

Afbrydelser i klinisk sygeplejepraksis

Interruptions in clinical nursing practice

►► Background

Interruptions in clinical nursing practice is a well-known but implicit phenomenon no studies yet have shed light on in a professional nursing context.

Aim

The aim of this study is to describe and discuss interruptions as they occur and as they are being experienced in clinical nursing practice.

Method

A qualitative study inspired by field research based on participant observations and interviews.

Findings

Interruptions are seen as coming from the outside and being self-inflicted and as necessary and unnecessary, in different rooms and contexts in relation to different collaborators and tasks. Interruptions are experienced as a dilemma between being accessible and focused.

Conclusion

Interruptions are a natural part of clinical nursing practice. The dilemma between being accessible and focused is the ability to maintain a professional relation and at the same time be focused on quality and efficiency. The ability to be in this field of tension and prevent that nursing practice is polluted by unnecessary interruptions, involves the ability of the nurse to see-the-big-picture.

Keywords:

Interruptions, clinical nursing practice, see-the-big-picture

Liselotte Brahe og Erik Elgaard Sørensen

Baggrund

■ Afbrydelser i klinisk sygeplejepraksis er et velkendt fænomen (1,2). De fleste sygeplejersker har oplevet at blive afbrudt i det kliniske arbejde på trods af en bevidst planlægning af daglig praksis. Sygepleje er situationsorienteret (3), hvilket betyder, at når patienten eksempelvis pludselig kalder på hjælp fra badet, eller når pårørende indfinder sig i afdelingen og beder om en samtale, må sygeplejersken lade sig afbryde i andet igangværende arbejde. Dermed fremstår afbrydelser som et naturligt vilkår i klinisk sygeplejepraksis, hvorimod

andre former for afbrydelser kan have en mere uønsket karakter. Eksempelvis når en kollega afbryder en samtale, eller når en samarbejdspartner beder om oplysninger fra en patientjournal, som vedkommende i princippet selv kunne indhente. Hvad enten afbrydelser anskues som et vilkår eller fremstår som mere eller mindre uønskede, kan de opleves som et irritationsmoment, forstyrre tankeprocesser, medføre ineffektive arbejdsgange og påvirke patientsikkerheden (4,5). Ligeledes nødvendiggør afbrydelser konstante omprioriteringer og kan føre til oplevelse af tidspres, tidsnød, utilstrækkelighed eller stresslignende symptomer (6,7).

Der har hidtil ikke været tradition for at undersøge og diskutere betydningen af afbrydelser generelt (8) eller i klinisk sygeplejepsiksis. Fænomenet har ikke tidligere været genstand for undersøgelse, hverken i en international eller dansk sygeplejefaglig kontekst. Fænomenet dukker imidlertid op som delfund i kvalitets sikringsundersøgelser af arbejdsmiljø og utilsigtede hændelser (9) og i studier af indhold og handlemåder i sygeplejerskers arbejde. Eksempelvis dokumenterer Ploug Hansen (10) igennem feltarbejde på en onkologisk afdeling, at sygeplejersker afbrydes og afbryder hinanden, mens de udfører praktiske opgaver, under administrativt arbejde eller hos patienterne. Sygeplejersker er i gang med flere ting på samme tid, hvorfor afbrydelser forstærker oplevelsen af travlhed. Tilsvarende peges der i et observationsstudie på, at kun 30 % af sygeplejerskers tid anvendes i direkte patientkontakt (11). Sygeplejerskers måder at løse arbejdsopgaver på er enten en her-og-nu-orientering, hvor elementerne variation, samtidighed og utallige konstante afbrydelser indgår, eller også har sygeplejersker for vane at reagere frem for at organisere. Det kan føre til uklare samarbejdsrelationer, produktionsorientering, travlhed, manglende overskud til at indgå i omsorgsfulde relationer og dermed til en inhuman sygepleje, forstået som sygepleje uden omsorg (3,12). I en empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis omtales afbrydelser og uforstyrret- heds i udlægning af fænomenet omskiftelighed (13). Omskiftelighed relaterer sig til pendulering mellem forskellige fysiske rammer, bl.a. med den hensigt at skabe perioder fri for afbrydelser. Dette forudsætter en proaktiv adfærd og en stærk opdateret sygeplejefaglig og ledelsesfaglig profil.

Litteraturen peger på, at hverdagen handler om at magte afbrydelser. Ifølge Kirkeby (14) er det generelt svært at acceptere afmagt, eksempelvis i form af afbrydelser, som man ikke selv har indflydelse på. Med Kirkeby er det vigtigt at have fornemmelse for stedet i tiden og tiden i stedet, i organisationens fysiske rum og atmosfære. Wakefield (15) har studeret rummenes betydning i sygeplejen og fandt, at kontoret mindede om en kommu-

nal markedsplads. Forstået som et åbent rum med mulighed/risiko for mange afbrydelser. Ifølge Just (16) hører det til sygeplejerskers hverdag at befinde sig i sådanne åbne rum med mange forstyrrelser.

Når afbrydelser bliver nævnt i beskrivelser af sygeplejerskers arbejdsopgaver, relaterer fænomenet sig typisk til roller, som sygeplejersker indtager, og relationer, som sygeplejersker indgår i. Eksempelvis er sygeplejerskers opgave, ifølge Hamran (17), at sørge for at tingene bliver gjort, trække i tråde, bevare overblik samt yde pleje, hjælp og trøst. Dickson (18) hævder, at kvinder i kraft af sociale og personlige roller altid er villige til at være til rådighed og har svært ved at sige „nej“, afslå ekstra arbejde eller modtage kritik. De er afhængige af, hvad andre tænker om dem, er pligttopfyldende og prioriterer ofte „gøren“ frem for „væren“ ud fra en forventning om at skulle tage sig af andres behov. Ellingsen (19) reflekterer over omsorgens vilkår i et samfund domineret af effektivitet og fleksibilitet. Hun udlægger tiden som modsætningsfyldt. Cirkulær tid omfatter biologiske cyklusser, hvor gentagelser bliver til erfaringer, og lineær tid vedrører fremadrettede aktiviteter. Langsom tid gør det muligt at være åben og undrende, og hurtig tid resulterer i samlebandseffekt samt tab af præcision. Sygeplejersker er underlagt klokke tid, og Ellingsen er optaget af, hvorvidt det er muligt at bevare tiden i rummet og løse de opgaver, rummet kræver. Ifølge Hamran (17) følger sygepleje døgnets og naturens cirkulære rytmer, mens behandling følger en lineær tidsplan. Sygeplejersker skal deltage begge steder og pendler derfor mellem forskellige normer. Hamran inddrager studier af kvinders arbejde, der viser, at deres tid er „kollektiv tid“, som andre gør krav på. Konsekvensen kan blive, at sygeplejersker laver lidt af alt muligt og alligevel føler sig utilstrækkelige.

