*mere borger, mindre patient*" (Lene-Feltnoter:2). Lenes refleksioner eksemplificerer, hvordan brobyggersygeplejerskerne arbejder med patienternes ansvarsbevidsthed som et yderligere udtryk for omsorgen i relationen, som det personlige tilfører det professionelle i arbejdet.

Disse strategier eksemplificerer, hvordan brobyggersygeplejerskerne kan skabe grænser for relationen, så den ikke bliver for privat. Hvis relationen blev for privat ville det potentielt medføre en ubalance i brobyggersygeplejerske-patient relationen, hvor den bliver for jævnbyrdig. Om denne balance i forholdet med patienten udtaler Rikke eksempelvis følgende:

Det er mig, der skal tilbyde noget, det er mig, der skal vide noget, det er mig, der skal hjælpe dig... Men det er jo det, der er i mødet med patienten, ik? Der er jeg den, der ved tingene og det er mig, der skal komme og fortælle dig nogle ting og kan tilbyde dig noget... Så relationen er jo også lidt skæv (...) den er jo aldrig helt ligeværdig (...) Altså man snakker meget indenfor sygeplejen om et magtforhold og det er der jo i den relation, uanset om man vil det eller ej (Rikke-Transskribering:25).

Som brobyggersygeplejersken pointerer ovenfor, er de bevidste om det magtforhold, der ligger i relationen mellem fagprofessionel og patient. En faldgrube heri er netop at blive *for* privat i relationen; den svære balance er dermed at skabe grænser for, hvornår det personlige tangerer til at blive privat. Brobyggersygeplejerskerne er dermed bevidste om, at det er dem, der tilbyder en service til patienterne og borgerne, og at de derfor skal forblive professionelle, mens de forsøger at balancere det personlige i arbejdet.

Alle ovenstående eksempler illustrerer, hvordan brobyggersygeplejerskerne er bevidste om at skabe en balance mellem det private og det personlige; de "*giver noget af sig selv*", samtidig med at de formår at opretholde en sund distance. Ud fra Jappes forståelse er det således

det personlige i det professionelle, der er essentielt for den gode omsorgsarbejder. Samlet set kan dette ses som et forsøg på hverken at blive for overinvolveret eller underinvolveret. Dette skaber associationer til Stephen Finemans beskrivelse af *benign detachment*, som betegner denne sunde distance til klienter, patienter og borgere. Denne sunde distancering kan tilmed skærme brobyggerpsygeplejerskerne mod at udvikle og vise yderst private følelser som sorg, frygt, afsky eller kærlighed overfor patienterne; "*feelings which would otherwise interfere with the professional relationship*" (Fineman 1993:19).

Adspurg om, hvorvidt man kan blive for involveret i en patientsag, svarer Trine følgende:

Det kan man godt og det tænker jeg også er en af de største risikofaktorer når man arbejder som vi gør. Både med den kæmpe store frihed vi har i vores arbejde og det med at vi er selvtilrettelæggende og selvvisiterende. Så hvornår er det grænserne går og hvornår er det at det er en sund relation, kontra hvornår er det en usund relation. Det er jo hele en drøftelse (Trine-Transskribering:3f).

Trines fortælling eksemplificerer, hvordan brobyggerpsygeplejerskerne er opmærksomme på, at en af de største risikofaktorer i arbejdet er at blive *for* involveret og indgå i hvad de betegner som usunde relationer. Usunde relationer kan dog ligeledes opstå, når man er *for* professionel og "*kun holder sig til kassetænkningen (...) og ikke noget udover*" (Jette-Transskribering:5). Med en *for* professionel tilgang mener brobyggerpsygeplejerskerne netop, at man kun kommer til at se en diagnose eller et CPR-nummer, frem for et menneske (Lene-Transskribering:9). Ved at være over-involveret eller under-involveret risikerer man ifølge brobyggerpsygeplejerskerne at brænde ud eller ende i en tilstand af omsorgstræthed, som de tidligere har oplevet hos kolleger. Den sunde patient-relation skal dermed findes i en balance; man skal ikke være *for* professionel, men omvendt skal man heller ikke være *for* involveret, præcis som Jappe pointerer med de 3 P'er. Trine italesætter, at det således er afgørende, at de lærer at skabe distance og balance i relationerne hen ad vejen, for at kunne trives i arbejdet (Trine-Feltnote:6).

Opsummerende er de ovenstående beskrivelser et udtryk for de grænsedragningspraksisser, som brobyggerpsygeplejerskerne løbende gør brug af i deres relationsarbejde med patienterne; eksemplificeret ved den bevidste ignorering og begrænsningen af private informationer og tanker. Disse grænser tilpasses kontinuerligt i relationen med den enkelte patient og dennes

situation, dog stadig indenfor rammen af, at relationen skal være professionel med personlige elementer, men aldrig privat.

7.3.3 Brobyggersygeplejerskernes sceneadfærd

Ikke overraskende blev det under feltarbejdet tydeligt for os, at brobyggersygeplejerskernes adfærd i arbejdet med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb kunne anskues som interaktionelle og situationelle grænsedragningspraksisser. Erving Goffmans begrebsramme med *Frontstage* og *Backstage*, vil således være rammesættende for den følgende udfoldelse af, hvordan brobyggersygeplejerskernes forskellige roller i samvær med patienter såvel som kolleger er medkonstituerende for, hvornår et område er frontstage og hvornår et område er backstage.

I dette speciale har vi valgt at fokusere på brobyggersygeplejerskernes *arbejdsliv*, og heraf hvordan front- og backstage-adfærd tager sig ud på arbejdslivets forskellige scener. Som Goffman påpeger, kan front- og backstage være diffuse områder (Goffman 2014:159) og vi argumenterer således for, at brobyggersygeplejerskernes frontstage-adfærd i hovedtræk foregår, når de er 'på' overfor patienterne, mens backstage-adfærd foregår overfor kollegerne i et mere fortroligt miljø. I nedenstående passage fra feltnoterne ses, hvordan brobyggersygeplejersken med sin adfærd skifter mellem frontstage- og backstage under det samme patientmøde. Inden mødet med patienten mødtes Susanne og observatøren med en repræsentant fra udskrivningsenheden udenfor afdelingen. De snakkede her lavmælt om patientens tilstand og de tilbud, som patienten ville have gavn af. Derefter gik vi alle ind på afdelingen og fandt patientens stue; det var en dobbeltstue, hvor sengene var adskilt af en foldeskærm på hjul:

Susanne placerer sig ved siden af patienten og læner sig op ad væggen. Kvinden fra udskrivningsenheden står på Susannes anden side, også lænet op ad væggen (...) Susanne sætter mødet i gang ved at spørge patienten, hvad der er sket siden sidst. Patienten snakker meget langsomt og har en smule besvær ved at få formuleret sig. Alle udviser stor tålmodighed og lader patienten blive hørt. Susanne ser meget koncentreret på patienten og fortolker det han siger, hvortil hun udlægger sin egen version af det hun har hørt ham sige, og spørger, om det er korrekt forstået. Det er det (...) Susanne tager på et tidspunkt sin højre hånd op til ansigtet og munden, og vender overkroppen

halvt mod repræsentanten fra udskrivningsenheden. De to udveksler lavmælt et par ord ift. hvad det næste skridt skal være; kan han mon få bevilliget en hovedrengøring? Og ville han ikke have bedst af at komme i døgnbehandling? Susanne drejer sig derefter tilbage mod patienten, hæver stemmen igen og spørger ind til hans kontakter i kommunen og aftalerne med disse (...) De afslutter mødet med patienten og vi går alle ud af stuen igen (Susanne-Feltnoter:18f).

