

## **Nyuddannede sygeplejerskers møder med realiteterne på medicinske afsnit i reformerede sygehuse**

en institutionel etnografisk undersøgelse

Jensen, Carsten Juul

*Publication date:*  
2018

*Document Version*  
Andet version

*Citation for published version (APA):*  
Jensen, C. J. (2018). *Nyuddannede sygeplejerskers møder med realiteterne på medicinske afsnit i reformerede sygehuse: en institutionel etnografisk undersøgelse*. Roskilde Universitet.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact [rucforsk@kb.dk](mailto:rucforsk@kb.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# NYUDDANNEDE SYGEPLEJERSKERS MØ- DER MED REALITETERNE PÅ MEDICINSKE AFSNIT I REFORMEREDE SYGEHUSE

En institutionel etnografisk undersøgelse

Ph.d. - afhandling

Carsten Juul Jensen, Mennesker og teknologi, livslang læring, RUC &  
Sygeplejerskeuddannelsen, Københavns Professionshøjskole



# Indholdsfortegnelse

Forskerskolens forord.....	6
Forord .....	10
Resumé.....	11
Summary in English .....	14
Kapitel. 1 Indledning .....	17
Den 1. juni 2015.....	18
Den 2. juni 2015.....	22
Møder med realiteterne på medicinsk afsnit .....	25
Hvordan få greb om nyuddannede sygeplejerskers møder med realiteterne i hverdagslivet.....	26
Arbejde med frustrationer gennem skrivning af poetiske repræsentationer og essays .....	27
Poetiske repræsentationer.....	27
“Bagsiden af succesmedaljen”.....	28
Nyuddannede sygeplejersker på medicinske afsnit anno 2002 versus 2015-2017.....	29
Fra projektbeskrivelsens teoriramme til institutionel etnografi.....	31
Kapitel 2. Institutionel etnografi.....	34
Kritisk sociologi.....	34
Dorothy Smiths institutionelle etnografiske teori .....	34
En alternativ metodologi til konstruktion af objektiverende viden om subjekter .....	35
Styringsrelationer.....	35
Forhandlinger af styringsrelationer .....	37
Menneskers kundskab om egne arbejdsaktiviteter .....	38
Viden produceret i hverdagslivet .....	38
”Institutional capture”.....	39
Sandheden efter postmodernismen .....	39
Undersøgelsens institutionelle etnografiske tilgang.....	40
Kortlægning af styringsrelationer omkring en problematik og et standpunkt .....	41
Inspiration fra Janet Rankin og Maria Campbell (2006).....	42
IE-undersøgelse af kropslige og følelsesmæssig respons på arbejdsbetingelser ....	43
Kapitel 3. En institutionel, etnografisk undersøgelse i nyuddannede sygeplejerskers fodspor på fire medicinske afsnit.....	45
Søgning efter og analyse af litteratur .....	46
Analyse af eksisterende litteratur.....	46
Adgang til fire medicinske afsnit.....	47
Informanter .....	48
De fire medicinske afsnit.....	48
Deltagerobservationer.....	50
Strukturen af deltagerobservationerne.....	50

Deltagerobservationer i nyuddannede sygeplejerskers fodspor .....	51
Interviews.....	53
To års kontakt med nyuddannede sygeplejersker og deres kollegaer.....	54
Fra kropslige oplevelser til skriftsprog .....	55
Deskriptive analyser af deltagerobservationer og interviews.....	56
Kortlægning af dokumenter relaterede til reformerede sygehuse .....	57
“Keeping the institution in view” .....	57
Kapitel 4. Overblik over eksisterende undersøgelser .....	59
Overblik over eksisterende undersøgelser fra internationale databaser.....	60
Realitetschok.....	61
Transitionschok.....	61
Overblik over eksisterende undersøgelser i Danmark.....	63
Et alternativt ståsted.....	65
Kapitel 5. Personportrætter .....	68
Personportræt af Emilie.....	70
Personportræt af Anja.....	78
Personportræt af Martha .....	86
Personportræt af Thor .....	94
Personportræt Rebecca.....	100
Kapitel 6. Arbejde på medicinsk afsnit i reformerede sygehuse .....	108
Personlige erfaringer og relationer .....	108
Nyuddannede sygeplejerskers hverdagsaktiviteter i den aktuelle hverdag.....	110
Hverdagsaktiviteter organiseret gennem centralt definerede kvalitetsstyringsmekanismer.....	113
Kortlægning af klinisk retningslinje BOS/EWS-risikokovurdering af kritiske observationsfund .....	114
Hverdagen med BOS-score og KPI på fire medicinske afsnit .....	114
Kortlægning af ideologier bag BOS eller EWS .....	115
Amerikanske/australske visioner for reformerede sygehuse .....	118
Jagten på de gode tal.....	119
Patienterne må ikke dø .....	120
Kapitel 7. Konklusioner og implikationer .....	123
Overordnede konklusioner .....	123
Afhandlingens artikelbidrag med perspektivering til fremtidig forskning.....	126
Afhandlingens artikler.....	126
Skriveprocessen set gennem artikelfremstillingen .....	127
Nyuddannede sygeplejerskers arbejde med døden og døende patienter på medicinske afsnit i patientsikre sygehuse – en institutionel etnografisk undersøgelse .....	128
“Newly graduated nurses’ experiences of insufficient orientation in medical units” .....	129

“Learning from newly graduated nurses responses to discourses of selflessness” .....	129
Andre mulige problematikker for nyuddannede sygeplejersker .....	130
Perspektivering til fremtidige forskningsprojekter .....	130
Referencer.....	133

# Forskerskolens forord

En ph.d.-afhandling er et 'svendestykke', som demonstrerer at forfatteren har gennemført "et selvstændigt forskningsarbejde under vejledning", som det hedder i bekendtgørelsen om forskeruddannelse. ph.d.-afhandlinger er samtidig at betragte som videnskabelige udviklingsarbejder, som afsøger og belyser nye forskningsområder. Denne afhandling er blevet til i forskerskolen for Mennesker og Teknologi under ph.d.-programmet for Læring, Arbejdsliv og Social Innovation. Programmet omfatter projekter, med fokus på læring og erfaringsdannelse igennem hele livsløbet, ligesom det rummer projekter, som undersøger de arbejdsmæssige og uddannelsesmæssige reguleringer, subjektivering, ekskluderinger mv. som skaber vores hverdagslige livssammenhænge. Tilgangene er oftest tværfaglige, og metoderne, som anvendes, er tænkt og tilpasset i forhold til den enkelte problemstilling og det konkrete genstandsfelt. Her opereres med forståelser af læring og orienteringer i en given social praksis, der på en gang er både subjektivt forankret og placeret og reguleret inden for en institutionel, samfundsmæssig og politisk kontekst. Denne afhandling af Carsten Juul Jensen er eksemplarisk idet den netop viser styrken i netop en sådan tværfaglig tilgang, der er grundigt situeret i et felt, som har udfordret Carsten Juul Jensen til en engageret bearbejdning og diskussion af væsentlige problemer i nyuddannede sygeplejerskers praksis. Den diskuterer med et grundigt afsæt i et konkret praksisfelt på medicinske afsnit på de reformerede sygehuse - en række aktuelle og almene udfordringer knyttet til nyuddannede sygeplejerskers forandringer af såvel uddannelsesmæssig, strukturel og politisk art, som skaber pres på deres indslusning i praksis og anvendelsen af deres viden og kompetencer.