Formål

Idet afbrydelser i klinisk sygeplejepsiksis er et forholdsvist ubeskrevet og underforstået fænomen, var grundlaget for en nærmere undersøgelse til

stede. Formålet med undersøgelsen blev derfor at beskrive og diskutere afbrydelser, som de viser sig og opleves i klinisk praksis. På baggrund heraf rejste følgende undersøgelsesspørgsmål sig: Hvordan viser fænomenet afbrydelser i klinisk sygeplejepraksis sig, hvordan oplever sygeplejersker fænomenet, og hvilken betydning har sygeplejerskers adfærd i den forbindelse?

Metode

Med henblik på at indfange fænomenet afbrydelser, som det fremtræder i klinisk sygeplejepraksis, blev der foretaget en undersøgelse inspireret af forskningsstrategien feltforskning (20).

Design

Undersøgelsen var kvalitativ, og empirien blev til gennem deltagende observation, uformelle samtaler samt interview. Indledningsvis blev der foretaget en indkredsning af forståelsen af afbrydelser. Dette mhp. at indfange fænomenet og sikre en vis dybde i undersøgelsen samt at forvalte dilemmaet mellem dels at være fokuseret og samtidig ikke lade sig styre af fastlåste begreber (21). Indkredningen baserede sig på feltarbejderens forforståelse af fænomenet og lød således: „*En observeret eller verbalt udtrykt pause i den eller de opgaver sygeplejersker direkte eller indirekte varetager i relation til klinisk sygeplejepraksis*“. Af hensyn til almindelige distraktioner og eftertanke blev pausen fastsat til at være af mindst 5 sekunders varighed.

Informanter

Med henblik på at indfange nuancer og sikre dybde i det empiriske materiale blev der foretaget en stratificeret udvælgelse af informanter (22), baseret på variation i alder, anciennitet og kompetenceniveau. Idet undersøgelsen ikke havde til hensigt at undersøge nuancer i afbrydelser specifikt knyttet til mandlige og kvindelige sygeplejerskers praksis,

blev alene kvindelige sygeplejersker inkluderet i undersøgelsen. Sygeplejersker med specielle pædagogiske funktioner, eksempelvis som klinisk vejleder, blev på forhånd ekskluderet ud fra en antagelse om, at der med disse funktioner fulgte mange afbrydelser. Tilfældighedsprincippet blev dernæst taget i brug, ligesom opportunisme i udvælgelsesstrategien tog hensyn til projektets tidsmæssige ramme. Derfor blev fem kvinder mellem 27 og 48 år inkluderet; de havde anciennitet som sygeplejerske fra hhv. 1-26 år og en sygeplejespecifik kompetence i det kirurgiske speciale fra 3 måneder til 19 år.

Tilvirkning af empiri

Feltarbejdet foregik på hverdage i dagtiden gennem tre uger i en kirurgisk afdeling på et universitetshospital i Danmark. De fem informanter blev fulgt i deres daglige arbejde, i forbindelse med hvilket der blev udarbejdet feltnoter og memos. Samtidig blev der foretaget en registrering af afbrydelser. De uformelle samtaler indbefattede dialog med både informanter og deres kolleger i forhold til konkrete situationer. To af de fem informanter blev efterfølgende interviewet med udgangspunkt i observerede praksissituationer (23). Interviewene tog afsæt i en åben og vejledende interviewguide med spørgsmål som: Hvordan vil du beskrive en afbrydelse? Hvilken betydning har afbrydelser for dig og din adfærd? Hvert interview varede en time, blev optaget på bånd, og efterfølgende transskriberet ordret.

Etik

Undersøgelsen fulgte de etiske regler, der er udarbejdet for sygeplejeforskning i Norden (24), samt det Videnskabetiske Komitésystems krav om informeret samtykke. Informanterne blev informeret skriftligt og mundtligt. Informanterne fik ikke mulighed for at se eller kommentere feltnoter eller udskrift af interview. Patienterne gav mundtligt tilsgavn til observatørens tilstedeværelse, og deres integritet blev tilgodeset ved at undlade tilstedeværelse i situationer, der kunne anfægte denne.

Analyse

Registrering af afbrydelser blev analyseret separat; herunder blev forekomst af afbrydelser samt afbrydelser i relation til årsager, personer, rum og kontekst i øvrigt beregnet. Dernæst blev det samlede tekstmateriale, som bestod af 40 A4 sider transskriberede interview samt 72 A4 sider feltnoter (observationer og deltagerberetninger) og memos (fortløbende refleksioner), analyseret gennem en stabiliseringsfase og en bearbejdningsfase (13,20). I stabiliseringsfasen blev tekstmaterialet systematiseret og gennemlæst flere gange mhp. identifikation af mønstre. Rækken af mønstre blev efterfølgende systematiseret på tværs af tekstmaterialet og derefter samlet i en række foreløbige temaer. Disse temaer blev efterfølgende kategoriseret i bearbejdningsfasen, mhp. en endelig tematisering. På baggrund af analysen fremkom følgende tre temaer:

- Afbrydelsers kendetegn
- Afbrydelsers forekomst
- At være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis.

Undersøgelsens fund

Undersøgelsen viser, at der var en sammenhæng mellem de tre fremanalyserede temaer: Afbrydelsers kendetegn, afbrydelsers forekomst og det at være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis. Denne sammenhæng vil i det følgende blive uddybet.

Afbrydelsers kendetegn

Et tema handlede om afbrydelsers kendetegn. Således blev afbrydelser oplevet som hhv. *udefrakommende* og *selvforskyldte* og som *nødvendige* og *unødvendige*. Udefrakommende afbrydelser var kendetegnet ved, at klinisk praksis eksempelvis blev afbrudt af spørgsmål fra kolleger og samarbejdspartnere eller af telefoner, der ringede. Derimod viste selvforskyldte afbrydelser sig, når syge-

plejersker afbrød andre og dermed blev involveret i forhold, der krævede, at de afbrød egen igangværende proces. Det blev sagt på denne måde: „*Jeg må tage mig selv i at blande mig lidt nogle gange. Jeg tænker: Det passer ikke det hun siger, eller her må min kommentar godt komme, ikke ...*“.

