

# Sygeplejestuderendes muligheder for læring og udvikling af professionsidentitet i et komplekst sundhedsvæsen



Masterprojekt i Uddannelse og Læring, Roskilde Universitet  
Maj 2024

Jeanette Jensen studienr 75388 & Louise Stenør studienr 72377

Vejleder: Anders Siig Andersen  
Anslag: 131.980

## Abstract

**Problem: How do nursing students at the Medical Department experience their opportunities for learning and developing professional identity, and how does the societal and organizational framework, including a nursing strategy, contribute to shaping these opportunities?**

When NPM was introduced in the Danish healthcare system it caused a paradigm shift, this led to prioritization of market economy discourse with focus on, efficiency, measurability and financial management, resulting in relational nursing being deprioritized, thus changing nursing's core tasks. Now a nursing strategy with focus on relational care is launched, does this affect the nursing students?

Methode: The chief nurse was asked why a general nursing strategy with Fundamentals of Care as a conceptual framework was necessary. Furthermore, we observed and conducted ethnographic interviews with four nursing students in their last internship to see how they used their time, how they adapt and work in clinical practice. Lehn and Holen as well as Wakherhausen's theories were used as thinking tools in relation to the analysis.

Conclusion: Our empirical study points to the importance of being part of the professional community and the support from supervisors and staff to a great extent influence the formation of a professional nursing identity. The governing logics of the individual departments and the supervisor's perception of the core tasks of nursing impacts the students' development and what is learned. The strategy stresses the desired focus on relational care. Students may use the strategy as an argument for relational nursing and to articulate and discuss nursing care. If the demand for relational patient centered nursing is not backed by a vision of more time and less focus on cost benefit, then it is just another demand that clinical practice has to meet.

## Indhold

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 Baggrund .....                                                                              | 4  |
| 2 Indledning.....                                                                             | 5  |
| 2.1 Sygeplejefprofessionens historie .....                                                    | 5  |
| 2.2 Sygeplejen i et politisk og samfundsmæssigt perspektiv .....                              | 6  |
| 2.3 Fundamentals of Care som modtryk.....                                                     | 6  |
| 2.4 Afgrænsning .....                                                                         | 7  |
| 3 Problemformulering .....                                                                    | 8  |
| 4 Projektets opbygning .....                                                                  | 8  |
| 5 Begrebsafklaring.....                                                                       | 8  |
| 5.1 New public management (NPM).....                                                          | 8  |
| 6 Sygeplejen i et politisk og samfundsmæssigt perspektiv .....                                | 9  |
| 7 Tekstanalyse af strategien for sygepleje i Medicinsk Afdeling og interview af ledelsen..... | 11 |
| 7.1 Strategien.....                                                                           | 12 |
| 7.2 Interview med Chefsygeplejersken .....                                                    | 15 |
| 7.3 Delkonklusion.....                                                                        | 16 |
| 8 Empirisk undersøgelses- og analysemetode .....                                              | 16 |
| 8.1 Videnskabsteoretisk afsæt .....                                                           | 16 |
| 8.2 Undersøgelsesmetode .....                                                                 | 17 |
| 8.2.1 Observationsstudie.....                                                                 | 18 |
| 8.2.2 Adgang til fire medicinske afsnit.....                                                  | 18 |
| 8.2.3 Indledende kontakt .....                                                                | 19 |
| 8.2.4 Etnografiske interviews .....                                                           | 19 |
| 8.2.5 Informanter .....                                                                       | 20 |
| 8.2.6 Transskriptioner.....                                                                   | 20 |
| 8.2.7 Ethiske overvejelser.....                                                               | 20 |
| 8.3 Analysemetode af observationer og etnografiske interviews med studerende .....            | 20 |
| 8.3.1 Brug af citater .....                                                                   | 21 |
| 8.3.2 Fortrolighed med empiri.....                                                            | 21 |
| 8.3.3 Generering af startkoder .....                                                          | 21 |
| 8.3.4 Søgning efter temaer.....                                                               | 21 |
| 8.3.5 Gennemgang af temaer.....                                                               | 22 |
| 9 Teoretisk grundlag for analysen .....                                                       | 22 |
| 9.1 Valg af teoretikere .....                                                                 | 22 |

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 9.2 Sine Lehn og Mari Holen om plejelogikker .....                         | 23 |
| 9.3 Steen Wackerhausen om professionsidentitetsdannelse .....              | 25 |
| 10 Kvalitetskrav .....                                                     | 28 |
| 11 Analyse .....                                                           | 28 |
| 11.1 Krydspres .....                                                       | 29 |
| 11.1.1 NPM og dennes indflydelse .....                                     | 30 |
| 11.1.2 Kravet om fleksibilitet, prioritering og frygten for at fejle ..... | 33 |
| 11.1.3 Delkonklusion .....                                                 | 35 |
| 11.2 Diskrepans .....                                                      | 35 |
| 11.2.1 Ønsket om relationel sygepleje .....                                | 36 |
| 11.2.2 Tiden som faktor .....                                              | 38 |
| 11.2.3 Delkonklusion .....                                                 | 40 |
| 11.3 “Vores slags” .....                                                   | 41 |
| 11.3.1 Fællesskabet .....                                                  | 41 |
| 11.3.2 Måden at tale sygepleje på .....                                    | 46 |
| 11.3.3 Delkonklusion .....                                                 | 49 |
| 12 Konklusion .....                                                        | 49 |
| 13 Diskussion .....                                                        | 50 |
| 13.2 Diskussion af teori .....                                             | 51 |
| 13.3 Diskussion af fund .....                                              | 52 |
| 14 Litteratur .....                                                        | 54 |

## 1 Baggrund

Vi er to uddannelsesansvarlige sygeplejersker på en Medicinsk afdeling, hvor vi arbejder med undervisning og vejledning af studerende i praksis. Vi har på baggrund af dette interessefelt valgt at tage en Master i Uddannelse og Læring på Roskilde Universitet.

Vi har et ønske om at lave et projekt, der kan gøre os klogere på vores daglige virke og de studerendes muligheder for læring og udvikling af professionsidentitet i fremtiden.

Vi oplever i disse år, at sygeplejefaget er under pres, der er sket store ændringer i måden at arbejde på, den manglende arbejdskraft har forårsaget opgaveglidninger, de politiske og samfundsmæssige rammer har ændret sig, og uddannelsen er blevet akademiseret, for blot at nævne nogle af de påvirkninger, der er på sygeplejefaget (Tram 2017 s 2, Dahl & Arp 2023 s 57-63).

Vi har som sygeplejersker alle nogle kvalitets forestillinger om, hvad god sygepleje er, og i en travl hverdag er det ikke altid muligt at leve op til de kvalitetskrav. Uanset om de vedrører omsorg, relationer, klinisk overblik, beslutningstagen eller udførsel af konkrete opgaver.

Når sygeplejersker generelt føler, at faget er presset, er det endnu sværere at være studerende.

Vi oplever, at de studerende kæmper med at finde deres professionsidentitet i et felt med mange krav og forventninger til, hvad de skal præstere. Sygeplejen i dag fordrer, at man skal arbejde effektivt, kvalitetssikkert, evidensbaseret og specialiseret samtidig med, at man skal være omstillingsparat, relationel og samarbejdsvillig. Vi oplever, at de studerende bliver frustrerede over det, de skal kunne nå, og at de udtrykker usikkerhed i forhold til prioriteringen af opgaver. Derfor er der ikke altid sammenhæng mellem den sygepleje, de ønsker at yde og det, der er muligt inden for rammerne. Vores oplevelser bakkes op af en evalueringsrapport fra Danmarks Evalueringsinstitut, der har undersøgt de studerendes oplevelser af studiepraktikken på de store professionsuddannelser. I rapporten fremgår det, at de sygeplejestuderende er bekymrede for det hårde arbejdsmiljø, og at de oplever, at de ikke kan slå til som professionelle pga manglende ressourcer (Ludvigsen 2023 s 1). Derudover viser rapporten, at kun 55% af de sygeplejestuderende forventer at arbejde inden for faget om fem år (Ibid). Dette er problematisk, da vi lever i en samtid, hvor sundhedsvæsenet er under pres, og manglen på sygeplejersker er stigende (Damvad analytics 2021 s 20).

Kari Martinsen, som er filosof og sygeplejeforsker, udtaler i et interview med Morgenbladet at;

*“Vi har tatt pleien ut av sykepleien”* (Martinsen 2023 s 10).

Hun pointerer, at vi har fået målstyring samt nøje specificerede og kvantificerbare opgaver.

Sygeplejersker bruger i dag mere tid på at rapportere, hvordan de leverer på forskellige måltal end

på patientkontakt. Dette står i kontrast til, at det, patienterne har brug for, er at blive mødt med et venligt blik, og blive lyttet til. At opnå den type relation med patienten kræver tid og nærvær (Ibid).

Vi er i dette projekt nysgerrige på, om det er de mange varierende krav til sygeplejen, der gør det uklart, hvad sygeplejens kerneopgaver er, og om dette kan medvirke til, at man som studerende kan have svært ved at finde sin professionsidentitet.

Søger de studerende ind på uddannelsen, fordi de ønsker omsorgs- og relationsarbejde med mennesker, men oplever i stedet at bruge tiden på alt andet? Oplever de diskrepanser mellem de sygeplejeopgaver, de yder og dem, de ønsker at yde?

Ved at undersøge de studerendes perspektiv ønsker vi at få indsigt i samspillet mellem de samfundsmæssige- og organisatoriske rammer og vilkårene i det konkrete arbejde og de sygeplejestuderendes oplevelse heraf. I dette projekt har vi således et særligt fokus på, hvordan de modsætningsfyldte krav i arbejdet og de sociale relationer på arbejdspladsen danner rammerne for de studerendes etablering af en professionsidentitet.

## 2 Indledning

### 2.1 Sygeplejefprofessionens historie

Der er globalt set og særligt i de vestlige lande sket en bevægelse i sygeplejen, hvor sygeplejen er blevet distanceret fra de relationelle opgaver, som er at skabe en relation til og yde omsorg for patienten. Dette til trods for, at flere internationale studier dokumenterer, at patienters behov for sygepleje ikke imødekommes tilstrækkeligt, hvilket forringer patientsikkerheden og kvaliteten af sygeplejen (Ausserhofer et al. 2014 s 3).

Sygeplejens historie har været en lang kamp for en selvstændig profession. I Danmark blev de første skridt taget i 1876, hvor Københavns Kommunehospital oprettede sygeplejeuddannelsen. Endnu et afgørende skridt på vejen var stiftelsen af Dansk Sygeplejeråd (DSR) i 1899. Den egentlige statsautorisation kom i 1933 (Stenholt 2001 s 619). I 1956 overgik uddannelsen til selvstændige sygeplejeskoler indtil 2001, hvor uddannelsen akademiseres og bliver en professionsbachelor, med mulighed for at tage en kandidatgrad i sygepleje (DSR 2024 s 1). Herefter bliver en af de styrende logikker, akademisering og forskning inden for eget felt. I Danmark følger man den globale udvikling med mere uddannelse og øget akademisering for at imødegå konkurrencestatens krav om effektivisering, evidens og viden samt at højne sygeplejefagets status (Stenholt 2001 s 631). Akademiseringen har betydet mere fokus på teori, og i en årrække har

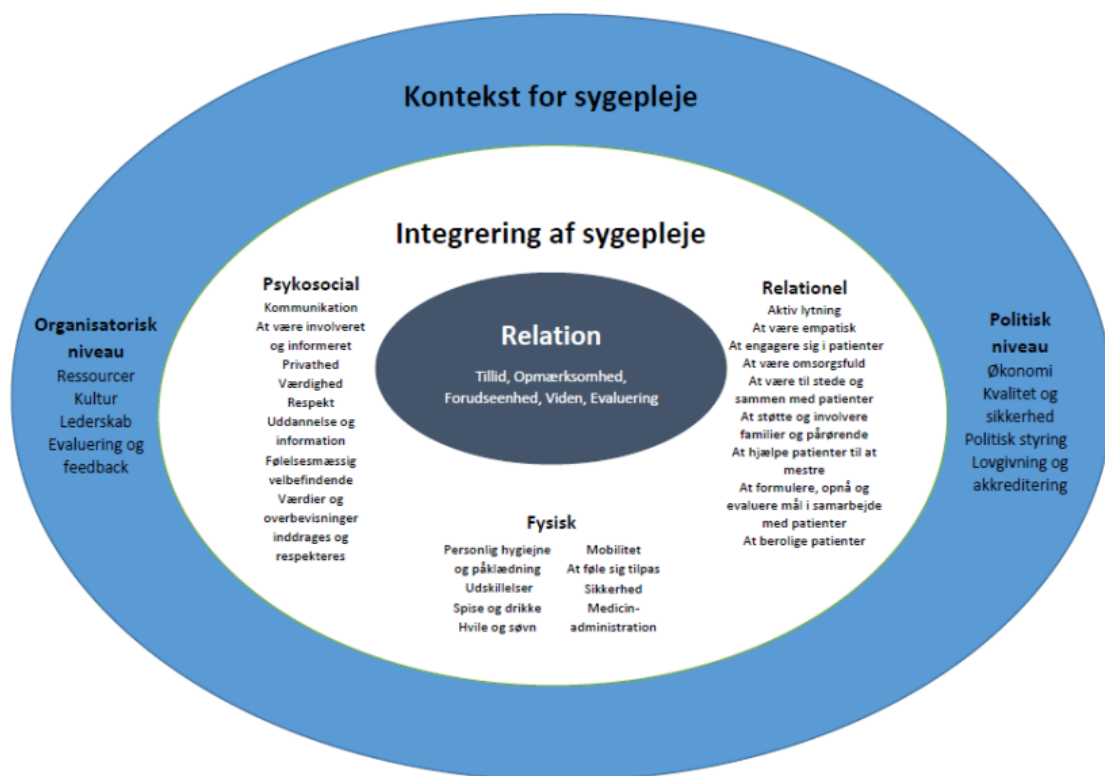
praksis været nedprioriteret. I en travl hverdags praksis betyder det, at basale sygeplejeopgaver, som personlig pleje, er blevet talt ned og overtaget af andre faggrupper (Kühnau 2020 s 2).

## 2.2 Sygeplejen i et politisk og samfundsmæssigt perspektiv

Politisk og samfundsmæssigt bevæger vi os fra velfærdsstat til konkurrencestat, og dette har medført en markedsøkonomisk tankegang og diskurs inden for sundhedsvæsenet. Politiske målsætninger og økonomisk styring har haft indflydelse på regionernes forvaltning af sygehusene, hvilket har ændret sygeplejerskernes opgaver og vilkår, og dermed også opfattelsen af sygeplejens kerneopgaver. Da viden om de samfundsmæssige og organisatoriske rammer udgør et vigtigt formål for masterprojektet, vil dette blive yderligere belyst i et selvstændigt afsnit (Afsnit 6).

## 2.3 Fundamentals of Care som modtryk

Forskning viser, at den basale sygepleje halter (Kitson et al 2013 s 3). Det er svært at rekruttere og fastholde sygeplejersker, og der er flere sager om forråelse i plejen af patienter (Birkemose 2023 s 21-54). Dette er bl.a. et resultat af økonomiske besparelser og effektivisering, hvilket har ændret diskursen inden for sundhedsvæsenet (Funch 2015 s 2). Krydspresset mellem de mange krav, ændret opgaveportefølje, samt nedprioritering af den basale sygepleje har inden for de sidste ti år skabt et modtryk fra sygeplejerskerne både nationalt og internationalt. Dette modtryk har medført et større fokus på kerneopgaven, som det relationelle aspekt i sygeplejen og danner baggrund for begrebsrammen Fundamentalt of Care (FoC) (Damsgaard et al. 2021 s 26). Det er denne begrebsramme, som danner grundlaget for den sygepleje strategi, som er implementeret i Medicinsk Afdeling. FoC er en nyere teoretisk forståelsesramme for sygeplejen, der med inspiration fra sygeplejeforsker Virginia Hendersons tænkning om sygeplejefagets unikke og centrale opgaver, sætter fokus på omsorg og relationel sygepleje med øje på planlægning og udøvelse af situationsbestemt og individualiseret sygepleje. Dens hovedmål er, at patienten og sygeplejerske i en tryk og kompetent atmosfære foretager en fælles vurdering af patientens situation (Damsgaard et al. 2021 s 2, Sørensen et al. s 17). Kernen er den nødvendige ”relation” til patienten, den midterste ring ”integrering af sygeplejen” er fokus på situations bestemt person centreret sygepleje, og den yderste ring ”konteksten for sygeplejen” er de rammer, hvori sygeplejen udøves (se figur 2).



Figur 2 Model af FoC begrebsramme (Damsgaard et al. 2021 s 21)

## 2.4 Afgrænsning

Vi oplever således, at sygeplejestuderende skal forsøge at finde deres identitet som sygeplejersker i en hverdag, der i praktikken er præget af flere modsatrettede krav. De træder ind på et arbejdsfelt, hvor den politiske rammesætning længe har været præget af effektivisering, der er sket en akademisering af uddannelsen, og de lander i et modtryk, hvor fokus tager udgangspunkt i det rationelle. Forråelse i sygeplejen er blevet et politisk emne, og patienter er utilfredse med den basale pleje. Vi er derfor nysgerrige på, om der er et reelt ønske om at få mere fokus på den relationelle sygepleje, eller om det er en politisk kapring af omsorgsbegrebet for at imødekomme den øgede opmærksomhed på patienternes utilfredshed og konsekvenserne af de manglende sygeplejersker.

Denne udvikling afspejles i den Medicinske afdeling, hvor vi er ansat, da ledelsen i 2022 indførte en strategi for sygeplejen med Fundamentals of Care som begrebsramme. Afdelingen har gennem de sidste årtier prioriteret datadrevet ledelse, effektivitet og hård økonomistyring, så hvorfor vælge en sygepleje strategi med udgangspunkt i FoC? Vi er interesserede i at finde ud af, om



implementeringen af en sygeplejestrategi, der har fokus på den relationelle og personcentrerede sygepleje har betydning for de sygeplejestuderendes praktik i afdelingen.

Vi valgte at indsamle empiri på Medicinsk Afdeling, hvilket gav os nem adgang til feltet og ramte vores interessefelt. Empirien blev indsamlet i afdelingens forskellige medicinske specialer på tre sengeafsnit og i et dagafsnit over fire forskellige observationsdage.

