



Inge Kryger Pedersen

Sundhedsprofessioner i forandring? Konfliktodynamikker i forebyggelsesarbejde på danske hospitaler

På danske hospitaler blev forebyggelsesprogrammet KRAM-screening indført fra 2008. Programmet omfatter sundhedsprofessionelles indsamling af oplysninger om patienters vaner vedrørende kost, rygning, alkohol og motion. Men hvilke sundhedsprofessionelle udfører dette arbejde på i forvejen travle hospitaler? Artiklen vil bidrage med ny viden om, hvordan professionsgrænser og opgaveområder forsøges udviklet, beskyttet og legitimeret ved sundhedsprofessionelles brug af arbejdspladsartefakter. Den empiriske analyse bygger på, hvad der her betegnes som intervaletnografisk materiale. Med et professionssociologisk fokus på, hvordan et professionelt opgaveområde kan styrkes med arbejdspladsartefakter som grænseobjekter, vil artiklen demonstrere konfliktodynamikker i professionelle aktørers brug af KRAM-screeningsprogrammet i koordineringsarbejde og professionskampe. I konklusion og perspektivering samles op på, hvordan artiklen med de analytiske greb om forebyggelsesprogrammet kan indikere nye opgavetyper, der vokser frem som en (proto)jurisdiktion – måske også for andre og nye professioner?

Søgeord: professionssociologi, interprofessionelt samarbejde, jurisdiktion, grænsearbejde, arbejdspladsartefakt, forebyggelse af kroniske sygdomme

Nye sundhedsprofessionelle udfordringer

Verdenssundhedsorganisationen WHO anbefaler prioritering af forebyggelse af såkaldte livsstilsrelaterede sygdomme¹, såsom type 2-diabetes, set i lyset af det globale sygdomsbillede. Sygdomsforebyggelsesinitiativer er således værd at følge, hvis man interesserer sig for sundhedsprofessionelle forandringer og eventuelt nye professionsdannelser. I forbindelse med regeringens sundhedsudspil *Gør Danmark sundere* i 2022 har daværende sundhedsminister Magnus Heunicke udtalt: "Vi sætter en ny og mere ambitiøs retning for forebyggelse og folkesundhed" (Regeringen 2022). Sundhedsreformen præsenteres som "en visionær plan for fremtiden" (ibid.). Sådanne er set før, men sjældent med "forebyggelse" nævnt før "folkesundhed". I regeringers såvel som regioners udspil til folkesundhedsprogrammer er forebyggelse i de senere tiår dog kommet mere i front i tale og skrift (se fx Danske Regioner 2017). Den politiske profilering er i tråd med WHO's mange rapporter og vedholdende anbefalinger til alle verdens lande om at prioritere forebyggelse af "noncommunicable diseases", ofte betegnet som kroniske sygdomme. Mere end halvdelen af klodens befolkning lider og over 70 % dør af kroniske sygdomme (WHO 2020), hvoraf en stor del kan forebygges, og andelen er stigende, især pga. type 2-diabetes. Men hvad er praksis? Hvordan foregår forebyggelse på arbejdspladsniveau? Hvilke sundhedsprofessionelle involveres?

I regeringens sundhedsreformudspil udvises der særlig opmærksomhed på mangel af sygeplejersker og problemer med fastholdelse af sundhedsprofessionelle. Regeringen vil nedsætte en kommission til at udarbejde en plan for at "sikre mere fleksibilitet og tværfaglighed i opgaveløsningen" (Regeringen 2022:36). I den endelige aftale om en sundhedsreform, indgået som en bred aftale mellem Folketingets partier, er et af de punkter, kommissionen skal undersøge: "Mulighederne for i højere grad at inddrage kortuddannede og andre personalegrupper end autoriserede sundhedspersoner i sundhedsfaglige kliniske opgaver" (Regeringen et al. 2022:13). Kommissionen skal også undersøge nye organiseringsformer med rum til kerneopgaver og styrkelse af tværfagligt samarbejde. Således er der aktuelle initiativer i gang, der kan ændre i både den politiske og lovmæssige arena, som spiller sammen med den professionelle arena og eventuelle ændringer i jurisdiktioner (Abbott 1988).

Professionelle forandringer har vi sat fokus på i et kollektivt forskningsprojekt², der har favnet tre store globale udfordringer for professionsområdet: afværgelse af klimaforandringer, fremme af innovationsledelse samt forebyggelse af kroniske sygdomme. De globale dagsordener, klima, innovation og sundhed, har dannet ramme for tre subprojekter om inter-professionelle koordineringer af nyere trans-lokale arbejdsområder, der ikke altid retter sig mod en bestemt profession. Med betegnelsen 'trans-lokal' betoner vi en udforskning af relationer mellem globale forhold og lokale arbejdspraksisser. Sammen med et fjerde og begrebsudviklende subprojekt har det samlede pro-

Inge Kryger Pedersen

Lektor, ph.d., ved Sociologisk Institut,
Københavns Universitet



E-mail: ikp@soc.ku.dk

jekt taget afsæt i den amerikanske sociolog Andrew Abbotts teori om professionelle jurisdiktioner (1988) og disses forbundne uddannelsesmæssige og politiske økologier (2005). Afsættet bygger på en antagelse om, at professionelle forandringer bedst udforskes der, hvor professioner og professionelle løser arbejdsopgaver og problemer ud fra deres respektive ekspertiser (se fx Blok et al. 2018). Sundhedsprofessionelles udarbejdelse af løsninger på forebyggelse af kroniske sygdomme var casen for mit subprojekt og således også denne artikel. Konkret har jeg undersøgt sundhedsprofessionelles håndteringer af KRAM-screeningsprogrammet på danske hospitaler i perioden 2018-19.

Programmet har jeg fulgt på arbejdspladsniveau for at undersøge, hvilke professioner der håndterer dette program, og hvordan de arbejder med det i den travle hospitalshverdag. KRAM er et akronym for *kost*, *rygning*, *alkohol* og *motion* og er, siden det blev lanceret i et dansk forebyggelsesinitiativ i midten af 00'erne, blevet kendt i folkemunde – uden nødvendigvis at være krammet af alle med kærlighed og forståelse. Som screenings- og forebyggelsestiltag kortlægger og intervenserer programmet i borgeres, her hospitalspatienters, indtag af kalorier, deres rygevaner, alkoholforbrug samt (manglende) motion – såkaldte livsstilsfaktorer, som mange gerne vil nyde eller undgå i privatlivets fred eller brune værtshuses sociale samvær. I løbet af flere omgange korterevarende feltarbejde fik jeg mere og mere indblik i, hvordan eksempelvis laminerede lommemark med små tekster og modeller dannede vidensgrundlag for sundhedsprofessionelles, i særdeleshed sygeplejerskers, håndteringer af en vanskelig praksis med at udspørge patienter om deres alkoholvaner mv. Hvad jeg her vil kalde for arbejdspladsartefakter manifesterede en særlig professionel baggrund og erfaring, men også forskellige former for professionel positionering.

Artiklens overordnede ærinde er at redegøre for og demonstrere, hvilke professionssociologiske analytiske redskaber og ressourcer der kan være frugtbare til at undersøge professionelle transformationer inden for (intra-) og mellem (inter-) sundhedsprofessionerne på arbejdspladsniveau. I artiklens empiriske analyse vil jeg undersøge, hvilke midler, metoder og taktikker der tages i brug især af sygeplejersker i det professionelle grænsearbejde omkring

KRAM-screeningsarbejde på danske hospitaler. Empirien, der danner afsæt for artiklen, er forskellige former for kvalitativt materiale om KRAM-screening på danske hospitaler, særligt såkaldte arbejdspladsartefakter og samtaler og interviews om disse. Ligesom vi har gjort i det samlede projekt (se fx Blok et al. 2019a) trækker jeg også i denne artikel på Abbotts professionsteori samt teori og begreber, der direkte omhandler artiklens overordnede tematik: professionelt grænsearbejde. I den næste sektion vil jeg sætte KRAM-screeningsprogrammet i en historisk kontekst ved at opridse ændringer i sygdomsbilledet på befolkningsniveau samt aspekter af de seneste tiårs sundhedspolitik af betydning for casen. Dernæst vil jeg præsentere den teoretiske ramme og professionssociologiske begreber på arbejdspladsniveau. Efter en metodesektion følger analysen af professionelle aktørers brug af arbejdspladsartefakter som grænseobjekter i koordineringsarbejde og professionskampe. Endelig vil jeg samle op på og perspektivere, hvordan såvel sygdomsbillede som forebyggelsesarbejde indikerer nye opgavetyper, der vokser frem som en (proto)jurisdiktion, måske for nye professionelle grupper.

Ændringer i sygdomsbillede og sundhedspolitik

Sundhedsprofessionelle forandringer knytter an til dominansen og stigningen af kroniske sygdomme i det overordnede sygdomsbillede, nationalt og globalt set. Selvom manglen på sundhedspersonale var markant og stigende før COVID-19-pandemien, er den blevet klarere i manges bevidsthed ved nærmest daglig omtale i periodens nyhedsmedier. Men netop det faktum, at manglen ikke er ny og også før pandemien var stigende verden over, vil være min begrundelse for at tage ændringer i det dominerende sygdomsbillede over længere tid i betragtning.