Nødvendige afbrydelser blev oplevet som en naturlig del af arbejdet. Eksempelvis når en sygeplejerske blev afbrudt i at skrive i en sygeplejefjournal, fordi hun måtte gå ind til en patient, der ringede. Eller når en sygeplejerske undervejs til en senge-stue måtte stoppe op afbrudt af pårørendes direkte henvendelse. Modsat oplevedes de unødvendige afbrydelser, som navnet antyder, at kunne vente til senere. Eksempelvis hvis en fysioterapeut afbrød sygeplejersken midt i en samtale med en samarbejdspartner med spørgsmål om særlige forhold vedr. en patient, der allerede kunne læses i sygeplejefjournalen eller vente, til sygeplejersken havde afsluttet den igangværende samtale. Som sådan blev unødvendige afbrydelser forbundet med respektløshed eller uhensigtsmæssig adfærd, hvilket blev omtalt på denne måde: „*Der er ingen der har respekt for det man er i gang med, det er en kulturbestemt værdi, at vi [sygeplejersker] lader os afbryde*“. Og „*Det [at blive afbrudt] bliver for hårdt, og så svarer jeg nok lidt kort for hovedet indimellem*“. Afbrydelser blev ikke registreret af informanterne selv i samme omfang, som de blev observeret. Eksempelvis blev det observeret, at én informant blev afbrudt 65 gange på én dag, hvor informanten selv kun registrerede 15 af disse afbrydelser. Herom blev sagt følgende: „*De nødvendige afbrydelser er dem, jeg ikke mærker. Hvor det er en del af plejen, at vi skal rumme dem. Man vil jo gøre så meget*“.

Hvad enten afbrydelser blev oplevet som udefrakommende/selvforskyldte eller nødvendige/unødvendige, var det kendetegnende, at der efter en afbrydelse måtte bruges tid på at samle tankerne og genvinde fokus. Det kom til udtryk således: „*Jeg mister mit fokus og skal bruge meget energi på at vende tilbage*“. Måden der blev afbrudt på var verbal, men også non-verbal ved at placere sig tæt på en anden person, ved et blik eller ved en gestikulation.

Afbrydelsers forekomst

Et andet tema handlede om afbrydelsers forekomst. Over 60 timer fordelt på ni observationsdage blev der registreret 410 afbrydelser fordelt på fem informanter. Afbrydelserne forekom dermed 45,6 gange per dag i gennemsnit, hvilket svarede til 6,8 afbrydelser per time. Anciennitet havde betydning for antal daglige afbrydelser. Ved anciennitet under fem år blev der afbrudt 5,3 gange per time, mens der ved anciennitet over 5 år blev afbrudt 8,4 gange per time. Sygeplejersker med kortere anciennitet afbrød ofte sygeplejersker med længere anciennitet. Som en erfaren sygeplejerske udtrykte det: „Jeg er udsat for spørgsmål, som andre ikke får, fordi de ved, jeg har svaret“. Afbrydelsers forekomst var endvidere bestemt af, hvem der afbrød, hvorfor der blev afbrudt, hvilke opgaver der blev afbrudt i, og endelig hvor der blev afbrudt i klinisk sygeplejepraksis.

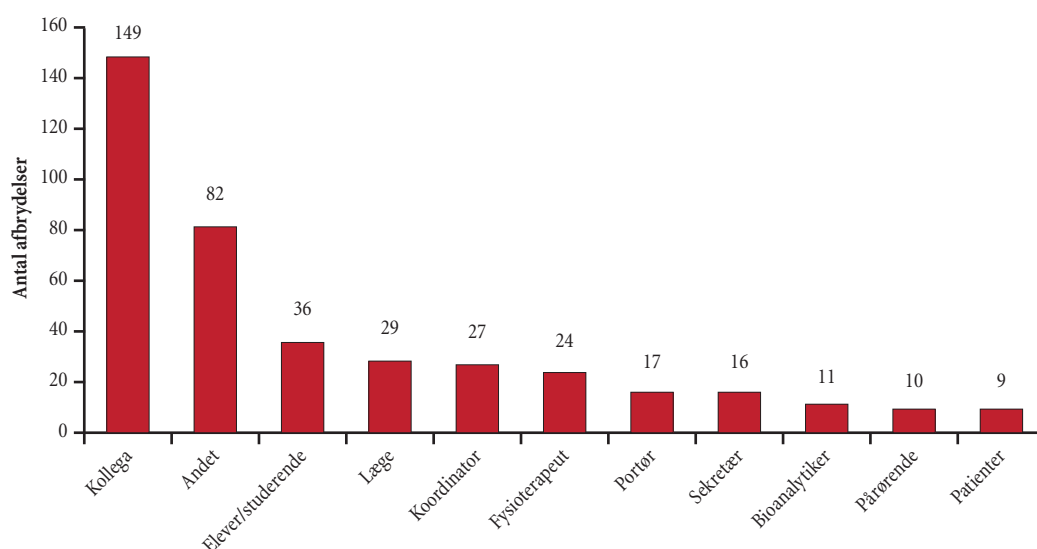
Hvem afbryder i klinisk sygeplejepraksis?

Klinisk sygeplejepraksis blev afbrudt af forskellige samarbejdspartnere. Som det fremgår af figur 1, fordelte de 410 afbrydelser sig på *kolleger, elever/studerende, læger, sygeplejersker med koordinerende funktion, fysioterapeuter, portører, sekretærer, bio-*

analytikere, pårørende og patienter. Sygeplejersker blev overvejende afbrudt af kolleger (36 % af samtlige afbrydelser), i betydeligt mindre omfang af læger (7 %) og i mindst omfang af patienter og pårørende (2,4 % og 2,2 %). Endvidere blev praksis afbrudt af *andre*; eksempelvis personer der betjente kioskvoغن eller posttjeneste. Disse kontakter var kortvarige, men førte samlet set til et stort antal afbrydelser. Selvom sygeplejerskerne i denne undersøgelse ikke havde direkte kontakt til eller ansvar for elever og studerende, blev de alligevel afbrudt af disse et forholdsmæssigt stort antal gange i løbet af en dag.

Hvorfor afbrydes i klinisk sygeplejepraksis?