Afhandlingen udmærker sig på flere måder. Den beskriver på baggrund af et omfattende og nuanceret empirisk materiale nyuddannede sygeplejerskers vanskelige veje ud i praksis. Carsten Juul Jensen viser en stærk praksisforankret indlevelse, der giver klar fornemmelse af en dyb, indlevet forståelse af hvad der foregår i 'maskinrummet' på sygehuset. Carsten Juul Jensen er som uddannet sygeplejerske, som uddanner på Sygeplejerskeuddannelsen på Professionshøjskolen København og endog af og til også som klinisk sygeplejerske indforstået med logikkerne i eget felt. Med denne baggrund ligner Carsten Juul Jensen mange andre ph.d.-kandidater ved instituttets forskerskole, som har været ramme om mange erfarne og dygtige professionelles forskeruddannelse. Forskningen kan udvikle nogle særlige kvaliteter, når den bygger på forskerens forudgående og dybdegående kendskab til feltet og dets problemstillinger. Forskeren kan hermed kvalificeret identificere problemstillinger, som er relevante for feltets professionelle. Desuden er det ikke nødvendigt, at forskeren bruger ressourcer i starten på en bredere afsøgning af konteksten og af feltets aktører, da disse på forhånd er velkendte.

En stærk praksisforankret forskning kan omvendt ofte have vanskeligheder ved både at etablere den fornødne kritiske og undrende distance - og at balancere engagementet i

feltet. I den voksende professionsforskning ses ofte studier, som enten skaber meget distancerede analyser inspireret af en filosofisk orienteret kritik, eller, som en anden og meget hyppig tendens i feltet, søger at være anvendelsesorienteret i en forstand, hvor forskeren synes mindre bekymret om at forstå den komplekse virkelighed og dens strukturelle og institutionelle indlejring. Professionsforskningen kan herved ofte se sig 'spændt for en vogn', hvor 'videns-produktion' har til hensigt at blive bragt umiddelbart til anvendelse, og at skulle korrigere den eksisterende praksis og gøre den bedre eller mere hensigtsmæssig - på de givne betingelser, uden for alvor at rejse en kritik - ved at give sig tid til at begribe de grundlæggende udfordringer.

En udfordring for en praktisk velkvalificeret forsker som Carsten Juul Jensen er at etablere en tilstrækkelig distance, at opretholde det fremmede blik på udfordringer og spørgsmål, som forskeren i forvejen kan mene at have svar på, nemlig de svar som feltets aktører oftest selv vil give. I det nærværende studie kunne Carsten Juul Jensen således også have forfulgt forståelsen af, at problemet omkring de nyuddannede sygeplejerskers store udfordringer ved mødet med praksis alene handlede om fx sygeplejerskernes - og det vil sige Sygeplejerskeuddannelsens - mangelfulde kvalificering, eller om sygeplejerskernes individuelle manglende formåen og behovet for en (endnu) mere struktureret organisering af deres praksis på de moderne patientsikre sygehuse.

Sådanne kortslutninger afstår afhandlingen klædeligt fra. Når afhandlingen alligevel er dybt interessant for både uddannelsen, afsnittene og sygeplejerskerne - individuelt og kollektivt - skyldes det blandt andet, at Carsten Juul Jensen har ladet sig inspirere af og har fastholdt en teoretisk tilgang, institutionel etnografi, som har tilbudt et stærkt praksisforankret perspektiv, men samtidig har etableret nødvendig forskningsmæssig distance og overskud. Tilgangen betyder, at Carsten Juul Jensen har kunnet tage udgangspunkt i sygeplejerskernes hverdagsforståelser, og bruge dette 'standpunkt', til at henlede opmærksomheden på de bagvedliggende strukturerer, de 'styrende relationer', som i hverdagen oftest må tages for givet eller ses som uomgængelige betingelser.

Afhandlingens anvendelse af institutionel etnografi hjælper til at indfange og fastholde de nyuddannedes fremmede blik på praksis, som vi også kender det kender fra de klassiske etnografiske studier. Styrken ved tilgangen her er yderligere, at den tydeliggør fx hvordan der i mange elementer af den etablerede praksis - med de nye procedurer og teknologier, der i disse år indføres på afsnittene, ligger betydelige bindinger i forhold til at udføre en optimal, human pleje og omsorg, sådan som sygeplejersker uddannes til. Det skaber ikke alene stor frustration blandt de nyuddannede, men er også med til at etablere et betydeligt arbejdspress for de ansatte i almindelighed, der som erfarne professionelle må lære sig 'at arbejde rundt om' nye tiltag og forandringer i den hverdagslige praksis. For de nyuddannede bliver opgaven med at lære og tilpasse sig afsnittenes rutiner herved selvsagt mere kompliceret, idet de ikke blot skal tilegne sig en kompleks



etableret praksis, men også skal finde 'egne veje' til at håndtere denne praksis' utilstrækkelighed i forhold til blot nogenlunde at leve op til såvel egne som afsnittets forventninger.

Den institutionelle etnografi har bragt Carsten Juul Jensen meget tæt på de fem centrale informanter, hvilket her bidrager til en grundig empirisk belysning af professionelle udfordringer i arbejdet. Afhandlingen formidler glimrende, hvordan hverdagen på et medicinsk afsnit med mange ældre, svært syge patienter og hyppige dødsfald indebærer pleje- og omsorgsopgaver ikke bare i forhold til den døende, men også dennes pårørende, der kan være uhyre belastende - selv for garvede sygeplejersker.

Afhandlingen illustrerer samtidig, hvordan et standpunktsperspektiv, der solidarisk følger de nyuddannede ind i deres arbejde, kan skabe et udførligt og detaljeret indblik i, hvordan netop ankomsten til de medicinske afsnit. Disse afsnit, der ofte fungerer som indslusningsvej til, hvad der anses for, mere attraktive og/eller mindre belastende afsnit på sygehuset, kan være en ganske overvældende oplevelse for de relativt unge nyuddannede sygeplejersker.

