

Forståelser af supervision hos sygeplejersker og læger i en onkologisk klinik

- et sociologisk perspektiv

Stinne Glasdam

Artiklen præsenterer et teoretisk funderet empirisk studie omhandlende forståelser af supervision hos sygeplejersker og læger i en onkologisk klinik i Danmark. Supervision forstås i denne artikel som det, at nogen giver andre idéer, der ligger udover det, de selv kan komme op med. Formålet med studiet er at undersøge, hvordan sygeplejersker og læger handler og tænker i forhold til faglig og menneskelig støtte og supervision i en onkologisk klinik. Den teoretiske ramme for studiet er sociologisk og baseret på Bourdieus teoretiske begreber om kapital, habitus, felt og homologi. Metoden inkluderer 14 dybdeinterview med sygeplejersker og læger. Sygeplejersker og læger konstrueres i seks idealtyper med udgangspunkt i dispositioner, positioner og stillingstagner mhp. at analysere forskellige måder at forholde sig til supervision på. Analyserne viser, at støtte og supervision finder sted i mange uformelle og formelle situationer blandt lægerne, hvor omdrejningspunktet ofte relaterer sig til medicinske spørgsmål. Modsat giver, søger og modtager sygeplejersker sjældent støtte og supervision i deres arbejdshverdag. Sygeplejersker synes, at psykologorganiseret og –styret supervision er en god idé, selvom de sjældent selv deltager i sådanne seancer. For sygeplejersker synes omdrejningspunktet for supervision mest at relatere sig til emotionelle forhold. Konklusionen er, at sygeplejersker synes at være meget alene i deres job; uden støtte og supervision fra kollegaer eller andre, mens læger modtager og giver supervision til hinanden som kollegaer som en given del af deres arbejdshverdag.

Stinne Glasdam, cand.cur., ph.d., ekstern lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet og lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen København, Den Flerfaglige Professionshøjskole i Region Hovedstaden.

e-mail: stinne_glasdam@hotmail.com

Summary in English

Understandings of supervision among nurses and physicians in an oncological ward – a sociological approach

This is an empirical study of the conceptions of psychological support in discussions of difficult issues among nurses and doctors in a hospital department of oncology in Denmark. The research perspective is sociological based on theories from Bourdieu. The term used for the psychological support and discussions in this study is supervision, however, used in a broader sense as a procedure reinforcing the person's own ideas or bringing up new ideas. The aim of the study was to explore and understand how nurses and physicians think and act in relation to support and supervision in their practises in an oncological ward. The method included fourteen in depth interviews with physicians and nurses. In the analysis physicians and nurses were constructed into six ideal types, in relation to the dispositions, positions and attitudes in order to explore differences in the attitudes towards supervision. The analyses showed that support and supervision takes place in many informal and formal situations among physicians. Often supervision and discussions are related to medical questions. On the contrary, nurses seldom seek and receive supervision and support. Nurses find organized supervision by a psychologist to be a good idea, however, they seldom participate. Often supervision and support is related to emotional questions. In conclusion, nurses seemed very lonely in their job; without support and supervision, while physicians received supervision from their colleagues, which nurses do not.

Keywords: Supervision, support, medical psychology, Bourdieu, health professionals

Indledning

Denne artikel vil se på, hvordan supervision tænkes, forstås og gennemføres af henholdsvis læger og sygeplejersker i en onkologisk klinik i en tid, hvor supervision som begreb synes at være et mangesidigt begreb og samtidigt angives som løsningen på mange spørgsmål. Artiklen vil gennem empiriske teoretiske analyser folde begrebet supervision ud og give en sociologisk forståelse af, hvordan kan det være, at

læger og sygeplejerskers forståelser og praktikker ser forskelligt ud i forhold til tænkning om og gennemførelse af supervision.

Et hurtigt blik ned over noget af litteraturen inden for sygepleje om supervision vidner om mange metoder og mange navngivninger af begrebet. Man ser flere nuanceforskelle, men fælles for det hele ligger en forståelse af, at supervision er godt og nødven-

digt, at supervision forstås som et tiltag, som ligger ud over den daglige praksis, at supervision udføres af nogen som er udlært til i en speciel teknik, og at supervision er organiseret som et eget rum (se fx 1,2,3,4). Supervision ses både som faglig udvikling og som stresshåndtering. Samtidigt viser meget litteratur, at sygeplejersker har en så travl arbejds hverdag, at de reelt ikke har mulighed for at deltage i disse supervisionsseancer, endelige holde pauser sammen hvor mere uformelle samtaler kunne finde sted (5).