Der var mange årsager til afbrydelsers forekomst. Som det fremgår af figur 2, fordelte årsagerne til de 410 afbrydelser sig på kategorierne *spørgsmål, orientering og behov for hjælp*. Afbrydelser kunne også være foranlediget af *smalltalk, alarmer, sparring, patienter, telefoner og stuegang*. Kategorien *spørgsmål* var langt den hyppigste årsag til afbrydelser, svarende til 36 %, eksempelvis spørgsmål vedr. blærekateter eller rekvirering af socialrådgiver. Kategorien *telefon* og *stuegang* rangerede la-



Figur 1: Fordeling af 410 afbrydelser i klinisk sygeplejepraksis på samarbejdspartnere

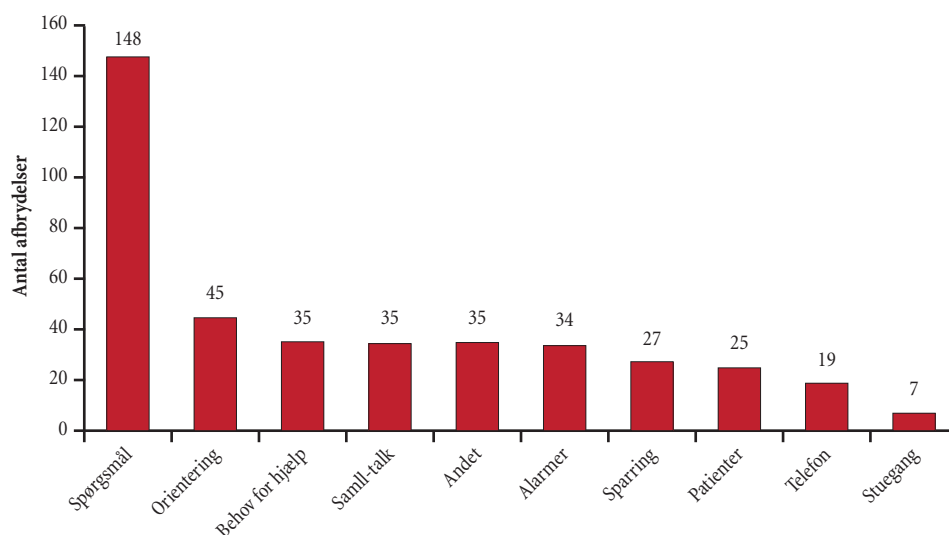
vest, svarende til 4,6 % og 1,7 %. Kategorien *orientering*, som var den næsthøypigste årsag til afbrydelser, omhandlede meddelelser vedr. forhold omkring patienten, mens *behov for hjælp* var afbrydelser, hvor informanterne hjalp andre i kraft af viden og erfaring, eller fordi situationen krævede to personer. *Smalltalk* relaterede sig til kolleger eller samarbejdspartnere, mens kategorien *andet* indbefattede situationer, hvor informanterne afbrød sig selv eller afbrød andre ved at blande sig i en samtale. Afbrydelser fra *alarmer* kom fra personsøgere, overvågnings- eller it- udstyr. Kategorien *sparring* omhandlede afbrydelser foranlediget af behov for råd og vejledning eller erfarings- og meningsudveksling med kolleger, hvilket adskilte sig fra kategorien *spørgsmål*. Spørgsmål krævede hurtige og konkrete svar, hvorfor afbrydelser i den forbindelse var kortvarige. Modsat afbrydelser foranlediget af behov for *sparring*, der krævede dialog og refleksion, hvilket medførte længerevarende afbrydelser. Hvad *patienterne* angik, var de kun i ringe omfang årsag til afbrydelser. Det være sig når patienterne henvendte sig direkte til sygeplejersker, eller når de ringede fra sengestue eller toilet. Det kunne også være indirekte henvendelser i

form at et søgende blik fra patienten, som sygeplejersken reagerede på og oplevede som en afbrydelse.

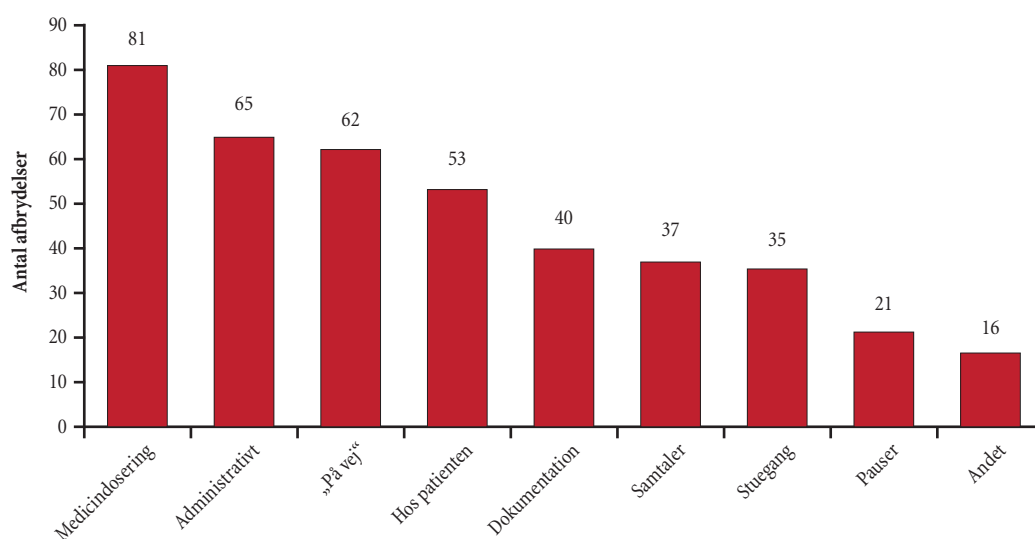
Hvilke opgaver i klinisk sygeplejepraksis afbrydes der i?

Som det fremgår af figur 3, fordelte de 410 afbrydelser i klinisk praksis sig i relation til opgaver som *medicindosering*, *administrativt arbejde* og når sygeplejersken var *på vej* fra ét sted til et andet. Endvidere i forbindelse med sygeplejeopgaver *hos patienten*, ved samtaler *med patienter* eller når der blev arbejdet med *dokumentation*. Afbrydelser forekom endelig også under *stuegang*, i forbindelse med afholdelse af *pauser* og *andet*.

Der forekom forholdsvis mange afbrydelser under medicindosering (19,8 %). Kategorien „*på vej*“ omhandlede bevægelse mellem forskellige rum. *Hos patienten* forekom afbrydelser i forbindelse med omsorgsrelaterede eller instrumentelle sygeplejeopgaver. Afbrydelser under *dokumentation* forekom hyppigst på kontoret og adskilte sig fra det øvrige administrative arbejde ved at være en fokuseret opgave, der krævede fordybelse i relation til individuelle patientforløb. Modsat andet admini-



Figur 2: Fordeling af 410 afbrydelser i klinisk sygeplejepraksis på årsager



Figur 3: Fordeling af 410 afbrydelser i klinisk sygeplejepraksis på opgaver

strativt arbejde såsom bestilling af blodprøver. *Samtaler*, der foregik i separate rum, blev afbrudt i mindre omfang. *Stuegang* var forbundet med afbrydelser både før, under og efter. I forbindelse med *pauser*, der blev afviklet i et særskilt personaleum, forekom afbrydelser mindre hyppigt. Kategorien *andet* indbefattede afbrydelser i ad hoc-opgaver, eksempelvis oprydning eller en eftertænkningssund.