Samtidig er det en store styrke ved afhandlingen, at den rejser sig fra de rent subjektive, kollegiale og organisatoriske udfordringer, gennem at trække eksemplariske tråde som viser betydningen af de styrende strukturelle og politiske rammesætninger og reguleringer af praksis. Afhandlingen påpeger således konkret, hvordan politikker og formelle procedurer ofte kan få meget direkte indflydelse på den enkeltes arbejdsliv og muligheder for at falde godt til på sit nye arbejde. Der skabes gennem tilgangen, fx via beskrivelse af den enkeltes historie mulighed for en indgående indlevelse i de nyuddannedes vilkår og udfordringer og dermed også en god forståelse for reaktionerne på de individuelle belastninger, som de nyuddannede bydes.

Der har i de senere år været stor opmærksomhed på betydningen af de ændrede styrings- og ledelsesformer betydning for praksis. Der har været meget berettiget kritik af New Public Management og tiltagende gennemslag af neo-liberalisme, mens det samtidig har været forsøgt at diskutere og opmuntre til muligheden for professionalisering af de store offentlige faggrupper, som leverer omsorg og velfærd i arbejdet med mennesker.

Afhandlingen bidrager her, gennem sit fokus på styringsrelationer og konsekvenser af kvalitets-styringsteknologi, til en velfærdsforskning, som bevidst søger at tematisere problematikkerne 'fra neden' gennem at tage udgangspunkt i den hverdagslige praksis og de liv, der leves i en af de centrale velfærdsinstitutioner. Ligesom der samtidig bidrages med civilisationskritiske kommentarer til modernitetens håndtering af samfundets syge og døende mennesker. Tilgangen fører til en eksplicit kritik af de manglende velfærdspolitiske prioriteringer på området, som er forankret i konkrete menneskers oplevelser. Det er en reel bedrift.

Det er for de fleste en meget stor udfordring at skrive en ph.d.-afhandling, at fastholde energien gennem de tre år som et afhandlingsprojekt er normeret til at vare. Det er virkelig undtagelsen mere end reglen, at de ph.d.-studerende bliver færdige og afleverer inden for den kontraktfastsatte tid. Det har været en fornøjelse at være et nært vidne til Carsten Juul Jensens enorme arbejdsomhed og determination på denne opgave, og tilmed at opleve at Carsten meget langt hen i processen har kunnet bevare et ofte sprudlende humør.

Jeg håber, at såvel Sygeplejerskeuddannelsen som sygehusene vil gøre brug af de værdifulde resultater som afhandlingen her præsenterer.

*Steen Baagøe Nielsen*

Lektor, ph.d. ved Institut for Mennesker & Teknologi,  
Centerleder for VELPRO – Center for velfærd, profession og hverdagsliv,  
Roskilde Universitet

# Forord

Nu da denne ph.d.-afhandling er færdig, føler jeg det næsten som at stå ved Verdens Ende. Jeg har især følt, at skriveprocessen har været som en ensom vandretur. Men Verdens Ende ligger på en skærgård uden for Tønsberg i Norge, og der har jeg rejst mig fra flere gange.

Jeg *har* ikke været alene om dette projekt. Projektet var aldrig blevet til noget uden Emilies, Anjas, Marthas, Thors og Rebeccas hjælp. Disse fem nyuddannede sygeplejersker har lært mig om deres oplevelser i et begyndende arbejdsliv, og de og deres kollegaer har lært mig, hvordan medicinske afsnit i et reformeret sygehus anno 2015-2017 er organiseret. Tusind tak for hjælpen til jer. Og tak til Steen Baagøe Nielsen for vejledning gennem tre år. Tak for mange gode vejledende samtaler, for færre vildledende samtaler, for opmuntrende skulderklap, for humoristiske kommentarer og for at lade mig være i fred, når jeg har haft brug for det. Jeg skal også takke Craig Dale, der var min vejleder i Toronto 2016, for at holde mig i ørerne, når jeg har været ved at komme på afveje i forhold til institutionel etnografi.

Jeg skal takke min leder på sygeplejerskeuddannelsen i Hillerød i 2014, Pia Ramhøj, fordi hun troede på mine evner i forhold til at kunne gennemføre et så omfattende projekt. Jeg skal takke Stinne Glasdam for, at jeg ikke var helt på bar bund i forhold til skriveprocessen. Stinne lærte mig nærmest med ført hånd, hvordan et kandidatspeciale kunne struktureres videnskabeligt i 2009.

Endelig skal jeg takke Maj-Britt, Charlotte og Marianne, for at sætningerne kom til at hænge sammen, når jeg havde stirret mig blind på kapitler og afsnit, og tak til jer for orden i afhandlingens kommaer.

Tak til venner og familie for jeres tålmodighed med mit fravær. Og Bent, efter at vi i hvert fald det sidste år har levet to parallelle liv, glæder jeg mig til, at vi igen skal gå hånd i hånd til Verdens Ende.

# Resumé

## Baggrund

Nyuddannede sygeplejerskers kropslige og følelsesmæssige reaktioner i et begyndende arbejdsliv på medicinske afsnit i reformerede sygehuse er både relateret til at forebygge sygdomme og til at undgå dødsfald ved patienternes senge, samt til kvalitetsstyringsmekanismer, der har danske politikeres bevågenhed.

Viden, der repræsenterer nyuddannede sygeplejerskers problemer i hverdagslivet ved patienternes senge, forsøges indledningsvist fremstillet via poetiske repræsentationer og gennem teorier til analyse af selvbebrejdelser og skyld. Men disse metodologiske afsæt kan ikke anvendes til analyse af politisk definerede kvalitetsstyringsmekanismer. Undersøgelsens endelige metodologiske udgangspunkt bliver derfor institutionel etnografi.

## Institutionel etnografi

Undersøgelsens teoretiske afsæt er Dorothy Smiths kritisk sociologiske metodologi, kaldet institutionel etnografi, hvor den reelle viden om menneskers arbejdsliv i en virksomhed antages at findes iblandt disse mennesker i deres hverdagsliv. Et essentielt ontologisk begreb i institutionel etnografi er objektiverende styringsrelationer, der bliver medieret i menneskers hverdagsliv gennem institutionelle tekster i skrevet og talt sprog.

Men styringsrelationer er dynamiske, idet socialt kompetente, aktive og vidende mennesker arbejder med disse objektiverende relationer og tekster.

I undersøgelsen kortlægges og beskrives styringsrelationerne i et reformeret sygehus ud fra nyuddannede sygeplejerskers standpunkt og definitioner af problematikker vha. institutionelt etnografisk blik på deres arbejde med institutionelle tekster.