Som uddraget viser, er brobyggersygeplejerskens adfærd gennem det meste af mødet præget af, at hun befinder sig i en frontstage-situation. Ved at være opmærksom på patienten, lytte til hans ord og sikre sig, at hun har forstået ham korrekt, positionerer hun sig i rollen som den nærværende og professionelle omsorgsarbejder i interaktionen med patienten. Dog viser eksemplet også, at brobyggersygeplejersken under mødet formår at skabe en kortvarig backstage-scene mellem hende og repræsentanten fra udskrivningsenheden. Dette gør hun ved at skærme en smule for sit ansigt med den ene hånd og dreje sin krop mod kvinden fra udskrivningsenheden. På den måde signalerer hun overfor de andre tilstedeværende, at det kun er de to, der er inkluderet i den korte fortrolige samtale. Herefter vender brobyggersygeplejersken tilbage til sin frontstage-adfærd og -rolle, hvor hendes fokus igen er vendt mod patienten.

Eksemplet illustrerer, hvordan brobyggersygeplejerskerne skaber og omskaber scenerne på en dynamisk vis; brobyggersygeplejerskernes adfærd og grænsedragningspraksisser er således medkonstituerende for scenen, men scenen er også medkonstituerende for deres adfærd og grænsedragningspraksisser. Brobyggersygeplejerskernes grænsedragningspraksisser kommer således til syne i deres adfærd på, og i adfærdsskiftet mellem, henholdsvis front- og backstage, når de interagerer med patienter og kolleger. I det følgende vil vi derfor gå dybere ned i, hvad der karakteriserer brobyggersygeplejerskernes adfærd på henholdsvis front- og backstage.

7.3.3.1 Frontstage-adfærd

På frontstage performer brobyggersygeplejerskerne en bestemt adfærd overfor patienterne, som adskiller sig fra den adfærd, de udfører backstage. Frontstage-scenerne definerer vi således som de områder, hvor patienterne er til stede. Med udgangspunkt i vores observationer af brobyggersygeplejerskernes adfærd kan der peges på, at følgende steder ofte afspejlede en

frontstage adfærd: patienternes hospitalsstuer, hjemmebesøg i borgernes hjem, patient- og udskrivningskonferencer, og gangområder, hvor patienterne kunne ligge i deres hospitalssenge. Dog kan man ud fra ovenstående eksempel med brobyggersygeplejersken Susanne se, at frontstage-områder kan gøres til backstage-områder, hvis deltagerne på scenen agerer bagscene-agtigt, som Goffman beskriver det (Goffman 2014:159).

I de foregående afsnit har vi beskrevet, at brobyggersygeplejerskerne er bevidste om at positionere sig og agere professionelt og personligt i arbejdet. Ud fra Goffmans teatermetafor kan det tolkes, at brobyggersygeplejerskerne på deres frontstage ønsker at give et indtryk af, at de er omsorgsfulde og faglige overfor deres 'publikum', dvs. patienterne. Det er hertil vigtigt igen at pointere, at denne indtryksstyring ifølge Goffman *ikke* skal forstås som om, at brobyggersygeplejerskerne er kalkulerende og kyniske skuespillere, der manipulerer publikummet gennem en bestemt adfærd (Goffman 2014:19). Begrebsrammen gør det derimod blot muligt for os at fremanalysere og forstå, hvordan brobyggersygeplejerskernes frontstage-adfærd kommer til udtryk i patientrelationen.

Følgende eksempel fra feltarbejdet giver en indsigt i, hvordan brobyggersygeplejerskernes adfærd, det vil sige deres 'optræden' på frontscenen, kan komme til udtryk inde på en patientstue. I situationen gik observatøren og brobyggersygeplejersken ind på en stue, hvor en læge og en sygeplejerske allerede havde placeret sig op ad lokalets endevæg. Brobyggersygeplejersken hilste på begge og gik forbi dem, hvorefter hun gik direkte hen til patientens seng og satte sig på en stol ved siden af sengen i øjenhøjde med patienten. Observatøren lagde i dette tilfælde mærke til de forskellige fagpersoners tilgange i interaktionen med patienten:

Udover det at være fysisk distanceret til patienten, stiller lægen flere spørgsmål om patientens forløb og synes at have glemt eller ikke at vide elementer, hvor enten Trine eller patienten selv svarer. Derudover virker han til at have travlt og vil gerne afslutte samtalen hurtigt. Efter lægen har fået svar på hans faktuelle medicinske spørgsmål, forlader han og den anden sygeplejerske stuen. Trine bliver og taler med patienten. Det er tydeligt at se en dybere relation mellem Trine og patienten. Hun har et indgående kendskab til patienten og forløbet. Samtalen bærer præg af at være positiv og opløftende, og hun spørger blandt andet ind til hendes privatliv. Smil, grin og

humor er ligeledes en del af deres interaktion, modsat lægens interaktion med patienten, der virkede mere kalkuleret, kold og rationel (Trine-Feltnoter:5f).

Ovenstående uddrag eksemplificerer for det første en samlet tendens for de observerede brobyggersygeplejerskers adfærd; under samtalerne placerer de sig fysisk tæt på og i øjenhøjde med patienterne. Denne situation eksemplificerer desuden en generel kontrast som vi har observeret mellem brobyggersygeplejerskernes og de øvrige fagpersoners adfærd i interaktioner med patienter. I uddraget sætter brobyggersygeplejersken sig ned ved siden af patienten og fremfører rollen som den nærværende og tilstedeværende omsorgsarbejder, modsat lægen og sygeplejersken, som i dette tilfælde afgav et indtryk af at have det ene ben ude af døren, idet de forblev stående og hurtigt skulle have svar på medicinske spørgsmål, for derefter at skynde sig videre. Når brobyggersygeplejersken kan svare på spørgsmål på vegne af patienten og huske detaljer om patientens privatliv, giver hun ligeledes et indtryk af, at hun er et mere vedvarende element i patientens forløb og investeret i relationen, modsat lægen og sygeplejersken, som giver et indtryk af at være mere flygtige og ikke kan forventes at oparbejde samme relation til patienten som brobyggersygeplejersken. Dette er med til at understrege den tidligere pointe om, at brobyggersygeplejerskerne i høj grad varetager patienternes psykosociale behov i deres funktion, og dermed påtager sig en rolle af at være “*noget andet*” end afdelingssygeplejersker (Kollerup et al. 2023), såvel som læger. Et andet uddrag fra feltnoterne viser ligeledes, hvordan brobyggersygeplejerskernes adfærd på frontscenen i høj grad karakteriseres ved nærhed, opbakning og tålmodighed:

Susanne stiller sig for enden af sengen og bøjer sig let ned mod patienten, mens hun hviler sine hænder på sengegærdet. Hendes hoved er også lagt en smule på skrå, og hun har en meget bekymret og omsorgsfuld mine. Patienten har det tydeligvis ikke godt og hun snakker meget langsomt og snøvlet, men Susanne er meget tålmodig overfor patienten; hun forstår hende godt, siger hun (...) Patienten siger på et tidspunkt, at hun føler sig dum, fordi hun fik det her tilbagefald og begyndte at drikke igen, men Susanne er hurtig til at sige “det skal du ikke slå dig selv i nødden med! Vi skal nok finde ud af det sammen” (Susanne - Feltnoter:45f).