Dette fører os frem til følgende problemformulering:

### 3 Problemformulering

***Hvordan oplever sygeplejestuderende på Medicinsk Afdeling deres muligheder for læring og udvikling af professionsidentitet, og hvordan bidrager de samfundsmæssige og organisatoriske rammer herunder strategien til at forme disse muligheder?***

### 4 Projektets opbygning

For at belyse ovenstående problemformulering vil vi indledningsvis præsentere projektets centrale begreber samt den politiske og samfundsmæssige udvikling af sygeplejen. Da vi er interesseret i, hvad indførelsen af strategien har af betydning, har vi valgt at lave en tekstanalyse af strategien og herefter se på ledelsens argumentation for indførslen af denne. Herefter vil vi redegøre for vores videnskabsteoretiske afsæt samt empiriske undersøgelses- og analysemetode. Dernæst vil vi fremlægge vores teoretiske grundlag for analysen, hvor vi anvender Lehn og Holen, der beskæftiger sig med plejelogikker og Steen Wackerhausen, der teoretiserer udvikling af professionsidentitet. Forholdet mellem vores teorivalg og analyse har været iterativ. Afslutningsvis vil vi opsummere centrale pointer i en konklusion, efterfulgt af et diskussionsafsnit.

### 5 Begrebsafklaring

#### 5.1 New public management (NPM)

Det er ifølge Hildebrandt den engelske forsker Christopher Hood, der i 1991 lancerede begrebet New public management (NPM). NPM er en samlet betegnelse for en række af de seneste årtiers administrative reformer af den offentlige sektor. Det er således en paraplybetegnelse for beslægtede men forskellige tiltag, der har til hensigt at rationalisere og effektivisere den offentlige sektor, herunder sundhedsvæsenet. Begrebet indebærer overordnet to rationaler overtaget fra den private sektor: En øget brug af markedsmekanismen og en højere grad af mål- og resultatstyring (Weise

2016 s 18, Funch 2015 s 3).

## 5.2 Profession

Laursen og Moos har ud fra en sociologisk begrebsramme opstillet en række minimumskrav for, at et fagområde kan kaldes en profession. En profession betegnes som en selvstændig uddannelse med egen videnskabelig institution, som er alment anerkendt og har monopol på visse arbejdsfunktioner. Professionens medlemmer skal være organiseret og have en faglig, kollektiv og etisk normativitet, og de professionelle skal kunne identificere sig med faget og føle sig ansvarlige for samfundets fælles gode (Laursen et al. 2012 s 19).

## 6 Sygeplejen i et politisk og samfundsmæssigt perspektiv

Siden efterkrigstiden har verden og særligt de vestlige lande været præget af global vækst. Der er blevet indgået økonomiske aftaler, der satte skub i den industrielle og teknologiske udvikling, og fundamentet for den danske velfærdsstat blev skabt. Den opbygges på værdier som demokrati, økonomisk og social lighed, omfordeling af goder og uddannelse til alle, men resulterer også i en voksende offentlig sektor og et højt skattetryk (Pedersen 2015 s 14-19). I 1970'erne rammes verden af en global finansiell krise. Samarbejds- og økonomiske aftaler falder til jorden, og tiden er præget af arbejdsløshed og lav vækst. Dette skaber en øget teknologisk og økonomisk konkurrence de vestlige lande imellem, hvor fokus bliver omkostninger og produktivitet. Menneskesynet ændres fra velfærdsstatens stræben efter, hvordan vi som mennesker vokser og bliver gode medlemmer af et demokrati til, hvordan det enkelte menneske bidrager til konkurrencestatens produktivitet og økonomiske vækst. Dette er med til at forklare, hvorfor staten gennem en lang række reformer har fået nye opgaver og er blevet omorganiseret samtidig med, at der sker forandringer i de bagvedliggende idealer, herunder menneskesynet (Ibid). I Danmark fik det konsekvenser for sundhedsvæsenet og dermed sygeplejen.

I 80-90'erne var der politisk et ønske om at nedsætte udgifterne i det offentlige ved at effektivisere det danske sundhedsvæsen. Grundet den øgede kompleksitet af sundhedsområdet, centralisering, større medieinteresse samt den faglige og politiske debat oprettedes sundhedsministeriet i 1987 (SST 2024 s 3). Nationalt påvirkes politikken også af internationale strømninger og diskurser inden for sundhedsområdet bl.a. af organisationer såsom verdenssundhedsorganisationens WHO's konceptualisering af "patientsikkerheds venlige" hospitaler. Sikkerhedsprogrammer, der er tydeligt

forbundet til NPM's diskursive visioner om at forbedre sundhedsvæsenet for at sikre forbrugernes tilfredshed og tjenesternes pålidelighed (Jensen & Nielsen 2022 s 120-122).

De organisatoriske forpligtelser har ført til intensiverende overvågning af plejepraksis. Disse diskurser har haft stor betydning for kommunalreformen, regionale og statslige sundhedsvæsener i Danmark, og med sloganet 'Vi er til for dig' (Region Sjælland 2016) ses, hvordan NPM er slået igennem. Med NPM blev også begreber som "Lean", "Accelererede patientforløb" og "Den Danske Kvalitetsmodel" indført i sundhedsvæsenet og kom til at præge sygeplejerskernes hverdag.

Datadrevet ledelse, KPI'er og statistiske målinger blev en central del af sundhedsvæsenet, mens de relationelle opgaver fik mindre fokus (Hildebrandt 2015 s 26). Derudover ses et stigende antal love inden for sundhedsområdet, bl.a. frit sygehusvalg og patientforsikringsloven m.fl. I 2005 blev disse samlet i Sundhedsloven, som i højere grad sætter patienten i centrum af lovgivningen (SST 2024 s 3). For at sikre en tydelig og fælles retning mod højere kvalitet i sundhedsvæsenet aftaler KL, Danske Regioner og regeringen i 2016 otte nationale mål, og Sundhedsplatformen (SP) indføres i regionerne på Sjælland (SUM 2022 s 8, Svaneborg 2018 s 1). I takt med sundhedsvæsenets- og den teknologiske udvikling er der sket et stigende press på sygeplejen. Det øgede krav om effektivisering, specialisering og dokumentation har forskubbet og ændret sygeplejerskens arbejdsopgaver, således at de traditionelle kerneopgaver har fået mindre fokus (Dybbroe 2015 s 57). Ydermere er der sket en dobbelt opgaveglidning, så sygeplejerskerne har overtaget læge opgaver og har fået en mere koordinerende rolle end tidligere, mens sosu'ler har overtaget sygeplejeopgaver (Maier et al. 2018 s 2).

Udfordringen ved NPM er, at det er svært at måle på resultatet og vigtigheden af omsorg og pleje (Weise 2016 s 2). Wackerhausen, som er professor og filosof ved Aarhus universitet udtaler;

*"Effektivisering handler om mindre tid til opgaver. Men når der hverken er tid nok, og der heller ikke måles på disse menneskenære parametre, så ændrer praksis sig. Med praksis forandres selve professionens kerne og etos"* (Funch 2015 s 3, citat Wackerhausen).

Ifølge psykolog Dorte Birkemose ses der flere eksempler på moralsk stress i sygeplejefaget:

*"Når arbejdsvilkårene forhindrer sygeplejersker i at udføre deres arbejde forsvarligt, kan det rive og flå i deres moral, hvorved uhensigtsmæssige copingstrategier udvikles"* (Lind 2023 s 2, citat Birkemose).

Antropolog Dennis Nørmark mener, at der er en tydelig forklaring på, hvorfor man ser forråelse og

andre uhensigtsmæssige mestringsstrategier blandt sygeplejersker. Han mener, at sygeplejerskernes øgede pligt til at registrere, planlægge og dokumentere giver mindre tid til kerneydelserne. Når dette accepteres, bliver sundhedssystemet dysfunktionelt. Nørmark udtaler:

*“Vi skal passe på, at vi ikke får et bureaukratisk mindset, hvor vi glemmer at værne om sygeplejerskernes dømmekraft og almindelig faglighed”* (Lind 2023 s 2, citat Nørmark).

Med indførelsen af SP på Sjælland er der skabt nye krav om opgaveløsningen inden for bestemte tidsrum, således at ledelsen kan måle på opgaveløsning og effektivitet. Et eksempel er screeninger, der nu skal foretages hos alle patienter uanset, om det er relevant eller ej.

NPM har resulteret i flere opgaver, men tiden til opgaveløsningen er den samme. Resultatet af de nye “skal” opgaver, er således, at andre opgaver nedprioriteres. Hermed er det ofte politisk bestemt, hvilke arbejdsopgaver der er i fokus, og mere dokumentation betyder mindre tid hos patienterne.

*“New Public Management blev listet ind ad døren på det administrative niveau som et politisk neutralt effektiviseringsværktøj. Men realiteten er, at det er et markant samfundstransformerende tiltag med mange sociale og menneskelige konsekvenser”* (Funch 2015 s 3, citat Wackerhausen).

Nogle sygeplejersker oplever og italesætter, at grænsen er nået. De vil anerkendes for deres faglighed, de vil ikke kontrolleres og dokumentere unødigt, og de vil selv bestemme, hvordan deres opgaver prioriteres ud fra deres faglige skøn. Sygeplejerskerne vil bruge tiden hos patienterne i stedet for på kontoret (Withøfft 2023 s 2).

## 7 Tekstanalyse af strategien for sygepleje i Medicinsk Afdeling og interview af ledelsen

Vi startede projektet med en undren omkring det nye fokus relationel pleje gennem en sygeplejestrategi med FoC som begrebsramme i Medicinsk Afdeling. For at komme dette nærmere, valgte vi at lave en tekstanalyse af strategi dokumentet (Koch 2007 s 138) samt et interview med den øverste ledelse. Gennem tekstanalysen vil vi undersøge, hvordan og om de organisatoriske rammer for strategien påvirker de studerendes prioriteringer i deres sygepleje, og om den kan understøtte deres professionsuddannelse samt mulighed for udvikling og læring i afdelingen.

Strategien for sygepleje er et dokument skrevet af kliniske sygeplejespecialister i Medicinsk Afdeling på foranledning af og i samarbejde med den sygeplejefaglige ledelse. Med henblik på implementering i afdelingen blev strategien introduceret i efteråret 2022, hvor hele Medicinsk Afdeling var inviteret til et sygeplejesymposium.

Vi havde et afklarende interview med chefsygeplejersken i Medicinsk Afdeling mhp. at høre tankerne bag implementeringen og afklare, hvorfor en sygepleje strategi med FoC som begrebsramme var nødvendig. Vi havde på forhånd udarbejdet en interviewguide, og vi var opmærksomme på ikke at lade vores forforståelse resultere i en søgen efter bestemte svar, men i stedet at stille åbne spørgsmål, for at sikre en nuanceret besvarelse af vores spørgsmål. Vi er dog bevidste om, at vi foretog interviewet i egen afdeling, og at vores professionsidentitet derfor er præget af den samme forforståelse af kerneopgaverne i sygeplejen. I transskriberingen af interviewet blev vi opmærksomme på, at vi ubevidst ikke har været kritiske nok, da vi stillede uddybende spørgsmål. Dette skyldes muligvis, at det er et interview med vores øverste leder, og vi var derfor ikke så frie i vores spørgen, som vi troede.

## 7.1 Strategien

I det følgende afsnit vil vi præsentere konklusionerne fra vores tekstanalyse af strategi for sygeplejen i Medicinsk Afdeling. Strategien indeholder fire kerneområder:

*”For kerneområderne er det gældende, at relationen mellem patient, pårørende og sygeplejefagligt personale, skal være omdrejningspunktet for pleje og behandling” (SFU 2022 s 10).*

Inden for de fire kerneområder har man forsøgt at tydeliggøre, hvordan de enkelte områder skal udfoldes i praksis. Første kerneområde er sygepleje til den medicinske patient: I strategien fremgår det at:

*”Det sygeplejefaglige personale i Medicinsk Afdeling, efterspørger større fokus på grundlæggende sygepleje med vægt på den relationelle sygepleje” (SFU 2022 s 6).*

I forordet skrevet af chefsygeplejersken står, at strategi for sygeplejen skal sætte fokus på sygeplejens kvaliteter:

*”Sygeplejefagligt personale i alle funktioner medvirker til at skabe et rum for både den grundlæggende og specialiserede sygepleje” (SFU 2022 s 2).*

Vi tolker dette som et udtryk for, at der tidligere har manglet et rum til både basal- og specialiseret sygepleje. Strategien skal ifølge ledelsen tydeliggøre et selvstændigt virksomhedsområde, og der skal udvikles en evidensbaseret praksis, der opretholder faglig stolthed, der skaber værdi for patienter og pårørende i mødet med afdelingen.

FoC er den begrebsramme, som danner grundlaget for sygeplejestrategien, fordi FoC er forankret i den grundlæggende sygepleje og en personcentreret praksis. FoC skal bidrage med øget patientsikkerhed, højere kvalitet og skabe fagprofessionel stolthed. Her taler strategien ind i NPM, når man vil øge patientsikkerheden og højne kvaliteten med kunden i centrum. I strategien beskrives det ikke, hvordan disse mål skal imødekommes, eller hvilke opgaver der så skal prioriteres eller nedprioriteres. Med strategien ønsker ledelsen, at sygeplejen italesættes og sættes i fokus:

*”Med FoC får vi en begrebsramme, der danner udgangspunkt for et fælles sygeplejefagligt sprog, vi ønsker at styrke” (SFU 2022 s 7).*

FoC's begrebsramme skal bidrage til at forstå den ofte komplekse sygepleje, at forstå essensen af faget, samt støtte den kliniske beslutningstagen og daglige refleksioner (SFU 2022 s 11). Et ønske om at italesætte fundamental sygepleje og diskutere klinisk sygepleje koster ikke tid, men er en vigtig prioritering og kan hjælpe de studerende med at gennemskue praksis. Vi tolker valget af FoC som begrebsramme som et signal fra ledelsen om, at de ønsker at sætte fokus på den basale og relationelle sygepleje. Dette kommer til udtryk i strategien:

*”At yde en professionel, evidensbaseret sygepleje, med et fundamentalt fokus på relationsarbejdet” (Ibid.).*

Alt dette skal være forankret i vores monofaglige identitet, hvilket skal ske gennem en forståelse for essensen af sygeplejen. At arbejde evidensbaseret og have fokus på det relationelle er ikke modstridende, men evidens linkes ofte til noget målbart og taler ind i NPM, hvor det relationelle jo er svært at måle.

Andet kerneområde er uddannelse og vejledning: Her understreges vigtigheden af, at de studerende inviteres ind i praksisfællesskabet, og FoC skal på tre punkter have indflydelse i klinisk praksis:

1. FoC giver mulighed for at strukturere studerendes læring i klinikken
2. FoC fungerer som understøttende redskab til at lære, hvad sygepleje er og fordrer

3. FoC er medvirkende til at udvikle vejlederens egen vejlederpraksis (SFU 2022 s 14).

*”Det er vores helt klare strategi at holde fast i og fremhæve de dele af sygeplejen, der bliver glemt i en travl hverdag, herunder den sygepleje, der handler om at tale med patienten”* (SFU 2022 s 14).

Her kommer det til udtryk, at ledelsen erkender, at dele af sygeplejen er blevet implicit, og at den relationelle sygepleje har været nedprioriteret.

*”Sygeplejestrategi med afsæt i FoC vil understøtte en bevidsthed om, hvad sygepleje egentlig er, hvilket kan hjælpe med at tydeliggøre de egentlige sygeplejefaglige handlinger”* (Ibid.).

Vi tolker, at hvordan den enkelte vejleder italesætter og udøver sin sygepleje, får derfor stor betydning for den sygeplejestuderendes læring og udvikling. Der er i strategien forslag til, hvordan man rent praktisk imødekommer disse mål, ved bl.a. at tilbyde refleksion og sparring i dagligdagen. At de studerende følges af en fast vejleder, skaber de bedste forudsætninger for kronologisk udvikling og giver det sygeplejefaglige personale en bedre mulighed for at tage ejerskab for de studerendes klinik.

Tredje kerneområde er udvikling og forskning: Her er målet, at det skal gavne patienter og pårørende og styrkes der, hvor det får størst betydning for patienterne under indlæggelse. Dette stemmer overens med Sjællands Universitetshospital overordnede strategi for MVU-området (SUH 2020 s 15). Dette strategiske kerneområde taler med sit fokus på evidensbaseret forskning ind i NPM. Målet er tilfredse patienter, hvilket er i tråd med de overordnede visioner, mål og strategier på regionalt plan.

Fjerde kerneområde er, hvordan man ser den sygeplejefaglige ledelse inkorporere FoC i hverdagen: Afdelingslederens opgave bliver at sikre, at personalet trives og udvikles gennem en tillidsbaseret relation. De har ansvaret for arbejdsmiljøet og tværfagligheden og for at sikre implementeringen og udvikling af FoC som begrebsramme i hverdagen. Endvidere nævnes, at de sygeplejefaglige ledere skal:

*”Understøtte, motivere og dyrke den faglige stolthed, og vi forpligter os til, at være ambitiøse på sygeplejen, vores medarbejderes og fagets vegne. FoC bidrager til, at målrette sygeplejens selvstændige genstandsområde”* (SFU 2022 s 17).

Det kræver konsensus, at ledelserne rent faktisk understøtter og argumenterer for FoC i de enkelte afsnit. Implementeringen af strategien skal ud på mange matrikler, og øverste ledelse er ikke synlig på alle afdelinger på daglig basis. Til trods for en ledelsesmæssig vision er der ingen garanti for, at denne implementeres i klinisk praksis.

## 7.2 Interview med Chefsygeplejersken

I interviewet med øverste ledelse spurgte vi ind til, hvilke tanker der lå bag strategien, og hvorfor den var nødvendig. Svaret var, at det er vigtigt, at vi dokumenterer vores sygepleje, og at vi skal gøre os synlige som sygeplejersker, da hun tror på, at det øger fagligheden. Hun nævner flere gange, at strategien skal være med til at skabe et fælles sprog og vise, at vi rent faktisk gerne vil noget med sygeplejen.