Det generelle sygdomsbillede har ændret sig radikalt i løbet af det 20. århundrede, i Danmark og globalt. For hundrede år siden døde folk generelt i højere grad af akutte sygdomme. Infektioner og smitsomme sygdomme hærgede. Småbørnsdødeligheden var høj, og mødre og børn døde af og ved fødsler i voldsom grad, sammenlignet med i dag, hvor det heldigvis er sjældent forekommende i velstillede lande. En sundhedsplejeordning blev iværksat i 1928 for netop at forebygge børnedødelighed, og herudfra etablerede sundhedsplejerskeuddannelsen sig senere (fra 1938, se videre om denne professionshistorie i Buus 2001). Vaccinationer og antibiotikabehandlinger samt andre forebyggende eller livsbevarende behandlinger fandtes ikke, ej heller kræftbehandlinger. De største sundhedsfarer var dårlig hygiejne, manglende kloakeringer, urent vand og utilstrækkelig infrastruktur samt ensidig kost, fattigdom og dårlige boligforhold. Manglende videnskabelighed, ressourcer, professionalisme og effektivitet omkring forebyggelse, sundhedsfremme og sygdomsbehandlinger var ligeledes et vilkår.

Domineret af ikke-smitsomme sygdomme tegner det globale sygdomsbillede i dag voldsomme og stigende problemer med kroniske sygdomme, ikke mindst i udviklingslande. Det ændrede sygdomsbillede sættes i udbredt grad af WHO og i forskning og sundhedspolitik i relation til faktorer som rygning, fysisk inaktivitet, for stort alkoholindtag og en voldsom stigning i fedme (WHO 2014:8-16). Sygdomsbilledet har stillet sundhedsprofessionerne, sundhedsvæsenet og det sociale område over for store udfordringer. Sundhedspolitiske intentioner og virkemidler rækker da generelt også ud over lægevidenskabelige og hospitalsmæssige områder med en opmærksomhed på miljømæssige og sociale forhold. Da det i løbet af det 20. århundrede har vist sig, at forbedring af sådanne forhold har haft langt større effekt end lægevidenskabens landvindinger (se fx McKeown 1976), gør WHO stadigvæk og jævnligt nationalstaternes sundhedsmyndigheder opmærksomme på, at sygdomsforebyggelse bør prioriteres højere.

I bogen *The New Public Health*, har de britiske folkesundhedsforskere John Ashton og Howard Seymour (1988) inddelt biomedicinens og sundhedspolitikens rolle i udviklingen af folkesundhed i flere perioder. Den første fra midten til slutningen af 1800-tallet med fokus på materielle forhold som kost, bolig og sanitære forhold i lyset af industrialisering og urbanisering; den senest nævnte periode fra 1970'erne betegner de som *New Public Health*, karakteriseret ved miljømæssige, forebyggende og sociale tiltag (se også Pedersen 2019:47). Selvom udviklingen i Storbritannien har dannet grundlag for denne periodisering, er der siden 1970'erne også kommet mere politisk samt uddannelses- og forskningsmæssigt fokus på forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark. Eksempler er bl.a. etableringen af folkesundhedsvidenskabelige institutter og siden 1999 også bachelor- og kandidatuddannelser ved danske universiteter samt senere hen specialiseringer i forebyggelse og sundhedsfremme i professionsuddannelser. Et andet vigtigt eksempel er Kommunalreformen i 2007 med kommunalt ansvar for området. Endvidere har sundhedspolitiske og -økonomiske prioriteringer, i forsøg på at minimere sygdomsrisici, i det 21. århundrede ført til flere forebyggende tiltag i form af medicinske tests og screeninger.

KRAM-screening på danske hospitaler er et sådant initiativ, som dog har haft vanskeligheder ved at slå helt igennem, især pga manglende ressourcer, men også manglende prestige blandt danske læger ved den type forebyggelses- og sundhedsfremmearbejde (se også Hindhede & Larsen 2020). Det har været op til de enkelte hospitaler at organisere KRAM-screeningsprogrammet, men det indgik i daværende DDKM's (*Den Danske Kvalitetsmodel*, som overdrog første sæt standarder til danske sygehuse i 2009 og blev ud-faset fra 2015) løbende evalueringer med handlemål og akkrediteringskrav. KRAM-screening af indlagte patienter er siden omkring 2008 blevet foretaget på alle danske hospitaler. Det vil sige, at alle indlagte, og senere gjaldt det også ambulante, skal spørges til deres kost-, ryge-, alkohol- og motionsva-

ner. Screeningen foregår for de indlagte patienter på de lokale hospitalsafsnit og foretages af afsnittets sundhedspersonale under individuelle samtaler med patienten. Den overordnede udvikling, planlægning og rådgivning omkring screeningsprogrammet er ved en række hospitaler blevet organiseret fra såkaldte forebyggelses- og/eller sundhedsfremmeenheder. Disse enheder har været karakteriseret ved at være isoleret fra hospitalsafsnittene og med særskilt personale og koordinatore tilknyttet, ofte med en sygeplejefaglig baggrund suppleret af en mastergrad eller anden specialisering af relevans for arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme. Interventionsdelen af KRAM-programmet er hovedsageligt placeret i kommunernes regi, men hospitalsafsnittene lader så vidt muligt deres rådgivning og anbefalinger følge patienten ved udskrivelsen ud fra personalets vurdering af KRAM-screeningen og patientens helbredstilstand.

Speciallægeuddannelsen har efter år 2000 omfattet kvalificering inden for syv lægeroller, hvoraf "sundhedsfremmer" er en af dem (Sundhedsstyrelsen 2013) uden dog at have institutionaliseret sig særlig stærkt i et evidensbaseret medicinsk metodehierarki. Samtidig har specialiseret hospitalsbehandling efterspurgt sundhedspersonale, og WHO (2022) har estimeret, at på verdensplan vil der mangle omkring 18 millioner sundhedsprofessionelle i 2030. Efterspørgslen på sundhedsprofessionelle, ikke mindst sygeplejersker, skal også ses i lyset af det ændrede sygdomsbillede. Vigtige spørgsmål rejser sig derfor i professionsforskningen: Får vi brug for nye professioner? Mere tværprofessionelt samarbejde? Ændres betydningen af nogle professioner frem for andre? Vil de eksisterende professioner få nye arbejdsområder? Er der specifikke sektioner af professionerne, som bliver vigtige? Særlige lægelige specialer og roller? Nye sygepleje- og omsorgsområder? Eller måske snarere en øget vægtning af sociale områder – rehabilitering og sundhedsfremme? Demografien og et stadigt stigende antal kronisk syge kalder på handling og nytænkning. Men hvordan kan sociologer undersøge sådanne professionelle opgaver og forandringer?

Jurisdiktion, grænsearbejde og arbejdspladsartefakter

Arbejdet med at oversætte samfundets skiftende behov, forventninger og problemer til professionel viden og praksis og dermed gøre krav på særlige kompetencer til og legitim autoritet over praktisk problemløsning har ifølge Abbott altid hørt til en professions mest grundlæggende træk. Hans berømte professionssociologiske værk *The System of Professions* (1988) dækker med termen "system" såkaldte "task areas". Det vil sige problem- og opgaveløsningsområder, anskuet som dynamiske strukturer, der konstant indvirker på hinanden og ikke kan isoleres som værende determinerende eller have en forudsigende kraft (1988:343). Herved anlægger Abbott et, hvad man kan kalde

meso-perspektiv på, hvordan jurisdiktionelle krav og kampe udmønter sig, fx i hierarkiske relationer mellem sygeplejersker og læger. Hvor hans professionssociologi har fokus på "outcomes", har projektet, denne artikel bygger på, med andres professionssociologiske bidrag til processer og herunder midler og taktikker på arbejdspladsniveau (fx Liu 2015) kombineret et meso- med et mikroperspektiv (se fx Blok et al. 2019a). Hvordan jeg med herværende artikel konkret griber dette an, og hvorfor et sådant greb er relevant for artiklens problemstilling, uddybes nedenfor.

Vigtige professionssociologiske bidrag, herunder danske, har rettet opmærksomheden på, hvordan velfærdsstat og -politik kan være med til at forklare aspekter af professionelt arbejde og forandringer (fx Kristensen 2020; Dybbroe 2018) på eksempelvis hospitalerne. Derimod har der i mindre grad været forskningsmæssigt fokus på de professionelles viden og praksis, og hvordan deres indsigter og gøremål virker tilbage på velfærdsstat og -politik (se fx Blok et al. 2019a & b). Det er imidlertid de professionelle, der skal udføre arbejdet og har kapaciteten til ofte dagligt at finde løsninger på problemer. Konstant er et velfungerende koordineringsarbejde i gang, herunder på tværs af professioner (se også Lehn-Christiansen 2016), særligt med stadigt nye arbejdsopgaver og organiseringer. Forskning i velfærdsstatsordninger, lovtermer og New Public Management-tendenser kan ikke nødvendigvis indfange denne væsentlige del af det professionelle arbejdes betydning. Udforskning af professionelles viden, udviklingsarbejde, praksis, evalueringer og koordineringer kan i videre forskning mere systematisk vise et samspil med uddannelses-, markedsmæssige og politiske arenaer, som Abbotts værker bidrager med begrebsværktøjer til (se især Abbott 2005 om 'linked ecologies'). Således er denne artikel rettet mod at undersøge det, der gøres og reflekteres af de professionelle 'på gulvet'. Praksisser overlades ikke til at blive forklaret ud fra en given (velfærdsstats- eller anden social) orden, men anses her for at være væsentlige elementer i omgangen med og skabelsen af social orden.