## Metode

Konstruktionen af empirisk materiale og analyseprocessen har processuelt fulgt hinanden. En proces, der starter med kritisk analyse af eksisterende undersøgelser om nyuddannede sygeplejerskers transitionsprocesser. Herefter etnografiske studier bestående af 184 timers deltagerobservationer i 23 vagter sammen med fem nyuddannede sygeplejersker på fire medicinske afsnit i fire måneder i 2015. Deltagerobservationerne er suppleret med 9 individuelle interviews af de fem nyuddannede sygeplejersker og 7 interviews af andre sundhedsprofessionelle i en toårig periode. Mellem disse etnografiske observationsstudier indekseres de væsentligste problematikker og fremstilles vha. personportrætter. Disse portrætter er subjektive fortællinger relateret til sygeplejerskernes institutionelle arbejdsbetingelser, som er styret af objektiverende ideologier materialiseret i tekster om kvalitet og mål for reformerede sygehuse.

## Resultater

Eksisterende undersøgelser mangler tilsyneladende blik for institutionelle arbejdsbetin-  
gelser i reformerede sygehuse. Hverken nye eller erfarne sygeplejersker kan “fikse” pro-  
blemer omkring nyuddannede sygeplejerskers problemer i et begyndende arbejdsliv med  
realitets-/transitionschok og manglende mentorordninger.

I en hverdag på de medicinske afsnit, der er konteksten for undersøgelsen, reagerer de  
nyuddannede sygeplejersker med vrede, skyld, ked-af-det-hed, smil, tårer, angst, ironi og  
sarkasme i mødet med kolleger, pårørende og patienter. De nyuddannede sygeplejersker  
plejer og behandler komplekst syge medicinske patienter og dækker vakante stillin-  
ger uden støtte fra en mentor. De skal håndtere arbejdsaktiviteter, der spænder fra at til-  
stræbe at besvare lægers spørgsmål rigtigt, hjælpe en patient, der ved et uheld har urineret  
på sig selv, udskrive patienter, administrere medicin, gøre døde i stand, håndtere  
skyld, dokumentere på en computer, finde et par briller til at BOS/EWS-score patienter-  
nes tilstand.

Nyuddannede sygeplejersker møder kvalitetsstyringsmekanismer, der bl.a. er relateret til  
BOS/EWS (basal observation score) aktiviteter ved patienternes senge samt drøftelser  
ved en whiteboard-tavle med udsagn for kvalitetsstyring i afsnittene og via udsagn fra  
ledelsen.

”Det er vigtig at identificere kritisk sygdom og at forebygge dødsfald, fordi døden er en  
fej”. Dette står i kontrast til 400 dødsfald årligt i et medicinsk center, bemandet med ny-  
uddannede sygeplejersker, der dels ikke har vænnet sig til et arbejde med døden og dø-  
ende patienter, og dels frygter at blive kendt skyldige i fejl.

## **Konklusion**

Afsættet i nyuddannede sygeplejerskers egen viden om aktiviteter i hverdagslivet,  
samt deres arbejde med objektiverende styringsrelationer, fremstiller et realistisk billede  
af kompleksitet i begyndende arbejdsliv, som virker stærkt præget af selvbebrejdet skyld  
og problemer med manglende mentorer. Offentliggørelse af tal for kvalitet og mål for  
reformerede sygehuse for f.eks. patienternes overlevelse viser ikke, hvordan sygeplejer-  
sker i hverdagen på medicinske afsnit arbejder med at sikre patienternes overlevelse. For  
nyuddannede sygeplejersker indeholder en del af dette arbejde en gennemgående frygt  
for at skade patienterne fatalt, og selvbebrejdet skyld når patienterne dør, selvom det er  
ældre medicinske patienter med flere kroniske sygdomme.

På baggrund af ovenstående erkendelser og tendenser nedenstående essay/artikelbidrag:

**Jensen, C.J., 2018. ”Poetiske repræsentationer af nyuddannede sygeplejerskers  
første møde med virkeligheden på medicinsk afdeling”. Nordisk Sygeplejeforsk-  
ning, 7 (2 eller3).**

Jensen, C.J., 2016. *"Bagsiden af succesmedaljen"*. Uddannelsesnyt, 27(2), pp.20–22.

Jensen, CJ, 2018. *"Nyuddannede sygeplejerskers arbejde med døden og døende patienter på medicinske afsnit i patientsikre sygehuse – en institutionel etnografisk undersøgelse"* Klinisk Sygepleje (3).

Jensen, CJ, Dale, CM, *"Newly graduated nurses' experiences of insufficient work orientation in medical units"*, Journal of Clinical Nursing (i process).

Jensen, CJ, Nielsen, SB, Dale, CM, *"Learning from newly graduated nurses' responses to discourses of selflessness in an actual medical unit in Denmark"* (i process).

# Summary in English

## **Background**

The physical and emotional responses of newly graduated nurses, in their early working life, on medical units, in reformed hospitals, are related both to the prevention of diseases, and avoiding death of patients, as well as to the quality management mechanisms that have the attention of Danish politicians.

Knowledge that represents newly graduated nurses' problems in everyday life at the bedside of patients is initially attempted obtained through poetical representations and through analysis using theories of self-reliance. However, these methods cannot be used to analyze politically defined quality management mechanisms. The final methodological basis of the study therefore becomes institutional ethnography.

## **Institutional ethnography**

Based on Dorothy Smith's critical sociological methodology, called institutional ethnography, the real knowledge of people's working lives in an institution is believed to be found among these people in their everyday life. An essential ontological concept in institutional ethnography is the so-called ruling relations, which are mediated through institutional texts in written and spoken language in human everyday life.

Nevertheless, ruling relations are dynamic, and socially competent, active and knowledgeable humans work with these ruling relations and texts. The study identifies and describes the ruling relations in a reformed hospital based on newly graduated nurses' definitions of problems using an institutional ethnographic view on their work with the institutional texts.

## **Method**

The construction of the empirical material and the analysis has been a process starting with critical analysis of existing studies on the transition processes of newly graduated nurses. Followed by ethnographic studies with 184 hours field observations during 23 shifts with five newly graduated nurses in four medical units for four months in 2015. Field observations have been supplemented with 9 individual interviews with the same five nurses and 7 interviews with other health professionals during a two-year period. In the periods between the field observations, the most important problems have been indexed and described using personal portraits. These portraits are subjective narratives of the newly graduated nurses and related to their institutional working conditions, which are ruled by objectifying ideologies materialized by texts of quality and goals of reformed hospitals.