Derudover lagde hun vægt på, at vi skal have noget:

*”vi kan måle på”, og at “der er nogle retninger, vi gør bedre end andre, eller hvor vi kan se, at vi har vores huller i osten”*

At måle og finde huller i osten taler direkte ind i NPM ledelsesstilen. Ledelsen giver ingen bud på, hvordan vi skal måle på relationsdannelse, og vi var desværre ikke kritiske og spurgte ind til dette i interviewsituationen. Hun siger endvidere, at sygeplejerskerne med strategien i hånden kan argumentere for og prioritere tid til den relationelle sygepleje. Hun fortæller, at hun, da hun overtog ledelsen, synes, at den medicinske patient blev italesat som svær, hun satte som mål at ændre den måde, vi talte om den medicinske patient. Vi tolker dette, som at hun ønsker at ændre narrativet om den medicinske patient, og derfor skal den relationelle sygepleje italesættes. Det fælles sprog og fagligheden skal styrkes, således forbedres sygeplejen ved at vægte relationen. Ledelsen vil gerne måle på patienternes og personalets tilfredshed, men nævner ikke hvordan. Da vi spørger ind til, hvorfor strategien bruger FoC som begrebsramme, svarer hun, at patienten skal være omdrejningspunkt for den sygepleje, der ydes i afdelingen, og at FoC peger på nogle grundlæggende elementer, som hun synes, sygeplejersker skal styrkes i og have sat ord på. Vi tolker, at hun oplevede, at sygeplejen i afdelingen kunne forbedres, bl.a. ved en mere patientcentreret tilgang.

I interviewet spurgte vi ligeledes ind til, hvordan de sygeplejestuderende får gavn af strategien. Hun svarer, at de kan læse den og se, hvad vi vil med sygeplejen i afdelingen og håber, at de herved får



lyst til at blive en del af det faglige fællesskab. Hun anerkender, at medlemskab af fællesskabet er vigtigt. Hun siger desuden, at:

*”Rollemodellerne, de stærke kræfter i en afdeling, har et rigtig stort ansvar for at gøre tingene rigtigt, og så skal vi hver dag være nysgerrige på, om det er den rigtige måde, vi gør det på, og så skal vi lytte til alle de nye, der kommer ud.”*

Hun refererer i interviewet til dengang, hun var en *“rigtig sygeplejerske”*, hvortil vi spørger hende, hvad en rigtig sygeplejerske er. Hun svarer:

*”En, der drager omsorg for de patienter, som er en del af sundhedsvæsenet, og som har overblik, rummelighed og overskud, og man er i relation til de mennesker, man samler.”*

Her kommer det til udtryk, at ledelsen vægter omsorg og den relationelle sygepleje højt, og at det for hende er sygeplejens ægte kerneopgave.

### 7.3 Delkonklusion

Strategien blev til på baggrund af en efterspørgsel fra sygeplejerskerne i afdelingen, der havde et ønske om mere tid og rum til den relationelle sygepleje. Derudover så ledelsen en sygepleje, som hun ønskede at højne. Hermed bliver det både af interviewet med øverste ledelse og strategien tydeligt, at der fra ledelsens side er et ønske om at sætte fokus på italesættelsen af og et fælles fagligt sprog som metode til at højne sygeplejen. Derudover ses elementer af NPM strategi både i strategien og i interviewet gennem et fokus på patientcentrering og evidensbaseret praksis. Dertil bliver det klart, at ledelsen fortsat har interesse for målbarhed, og hvor vi gør det bedre end de andre.

## 8 Empirisk undersøgelses- og analysemetode

Vi vil i det følgende komme ind på vores videnskabsteoretiske afsæt, herefter undersøgelses- og analysemetode.

### 8.1 Videnskabsteoretisk afsæt

Vi deler fænomenologiens interesse for fænomener, som de viser sig for de sygeplejestuderendes bevidsthed, og vi vil derfor inddrage begrebet livsverden. Den hermeneutiske tilgang benyttes til at

fremhæve forforståelsens betydning i fortolkningen af de sygeplejestuderendes oplevelsesperspektiv.

Fænomenologien er grundlagt af den tyske filosof Edmund Husserl og handler om at møde fænomenet, “som det viser sig” (Tanggaard 2017 s. 82). I dette projekt er vi optaget af at undersøge, hvordan sygeplejestuderende oplever deres muligheder for læring og udvikling af professionsidentitet. En grundtanke i fænomenologien er udtrykt gennem fænomenologisk reduktion, hvor hensigten er at være åben for at muliggøre en præcis beskrivelse af fænomenet, som det viser sig for de studerendes bevidsthed (Tanggaard 2017 s 84). Vi ønsker at undersøge det, der viser sig hos de sygeplejestuderende, men stiller os kritiske overfor præmissen om, at man kan sætte sin forforståelse i parentes. Da vi selv er sygeplejersker og arbejder på Medicinsk Afdeling, vil vores forforståelse naturligt være præget af en vis faglig bias, men vi vil forsøge at være opmærksom på den.

I dette projekt er det sygeplejestuderendes livsverden, vi er interesseret i, hvordan den fremtræder for den enkelte, og hvordan deres meninger og betydninger vil blive gjort synlige. Ifølge Husserl er livsverden subjektets oplevelser og erfaringer med den verden, subjektet lever i (Tanggaard, 2017 s 84).

Hermeneutikken er læren om fortolkning eller fortolkningskunst, og i dette projekt tages der udgangspunkt i den tyske filosof Hans-Georg Gademers moderne filosofiske hermeneutik (Gilje 2017 s 127). Ifølge Gademar er enhver forståelse forudgået af en forforståelse. Han lagde vægt på, at vi har formeninger forud for enhver meningsdannelse, og at vi forud for enhver vurdering allerede har en række fordomme, formeninger og bestemte briller, vi ser verden igennem (Gilje 2017 s 135). En central idé inden for hermeneutikken er den hermeneutiske spiral, som skitserer, hvordan vores forståelse formes af vores tidligere erfaringer og samtidig justeres af vores løbende tolkning af de enkelte dele og helheden i en cirkulær proces (Kristiansen 2017 s 160). I dette projekt kommer vores forforståelse i spil gennem tolkning af de sygeplejestuderendes oplevelser og giver anledning til en ny forståelse.

## 8.2 Undersøgelsesmetode

Vi vil i det følgende afsnit beskrive vores metodiske valg af observationer og etnografiske interviews, som vi har anvendt i indsamlingen af vores empiri. Indledningsvis foretog vi en

litteratursøgning for at skabe et overblik over eksisterende viden relateret til vores problemfelt. Denne søgning ses i bilag 1.

### 8.2.1 Observationsstudie

Projektets metodiske udgangspunkt er et kvalitativt design. Vi ønsker at undersøge og få indblik i, hvordan studerende handler i praksis, og hvordan de reelt bruger deres tid. Derudover om det krydspres de oplever, påvirker deres læring og udvikling i hverdagen, og om det får konsekvenser for dannelsen af deres professionsidentitet. Vi anvender derfor deltagerobservation som metode, da denne er velegnet til at få et indblik i, hvordan de studerende tilskriver deres verdensbillede mening og handling gennem social praksis (Kristiansen & Krogstrup 2015 s 88). Deltagerobservation gav os mulighed for at være iagttagende, mens vi som deltagere samtidig kunne mærke stemningen i afdelingen og de professionelles indbyrdes ageren. Derudover kunne vi observere, de studerendes handlinger, deres prioriteringer og deres reaktioner på hverdagspraksisser. Vi valgte at observere i alt fire studerende på 6. semester i deres sidste praktikperiode, lige inden de er færdige som sygeplejersker, da vi antager, at de arbejder mere selvstændigt.

### 8.2.2 Adgang til fire medicinske afsnit

Vi fik adgang til feltet ved at tage kontakt til afdelingsledelsen for fire medicinske afsnit mhp. at få lov til at observere de studerende i hver deres afdeling.

I første omgang ønskede vi, at alle fire observationer skulle foregå på forskellige sengeafsnit med samme overordnede ledelse og strategi, men da den ene studerende af flere omgange var forhindret i at møde op i klinikken, var vi nødsaget til at observere en anden studerende på et dagafsnit. En hverdag på et dagafsnit er anderledes end på et sengeafsnit, men vi ser stadig denne empiri som brugbar, da den kan bidrage med en anden vinkel på, hvad de studerende ser som vigtige opgaver, og hvorfor de handler, som de gør. Vores rolle var "observatøren som deltager", da vi kun havde kort kontakt med de studerende, og fordi observatørrollen var kendt (Kristiansen & Krogstrup 2015 s 119).

Vi observerede to studerende hver fordelt på fire forskellige dage. Vi valgte bevidst ikke at lave observationer på afsnit, vi selv havde kendskab til, da vi havde en forventning om, at det ville påvirke de studerendes ageren og svar. Vi vil fremadrettet henvise til de observerede afdelinger som afdeling A, B, C og D.

### 8.2.3 Indledende kontakt

Da adgangen til feltet ikke kun handlede om at opholde sig i et bestemt miljø, måtte vi være opmærksomme på vores egen adfærd som observatører. Vi valgte at observere iført uniform, dels af hygiejniske årsager, men også fordi det var genkendeligt for både studerende, kolleger, patienter og pårørende. Uniformen gjorde det nemmere at blende ind, så vi virkede så lidt forstyrrende som muligt, idet vi ønskede et virkelighedsnært og realistisk billede af de studerendes hverdag. Vi holdt os derfor i baggrunden, var høfligt uopmærksomme med det formål, at de studerende ikke skulle føle sig overvåget (Kristiansen & Krogstrup 2015 s 130).

Vi valgte både at observere og interviewe de studerende inden for samme vagt. Inden empiriindsamlingen gjorde vi os overvejelser om, hvordan vi skulle præsentere os selv og projektets formål, hvordan og hvor lang tid vi skulle observere og interviewe for at sikre empiriens sammenlignelighed. Vi lavede et observationsskema, som vi inddelte i en række forudbestemte kategorier på baggrund af vores egen faglige forforståelse om overordnede sygeplejeopgaver i en medicinsk afdeling (se bilag 2). Samtidig forholdt vi os åbne overfor nye kategorier, som kunne fremkomme under observationen. Inden empiriindsamlingen fik vi en faglig feedback fra flere af vores kollegaer, og vi gennemgik i fællesskab skemaet for at sikre, at vi var enige om, hvad der hørte til i de enkelte kategorier, således at vores observationer blev så ensartet som muligt. Vi aftalte at notere tid ud for hver observation, således at vi efterfølgende kunne udregne, hvor meget tid der blev brugt på hver kategori (se bilag 3). Umiddelbart efter endt observation nedskrev vi vores noter for ikke at glemme vigtig information eller indtryk.

### 8.2.4 Etnografiske interviews

Efter hver observation udførte vi et etnografisk interview med den studerende. Dette gav os mulighed for at stille uddybende spørgsmål til, hvorfor de handlede, som de gjorde, og hermed undgå overfladiske observationer og misfortolkning (Kristiansen og Krogstrup 2015 s 98). Desuden gav det os mulighed for at høre og uddybe, hvordan de tænker og føler sygepleje, samt spørge ind til for problemstillingen relevante emner.

Vi havde på forhånd udarbejdet en semistruktureret interviewguide med hjælpespørgsmål, der skulle sikre, at vi stillede spørgsmål til alle emner, men fortsat var åbne overfor nye emner (se bilag 4). Da det var vigtigt at kunne spørge ind til det observerede, valgte vi, at det var den, der observerede, som også lavede det etnografiske interview. Vi formodede, at vi gennem vores deltagerobservation fik skabt en tryk relation, der medførte fundamentet for en ærlig dialog.

### 8.2.5 Informanter

Projektets fire hovedinformanter, har vi valgt at kalde M, V, S og E. Vi er opmærksomme på, at de studerendes egne erfaringer og livsverden er med til at danne deres professionsidentitet (Wackerhausen 2004 s 58). På trods af dette vælger vi ikke at beskrive informanterne nærmere for at bibeholde deres anonymitet. Flere er blevet tilbudt ansættelser i afdelingerne, og detaljer om deres tidligere erfaringer og personlige karakteristika vil gøre det nemt at genkende dem.

### 8.2.6 Transskriptioner

For at få overblik og adgang til empiri har vi transskriberet alle observationer og interviews (Kristiansen & Krogstrup 2015 s 156). I transskriptionen og analysen af vores empiri har det været en styrke, at vi var to, der hver især har observeret og lavet interview. Vi har hørt og genhørt hinandens interviews og sammen gennemgået de udskrevne observations protokoller. Dette har givet mulighed for feedback og diskussioner af observationerne og for at høre og tolke materialet forskelligt. Hermed har vi kunne stille uddybende spørgsmål til det set og hørte samt fokusere på vores bevidste og ubevidste tolkninger. Processen har skabt flere nuancer og input til analysen.

### 8.2.7 Ethiske overvejelser

Vi har både inden og efter indsamlingen af vores empiri gjort os overvejelser om vores rolle og ansvar som forskere. Vi tager hensyn til den fortrolighed, som vores informanter viser os, og vi er opmærksomme på at vise empati og værne om informanternes integritet. Vi har gjort os overvejelser over, hvilke konsekvenser og betydning vores forskning evt. kunne have for deltagerne. Derfor anonymiseres data således, at de studerende ikke kan genkendes (Kvale & Brinkmann 2009 s 86). Vi har overholdt GDPR-regler og lovgivning, fået skriftlig informeret samtykke, og informanterne blev oplyst om deres rettigheder ([www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk)). Vi har overholdt forskningsetiketten, og de fire principper for god sygeplejeforskning i nord (SNN 2003 s 5-8).

## 8.3 Analysemetode af observationer og etnografiske interviews med studerende

I det følgende afsnit beskrives den anvendte analysestrategi herunder kodningsprocessen. Analysen er guidet gennem en tematisk analyse inspireret af Braun og Clarke, da denne metode er god til at identificere og analysere tematiske mønstre i kvalitativ materiale (Braun & Clarke 2021 s 202).

### 8.3.1 Brug af citater

Vi har igennem analysen anvendt citater fra de studerende, som vi observerede og interviewede. Citaterne har ikke til formål at udtrykke bevis for temaets styrke, men bruges som en måde at præsentere og argumentere for forskellige pointer og væsentlige egenskaber ved de fremanalyserede temaer.

### 8.3.2 Fortrolighed med empiri

For at skabe fortrolighed med empirien, læste og genlæste vi de transskriberede observationer samt de etnografiske interviews. Allerede her begyndte nedskrivningen af refleksioner over empirien. Vi beskrev både, hvad vi mente, empirien repræsenterede, men også hvad vi kunne tolke på den. Det betød, at vi både nedskrev ideer til, hvad vi mente om, hvordan de studerende bruger deres tid, og hvilke krav der stilles til dem, men også egne ideer til fortolkning. Vi ledte også efter, hvad der ikke blev sagt eller gjort. Det er her observationerne bliver vigtige, fordi det giver mulighed for at se, hvordan de studerende agerer, formidler og udfører sygepleje.

### 8.3.3 Generering af startkoder

Derefter organiserede vi empirimaterialet på en systematisk og meningsfuld måde. Store mængder af empiri blev reduceret til mindre bidder af mening. Vi lavede linje-for-linje-kodning, som blev gennemført ved, at vi tog tekstuddrag fra observationsmaterialet samt de efterfølgende etnografiske interviews som vist i tabel 1. Vi kodede så mange temaer som muligt efter Braun og Clarkes anbefaling, da vi ikke kan sige på forhånd, hvad der var interessant. Vi highlightede de indledende koder på udskrift, og efterfølgende organiserede vi dem i indledende grupper.



Figur 3: Eksempel på indledende oversigt over kodninger og temaer

### 8.3.4 Søgning efter temaer

Vi ledte efter temaer eller mønstre, der kunne indfange noget interessant ved empirien. Processen gav mange koder, og nogle var svære at placere, da de ikke gav os svar på, hvilke muligheder for

læring og udvikling de studerende oplever. En overvejende del af vores koder omhandlede de sygeplejestuderendes frustrationer i deres hverdag i praktikken. Vi lavede et mindmap, hvor vi organiserede koder i passende temaer (Braun & Clarke 2021 s 103).

### 8.3.5 Gennemgang af temaer

I denne fase gennemgik, ændrede og udviklede vi de foreløbige temaer. Fungerede de i sammenhæng, hvilke var overordnede eller underordnede andre. Derefter stillede vi spørgsmål til empiri. Har de mening, understøtter de hinanden, forsøgte vi at passe for meget ind i temaerne, var der overlap, har vi overset temaer? Denne proces var en meget givende, men tidskrævende, og vi bevægede os frem og tilbage i processen. Vi har i processen vekslet mellem åbent at analysere og fortolke og samtidig anvendt teori, der sagde noget om de fund og temaer, vi kom frem til i en iterativ proces. Til slut testede vi vores forståelse af temaer og koder, herunder alternative forklaringer. Det var afgørende, at vores temaer var blevet synlige igennem kodningsprocessen. De temaer, vi har fundet frem til, var gennemgående hos de fire studerende, men i varierende grad.

## 9 Teoretisk grundlag for analysen

Vi har anvendt Sine Lehn og Mari Holens teori om plejelogikker i klinisk praksis samt Steen Wackerhausens teori om professionsidentitet. Vi vil i det følgende afsnit redegøre for vores valg af teori samt beskrive, hvordan teorien benyttes i analysen.

### 9.1 Valg af teoretikere

I dette projekt er vi særlig interesserede i, hvad der skal til for, at de studerende oplever læring og udvikling af professionsidentitet. Derfor har vi valgt at inddrage Lehn og Holens teori om plejelogikker og Wackerhausens teori om professionsidentitetsdannelse.