De to ovenstående uddrag fra feltnoterne eksemplificerer, hvordan det verbale og nonverbale er vigtigt i interaktionen med patienten. I uddraget benytter brobyggersygeplejersken sin

verbale kommunikation til at forsikre patienten om, at hun ikke skal føle sig dum og at de nok skal finde en vej fremad i fællesskab. Det kan tolkes, at brobyggersygeplejersken dermed udviser omsorg gennem det sagte. Dette understøttes af hendes kropssprog, idet hun bøjer sig ind mod patienten og viser, at hun aktivt lytter ved at nikke og holde øjenkontakt med patienten, mens vedkommende fortæller. Om det verbale og nonverbale udtrykker en anden brobyggersygeplejerske desuden følgende:

Kommunikation er jo ikke kun det der kommer ud af munden på os, det er jo nærmest kun 1/10 af det, så det handler det jo også meget om. Jeg tænker da også over hvordan jeg sidder nogle gange. Om jeg sidder sådan her [krydser sine arme] eller at jeg sidder åben [åbner armene], det tænker jeg da over (Lene-Transskribering:26).

Med disse ord præciserer Lene det, vi ligeledes har observeret ved de andre brobyggersygeplejersker; at den nonverbale kommunikation udgør størsteparten af interaktionen med patienterne. Det nonverbale kommer dog ikke kun til udtryk i form af kropssprog, idet vi ligeledes observerede, hvordan brobyggersygeplejerskerne kunne benytte fysisk berøring, eksemplificeret tidligere i form af et kram, som en måde at vise omsorg og emotionel støtte overfor patienterne. Tidligere forskning har ligeledes belyst, hvordan berøring kan indgå som et vigtigt redskab i sygeplejerskers arbejde (se f.eks. De Luca et al. 2022:459).

Brobyggersygeplejerskerne gør sig i forbindelse med det nonverbale indtryk også tanker om deres påklædning i interaktionen med patienter; det vil sige brugen af både arbejdstøj og hverdagstøj og hvilken effekt disse har på interaktionen. Ligesom det resterende sygehuspersonale, bærer brobyggersygeplejerskerne en arbejdsuniform. For nogle brobyggersygeplejersker er fortællingen, at de bevidst benytter deres arbejdstøj til at adskille sig fra det resterende sygehuspersonale. Under feltarbejdet blev Trine spurgt om sin påklædning. Følgende passage er observatørens gengivelse af Trines svar:

Hun fortæller, at den blå uniform er et bevidst valg, og den skal symbolisere, at de er "noget andet" i systemet. De ligner ikke de andre, og det gør noget godt i relationsarbejdet. "Det gør os genkendelige og vi kan sige til patienter eller andre på sygehuset, at 'det er mig i blåt', første gang vi skal mødes" (Trine-Feltnoter:7).

Ovenstående fortælling genfindes hos Susanne, som ligeledes italesætter, at hun kan se en fordel i at skille sig ud fra mængden via sin påklædning (Susanne-Feltnoter:24). Dermed er brobyggerpsygeplejerskernes arbejdsuniform med til at manifestere en position som “noget andet” inden for sygehusvæsenet. Arbejdsuniformen symboliserer på den måde en genkendelighed og tilgængelighed; de er nemmere at udpege i mængden og opsøge, både for patienter og kolleger. Med Zerubavels termer, kan anvendelsen af arbejdsuniformen her ses som en form for splitting af dem og det resterende sygehuspersonale (Zerubavel 1996:421f). Hvor arbejdsuniformen for Trine og Susanne bliver en form for demarkationsmarkør fra det resterende sygehuspersonale, bliver arbejdsuniform for en anden brobyggerpsygeplejerske en signalering af, at hun er en del af sygehuspersonalet:

Fremtoning er jo også, at jeg jo egentlig helst vil have mit arbejdstøj på. Det har jeg det egentlig godt med, der skaber man jo så selvfølgelig også noget distance, men man skaber jo også noget ro (...) altså mine patienter har jo også nogle gange en scanner ude ikke, så det at jeg går i det samme tøj som alle de andre herinde, det gør jo også at så skaber jeg ikke uro der (Lene-Transskribering:25f).

Arbejdsuniformen er for Lene et virkemiddel til at udtrykke overfor patienterne, at hun er som alle andre fagpersoner på sygehuset. Med Zerubavels termer, kan anvendelsen af arbejdsuniformen her ses som en form for lumping af hende som en del af det resterende sygehuspersonale (Zerubavel 1996:421f). Arbejdsuniformen bliver således et kompleksitetsreducerende redskab i interaktionen med patienterne, samtidig med at den positionerer hende som en fagprofessionel, hvormed der skabes en distance i brobyggerpsygeplejerske-patientrelationen. I forlængelse af dette gør en anden brobyggerpsygeplejerske sig yderligere refleksioner over, hvordan og hvornår hverdagstøj kan komme i brug. I følgende uddrag er arbejdsdagen lige påbegyndt, og observatøren bemærker brobyggerpsygeplejerskens atypiske beklædning og spørger, hvorfor hun er iklædt sit ‘normale’ tøj; jeans og en striktrøje: “Hun svarer dertil, at vi skal ud til en sårbar borger i dag på hjemmebesøg og derfor ikke vil komme i ‘uniform’. Det virker lidt ‘mindre farligt og mere personligt’” (Trine-Feltnoter:7). Hverdagstøjet er for Trine et virkemiddel, som hun kan tage i brug for at signalere overfor borgeren, at hun er imødekommende og ikke er farlig, samtidig med at det giver en fornemmelse af, at relationen er mere personlig og ligeværdig ved, at begge parter har hverdagstøj på. Hverdagstøjet kan således tolkes til at være en rekvisit, som symbolsk

manifesterer hendes rolle på frontstage som en brobyggersygeplejerske der *både* er professionel og personlig.

Opsummerende har brobyggersygeplejerskerne en særlig adfærd overfor patienterne på front-scenen. I interaktionen med patienter placerer brobyggersygeplejerskerne sig tæt på patienterne, lytter tålmodigt og bruger aktivt deres kropssprog til at signalere, at de er *“noget andet”*. Denne adfærd understøtter brobyggersygeplejerskernes rolle som værende omsorgsfuld, nærværende og et stabilt element i patienternes turbulente liv og behandlingsforløb. Brugen af påklædning bliver ligeledes et virkemiddel til at kommunikere denne rolle nonverbalt. Brobyggersygeplejerskernes adfærd på front-scenen, verbal og nonverbal, bliver dermed en del af den grænsedragningspraksis, som er med til at skabe rammerne for deres involvering og relationer til patienterne.

7.3.3.2 Backstage-adfærd

Hvor brobyggersygeplejerskerne performer en bestemt adfærd overfor patienterne på frontstage, performer de ligeledes en særlig adfærd backstage sammen med deres kolleger⁶. Områderne hvorpå backstage-adfærden performs er de situationer, hvor brobyggersygeplejerskerne og deres kolleger er skærmet fra patienternes blikke. Det kan eksempelvis være deres kontorer, frokoststuer og personalerum, som er steder, hvor patienterne formelt set ikke har adgang (Goffman 2014:147). Disse backstageområder kan både være steder, hvor brobyggersygeplejerskerne er sammen med andre kolleger, men det kan også være områder, hvor de har mulighed for at være helt alene. En brobyggersygeplejerske udtrykker eksempelvis:

Nogle gange sidder jeg hernede [mødelokale] eller på et kontor et andet sted i huset, fordi jeg ved, at mit program jo er fyldt, og jeg kan ikke... ja så kan man jo sige, at så gemmer jeg mig lidt, og andre gange sidder jeg deroppe [på afdelingen] selvom jeg har fyldt kalender, fordi jeg så stadig godt kan kontaktes (Lene-Transskribering:27).