## Results

Existing studies apparently lack looking at institutional working conditions in reformed hospitals. Neither newly graduated nor experienced nurses can "fix" newly trained nurses' problems in an early working life with a reality / transition shock and a lack of mentoring arrangements.

In this study of the everyday work life at medical units, newly graduated nurses react with anger, guilt, sadness, smiles, tears, anxiety, irony and sarcasm in their meeting with colleagues, relatives and patients. The newly graduated nurses care, and treat complexly ill patients as well as they cover vacant positions without the support of a mentor. They must handle all kinds of work activities ranging from striving to answer the doctor's questions properly, helping a patient who accidentally urinated himself, discharge of patients, medicine administration, wash dead bodies, guilt handling, IT documentation, finding a pair of glasses, to access the condition of patients using computer score systems BOS / EWS.

Newly graduated nurses meet quality management mechanisms, which among others are related to BOS / EWS (basal observation score) activities at the bedside, as well as discussions by text on whiteboards for quality management in the units, and in statements from the hospital management. "It is important to identify critical illness and prevent death because death is a mistake".

This contrasts 400 deaths annually in a medical center, manned by newly graduated nurses, who are not used to working with death and dying patients, and partly fear to be found guilty of mistakes.

## Conclusion

Newly graduated nurses' own knowledge about everyday activities, as well as their work with objectifying ruling relations, produces a realistic picture of complexity in their early work life, strongly influenced by self-inflicted guilt and problems due to missing mentors. Publication of quality results and goals of e.g. survival of patients in reformed hospitals does not show how nurses in everyday life work to ensure patient survival. For newly graduated nurses, part of their work contains a constant fear of damaging patients fatally and a self-inflicted blame when patients die, even when it is elderly patients with multiple chronic diseases.

Based on the above findings and trends these essays/papers:

**Jensen, C.J., 2018. "Poetic representation of new nurses' early encounter with reality in Medical units" (Danish), Nordic Nursing Research 7 (2 or3).**

**Jensen, C.J., 2016. "The flip-side of success" (Danish). Uddannelsesnyt, 27(2), pp.20–22.**



Jensen, CJ., 2018, *“Newly qualified nurse’s working at death and dying patients in medical units in patient safety hospitals - an institutional ethnographic exploration”*. (Danish). Danish Journal of Clinical Nursing (3)

Jensen, CJ, Dale, CM,. “Newly graduated nurses’ experiences of insufficient work orientation in medical units”, Journal of Clinical Nursing (in process with Craig Dale)

Jensen, CJ, Nielsen, SB, Dale, CM, , *“Learning from newly graduated nurses responses to virtue- scripted discourses of selflessness”*, (in process)

# Kapitel. 1 Indledning

For nye sygeplejersker  
Skælver sygehusets gulve  
Følelserne kommer i tsunamistyrke  
Trods tykke mure af beton, standarder og hierarkier

Indgangen til denne afhandling bliver scenarier, hvor jeg illustrerer nyuddannede sygeplejerskers mange ”møder” med mange realiteter, der både er fysisk materielle og virtuelt abstrakte i et hverdagsliv på medicinske afsnit. Når jeg skriver *hverdagsliv*, refererer jeg til det liv, mennesker lever med mange forskellige kropslige og følelsesmæssige sindstilstande sammen med andre mennesker (Bo & Jacobsen 2015). Et hverdagsliv, hvor mennesker oplever, at livet giver mening, selvom man møder modsætningsfyldte krav og hele tiden skal skifte kontekster mellem f.eks. et privatliv og/eller et arbejdsliv (Højholt & Schraube 2016). Hverdagslivsperspektivet har direkte reference til *fysiske materielle realiteter*, der refererer til virkelige menneskers fysiske kroppe (materielle) omgivet af fysiske genstande i virkelige medicinske afsnit (materielt) i hverdagen (Friedman 1999). Og de *virtuelt abstrakte realiteter* refererer til en for mennesker mere ukonkret virkelighed, der i sygehusregi henviser til, at data om patienter bliver registreret og bearbejdet i en computer. Disse patientdata bliver lagret i skyen et sted og bliver betegnet som ”*virtual nursing*” (Rankin 2015, p.527), der kan oversættes til virtuel sygepleje. Fra skyen kan ansatte i institutter for kvalitetssikring af sygehusene hente dataene til analyser, der af politikere bliver brugt til publicering af resultater. Resultater, der virtuelt repræsenterer kvaliteten i sundhedsvæsenet, men ikke nødvendigvis den aktuelle virkelighed ved patienternes senge (Rankin & Campbell 2006).

Dette indledende kapitel indeholder etnografiske beskrivelser fra mine to første dage på et sygehus i provinsen og et medicinsk afsnit. Jeg redegør for mine indledende arbejdsprocesser i relation til fremstillingen af denne afhandling. En rejse, der starter med indledende følelsesmæssige frustrationer, som jeg arbejder med gennem skrivning af poetiske repræsentationer. Rejsen fortsætter med skrivning af et essay, der tager afsæt i mine refleksioner som sygeplejelærer over unge menneskers selv-centrering og skyld, der kommer til udtryk som selvbebrejdet skyld hos nyuddannede sygeplejersker. Endelig redegør jeg for rejsens afslutning, hvor jeg på baggrund af mine egne erfaringer som praksissygeplejerske (og nyuddannet) på medicinske afsnit omkring årtusindskiftet viser, hvordan sygeplejen på medicinske afsnit har ændret sig fra dengang til nu. Sygeplejen i reformerede sygehuse er i stigende grad blevet kompleks med politisk definerede kvalitetsstyringsmekanismer. En kompleksitet, som jeg skønner, jeg ikke får greb om gennem mine metodologiske overvejelser i min oprindelige projektbeskrivelse. Jeg slutter derfor med

at redegøre for afhandlingens institutionelle etnografiske position, hvorfra jeg har kunnet følge nyuddannede sygeplejersker i reformerede sygehuse anno 2015-2017.

## Den 1. juni 2015

Første scene er fællesintroduktionen til hospitalet. Det er den 1. juni 2015, jeg skal møde Emilie<sup>1</sup>, en nyuddannet sygeplejerske. Kl. 8:45 ankommer jeg til parkeringspladsen ved hospitalet. De fleste parkeringspladser er optaget, men jeg finder en ledig plads i området for parkering længst væk fra hospitalsbygningen. Jeg går på stien langs hækken. Vejret er køligt og skyet, og indtil nu har sommeren været regnfuld, så alt ser meget grønt ud for mig.