Abbott er opmærksom på, at i det professionsanalytiske arbejde må systemets interne dynamikker undersøges før de eksterne (1988:35). Vi må altså som professionssociologer ind i maskinrummet (se fx Allen 2000). Abbotts eget begrebsapparat kan udmærket føre os derind med værkets begreber om det professionelle arbejde (fx 1988:kap. 2), men har også sine begrænsninger (Meilvang et al. 2022; Blok et al. 2019a). I denne sektion vil jeg præsentere nogle af disse begreber som ramme for analyse af forandringer i professionelt arbejde. I selve analysen vil jeg med den amerikanske sociolog Beth A. Bech-kys begreb om "workplace artifacts" vise nogle konfliktdynamikker i arbejdet på gulvet — her forebyggelsesarbejde på danske hospitaler — hvor Abbotts begrebsapparat i mindre grad kan bidrage.

I det praktiske, professionelle arbejde indgår de tre bestanddele: diagnose-inferens-intervention relationelt i Abbotts (1988:35-58; se også Meilvang & Blok 2019:11) forståelse af udvikling og håndtering af ekspertproblemer. For-

bindelserne mellem de tre begreber udtrykker også en tilgang til det professionelle skøn (ibid.). Jeg vil i det følgende redegøre for dette analytiske greb om ekspertproblemer mhp at tydeliggøre dynamikker i professionelles arbejde, her med håndteringen af KRAM-screeningsprogrammet på hospitaler. Ofte beskriver Abbott ekspertproblemer med eksempler fra lægelige problemstillinger eller juridiske sagsfremstillinger. I dette lys kan valget af termer for mange af hans begreber måske ses. Diagnosen handler om, hvordan en profession formulerer arbejdsopgaven som et ekspertproblem, mens intervention ("treatment") refererer til professionens måde at forstå og udføre løsninger på. Inferens i form af de professionelles ræsonnementer forbinder de to – dvs, at inferens kobler en generel klassifikation af et problem, fx forebyggelse af kronisk sygdom, med en specifik type af intervention tilpasset den konkrete sag og klient.

Der findes relativt få studier af professionelles inferens i form af deres tænkning om problemer og refleksioner over mulige løsninger. Hvordan sygdomsforebyggelse kan foregå og foretages af hvem på arbejdspladsniveau og med hvilke ræsonnementer, vil jeg med inspiration fra Abbotts begrebsapparat byde ind på i analysesektionen. Sygdomsforebyggelse generelt er ikke i fokus, men med analysen zoomer jeg ind på sted, situation og praksis, tilpasset – ud fra professionsspecifikke ræsonnementer – af den konkrete profession til dem, her patienter, problemet handler om. Generelt gælder, at professionelle ikke kun trækker på viden, de har med sig fra deres primære uddannelse, men at de bredere trækker på eksisterende viden for ikke at blive udmanøvreret i intra- og interprofessionelle kampe. Men, som Abbott understreger, er viden ikke tilstrækkelig. Dømmekraften i inferens (professionelle skøn) kan være afgørende, og den er stærkest, hvis den også er baseret på praksiskendskab. Strategisk dokumentationsadfærd, som bygger på evidensbaseret viden, bør sjældent stå alene. Professionelle vurderinger skal ofte balanceres: Hvad kan lade sig gøre på mest hensigtsmæssig måde? Herved kvalificeres mulige problemløsninger ud fra en professionel dømmekraft.

Pointen hos Abbott er at begrebsliggøre på en måde, så professioner kan undersøges i relationer. Dels intra- og interprofessionelt, men også i relationer til andre "økosystemer" som universiteter og politik. Hans analyseapparat er et slags økologisk, processuelt kredsløb, hvori et vigtigt element er begrebet om "linked ecologies" (Abbott 2005). Hvordan økosystemerne arbejder, og hvordan de spinder sammen, er hans processuelle fokus. Hvor en kendt professionssociolog som eksempelvis Thomas Brante (2011) har sit fokus på videnskabelig viden i sin definition af professioner og på, hvad der går forud for, at arbejde er professionelt, så har Abbott med sit greb om "the system" fokus på, hvilke problemer der skal løses og bliver løst i et økologisk spind. Abbott advarer decideret imod, at man løsriver professionel viden fra dens anvendelse, når man laver professionsstudier (fx 1988:53). Professionsanalyser skal altså med

Abbotts begrebsunivers undgå at få professioner til fremstå i et professionsmæssigt, institutionelt, historisk eller nationalt vakuum³.

Med Abbotts jurisdiktionelle professionsperspektiv anlægger han også et konfliktperspektiv. Jurisdiktion definerer han som "the link between a profession and its work" (1988:20), og han er centreret om (se fx 1988:kap. 2), hvordan dette forbindelsesled mellem professionen og dens opgaver kan styrkes eller svækkes, måske endda afkobles (vedr. Abbotts "vacancy model", se 1988:88-89). Hvis ingen sundhedsprofessioner vil have at gøre med forebyggelsesarbejde, så er dette område "ledigt" for andre professioner at byde ind på; hvilket kan blive en reel problemstilling set i lyset af mangel på de fleste sundhedsprofessionelle. Konfliktperspektivet synliggøres i hierarkisk formede professionsrelationer, som Abbott påpeger ses i klassisk forstand i hospitalsvæsenet. Således fremhæver han sygeplejersken som det klassiske eksempel på underordning ("subordinate jurisdiction", *ibid.*:71) i sin relation til lægen, som han beskriver som en klassisk case om "full jurisdiction". I analysesektionen skal vi dog se, hvordan hierarkiet kan udfordres under grænsearbejde og i professionskampe (se også Allen 2000). Abbott påpeger det angribelige som "the vulnerability" (1988:kap. 2), dvs noget, der kan bringes i farezonen: professionelle områders risiko for indblanding og måske overtagelse af andre professioner. Interprofessionel konkurrence afstedkommer spørgsmål som: Hvordan konstitueres opgaver, og hvordan afgør denne proces graden af sårbarhed? Denne problematik er også aktuel i analysen af KRAM-screeningsarbejdet, som ikke er en fuld jurisdiktion, knyttet til en bestemt profession, men snarere en "proto-jurisdiktion" (Abbott 1995; Blok et al. 2019a). Begrebet er udtryk for, at arbejdsområdet ikke er fast defineret og er under udvikling. Forskellige professioner kan byde ind – eller lade være.

Hvordan – og hvorfor – opstår der nye professionelle opgaveområder? Sådanne kan følge af eksterne forandringer, fx nye samfundsdaysordener, indførelse af nye love eller teknologier, krig(sfarer) eller klimaproblemer, ændret sygdomsbillede, epidemier, forskning eller nye behandlings- eller forebyggelsesformer. I følge Brante (2011) kræver professionelle forandringer også videnskabelige forandringer; men igen vil Abbott med professions-økologiens interne forandringer fremhæve forandringer i uddannelse- og politik-økologier og ikke mindst i deres indbyrdes relationer. Abbott (1988:kap. 2) nævner alkoholisme som eksempel i spørgsmålet om ekspertliggørelse af et problemområde. Med industrialiseringen kunne man masseproducere alkohol, og alkohol opstod som en problemdiagnose, snarere end – indtil da – som nødvendig væske (øl) i manglen på rent vand. Hvilke professionelle byder ind med inferens- og løsningsprocesser? Abbott nævner fx læger, præster, advokater, psykiatere og politi – en lang og illustrativ professionshistorie, med masser af ikke kun videnskabelige, men også moralske, sociale og politiske spørgsmål involveret. Alkoholisme har været alt fra en biologisk sygdom, en mental nervesygdom, et personligt problem, en moralsk forseelse til, en

synd – og er i hvert tilfælde fortsat et socialt problem. Eksemplet er med til at vise, at Abbott løbende demonstrerer, hvordan såvel objektive som subjektive aspekter er i spil i professionelles håndteringer af deres problemområde.

I Danmark indgår alkoholisme aktuelt også i et screeningsprogram, og i min undersøgelse af professionelt grænsearbejde i KRAM-screeningsopgaver på danske hospitaler (se også Pedersen 2020) har jeg indsamlet bl.a. lomme-rede lommemark om, hvordan man bedst taler med en patient, fx om alkoholvaner. Materialet er hovedsageligt udviklet af sygeplejersker til at håndtere og koordinere, men også sætte et særligt sygeplejefagligt præg på KRAM-arbejdet. Bechky (2003) betoner med sit begreb om "workplace artifacts", at de kan fungere som grænseobjekt i professionelt grænsearbejde. I analyse-sektionen vil jeg anskue dele af case-materialet, fx lommemark, som grænseobjekter, forstået som "foranstaltninger, som giver mulighed for forskellige gruppers samarbejde, selvom der ikke er dannet konsensus" (Star 2010:602, min oversættelse (m.o.)). Star finder det betydningsfuldt ved grænseobjekter, at de genererer "hvordan praksisser strukturerer, og et særligt sprog for fælles aktiviteter opstår" (ibid., m.o.). Arbejdspladsartefakter er i forlængelse heraf forskellige former for redskaber anvendt og evt. også fremstillet af professionelle (grupper) til at fungere som et materialiseret grænseobjekt (Bechky 2003:724). Bechky vægter med begrebet en mikrosociologisk analyse af det daglige arbejde, som Abbott pointerer vigtigheden af, men ikke leverer et tilstrækkeligt detaljeret begrebsapparat til at undersøge (jf. også Blok et al. 2019a). Hun definerer "workplace artifacts" som materialeformer, betegnet som artefakter, frembragt eller brugt af professionelle til at signalere medlemskab af en bestemt kultur eller gruppe. Men Bechkys brug af begrebet går videre end det: Artefakter kan også være situationsdefinerende og på den måde et professions(kamps)redskab i grænsearbejdet.