Som Lene italesætter, kan brobyggersygeplejerskerne dermed først og fremmest have brug for et sted, hvor de kan trække sig tilbage, for at få ro på; et sted, hvor de ikke bliver forstyrret og

⁶ ‘Kolleger’ betegner det sundhedsfaglige personale, som brobyggersygeplejerskerne omgås på hospitalet. Når der er tale om deres andre brobyggersygeplejerske-kolleger, vil dette eksplicit fremgå.

hvor kolleger ikke hiver i dem. Udover muligheden for et frirum fra kollegers forstyrrelser, reflekterer brobyggersygeplejerskerne ligeledes over, at deres backstageområder er vigtige, idet de her har mulighed for at få en faglig sparring omkring patienter og problemstillinger. Dette forekommer både med en mere formel karakter i form af brobygger-møder og supervision, men ligeledes i en uformel og spontan karakter i form af opkald til andre brobyggersygeplejersker og samarbejdspartnere, eller kontortid i fællesskab. En af brobyggersygeplejerskerne italesætter, at hun ønsker sig en større grad af obligatorisk, systematiseret og professionel supervision for brobyggersygeplejerskerne, da hun vurderer, at de kunne have gavn af en større grad af vejledning og hjælp til håndtering, da de netop benytter dem selv så meget i arbejdet (Lene-Transskribering:17f).

Under observationerne fik vi indblik i den mere uformelle sparring, som både handlede om konkrete råd og fagligt input fra kolleger til arbejdsopgaverne, men sparringen handlede i lige så høj grad om at få kollegial støtte og verificering. På den måde kunne vi observere, hvordan brobyggersygeplejerskerne delte deres individuelle erfaringer med hinanden, hvorefter det blev fortolket og evalueret i samråd. Således nævner brobyggersygeplejerskerne, at de bruger deres backstage-områder til at få snakket om, hvorvidt deres indsats var god nok - og om de kunne have handlet anderledes. Rikke udtaler eksempelvis:

*Jeg tror, at det er vigtigere for mig at snakke med nogen, der kan give lidt sparring og forstå, hvad det er, det handler om... Og det vil jo tit være hvis man tænker "årh, var der noget andet, jeg kunne gøre?" altså så lige prøve at spørge én, jamen "er der et eller andet? Kan jeg gøre noget?", ik? Ja. Måske især i de der sager, hvor vi ikke rigtig kan få lov til at gøre noget (...)
Så bruger vi jo hinanden til det (Rikke-Transskribering:8).*

Grundet den førnævnte selvtilrettelæggelse i funktionen og dertilhørende ambivalens, er det ifølge brobyggersygeplejerskerne vigtigt at få vendt deres patientsager med de andre brobyggersygeplejersker og kolleger. Som Rikke udtaler, vil hun gerne vende sine tanker med nogen, som forstår, hvad det er for nogle udfordringer, hun står med; især frustrationen over de tilfælde, hvor de føler sig begrænsede i deres mulighedsrum. Som citatet afspejler, giver disse backstage-fora med kolleger og de andre brobyggersygeplejersker mulighed for at forsikre sig selv og hinanden om, hvorvidt de fik afsøgt alle muligheder i situationen. Hertil har brobyggersygeplejerskerne opbygget en række mantraer, som de både siger til sig selv og hinanden. Eksempelvis udtrykker brobyggersygeplejerskerne, at man skal acceptere, at ikke alt

kan løses, hvorfor man må gøre det så godt man kan i nuet (Trine-Feltnoter:16, Jette-Transskribering:3). Under en situation fra feltarbejdet forsikrede en brobyggersygeplejerske ligeledes sin kollega over telefonen: *“I gør et stort stykke arbejde (...) I kan ikke gøre mere og jeg kan heller ikke se, at jeg skulle kunne gøre så meget mere”* (Lene-Feltnoter:57). Disse mantraer og gensidige bekræftelser er på sin vis med til at opbygge brobyggersygeplejerskernes faglige selvtillid og kan ydermere anses som en konkret håndteringsstrategi, som hyppigt bruges backstage i arbejdet med de komplekse patienter; de kan finde ro og fællesskab i, at de ikke kan løse alle problemer (Pearlin & Schooler 1978:2f).

Brobyggersygeplejerskernes adfærd backstage er ligeledes præget af en ventilering, som er forbeholdt det kollegiale fællesskab. Her kan de få luftet deres frustrationer og få lov til at bande og afreagere, når det hele bliver for meget:

(...) at man nogen gange kan sige “squ, fanden og helved”, og så letter låget og så kan man lidt igen, altså jeg tror at det der er grundstammen i når man bruger sig selv så meget, det er at man skal ikke lukke låget på flasken, for så eksploderer den. Man skal lade det en gang imellem (...) Så det tænker jeg er vigtigt, man skal kunne skrue låget af flasken en gang imellem, man skal ikke lade det blive på (Lene-Transskribering:4).

Som Lenes fortælling eksemplificerer, er et hovedkarakteristika i brobyggersygeplejerskernes backstage-adfærd denne form for ventilering; afreagering og debriefing er derpå ikke kun en passende, men også nødvendig adfærd backstage for at kunne klare sig lidt igen i arbejdet (Lene-Transskribering:4; Trine-Feltnoter:26). Hertil viste der sig også et andet afgørende element i denne backstage-håndtering: humor. På backstage kan brobyggersygeplejerskerne være mere fortrolige og *“give lidt los”* sammen med kollegerne. To brobyggersygeplejersker fortæller blandt andet:

Altså på kontoret bliver vi simpelthen nødt til nogle gange at give lidt los på at lave lidt sjov med det vi nogle gange står i (...) der bliver måske nogle gange sagt nogle ting, hvor man sådan udefra kan tænke “ej, jamen hvad er det I står og siger?!” [griner], men det er jo også for at... Ja, at kunne rumme det på en eller anden måde... At det nogle gange er så kaotisk eller så mærkeligt, det én af os har stået i, at man bliver nødt til at grine lidt af det

også... Aldrig om jeg kunne drømme om at gøre det ude ved patienterne. Aldrig! Det er en kæmpe forskel (Susanne-Transskribering:22f).

Nogle gange siger vi også, at vi ikke håber, at der er nogen der lytter med [smiler], men det er jo igen en måde, at vi bruger os selv så meget, så man skal ikke tage det for mere end det er, det er en måde at klare tingene på (...) hvis man bliver for selvhøjtidelig også, så bliver det svært at være i det her system. Det ville jeg ikke kunne holde til. Sort humor er virkelig guld værd nogle gange (Lene-Transskribering:27).