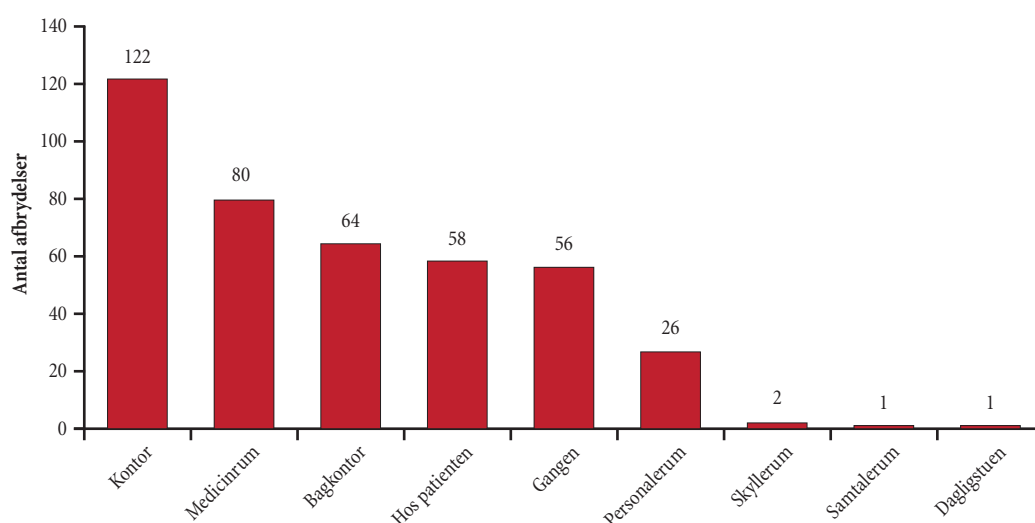
Hvor afbrydes?

Afbrydelser fandt sted i forskellige rum og kontekster. Som det fremgår af figur 4, fordelte de 410 afbrydelser i klinisk praksis sig overvejende i patientfjerne rum såsom *kontorer* eller *medicinrum*. Modsat forekom afbrydelser i mindre grad i patientnære rum, eksempelvis *samtalerum* og *dagligstue*. Dette undtaget, når sygeplejersker opholdt sig *hos patienten*, hvor der fandt en del afbrydelser sted.

I *medicinrum* forekom der mange afbrydelser (19,5 %). Dette rum blev omtalt som isoleret og afsidesliggende, hvilket kunne tilgodesee behov for at være sammen som kolleger. Her forekom samtaler om hjemlige forhold eller hvordan „*dagen gled*“. Disse samtaler gav „*overskud til at rumme patienten*“, som det blev sagt. *Bagkontor* var et mindre og isoleret kontor, der blev betragtet som et sted med mulighed for ro til at „*samle sine tanker*“. Her forekom afbrydelser i betydeligt omfang. Afbrydelser *hos patienten* udgjorde 14,1 %. På *gangen* forekom en del afbrydelser på trods af mere eller mindre bevidste signaler om utilgængelighed i form af raskt trav eller undvigelse af øjenkontakt. I *personalerum*, hvortil døren var åbentstående og kolleger holdt pauser eller afviklede sygeplejefaglige konferencer, forekom afbrydelser i mindre omfang. Ligeledes i *skyllerum*, hvor ophold var sporadiske. I *dagligstuen*, hvor sygeplejersker opholdt sig kortvarigt, eksempelvis for at overbringe korte meddelelser, forekom afbrydelser faktisk ikke

At være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis

Det tredje tema omhandlede ønsket om at være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis, hvilket kom til udtryk som et dilemma. På den ene side blev tilgængelighed forbundet med rollen som den imødekommende sygeplejerske, der gennem sin adfærd dels gerne ville være tilgængelig for alt og alle i bestræbelserne på at sikre den gode syge-



Figur 4: Fordeling af 410 afbrydelser i klinisk sygeplejepraksis på rum

pleje, dels ville være en god kollega. Det blev udtrykt på følgende vis: „Vi er et serviceorgan, og der skal ikke være afvisning på nogen måde“ og „der skal være tilgængelighed for patienter og pårørende“ samt „den dér venlighed, som vi altid har over for hinanden, fordi du jo nødtigt skulle blive opfattet som et surt ribs“. Med tilgængeligheden fulgte med andre ord en accept af afbrydelser. På den anden side blev afbrydelser forbundet med en uhensigtsmæssig adfærd, idet der blev sagt følgende: „Det [at blive afbrudt] er hårdt, og så svarer jeg nok lidt kort for hovedet en gang imellem“. Samtidig blev det fremhævet som nødvendigt at fastholde fokus i klinisk sygeplejepraksis, og at være fokuseret handlede om at gøre op med den altid tilstedeværende tilgængelighed ved at magte afbrydelser og evne at sige fra over for disse. Det kom til udtryk således: „Tidligere sagde jeg ikke fra overhovedet; jeg har lært mig det, ellers mister jeg fokus og skal bruge meget energi på at vende tilbage“.

At være tilgængelig og fokuseret på én og samme tid blev sat i forbindelse med behov for overblik i klinisk praksis. Således hed det: „Jeg mener, der bør være nogle på arbejde hver dag, som kan have overblik og skru ned for blusset“. Overblik blev på den ene side forbundet med „at have styr på tinge-

ne“, og for at have dette overblik blev afbrydelser anskuet som acceptable eller ligefrem nødvendige. Det blev omtalt således: „Der er nogle afbrydelser, du ikke kan sige nej til, dem med lav kompetence, de ved ikke, hvad det betyder i den anden ende for patienterne“ og „Jeg er nødt til at have tjek på hvor meget de [social- og sundhedsassistenter] har tjek på, og så bliver jeg nødt til at stoppe [afbryde] dem“. Med citatet ses en hensyntagen til forskellige kompetenceniveauer samt en accept eller nødvendighed af afbrydelser under hensyntagen til patienterne. Overblik blev på den anden side forbundet med „at få dagen til at glide“, hvilket forudsatte at kunne tåle afbrydelser. Det blev sagt på følgende vis: „Man skal tænke på sin egen arbejdsgang resten af dagen, så man bedre kan tåle afbrydelser eller måske hindre dem“.