Vi anvender Lehn og Holen til at understøtte, hvilke krav de studerende møder i klinisk praksis, og hvad de forskellige logikker får af betydning for dem. Wackerhausen benyttes til at se på, hvad der skal til for at danne professionsidentiteten for de studerende på sundhedsområdet, som er den kontekst, hvori vi har hentet vores empiri. Han beskriver, at situerede deltagelse i praksissammenhænge er med til at danne professionsidentitet. Både Wackerhausen, Lehn og Holen påpeger, at der er mere på spil i klinisk praksis end det, der står beskrevet i uddannelsesplanerne, og begge teorier italesætter, at klinisk praksis er en kompliceret størrelse, der er svær for de studerende at navigere i. Begge teorier forholder sig til, at trivsel og læring i praksis sker med støtte fra og i refleksion og sparring med kollegaer. Derudover beskæftiger begge teorier sig med NPM betydning

i sundhedsvæsenet, hvilket har stor relevans for projektet. De problematiserer, den retning sundhedsvæsenet tager, hvis det Lehn og Holen kalder plejeproduktionslogikken, og Wackerhausen kalder dehumanisering af plejesektoren, ikke stoppes. Lehn og Holen pointerer, at plejeuddannelseslogikken med krav om opnåelse af mål og fokus på bestemte områder gør, at der er mindre fokus på de udfordringer, de studerende møder i klinisk praksis. De stiller spørgsmålstejn ved, hvad der skal ske med omsorgen i fremtiden, hvis sygeplejerskeuddannelsen bliver styret af en plejeproduktionslogik frem for at tilgodese patienternes omsorgsbehov (Lehn & Holen 2020 s 192). Wackerhausen forholder sig til, hvad den ændrede diskurs og ændringer i professionens kerneopgaver skaber af utilsigtede følgevirkninger (Funch 215 s 2).

## 9.2 Sine Lehn og Mari Holen om plejelogikker

Sine Lehn og Mari Holen er forskere og lektorer ved RUC og står bag projektet PÅ TVÆRS. Begge har speciel interesse for sundhedsprofessionelle og sundhedsområdet, og projektet beskæftiger sig med plejelogikker i klinisk uddannelse. Lehn og Holen beskriver plejelogikker som de krav til læring, som de studerende oplever på de kliniske uddannelsessteder. Til trods for at de studerendes læringskrav beskrives i studieordninger, viser Lehn og Holens projekt, at den kliniske praksis er mere kompleks. Projektet viser, at der inden for samme kliniske kontekst eksisterer forskellige opfattelser af, hvad "god pleje" er, og at dette udfordrer og vanskeliggør de studerendes læring. Lehn og Holen finder tre forskellige plejelogikker i klinisk uddannelse, som de kalder "*relationel plejelogik*", "*plejeuddannelseslogik*", og "*plejeproduktionslogik*" (Lehn og Holen 2020 s 180).

*Relationel plejelogik* kan ses som en logik, der er forankret i relationen mellem sygeplejerske og patient. Det betyder, at sygeplejestuderende til trods for en beskrevet opgaveliste først og fremmest vil forholde sig til den samlede situation, der indbefatter patientens og muligvis pårørendes opfattelser og reaktioner på sygdom. Her er fokus ikke på den enkelte opgave, men god pleje handler om de studerendes evne til at lære at håndtere komplekse behov og situationer (Lehn & Holen 2020 s 182). I den relationelle plejelogik handler god pleje om værdighed og etablering af en relation, hvilket har betydning for, at man lærer patienten at kende og dermed bedre kan opfylde patientens særegne behov (Ibid.).

*Plejeuddannelseslogikken* har fokus på, at de studerende imødekommer en række læringsmål, og der er tæt forbindelse mellem de studerendes læringsmæssige aktiviteter og det forventede resultat.



Dette kan dog betyde, at der ikke er rum til læring udover det, som plejepraksissen kalder på (Lehn & Holen 2020 s 184). Lehn og Holen beskriver: I klinikken går de studerende sjældent med den samme sygeplejerske i flere sammenhængende dage. Som studerende bliver man derfor ofte bedt om at redegøre for sin viden eller manglende viden. Dette er for, at sygeplejerskerne kan støtte deres faglige udvikling uden at kende til deres konkrete erfaringer og viden. I PÅ TVÆRS fortæller en studerende, at når vejlederen gennemgår hendes studieplan, siger hun *“det har du gjort, det har du gjort”*, osv., og at den studerende bare svarer *“ja”*, selvom hun ikke har gjort det helt selv. Udtalelsen peger på, at de opgaver, de studerende bliver stillet, evalueres systematisk og gør læringen kontrollerbar og målbar. Samtidig bliver fokus på de udfordringer, de studerende møder i klinisk praksis mindre (Lehn & Holen 2020 s 186). Lehn og Holen peger på, at selvom man er næsten færdiguddannet, har man stadig et stort behov for vejledning og sparring, og det forventes, at man som studerende præsenterer og diskuterer sine handlinger med sin vejleder. De påpeger at det er en dybtgående professionel praksis, at man som sygeplejerske søger sparring og vejledning, når man er i tvivl, og plejeuddannelselogikken er altså ikke kun på spil for de studerende, men også i professionel praksis (Lehn & Holen 2020 s 183). I uddannelseslogikken bliver læring koblet sammen med de studerendes engagement, og det er bekymrende, hvis den studerende ikke er *“aktiv”*. I PÅ TVÆRS ses en studerende, der blev betragtet som *“ikke aktiv”*, fordi hun sad for meget inde hos patienterne. Denne betragtning blev den studerende meget forvirret over, da hun *“virkelig nyder arbejdet med patienterne, og det er dem, der er grunden til, at hun ikke holder op”* (Ibid.).

*Plejeproduktionslogikken* er en professionaliseret ydelse i plejepraksissen, der er indlejret i professionelle, markedsmæssige og organisatoriske mekanismer, hvor patienters behov opfyldes i henhold til standarder og med det formål at opnå *“værdi for pengene”*. Inden for denne logik giver det derfor mening at tildele specialiserede kompetencer til komplekse sager, f.eks. en sårsygeplejerske til at tilse et sår. Logikken bestræber sig på at yde pleje på omkostningseffektive, kvalificerede og standardiserede måder (Lehn & Holen 2020 s 187).

I plejeproduktionslogikken udnyttes at få løst de opgaver, der er, med de ressourcer der er til rådighed bedst muligt. Logikken anvender sygeplejestuderende som billig arbejdskraft i stedet for studerende, som er der for at lære noget (Lehn & Holen 2020 s 188). Plejeproduktionslogikken opererer med en opdeling i basal og specialiseret pleje, og den basale pleje bliver delegeret til de studerende, da de lærende elementer falder udenfor denne logiks fokus. Der er her tale om en

hierarkisk fordeling af de faglige ansvarsområder, resultatet er høj og lav status opgaver, og da de studerende er nederst i hierarkiet, tilfalder lav status opgaverne dem. Lehn og Holen peger på, at det er paradoksalt, at det er den basale pleje, der sættes allerhøjest i den relationelle plejelogik, der får de studerende til at fremstå mindre produktive i plejeproduktionslogikken, hvis de prioriterer at sidde inde ved patienterne (Ibid.). Ifølge Lehn og Holen kunne denne praksis der er forankret i plejeproduktionslogikken tænkes at bekymre de kliniske vejledere, men den lader til at gå hånd i hånd med plejeuddannelseslogikken. En vejleder udtaler i PÅ TVÆRS, at *“jo mere de studerende hjælper til og bliver en del af afdelingen, jo mere tid er der til vejledning [...] de fleste lærer at tilpasse sig ret hurtigt, men de er også ansvarlige for egen læring, så de er nødt til at råbe op”* (Lehn & Holen 2020 s 188). Ifølge Lehn og Holen illustrerer dette, hvordan de studerendes arbejdsindsats veksles til vejleders uddannelsesindsats. I plejeproduktionslogikken er en god studerende én, som tager ansvar og del i de “kedelige” opgaver, og hermed får afdelingen til at fungere.

Lehn og Holen opstiller hermed tre logikker, der kan bidrage til at forstå det pres, som de sygeplejestuderende oplever i klinikken. De studerende skal tilpasse sig forskellige krav og modstridende værdier, som er forbundet med de forskellige logikker, da der sagtens kan være flere logikker i spil på samme afdeling. Ifølge Lehn og Holen har den relationelle plejelogik stor værdimæssig betydning for de studerende, og de relationelle aspekter i sygeplejen er motivationen for mange. Det ses ofte, at det er forholdet til patienterne, der giver de studerende en følelse af at “gøre en forskel” (Lehn & Holen 2020 s 191).

### 9.3 Steen Wackerhausen om professionsidentitetsdannelse

Steen Wackerhausen har en baggrund inden for psykologi og filosofi. Han er professor ved Aarhus Universitet og University of Nordland i Norge, og har tidligere været tilknyttet RUC. Hans forskning spænder vidt over epistemologi, NPM, læring og professionsstudier, herunder professionsidentitet inden for sundhedsområdet. Wackerhausen mener, at vi for at forstå, hvad professionsidentitet er, må kigge på de mønstre og træk, der tegner sig i praksis gennem tiden. En veletableret praksis har en betydelig grad af homogenitet, den er dog ikke statisk, men man vil kunne se forandringer og variabilitet over længere tid (Wackerhausen 2004 s 14). En praksis drives af mange parametre, der struktureres, formgives, stabiliseres og influeres af andre (Wackerhausen 2002 s 58). På et analytisk plan kan disse opdeles i de eksterne faktorer, der påvirker den givne

praksis og praktikerens f.eks. økonomi og fysiske rammer, samt de interne faktorer, der udspringer af den enkelte praktiker. I hverdagen kan disse faktorer ikke nødvendigvis adskilles.

Professionsidentiteten er således en kompleks størrelse, der påvirkes på flere niveauer, og ændringer på et niveau kan få konsekvenser og påvirke de andre niveauer (Ibid.).

På praktikerniveau påvirkes den enkeltes livsverden og erfaringer. På afdelings- og hospitalsniveau påvirkes den af overordnede standarder, fysiske rammer, økonomiske prioriteringer og ledelsesstil m.m. På det overordnede politiske- og samfundsmæssige niveau spiller lovgivning, økonomiske rammer og konjunkturer i verden ind (Wackerhausen 2002 s 57).

Det professions- institutionelle niveaus formuleringer af professionsidentiteten kan ikke garantere effekt eller gennemslagskraft på professionsidentiteten, som den kommer til udtryk i praksis.

Professionsidentitetsdannelsen er langt fra blot en konsekvens af sproglige formåls erklæringer og standarder (Wackerhausen 2002 s 53-54).

Professionsidentiteten er en særlig form for identitet, som er forbundet med praktikerens arbejdsopgaver, aktuelle praksis og professionelle roller. Professionsidentitet er formet af normer og værdier samt de forventninger, der knyttes til den pågældende profession, og som påvirker den måde, en professionel opfatter og udøver sit fag (Wackerhausen 2004 s 14).

Wackerhausen definerer professionsidentiteten som de sider af praksissen, der ikke direkte er bestemt af eksterne forhold:

*“Som ‘dét’ (hvad end dét er og uanset hvordan dét er dannet) som hos den enkelte praktiker ligger bag og manifesteres i den pågældende praktikers praksis”* (Wackerhausen 2004 s 14)

Professionsidentiteten skabes ikke i færdig form på et givet afgrænset tidspunkt, den er en kompleks og dynamisk størrelse, formet af uddannelsesmæssige, sociale og organisatoriske forhold samt praktikerens personlige livsverden (Wackerhausen 2004 s 17). Ifølge Wackerhausen udvikler praktikerne løbende deres identitet gennem deres daglige praksis og erfaringer, men også gennem refleksion og dialog med kollegaer. Professionsidentiteten dannes ikke kun eller primært i uddannelsesregi, der er langt mere på spil end pensum og uddannelse og rækker langt ind i en situeret praksis deltagelse (Wackerhausen 2002 s 75). Uddannelse er væsentligt, da der her udvikles en læringshorisont og tilhørende optik, der er med til at åbne op for professionen. Dette har afgørende betydning for den videre erfaringsdannelse og formgivningen af professionsidentiteten (Wackerhausen 2004 s 17).

Wackerhausen mener, at professionsidentiteten i høj grad kan findes i det sædvanlige og selvfølgelig i et fags udøvelse “det vores slags gør”. Vi socialiseres ind i faget ved at lære det sprog, der tales, hvilke spørgsmål der stilles, og hvordan man handler. Det er endvidere en del af professionsidentiteten at bestemte handlings- og aktivitetsmønstre aktiveres, når et problem opstår, det opfattes og klassificeres på en bestemt måde. Dette indgår i "professionsblikket", som giver nogle aktivitets dispositioner, som er særegne for en profession, og som tilsammen kan kaldes “det professionelle beredskab”, altså det beredskab en etableret praktiker møder sit genstandsfelt med (Wackerhausen 2002 s 62-63). Wackerhausen pointerer, at det er veldokumenteret, at et højt fagligt kompetenceniveau og på ekspertplan i særdeleshed forudsætter viden og praktiske færdigheder. Disse kræver langvarigt personligt engagement og nærværende praksis erfaringer, da de udfolder, besidder og anvender “ regelløs og tavs viden” (Wackerhausen 2004 s 22). Praktikeren kan givetvis komme med antagelser, principper og professionelle idealer om deres fags identitet, men der vil være langt flere træk, mønstre, rammer og prioriteringer i praksis, end dem de nævner. Disse er ofte “usynliggjorte” grundet deres selvfølgelighed og hverdags karakter (Ibid). Dette kan blive et problem, hvis professionens mest basale hovedantagelser “forsvinder” og ikke italesættes. Det er nødvendigt at tydeliggøre disse basale antagelser for at kunne se kritisk på egen praksis ift. øget erkendelse af, hvad der former og er professionens særegne område og mht. at gennemskue forbedringer eller forandringer i praksis (Wackerhausen 2004 s 31).

De studerendes tilegnelse af professionens sprogkultur sker ved iagttagelse af og deltagelse i fællesskabets sprogpraksis, og de tillærer derved professionens grundmetaforer og narrativer “fagets historier”. Disse narrativer skal virke afskrækkende, hvis man træder udenfor eller kan virke motiverende i forhold til “rigtige” handlemåder og tiltag (Wackerhausen 2004 s 20-21). De studerende bliver med irettesættelser, ris og ros lært at tale og formulere sig på bestemte måder og bruge bestemte begreber og udtryk, mens andre undgås. Wackerhausen beskriver: *”Med andre ord klappes og daskes den studerendes spørge praksis gradvist på plads”* (Wackerhausen 2002 s 68). Ifølge Wackerhausen er det oftest igennem den situerede deltagelse i praksis, at de etiske, sproglige og handlingsorienterede dimensioner i en professionsidentitet dannes og stabiliseres (Wackerhausen 2002 s 75). De studerende forsøger at blive og forventes at ville være “en af vores slags”, og de veletablerede praktikere inden for en profession forventes “at vedblive med at være en af vores slags”. Ud over det interne pres fra egen profession, er der også et eksternt professionspres fra andre faggrupper, politikere og andre overordnede instanser om at opføre sig, som “deres slags gør” (Wackerhausen 2002 s 66). At stille spørgsmålstejn ved “det vores slags gør”, kan føre til

eksklusion af fællesskabet, derfor kan det gøre det svært at se kritisk på egen profession og sætte spørgsmålstejn ved praksis. Wackerhausen problematiserer i den forbindelse, at sproget har ændret sig inden for det sundhedsfaglige felt. *“Et økonomisk, markedstænkende sprog har koloniseret flere og flere områder af f.eks. sundhedsområdet [...] Når humansproget udraderes, får patienten som menneske klart en mindre rolle i systemet” (Funch 2015 s 2, citat Wackerhausen ).*

Ovenstående påvirker den måde, vi taler om mennesker i sundhedsvæsenet. For sygeplejen gælder det, at ændringer i måden vi taler om sygepleje, får konsekvenser for måden, vi udøver og ser på vores profession. Derved ændres professionsblikket og vores professionelle beredskab. For sygeplejersker får det betydning for den måde, vi møder patienten på.

## 10 Kvalitetskrav

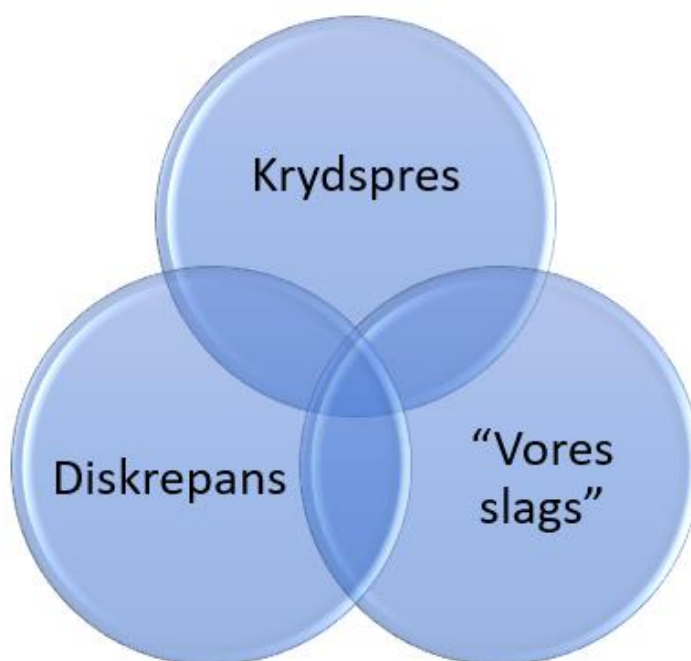
Vi har bestræbt os på at være reflektive i gennemgangen af empirien med opmærksomhed på, at vi er en del af det medicinske felt, og derfor kan vi have interesser og konflikter i forhold til projektets problemfelt, der kan resultere i særlige forståelser og undertrykke andre. Eksempelvis skal vi være opmærksomme på, at vi er vejledere, så vi har måske forestillingerne om de studerendes oplevelser baseret på egne erfaringer, som ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med deres oplevelser. Vi har endvidere bestræbt os på at være stringente, transparente og tydeliggøre anvendelsen af metode og teori, som gør det muligt at vurdere validiteten af analyse og diskussion, og vi har forsøgt at tydeliggøre disse valg gennem projektet (Kvale & Brinkmann 2009 s 270). Vi forsøgte at få intern kommunikativ validering ved gentagne gennemlæsninger af empirien og diskussioner, hvor vi stillede os kritisk over for hinandens forståelser i projektgruppen derudover sparring med kollegaer, som gennemlæste og kom med forslag og spørgsmål til interviewguide og observationsskemaet. Vi kunne have ladet de studerende læse dele af empirien, således at vi vidste, at vi havde forstået de studerende korrekt, men dette kunne ikke lade sig gøre. Ved at observere først og stille spørgsmål til det set efterfølgende fik vi valideret vores observationer, hvor der var størst chance for mistolkninger.