Ud fra de to udtalelser eksemplificeres det, hvordan brobyggersygeplejerskerne og det øvrige sundhedsfaglige personale har en særlig jargon og humor, som andre udefrakommende ikke nødvendigvis ville finde passende, idet den kan være *“frygtelig sort”* og betegnes som *“galgenhumor”* (Lene-Transskribering:27). Begge brobyggersygeplejersker reflekterer over, at denne adfærd er forbeholdt dem, der er til stede backstage på kontoret eller i personalerummet; de ville aldrig opføre sig sådan overfor en patient. Hertil er det essentielt for brobyggersygeplejerskernes backstage-humor, at de føler sig trygge og sikre på, at ingen uvedkommende trænger ind og overværer deres samhandling, sådan som Goffman påpeger (2014:147). Redskaberne til at sikre bagområdet er eksempelvis en låst og/eller en lukket dør. Samlet set kan brugen af humor være med til at skabe en afgrænsning af det sundhedsfaglige fællesskab som en samhørighed, samtidig med at humoren kan forstærke deres sociale samvær internt blandt medarbejderne (se f.eks. Watson 2011:41; Pogrebin & Poole 1988:184). Eksemplet med den sorte humor tydeliggør, hvordan brobyggersygeplejerskerne med deres adfærd skaber forskellige grænser for hhv. kolleger og patienter.

De to ovenstående interviewpassager afspejler ligeledes, at humoren blandt kolleger bliver anvendt som et essentielt redskab til at *“kunne rumme”* arbejdet og *“klare tingene på”*; en form for håndteringsstrategi. Som Pearlin og Schooler pointerer, benytter mennesker sig af forskellige håndteringsstrategier for at beskytte sig selv mod belastninger og håndtere disse. Brobyggersygeplejerskernes brug af humor kan dermed anses som en strategi til at beskytte sig selv og håndtere involveringen med patienterne. Heri ligger der desuden en social dimension, som Pearlin og Schooler ligeledes påpeger; humoren udfolder sig netop i interaktionen imellem brobyggersygeplejerskerne, men også sammen med det øvrige sundhedspersonale (Pearlin & Schooler 1978:2f). Tidligere forskning har ligeledes påpeget, hvordan *“gallows humor represents an attempt to transform crisis or tragic situations into ones that are less threatening*

and thus more tolerable” (Pogrebin & Poole 1988:184). Brobyggersygeplejerskerne bruger dermed humor til at *transformere* det tragiske og kaotiske til noget overkommeligt. For brobyggersygeplejerskerne er backstage på denne måde en scene væk fra patienternes blikke, hvor de gennem humor kan ventilere og distancere sig fra de alvorlige opgaver og sørgelige skæbner, de ofte står med.

Ud fra ovenstående kan det opsummeres, at brobyggersygeplejerskerne indgår i et såkaldt håndterings-fællesskab, hvor de sammen kan håndtere udfordrende situationer og opnå en social støtte i form af uformel sparring, ventilering og brug af humor. Dette er tidligere blevet betegnet som *Communities of Coping* (Korczynski 2003:58). Brobyggersygeplejerskernes backstage-adfærd er således forbeholdt det fagprofessionelle fællesskab, hvor patienterne ikke har adgang.

8.0 Konklusion

Som beskrevet blev brobyggersygeplejerskefunktionen oprettet landsdækkende med formålet om at forsøge at *“sikre, at alle patienter har lige adgang til sundhed, uanset deres sociale vilkår, individuelle forudsætninger og ressourcer”* (Aalborg Universitetshospital 2023). Brobyggersygeplejerskefunktionen blev oprettet ultimo 2019 i Region Nordjylland og er dermed fortsat relativ ny, hvorfor forskningen endnu er sparsom. Deraf var sigtet med specialet at undersøge og besvare problemformuleringen:

Hvordan skaber brobyggersygeplejersker grænser i arbejdslivet med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb?

Hertil undersøgte vi de følgende to underspørgsmål for at præcisere og afgrænse, hvilke grænsedragningspraksisser vi i specialet var interesseret i at undersøge: 1) *Hvordan skaber brobyggersygeplejersker grænser for deres funktion og arbejdsopgaver?* og 2) *Hvordan skaber brobyggersygeplejersker grænser for deres private, personlige og professionelle involvering i relationerne med patienter og kolleger?*

I besvarelsen af problemformuleringen anlagde vi et konstruktivistisk interaktionistisk videnskabsteoretisk perspektiv inspireret af Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyers fremstilling, hvorigennem vi har undersøgt, hvordan brobyggersygeplejerskerne konstruerer grænsedragninger i interaktionerne med deres patienter og kolleger. Vi lod os desuden inspirere af Derek Layders adaptive tilgang, ved at følge grundprincippet om overskridelsen af dualismen mellem induktion og deduktion, samt brugen af orienterende begreber. De udvalgte orienterende begreber var Eviatar Zerubavels teori om *grænsedragningspraksisser*, Christena Nippert-Engs skelnen mellem *integrering og segmentering af arbejdsliv og privatliv*, Leonard I. Pearlin og Carmi Schoolers udlægning af *håndteringsstrategier* og Erving Goffmans teatermetafor med fokus på begreberne *frontstage* og *backstage*.

Specialets empirimateriale blev indsamlet ved de kvalitative metoder *feltarbejde* og *semistrukturerede individuelle interviews*. Det analytiske genstandsfelt blev afgrænset til brobyggersygeplejersker i Region Nordjylland, hvor der på undersøgelsestidspunktet var ansat seks brobyggersygeplejersker ved Aalborg Universitetshospital. I alt indvilligede fem brobyggersygeplejersker i at deltage i specialets undersøgelse; vi observerede tre af disse ved

brug af metoden *shadowing*, mens alle fem brobyggerpsygeplejersker efterfølgende blev interviewet.

Et gennemgående analytisk fund bestod i, at brobyggerpsygeplejerskerne skaber processuelle og situationelle grænser i deres arbejde med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb. I forlængelse af dette var det interessant, *hvordan* brobyggerpsygeplejerskerne helt konkret gjorde dette processuelt og situationelt.

Først og fremmest fandt vi, at brobyggerpsygeplejerskerne har en stor frihed i deres arbejde og graden af selvtilrettelæggelse er høj. Dermed erfarede vi, at brobyggerpsygeplejerskerne ikke arbejder ud fra en fast drejebog, men asfalterer, mens de kører. Friheden til selv at planlægge sit arbejde er ambivalent; selvtilrettelæggelsen er meningsgivende og afgørende for at kunne lykkes med at understøtte hver enkelt patient og deres specifikke udfordringer, men samtidig kan det foranledige en usikkerhed og til tider være mentalt krævende at navigere i denne frihed.

Derudover erfarede vi ligeledes en ambivalens i brobyggerpsygeplejerskernes vidtrækkende handlerum. Deres funktion baner vejen for, at de kan tænke og arbejde tværsektorielt, for at skabe det nødvendige handlerum til at understøtte deres målgruppe. Samtidig er brobyggerpsygeplejerskerne afhængige af samarbejdspartners handlerum og mulighed for at arbejde tværsektorielt. Heri ligger en af brobyggerpsygeplejerskernes største frustrationer, da deres samarbejdspartnere er præget af en organisatorisk og faglig kassetænkning, som er svær at forene med brobyggerpsygeplejerskernes tværgående og individuelt tilpassede behandlingsforløb; brobyggerpsygeplejerskerne har brug for nogen at bygge bro til.