Supervision i sygeplejekontekst forstås ofte på én bestemt måde, nemlig en fagpsykologisk forståelse som støtte i form af samtale, der ved hjælp af spørgeteknik bringer en person til selv at finde en løsningsmodel for et problem. Supervision kan imidlertid også forstås bredere, ud fra en mere etymologisk forståelse, hvor supervision betyder over eller ud over, og vision betyder syn eller idé (6). Dvs. supervision svarer til at nogen giver andre idéer som ligger udover det, de selv kan komme op med. Jeg vil i denne artikel gå imod den gængse fagpsykologiske opfattelse af supervisionsbegrebet og anlægge sidstnævnte syn på supervision, når jeg viser, hvordan supervision finder sted i en onkologisk klinik blandt læger og sygeplejersker.

Metode og teori

Mit empiriske materiale består af 14 dybdeinterview med hhv. læger og sygeplejersker (7). Projektet er godkendt af den lokale videnskabetiske komite. Alle deltagere er informeret om projektet såvel mundtligt som skriftligt og har afgivet informeret samtykke.

Interviewpersonerne er udvalgt efter deres position i en onkologisk klinik, således at jeg har fat i såvel dominerende som dominerede agenter inden for hver af de to kategorier. I denne udvælgelse gjorde jeg aktivt brug af mit forhåndskendskab til onkologi og dets agenter; et speciale, jeg har arbejdet i gennem flere år.

Interviewene var løst struktureret, ud fra nedenstående tre tematikker. De er blevet til på baggrund af projekts teoretiske ramme, inspireret af Bourdieus begreber om felt, habitus, kapital og homologi (8,9,10):

1. Herkomst, opvækst, sociale relationer, uddannelse og erhverv
2. Aktuel hverdag på den onkologiske klinik
3. Relationer på den onkologiske klinik

Interviewene er blevet transskriberet i fuld længde og derefter konstruerede i fht. informanternes dispositioner og kapitaler, positioner og stillingtagener. Ud fra disse konstruktioner tre typer af agenter konstrueret inden for hver kategori af læger og sygeplejerske, dvs. jeg arbejder med 6 typer (figur 1) som mit analyseredskab. Med typerne konstruerer jeg en gruppe agents dispositioner og kapitaler, positioner, og stillingtagener i en konkret klinik med henblik på at se, hvordan de agerer og interagerer. Weber viser, man kan tage bestemte træk, som er udbredt blandt en gruppe og betoner disse træks konsekvenser på en ensidig måde, således at de sammenføjes til et i sig selv modsigelsesfrit idealbillede og sætter dem i relation til et tankeudtryk, som man finder manifesterer sig deri. Ikke no-

Konstruerede typer	Nogle konstruerede kendetegn ved typerne
<i>Sygeplejerske-arvtager</i>	Herkomst i mellemlaget Livet præget af brud fagligt som socialt Regler og disciplin ledetråde i livet Arbejde og fritid er skarp adskilt Familie og fritid er centralt i livet Karrierejobs uden at være specielt målrettet sin karriere
<i>Sygeplejerske-opkomling</i>	Herkomst i småborgerskabet Lært sig gennem livet at gøre en dyd af nødvendigheden Arbejdsliv og privatliv er præget af stabilitet Orden og disciplin er ledetråde i livet Har ingen leder- eller uddannelsesambitioner Arbejder for at ernære sig Familien er central i livet, Arbejde og fritid er skarpt adskilt
<i>Sygeplejerske-kritiker</i>	Herkomst i borgerskabet eller det øvre mellemlag Livet har været præget af stabilitet på alle områder Stort socialt engagement gennem opvækst Lært sig gennem livet at tage ansvar for den svage Jobpositioner er skiftende af hensyn til af hendes liv i øvrigt Arbejde og fritid er adskilt, men er lige vigtige
<i>Læge-arvtager</i>	Herkomst i borgerskabet eller det øvre mellemlag Livet kendetegnet af stabilitet i forhold til familie og arbejdsliv Lært sig gennem livet at hun/han er dygtig, behøver ikke at være flittig for at nå mål Målrettet karriere inden for onkologi Arbejde og fritid flyder sammen Karrieren som onkolog har førsteprioritet i livet
<i>Læge-opkomling</i>	Herkomst i arbejderslægt Livet præget af mange brud både socialt og fagligt Lært sig gennem livet at tage ansvar for den svage Målrettet karriere inden for onkologi Arbejde og fritid flyder sammen Karrieren som onkolog har førsteprioritet i livet
<i>Læge-tillært</i>	Herkomst i mellemlaget Lært sig gennem livet at gøre en dyd af nødvendigheden Livet præget af stabilitet i forhold til familie og arbejde Familie og fritid har førsteprioritet i livet Engagerer sig ikke mere end højst nødvendigt i arbejdet Karriere dog vigtig for at opretholde status På gennemrejse i onkologi for at blive kirurg Håndens arbejde er vigtigere end hovedets arbejde