Som Bechky anfører (2003:733, med ref. til Abbott), så kan en professionel gruppe udmærket i offentligheden præsentere et image, som afviger fra arbejdspladsrealiteten. Fx kan ingeniører fremstille sig selv som essentielle for et byggeri, men ser vi bygningskonstruktioner uden håndværkere? Ydermere, hvor tegningerne er ingeniørernes særlige abstraktionsværktøj, som demonstrerer deres øverste plads i hierarkiet, så kan maskinerne som arbejdspladsartefakt, snarere end tegningerne, være bedre til at løse koordineringsproblemer på tværs af professionsgrænser. Koordineringsudfordringer skyldes også, at tegningerne gøres mere kraftfulde, hvis de er uklare for konkurrerende professionelle grupper. Dog er der grænser for en sådan uklarhed, jf. også Abbotts påpegning af balancegange: hvis – i hans eksempel – psykoanalytikernes viden og værktøjer bliver for uigennemsigtige og forekommer uvidenskabelige, så tager andre professioner over (1988:kap. 2) og byder evt. ind med alternative artefakter til mere effektiv og overbevisende problemløsning.

Hvordan et professionelt opgaveområde kan styrkes med arbejdspladsartefakter er et gennemgående spørgsmål i denne artikels analysesektion.

Arbejdspladsartefakter repræsenterer ikke kun professionelle som del af en arbejdspladskultur, men kan fremprovokere en bestemt definition af en situation, eksempelvis gøre den sygeplejefaglig (fx ved at promovere *den motiverende samtale*, jf. eksempel nedenfor). Sådanne artefakter kan formidle særlig information i og imellem grupper og mobilisere bestemte handlinger, herunder udelukkelse af professionelle grupper, hvilket jeg vil illustrere i analysesektionen.

Intervaletnografi

De professionelle praksisser omkring KRAM-screening er vanskelige som forsker at læse sig til. I store træk har det været overladt til de enkelte hospitaler, hvordan opgaven kunne løses – og det er grebet forskelligt an; ikke bare fra region til region, men også fra hospital til hospital og fra sengeafsnit til sengeafsnit. Screening af psykiatriske patienter sker på en anden måde end af patienter med lungesygdomme. Derfor er det særlig relevant at være på arbejdspladsniveau for at undersøge arbejdsgangene og –fordelingerne. Sammenlignet med de to øvrige cases i vores kollektive projekt, så er det sædvanligvis ret klart, hvilke professioner der skal lave hvad, og hvem der har ansvaret for hvilke aktiviteter på en hospitalsarbejdsplads. Dog er det netop omkring forebyggelses- og sundhedsfremmearbejde ikke i udgangspunktet så entydigt. Det fik jeg demonstreret ved feltarbejde på danske hospitaler i perioden 2018-19 (se tabel 1 for empiri-oversigt).

Tabel 1: Oversigt over empirisk materiale

	Lokationer for + materiale fra kortevarende feltarbejde	Interviews	Deltagere	Dokument- materiale
Forebyggelse af såkaldte livsstilsrelaterede sygdomme (KRAM-screening)	Danske hospitaler (4) fordelt på tre regioner, et hospital besøgt fire gange (1-4 dage pr. besøg); feltnoter samt arbejdspladsartefakter (23)	Dybdegående interviews (11), længere og fortløbende samtaler (14); transskriberet materiale, i alt 578 sider.	Sygeplejersker (12), diætister (4), fysioterapeuter (4), læger (2), SOSU-assister mv. (3)	Forebyggelsespolitisk (7) og praktisk interventionsmateriale (32), studieordninger for sundhedsprofessionsuddannelser (9)

Mit casestudie har jeg grebet an ud fra en etnografiform, jeg oversætter fra "short-term ethnography" (Pink & Morgan 2013) til intervaletnografi. Den opererer med 3 hovedtrin: (1) i felten, hvor jeg følger og interviewer sundhedsprofessionelle. Med fokus her på hospitalsarbejdet (også et kommunalt

sundheds-/rehabiliteringscenter er indgået i casen) har jeg besøgt forebyggelses- og sundhedsfremmeenheder, overværet undervisning (fx i kostplaner) for patienter og pårørende, haft enkeltstående og løbende dialoger med sundhedsprofessionelle og borgere/patienter i overværelsen af arbejdet på et sengeafsnit, hvor der foretages KRAM-screening og -intervention; (2) etnografisk-teoretisk dialog, hvor mit materiale er i (stadig) vekselvirkning med eksisterende viden og teori på området; men også samstemt med min forskningsgruppe i forhold til de andre undersøgelser af professionelle områder og om teoretiseringer og begrebsanvendelse og -udvikling. Dialogerne og vores fælles workshops, arbejdsplaner og publikationer har bevirket et nyt fokus ved hver tilbagevenden til felten; (3) post-feltarbejde, hvor jeg analyserer og formidler materialet – selv og i samarbejde med forskningsgruppen o.a. fagpersoner, fx til seminarer og konferencer. I forskningsgruppen har vi arbejdet som en "komparator" med det, nogle britiske forskere har kaldt "practising comparison" (Deville et al. (red.) 2016)⁴. Disse tre trin har været i spil hele tiden og gentagne gange. Med feltarbejdet fordelt over flere omgange har jeg kunnet dele de foreløbige fund løbende med forskningsgruppen og ladet det indgå i sammenlignende analyser med de øvrige subprojekter.⁵

Det første trin førte mig hovedsageligt til sygeplejefprofessionen, som i felten helt klart var den førende professionsdrivkraft i KRAM-programmet, såvel i planlægning, organisering og koordinering som i screeningspraksis og interventionsrådgivninger på de respektive hospitalsafsnit. Således vil sygeplejersker være et gentagent professionsomdrejningspunkt i analysen nedenfor, da arbejdspladsartefakterne også var udarbejdet med afsæt i en sygeplejefaglighed. Dette fund er feltspecifikt og ikke noget, jeg kunne forudse eller planlægge mig ud af. Jeg vil mene, der heri ligger en stærk pointe omkring forebyggelsesopgavens professionelle status, men naturligvis også et professionsspecifikt fokus, som kun glimtvis giver indblik i, hvordan andre professionelle forholder sig til artefakterne.

Den følgende analyse af arbejdspladsartefakter ud fra Beckys (2003) tredeling af indbyggede konfliktdynamikker i brugen af artefakterne (= grænseobjekter) vil imidlertid danne et prisme for interprofessionelle relationer, herunder såvel kampe som koordineringer. Undersøgelsens abduktive greb (Pedersen et al. 2020) løsnes måske her ved at vælge en analysestrategi ud fra en given teoretisk skabelon. Hvor jeg generelt har forsøgt at opløse teoretiske stranguleringer og stillet spørgsmål til materialet samt foretaget stadige komparationer for at følge nye spor, har jeg imidlertid i denne analyse pragmatisk valgt at trække på Beckys fund. Hendes teoretisering af jurisdiktionelle konfliktdynamikker på arbejdspladsniveau er udviklet ud fra andet empirisk materiale, men på en måde, der kan omfatte andre professioner og professionelle felter. Hvordan den analytiske tredeling gør det muligt at anskueliggøre artefakterne som forskellige former for professionelle grænseobjekter i jurisdiktionelle konflikt- og koordineringsfelter, bliver i det følgende sat på

en prøve. Videre abduktioner står herefter frit at følge. Analysen skal således demonstrere anvendeligheden af arbejdspladsartefaktstudier, når fokus er på professionelle forandringer; men skal også ses som et skridt på vejen – eller en invitation – til eventuelt at udvikle andre og flere juridiske konfliktdynamikker i kommende studier.

Arbejdspladsartefakter i KRAM-screening

På hvilke måder, de professionelle håndterer KRAM-screeningen som et problemområde, er et centralt spørgsmål for denne sektionens analyse. I tidligere artikler har jeg redegjort for, hvilke professioner og professionelle der har budt ind på arbejdet (fx Pedersen 2020). Her vil jeg blot kort ridse op, at selvom en læge oftest vil være anført som ansvarlig, så var det på de hospitaler, jeg undersøgte, hovedsageligt sygeplejersker – eller andre med en professionsbachelorgrad, fx jordemødre – som screeningsarbejdet var uddelegeret til, eller de havde selv annekteret dette område og forsøgt at håndtere og kvalificere og eventuelt lede det med deres særlige ekspertise.⁶ Ved arbejds- og tidspres blev dele af arbejdet dog uddelegeret til eller delt med især SOSU-assistenter, som forekom at være interesserede i at tage del i dette arbejde.