## 11 Analyse

Vi vil i det følgende forsøge at svare på vores problemformulering gennem de tre overordnede temaer, vi er kommet frem til gennem kodningsprocessen.

Gennem indsamlingen af vores empiriske materiale blev vi overraskende over den mængde af

forskelligartede krav og forventninger, som de studerende bliver mødt af både fra dem selv, studieordningen, fra vejledere og fra den politisk- og ledelsesmæssige side. Gennem analysen vil vi forsøge at skabe et overblik over, hvordan disse krav er opstået, og hvor de har rod. Herunder hvilken betydning de har for de studerendes mulighed for læring, samt om de har indflydelse på, hvordan de opfatter og udvikler deres professionsidentitet. En anden fremtrædende tematik var den diskrepans, som opstod mellem de studerendes tanker om sygeplejens kerneopgaver, deres ønsker om at imødekomme disse og deres faktiske handlinger. Sidste hovedtema, som behandles i analysen, er skabelsen af professionsidentitet, som opstår blandt sygeplejersker. Dette indebærer de sygeplejestuderende stræben efter og ønske om at blive én af “vores slags”.



Figur 4: Illustration over de tre fremanalyserede temaer. Tematikkerne influerer hinanden, og der ses derfor et overlap i cirklerne.

### 11.1 Krydspres

Vi vil med baggrund i vores problemfelt undersøge, hvordan det krydspres, de studerende udsættes for, påvirker deres hverdag. I den forbindelse har tilstedeværelsen af en NPM tankegang i den kliniske praksis en stor betydning for de studerendes trivsel og læring, da denne stiller krav om effektivitet, fleksibilitet og dokumentation m.fl.

### 11.1.1 NPM og dennes indflydelse

Gennem det seneste årtier er NPM's ledelses- og styringsform i stigende grad blevet implementeret i sundhedsvæsenet. Dette har som tidligere beskrevet en række konsekvenser for sygeplejen og de rammer, der arbejdes under. Flere af informanterne italesætter, at de bruger meget tid på koordinerings- og dokumentationsopgaver. Til spørgsmålet om, hvilke opgaver der fylder mest, svarer M:

*M: "Plejeforløbsplaner" (griner) "dokumentere [...] Jeg oplever det rigtigt i dagvagter, hvor det er meget travlt, fordi der foregår stuegang, medicinadministration, PFP, udskrivelser, så skal man bestille rigtigt mange ting, og lægen ordinerer den her blodprøve eller fjernelse af HD kath"*

M beskriver dagvagterne som travle, og som det fremgår af citatet, ligger der mange opgaver ud over relationsdannelse og pleje, som f.eks koordineringsopgaver, ad hoc-opgaver, og mange "skal" opgaver. Alle opgaver tager tid, og det er svært at nå det hele. Under observationsstudiet af M bliver det tydeligt, at hun prioriterer de ledelsesmæssigt definerede "skal" opgaver, som at gå rundt med medicin til patienterne, se at de tager det, og måle EWS (early warning score). Disse opgaver er nogle, der skal udføres på bestemte tidspunkter, til trods for, at det tidsmæssige aspekt ikke altid er afgørende for patientens helbredsmæssige velbefindende. Her ses, hvordan indførelsen af NPM og fokus på effektivitet, patientsikkerhed og krav om dokumentation af specifikke opgaver påvirker sygeplejestuderendes kliniske beslutningstagen. For at leve op til de prædefinerede rammer for sygeplejen, skal hun udføre opgaver som EWS, tryksårsscreening, påkrævet dokumentation og PFP (plejeforløbsplaner til kommunen). Dette er opgaver, som er pålagt oppefra og som bruges som markører for, hvor effektiv og patientsikker en afdeling er. De mange krav fratager sygeplejerskerne brugen af deres faglige skøn, da disse opgaver ofte ikke giver mening hos alle patienter. Det giver eksempelvis ikke mening at screene for tryksår hos en yngre selvhjulpne patient. "Skal" opgaver giver ekstra arbejde og ekstra krav om dokumentation. Ifølge Wackerhausen vil det, når der foretages ændringer på et niveau, betyde ændringer på andre niveauer. Derfor vil ny politisk lovgivning på sundhedsområdet ændre rammerne for, hvordan man på regionalt plan kan og skal forvalte økonomi og fokusområder. Det påvirker ledelsen og ledelsesstilen på hospitalerne, da de skal tilpasse deres ydelse inden for de politisk satte rammer. Det påvirker og kan skabe ændringer i måden, sygeplejen udføres på, da besparelser og fokus på bestemte områder eller opgaver er bestemmende for, hvordan man arbejder på praktikkerniveauet (Wackerhausen 2002 s 57). NPM

har betydet, at der er fokus på bestemte målbare opgaver, og det har resulteret i, at disse opgaver bliver prioriteret.

NPM-tankegangen præger ligeledes sygeplejerskegruppen i deres valg af emner til deres ugentlige sygeplejekonferencer. På observationsdagen i afdeling D deltog vi i sygeplejekonferencen, hvor to emner blev prioriteret. Det ene emne er utilsigtede hændelser (UTH), hvilke, hvordan og hvornår man indberetter dem, og hvordan de dokumenteres. Dette affødte en diskussion om, hvorvidt man skal se patienten tage sin medicin i forhold til patientsikkerhed. Det andet emne var, hvordan man korrekt dokumenterer, når patienter, der er døende, kan sendes hjem med en tryghedspakke (recept på medicin der bruges til lindrende behandling, så hjemmesygeplejen kan passe og medicinere i eget hjem). I begge tilfælde bliver det klart, at prioriteringen er relateret til elementer af NPM tankegangen. Da fokus er på prioriteten af patientsikkerhed i forhold til, at der på ledelsesniveau måles og trækkes statistikker på, hvordan man effektivt kan finde fejkilder og undgå fejl. Hermed er ledelsens fokus styrende for hverdagspraksisser i afdelingerne, hvor disse parametre bliver målet for succes og derfor forsøges effektueret. Konsekvensen er, at nogle opgaver i en årrække overses og ikke italesættes, f.eks. de mere basale plejeopgaver. At diskutere tryghedspakken og korrekt dokumentation og brug af denne er ligeledes et indirekte udtryk for, at patienter skal udskrives hurtigst muligt og være længst muligt i eget hjem, dette taler ind i en politisk dagsorden. M beskriver de mange opgaver, der følger med en udskrivelse:

*M: "Der er rigtig meget koordinering [...] Det tager lang tid, man skal gøre alting klar, så de kan udskrives dagen efter eller hurtigst muligt...pårørende, patient, kommunen [...] Jeg synes, man skal have styr på virkelig mange ting [...] Det handler om patienten, hvad de har behov for. Man skal virkelig tænke på alle områder"*

Af citatet kommer det til udtryk, at dokumentation og koordinering fylder meget i hverdagen. Det koster penge, og man skal være effektiv, så patienten kan sendes hjem hurtigst muligt. Samtidig skal patienten være tilfreds, de pårørende skal være orienteret, der skal være klar og tydelig tværsektoriel kommunikation, og det falder tilbage på den studerende, hvis det ikke er gjort godt nok. I interviewene blev det klart, hvordan dette pres gjorde, at de studerende var bange for at fejle og at overse noget og ikke at være effektive og hurtige nok. Dette er nogle af de mange krav, som de studerende mødes af og kan have svært ved at honorere. At de studerende skal være effektive,



taler ind i Lehn og Holens plejeproduktionslogik, hvor fokus er på at få mest muligt ud af de økonomiske og menneskelige ressourcer der er tilgængelige (Lehn & Holen 2020 s 187). Denne logik blev ligeledes tydelig i flere af observationerne, hvor brugen af rundepleje flere gange blev benyttet. Rundepleje er en repetitiv opgave udført af den samme person for at være effektiv og spare tid. Det kan være at måle blodsukker på alle patienter eller spørge om mad på hele afdelingen. I observationen af M kom det ligeledes til udtryk, at rundeplejen var en fast del af diskursen og hverdagspraksissen i afdelingen. Da M spørger en timelønnet kollega, om der er blevet spurgt om aftensmad, ved kollegaen allerede, hvilken praksis M henviser til og svarer, at hun har spurgt alle. I dette tilfælde bliver det ligeledes tydeligt, at det i denne logik er de laveste i hierarkiet, som her er den studerende og timelønnede, der får og selv påtager sig de lavstatus og repetitive opgaver. Det understøtter Lehn og Holens argument om at sikre effektivt arbejde ved at udnytte de ressourcer, man har til rådighed.

I vores observationsstudie og på vores tidstabel (bilag 3) kan vi se, at der bruges meget tid på dokumentation, og at de studerende bruger mellem 17% og 20% af deres tid på computeren med at læse eller dokumentere.

Under observationen af den sygeplejefagligkonference i afdeling D blev der diskuteret screeninger til trygheds forløb i kommunerne. Her nævner en sygeplejerske, at der er en del dobbeltdokumentation og siger:

*Sygeplejerske 1: "Det nemt nok, man skal bare ind flere forskellige steder".*

*Sygeplejerske 2: "Det så endnu en screening og kommer der ikke flere, har jeg hørt".*

*E: "Hvorfor er der så mange screeninger?"*

*Sygeplejerske 1: "Det ved jeg faktisk ikke. Det er vel for kontrol, og så man kan sige, man har gjort det, så har man sin ryg fri og... patientsikkerhed nok"*

Citatet rummer en vis ironi og galgenhumor, og vi får indtrykket af, at sygeplejerskerne føler, at de bruger tid på at dokumentere for dokumentationens skyld. I observationerne blev det ligeledes klart, at patientsikkerheden nærmere nævnes som en eftertanke, og det virker næsten som om, at hun nævner patientsikkerhed, fordi det "forventes", fordi det i den dominerende diskurs er et "buzzword". Personalet er trætte af dobbeltdokumentation og diverse screeninger, der bliver indført uden, at de ud fra et sygeplejefagligt synspunkt kan se meningen med det. De føler, at det er

arbejdsopgaver, som udføres for kontrol og for at have ryggen fri. Hvem sygeplejersken mener, der skal holde ryggen fri, og om det er ledelsen, der kontrollerer, kan vi ikke vide med sikkerhed, da der ikke var mulighed for at spørge ind efterfølgende. Det giver dog stof til eftertanke, at plejegruppen ikke selv ser en faglig grund til det store antal af screeninger.

I interviewet med E kommer det til udtryk, at hun synes, at dokumentation fylder meget.

*E: "Ja, men det er nok meget det her med dokumentation. Altså det her med at man skal huske at skrive, hvor meget urin der var i kateterposen, samtidig med man skulle lave en plejeforløbsplan, og så var det lige den lille ting, man lige glemte"*

Citatet viser, at E synes, at der er mange opgaver samtidig, og disse skal prioriteres. Det vidner om, at hun er bange for at fejle, da hun bliver stillet til regnskab for manglende dokumentation. S spørges ligeledes ind til hendes tanker omkring dokumentation:

*S: "Jeg har det ok med dokumentation." Jeg bruger den tid jeg skal, ikke mere [...] Jeg vil hellere bruge min tid et andet sted"*

I vores tidstabel kan det ses, at S er den af de studerende, der bruger mindst tid på dokumentation, men hun bruger stadig 17% af sin tid ved computeren. Citatet viser, at trods et bevidst valg om ikke at bruge så meget tid på dokumentation, fylder det stadig meget i hendes hverdag. Dette kan skyldes de mange "skal" opgaver.

### 11.1.2 Kravet om fleksibilitet, prioritering og frygten for at fejle

Under observationerne så vi det krydspres, de studerende blev udsat for, når sygeplejeopgaver skulle prioriteres. Presset gør, at de bliver usikre og bange for at fejle, og dette kom eksempelvis til udtryk, når E ikke selv tager initiativ til at gå ind til patienterne trods megen ventetid.

*Observatør: "Hvis du ikke sad her med mig lige nu, hvad tror du så, du ville lave?"*

*E: "Så ville jeg nok sidde og kigge på, hvad de andre lavede indtil altså min vejleder" (Hun ser ned i gulvet) "Det er det med stuegang, det kan godt være sådan lidt, det svært, jeg er usikker på, om jeg kan, om jeg overser noget. Jeg kunne godt gå ud og hjælpe. Det plejer jeg også at gøre, men man skal også være klar, når lægen er klar"*

Citatet viser, at E er utryk ved selv at tage initiativ og bange for ikke at have styr på stuegangen. Hun er bange for at overse noget og fejle og ender med at vente på lægen i stedet for at gå ud og hjælpe med plejen. Dette tyder på, at det traditionelle hierarki inden for det medicinske felt stadig er en del af denne afdelings kultur, hvor plejeopgaver prioriteres lavere end stuegang.

Modsat E kommer det til udtryk i interviewet med V, at hun ikke føler det samme pres. Hun er på et højt specialiseret dagafsnit, hvor der ikke er mange plejeopgaver, og hvor fokus er på instrumentel sygepleje.

*V: "Jamen her har vi jo fået sådan et papir, hvor der står skridt for skridt, hvordan man skal gøre". Så det følger vi ret slavisk [...] Man kommer ind i en rutine, når man har været her et stykke tid, der er også retningslinjer, man skal gå efter, hvis man kommer i tvivl. Desuden har man altid sin vejleder ved sin side"*

Citatet viser, at V ikke på samme måde som E, er bange for at fejle. Dette kan muligvis skyldes, at der kun er få patienter, hun skal forholde sig til. Derudover er der en vejleder til stede hele tiden, så hun har mulighed for konstant sparring. Der er færre prioriteringer og kliniske beslutninger, der skal tages, retningslinjer at følge, og arbejdsgangene er klare. Hun bruger til gengæld forholdsvis meget tid på instrumentel sygepleje i forhold til de andre studerende, hele 23% af sin tid (se bilag 3).

Derudover giver de faste rutiner hende en vis sikkerhed.

Citaterne viser, at der er stor forskel på arbejdsgangene på de to afsnit. Hverdagen på et sengeafsnit kræver modsat en vis omstillingsparathed og fleksibilitet. Det kommer til udtryk i interviewet med M, om hvilke krav der er i hverdagen:

*M: "At man skal være vågen." Man skal have overblik over sine patienter og have styr på.. ikke alt .. man kan også spørge kollegerne, men man skal bare have overblik og snakke med patienterne. Og man skal udvikle sig hver dag. Man lærer noget hver dag, for situationen er ikke den samme. Det er meget forskellige situationer. Nu har du oplevet min situation, i morgen er det en anden situation"*

I citatet fortæller M, om det krydspres af krav hun møder, og om kravet om fleksibilitet, da der ikke er to dage, der er ens. Derudover ses et krav om relationen og kommunikationen med patienten og ikke mindst kravet om udvikling og læring på daglig basis. Hun føler, at hun skal have overblik og styr på alt, mens sparring med kollegaer nævnes som en livline. Med alle disse krav føler M, at

overblikket er vigtigt for ikke at lave fejl. Derfor er det ikke overraskende, at vores informanter bruger 20% af deres tid på at orientere sig om patienterne (dokumentation og læsning om patienterne i SP), bl.a. fordi de er bange for at overse noget.

Lehn og Holen påpeger i plejeuddannelseslogikken, at de studerende hele tiden skal kunne gøre rede for deres viden, således at skiftende vejledere kan støtte op om deres udvikling (Lehn & Holen s 2020 s 186). I citaterne med V og M nævnes sparring med både kollegaer og vejledere. Faglig sparring er vigtig og afgørende for deres faglige udvikling, sikkerhed og bekræftelse i klinisk beslutningstagen. Dette er i tråd med Lehn og Holens pointe om, at selvom man næsten er færdiguddannet, har man stadig et stort behov for vejledning og sparring. Dette behov for sparring ses ikke kun hos studerende, men er en del af sygeplejerskers professionelle praksis (Lehn & Holen 2020 s 183). Dette blev tydeligt i vores observationsstudie, hvor de studerende i gennemsnit brugte næsten 26% af deres tid på faglig sparring (bilag 3). Tallet viser, at faglig sparring prioriteres, men hvad der læres, kommer meget an på, hvilke vejledere og afdelingspraksis man mødes af. Observationerne viser, at de studerende møder forskellige sygeplejersker og herunder sygeplejepsissers. Nogle prioriterer relationen og den basale sygepleje og ser det som kerneopgaven, hvor andre befinder sig godt med at overlade de fleste plejeopgaver til sosu'er og kun tage sig af den specialiserede sygepleje, stuegang og koordineringsopgaver. Derfor understøtter strategien for sygepleje i Medicinsk Afdeling med afsæt i FoC en bevidsthed om og italesættelse af, hvad sygepleje er. Den kan tydeliggøre sygeplejefaglige handlinger for de studerende, den relationelle sygepleje samt fordre, at udvikling og sparring med de studerende skal prioriteres.

### 11.1.3 Delkonklusion

NPM sætter nogle krav om koordinering, effektivitet og dokumentation, og de studerendes læring og hverdag er styret af "skal" opgaver, der tager tid og sætter store krav til deres prioriteringer, hvilket taler ind i plejeproduktionslogikken. De studerende føler, de skal have overblik og vide alt, hvilket gør dem usikre og bange for at fejle. Derudover oplever de et krav om fleksibilitet og relationel sygepleje. Gode kollegaer, vejledning og sparring er livlinen, og rutiner kan give tryghed.

### 11.2 Diskrepans

Empirien viste diskrepans på flere måder, både mellem den sygepleje de studerende ønskede at yde og den, der var mulig inden for rammerne, men også mellem det vi observerede og det, der blev italesat i interviewene.