Figur 1. Konstruerede sygeplejerske- og lægetyper. Mere detaljeret beskrivelse se (7).

get sted i virkeligheden findes noget empirisk modstykke til dette tankebillede i dets begrebsmæssige renhed (11). Også Bourdieu arbejder med at konstruere enheder af agenter. Hvor Weber konstruerer idealtyper på baggrund af bl.a. synspunkter og væremåder, arbejder Bourdieu med enheder af agenter, der er underkastet samme eksistensbetingelser generelt betragtet, ud fra forestillingen om, at det giver agenterne homologe betingelser i for eksempel professionelt henseende og producerer et system af homologe dispositioner i forhold til at frembringe homologe praktikker (8). Mit arbejde med konstruktion af typer er inspireret af både Bourdieu og Weber. Det har til hensigt at gøre min empiri overskueligt og håndterbart, og samtidigt anonymisere den enkelte i interviewene.

Med afsæt i typekonstruktionerne laver jeg en analyse af typernes ageren og relationer til de øvrige agerende i klinikken. Dette sker i denne artikel i forhold til supervision.

Analyser

Supervision er godt og vigtig - for de andre

Lad os først se på, hvordan sygeplejerskerne beretter om supervision, som ledes af en psykolog og gennemføres en gang månedligt i afdelingen. Det tænkes som et positivt tiltag og et ledelsesansvar at igangsætte. Alle sygeplejersker, uanset type, tillægger denne form for supervision stor betydning, dels for den enkelte sygeplejerske og for den kollektive sygeplejerskegruppe. Og et forhold som de tager som

udtryk for en udvikling, både personlig og faglig udvikling. Et forhold som får dem til at føle, at de er nået længere på et personligt plan end lægerne.

“Plejepersonalet er langt mere indstillet på at sige: Det har jeg behov for, at der kommer en og superviserer os udefra omkring patient-situationerne, der er blevet svære. Ting der er svære at håndtere. Det er ved at komme blandt andet i lægegruppen, men der er længere vej, end der er i plejegruppen. Det er jo igen det der med at også turde sige, hvor man fejler henne, eller noget der er svært. Det tror jeg, lægegruppen har sværere ved. (Citat Sygeplejerske-arrtager)

“Vi har lige fået bevilliget psykolog en time per måned til hele personalet, hvor vi laver sådan en supervision, hvor vi tager et eller andet emne op, som måske har gået os meget på, hvor vi føler, jamen vi har behov for at få det her forløb snakket igennem, hvad gjorde det ved en eller anden kollega, og hvad kan vi gøre bedre næste gang, [...] Alle kan deltage [...] men vi ser ikke vores læger, vi ser os [sygeplejersker], når vi sådan kigger rundt. De kommer ikke, det er som om, det ikke er dem. Jeg ved ikke, om de måske er bange for at vise deres egne følelser og tanker”. (Citat Sygeplejerske-opkomling)

“Det er en psykisk hård afdeling at være på, selvfølgelig fordi der er mange, der dør, og mange der er kede af det og mange i krise og sådan noget, så det er en afdeling, hvor du også bliver tappet selv [...] Der har været kørt kortvarigt med supervision med psykologer, men det er så kørt mange år tilbage, og så ved du, at vi har haft en runde nu her igen, men i de fleste år har man bare ligesom nedprioriteret de ting i afdelingen”. (Citat Sygeplejerske-kritiker)

Mest af alt ser det dog ud som om, det er en tankemæssig opfattelse af, at supervision er godt, nødvendigt og vigtigt. En vigtighed, som *Sygeplejerske-opkømling* dog mest opfatter, er for *de andre*. Især de nye sygeplejersker, som ikke har den onkologiske praktik dybt inkorporeret i sig endnu. Gennem supervision kan de komme til at udføre god sygepleje. *Sygeplejerske-opkømling* er i sin egen selvforståelse kendetegnet ved altid at have meget travlt, og derfor allokerer hun altid sin tid til det vigtigste i klinikken, og herunder er supervision ikke prioriteret.

*[...]Det er de unge sygeplejersker, det er meget svært for dem at tackle, og mange af dem, så går de for langt ind i det, så de simpelthen ikke kan slippe det, når de kommer hjem [...] at en ung måske 35-36 [år] skal dø, og hvor de siger, jamen det kan ikke være rigtigt, det er ganske forfærdeligt, og det er det også, men hvor vi [erfarne sygeplejersker] så prøver at sige, jamen kære venner det er jo også forfærdeligt at gå på vejen og så blive dræbt og ikke få lov til at være med til at forberede sin egen død og få tingene gjort i orden, og det kan de godt se (Citat *Sygeplejerske-opkømling*)*