KRAM-screeningsprogrammet er relativt nyt, og ingen specifikke professioner har set sig specielt uddannet til at udføre arbejdet. I det følgende vil jeg analysere tre eksempler på materiale, professionelle, især sygeplejersker, der havde udviklet og anvendt til at få KRAM-screeningsprogrammet til at fungere bedst muligt ud fra rammerne og deres faglighed og erfaring. Formålet er her at demonstrere, hvordan KRAM-screeningsprogrammet ikke bare håndteres, men udvikles og understøttes af forskellige former for professionelt materiale. I det følgende vil jeg således analysere et udvalg af materialet, hvor det udvalgte kan betragtes som et grænseobjekt i kraft af dets professionsprofilerende og koordinerende virke. Jeg vil illustrere, hvorledes et sådant kan fungere som en arbejdspladsartefakt (Bechky 2003) i en profilering af viden og praksis i professionelt grænsearbejde, som omfatter såvel professionskampe som nødvendigt koordineringsarbejde internt i og på tværs af professioner.

De tre udvalgte artefakter er kreeret på arbejdspladsniveau (forskellige hospitaler eller hospitalsafsnit). De er valgt ud fra, i hvilken del af KRAM-screeningsprocessen de indgår. Arbejdspladsartefakt (i) er et flowdiagram, der introducerer sundhedspersonale til hensigtsmæssige arbejdsgange, ansvarsområder og opfølgninger i løbet af screenings- og interventionsprocesserne; (ii) er laminerede lommemark, der udvikles løbende til at indeholde gode råd og nyttig viden for relevant sundhedspersonale i selve KRAM-screeningen i mødet med patienterne; (iii) er udskrivelsesark, der er udarbejdet til ved patientudskrivelsen i udfyldt udgave ud fra patientens data at gennemgå

en KRAM-intervention, fx et rygestopforløb, til patienten som opfølgning af KRAM-screeningen.

Bechkys eget eksempel på, hvordan arbejdspladsartefakter kan indgå i professionelt grænsearbejde foregår på en arbejdsplads, hvor samarbejde mellem henholdsvis ingeniører, montører og maskinoperatører/teknikere er centralt. Hun undersøger på arbejdspladsniveau brugen af to arbejdspladsartefakter: tegninger og maskiner. I sin analyse (for detaljer, se Bechky 2003, fx table 1:733) fremhæver hun tre jurisdiktionelle konfliktdynamikker: viden, autoritet og legitimitet:

Viden anvender de professionelle i problemløsningen. Her er det relevante analysespørgsmål: Hvilke professionelle vælger hvilke artefakter som (re)præsentation af deres professionelle viden (i Bechkys eksempel: Ingeniører bruger tegninger; montører og især teknikere bruger maskiner).

Autoritet bruges til at kontrollere løsningsprocesser (jf. sygeplejersker, der holder læger ude, ved at bestemme, hvad et "udskrivesark" vedr. KRAM-intervention skal indebære, se mere nedenfor).

Legitimitet trækker de professionelle på til at fremhæve deres egen profession eller professionelle gruppe som den rette til at udføre det pågældende arbejde.

De tre eksempler på arbejdspladsartefakter fra KRAM-screeningsarbejdet vil nedenfor blive analyseret med disse konfliktdynamikker som begrebslig skabelon for at demonstrere, hvordan professionelt grænsearbejde kan udspille sig i – og med – sådanne materialiteter, her udarbejdet med "forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme" som (proto)jurisdiktion.

Arbejdspladsartefakt (i): Flowdiagram

På et hospitals forebyggelsesenhed var en sygeplejerske den faglige drivkraft i udarbejdelsen af et flowdiagram til især lægerne for at involvere dem i og overbevise dem om hensigtsmæssige arbejdsgange i KRAM-screenings- såvel som interventionsprocesserne. KRAM-programmets interventionsdel indebærer hospitalspersonalets anbefalede tiltag (som kan følges op af patienten selv i samarbejde med egen læge og/eller kommune), på baggrund af patientens helbred og KRAM-screeningsresultat. Med flowdiagrammet og i et gruppeinterview om dette med sygeplejersken og hendes leder (med akademisk uddannelse) i forebyggelsesenheden kommer konfliktdynamikkerne til udtryk på flg. måde:

Viden:

Under interviewet giver begge udtryk for, at flowdiagrammet er udarbejdet for at få lægerne med i KRAM-screenings- og -interventionsarbejdet og overbevise dem om dets vigtighed. Lederen fremhæver sygeplejeviden som den centrale, men at programmet kun kan lykkes, hvis lægerne er med og bakker op:

... arbejdsdelingen er da ikke helt vild tydelig, altså, men for screeningsdelen, så kan jeg godt stadfæste, at det er en sygeplejerskeopgave. Og det, der er ønsketænkningen, det er, at man tværfagligt samarbejder og sætter sig ned og kigger på de fund, der er for patienten. Hvis man nu har fundet et forhøjet blodtryk — det skal lægen da selvfølgelig forholde sig til. Er det så slemt, at der skal medicinsk behandling til? Er det noget, egen læge skal involveres i? Skal man sågar henvises til et ambulatorium og somatisk sygehus? Sygeplejersken går ind i det i forhold til — vi har jo patienten indlagt — hvad skal vi lave af aktiviteter med vedkommende? Hvad skal vi sætte af mål i en plejeplan? Hvad skal vi... Hvordan skal vi få henvist vedkommende videre? Og motiveret? Hvordan er patienten? Hvad er realistisk for patienten? Altså, gå ind i det der miljøterapeutiske arbejde ...

Fortsat i interviewet understøtter lederen det sygeplejefaglige, men forholder sig også pragmatisk omkring, hvordan plejepersonalet udviser større fleksibilitet end lægerne i forhold til at engagere sig i det nye arbejdsområde.

Autoritet:

Lederen slår fast, at

... det er et samarbejde, men det er da også ... der er også en tydelig arbejdsdeling på den måde, at hvis vi er oppe på trin ét – og det er screening for KRAM — for at finde de her tal: hvordan ligger blodtrykket for eksempel, så er det en sygeplejerskeopgave at få det lagt ind og få fortalt lægen, at her er et opmærksomhedspunkt (...) Jeg tror da, det har været en fagkamp også hen ad vejen (...) Der er da også noget omkring ledelse, altså på et sengeafsnit, der har man en tydelig leder for plejegruppen. Man har en meget mindre tydelig ledelse for læger. De er meget mere sådan sig selv. Så at bære sådan et projekt med nogle nye arbejds gange, med nogle nye fokusområder, det er lidt nemmere at bære ind i en plejegruppe end i en lægegruppe.

Sygeplejersken understreger sin og sit fags autoritet på følgende måde:

... vi var ude på nogle afsnit og prøve, kan man sige, denne her [flow-diagram] af på egen hånd for også at finde ud af: Er der nogle ting — altså til at begynde med — vi skal ændre, og hvordan har det fungeret, når vi selv har prøvet det af? For ligesom også at have nogle erfaringer på egen — altså at vide — jamen, hvordan foregår det? Hvordan er det egentlig? Hvordan kører flowet, ikke også? Og er det her muligt i sådan en organisation at gøre det på den måde, som det var tilrettelagt? Det gjorde vi i starten. Men det gør vi jo ikke mere. Nu er det under-

støttende i forhold til, jeg kan være ude at lave noget sidemandsoplæring, hvor jeg går med en sygeplejerske, hvor vi måske i fællesskab ... Jeg støtter hende i forhold til at identificere og screene patienten og så, hvad hedder det, så holder vi en forebyggelsessamtale sammen, fordi mange steder, som vi også sagde, er det jo ikke implementeret fuldt ud.

På mit spørgsmål, om lægerne er åbne over for flowdiagrammets forslag til den optimale måde for dem at screene på, svarer lederen:

... vi har i hvert fald et afsnit, som fortæller, at det er sygeplejerskerne, der gør det (...) De screener og identificerer patienterne og orienterer om det til stuegang (...) Vi siger nu, når vi skal — vi skal ikke gøre den samme fejltagelse, når vi spreder det til resten (...) så skal vi have involveret lægerne noget mere i hele det her projekt, ikke også. Fordi det kan man godt sige, det har vi måske ikke gjort.

Her fastholder lederen den sygeplejefaglige autoritet, men ud fra en erkendelse af, at den ikke er stærk uden lægernes involvering og billigelse.

Legitimitet:

Sygeplejersken fremhæver, hvordan sygeplejerskerne – til forskel fra både lægerne og SOSUerne – gør sig gældende på to for forebyggelses- og interventionsarbejdet væsentlige kompetenceområder: (1) med deres medicinske viden, fx omkring særlige forhold for multisyge, hvor SOSUer ikke har de nødvendige indsigter (nogle KRAM-tiltag kan risikere at gøre skade); (2) med deres viden om og erfaring med patientkontakt og -kommunikation. Således sammenfatter den interviewede sygeplejerske sygeplejefaglig viden som samlet set den nødvendige viden for at sikre kvaliteten af arbejdet, herunder udarbejdelsen af et hensigtsmæssigt flowdiagram, der minimerer eventuelle risici i patienthåndteringen og for patienten selv.