Friheden i selvtilrettelæggelsen og det store handlerum karakteriserer således brobyggerpsygeplejerskefunktionen, men disse arbejdsvilkår fordrer ligeledes, at brobyggerpsygeplejerskerne i høj grad selv må skabe grænser for deres funktion i forhold til deres konkrete arbejdsopgaver og hvilke patienter de opretter forløb med. Hverken vi eller brobyggerpsygeplejerskerne kan sætte deres arbejdsopgaver og hvilke mennesker de skal tilknyttes på formel, idet grænserne for arbejdsopgaverne og patienterne ikke kan anskues som faste og definerede. Som vi har vist, består brobyggerpsygeplejerskernes arbejde af mange forskellige sociale såvel som sundhedsfaglige opgaver og tit bliver brobyggerpsygeplejersken den sidste mulighed for at bistå patienten i disse opgaver. Grænserne for opgaver og patienter kan dermed anskues med Zerubavels (1991; 1996) begreber om kontinuerte lumping- og

splitting-processer, hvorigennem brobyggersygeplejerskerne løbende vurderer den enkelte patients situation og forhandler situationsdefinitionerne med kolleger og samarbejdspartnere.

På samme vis fordrer friheden i selvtilrettelæggelsen og handlerummet, at brobyggersygeplejerskerne skaber grænser omkring deres arbejdsliv. Ved brug af Nippert-Engs teori (1996) kan vi påpege en tendens til, at alle brobyggersygeplejerskerne til forskellige tider kan og vil have behov for at udvise en grad af segmenterende og/eller integrerende adfærd, men overordnet udtrykker nogle brobyggersygeplejersker en større grad af integrering, mens andre udtrykker en større grad af segmentering af privatlivet og arbejdslivet. Disse grænser kommer til udtryk i, men betinges også af, den performance, som brobyggersygeplejerskerne ønsker at fremføre i interaktionerne med kolleger og samarbejdspartnere. Hertil kan arbejdstelefoner og arbejdscomputere indgå som en del af brobyggersygeplejerskernes grænsedragningspraksis omkring arbejdslivet.

Et andet hovedelement i brobyggersygeplejerskernes arbejde omhandler deres relationer til patienterne og hvordan de skaber grænser i denne relation. Brobyggersygeplejerskerne er afhængige af at skabe gode relationer til patienterne, idet dette er afgørende for at lykkes i arbejdet. Ved at opbygge en relation til patienterne bliver brobyggersygeplejerskerne et velkendt og gennemgående ansigt, som kan følge patienten over længere tid og deraf opbygge et dybere kendskab til patientens psykosociale og somatiske tilstande, hvilket er gavnligt i koordineringen af behandlingsforløbet.

Hertil oplever brobyggersygeplejerskerne, at de må skabe grænser for relationen til patienterne, for at bevare en sund relation, hvilket med Erik Jappes model kan betegnes som værende professionel og personlig, men ikke privat. Brobyggersygeplejerskerne skaber dermed kontinuerligt grænser i hver relation, for at værne om det private. Dette gør de eksempelvis ved at vurdere, hvor mange private oplysninger patienten skal have indsigt i. Brobyggersygeplejerskerne kan også skabe grænser for deres kommunikation og tilgængelighed overfor en patient, hvis relationen eksempelvis er ved at blive for “*venindeagtig*”. Samlet set kan brobyggersygeplejerskernes involvering i relationen til patienterne ses som et udtryk for, hvad der tidligere er betegnet som *Benign detachment* (Fineman 1993:19).

Den sunde relation, som er præget af en personlig og professionel tilgang, opbygger brobyggersygeplejerskerne i interaktionerne med patienterne ved eksempelvis at placere sig fysisk tæt på og i øjenhøjde, lytte tålmodigt, og aktivt anvende deres kropssprog, samt berøring til at signalere, at de er hvad tidligere forskning har betegnet som “*noget andet*” end almindelige afdelingssygeplejersker (Kollerup et al. 2023:6). Denne adfærd understøtter

brobyggersygeplejerskernes rolle som værende nærværende, omsorgsfulde og stabile i patienternes behandlingsforløb og turbulente liv. Brugen af påklædning, arbejdsuniform såvel som hverdagstøj, bliver ligeledes et virkemiddel til at kommunikere denne rolle nonverbalt. Disse beskrivelser af brobyggersygeplejerskernes interaktioner med patienterne kan karakteriseres som en særlig patientadfærd frontstage ud fra Goffmans teatermetafor (1959; 2014). Denne patient-adfærd står i kontrast til brobyggersygeplejerskernes adfærd backstage sammen med kolleger.

I interaktionen med kolleger er brobyggersygeplejerskerne en del af et såkaldt håndterings-fællesskab, som tidligere er betegnet som *Communities of Coping* (Korczynski 2003:58). Disse håndterings-fællesskaber skaber backstage et rum og fora, hvor brobyggersygeplejerskerne kan håndtere udfordrende situationer og opnå social støtte i form af formel, såvel som uformel, kollegial sparring. Brugen af især sort- og galgenhumor backstage bliver et vigtigt redskab til at ventilere, beskytte og distancere sig fra arbejdets alvorlige opgaver og sørgelige hændelser. Brobyggersygeplejerskerne benytter sig således af forskellige håndteringsstrategier, ud fra Pearlin og Schoolers sociale forståelse af håndtering. Samtidig er denne brug af humor et eksempel på en adfærd, som brobyggersygeplejerskerne ikke anser som værende passende over for patienterne, da denne er forbeholdt det fagprofessionelle fællesskab, hvor patienterne ikke har adgang. Hertil kan det siges, at grænserne for den passende adfærd og deres optræden på de to scener er med til at definere relationerne til hhv. patienter og kolleger, men relationerne er ligeledes medkonstituerende for de grænser, der kontinuert bliver skabt for adfærden på scenerne.

Qua specialets procesperspektiv på grænser jævnfør Eviatar Zerubavel har vi ikke overraskende observeret processuelle og situationelle grænsedragningspraksisser. Det kan dog diskuteres, hvilke resultater vi havde fundet frem til med et enhedsperspektiv; dette kunne muligvis være anvendt til at belyse, hvilke stabile og vedvarende grænser brobyggersygeplejerskerne sætter i deres arbejde. Det vurderes dog, at enhedsperspektivet ikke have været foreneligt med brobyggersygeplejerskernes tilgang til patienterne og deres funktions formål. Den viden, som specialet bidrager med, er dermed uundgåeligt præget af vores videnskabsteoretiske, teoretiske såvel som metodiske til- og fravalg. Disse til- og fravalg har vi givet indsigt i og reflekteret over løbende i specialet, for bedst muligt at skabe sammenhæng mellem problemformulering, undersøgelsesdesign og analytiske fund. Desuden fremgår vores rekrutteringsdokumenter, observations- og interviewguide, samt feltnoter og

transskriberinger i de vedlagte bilag (se bilag 1-5). Dette vurderes sammenlagt at øge specialets reliabilitet forstået som transparens i forskningsprocessen og interne validitet (Kvale & Brinkmann 2015:318; Tanggaard & Brinkmann 2015b:523). Desuden vurderes det, at specialets analytiske generaliserbarhed øges, idet vi gennem analysen har vist, hvordan flere af de empiriske fund kan spejles og genkendes i tidligere forskning og eksisterende teori (Antoft & Salomonsen 2007:49).