Forestillingen om supervision med psykolog ser ud til at være, at man kan blive bevidstgjort om sin adfærd og holdninger gennem supervision, og der igennem sikre sig dels en god arbejdsdag, dels en god måde at be- drive sygepleje på, helt i tråd med tankegangen om at uddannelse og personlighedsudvikling kan betragtes som gensidigt betingede størrelser (12). Sygeplejerskerne forventer, at de umiddelbart kan omsætte det, de har

lært i supervisionsøjemed, til konkrete praktikker, altså en direkte vej fra ord til handling. Sygeplejersken giver andre opmærksomhed og bruger sig selv som redskab i alle arbejdsrelationer, hvor psykologen tænkes som en, der kan give sygeplejersken opmærksomhed. Samtidigt tilskriver sygeplejerskerne arbejdsbetingede problematikker personlige grunde. Det går bag om ryggen på dem, hvordan organisatoriske, strukturelle og historiske faktorer også er på spil i problemkomplekset.

Endvidere ser ud som om, at supervision tænkes at kunne være det "kit", der skal få (de nye) sygeplejersker til at udholde at være til rådighed i afdelingen med dødssyge kræftpatienter og deres pårørende, dvs. en måde at kvalificere og fastholde sygeplejersker i den onkologiske klinik i en tid med sygeplejerskemangel på landsplan. Interessant er det dog, at stort set alle sygeplejersker i klinikken udebliver fra supervisionsseancerne under indskydelse af, at de ikke finder tid til denne vigtige funktion. Modsat *Sygeplejerske-opkømling*, som helst ikke deltager i disse supervisionsseancer, vil *Sygeplejerske-kritiker* gerne, men arbejdsorganiseringen og de strukturelle prioriteringer i arbejdshverdagen, giver hende ikke altid mulighed herfor. *Sygeplejerske-arvtager* deltager aldrig; det er et koncept initieret til hendes underordnede.

"Det er ofte blevet aflyst, fordi hendes [psykologens] timer de ligger også der torsdag, hvor vi har travlt. Det synes jeg er lidt ærgerligt, at der ikke er mere tilslutning til det, fordi det er godt, når man så endelig får taget sig

sammen til at komme. Det er, at man får sat ord på nogle ting, som man synes er svære og ligesom får vendt det om, hvis man går og synes, det er noget værre noget, og der er travlt, og det er hårdt. Den gang jeg var der, da snakkede vi om at være ny, hvor vi så fik det vendt om og fik det snakket igennem og kunne ligesom se, at det var okay at være så frustreret, og at det nok blev bedre, og man kunne også præge afdelingen [som ny]". (Citat Sygeplejerske-opkomling)

Dels kan det skyldes, at supervision i regi af en psykolog ligger uden for rammerne af, hvad lægen implicit definerer som assistentfunktioner for sygeplejersker i den onkologiske klinik, altså ligger uden for den medicinske orden, dens styrende måde at tænke på i koncert af kontrolleret kliniske forsøg og dens måde at tænke sygeplejerske og læge på (7). Dels kan det skyldes, at sygeplejersken ikke finder det nødvendigt overhovedet for varetagelse af sine egne funktioner i den onkologiske klinik, samtidig med at hun ser det gode i idéen og ved at støtte op om idéen, giver hun de andre (nye) sygeplejersker mulighed for at kunne få det, hun synes, de har brug for. Gennem denne fokusering og idyllisering af supervisionsbehov hos (andre) sygeplejersker i klinikken, kan det se ud som om, at sygeplejerskerne, uanset type, indirekte og ikke-bevidst fraskriver sig en kollegial ansvarsopgave, nemlig at hjælpe nye sygeplejersker til at kunne trives mentalt i klinikken. Ansvar for den mentale trivsel og tilpasning flyttes væk fra det sted, hvor den udspiller sig, nemlig i klinikken blandt patienter, pårørende og sygeplejerskekol-

legaer, til andre fysiske rammer med andre professionelle agenter, nemlig psykologen, som hovedansvarlig for opbygning af følelsen af mental trivsel og tilpasning hos enkelt individer i gruppen. Gennem supervisionstilbud af psykologi bliver det hermed den enkelte (nye) sygeplejerskes ansvar at falde til i klinikken; gennem supervision tænkes hun at kunne bearbejde stressudløsende arbejdsbetingelser og dermed tilpasse sig forholdene.

Supervision som compensation for sygeplejerskes manglende kollegiale-soziale arbejdsdag

Det kan se ud som om, at behovet for supervision opstår som compensation for en manglende kollegial-social arbejdsdag for sygeplejersker.