Arbejdspladsartefakt (ii): Laminerede lommemark

Laminerede lommemark ser jeg flere gange undervejs på forskellige hospitaler og i forskellige regioner, men alle udformet lokalt. På mine gentagne spørgsmål i de sammenhænge, feltarbejdet er udført i, har samtlige svaret, at der ikke er udarbejdet noget landsdækkende KRAM-screeningsmateriale, på tværs af regioner, til sundhedspersonalets håndtering af programmet. Lommemarkene er udarbejdet løbende – i case-materialet, hovedsageligt af sygeplejeuddannede – til at indeholde gode råd og nyttig viden for relevant sundhedspersonale i selve KRAM-screeningen, dvs i mødet med patienterne. I et interview med en sundhedskoordinator (sygeplejerske med en mastergrad), der har konstrueret flere laminerede lommemark til KRAM-screeningsarbejdet, fortæller hun, at flere af dem er motiveret af de sundhedsprofessionelles fru-

stration over at få patienten til at føle sig som "et problem". Hun refererer de sundhedsprofessionelle for at sige: "Jeg får – næsten lige meget, hvordan jeg får spurgt – så får jeg sagt, at 'du er forkert'!" De tre jurisdiktionelle konflikt-dynamikker kommer bl.a. til udtryk på følgende vis:

Viden:

Sundhedskoordinatoren spørger – og svarer selv: "Hvornår ved vi, at vi har vigtig viden for praksis? Når personalet be'r om at få det lamineret!" Jeg spørger hende, om det er sygeplejerskernes egen beslutning, når hun fortæller mig, at "det er meget sygeplejerskerne, der tager sig af de her områder": "Nej, det – der er også, altså for fødsler, så er der jo en jordemoder, og i fys og ergo har vi også ...". Jeg bruger udtrykket "mellemuddannede", som hun tidligere selv har brugt, og spørger:

I: Det er de mellemuddannede?

Ja, det holdt vi fast i (...) Det er vores beslutning. Det var ledelsen, der var med på den. Nej, det er mig, der har argumenteret for det, men det er fordi, at jeg har sagt, at man er nødt til at have en vis klangbund for at kunne stå over for en patient med livsstilsproblemer, fordi der er – dels så er der viden, men der er også meget samtalekunst over det. Og der har du jo, hvis du har mellemlang videregående, så har du noget psykologi og noget kommunikation, noget pædagogik, og du har også lavet en del eksamensopgaver, hvor du også i den grad kommer i dybden med noget (...) Og det har – det er de egentlig prøvet i – dem med de mellemlange videregående uddannelser. Fordi vi havde jo også nogle social- og sundhedsassistenter, som gerne ville ind og arbejde med det. De hører jo også i deres uddannelser om Antonovsky og så videre – og så, de ville jo også gerne på banen. Men der har vi holdt fast i, at de må gerne tale med patienten om noget sundhedsfremmende, det er jo slet ikke *det*, men altså dem, der sådan skal være KRAM-rådgivere, og som skal sådan stå for det i afsnittet – og spørges til det mere sådan organisatoriske: 'Hvad ville give mening her hos jer? Hvad – hvilke vil I have af de her?' – og sådan noget – *det* er KRAM-rådgiverne, *det* er dem, der har en mellemlang videregående uddannelse.

Også her fremhæves sygeplejefagligheden, men også andre mellemuddannedes viden og kunnen som ikke bare relevant, men også nødvendig for problemløsninger, der indebærer det "organisatoriske" omkring KRAM-screeningsprogrammet.

Autoritet:

I en samtale, der berører et lommeark om opgave- og ansvarsfordeling, kommer sundhedskoordinatoren ind på, at:

... altså sygeplejerskerne, de er faktisk ret dygtige til at fagligt skønne: Er det her en patient, der selv får ringet [fx vedr. et tilbud om alkoholafvænning], eller skal jeg hellere vælge? Og hvis det er en, de tænker det sidste om, så ringer de, så spørger de: 'Skal jeg ringe og få en tid til dig?'

Sygeplejerskerne – og de andre mellemuddannede – omtales af sundhedskoordinatoren som værende "ret dygtige til at fagligt skønne", men også til at tage ansvar for KRAM-screeningsarbejdet. Lommearkene bruges til at styrke både den faglige og ledelsesmæssige autoritet på KRAM-området.

Legitimitet:

Lommearkene er eksempler på et slags meningsarbejde, de sundhedsprofessionelle yder og søger at skabe. KRAM-screeningen, som præsenteres som et måleredskab, bliver ved hjælp af lommeark om fx "den motiverende samtale"⁷ udført af mellemuddannede på en måde, der alligevel søges tilpasset den enkelte patient. Og tilsyneladende anerkender lægerne dette – som en læge i et interview kalder for "pædagogiske metoder" – stiltiende ved ikke at trænge ind på domænet i en grad, der truer sygeplejerskernes dominans i KRAM-screeningsarbejdet.

Arbejdspladsartefakt (iii): Udskrivelsesark

Denne arbejdspladsartefakt, jeg stifter bekendtskab med på et sengeafsnit, er formateret som fire A5-sider, patienten får med hjem ved udskrivelsen. Afsnittet har selv – på eget initiativ, siger den koordinerende sygeplejerske (der bl.a. koordinerer plejepersonalets KRAM-arbejde) – udarbejdet skabelonen, og patienten får her informationer om, hvad der videre skal (eller bør) ske efter udskrivelsen. Ud over fx hvilken medicin de skal tage, så omfatter udskrivelsesarket, hvad der ud fra KRAM-screeningen kan anbefales som relevant for den pågældende patient.

Viden:

Jeg overværer en sygeplejerske udfylde et udskrivelsesark, og hun svarer resolut "nej" på mit spørgsmål om, hvorvidt SOSU-assistenten også kan udføre arbejdet med at udfylde udskrivelsesarket og eventuelt føre udskrivelsessamtalen med patienten. Jeg får at vide, at det er som regel den samme sygeplejerske, som udfylder udskrivelsesarket, der har udskrivelsessamtalen med patienten og evt. pårørende. Den koordinerende sygeplejerske på afsnittet siger i et senere interview, at SOSU-assistenten på linje med sygeplejerskerne kan varetage – og rent faktisk varetager – KRAM-screeninger: "På nogle områder

har SOSU-assistenterne meget mere fokus på livsstilsområdet end os – også i deres uddannelse.” Også hun trækker dog grænsen ved ”forebyggelsesdelen”, det vil især sige aktiviteterne omkring udskrivesarket som opfølgning på KRAM-screeningen: ”Men snak om forebyggelsesdelen kan de ikke.”

På mit spørgsmål, om lægerne kan tage sig af dette, svarer hun, at det kan de for så vidt godt – og det gør de også, men ikke systematisk. Måske spørger de ind til rygning (og nogle gange alkohol), men de laver – i følge det spektrum af personale, jeg har interviewet og haft samtaler med – ikke en fuld KRAM-screening.

Autoritet:

Lægerne kan også følge op på KRAM-faktorer ved udskrivelsen af patienten, men udskrivesarket er sygeplejerskernes arbejdsredskab. Fx siger den koordinerende sygeplejerske:

En af vores læger ville gerne ha’ noget skrevet ind i vores udskrivesark. Det har han nu ikke fået (...) Det er altså ikke lige nu – her [i udskrivesarket] er det nogle andre ting, vi har fokus på.

De ”andre ting” omfatter helt klart indhold og tekst, sygeplejerskerne alene redigerer.

Legitimitet:

Udskrivesarket som arbejdspladsartefakt på det pågældende sengeafsnit udtrykker en klar sygeplejefaglighed. Arket har fokus på den del af KRAM-programmet, som også kaldes for ”intervention” og vedrører en opfølgning på KRAM-screeningen. Oftest foregår denne uden for hospitalsregi. Det kan være et rygestop-, fysisk aktivitets- eller alkoholafvænningsforløb. Nogle hospitaler tilbyder selv undervisning for patienter og pårørende i fx kostplaner. Selve KRAM-screeningen anses til gengæld, også af sygeplejersker på afsnittet, for at kunne varetages af flere forskellige fagprofessionelle. Især når tiden er knap, og arbejdspresset er stort. Men flere sygeplejersker fremhæver også SOSU-assistenters evne til ”at snakke med patienterne” – hvilket nogle af SOSU-assistenterne i øvrigt også selv gør. Flere af sygeplejerskerne nævner, at lægerne burde gå mere systematisk til værks i deres ”livsstilssamtaler” med patienterne end kun at spørge til rygning og evt. alkohol.

Konklusion

Sundhedsprofessionelles arbejde på danske hospitaler med KRAM-screeningsprogrammet har afstedkommet en kreation af, hvad jeg her med Bech-kys begreb om ”workplace artifacts” har kaldt arbejdspladsartefakter, som

bruges i professionelt grænsearbejde. De i analysen udvalgte artefakter fra tre forskellige arbejdssteder bruges i forskellige faser af KRAM-screeningsarbejdet. Opsummerende fra den abbottske teoriramme har analysen demonstreret betydningen af et fokus på arbejdspraksis i undersøgelsen af grænsearbejde. Udover, at professioners videnssystem og dets abstraktionsgrad er centrale konkurrencelementer i professionskampe, så pointerer Abbott, at diagnose-inferens-intervention i sindrige relationer udgør de centrale bestanddele af arbejdspraksis, som er grundlæggende for professionernes positioner og positioneringer. Hvis man ikke kan byde ind med en mulig og overbevisende behandling eller løsning, når man har stillet en diagnose, så kan et professionelt arbejdsområde risikere at blive svækket og måske dø ud eller blive overtaget af andre professioner. Måden, de professionelle grupper eller professionerne ræsonnerer og praktiserer inferens på – fx om den er tilstrækkelig transparent, eller måske *for* transparent – har også betydning. Abbott nævner eksempler på, at hvis inferensen bliver for gennemskuelig eller nem eller måske ikke behøves, så er der risiko for, at relationen diagnose-intervention kan bygges op af rutinearbejde. Hvis videnssystemet bliver for *lidt* abstrakt, så behøver vi ikke de professionelle og deres professionelle skøn.