En kvinde passerer mig i hurtig gang, og jeg forestiller mig, at hun måske er ved at komme for sent til sin vagt. Hun skal sikkert møde i en sen dagvagt (9:00-17:00 måske) for at overlape mellem dagvagt og aftenvagt, som jeg selv har erfaret fra mit arbejde som sygeplejerske. I nærheden af hovedindgangen sidder en patient og ryger en cigaret på en bæk i en hvid badekåbe med et dropstativ med dryppende væske ind i en blodåre gennem et tyndt plastikkateter (venflon). Jeg går gennem svingdøren og passerer sygehuskiosken. Jeg dufter nybagt wienerbrød og passerer stativet med dagens aviser, hvis forsider behandler valget, der skal finde sted d. 19. juni.

Jeg går til informationsskranken for at spørge om vej til fællesintroduktionen. *"Du skal gå i den retning (og hun peger til højre) og helt ned i bunden af gangen og ned i kælderen, så kan du ikke tage fejl"*, siger medarbejderen i skranken. Jeg tænker det lyder lidt mærkeligt, for jeg var blevet fortalt, at fællesintroduktionen skulle foregå i et auditorielokale.

Jeg går gennem forhallen, hvor jeg passerer en poster med regionens logo nederst med teksten, *"Vi er til for dig"*. Jeg kommer til at tænke på oversygeplejersken, der insisterer på, at jeg bærer uniform i observationsperioden. Uniformen har et hygiejnisk formål, men oversygeplejersken understreger også, at alle medarbejdere skal bære uniform, så patienterne ikke er i tvivl om, hvem de kan spørge til råds. Jeg kan ikke lade være med at reflektere, at intentionen er, at *"Vi er til for dig"*.

Nederst i forhallen finder jeg en snoet trappe ned i kælderen, hvor jeg ganske rigtigt finder to døre ind til et auditorie i nærheden af to borde med kaffe, te, vand og saft. Jeg går ind i auditoriet, hvor næsten alle pladser er optaget, så jeg tager en plads bagerst i rummet.

Jeg har aldrig mødt Emilie før, så jeg har besluttet at vente med at introducere mig selv for hende til senere. Sessionen starter kl. 9:00 med 15 minutter, hvor alle introducerer sig selv. Jeg skulle introducere mig selv før Emilie: *"Jeg er Ph.d. studerende fra RUC med interesse i nyuddannede sygeplejersker på medicinske afsnit"*. På første række i modsatte side af lokalet nikker en smilende, ung lyshåret kvinde næsten ubemærket tilbage. Jeg tvivler ikke på, at

---

<sup>1</sup> Alle navne er opdigtede

det er Emilie, og senere introducerer hun sig selv for forsamlingen. *"Jeg er nyuddannet sygeplejerske og skal starte på Q6"*.<sup>2</sup>

Kl. ca. 9:15 bliver to repræsentanter for ledelsen med henholdsvis finansiel- og sygeplejersansvar introduceret. Vicedirektøren med sygeplejebaggrund indtager gulvet med ordene: *"På vort hospital tilbyder vi patientcentreret pleje. Missionen er patienten og visionen er suveræn"*. Hun understreger: *"Patienten er som en partner, og vi annoncerer efter patienter, der kan opbygge, hvordan patienten kommer i centrum. Hvis universitetshospitalet skal byde inde med noget, som de andre universitetssygehuse ikke gør, så er det patienten i centrum. Suveræn kvalitet – dvs. ikke det næstbedste, men det bedste – 100% kvalitet"*. Mens hun taler, vises en PowerPoint med teksten:

- *Klar kommunikation*
- *Flere sprog*
- *Partnerskab og internationalisering*
- *Strømlinede forløb*
- *Verdensmestre til netværk*

Efter at hun har talt i 15 minutter, er der kursus i brandforebyggelse i en aflukket gård lige udenfor auditoriet, hvor alle deltagere skal slukke en brand med vand og et brandtæppe. På vejen ud møder jeg Emilie, og vi hilser på hinanden med et håndtryk.

Efter brandøvelserne er der pause, og Emilie og jeg står ved et højt bord. Jeg drikker en kop te og Emilie et glas saft. Emilies opstart adskiller sig fra fire andre nyuddannede sygeplejersker, Anja, Martha, Thor og Rebecca, som jeg først skal møde den første juli. Jeg spørger: *"Hvordan kan det være, du starter den første juni og ikke den første juli, som de andre nyuddannede sygeplejersker?"*<sup>3</sup> Hun svarer: *"På modul 12<sup>45</sup> oplevede jeg en patient, der fik hjertestop og døde, og jeg havde lige fortalt datteren, at han havde det godt. Jeg blev sygemeldt i seks måneder med angst og depression"*.<sup>6</sup> Facilitatoren for dagens program, der er sekretær for sygehusledelsen, afbryder og annoncerer, at vi skal fortsætte. Jeg når blot at sige: *"Det lyder ubehageligt for dig. Det må du fortælle mere om senere"*.

Emilie nikker bekræftende, og vi vender tilbage til auditoriet. Næste session i introduktionsprogrammet er beredskabsplanen for sygehuset ved f.eks. personskade forårsaget af harmonikasammenstød på motorvejen, ulykken på Roskilde Festival i 2000 eller ved Præstø i 2011. Al personale skal i princippet være i beredskab til at deltage i behandling

---

<sup>2</sup> Q6 er et medicinsk afsnit for patienter med sygdomme i mave/tarm og få senge til patienter med gigttilidelser.

<sup>3</sup> De regulære undervisningsprogrammer starter henholdsvis den første februar eller september og slutter 3½ år senere i slutningen af juni eller januar.

<sup>4</sup> Det sidste kliniske undervisningsforløb, 6 måneder før afslutning af sygeplejerskeuddannelsen.

<sup>5</sup> Emile og de andre nyuddannede sygeplejersker uddannet efter bekendtgørelse af 2008 (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2008a), der er blevet erstattet af en 2016 bekendtgørelse (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2016)

<sup>6</sup> En case, Emilie udfolder senere under et interview.

og pleje af evt. forulykkede borgere og er forpligtede til at møde på arbejde. Jeg vidste på daværende tidspunkt ikke, at ambulatorierne f.eks. har opgaven at passe medarbejdernes børn.