Diskussion

Diskussion af fund

Denne undersøgelse blev gennemført for at opnå indsigt i fænomenet afbrydelser i klinisk sygeplejepraksis. Undersøgelsens fund blev sammenfattet i

tre temaer: *Afbrydelsers kendetegn, afbrydelsers forekomst og at være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis.*

Temaet *afbrydelsers kendetegn* pegede på en forståelse af afbrydelser som *udefrakommende, unødvendige, respektløse og irriterende*. Det er nærliggende at antage, at disse umiddelbart opleves at være foranlediget af andre end sygeplejefagets egne udøvere. Som når fysioterapeuten afbrød for at få svar på spørgsmål, som hun selv kunne læse sig frem til. Eller når det blev sagt, at det hører sygeplejekulturen til at lade sig afbryde. At lade sig afbryde kan forstås som en form for underordning; at sygeplejekulturen underordner sig andre fagkulturer. Erichsen (25) ser underordning som en form for jurisdiktion, forstået som et fags myndighed og ansvar inden for eget arbejdsområde. Forholdet mellem læger og sygeplejersker er det klassisk-historiske eksempel på underordning, benævnt begrænset jurisdiktion. Underordning er typisk inden for samme sektor, hvor fag blev etableret med den hensigt at have en hjælpende funktion for et overordnet fag. Hermed kan forståelse af afbrydelser som *udefrakommende, unødvendige, respektløse og irriterende*, der hører sygeplejekulturen til, ses som en historisk konsekvens af det hierarkiske forhold mellem læger og sygeplejersker ved fagets etablering (26). Temaet *afbrydelsers forekomst* viste imidlertid meget interessant, at det ikke primært var andre fagprofessionelle, der forårsagede afbrydelserne, men derimod i høj grad sygeplejefagets egne udøvere. Undersøgelsen peger således på en divergens mellem sygeplejerskers oplevelser af afbrydelser forårsaget af andre, og det faktuelle i at sygeplejersker afbryder sygeplejersker. Derfor bidrager undersøgelsen til diskussionen om sygeplejefagets underordning, som er belyst af flere forskere i et kronologisk, ideologisk og sociologisk perspektiv (27-29).

Afbrydelser blev ikke registreret af informanterne i samme omfang, som de viste sig. Eksempelvis blev kun 15 ud af i alt 65 afbrydelser registreret som sådan af en informant. At afbrydelser således langt fra altid blev registreret, kan anskues på forskellig vis. På den ene side kan afbrydelser forstås

som en *automatiseret* del af fagudøverens arbejde, sådan som den danske filosof Sten Wackerhausen (30) udtrykker det. Med automatisering følger, at visse færdigheder på et tidspunkt udføres regelløst, forstået som tavse handlinger, der foretages, uden at man er i stand til at sprogliggøre dem. Overført til fænomenet afbrydelser, der som hyppige gentagelser kommer til at fremstå som regelløse og tavse og dermed som en mere eller mindre naturlig del af klinisk sygeplejepraksis. På den anden side kan den manglende registrering sættes ind i en samfundsmæssig sammenhæng. Undersøgelser peger på, at med teknologiens uendelige muligheder bliver mennesket afbrudt, lader sig afbryde eller afbryder selv andre gennem eksempelvis e-mails, *instant messaging*, mobiltelefoner og sms'er, og at det sker så hyppigt, at det bliver en livsstil. Menneskets måde at leve og arbejde med konstante afbrydelser på har således skabt en ny bevidsthedsform og ført til delt opmærksomhed, der på metaforisk vis sammenlignes med en alvorlig, livstruende forurening (31,32). Med andre ord udgør fænomenet afbrydelser på den ene side en mere eller mindre naturlig del af klinisk sygeplejepraksis og på den anden side et samfundsskabt vilkår. Som sådan bliver afbrydelser et allestedsnærværende fænomen, der risikerer at „forurene“ sygeplejepraksis. Når undersøgelsen således peger på afbrydelser som et fænomen, der både indgår i klinisk sygeplejepraksis og i det danske samfund, bekræfter det fund i Ploug Hansens kulturanalyse (10), der ses som en del af det danske samfund, præget af travlhed og afbrydelser.

Temaet *at være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis* blev forbundet med fænomenet *overblik*. Overblik blev omtalt som *at have styr på tingene og at få dagen til at glide*, hvilket drejede sig om at *kunne tåle afbrydelser* (være tilgængelig), men også at afbryde andre af hensyn til patienter og afvikling af dagens arbejde (at være fokuseret). Fænomenet overblik høres ofte anvendt i daglig tale, men er et forholdsvis nylig undersøgt fænomen inden for sygeplejen (13,33-35). Ifølge Hall (33-35) giver manglende overblik anledning til sårbarhed og usikkerhed, hvilket kan true mulig-

heden for at være på forkant med hændelserne eller at handle hensigtsmæssigt i en given situation. At have overblik og at være på forkant sidestiller den danske ledelsesfilosof Fogh Kirkeby (14) med at være klar til konfrontation. Denne undersøgelse yder bidrag til den eksisterende viden om fænomenet overblik. Dels når afbrydelser i klinisk praksis ses som nødvendige for at få overblik, dels når der med overblik følger en evne til at være på forkant og dermed kunne tåle afbrydelser eller måske helt forhindre disse.

I temaet *at være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis* kom *at miste fokus* til udtryk som en konsekvens af afbrydelser. Eksempelvis i forbindelse med de mange afbrydelser under medicindosering. Det er ikke ukendt, at afbrydelser kan føre til såkaldt utilsigtede hændelser. Beyea (36) peger på, hvordan afbrydelser foranlediget af spektakel på en operationsstue kan føre til forkert medicinadministration. Ifølge Sundhedsstyrelsens Temarapport (37) er afbrydelser i medicineringsprocessen ofte involveret i medicinrelaterede utilsigtede hændelser. Denne undersøgelse kaster ikke lys over medicinrelaterede utilsigtede hændelser foranlediget af afbrydelser. Men idet medicinrummet var det sted, hvor 80 ud af 410 afbrydelser blev registreret, og set i lyset af de alvorlige konsekvenser afbrydelser i forbindelse med medicindosering kan få for patienterne (5,37), bidrager denne undersøgelse med vigtig viden. En viden, der taget emnets alvorlige karakter i betragtning, kan bidrage til diskussioner om unødvendige afbrydelser og forebyggelse af medicinrelaterede utilsigtede hændelser på landets sygehuse.