Arbejdspladsartefakterne samt samtalerne og interviewene om dem illustrerer netop denne knivsæg, som især sygeplejerskeprofessionelle balancerer på i KRAM-screenings- og interventionsarbejdet. Selve måden at effektuere KRAM-screeningen på er ikke politisk eller lovmæssigt bestemt i modsætning til andre sundhedsprofessionelle forhold som fx autorisationer og lægens monopol på ordinerer af medicin. Sygeplejerskernes læggen billet ind på arbejdet og deres professionelle skøn er betinget af sådanne rammer. Samtidig er lægerne også afhængige af sygeplejerskernes tætte kontakt til patienterne. Patientkontakten kan føre til viden, som er afgørende for det mest kvalificerede professionelle skøn i en interventionsafgørelse. Arbejdspladsartefakternes jurisdiktionelle konfliktdynamikker med omdrejningspunkt i henholdsvis viden, autoritet og legitimitet har vist, hvordan nye opgaver kan aktivere professionelt grænsearbejde og resultere i nye roller; men også i fastholdende mekanismer, enten intraprofessionelt i forsvar af eksisterende faglighed og position eller interprofessionelt, fx i fastholdelse af et professionshierarki. Arbejdet omkring KRAM-screeningen indebærer interprofessionel opgavekoordinering. Områdets proto-jurisdiktionelle status giver mulighed for, at en profession eller flere – og i fremtiden eventuelt nye professioner – kan indtage den fulde jurisdiktion med deres særlige professionelle engagement og identitet og værdier. Hvorvidt og hvordan mulighederne vil realiseres, kan analyseres videre med yderligere inddragelse af den politiske og legale arena i et transnationalt perspektiv.

Perspektivering

Som analysen af arbejdspladsartefakter indikerer, så har sygeplejersker i særdeleshed fremstået som professionelle drivkræfter i forandringer af forebyggelsesarbejdet på hospitaler i form af KRAM-screening. I en tidligere artikel om grænsearbejdsformer i sygdomsforebyggelsesarbejdet på hospitaler (Pedersen 2020) har jeg demonstreret, hvordan sygeplejersker på arbejdspladsniveau enten udvider, forsvarer eller omformer etablerede jurisdiktionelle grænser. Forsøg på systematiseringer af KRAM-screeningsarbejde har ført til forandringer i arbejdsmæssige rutiner, herunder arbejdsfordelinger. I det kollektive forskningsprojekt om professioner i forandring, som også herværende artikel er forankret i, differentierede vi professionelt grænsearbejde på tværs af vores cases i tre overordnede former (Blok et al. 2019a): Pragmatisk "kortblandings"-grænsearbejde (*pragmatic boundary re-shuffling*), taktisk grænseadragingsarbejde (*tactical boundary re-negotiation*) samt alliancebestrebelse på tværs af professioner og politiske forbindelser og aktiviteter (*cross-ecological alliance seeking*). De forskellige måder, hvorpå sundhedsprofessionelle på danske hospitaler navigerer i KRAM-screeningsarbejdet, viser – lige som projektets øvrige cases – at ikke kun pragmatisk "kortblandings"-grænsearbejde er i gang, men også mere taktisk grænseadragingsarbejde samt alliancebestrebelse med tråde til trans-lokale aktiviteter og anbefalinger.

Sygeplejersker har været meget aktive og førende i etableringen af særlige enheder for forebyggelses- og sundhedsfremme, som det har kunnet ses på nordjyske hospitaler, da KRAM-programmerne skulle sættes i søen omkring 2008. Ledere og koordinatore har typisk været sygeplejersker, der har videreuddannet sig med en mastergrad. Således har de med ledelsesmæssige redskaber og videreuddannelser udfordret de ansvarlige læger på dette område (se også Kirkpatrick et al. 2011). Lægerne har omvendt oprustet – eller er blevet oprustet på sundhedsfremmeområdet efter revidering af speciallægeuddannelsen i 2000, hvori det blev anbefalet, at speciallægeuddannelsen skulle styrkes med indførelsen af en række roller (*De syv lægeroller*, Sundhedsstyrelsen 2013), herunder rollen som "sundhedsfremmer". Sundhedsfremmerrollen er dog ikke en rolle, der er løftet op til en særlig høj intraprofessionel status, og sygeplejerskerne – eller segmenter herindenfor – positionerer sig stærkere end lægerne ved at indtage ledelses- og koordineringsmæssige roller inden for forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

I mere strategisk henseende søges der blandt professionelle – især initieret af sygeplejerske-ildsjæle – alliancer på tværs af økologierne til at konsolidere forebyggelsesområdet på hospitalerne. Fx har Sund Info på Ålborg Universitetshospital, etableret allerede i 2002, fungeret som et slags igangsættende og koordinerende centrum for de nævnte enheder for forebyggelse og sundhedsfremme i Region Nordjylland og har sikret sig ved, at styregruppen fra starten inkluderede centrale lægelige repræsentanter. Sund Info

bruges også af uddannelseslæger – netop til at kvalificere dem i rollen som "sundhedsfremmer". Om sygeplejerskerne generelt vil blive mere centrale for sundhedsvæsenet og få mere status end lægerne i en fremtid, hvor kroniske sygdomme dominerer endnu mere, kan være svært at spå om. Lægeprofessionen besidder stærke kræfter, både i professions- og i politik-økologien samt på lovgivningsområdet. Men i alle de tre områder er sygeplejeområdet blevet mere synligt med sundhedsvæsenets og -politikens nye og flere ord på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet – i tråd med WHO's kraftige anbefalinger. Der er ingen tvivl om, at der er hårdt brug for sygeplejersker, og professionen kan udnytte manglen til at tilegne sig nogle vigtige roller – ikke mindst på forebyggelsesområdet.

Forebyggelsesdiskurser florerer, hvilket artiklen indledningsvist illustrerede med politisk arbejde omkring en ny sundhedsreform. Selv *Danske Regioner* skrev tydeligt ikke bare "forebyggelse" på dagsordenen, men i forbindelse med deres årsmøde i 2017 også ind i deres rapporter mv., med fx *Sundhed for livet – forebyggelse er en nødvendig investering* (Danske Regioner 2017). Mange ord er sagt og skrevet om forebyggelse, men forebyggelse figurerer også i lovgivningen. Den danske stat blev fra 1990'erne tydeligere omkring en decideret forebyggelsespolitik, bl.a. gennem lovgivning. Og området er helt klart et potentiale for sygeplejersker – og andre mellemuddannede – samt for SOSU-assistenterne, som uddannes i "livsstilsområdet". Med forebyggelse af såkaldte livsstilssygdomme i regi af hospitalerne blev en bold kastet op i form af KRAM-screening, men der er ikke ligefrem kamp om at gribe den. I forvejen er der travlt på hospitaler, så en ekstra arbejdsopgave, der ikke står en bestemt professions navn på, slås ingen nødvendigvis om. I debatter, fx i Lægeforeningens *Ugeskrift for Læger*, vil man kunne se indlæg fra læger, der ikke mener, at de skal bruge deres tid og faglighed på den slags.

Sygeplejersker har været i førertrøjen i forhold til at udvikle de redskaber, materialer og arbejdsgange, der har skullet til lokalt for at opfylde kravene. De har været gode til at videreuddanne sig med mastergrader og tilegne sig lederstillinger på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Lægerne svarer ikke nødvendigvis igen i det daglige hospitalsarbejde, men har alligevel en stærk indflydelse. Forebyggelses- og sundhedsfremmeenheder (ofte ledet af sygeplejersker med en mastergrad) er skrøbelige, hvis – eller når – der ikke er læger repræsenteret i selve arbejdet, og vi ser da også lukninger eller fusioneringer. Der stilles stadig større krav, mere eller mindre eksplicit til lederes uddannelsesniveau (i nogle hospitalssammenhænge kræver positionen en ph.d.-grad). Samtidig har lægerne, som nævnt, også tilegnet sig eller fået pålagt rollen som sundhedsfremmer. Her kan sygeplejersker brillere som læremestre, men det løfter dem ikke nødvendigvis op i det reelle hierarki, som er temmelig fastlåst og belagt med stærke traditioner, ikke mindst i hospitalsvæsenet.