"Jeg har det godt med mine kollegaer, men jeg bliver brugt meget. Hvordan gør vi det, og hvordan synes du, jeg skal gøre det, og er det nu rigtigt, det jeg gør og sådan nogle ting. Jeg bliver virkelig brugt meget. Det er sygehjælpere, og det er social- og sundhedsassistenter, og det er sygeplejersker [...] Jeg ved ikke, om det er fordi, jeg har været der i så mange år; jeg ved mange ting [...] nogle gange kan det da godt være lidt irriterende, fordi jeg vil da gerne have lov til at gøre mine egne ting færdige, men jeg prøver da at hjælpe mine kollegaer, så godt jeg kan". (Citat Sygeplejerske-opkomling)

"Det er også en afdeling med en utrolig stor elevbelastning, som jo også oplever, at det er hårdt at være sådan et sted, som du også skal tage dig af, så på den måde er det en afdeling, hvor du bliver tappet. Altså, du bliver tappet på mange fronter, men du får ikke mange input, vel. [...] Der har været en stor

udskiftning af personalet i afdelingen, så det har været lidt barskt at være den gamle, vil jeg sige, for der har du skulle bruges på alle fronter". (Citat Sygeplejerske-kritiker)

Sygeplejerskens arbejdsdag foregår ofte ansvarsmæssigt alene, hvor hun har funktioner sammen med lægen, funktioner sammen med patienten, funktioner sammen med pårørende, administrative funktioner alene. I alle disse funktioner har hun i princippet ikke nogen sygeplejerskekollegaer eller andre at diskutere og rådføre sig med. Hvis hun alligevel vælger at rådføre sig med en kollega, ved hun, at hun griber forstyrrende ind i dennes arbejdsdag. Det går bag om ryggen på sygeplejerskerne, hvor alene de egentlig er i deres arbejdsfunktioner.

Sygeplejerske tænker personlig udvikling, læger tænker faglig udvikling

Ingen af lægerne taler på noget tidspunkt gennem interviewene om den afdelingsinitierede, strukturerede supervision udført af psykolog. Det ser ud til at gå bag om ryggen på sygeplejerskerne, at lægernes manglende talen om og interesse i supervision af psykolog kan ses som andet end et udtryk for, at læger er bange for at blotte sig fagligt og menneskeligt. Faktisk har lægerne tidligere brugt psykologer som supervisorer i forbindelse med undervisning og praktisk vejledning i et forsøg på at blive bedre til at kommunikere med patienter.

"Et af de kurser, jeg tog initiativ til, det var, at ti overlæger, som havde med onkologiske patienter at gøre, vi fik mulighed for et in-

ternatophold, hvor der var to psykologer, der trænede os i kommunikation via rollespil, som blev optaget [video], og derefter fortsatte vi 1/2 år med at optage realistiske samtaler [læge-patient-samtaler], som vi så fik personlig supervision på, og så gik vi videre med et nyt internatkursus, hvor vi skulle lære at supervisere, for meningen var, at vi skulle diffundere ud til vores yngre læger". (Citat Læge-opkomling)

"På det kursus der brugte vi det meget [videooptaget patient-læge-samtaler], og der havde vi så psykologer med til at vurdere dem, og det er helt klart, at de peger på nogle ting, som vi slet ikke har tænkt på". (Citat Læge-arvtager)

Det handler tilsyneladende ikke om, at lægerne, uanset type, ikke vil blotte sig fagligt og menneskelig over for psykologer. Det handler mere om forskelle i, hvordan de to faggrupper forestiller sig, at psykologer kan gøre nytte. Læger tænker at kunne drage nytte af psykologer i forhold til at erhverve sig konkrete praktiske kompetencer, hvor sygeplejersker mere tænker psykologer som organisatorer og forløbere af mentale, følelsesmæssige frustrationer. Lægerne har et fag, de vil udvikle. For sygeplejerskerne handler det om at udvikle sig selv som person. Desuden handler det sandsynligvis også om, at læger i det hele taget ikke involverer sig med sygeplejersker i deres daglige arbejde, udover i situationer hvor lægerne fordrer en assistent. Den sociale kollegiale tid for en læge svarer til tiden, som han tilbringer sammen med egen faggruppe, altså sammen med andre læger i og uden for arbejdsammenhænge i

og uden for den officielle arbejdstid. Sygeplejersker regnes ikke som kollegaer i social betydning, de er og bliver en assistentgruppe for lægen, altså en underordnet gruppe. Dette kan være med til at forklare, hvorfor læger ikke deltager i kollektive supervisionsseancer. Omvendt regnes lægen heller ikke som kollega for sygeplejersken i socialt arbejdsmæssigt henseende, hvor interessen i fælles supervision måske kan tilskrives ønsker og forestillinger om at være positionsmæssigt lige i arbejdsmæssige sammenhænge.