I temaet *at være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis* kom *tilgængelighed* til udtryk som en åbenhed og imødekommenhed over for såvel patienter, pårørende som kolleger. At være *tilgængelig* over for patienter og pårørende ligger ifølge den norske sygeplejeteoretiker Kari Martinsen (38) i den professionelle omsorg. Sygeplejersken er gennem uddannelse socialiseret til at være sansende og kunne „se“ den etiske appel. Sansningen risikerer at blive tildækket eller „kvalt“, hvis afbrydelser forstyrrer sygeplejersken i nærværende og forstå-

ende relationer til patient og pårørende (39). Ifølge Wiklund bliver sygepleje da præget af „*der-væren*“ frem for „*med-væren*“ (40), hvilket kan forringe kvaliteten i sygeplejen. Denne undersøgelse bidrager imidlertid ikke med detaljeret viden om, hvorvidt afbrydelser påvirker sygeplejerskers *tilgængelighed* eller får konsekvenser for patient-sygeplejerske-relationen. Det er imidlertid tankevækkende, at relativt få afbrydelser er foranlediget af patienter. Hvordan kan det nu være? Kan det måske hænge sammen med, at patienter er særligt hensynsfulde over for personalet og ikke vil forstyrre (41) eller kan det forklares med, at kun 30 % af sygeplejerskens tid bruges i direkte patientkontakt (11)? Disse spørgsmål kunne være nødvendige og vigtige at lade være genstand for en nærmere undersøgelse. At være *tilgængelig* over for kolleger kom i undersøgelsen til udtryk som en særlig forståelse for hinanden, eksempelvis når den mindre erfarne sygeplejerske søgte råd og vejledning hos den mere erfarne kollega, og den erfarne accepterede denne afbrydelse med ordene: „*Jeg har svaret*“. En forståelse, som kan anskues som en kollegial loyalitet og forpligtigelse til at hjælpe og støtte hinanden (42) samt et kollegialt ansvar for at skabe og opretholde gode samarbejdsforhold (43).

Når afbrydelser udlægges som et dilemma mellem *at være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis*, ses et skisma mellem at etablere og vedligeholde en god relation til patienten og samtidig efterleve krav om effektivitet og kvalitet i de sundhedsfaglige ydelser i en travl hverdag (11). I bestræbelserne på at tilgode alle parter i enhver situation kan sygeplejersker legalisere afbrydelser i kraft af *tilgængeligheden*, men samtidig hindre nære omsorgsrelationer (44). Det kan betyde, at fagligheden bliver et kompromis mellem at få tingene til at hænge sammen og samtidig legitimere sygeplejen i en travl hverdag (45). At skulle håndtere dilemmaet mellem *at være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis* synes ikke at være let i en tid hvor økonomisk effektivitet, krav om kvalitet og efterlevelse af idealer om den gode sygepleje ser ud til at være stadig mere modsætningsfyldte. Dilemmaet peger med al tydelighed på kompleksiteten i afbrydelser i klinisk syge-

plejepraksis og rejser en række diskussioner. Eksempelvis om hvordan en sygeplejefaglig identitet bevares til gavn for klinisk sygeplejepraksis.

Diskussion af metode

Denne undersøgelse er gennemført over en kort periode på ni arbejdsdage og indbefatter 60 timers observationer. Den anvendte tid i felten har været styret af undersøgelsens tidsmæssige ramme. Det har derfor været nødvendigt at gå på kompromis med forskningsstrategien, der lægger op til konstant pendulering mellem observation, beretninger og interview over tid, indtil en vis form for empirisk mæthed indfinder sig (13). Havde opholdet i felten været længere, og var andre hospitalsafdelinger inddraget, ville andre nuancer samt større dybde i det empiriske materiale være indfanget. Derfor peger denne undersøgelse kun på en flig af fænomenet afbrydelser, som det viser sig og opleves i klinisk sygeplejepraksis. Undersøgelsen er udført i en kendt kultur, hvilket kan have forstyrret den refleksive tilgang, som feltforskning lægger op til (20). Det kan derfor ikke udelukkes, at den forforståelse, der er bragt med ind i felten, har influeret på fundene. Dette på trods af bevidstheden om og eksplicitering af egen forforståelse før ophold i felten. Med henblik på at styrke fundenes gyldighed er informanternes udsagn i høj grad inddraget.

Konklusion og kliniske implikationer

Formålet med denne undersøgelse var at give et billede af fænomenet afbrydelser i klinisk sygeplejepraksis og at undersøge betydningen af sygeplejerskers adfærd i forbindelse hermed. Undersøgelsen tog afsæt i følgende aspekter:

- afbrydelser er et velkendt fænomen
- afbrydelser er et underforstået fænomen
- afbrydelser er beskrevet som delfund i studier
- afbrydelser er et fænomen, som ikke tidligere har været genstand for undersøgelse.

Det kan konkluderes, at afbrydelser både udgør en naturlig del af klinisk sygeplejepraksis, ligesom afbrydelser er et samfundsskabt vilkår. Som sådan er afbrydelser et allestedsnærværende fænomen, der i klinisk sygeplejepraksis viser sig i mange forskellige rum og kontekster i relation til forskellige samarbejdspartnere eller arbejdsopgaver. Det kan også konkluderes, at sygeplejersker afbryder sygeplejersker, ligesom sygeplejersker lader sig afbryde. Afbrydelser i forbindelse med medicindosering er særligt udtalte. Det kan endvidere konkluderes, at afbrydelser er forbundet med et dilemma mellem både at være tilgængelig og fokuseret i klinisk sygeplejepraksis. Heri ligger sygeplejerskers evne til at oppebære en professionel relation og samtidig fokusere på kvalitet og effektivitet i de sygeplejefaglige ydelser. Evnen til at stå i dette spændingsfelt og forhindre at sygeplejepraksis forstyrres af unødvendige afbrydelser, handler om overblik i klinisk praksis. At afbryde andre og selv lade sig afbryde har betydning for overblikdannelse, og med overblik følger det at være på forkant, at kunne tåle afbrydelser eller måske forhindre disse.

Taget fænomenets udbredelse i betragtning, som det påpeges i denne undersøgelse, kan der argumenteres for nødvendigheden af, at afbrydelser som fænomen løftes op fra det konkret situationsorienterede niveau og gøres til genstand for en drøftelse i fagkollektivet. Det er som platform for en drøftelse, at denne undersøgelse vurderes at kunne få betydning for praksis. Eksempelvis i forhold til forståelse for hinanden og for den adfærd, der bringes med ind i det faglige fællesskab. Dette mhp. at skabe forhold for sygeplejen i en afdeling, der hviler på faglige og værdimæssige overvejelser.