### 11.2.1 Ønsket om relationel sygepleje

Et gennemgående element i de fire interviews er, at de studerende anser omsorg, nærvær og relationsdannelse som værende kernen i god sygepleje. Dette står dog i kontrast til det, vi observerede. I tabellen over beregnet tidsforbrug ses, at de studerende i gennemsnit bruger 14% af deres tid på patientnær sygepleje og op imod 20% på dokumentation. Spørgsmålet om, hvad sygepleje er for dem, herunder god sygepleje bliver derfor relevant:

*M: "Det handler først og fremmest om tæt kontakt med patienten [...]" Og hvordan patienterne har det [...] God sygepleje for mig handler meget om, at det er vigtigt, at man kommunikerer, ikke bare verbalt, men også nonverbalt. Jeg synes, non-verbalt faktisk er vigtig, fordi man ikke behøver at fortælle alt, man skal bare lytte til patienten [...] Især på sygehuset for der er ikke så meget tid til at snakke med dem, fordi der er underbemanding, og så kan man bare røre dem eller vise dem at ehm.. at du er der for dem"*

I citatet udtrykker M den ønskede sygepleje. M forklarer grunden til, at det verbale, men i endnu højere grad det nonverbale kropssprog er vigtigt, er at tiden er knap pga. travlhed. Hun oplever, at tiden hos patienterne nedprioriteres, og at man virkelig skal udnytte tiden optimalt for at skabe tryghed og relation til patienten. At etablere relation til patienten anses også af Lehns og Holens plejeomsorgslogik, som værende afgørende for, at man lærer patienten at kende, og dermed bedre kan opfylde patienternes særegne behov (Lehn & Holen 2020 s 182). Citatet pointerer, at de studerende synes, at den relationelle plejelogik har mest værdi og er en motivationsfaktor. Plejeomsorgslogikken taler ind i begrebsrammen for FOC og derfor også ind i strategien for sygeplejen, hvor den relationelle patient specifikke sygepleje er omdrejningspunktet. Vigtigheden af relationen italesættes yderligere i interviewet med V:

*V: "Der er jo det faglige, men så igen den der relation. Det synes jeg, er enorm vigtig [...]" At man ikke bare ser det som en opgave, men man husker, det er mennesker ikke. Jeg synes altså det, at de føler sig trygge og føler sig godt tilpas er vigtigt. Der er nogle, der kommer flere gange om ugen, så man begynder at få en relation til dem. Det kan jeg også mærke på patienterne, at de også værdsætter"*

I ovenstående citat bliver relationen igen italesat som værende vigtig, både for den studerende, men også for patienten, hvilket igen taler ind i strategien for sygeplejen fra Medicinsk Afdeling, hvor patienten sættes i centrum. Desuden tyder citatet på, at V før er stødt på elementer fra

plejeproduktionslogikken, hvor patienten er blevet set som en opgave og ikke som et menneske, og hvor diskursen dehumaniserer (Lehn & Holen 2020 s 187). V ser relationen og patientens individuelle behov som en vigtig del af sygeplejen. På spørgsmålet om, hvad sygepleje er, svarer S:

*S: "Sygepleje for mig er omsorg og udvikling [...]" Det er et meget fint erhverv, vi har på sådan alle mulige måder det er..skide vigtigt, jeg føler faktisk, at når jeg er færdiguddannet, burde jeg faktisk have en superheltekappe på, fordi det er den følelse, jeg har med faget. Vi løfter et sundhedsvæsen delvist i knæ, jeg synes virkelig, vi har en løftende opgave, når vi både agerer med patienter, men også med pårørende og bakker lægelige kolleger op men også får dem til at se nogle ting, som de måske ikke selv har haft overvejelser omkring"*

Citatet viser, at S er stolt af sit fag og føler, at hun med sit arbejde bidrager positivt til at løfte sundhedsvæsenet. Hun nævner omsorgen som det første, da hun bliver spurgt om, hvad sygepleje er. Hun vægter den relationelle del af sygeplejen og er god til at italesætte, hvilken type sygeplejerske hun ønsker at være, og hvilken sygepleje hun vil yde. Hun ser sig selv supplere lægen og agere på vegne af patienten. Trods dette svarer hun på spørgsmålet om, hvad hun finder vigtigt som sygeplejerske;

*S: "At føle at jeg gør det bedste, jeg kan ..altså det er det vigtigste, for nogle gange vil man gerne gøre mere, men man kan ikke gøre mere, der er bare en grænse og dertil...kun og så er det en personlig udfordring for mig at acceptere det, nogle gange kan jeg ikke. Jeg kan ikk, men jeg skal"*

Her ses en tydelig diskrepans. Dette påvirker S på et følelsesmæssigt plan, at hun har behov for at yde sit bedste (være superhelten), men oplever situationer i hverdagen, hvor hun gerne ville og kunne have ydet mere. Rammerne hun arbejder under sætter grænser for, hvilken sygepleje hun kan yde, og det er svært for hende at acceptere. Hun siger, at hun "skal", fordi det sådan det er, hvilket tyder på, at denne følelse er blevet en forventet del af hendes hverdagspraksis. I interviewet med S bliver det ligeledes tydeligt, at hun føler en diskrepans mellem det, hun ønsker at yde og det mulige. Hun vægter det relationelle, men i hendes afdeling kan hun ikke altid få lov til at yde den patientnære sygepleje, da den ikke prioriteres af de øvrige sygeplejersker. S finder dette svært at acceptere, og her kunne strategien for sygepleje måske hjælpe hende til at legitimere hendes prioritering. Alle de studerende italesætter, at den relationelle sygepleje er vigtig, men i praksis har

de svært ved at prioritere den. Når deres motivation er relationel sygepleje, men da det er andre opgaver, der fylder, kan de have svært ved at se sig selv i professionen.

Traditionelt har den basale og relationelle sygepleje været kerneopgaver i sygeplejen. I en årrække har disse kerneopgaver ikke fået fokus, de har været nedprioriteret, og er ikke blevet italesat. På nogle afdelinger er opgaverne blevet nedprioriteret, hvilket har resulteret i, at disse i høj grad varetages af sosu'er og ikke anses for sygeplejeopgaver. På andre afdelinger har opgaverne pga. deres selvfølgelighed og hverdagskarakter ligget implicit i det "sygeplejersker gør". Det er opgaver, som prioriteres ud over "skal" opgaverne, og det har skabt et øget tidspres og dermed øget stress, hvilket har skabt et modtryk. Sygeplejersker vil tage tiden tilbage til kerneopgaven. Wachterhausen pointerer, at det bliver et problem, hvis professionens mest basale hovedantagelser "forsvinder" og ikke italesættes. Det er nødvendigt at tydeliggøre disse basale antagelser for at kunne se kritisk på egen praksis ift. øget erkendelse af, hvad der former og er professionens særegne område og mht. at gennemskue forbedringer eller forandringer i praksis (Wachterhausen 2004 s 31).

#### 11.2.2 Tiden som faktor

Ved tematisering af vores empiri, kunne vi se, at tiden spillede en afgørende rolle for de studerende. Især det faktum, at de skal prioritere deres opgaver på den tid, de har til at udføre dem.

*M: "Det er et stressende arbejdsmiljø [...] og man har ikke særlig meget tid til patienterne, og derfor skal man virkelig lære at prioritere og hente hjælp, og finde kollegaer, som kan hjælpe, man skal være fleksibel"*

Ovenstående citat beskriver meget godt det tidspres, som de studerende oplever, og at prioritering og hjælp fra kollegaer er nødvendig, hvis de skal nå i mål og få hverdagen til at hænge sammen i praksis. I interviewet beskriver M eksempelvis, hvordan de mange opgaver og koordinering omkring plejeforløbsplaner tager meget lang tid, fordi der er mange "skal" opgaver og administrativt arbejde, hvilket gør det svært at nå det hele. I interviewet med E bliver det ligeledes klart, at mængden af og tiden hun bruger på dokumentation skaber et tidspres i hverdagen:

*E: "Så tror jeg også dokumentation. Det er klart. Det fylder en hel del. Selv nu kan jeg godt være sådan hvis jeg skal sidde og lave en plejeforløbsplan (sukker) sådan lidt med (Irhh) fordi at jeg har bare ikke siddet ned og haft god tid til det. Så har det været sådan hvor jeg*

*har siddet med plejeforløbsplanen 10 min i tre, og har siddet og tænkt. Jeg vil også gerne hjem snart”*

Begge citater taler ind i, at det er et problem at få tiden til at slå til bl.a. på grund af meget dokumentation. Ofte er valget mellem at gøre tingene godt og få overarbejde, eller alternativt at blive virkelig gode til at prioritere og uddelegere opgaver. Spørgsmålet er bare, hvilke opgaver de skal prioritere. De studerende giver udtryk for, at de gerne vil prioritere at være så patientnære som muligt, men at de oplever, at dette er noget, som er svært at få tid til, selv blandt sygeplejerskerne:

*E: ”Jeg kan godt lide at bruge tid på at stå inde ved.. på stuerne og snakke lidt mere [...] Jeg prøver at prioritere det ret meget som studerende. Øh fordi jeg synes, vi hører ret meget fra dem, der så ”arbejder” (sygeplejerskerne i afdelingen) som siger at nå men det havde været dejligt hvis der havde været mere tid [...] Jeg kunne godt se, at han var ked af det, men jeg har ikke tid til at stå derinde i lang tid”*

I citatet kommer det til udtryk, at E prioriterer at være på stuerne nu, fordi hun ikke mener, at hun får tid, når hun er færdiguddannet. Under observationsstudiet var det dog ikke tydeligt, at hun prioriterede tid hos patienterne. Vi observerede ikke, at hun selv tog initiativ til at være patientnær, men at hun derimod enten ventede på stuegang eller sin vejleder. Vi oplevede hermed, at der kunne være diskrepans mellem det, de studerende sagde, at de gjorde, og det vi faktisk observerede. Det kan ikke afvises, at hun gør det på andre dage, og hun siger selv, at “*det kommer an på hvem jeg går med, så sætter hun (vejlederen) mig til opgaver*”. Dette kan være et udtryk for, at der er forskel på de vejledere, som de studerende har, og at E muligvis er mere på stuerne, hvis hun går med en vejleder, der prioriterer relationelle opgaver. I interviewet omtaler E sygeplejerskerne, som dem “*der arbejder*”, og hun skaber hermed en distinktion mellem hende som studerende og de arbejdende sygeplejersker, som en gruppe, hun endnu ikke er en del af. I citatet reflekterer E over, at hun gerne vil bruge mere tid inde hos patienterne, og så længe hun er studerende, er det ok. Modsat oplever hun, at de uddannede sygeplejersker, hendes rollemodeller, der “*arbejder*”, ikke tager sig tid til at være patientnære, selv om de giver udtryk for, at de gerne ville. Dette kan skyldes, at fokus er på andre opgaver, som tager tid og bliver prioriteret, fordi det er målbare “skal” opgaver. Det kan resultere i moralsk stress, fordi sygeplejerskerne etisk godt ved, at patienten har brug for tid og relationen. Wachterhausen pointerer, at hvis de centrale mål og kriterier for success i sundhedsvæsenet handler om tal, grafer og output, og ikke længere om de syge på hospitalerne så



"skrælles menneskeligheden ud af menneskefaget", og så forsvinder etikken i sundhedsvæsenet (Funch 2015 s 1). Dette kommer til udtryk i nedenstående citat:

*E: "Jeg har da prøvet på et tidspunkt og tænkt "ej jeg skal også gøre det og gøre det" imens jeg står og snakker med en, der faktisk har været lidt ked af det, men man er sådan jeg har faktisk virkelig travlt og der er nogle der venter på at jeg kommer og jeg skulle bare lige ind med noget og så jaa"*

Citatet er et eksempel på E's egen erfaring med ikke at have tid til at prioritere de opgaver, som hun synes er vigtig. Hun arbejder mod en afdelingskultur, der over længere tid har været præget af NPM tankegang, hvor fokus ikke har været på patientrelationen. Hvis E har været i en arbejdskultur præget af plejeproduktionslogikken, kan det være blevet anset som problematisk, fordi hun har brugt for meget tid hos patienterne i stedet for at "producere" noget (Lehn & Holen 2020 s 188).

Et andet eksempel på, at der er diskrepans mellem den pleje de studerende gerne vil yde og det, der rent faktisk sker, sås under observationsstudiet af S. Her når S ikke at hjælpe med personlig pleje til en patient, fordi dokumentation og stuegang ender med at blive prioriteret. Vi oplever generelt, at de studerende i interviewet giver udtryk for, at de gerne vil den relationelle sygepleje, men at de ofte under observationen ender med at udføre "skal" opgaver og dokumentation, stuegang eller ordinationer fra lægen, fordi disse opgaver har højere status i afdelingen og derfor forventes at blive prioriteret af både egen profession, men også andre som f.eks. lægerne. Sygeplejestrategien kan bruges som et redskab til at legitimere prioriteringen af den relationelle sygepleje både overfor kollegaer og læger, da man fra ledelses side har fokus på at forbedre og italesætte relationel sygepleje.

### 11.2.3 Delkonklusion

De studerende oplever et tidspres og en travl hverdag, hvor de ikke har mulighed for at prioritere de relationelle opgaver, som motiverer dem mest, og dette kan få negative konsekvenser for deres læring og udvikling og dermed deres mulighed for dannelse af professionsidentiteten. Her kan strategien for sygepleje anvendes som et legitimt redskab for at prioritere det relationelle. Derudover kom det til udtryk, at prioriteringen mellem det relationelle og "skal" opgaverne afhænger af, hvordan afdelingen og vejlederne prioriterer sygepleje. Strategien for sygepleje fordrer, at alle medicinske afdelinger prioritere FoC, og dette kan styrke de studerendes muligheder

for lige forudsætninger for og ledelsesmæssig opbakning til at udvikle en professionsidentitet, som stemmer overens med deres egne forventninger til og ønsker for den sygepleje, de yder.

### 11.3 “Vores slags”

Det sidste tema, som spiller en rolle for de studerendes muligheder for at finde deres professionsidentitet, handler om at kunne tilpasse sig fællesskabet i praksis.

#### 11.3.1 Fællesskabet

I observationsstudiet på afdeling C, overværede vi afdelingen spise morgenmad i personalestuen. Her blev der snakket om livskvalitet og overbehandling med morbid humor. De snakkede bl.a. om, hvordan de ville tage sig af dage, for ikke at ende som nogen af “*dem der ligger derinde*” og henviste til patienter på egen afdeling. To sygeplejersker udtalte:

*Sygeplejerske 1: “Det skræmmende, at vi ikke vil indlægges i det her system”*

*Sygeplejerske 2: “Jeg skal nok sørge for at opdrage min mand og børn, så de ved, de ikke skal røre mig”*

I citatet ses, hvordan sygeplejerskerne reflekterer over patienter i egen afdeling, og henviser til, at de ikke selv ville behandles og indlægges med så ringe livskvalitet. Der er ikke stolthed over eller konsensus med lægerne om den pleje og behandling, der ydes i afdelingen. Af observationerne blev det klart, at sygeplejerskerne mener, at patienter med ringe livskvalitet overbehandles i en sådan grad, at de selv tager afstand fra at ville indlægges. Hvad gør disse refleksioner for moral og motivation hos sygeplejerskerne i afdelingen? Man kan undre sig over, hvorfor et så vigtigt etisk emne diskuteres i et uformelt forum ved morgenmaden i stedet for på sygeplejekonferencen. Det er desuden vores oplevelse, at sygeplejerskerne i denne sammenhæng ikke føler sig hørt af lægerne, men at lægerne både lovgivningsmæssigt og praktisk har det afgørende ord. Historisk og traditionelt har lægerne magten i det medicinske felt, og dette kommer også til udtryk i den uformelle samtale i personalestuen

*Sygeplejerske 1: “Tid til konf.. Så kan du godt gå ned og smide lægerne ud, hvis du tør Jens”*

Ovenstående citat siges med humor, men det er også et udtryk for det interne hierarki og statusrangen i afdelingen. Rutinerne i afdeling C er indrettet efter lægerne, og de har derfor fælles gennemgang af alle patienterne. Dette til trods for, at kun få er relevante for den enkelte

sygeplejerske, men hun er med hele gennemgangen, hvilket giver en del spildtid. Tid de i forvejen mangler.

S følger afdelingens praksis, da det forventes, at hun er forberedt til stuegang, da det i afdelingen er en prioriteret opgave, men hun har også sin egen agenda. Under observationen i Afdeling C henvender S sig til observatøren:

*S: "Jeg læser først, jeg vil gerne være godt forberedt til konf, men jeg vil nå at se patienterne inden"*

Som citatet viser, sætter S relationen højt, og hun prioriterer at se til patienterne inden. Vi observerer, at hun når ind til alle hendes patienter og spørger ind til, hvordan de har sovet, og om der er noget, de vil have taget op til stuegang. De lejres, så de sidder godt og er klar til morgenmad. Dette eksempel viser, at S rent faktisk praktiserer at se til patienterne og prioritere den relationelle del af sygeplejen, men da hun møder sin vejleder på kontoret, bliver det ikke anerkendt eller værdsat:

*Vejleder: "Det var du længe om"*

*S: "Jeg har været serviceorgan"*

*Vejleder: "Ja, jeg måtte også hjælpe med piller og lejre"*

I citatet stiller vejlederen spørgsmålstejn ved, at S har været så lang tid om det, og man får indtrykket af, at vejlederen er irriteret over, at hun har måtte udføre lavstatus opgaverne selv. Vi oplever, at S ved at bruge termen "*jeg var et serviceorgan*" prøver at tale ind i vejledernes og måske også afdelingens diskurs. Vejleder mener ikke, at plejeopgaverne er hendes ansvar, de er lavstatus, og det er der andre, altså sosu'er eller studerende, som skal tage sig af. I interviewet med S vælger vi at spørge uddybende ind til ovenstående observation:

*Observatør: "Jeg lagde mærke til, at du på et tidspunkt sidder sammen med din vejleder på kontoret, og vejleder siger: "Det var du længe om", og du svarer "jeg blev rodet ind i nogle plejeopgaver".*

*S: "Nej jeg svarede, at jeg havde været et serviceorgan"*

*Interviewer: "Hvad tænker du, der ligger bag, når du siger sådan?"*

*S: "Det ved jeg ikke rigtigt, det sker også alle mulige andre morgener, og det er jo fordi hvorfor skal han (patienten) vente på at få en kop kaffe, når jeg er lige her, og jeg har tid til*

*det eller sådan.. serviceorgan er måske et lidt grimt ord for det”(virker meget usikker og lidt flov).*

*Interviewer: “Når jeg så det, var det omsorgsfuldt [...] og relationelt sygepleje, der fungerede, og da du så kom ind på kontoret så talte du dig selv ned”*

*S: “Jeg kan godt høre det, når du siger det. Ja det var slet ikke sådan ment, det er bare ja i forhold til ja”*

I citatet kommer det til udtryk, at S faktisk bliver lidt flov over at have brugt et nedladende ord som "serviceorgan" om de plejeopgaver, som hun selv italesætter, at hun gerne vil prioritere. Det kan skyldes hendes forhold til hendes vejleder, som ikke på samme måde prioriterer de relationelle plejeopgaver. Hun er til dels nødt til at rette ind, hvis hun vil være “en af vores slags”, må hun følge afdelingens kutymmer herunder sprogkultur og rollemodellerne. Her ses et eksempel på det Wackerhausen beskriver, som at de studerende forsøger og forventer at være “en af vores slags”. De studerende skal spørge, tale og handle på bestemte måder “*de klappes og daskes*” ind i et professions fællesskab (Wackerhausen 2002 s 68). At stille sig kritisk over for den praksis, der er normen, kan føre til udelukkelse. S forstår, hvad der forventes, men forsøger inden for rammerne at tage sig friheden til at udføre den sygepleje, hun kan stå inde for. Men hvis man ikke tør tale åbent om sygeplejen og stille sig kritisk overfor egen og andres praksis, mistes ifølge Wackerhausen erkendelsen af, hvad der former og er professionens særegne område.