Lægerne har umiddelbart en helt anden social tilgang til deres arbejdsfunktioner end sygeplejerskerne. I lægernes daglige arbejde viser de gang på gang deres manglende færdigheder, både over for sygeplejerskerne når de rådfører sig fagligt med dem i afsnittet, og også over for lige og højere positionerede læger, når de søger råd og vejledning hos dem både i formelle sammenhænge som eksempelvis konferencituationer og i uformelle sammenhænge som eksempelvis ved kaffepauser. Denne forskellige sociale kollegiale adfærd kan være med til at forklare forskellen i ønsket om supervision af psykologer hos de professionelle faggrupper. Desuden fremstår lægerne som meget rationelle i deres fremtoning, også i deres måde at løse problemer på, hvor supervision i sygeplejerskernes forståelse må betragtes som en følelsesmæssig, ikke rationel situation, som umiddelbart synes forskellig fra lægernes måde at arbejde på.

“Jeg tror, at den der løse snak, der har man nok en tendens til at vælge sine nærmeste [...]

Det er så simpelt, at man kan sige, at xx [navn] og jeg har de samme forudsætninger med, hvad vi kan. Vi har prøvet de samme ting, vi har været i samme funktioner, så derfor er det hende, der kan sætte sig bedst ind i, hvordan jeg lige præcis har det. Det er nok, at man søger den, der bedst forstår en [...] [Det sværeste] det er nok i virkeligheden ikke noget med patienterne. Jeg tror, at det der er sværest, det er nok på en eller anden måde relationen til kollegaerne [lægerne] [...] Altså fordi det med patienterne det kommer man over på en eller anden måde. Selvfølgelig ser man sørgelige ting, men det er ikke det, der er sværest. Det sværeste det, synes jeg, er, at hele tiden så kunne det være så meget bedre, hvis lægerne gad. Altså der er så megen information, der smutter [...] Mange oplæringsituationer, som kunne være der, som ikke er der [...] Der er meget splid af tid.” (Citat Læge-arvtager)

Læge-tillært har et lille kendskab til det onkologiske speciale. Han/hun forbereder f.eks. stuegang gennem journallæsning grundigt inden mødet med sygeplejersken med henblik på at opnå et overblik over patienterne. *Læge-tillært* burde pr. definition vide mere om det onkologiske speciale end sygeplejersken qua deres forskellige uddannelseskompetencer. Sygeplejersken har imidlertid ofte mere viden om det onkologiske speciale end *Læge-tillært* gennem sygeplejerskens ofte længere praktiske berøring med specialet. *Læge-tillært* ved, at sygeplejerskerne ved og benytter bevidst og aktivt sygeplejersken i sin problemløsning. Et forhold som kan betragtes som supervision.

“Man får god hjælp [af lægekollegaer], hvis man spørger. Jeg synes, vi snakker om problemerne, man kan næsten altid finde en at spørge [...] Vi er jo en gruppe af yngre læger, som er yngre inden for faget og så en gruppe af ældre, der er vi to-tre stykker, som har været der et stykke tid, og de kan selvfølgelig svare på noget, som man måske ikke behøver at gå videre med [til overlægerne]. [...] [Erfarne sygeplejersker] er utrolig søde til at hjælpe, og de er helt klar over, at man kommer. Jeg anede ikke ret meget om det her [...] [De] fortæller, hvordan forretningsgangen er derovre, hvad de så gør [...] og de støtter, hvis der er nogen, altså hvis man sidder og snakker med en patient og ikke rigtig kan svare på noget. De er smaddersøde at snakke med, og man kan altid spørge dem om bivirkninger, ja alle de der ting, som patienterne også spørger om, og hvis der er noget, man ikke ved, så finder man bare en eller anden [sygeplejerske]. (Citat Læge-tillært)

Gennem sygeplejerskens viden slipper *Læge-tillært* for at gøre brug af lægekollegaer, dvs. hun slipper for at stille sin uvidenhed til skue over for sine overordnede, som i sidste ende er bestemmende for, om hun er kompetent og kan være ansat i afdelingen. Endvidere ser denne strategi ud til at være den mest rationelle strategi i klinikken, idet overlægerne herved forstyrres mindst muligt i deres daglige virke i klinikken. Kan sygeplejersker ikke hjælpe *Læge-tillært* til en kompetent beslutning på diverse problemstillinger, gør *Læge-tillært* brug af lægekollegaer i konferencituationer. Læger har og tænker kontinuerlig supervision som et implicit element af deres daglige praksis. Modsat sygeplejersker som gør sjældent brug af

hinanden i arbejdshverdagen og tænker supervision som noget, der er væk fra den daglige praksis, lagt i regi af en psykolog.