Artiklen har demonstreret, hvordan især sygeplejerskerne søger med KRAM-screeningsarbejdet at rykke ved de gængse hierarkiske ordninger på hospitalsgangene. De tager føringen, når opgaverne skal defineres, løses og fordeles på forskellige professionelle grupper. Oftest er det en læge, der figurerer på hjemmeside eller andet som ansvarshavende for opgaveområdet, men i den daglige praksis er sygeplejersker dominerende, også i det uddelegerende arbejde med at inddrage andre grupper, især SOSU-assistenter til at stå for noget af screeningsarbejdet, ofte pga manglende ressourcer blandt sygeplejerskerne – og SOSUer vil gerne involveres. Forebyggelsesarbejde på hospitalerne kan tilsyneladende åbne for et potentiale for, at sygeplejersker og andre professionsuddannede samt SOSU-assistenter kan vinde nyt professionelt territorium. Om det vil og kan blive udfoldet som et mere blivende og måske voksende territorium er en anden sag, hvor eksterne økologier – andre end professionsøkologien – også spiller ind. Med de seneste årtiers uddannelsesmæssige opkvalificering af pleje- og omsorgsområdet, fx ved mere end treårige SOSU-assistentuddannelser, samt opbygning af folkesundhedsvidenskabelige og forebyggelses- og sundhedsfremme-specialiseringer i universitetsuddannelser og fx professionsuddannelsen i ernæring og sundhed, så oprustes der tilsyneladende i uddannelsesøkologien til sundhedsprofessionelle forandringer i fremtidens kroniske sygdomsscenarium.

Noter

1. Se evt. Knudsen & Triantafillou 2020 for analyse af normative aspekter af forebyggelse ifm livsstilssygdomme. Se også Vallgårdas kritiske debatindlæg om brugen af "livsstil" vedr. sygdomme, fx Vallgård 2017.
2. *Global challenges – local solutions? Rethinking professional work in a world of transnational jurisdictions*, støttet af Danmarks Frie Forskningsfond (bevillingsnr. DFF-6109-00063) og udført af forfatteren i samarbejde med Anders Blok (PI), Marie L. Meilvang og Maria D. Lindstrøm.
3. At undgå, at 'the system' befinder sig i en form for nationalt vakuum, har vi i projektet *Global challenges – local solutions?* argumenteret for ikke at være tilstrækkeligt opfyldt hos Abbott og har derfor forsøgt at re-teoretisere og begrebsudvikle inden for et 'trans-lokalt' perspektiv, dvs med udforskning af relationer mellem globale initiativer/ aktiviteter og lokale arbejdspraksisser (se fx Blok et al. 2018; 2019a og Meilvang et al. 2022).
4. Se også Pedersen et al. 2020 om projektets forskningsmetodologi: abduktive sammenligninger.
5. Mere om metode og analysestrategi for det casestudie, der ligger til grund for denne artikel, kan ses i Pedersen 2020. Endvidere om den abduktive sammenligningsmetodologi, se Pedersen & Blok (upubl.).
6. Fx vha. videreuddannelse og ledelsesstillinger. Se også Kirkpatrick et al. 2011 for, hvordan læger såvel som sygeplejersker siden midten 1980'erne har forsøgt at tilkæmpe sig juridisk indflydelse inden for hospitalsledelse.
7. *Den motiverende samtale* (af Miller & Rollnick 2014) henvises til af flere, især sygeplejersker, som et vigtigt redskab i udfordringerne med KRAM-screenings-arbejdet.

Litteratur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Abbott, A. (1995): "Boundaries of social work or social work of boundaries?: The social service review lecture". *Social Science Review*, 69(4), 545-562.
- Abbott, A. (2005): "Linked ecologies: States and universities as environments for professions". *Sociological Theory*, 23(3), 245-274.
- Allen, D. (2000): "Doing occupational demarcation: The 'boundary-work' of nurse managers in a district general hospital". *Journal of Contemporary Ethnography*, 29(3), 326-356.
- Ashton, J. & Seymour, H. (1988): *The New Public Health*. Milton Keynes: Open University Press.
- Bechky, B.A. (2003). "Object lessons: Workplace artifacts as representations of occupational jurisdiction". *American Journal of Sociology*, 109(3), 720-752.
- Blok, A., Lindstrøm, M.D., Meilvang, M.L. & Pedersen, I.K. (2018): "Trans-local professional projects: Re-scaling the linked ecology of expert jurisdictions". *Journal of Professions and Organization*, 5(2), 106-122.
- Blok, A., Lindstrøm, M.D., Meilvang, M.L. & Pedersen, I.K. (2019a): "Ecologies of boundaries: modes of boundary work in professional proto-jurisdictions". *Symbolic Interaction*, 42(4), 588-617.

- Blok, A., Pedersen, I.K., Meilvang, M.L. & Lindstrøm, M.D. (2019b). "New Professional Projects in the Glocal Welfare State?" *Discover Society*, nr. 69.
- Brante, T. (2011): "Professions as Science-Based Occupations". *Professions & Professionalism*, 1(1), 4-20.
- Buus, H. (2001): *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse. En kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk*. København: Museum Tusculanums Forlag.
- Danske Regioner (2017): *Sundhed for livet. Forebyggelse er en nødvendig investering*. Danske Regioner.
- Deville, M. Guggenheim & Z. Hrdličková (red.) (2016): *Practising Comparison*. Manchester: Mattering Press.
- Dybbroe, B. (2018): "Professionssociologi – sundhedsprofessioner under pres", i Andersen, P.T. & Timm, H. (red.): *Sundhedssociologi – en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hindhede, A.L. & Larsen, K. (2020): "Prestige hierarchies and relations of dominance among health professionals". *Professions & Professionalism*, 10(2), 1-20.
- Kirkpatrick, I., Dent, M. & Jespersen, P.K. (2011): "The contested terrain of hospital management: Professional projects and healthcare reform in Denmark". *Current Sociology*, 59(4), 489-506.
- Knudsen, S.G. & Triantafyllou, P. (2020): "Lifestylisation of the social: The government of the diabetes care in Denmark". *Health*, 25(6), 775-792.
- Kristensen, J.E. (2020): "Samtidsdiagnostik og tendensanalyse i professionsforskningen", *Tidsskrift for Professionsstudier*, 30, 6-15.
- Lehn-Christiansen, S. 2016: *Tværfagligt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. København: Munksgaard
- Liu, S. (2015): "Boundary work and exchange: The formation of a professional service market". *Symbolic Interaction*, 38(1), 1-21.
- McKeown, T. (1976): *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Meilvang, M.L. & Blok, A. (2019): "Det proto-jurisdiktionelle sprog". *Tidsskrift for Professionsstudier*, 27, 6-17.
- Meilvang, M.L., Blok, A., Lindstrøm, M.D. & Pedersen, I.K. (2022): "Professional scaling work: How professional segments claim new jurisdictions in a world of trans-local connections". *International Sociology*, 37(4), 496-514.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2014): *Den motiverende samtale – støtte til forandring*, 2. udg. København: Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, I.K. (2019): "Sundhed", i Blok, A. & Laustsen, C.B. (red.): *Sociologiens Problemer – en grundbog*, København: Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, I.K. (2020): "Situating Boundary Work: Chronic Disease Prevention in Danish Hospitals". *Professions & Professionalism*, 10(1), 1-20.
- Pedersen, I.K. & Blok, A. (upubl.): "Abductive cross-case comparison in qualitative research: Methodological lessons from the teamwork study of professional change" (revised version submitted to Sociological Methodology).
- Pedersen, I.K. Blok, A. & Meilvang, M.L. (2020): "At søge indsigt på tværs: Hvordan og hvorfor sammenligne forskelligartede professionsfelter?". *Tidsskrift for Professionsstudier*, 30, 50-61.

- Pink, S. & Morgan, J. (2013): "Short-Term Ethnography: Intense Routes to Knowing". *Symbolic Interaction*, 36(3), 351-361.
- Regeringen (2022): *Sundhedsreformen – Gør Danmark sundere*. <https://sum.dk/temaer/sundhedsreformen>, set 10/4-22.
- Regeringen, Venstre, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Det Konservative Folkeparti, Dansk Folkeparti, Nye Borgerlige, Liberal Alliance, Frie Grønne, Alternativet, Kristendemokraterne og Arbejdsfællesskabet af løsgængere (2022). *Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen – Sundhedsaftale*. København: Sundhedsministeriet.
- Star, S.L. (2010): "This is not a boundary object: Reflections on the origins of a concept". *Science, Technologies & Human Values*, 35(5), 601-617.
- Sundhedsstyrelsen (2013). *De syv lægeroller*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Vallgård, S. (2017): "Livsstilssygdomme skyldes meget andet end livsstil". *Altinget*, 11. september, 1.
- WHO (2014): *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2020): *Noncommunicable Diseases. Progress Monitor 2020*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2022): https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1, set 15/4-22.

Health professions in transition? Workplace artefacts as a window into interprofessional dynamics in chronic disease prevention

Since 2008, all Danish public hospitals should implement a screening programme among inpatients to evaluate their habits of nutrition, smoking, alcohol intake, and physical activity, thereby deciding how to prevent or avoid worsening chronic conditions. However, who is supposed to do this work? Drawing on short-term ethnographic material, this paper investigates how a new professional task area can be invented by developing different forms of so-called workplace artefacts, defined as boundary objects. In order to illustrate workplace relations, the analysis of such artefacts demonstrates how task boundaries are managed by health professionals.

Preventive work at hospitals emerges as a possible arena for nurses in particular. The paper argues that how and which particular workplace artefacts are developed can demonstrate important professional coordination work at stake. The final section of perspectives concentrates on how preventive work tasks may open in future health scenarios for more and maybe new professions, or professional groups or segments or health workers to lay hold on certain degrees of control.

Keywords:

Sociology of professions, health promotion, lifestyle modifications, boundary objects, workplace artefacts, professional change