Næste dagsordenpunkt er rundvisning. Vi starter i kælderen ved at passere en dobbeltdør til flere ens gange i alle mulige retninger.<sup>7</sup> Første stop er rummet for udlevering af uniformer, hvor facilitatoren understreger, at alle medarbejdere i dag eller i morgen skal have en uniform, før de møder på det sengeafsnit, som den enkelte skal være ansat på. Emilie fortæller mig, at hun har arbejdet som serviceassistent<sup>8</sup>, så hun har allerede en uniform. Vi går ovenpå i forhallen, hvor vi passerer flere skranke, hvor ambulante patienter kan henvende sig. Og flere patienter sidder og venter på stole og bænke på deres ambulatorietid. Vi passerer posteren med logoet "*Vi er til for dig*". Jeg bemærker logoet, men jeg observerer ikke andre, der kigger i den retning. Alle går og sludrer med hinanden. Tilsyneladende mest om i hvilke sengeafsnit, de skal være ansat. Emilie siger ikke noget, men bekræfter, at hun kender hospitalets indretning på baggrund af sin ansættelse som servicemedarbejder, da jeg spørger.

Det sidste stop før frokost er rummet, hvor personalet skal fotograferes til et identifikations- og nøglekort. Emilie skal også have taget foto, fordi hendes kompetencer ikke længere svarer til en servicemedarbejder, men en sygeplejerske (bl.a. adgang til Q6's medicinrum). Jeg følger med Emilie til frokost, hvor vi kan indløse billetten til en gratis frokost inklusiv en vand, som alle deltagere i fællesintroduktionen har fået udleveret tidligere på dagen.

Under frokosten er Emilie tavs, men andre deltagere lytter interesserede til mit projekt. Samtidig fortæller erfarne sygeplejersker, hvordan det var for dem at være ny i sin tid, men beroliger med, at alle færdigheder kan læres, selvom det er overvældende i starten. Ellers ligner frokosten sædvanlige frokoster, jeg har oplevet i mit arbejde som sygeplejerske med jokes om sygeplejerskeuddannelsen, patienter, afdelings- og oversygeplejersker og læger.

Efter en halv times pause følges Emilie og jeg tilbage til auditoriet, hvor en medarbejder introducerer til personaleforeningen, der ved medlemskab tilbyder rabatordninger til diverse arrangementer. Samme medarbejder fortæller om kunstforeningen, der tilbyder kunststudflugt endsige rabatter på genstande udstillet i sygehusets forhal.

Herefter er det hjerte-lunge-redning resten af dagen. Dørene i auditoriet bliver åbnet, og tre læger, der senere introducerer sig som Sandra, Josef og Jan, træder ind i hurtigt tempo. Sandra skubber en seng foran sig, hvori der ligger en dukke til træning af hjertelungeredning. Sandra sætter sig på et ledigt bord i rummet, og Josef bliver stående, mens Jan introducerer programmet. Læringsudbyttet under kurset skulle iflg. Jan være at genkende

---

<sup>7</sup> Flere dage efter er det svært for mig at finde mit omklædningsrum, og efter fire måneders observationsperiode er det fortsat næsten umuligt for mig at finde rundt.

<sup>8</sup> Servicemedarbejdere gør rent, serverer mad, fylder skabe med sengelinned/patienttojs og kører patienter til undersøgelser eller hvis patienterne er døde til seks-timers-stuen (hvor døde skal ligge seks timer, inden de kan overlades til en bedemand).

en patient med hjertestop, udføre basal hjertelungeredning og kende til avanceret hjerte-lunge-redning.

Herefter er det Josefs tur, hvor han gentager statistik fra PowerPoint-materiale. *"3500 mennesker i Danmark får hjertestop udenfor hospitalet og kun 10% overlever."* Han fortsætter: *"På dette hospital er der 300 hjertestop pr. år, og al personale kan finde en patient, der har fået hjertestop, så det er indlysende, at alle skal lære sig basal hjerte-lunge-redning, da tidlig indsats forbedrer overlevelsen med 60%"*.

Efter Josefs gennemgang af statistikker og overordnede retningslinjer overlader han ordet til Sandra, mens han spørger: *"Glemte jeg noget?"* Sandra svarer: *"Nej, det tror jeg ikke"*. Og hun fortsætter: *"Hvis du finder en livløs krop i sengen"*. Emilie kigger smilende på mig og siger: *"Det er lige præcis dét, jeg frygter"*. Sandra fortsætter, mens hun rører dukken. *"HØRER DU MIG"*, råber hun. *"I skal føle, lytte og blot bruge jeres øjne"*. Men nej kroppen er livløs. *"Herefter kalder du på kollegerne og starter hjerte-lunge-redning. I starter med 30 brystkompressioner i en rytme svarende til 300 pr. min. Hvis rytmen er svar at fastholde bare syng eller nyn 'stayin' alive"*. *Når kollegerne kommer, fortsætter I med at gentage de 30 brystkompressioner, men afbryder med to ventilationer med Rubens ballon"*.

Sandra illustrerer, hvorefter alle nyansatte, der deltager i fællesintroduktionen, er forpligtet til at prøve både at give kompressioner og ventilere. Da det bliver Emilies tur, er hun tilsyneladende en anelse for langsom i begyndelsen, så Sandra nynner og synger: *"Ah, ha, ha, ha, stayin' alive, stayin' alive"*.

Herefter to simulationsscenes med patienter med hjertestop. Den ene bliver reddet - den anden dør. Emilie deltager i anden case. På vej ud på gulvet siger hun henvendt til mig: *"Jeg frygtede at blive taget, man skal aldrig fortælle, at man er nyuddannet"*. Emilies opgave bliver at holde styr på tiden. Dvs. hun skal holde styr på tiden fra hjertestoppet bliver identificeret og tidspunkterne mellem basal lungeredning med kompressioner og ventilationer og medicinsk behandling. Emilie misforstår tidtagningen og starter først tidsregistrering fra medicingivning og ikke fra hjertestoppet<sup>9</sup>.

Hjerte-lunge-redningsseancen slutter med, at Jan viser en YouTube-video med Mr. Bean, der fumler rundt omkring et menneske, der har fået hjertestop i nærheden af en parkeringsautomat (Atkinson et al. 2001). Emilie kigger på mig og siger, mens hun ler en anelse: *"Det er nøjagtigt sådan jeg føler"*.

Emilie og jeg følges gennem forhallen. Hun tager toget mod København, og jeg tager bilen retur til Roskilde Universitet for at skrive feltnoter.

---

<sup>9</sup> Tidspunktet for hjertestoppet er afgørende for lægernes beslutning om at stoppe hjertelungeredningen.

## Den 2. juni 2015

Næste scenarie er dagen efter d. 2. juni 2015, hvor Emilie skal starte på Q6. Jeg parkerer min bil nogenlunde samme tid og sted som dagen før. Forskellen er, at jeg nu kender og har adgang til personaleindgangen, der ligger tættere på parkeringspladsen. Med møje og besvær og lidt frem og tilbage finder jeg det omklædningsrum, som jeg er blevet tildelt. Jeg ifører mig uniformen, en hvid tunika og hvide bukser. Jeg tager også min sygeplejenål<sup>10</sup> på for at symbolisere, at jeg er sygeplejerske og evner at praktisere på gulvet – ikke blot på et universitet.