Forskellige videns-magthierarkier i læge- og sygeplejerskegruppen

Et forhold, som kan være med til at forklare de forskellige måde at tænke og udføre supervision på i de to personalegrupper, er, at lægerne, alle uden undtagelse, turnuskandidat som overlæge, indgår i den daglige kliniske praksis, hvor overlægerne har lang klinisk og forskningsmæssig erfaring og dermed også fremtræder som klinisk kompetente og derfor kan rådgive og supervisere yngre kollegaer. Dette er ikke tilfældet i sygeplejerskegruppen, hvor oversygeplejersken, her udtrykt som *Sygeplejerske-arrtager*, er en administrativ figur. *Sygeplejerske-arrtager* er leder for et område, hvor hun sandsynligvis ikke kender til den praktiske praktik, eller i alle fald ikke har været i berøring med i længere tid. Hverken den medicinske, onkologiske praktik qua det faktum, at hun ikke er læge, eller sygeplejerskernes praktik i onkologi qua det faktum, at hun sjældent har berøring med eller er aktivt deltagende i disse praktikker. Dette er forskelligt fra de højeste positionerede læger i klinikken, som både er onkologer og praktisk udøvende i klinikken. De højeste positionerede læger sætter ikke deres magtposition på spil ved at være sociale eller faglige med lavere positionerede læger, idet positionen bygger på en merviden inden for klinikken og inden for onkologi i det hele taget. Modsat synes de højest

positionerede sygeplejerskers magtposition mere sårbar, da de ikke kan gøre sig til eksperter på de praktikker, der udføres i klinikken, men udelukkende kan gøre sig til eksperter på personaleledelsesforhold af især psykodynamisk karakter, eller mere normative anvisninger på praktikkens udførelse. En nær relation til en lavere positioneret sygeplejerske, hvor faglige problematikker bringes på banen, kan medføre, at den højere positionerede *Sygeplejerske-arvtager* kan komme til at blotte sin manglende viden på det konkrete praktiske område. Dette kan betragtes som en trussel for magtbalancen sygeplejerskerne imellem. Positionerne blandt sygeplejersker i klinikken er ikke båret af en specifik onkologisk videnstruktur, som tilfældet er med f.eks. overlæge-reservelæge, hvor den højest positionerede læge ved, og den lavere positionerede læge kan komme til at vide. Umiddelbart kan det give en skævvridning i magtbalancen hos sygeplejersker, i kraft af at de højest positionerede sygeplejersker i princippet kun har deres generalistviden og ikke nødvendigvis en specifik onkologisk viden, en viden sygeplejersken tilegner sig i praktikken gennem arbejdet for lægen. Dvs. de lavere positionerede sygeplejersker ved mere om den onkologiske praktik end de højest positionerede sygeplejersker, til trods for at de højest positionerede sygeplejersker formelt set er dem, der burde vide bedst og overordnet bestemmer på vegne af de lavere positionerede sygeplejersker i klinikken. Dvs. daglig implicit supervision fra højere positioneret til lavere positioneret sygeplejersker reelt ikke er muligt i forhold

til faglige spørgsmål. Hvor lægen beholder sit ordinære job, når han bliver chef, skifter sygeplejersken job til udelukkende at blive administrator, og dermed dekvalificeres hun gennem jobbet i forhold til onkologisk faglige kompetencer til fordel for administrative kompetencer. Præcis derfor må sygeplejersker søge væk fra fagkredsen, mod psykologer for at få supervision, og denne bliver derfor inden for psykologens fagområde, nemlig personlighedsudvikling.

Uformelle, sociale supervisionsmuligheder

Alle lægetyper lægger en stor betydning i de sociale kollegiale samlinger, som bruges som hyggefora, afladningsfora, problemløsningsfora og supervisionsfora af uformelt karakter. De er bevidste om de positionsbetingede kontaktflader lægerne imellem og konstruerer deres faste mødesituationer på tværs af positionerne mhp. at træde ud af de formelle roller og mødes over noget fælles, en fælles smag f.eks. gennem nydelse af finere mad og vin sammen. Disse fora bliver også en måde at afsløre på, hvem der vil investere tid i onkologi, og hvem vil ikke. Med andre ord en måde at afgøre på, hvem der er egnet/ikke-egnet som kandidat til at blive kommende onkolog. Et kandidatur som mere eller mindre kræver, vurderet ud fra *Læge-opkømlings* og *Læge-arvtagers* måde at leve på, at man prioriterer såvel det sociale som faglige arbejdsliv over det sociale familieliv. Dvs. et kandidatur, hvor egnethed ikke primært vurderes ud fra en intellektuel kompetence, men ud fra social kompetence omhandlen-

de muligheden for at investere tid i det hele taget i de aktiviteter, der foregår inden for onkologi, altså tid der ligger ud over daglig officiel arbejdstid. Endvidere implicerer denne uformelle omgang med hinanden, at kritisable forhold kan fremsiges mere eller mindre direkte, og kritisable forhold kan selektivt høres/ikke-høres, dvs. disse mødefora stiller ikke de samme ledelsesmæssige krav om handling og/eller problemløsning, som møder med samme indhold af formel karakter må formodes at ville stille, i og med at de arbejdsbetingede positioner opløses i uformelle sammenkomster.