Uddannelses- og udviklingsansvarlig
sygeplejerske, MKS
Liselotte Brahe
Hjerte-Lunge-Karkirurgisk Afdeling T
Århus Universitetshospital Skejby
Brendstrupgårdsvej 100, 8200 Århus N
lisebrah@rm.dk

Sygeplejerske, cand.cur., ph.d.
 Postdoc i klinisk sygepleje
 Erik Elgaard Sørensen
 Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje
 Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital
 Sdr. Skovvej 15, 9000 Aalborg
 ees@rn.dk

LITTERATURLISTE

1. Brahe L. Hvordan afbrydelser viser sig i klinisk sygeplejepraksis belyst ud fra sygeplejerskeperspektivet. Masterprojekt. Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab 2007.
2. Sommer C. Lad kollegaerne dispensere i ro. Sygeplejersken 2008; 10.
3. Scheel M. Interaktionel sygeplejepraksis. København: Munksgaard, 2005; 3. udg., 1. opl.
4. Hvidtfeldt J. Dårlige rutiner og svag ledelse skader arbejdsmiljøet. Sygeplejersken 2001; 11.
5. Ravn E. Chokerende højt antal fejl. Sygeplejersken 2007; 25.
6. Bjørnsson K. Udbrændthed eller synliggørelse. Sygeplejersken 2001; 29.
7. Bjerre K. Sygeplejersker er konfliktsky. Sygeplejersken 2007; 23.
8. Speier C, Valacich J.S. et al. The Influence of Task Interruption on Individual Decision Making: An Information Overload Perspective. Decision Sciences, USA 1999; vol.30 no.2.
9. Petersen HD. Sygehuskultur og et offentligt register for påtale vedrørende lægelovens § 6. Ugeskrift for Læger 2005; 167(16):1776.
10. Hansen HP. I grænsefladen mellem liv og død. Gyldendalske Boghandel, København: Nordisk Forlag A/S; 1995.
11. Holm-Petersen C. Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver. Institut for Organisation og Arbejdssociologi CBS 2006.
12. Scheel ME, Pedersen BD, Rosenkrans V (2008). Interactional nursing. A practice theory in the dynamic field between natural, human and social sciences. Scandinavian Journal of Caring Sciences 22, 629-636.
13. Sørensen EE. Sygeplejefaglig ledelse En empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen. Ph.d.-afhandling Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet Aarhus Universitet, Aarhus 2006.
14. Kirkeby O.F. Det nye lederskab. København: Børsens Forlag A/S; 2004.
15. Wakefield A. The changing „shape“ of the nursing station. Content Management Pty Ltd., Contemporary Nurse 2002; vol.13.
16. Just E. Viden og læring i sundhedsfaglige praksisfællesskaber. Det Samfundsvidenskabelige Fakultet og Institut for Læring, Aalborg Universitet 2005.
17. Hamran T. Plejekulturen. Oslo: Borgens Forlag, 1994; 1. udg., 1. opl.
18. Dickson A. Kvinder på job. København: Det lille Forlag, 2000; 1. udg., 1. opl.
19. Ellingsen S. Omsorgens vilkår sett i lyset av tiden som fenomen. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2005; vol.7:3.
20. Hammersley M, Atkinson P. Feltmetodik – grundlaget for feltarbeid. Ad Notam Gyldendal 1998.
21. Olsen H. Kvalitative Kvaler. Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet. Akademisk Forlag A/S 2002
22. Maunsbach M & Lunde IM. Udvælgelse i kvalitativ forskning. I: IM Lunde & P Ramhøj et al. (red).. Humanistisk Forskning Indenfor Sundhedsvidenskab, p. 142-53. København: Akademisk Forlag A/S; 1996.
23. Kvale S. Interview. København: Hans Reitzels Forlag; 1997.
24. Nordic Nurses Federation. Ethical guidelines for Nursing research in the Nordic Countries 2003. Ref. Type: Catalog.
25. Erichsen V. Profesjonsmakt På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon. Oslo: Tano Aschehoug; 1996.
26. Lyngaa J. Pigerne i hvidt. København: Munksgaard; 1995.
27. Malchau S. Kaldet – et ophøjet ord for lidenskab. Videnskab & Sygepleje. Sygeplejersken 1998; 47:34-50.
28. Hall E. Four generations of nurse theorists in the U.S. An overview of their questions and answers. Vård I Norden 1997; 17:15-23.
29. Kupferberg F. Kald eller profession – at indtræde I sygeplejerskerollen. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 1999.

30. Wackerhausen S. Teknologi, competence og vidensformer. *Philosophia* 1992; 20:3-4.
31. Munk TB. Emails gør dig dummere end tjald: 2006 (besøgt 16. marts 2009). <http://www.kommunikationsforum.dk/default.asp?articleid=12477>
32. Jett Q.R, George J.M. Work interrupted: A closer look at the role of interruptions in organizational life. *Academy of Management Review* 2003; vol.28,no. 3, 494-507.
33. Hall EOC (1998). Preparatory, instant and integrative overviews. A phenomenological analysis of themes arising from a study of the transfer of young children to or from intensive care. *Sygeplejersken* 1998(14), 52-63.
34. Hall E. Fra afdeling til afdeling. En fænomenologisk undersøgelse af indholdet i sygeplejen ved et lille barns overflytning til eller fra intensiv afdeling. Ph.d.-afhandling. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet Aarhus Universitet, Danmarks Sygeplejehøjskole; 1999.
35. Hall EOC (2001). From unit to unit: Danish nurses' experiences of transfer of a small child to and from an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2001; 17, 1-10.
36. Beyea SC. Noise: A distraction, Interruption, and Safety Hazard. *AORN Journal* 2007; 86 (2): 281-285.
37. Sundhedsstyrelsen Temarapport 2005: Utilsigtede hændelser i forbindelse med medicin.
38. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. København: Munksgaard; 2000.
39. Martinsen K, Erikson K. Å se og Å innse Om ulike former for evidens. Oslo: Akribe AS; 2009.
40. Wiklund L. Omsorgsvidenskab i klinisk praksis. Åbo; Åbo Akademi; 2005: 64.
41. Barner- Rasmussen Peter. E er så søde, men de har så travlt. *Sygeplejersken* 2003;11.
42. Dansk Sygeplejeråd. De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Sygeplejeetisk Råd; 2004.
43. Madsen I.M, Weile L. Ansvar og ansvarlighed. Munksgaard 1984;91;1.udg., 2.opl.
44. Delmar C. Tillid og magt. København: Munksgaard; 1999.
45. Eriksen Rask T. Sygeplejekultur i erhverv og uddannelse. Kontakst Gruppen 1986.