Modsat kom det frem i interviewet med E, at hun endnu ikke har formået at afkode “det vores slags gør”:

*E: ”Øhm altså jeg synes, det er svært en gang imellem bare at være studerende på en arbejdsplads -agtig. Man kommer ind og er sådan [...] Altså der går lang tid, før, man føler sig en lille smule tryk i det, og man føler sig engang imellem som sådan en, der bare er i vejen”*

I citatet kommer det til udtryk, at E synes, det er svært at blive en del af fællesskabet, og hun føler sig ikke accepteret i afdelingen som “en af vores slags”. E er ikke tryk ved sine opgaver, og som beskrevet tidligere venter hun på at blive sat i gang, da hun ikke selv tør tage initiativ. E kan derfor få svært ved at danne en professionsidentitet, hvis hun ikke lukkes ind i det situerede praksis fællesskab, da det ifølge Wackerhausen ofte er her man lære sproget, de etiske guidelines og handlingsorienterede dimensioner af en profession (Wackerhausen 2002 s 75).

Ovenstående eksempel bliver tydeliggjort, da vi under vores observation på Afdeling D ser, at vejlederen vælger at gå stuegang hos E's patient uden at tage E med. Derudover observerer vi, at E ikke, i lige så høj grad som de øvrige observerede, får relevant faglig sparring. Da observatøren spørger, hvorfor hun ikke er gået med til stuegang, svarer E: *“Jeg vil ikke afbryde og forstyrre”* Citat - E. Hun bliver ikke inddraget i fællesskabet, og hun har formentlig givet lidt op på det. Wackerhausen mener, at professionsidentiteten dannes, når man lærer fagets bestemte handlings- og aktivitetsmønstre. Disse aktiveres, når et problem eller fænomen opstår og indgår i professionsblikket (Wackerhausen 2002 s 62). Når E ikke inddrages og ser, hvordan de erfarne gør, får hun ikke etableret det beredskab, som en praktiker møder sit genstandsfelt med.

*E: “Jeg tror også, man glæder sig lidt til faktisk at komme ud, og så er man sygeplejerske. Det ligger i underbevidstheden sådan et pres på en “jeg bliver jo vurderet hele tiden. Alt hvad jeg gør”*

Det fremgår af observationen, at E ikke er aktiv, hvilket der kan være mange årsager til. Ifølge Lehn og Holen bliver læring koblet sammen med de studerendes engagement, og det er bekymrende, hvis den studerende ikke er “aktiv” (Lehn & Holen 2020 s 86). I citatet fremgår det, at E føler sig presset og overvåget. Hun føler ikke, at hun får støtte fra vejlederne, og vejlederen forsøger heller ikke at involvere hende. Det fremgår af citatet, at hun håber det bliver bedre, når hun bliver færdig som sygeplejerske.

Modsat ser vi i et andet eksempel på afdeling A, at M i langt højere grad er blevet en del af afdelingens fællesskab:

*M: “God sygepleje er, når du har overblik, du skal prioritere, hvis du f.eks har en patient, der virkelig har brug for hjælp [...] så kan du uddelegere de andre patienter til dine kolleger. Det handler meget om at prioritere [...] især hvis patienten er akut og kritisk .. man skal bare være der. Og hvis man f.eks ikke har så mange kompetencer, [...]så kan du hente en anden kollega som er god til det, som er mere kompetent end dig, så ja”*

M taler om kollegaer, kompetencer og uddelegering, og hun bruger ordet kollegaer, hvilket tyder på, at hun føler sig og er en del af fællesskabet. Hun forventer at få hjælp, hvis hun spørger, hvilket tyder på en praksis, hvor de hjælper hinanden og støtter op om den studerende. M vægter relationen

og støtten til patienten. Dette er således et eksempel på en afdeling, hvor det er okay at vægte det relationelle. Dette tydeliggøres i en samtale mellem M og hendes vejleder:

*Vejleder: "Hvor meget mangler du at læse?", M: "Kun 2 [...] kender ikke de andre, så jeg vil gerne læse allround, EWS og sådan".*

*Vejleder: "Nu skal du også ud og se til patienterne, det er der, du kan få mest viden".*

M bruger meget tid på at læse og føler, hun skal samle viden i SP. Hun har behov for at sikre sig, at hun ikke overser noget, i det hun bliver stillet til regnskab for sin viden, både fagligt og om patienterne. Hun møder her en vejleder, der prioriterer den patientnære sygepleje, og forsøger at få M til at samle information ude hos patienterne og samtidig skabe relationer.

V fortæller også om mødet med en efter hendes mening helt skæv afdelingskultur, der fik hende til at stille spørgsmål ved, om hun overhovedet skulle være sygeplejerske.

*V: "Den her praktik er klart den bedste. Jeg ved, hvor min vejleder er. Har jeg spørgsmål, får jeg svar med det samme. Det er mega fedt. Den første jeg var på [...] det lige før, jeg ikke skulle være sygeplejerske [...] Jeg kom ind til 6 sygemeldinger [...] og de var sådan, fedt du er her, du kender afdelingen. Der var et dødsfald om natten, og som jeg blev bedt om at vaske og gøre klar. Der sagde jeg fra.. Jeg synes det var meget ansvar at stå med, og jeg følte mig ikke ordentlig klædt på. Så det var voldsomt"*

Her fortæller den studerende om en anden arbejdskultur, hvor hun blev betragtet som arbejdskraft. Læringen falder til side, for "produktionen" skal hænge sammen, hvilket taler ind i Lehn og Holens pleje produktionslogik. Hun fik ikke mulighed for at udvikle sig i et tempo, som hun selv følte sig tryk ved. Dette medførte, at hun ikke kunne genkende sig selv i den professionsidentitet, som hun blev præsenteret for, og hun begyndte derfor at tvivle på hendes fremtid inden for sygeplejen. Professionsidentiteten er ifølge Wackerhausen tæt forbundet med praktikerens arbejdsopgaver, aktuelle praksis og professionelle rolle, derfor påvirker de fællesskaber og rollemodeller, som de studerende møder, den måde de tænker, at en professionel opfatter og udøver sit fag (Wackerhausen 2004 s 14-15). Både V og M påpeger i citaterne, hvor vigtigt det er, at vejlederen er tilgængelig og kan hjælpe med det samme. Alle fire informanter bruger meget tid på kollegial/vejleder sparring, hvilket er i tråd med. Lehn og Holens pointe om, at det er vigtigt at søge sparring, også selvom de næsten er færdiguddannet. Det er en gængs praksis, at de studerende søger sparring, og det er med

til at skabe forudsætningerne for, at de kan udvikle en forståelse af det implicitte i sygeplejerskefaget, det Wackerhausen beskriver som “det vores slags gør”. Derfor oplever S det også som et problem, når udskiftning i vejledere hæmmer deres mulighed for udvikling og læring:

*S: “Jeg overdriver ikke: De første fem uger gik jeg måske med ti forskellige, og hver gang var det øh kan du selv tage en ews og skrive den ind (laver stemmen om så den lyder snøvlet) ØH JA det kan jeg godt, og du ved det var bare forfra hver gang ikke [...] så måske følte jeg ikke jeg fik.. min læringskurve var ikke så stejl lige i starten, som den kunne have været. Gi'r det mening?”*

Ovenstående citat taler ind i det Lehn og Holen beskriver i plejeuddannelseslogikken. De studerende forventes selv hele tiden at skulle redegøre for deres viden eller mangel på samme. S tydeliggør, at mange forskellige vejledere gør, at læringskurven bliver mindre stejl. Dette kan resultere i, at der ikke bliver rum til at lære noget ud over de fastsatte læringsudbytter.

### 11.3.2 Måden at tale sygepleje på

I empirien så vi, at sygeplejen blev italesat meget forskelligt. Nogle former for sygepleje blev italesat som vigtige og fik dermed fokus, mens andre områder af sygeplejen slet ikke eller i ringe grad italesattes. Hvilke der italesattes på de enkelte afdelinger, handler i høj grad om fællesskabets praksis. I nedenstående eksempel ses, hvordan V ser og italesætter sygepleje:

*V: “Til de mere spændende ting som stuegang, blev der tit sagt nej til at have en studerende med.. så der var ikke så meget læring i det [...] Så var der på et plejehjem, hvor jeg ikke så min vejleder overhovedet. Der gik jeg med sosu'er. Der var meget pleje, men der var ikke så meget sygepleje over det”*

Citatet viser, at V har en klar forestilling om, hvad hun mener er spændende og rigtig sygepleje. Ifølge hende handler rigtig sygepleje f.eks. om stuegang og specialiserede sygeplejeopgaver, som hun udfører i sin nuværende praktik. De plejeopgaver og basal sygepleje, som V nævner fra sin forrige praktik, er ikke blevet italesat som vigtige, og i hvert fald ikke som “rigtige” sygeplejeopgaver. Fra observationen ved vi, at V er på et højt specialiseret dagafsnit, og at hendes vejleder er med hende hele tiden. V får løbende vejledning, og af vores tidstabel kan det aflæses, at V bruger 50% af sin tid på sparring. V har kun én patient ad gangen, og patienterne kommer flere

gange, hvorfor den relationelle sygepleje er mere implicit. I denne praktik sidder hun inde på stuen, og hun oplever, at en relationsdannelse sagtens kan ske, uden at man har basal sygepleje.

Endnu et eksempel på, at plejeopgaver bliver talt ned ses i observationen af S, hvor en sosu spørger, om den studerende selv står for plejen omkring sine patienter:

*S: "Jamen jeg har stuegang og er to'er på stue 16. "I har plejen".*

(Sosu forlader kontoret)

*Vejleder: "De har ikke så meget at lave så..."*

Af citatet kan udledes, at vejlederen er ok med, at S videregiver plejeopgaverne til sosu'er. Stuegang har højere prioritet og kommentaren om, at *"de ikke har så meget at lave"* henviser til, at "de" (sosu'erne) er de andre, og at deres arbejde ikke har samme status og betydning som sygeplejerskerne. Her tydeliggøres et hierarki både blandt personalet på afdelingen, og hvordan nogle opgaver italesættes som høj- og lavstatus opgaver. De basale sygeplejeopgaver italesættes ikke som vigtige sygeplejeopgaver.

I observationen af M oplevede vi modsat en afdeling, hvor sygeplejen og den basale sygepleje tales op. Her bliver M af sin vejleder opfordret til at gå ud til patienterne, og M italesætter selv, at man skal have: *"De 12 sygeplejefaglige problemstillinger med og overblik"*.

M er bevidst om de 12 sygeplejefaglige problemområder, som er et screeningsværktøj udarbejdet til afklaring af patienters sundhedstilstand, der handler om basal sygepleje og opfyldelse af patientens primære behov, som stammer fra sundhedsaftalen. Selv om screeninger taler ind i en NPM tilgang, er hun bevidst om basal sygepleje og forsøger at italesætte denne i sin hverdag. Det viste sig også, at de studerende i Afdeling A er præsenteret for strategien for sygeplejen og arbejder med den i praksis. Dette støttes af citatet: *"Vi taler om relationel sygepleje jævnligt på afdelingen"* - Citat M

Empirien viser, at de studerende møder forskellige vejledere. Både sygeplejersker, der prioriterer relationen og den basale sygepleje, som ser det som kerneopgaven, hvor andre befinder sig godt med at overlade de fleste plejeopgaver til sosu'er. På de afdelinger, hvor der er mange sygeplejersker, som prioriterer de patientnære opgaver og italesætter dem, er FoC nem at implementere og inkorporere i daglig praksis, da FoC taler ind i den sygepleje, som praktiseres i afdelingen. Om strategien har ført det i den retning, eller om det allerede var en del af praksis, kan



vi ikke sige noget om. Det blev dog tydeligt af vores empiri, at på de afdelinger, hvor den relationelle og basale sygepleje ikke var i fokus, havde de studerende heller ikke hørt om strategien. Dette var eksempelvis tilfældet på Afdeling C:

*Observatør: "Er du blevet præsenteret for strategien for sygeplejen?"*

*S: "Mmhh der ringer ikke nogle klokker nej [...] Jeg har hørt om FoC, men ikke her."*

Dette tyder på, at der er en sammenhæng mellem de afdelinger, hvor de studerende kender strategien og prioriteringen af den relationelle sygepleje. Det andet eksempel på, at den relationelle sygepleje ikke prioriteres i Afdeling C ses på den måde, sygepleje italesættes: En patient beskrives af nattevagten som råbende og besværlig og ikke i stand til at bruge snoren. Om morgenen, da S kommer på stuen og flytter patienten til stol, svarer denne relevant på spørgsmål. Patienten fortæller, at hun bliver angst for at ligge i sengen, da hun har svært ved at få luft, men at det er bedre nu, hvor hun er oppe og sidder i stolen. På vej tilbage på kontoret fortæller S stille, at hun er træt af, at folk kalder patienter som denne for besværlige:

*S: "De kigger ikke bag om, måske er hun blot en kroniker, der er dødtæt af at være syg"*

*"De tager sig ikke tid til at lytte til patienten, hvis de nu havde hjulpet hende op i en stol i nat, havde hun nok ikke råbt, og hun kan jo godt bruge den røde snor"*

Her er et eksempel på, hvad der sker, når relationen til patienten ikke etableres. For nogen er dette muligvis et eksempel på forråelse, når patienten ikke bliver mødt og kaldes besværlig. S danner relationen, og det viser sig, at nattevagtens antagelser ikke stod til troende. De møder ikke patienten som et menneske og dehumaniserer hende i måden, de taler om og behandler hende på. En utilsigtet effekt af NPM er ifølge Wackerhausen, at man på sundhedsområdet har overtaget en diskurs fra markedets tænkningens sprog, hvilket er med til at dehumanisere det sundhedsfaglige sprog. Når vi taler om opgaver i stedet for mennesker, påvirker det, hvad de studerende lærer og viderefører, og vi risikerer derfor, at denne diskurs bliver en del af den professionsidentitet, som de selv tilegner sig. I citatet kommer det til udtryk, at S reflekterer over den måde, patienten bliver italesat, men hun siger det ikke højt, da hun er bange for konsekvenserne. Hun har fået ansættelse i afdelingen, og hun ønsker ikke at blive udelukket af fællesskabet ved at være åbenlyst kritisk over for fast personale. Wackerhausen påpeger, at hvis man ikke ser kritisk på egen ageren, så mister man muligheden for at diskutere praksis og dermed for at styre, hvor professionen er på vej hen. Det er derfor problematisk, at S ikke føler, at hun kan italesætte hendes kritiske refleksioner. Dette

underbygges af Wackerhausens argument om, at måden, vi taler om sygepleje, har betydning for, hvordan vi ser og udfører denne. Hvis de studerende ikke er kritiske ift. den udvikling og læring, de får i deres praktik, risikerer vi en dehumanisering af det fagprofessionelle sprog, og det vil få konsekvenser for den måde, vi udøver faget og etisk forholder os til patienterne. Derfor bliver det ekstra vigtigt at italesætte den fundamentale sygepleje og være kritisk over for den sygepleje, der ydes i afdelingerne. I strategien for sygeplejen pointeres vigtigheden af et fællesfagligt sprog og et ønske om, at sygeplejen skal være forankret i relationsarbejdet (SFU 2022 s 4).

### 11.3.3 Delkonklusion

Om de studerende lukkes ind i fællesskabet er afgørende for deres læring og udvikling. Dette afhænger af, om de studerende kan afkode og tilpasse sig den professionelle praksis i afdelingen, da det udfordrer dannelsen af professionsidentiteten, hvis sproget, guidelines og de handlingsorienterede dimensioner af sygeplejen ikke læres i praktikken. Måden hvorpå sygeplejen italesættes, og vægtning af den relationelle del har betydning for den diskurs omkring sygeplejen, som videregives til de studerende. Derfor er det afgørende, hvilke logikker der er fremtrædende i afdelingen. Vejlederen og muligheden for sparring er ligeledes afgørende for de studerendes læring. Dertil har vejlederen og afdelingens praksis en rolle i, hvad der læres og er til dels bestemmende for, hvordan den studerendes opgaver prioriteres, herunder om de studerende får opbakning til at udvikle en professionsidentitet, som er i overensstemmelse med de opgaver og diskurser, som de finder vigtige. Slutteligt så vi en sammenhæng mellem prioritering af den relationelle pleje og de studerendes kendskab til strategien.