Sygeplejerskernes arbejdstid synes som en asocial tid i langt større udstrækning end lægernes. Ikke at sygeplejerskerne ikke holder pause sammen, men de tillægger dem ingen eksplicit betydning, hverken personligt eller arbejdsmæssigt. De kan ej heller som samlet gruppe trække sig væk fra afdelingen, som lægerne kan. De skal hele tiden, døgnets 24 timer, stå til rådighed for lægen, patienten og de pårørende. De sociale mødesituationer som eksempelvis kaffepausen er konstrueret på en helt anden måde i sygeplejerskegruppen, end i lægegruppen. Lægerne mødes samlet kl. 10, hvor al anden virksomhed lukkes ned i ½ time. Sygeplejerskerne i seng-eafsnittet mødes stort set aldrig med de højeste positionerede sygeplejersker i den onkologiske klinik. Distancen holdes hele tiden, modsat lægerne som mødes på tværs af positioner i officielle sociale arrangementer, som f.eks. kaffepause og fredagsrødvin. Det kan se ud som om, at den sociale kollegiale tid i arbejdstiden ikke har

stor plads for sygeplejersker, uanset type og position. Det, der kommer nærmest på sygeplejerskernes udtryk for sociale kollegiale relationer, er deres talen om supervision af psykolog – som de ikke deltager i.

Konklusion

Daglig supervision, forstået som situationer hvor at nogen giver andre idéer, som ligger udover det, de selv kan komme op med, foregår mange steder og mange planer i en arbejds-hverdag, ikke kun i regi af organiserede seance styret af en psykolog. Læger superviserer hinanden dagen lang og søger ligeledes aktiv supervision hos erfarne sygeplejersker i klinikken; i stuegangssituationer, konferencessituationer, på kontorerne, i kaffepausen, i uformelle sociale mere private sammenhænge. Sygeplejersker arbejder modsat læger meget alene og bruger ikke hinanden eller læger meget i supervisionsøjemed i det daglige arbejde. Derimod taler sygeplejerske om vigtigheden af supervision af psykologer. En vigtighed som mest af alt er for ”de andre” sygeplejersker, ikke en selv. Sygeplejersker kritiserer læger for ikke at ville deltage i sådanne psykologsupervisioner under indskydelse af, at læger ikke tør blotte sig følelsesmæssigt. Det går helt bag om ryggen på sygeplejersker, hvor ofte læger blottes sig i deres daglige arbejde, og hvor lidt sygeplejersker blottes sig, endsige at sygeplejersker end ikke selv deltager i disse seancer. Supervision tænkes af læger som en faglig sparring, hvor den af sygeplejersker tænkes som en mental sparring. Måske en konsekvens af, at læger har et fag, de kan udvikle, og

sygeplejersker mest af alt er ansat til at forvalte lægens fag og derfor kun har sig selv at udvikle?

Acknowledgement

Tak til Hanne Jakobsen for kritisk læsning. Tak til Sygekassernes Helsefond, Dansk Sygeplejeråd og Fyns Kræftforskningsfond for økonomisk støtte til projektet.

Litteratur

1. Nordentoft, HM. "Doing emotion work". Clinical supervision in a palliative outpatient ward. Odense: Syddansk Universitet 2007
2. Thorsen, V. Supervision kan forebygge stress. Sygeplejersken 2007;9:46-49
3. Vind, M. Sygeplejefaglig vejlednings mening og betydning for sygeplejersken og for praksis. Tidsskrift for sygeplejeforskning 2006;1:38-42
4. Wik KE; Vråle GB. Etterveiledning i sygeplejefaglig veiledning – et dynamisk samarbejd mellom praksisfelt og høyskole. Vård i Norden 2007;3:40-44
5. Bjørnes, C. Sygeplejefaglig samtale i slowmotion. Klinisk Sygepleje 2007;4:44-55
6. Politikens Nudansk Ordbog
7. Glasdam, S. Inklusion og eksklusion af kræftpatienters pårørende i en onkologisk klinik. Viborg, Forlaget PUC 2003.
8. Bourdieu, P. Distinction. A social critique of the judgement of taste. London, Routledge 1986.
9. Bourdieu, P. Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen. København, Hans Reitzels Forlag 1997.
10. Bourdieu, P et al. The weight of the world. Social suffering in contemporary society. Cambridge, Polity Press 1999.
11. Weber, M. Makt og buråkrati. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 1994
12. Muschinsky, LJ. Om mellemlagslivet og dets naturalisering. Arbejdsrapporter, Pædagogisk Institut, Københavns Universitet 1991