Samlet set vurderes det, at specialet bidrager med en konstruktivistisk interaktionistisk indsigt i, hvordan den nye funktion 'brobyggerpsygeplejerske' skaber grænser i og omkring deres arbejdsliv med mennesker i udsatte situationer og komplekse behandlingsforløb. Specialet skal dermed ses som et bidrag til og nuancering af forskningen i brobyggerpsygeplejersker, som på nuværende tidspunkt endnu er beskeden. I problemfeltet drog vi paralleller til sygeplejersker og socialrådgivere i arbejdet med mennesker og der kan reflekteres over, hvorvidt specialets analytiske fund kan bidrage til en viden om grænsedragningspraksisser indenfor andre grene af omsorgsarbejde. Under udarbejdelsen af dette speciale erfarede vi, hvor afgørende brobyggerpsygeplejerskernes rolle er i at understøtte en mere lige adgang til sundhedsydelser. Specialet skaber dermed afsæt til videre undersøgelser af denne form for omsorgsarbejde, udfordringerne heri og hvordan man bedst muligt kan understøtte disse professionelle i deres arbejde.

9.0 Litteraturliste

Abbott, Andrew 2001: "Things of Boundaries", in Abbott, Andrew: *Time Matters: In Theory and Method*. Chicago: Chicago University Press

Agervold, Mogens 2008: "People work: at arbejde med mennesker - belastninger og reaktioner". *Tidsskrift for Arbejdsliv*, Nr. 2, 2008:061–077

Andersen, Lotte Bøgh 2010: "Forskningskriterier" i Lotte Bøgh Andersen, Kasper Møller Hansen & Robert Klemmensen (red.): *Metoder i Statskundskab*. København: Hans Reitzels Forlag

Antoft, Rasmus & Heidi Houlberg Salomonsen 2007: "Det Kvalitative Casestudium - Introduktion til en forskningsstrategi" i Jacobsen et al. (red.): *Håndværk og horisonter: Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag

Arbejdstilsynet 2022: *National Overvågning af Arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere. Støj og vibrationer, arbejdsulykker, påvirkninger i det psykiske arbejdsmiljø, jobtilfredshed og selvrapporteret stress - NOA-L 2021*. København: Arbejdstilsynet. Kan tilgås via link: <https://at.dk/nyheder/2022/06/national-overvaagning-af-arbejdsmiljoeet-blandt-loen-modtagere-2021-del-ii/> (tilgået d. 29. maj 2023)

Arbejdstilsynet 2023: *Om stor arbejdsmaengde og tidspres*. Kan tilgås via link: <https://at.dk/arbejdsmiljoe problemer/psykisk-arbejdsmiljoe/stor-arbejdsmaengde-og-tidspres/om-stor-arbejdsmaengde-og-tidspres/> (tilgået d. 29. maj 2023)

Baarts, Charlotte 2015: *Etnografisk metode - Metodeserie for social- og sundhedsvidenskaben*. Odense: Syddansk Universitetsforlag

Berger, Peter & Thomas Luckmann 2003: *Den sociale konstruktion af virkeligheden - En videnssociologisk afhandling*. København: Akademisk Forlag

Birkmose, Dorthe 2013: *Når gode mennesker handler ondt: Tabuet om forråelse*. Odense: Syddansk Universitetsforlag

Bøgeskov, Benjamin Olivares 2022: "Moralsk stress, omsorgstræthed og forråelse", i Falch, Lisbeth Aaskov & Benjamin Olivares Bøgeskov (red.): *Etik i sygeplejen - Grundbog i teori og praksis*. København: FADL'S Forlag.

Brinkmann, Svend 2015: "Etik i en kvalitativ verden", i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzel

Bryman, Alan 2016: *Social Research Methods*. 5th edition. Oxford: Oxford University Press

Christensen, Mads Krøll & Kristine Jul Andersen 2015: "Massivt overarbejde på landets hospitaler". *Sygeplejersken*. Nr. 8, 2015:51. Kan tilgås via link: https://issuu.com/sygeplejersken/docs/sygeplejersken_2015_08hi/51 (tilgået d. 29. maj 2023)

Czarniawska, Barbara 2007: *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. København: Liber & Copenhagen School Press

Dansk Socialrådgiverforening 2020: *Socialrådgivernes fortællinger fra hverdagen*. København: Dansk Socialrådgiverforening. Kan tilgås via link: <https://socialraadgiverne.dk/wp-content/uploads/2021/01/2020-10-Socialraadgivernes-fortaellinger-fra-hverdagen.pdf.pdf> (tilgået d. 29. maj 2023)

Dansk Sygeplejeråd 2021: *Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred - SATH*. Kan tilgås via link: <https://dsr.dk/loen-og-arbejdsvilkaar/arbejdsmiljoe/sygeplejerskers-arbejdsmiljoe-trivsel-og-helbred-sath> (tilgået d. 29. maj 2023)

Danske Regioner 2018: "1.000 brobyggerpsygeplejersker skal hjælpe patienter i sundhedsvæsenet". Kan tilgås via link: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2018/september/1000-brobyggersygeplejersker-skal-hjaelpe-patienter-i-sundhedsvaesenet?fbclid=IwAR3deWEipl-93jx7Viwuge5b77GrmZp1uotEu7ZU0nCa5BTHW6lzTU-myw> (tilgået d. 29. maj 2023)

De Luca, Enrico, Marian Wilson, Michele R. Shaw & Tullamora T. Landis 2022: "Permission to Touch": Nurses' Perspectives of Interpersonal Contact during Patient Care". *Western Journal of Nursing Research*, Nr. 5, 2022:456-465

DEA 2010: *Arbejdslivskvalitet og moderne arbejdsliv. En udredning af samspillet mellem de tre forsknings- og praksisområder: HRM, Arbejdsmiljø og Velfærd*. København: DEA. Kan tilgås via link: <https://amff.dk/media/11429/arbejdslivskvalitet-og-modernearbejdsliv.pdf> (tilgået d. 29. maj 2023)

Ehn, Billy, Löfgren Orvar & Wilk Richard R. 2016: *Exploring Everyday Life: Strategies for Ethnography and Cultural Analysis*. Lanham: Rowman & Littlefield

Emerson, Robert M, Rachel I. Fretz & Linda L. Shaw 1995: *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: The University of Chicago Press

Fineman, Stephen 1993: "Organizations as Emotional Arenas", in Fineman, Stephen (ed.): *Emotion in Organizations*. London: SAGE Publications

Forskningsstøtteenheden SUH 2022: *Brobyggerprojektet - Brobyggersygeplejerskernes kompetencer, funktion og praksis i koordineringen af komplekse tværsektorielle forløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom*. Roskilde: Forskningsstøtteenheden, Sjællands Universitetshospital. Et uddrag kan findes via link: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2022-2/brobyggersygeplejersker-styrker-tvaersektorielle-forloeb> (tilgået d. 29. maj 2023)