## 12 Konklusion

I følgende konklusion vil vi besvare vores problemformulering som lyder:

***Hvordan oplever sygeplejestuderende på Medicinsk Afdeling deres muligheder for læring og udvikling af professionsidentitet, og hvordan bidrager de samfundsmæssige og organisatoriske rammer herunder strategien til at forme disse muligheder?***

Empirien har vist, at NPM's påvirkning ses i alle de observerede afdelingerne og påvirker sygeplejen på forskellig vis. Hvilke logikker, der er fremtrædende, får også indflydelse på den kliniske praksis og den studerendes læring og udvikling. Lehn og Holens plejelogikker har tydeliggjort det krydspres, de studerende møder, og som tvinger dem til at prioritere opgaver og

sygepleje, og der opstår derved diskrepans mellem de studerendes tanker om relationel sygepleje som sygeplejens kerneopgaver, deres ønsker om at imødekomme disse og de faktiske handlinger der var mulige indenfor rammerne i praksis. De studerendes møde med afdelingernes forskellige logikker og at det ikke er klart, hvad kerneopgaven i sygeplejen er, gør det svært at afkode det professionssærlige fagområde og dermed danne deres egen professionsidentitet. Wackerhausen har givet os en dybere forståelse af, hvor kompleks dannelsen af professionsidentiteten er for de studerende. Empirien viste at rollemodeller, sparring og adgang til fællesskabet har afgørende betydning for læring og udvikling af professionsidentiteten. De skal have hjælp til at afkode afdelingens professionelle praksis ved at lære de handlingsorienterede, etiske og sproglige dimensioner af sygeplejen. De studerende oplever de bedste muligheder for professionsidentitetsdannelse, hvis de møder vejledere og en klinisk praksis, der har samme syn på sygeplejens kerneopgaver som den studerende selv. Det har derfor stor betydning, hvordan sygeplejen italesættes, og hvilken logik der er fremtrædende i afdelingen og hos vejlederen. Strategien for sygeplejen i Medicinsk Afdeling er ledelsens forsøg på at legitimere fokus på de relationelle opgaver og vise, hvilken vej de ønsker, sygeplejen skal tage fremadrettet. Strategien taler desuden ind i, at kontinuerlig udvikling for de studerende skabes bedst ved, at man følger samme vejleder, hvilket vores empiri også viser, at de studerende efterspørger. Men det kræver, at strategien udbredes, bruges og italesættes i afdelingerne, og at de studerende introduceres til strategien, så de kan bruge den aktivt som en legitimering af deres valg af den relationelle sygepleje. Empirien viser, at strategien på afdelingsniveau ikke er blevet en del af hverdagen i alle afdelinger, hvilket kan skyldes, at den ikke er i tråd med afdelingens logikker. Hvis man skal lykkes med implementering, må man se ind i de logikker, der styrer de enkelte afdelinger, og hvad de ser som kerneopgaver.

## 13 Diskussion

I det følgende diskussionsafsnit vil vi diskutere valg af metode, teori og fund.

### 13.1 Diskussion af metode

Metodemæssigt var det en fordel at supplere vores observationer med interviews, da det observerede ikke altid var åbenlyst. Gennem interviewene fik vi mulighed for at spørge ind til og få afklaring af dette. Det viste sig også, at der var forskel på deres ageren og det, de italesatte, hvilket vi blev gjort opmærksomme på gennem tolkningen. En sårbarhed ved kun at være én observatør

var, at vi kunne have fået flere nuancer med i vores observationer, hvis vi havde været to. Derudover opdagede vi efter første observation, at der manglede en rubrik i vores observationsskema til praktiske opgaver. Denne blev tilføjet nederst i skemaet. Et dilemma, som vi stødte på, var, at de studerende godt kan være relationelle og uddele medicin på samme tid, hvilket gav nogle diskussioner om, hvor tiden skulle noteres. I bilag 3 kan det derfor ses, at vi ikke lander på 100%, da der var overlap og ikke taget højde for spildtid. På trods af dette mener vi godt, at vi kan bruge tidsregningen til at sige noget generelt om de tendenser, der viser sig. Ulempen ved deltagerobservation som metode og vores tidshorisont var, at det kun var muligt at følge en relativt lille gruppe informanter over en kortere periode. Vi kunne med en spørgeskemaundersøgelse have spurgt et væsentligt større antal informanter, men det ville ikke give indblik i deres livsverden. Derudover ville det ikke have været muligt at spørge ind til nye tematikker, som kom frem under vores observationer eller i interviewet med de studerende. Hermed fik vi uddybet flere aspekter af de studerendes læring og udvikling, som vi ikke fra begyndelsen var opmærksomme på. Vi forsøgte at forholde os neutrale i observationen, selv når vi oplevede, at der blev handlet ukollegialt eller uprofessionelt. Her fandt vi det svært ikke at tolke i situationen. Dette skabte også en række etiske overvejelser ift. de studerende, men da vi ikke ønskede at påvirke situationen, valgte vi blot at observere.

## 13.2 Diskussion af teori

Vores iterative tilgang til analysen og vores proces i forhold til valg af teoretikere har gjort, at de teoretikere, vi endte med at bruge i analysen af vores empiri, talte godt ind i vores tre temaer og var gode tænkeredskaber i fortolkningen. Vi havde oprindeligt set på transferbegrebet af Walgreen, men fandt hurtigt ud af, at vores empiri pegede i en helt anden retning. Vi kunne muligvis med fordel have anvendt Lave og Wenger og deres begreb om praksisfællesskab, men det var først sent i analyseprocessen, at tema om fællesskab kom frem. Både Lehn og Holen og Wachterhausen er enige om, at det at være en del af og blive lukket ind i et fællesskab er afgørende for læring og udvikling af professionidentitet. De er endvidere enige om, at det ofte er i relationen med andre, at udvikling sker. Relationer er ikke altid nemme, og de studerende indgår i mange forskellige relationer. Lehn og Holen bruges til at belyse de krav, de studerende møder i praksis, men siger ikke noget om, hvordan disse krav kan tackles. Wachterhausen kommer ind på, hvad der påvirker identitetsdannelsen positivt og negativt, men har ikke løsninger på de problemer han ser i forhold til den ændrede diskurs, NPM's indflydelse på sundhedsvæsenet og sygeplejefagets etos.

### 13.3 Diskussion af fund

Strategien er et ledelsesmæssigt styringsværktøj, der har til hensigt at vise, hvilken retning sygeplejen i Medicinsk Afdeling skal tage i fremtiden. Relationel sygepleje skal i fokus, men fordi ledelsen indfører en strategi, er det ikke ensbetydende med at den implementeres i praksis. Vi sætter spørgsmålstegn ved, om man overhovedet kan implementere en strategi med fokus på det relationelle og bløde værdier ind i et NPM styret system, da det drejer sig om to forskellige idealer og mål. I strategien fremgår det at lederne skal implementere den, men ikke hvordan. Derudover fremgår det ikke, om der er en opsamling på, hvordan de forskellige afdelinger arbejder med strategien, og om de overhovedet har tilpasset deres faktiske arbejdsgange hertil. Ligeledes kan det diskuteres, om de medicinske afdelinger overhovedet har ressourcerne til at prioritere de relationelle opgaver, med de arbejdsvilkår og "skal" opgaver, som de ellers pålægges. Dette vanskeliggør de studerendes identitetsdannelse, for uanset hvor gode de er til at prioritere, så kan de ikke imødekomme alle krav i det krydspres, de oplever. Gennem analysen blev vi ligeledes opmærksomme på, at ikke alle sygeplejersker har samme opfattelse af kerneopgaverne i sygeplejen og dette til trods for, at de arbejder indenfor samme professionsfelt, endda i samme afdeling. Når det ikke er tydeligt, hvad kerneopgaven er, kan det være svært for de studerende at udvikle deres egen professionsidentitet.

Sat på spidsen kan man jo diskutere, om vi opfylder kravet om at være en profession, hvis der er tvivl og uenighed om, hvad der er kerneopgaverne og vi ikke får italesat og diskuteret basis antagelser, og hvilken vej sygeplejefaget skal bevæge sig. Her kan en strategi og visioner være med til at åbne op for den vigtige diskussion, der nødvendigvis skal tages. Mere tid brugt på relationelle opgaver betyder ikke nødvendigvis, at relationen bliver bedre, tid og kvaliteten af relationen hænger ikke nødvendigvis sammen, det handler i høj grad også om de enkelte mennesker, der står over for hinanden og deres livsverden, hvor dygtige de er til relationsdannelse, og om der ønskes en relation. Generelt kan man sige, at hvis tiden prioriteres til relationelle opgaver, så er der også fokus på relationsdannelse, da det man lyser på, får opmærksomhed. I analysen kom det frem, at der var stor forskel på den sparring og vejledning, som de studerende modtog, alt efter hvilken sygepleje vejleder praktiserede, samt hvilken diskurs omkring sygeplejen, som var herskende i afdelingen. Det kan derfor diskuteres, om det ikke er problematisk, at de studerende dermed ikke får lige vilkår og muligheder for at skabe en professionsidentitet, som lever op til de forventninger og ønsker, de har for udøvelsen af deres egen sygepleje. I analysen kom det ligeledes frem, at dette kan resultere i, at de studerende bliver så usikre, at de ikke tør tage ansvar. Dette kan i værste fald resultere i en

mistrivsel, hvor de studerende tvivler på, om sygeplejefaget er det rigtige for dem. Det kan derfor diskuteres, om man burde føre mere tilsyn med den afdelingskultur og arbejdsmiljø, som der er i afdelinger med studerende. Dette især med tankerne på, at vi lever i et samfund, hvor sygeplejersker er en mangelvare, hvorfor det kun er endnu vigtigere at fastholde og sikre trivsel blandt de studerende.

Det kan diskuteres om det krydspres, den ændrede diskurs og diskrepansen mellem det man ønsker at yde og det der er muligt inden for de pålagte rammer, ikke er et mere alment problem der kan ses alle steder i sundhedssektoren hvor forskellige logikker støder på hinanden, og hvor oppefra pålagte arbejdsopgaver kolliderer med sundhedspersonalets faglige dømmekraft.

## 14 Litteratur

Ausserhofer D. (2014) *Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study*. University of Basel

Birkemose, D. (2023) *Når gode mennesker handler ondt*. Syddansk universitetsforlag (1. udg)

Braun, V., Clarke V. (2021) *Thematic analysis A practical guide*.  
Sage Publications (3. udg)

Dahl, H. M., Arp, M. (2023) *Omsorgskrise i den danske velfærd*. Lokaliseret 15/4-2024  
[Visning af: En omsorgskrise i den danske velfærdsstat? \(tidsskrift.dk\)](https://tidsskrift.dk/visning/af/en-omsorgskrise-i-den-danske-velfærdsstat)

Damgaard, T. L., Grønkjær, M., Poulsen, I. (2021) *Fundamentals of Care klinik, ledelse, uddannelse og forskning*. Munksgaard (1. udg)

Damvad-analytics (2021) *Behovet for velfærdsuddannede i 2030 - Prognose fordelt på landsdele*.  
Lokaliseret 20/1-24  
[DAMVAD Analytics: Behovet for velfærdsuddannede i 2030 \(xn--danskeprofessionshjskoler-xtc.dk\)](https://xn--danskeprofessionshjskoler-xtc.dk/DAMVAD-Analytics-Behovet-for-velfærdsuddannede-i-2030)

Datatilsynet (2024) Lokaliseret 25/3-2024  
[Datatilsynet](https://datatilsynet.dk)

DSR (2024) *Fagets historie*. Lokaliseret 12/2-24  
[Fagets Historie | dsr.dk](https://dsr.dk/fagets-historie)

DSR (2023) *Teknologi - en del af fremtidens sygepleje*. Lokaliseret 18/2-24  
[politikpapir-teknologi-november-2023.pdf \(dsr.dk\)](https://dsr.dk/politikpapir-teknologi-november-2023.pdf)

Dybbroe, B. (2015) *Sygeplejerskearbejde med mening og værdi: fra usynliggørelse til demokratisk*

dialog om sygeplejerskers arbejde? I J. Gleeurup (red.), *Bladet fra munden - mod og vilje til et godt arbejdsliv* (s 63-80). Dansk Sygeplejeråd.

Christensen, A. B. (2022) *Selvfølgelig kan den offentlige sektor effektueres*. Lokaliseret 15/4-24  
[Selvfølgelig kan den offentlige sektor effektiviseres \(da.dk\)](#)

Funch, S. M. (2015) *En trojansk hest i sundhedsvæsenet*. Lokaliseret 23/3-23  
[En trojansk hest i sundhedssektoren | Information](#)

Gilje, N. (2017) Hermeneutik - teori og metode. I: Jarvingen, M., Mik-Meyer, N. *Kvalitativ analyse: syv traditioner*. Hans Reitzels forlag (s 127- 153)

Hall, E., Harder, I. (2018) Teoriudvikling i sygeplejen I: *Fag: Grundbog i sygepleje*. Munksgaard (s 269–292)

Hildebrandt, S. (2015) Bæredygtig produktivitet og et bæredygtigt arbejdsmiljø. I J. Gleeurup (red.), *Bladet fra munden - mod og vilje til et godt arbejdsliv* (s 25-40). Dansk Sygeplejeråd

Jensen, C. J., Nielsen, S. B. (2022) ‘We are here for you’: the care crisis and the (un)learning of good nursing. In L. L. Hansen, H. M. Dahl, & L. Horn (Eds.), *A care crisis in the Nordic welfare states?: Care Work, Gender Equality and Welfare State Sustainability* (p 120-138)

Kitson, A et al. (2013) *Reclaiming and redefining the fundamentals of care: Nursing's response to meeting patients basic human needs*. University of Adelaide

Koch, L. (2007) Tekstanalyse I: Vallgård, S. og Koch, L. (red.) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, (3. udg, 1. oplag) Munksgaard, København (s 138-152)

Kristiansen, S og Krogstrup, H (2015) *Deltagende Observation* (2. udgave, 2. oplag) Hans Reitzels Forlag



Kühnau, A. (2020) *Danske Regioner: Sosu-assistenten kan aflaste sygeplejersker*. Lokaliseret 9/4-2024

[Danske Regioner: Sosu-assistenten kan aflaste sygeplejersker - Altinget - Alt om politik: altinget.dk](#)

Kvale S., Brinkemann S. (2009) *Interview – en introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels forlag, København (2. udg, 6. opslag)

Lehn, S., Holen, M. (2020) *Læreprocesser i klinisk sygeplejerskeuddannelse: Viden og erfaringer fra projekt PÅ TVÆRS*. (1 udg.) Roskilde Universitet

Lind, E., L. (2023) *Moralsk stress kan avle forråelse*. Lokaliseret 12/1-2024

[Moralsk stress kan avle forråelse | dsr.dk](#)

Ludvigsen M. B. (2023) *Sygeplejestuderende er usikre på deres fremtid i faget*.

[Sygeplejestuderende er usikre på deres fremtid i faget | dsr.dk](#)

Lokaliseret 20/1-24

Maier, C. B., Köppen, J., Busse, R. (2018) *Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross sectional study in nine countries*. Lokaliseret 22/1-2024

<https://doi.org/10.1186/s12960-018-0285-9>

Martinsen, K. (2023) *Omsorg er motstandskamp*

Morgenbladet nr 36 21/9-2024

Marshall, C., Rossman, G. B. (1999) *Designing Qualitative Research*. Newbury Park/London/New Delhi: Sage (3. oplag)

SFU (2022) *Strategi for sygeplejen* (2. udg)

[strategi-for-sygeplejen-november-20221.pdf \(app-rsjdxcms-prod-001.azurewebsites.net\)](#)

Pedersen, O. K. (2014). *Konkurrencestaten og dens uddannelsespolitik: Baggrund, intentioner og*

funktionsmåder. I K. Illeris (red.), *Læring i konkurrencestaten*. Kapløb eller bæredygtighed (s 13-33)

Produktivitetskommissionen (2013) *Effektiviseringspotentialet i den offentlige sektor kan kun indhøstes gennem reformer*. Lokaliseret 15/4-2024

[Notat \(produktivitetskommissionen.dk\)](https://produktivitetskommissionen.dk)

Skovgaard, M. R. (2022) Dekan: *De studerende skal vide, hvor de kan få hjælp*. Lokaliseret 18/3-2024

[Dekan: De studerende skal vide, hvor de kan få hjælp | dsr.dk](https://dsr.dk)

SNN (2003). *Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden*. Lokaliseret 4/4-2024

[ssns etiske retningslinjer 0-003.pdf \(ssn-norden.dk\)](https://ssn-norden.dk/ssns_etiske_retningslinjer_0-003.pdf)

Stenholdt, B. V. (2001) Sygeplejefagets kampe i det medicinske felt. I K. A. Petersen (red.), *Praktikker i erhverv og uddannelse: om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker*. Frydenlund Academic

SST (2024) Sundhedsstyrelsens historie. Lokaliseret 26/3-24

<https://www.sst.dk/da/om-os/strategi-og-grundlag/historie>

SUH (2020) *Sjælland Universitetshospital vision, mål og strategier for MVU-området, frem mod 2025*. Lokaliseret 9/5-2024

[ROSKILDE OG KØGE SYGEHUSE SYGEPLEJE I TOP](#)

SUM (2022) *8 nationale mål: Sundhedsstyrelsen, KL, Danske Regioner*. Lokaliseret:

[NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDSVÆSENET \(sum.dk\)](https://sum.dk)

Svaneborg, R. G. (2018) *Sundhedsplatformen har stort potentiale – men den er også ramt af store problemer*. Lokaliseret 7/4-2024

[Sundhedsplatformen har stort potentiale – men den er også ramt af store problemer | Information](#)

Sørensen, E., Bahnsen, I. B., Pedersen, P. U, Uhrenfeldt, L. (2017) *Sygepleje tilbage til det basale*.

Lokaliseret 11/4 -24

[Sygepleje tilbage til det basale | dsr.dk](#)

Tanggaard, L. (2017) Fænomenologi som kvalitativ forskningsmetode. I: Jarvingen, M., Mik-

Meyer, N. *Kvalitativ analyse: syv traditioner*. Hans Reitzels forlag. (s 81-103)

Tram, E. (2017). *Lægeropgaver glider over i sygeplejen*. Lokaliseret 15/3-24

[Lægeopgaver glider over i sygeplejen | dsr.dk](#)

Weise, T. (2016). *Et sygehus er ikke en fabrik*. Lokaliseret 23/1-2024

[Et sygehus er ikke en fabrik | dsr.dk](#)

Witthøfft, A. (2018). Ph.d.-forsvarer: "Det er jo ikke jeres skyld, at I bryder sammen". Lokaliseret

31/1-24

[Ph.d.-forsvarer: "Det er jo ikke jeres skyld, at I bryder sammen" | dsr.dk](#)

Wackerhausen S. (2002) *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse - i sundhedsområdet*.

Hans Reitzels forlag (1. udg)

Wackerhausen S. (2004) Professionsidentitet, sædvane og akademiske dyder (s 13-30)

Kausale felter, metaanalyser og metodisk pluralisme (s 31-50)

I: Hansen, B., N. & Gleerup, N. *Videnskabsteori, professionsuddannelse og professionsforskning*.

Syddansk universitetsforlag