- Frederiksen, Morten 2015: "Mixed Methods-forskning", i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzel
- Frølich, Anne, Frede Olesen & Inge Kristensen 2017: *Hvidbog om multisygdom: Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng*. Trygfonden: Fjerritslev tryk
- Goffman, Erving 1959: *The Presentation of Self in Everyday Life*. London: Penguin Books
- Goffman, Erving 2014: *Hverdagslivets rollespil*. København: Samfundslitteratur
- Goodall, Harold L. Jr. 2008: *Writing Qualitative Inquiry - Self, Stories, and Academic Life*. New York: Routledge
- Hastrup, Kirsten 2015: "Feltarbejde", i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzel
- Irani, Elliane 2019: "The Use of Videoconferencing for Qualitative Interviewing: Opportunities, Challenges, and Consideration". *Clinical Nursing Research*, Nr. 1, 2019:3-8
- Jacobsen, Michael Hviid & Søren Kristiansen 2006: *Farligt feltarbejde - Etik og etnografi i sociologien*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag
- Jacobsen, Michael Hviid 2007: "Adaptiv teori - den tredje vej til viden" i Jacobsen et al. (red.): *Håndværk og horisonter: Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag
- Jappe, Erik 2013: "Kapitel 18: Faglig identitet", i Jappe, Erik: *Håndbog for pædagogstuderende*. 9. udgave. Frederiksberg: Forlagshuset Frydenlund
- Järvinen, Margaretha & Nanna Mik-Meyer 2005: "Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv", i Järvinen, Margaretha & Nanna Mik-Meyer (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv - interview, observation og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag
- Järvinen, Margaretha 2005: "Interview i en interaktionistisk begrebsramme", i Järvinen, Margaretha & Nanna Mik-Meyer (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv - interview, observation og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag
- Jørgensen, Anja 2008: "Hermeneutik, fænomenologi og interaktionisme - tre sider af samme sag?", i Jacobsen, Michael Hviid et al. (red.): *At forstå det sociale*. København: Akademisk Forlag
- Kierkegaard, Søren 1848: *Synspunktet for min forfattervirksomhed: Om min Forfatter-Virksomhed*. Udgave fra 2019, med forord af D. Malantschuk. København: Lindhardt og Ringhof

Kollerup, Mette Geil, Connie Berthelsen, Mette Grønkjær & Birgitte Lerbæk 2023: “‘Something else than usual hospital nursing care’: An ethnographic study of nurse case managers’ everyday practices”. *Nordic Journal of Nursing Research*, Nr. 1, 2023:ukendt sidetal i det samlede tidsskrift, citeres s. 1-10

KORA 2014: *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet*. København: KORA Kan tilgås via link: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/litteratur-om-ledelse-af-samarbejde-paa-tvaers-af-sektorer-i-sundhedsvaesenet-8511/> (tilgået d. 29. maj 2023)

Korczynski, Marek 2003: “Communities of Coping: Collective Emotional Labour in Service Work”. *Organization*, Nr. 1, 2003:55-79

Kristiansen, Søren 2014: “Erving Goffman”, i Jacobsen, Michael & Søren Kristiansen (red.): *Hverdagslivet - sociologier om det upåagtede*. København: Hans Reitzel

Kvale, Steinar & Svend Brinkmann 2015: *Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzel

Layder, Derek 1998: *Sociological Practice - Linking Theory and Social Research*. London: Sage Publications

Lo Iacono, Valeria, Paul Symonds & David H.K. Brown 2016: “Skype as a tool for qualitative research interviews”. *Sociological Research Online*, Nr. 2, 2016:1-15

Møller, Nicoline, Birgitte Lerbæk, Mette Geil Kollerup & Connie Berthelsen 2022: “Building bridges from different settings to a common ground - strengthening transitions for older patients with multiple chronic conditions: A Qualitative descriptive design”. *Nordic Journal of Nursing Research*, Nr. 1, 2022:1-9

Nettleton, Sarah 2013: *The Sociology of Health and Illness*. 3rd Edition. Cambridge: Polity Press

Nippert-Eng, Christena 1996: “Calendars and Keys: The Classification of ‘Home’ and ‘Work’”. *Sociological Forum*, Nr. 3, 1996:563-582

Noon, Mike, Paul Blyton & Kevin Morrell 2013: *The realities of work - experiencing work and employment in contemporary society*. New York: Palgrave Macmillan

Pearlin, Leonard I. & Carmi Schooler 1978: “The Structure of Coping”. *Journal of Health and Social Behavior*, Nr. 1, 1978:2-21

Petersen, Anders 2016: *Præstationssamfundet*. København: Hans Reitzels Forlag

Pink, Sarah & Jennie Morgan 2013: “Short-Term Ethnography: Intense Routes to Knowing”. *Symbolic Interaction*, Nr. 3, 2013:351-361

Pogrebin, Mark R., & Eric D. Poole 1988: "HUMOR IN THE BRIEFING ROOM - A study of the strategic uses of humor among police". *Journal of Contemporary Ethnography*, Nr. 2, 1998:183-210

Rasborg, Klaus 2018: "Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi", i Fuglsang, Lars, Poul Bitsch Olsen & Klaus Rasborg (red.): *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer*. København: Samfundslitteratur

Region Midtjylland 2020: *Rammenotat Brobyggersygeplejerskefunktion*. Kan tilgås via link: https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/api/NewESDHBBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPs0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5Cdagsordener%5CSundhedsstyrelsen%202020%5C20-02-2020%5CAaben_dagsorden&appendixId=263803 (tilgået d. 29. maj 2023)

Region Nordjylland 2019: *Funktionsbeskrivelse for brobyggersygeplejersker*. Kan tilgås via link: <https://pri.rn.dk/Assets/31829/Funktionsbeskrivelse-brobyggersygeplejersker.pdf> (tilgået d. 29. maj 2023)

Region Nordjylland 2022: *Brobyggersygeplejerskens funktion på Aalborg Universitetshospital*. Kan tilgås via link: <https://pri.rn.dk/Sider/31829.aspx> (tilgået d. 29. maj 2023)

Riis, Ole 2005: *Samfundsvidenskab i praksis - Introduktion til anvendt metode*. København: Hans Reitzel

Saarijärvi, Markus & Ewa-Lena Bratt 2021: "When face-to-face interviews are not possible: tips and tricks for video, telephone, online chat, and email interviews in qualitative research". *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Nr. 4, 2021:392- 396

Spradley, James P. 1980: "Making a domain analysis", i Spradley, James P.: *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston

Szulewicz, Thomas 2015: "Deltagerobservation", i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzel

Tanggaard, Lene & Svend Brinkmann 2015a "Interviewet: Samtalen som forskningsmetode", i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzel

Tanggaard, Lene & Svend Brinkmann 2015b: "Kvalitet i kvalitative studier", i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzel

Vaaben, Line & Lise Richter 2017: "Findes den professionelle kærlighed?". *Information*, d. 8. juli 2017. Kan tilgås via link:

<https://www.information.dk/moti/2017/07/finde-professionelle-kaerlighed> (tilgået d. 29. maj 2023)

Watson, Katie 2011: "Gallows Humor in Medicine". *The Hastings Center Report*, Nr. 5, 2011:37-45

Willis, Rebecca 2019: "The use of composite narratives to present interview findings". *Qualitative Research*, Nr. 4, 2019:471–480

Zerubavel, Eviatar 1991: *The Fine Line: Making Distinctions in Everyday Life*. Chicago: Chicago University Press

Zerubavel, Eviatar 1996: "Lumping and splitting - Notes on social classification". *Sociological forum (Randolph, N.J.)*, Nr. 3: 1996: p.421-433

Zerubavel, Eviatar 2007: "Generally Speaking: The Logic and Mechanics of Social Pattern Analysis". *Sociological Forum*, Nr. 2 2007: 131-145

Aalborg Universitetshospital 2023: *Brobyggersygeplejersker – Sammenhæng, overblik, tryghed*. Kan tilgås via link: https://aalborguh.rn.dk/for-sundhedsfaglige/det-naere-sundhedsvaesen/center-for-patientstoette/brobyggersygeplejersker-%E2%80%93-sammenhaeng-overblik-tryghed?fbclid=IwAR3jTpVbGP9mPusuGQK2XEUm0yTm6zDMOPzEK4_Wgfr7O-yd_qn2NIJNbTI (tilgået d. 29. maj 2023)