På Q6 møder jeg Emilie, der står på gangen lige udenfor sygeplejekontoret/frokoststuen. Souschefen, Line, der er formelt ansvarlig for modtagelse af Emilie, passerer os på gangen, mens hun i forbigangen siger: *"Jeg har et visitationsmøde, jeg skal deltage i, men jeg er straks tilbage"*.

Emilie og jeg sludrer om nattens søvnkvalitet og hendes lange transport til arbejde, der betyder, at hun skal stå op meget tidligt. Jeg får øje på Emilies sygeplejenål og siger: *"Du har modtaget sygeplejenålen, hvor er den fin blank og ny. Min er meget mere ridset"*. Emilie smiler tilbage mig: *"Ja, jeg nåede heldigvis at få den, inden jeg skulle starte. Jeg fik den i går"*. Jeg siger: *"Hvor er det godt"*. I mellemtiden er Line retur og hører sidste del af vores samtale og supplerer: *"Jeg hørte til et møde forleden, at en nyuddannet sygeplejerske kom til at græde, da hun skulle fortælle, at hun ikke havde modtaget sygeplejenålen"*.

Line fortsætter: *"Jeg ved ikke hvor meget du har brug for at blive vist rundt, nu du har været her som servicemedarbejder, men jeg har alligevel besluttet at vise dig lidt rundt"*. Jeg følger efter Line og Emilie, der stopper ved depotet for patienttøj, sengelinned, forbindingsmateriale og andre skabe med redskaber og hjælpemidler til praktisk klinisk sygeplejearbejde. Line understreger: *"Vi drøftede til sidste personalemøde, at vi skulle blive bedre til at spare på patienttøj og andre ting. De ting, der har været inde hos patienterne, skal jo bare smides ud"*. Emilie siger *"Okay. Det lyder rimeligt"*. Line peger på akutvognen, der skal hentes, hvis en patient får hjertestop. Hun siger: *"Der holder de gyldne øjeblikke"*.

Klokken er næsten 10:00, og vi går mod frokoststuen, hvor personalet mødes dagligt til kaffe, og mange spiser morgenmad for at drøfte og/eller omfordele mængden af arbejdsopgaver mellem personalet. Men inden bliver Emilie og jeg præsenteret, hvor jeg kort præsenterer min interesse i at lære om nyuddannede sygeplejersker på medicinske afsnit. Herefter bliver personalet ret hurtigt enige om, at opgavefordelingen er rimelig, og alle kan nå det de skal. I dag er der desuden et undervisningsforløb, hvor personalet skal drøfte 15 patienter, der er døde i foregående måned. Jens, afdelingslægen, introducerer: *"Jeg har gennemgået journalnotater over patienterne, der døde i maj måned, for at se om vi kunne have gjort noget anderledes"*. Han læser op fra sin liste:

---

<sup>10</sup> Sygeplejenålen bliver båret af 87% sygeplejersker i Danmark under hverdagens aktiviteter. Sygeplejersker, der har en bestået professionsbachelor i sygepleje, kan anmode om nålen formedelst 160 kr. og betaling for et medlemskab af Dansk Sygeplejeråd (Region Sjælland 2015c).

- Hans (92 år) døde med pneumoni, hjerneblødning og svulst i hjernen.
- Karen (84 år) døde med pneumoni, demens og brækket hofte.
- Ole (73 år) døde med kræft i bugspytkirtlen, sukkersyge, væske i lungerne og nedsat funktionsniveau.
- Anne (75 år) døde med KOL i sidste fase, stenlunge og pneumoni pga. fejlsynkning af væske.
- Kurt (79 år) døde af hjertestop, idet hans pacemaker ikke i tilstrækkelig grad kunne regulere hans hjertesygdom.
- Jens (89 år) døde med nyresvigt, diabetes, en hjertekapacitet på 20 – 25%, ødemer og måske en blodprop i benet.
- Henning (77 år) døde med hjertesygdom, pneumoni, elektrolytforstyrrelser<sup>11</sup>, dehydrering og forhøjet aktivitet i skjoldbruskkirtlen.
- Inger (54 år) døde med betændelsestilstand i tarmen, fordi hun nægtede at gå med en stomi og derfor nægtede operation.
- Anders (81 år) døde formentligt med endnu en apopleksi og prostatakræft.
- Kirsten (89 år) døde med nyresvigt, diabetes, hjertesygdom og pneumoni.
- Erna (83 år) døde med KOL, nyresvigt, diabetes, hjertesygdom og pneumoni.
- Lars (71 år) døde med apopleksi, hjertesygdom, flere blodpropper uden behandlingseffekt, depressioner og ønsker ikke at leve.
- Jørgen (68 år) døde med KOL, urinsyreigt, diabetes, pneumoni og findes livløs på trappe i nærheden af sit hjem.
- Kurt (58 år) døde med skizofreni, dehydrering, muskelsygdom, forhøjet kalium, nyresvigt og ønsker ikke behandling – findes livløs med obduktion uden årsag.
- Steen (54 år) døde med respirationsproblemer, pneumoni, blodsygdom og tidligere misbrugsproblematikker, men i bedring og findes livløs med masser af væske i lungerne.

Jens slutter med at konstatere: “Dødsfaldene er på sin vis forventelige, og vi har ikke kunnet gøre så meget andet, end det vi gjorde”. Emilie siger ingenting; ligesom resten af personalegruppen. Line tager dog ordet: “Jeg synes, det var hårdt at se på, at Inger døde, når hun kunne have været reddet med en operation”. Jeg ser flere personaler, der nikker til Lines kommentar, men ingen går dybere ind i samtalen.

Under hele forløbet sidder jeg med ryggen mod døren til gangen med udsigt til parkeringspladsen gennem vinduet. Jeg kan ikke undlade at bemærke den store whiteboard-tavle med teksten KPI (Key Performance Indicators – tavle) til arbejde med kvalitetsud-

---

<sup>11</sup> Forstyrrelser i kroppens saltbalance



viklingsmål. Jeg kan se, at kortet for ”medicinafstemning” (kortlægning af patientens medicinhistorie) er grøn<sup>12</sup>, mens kortene for ”ernæringscreening” (vurdering af patienternes ernæringstilstand), ”tryksår” (vurdering af risiko for tryksår) og ”BOS – score [basal observation score]” (vurdering af, at de computerdefinerede tidspunkter for scoring af vitale værdier bliver overholdt) er røde<sup>13</sup>.

Mødet slutter, og Line fortsætter rundvisningen udenfor det medicinske afsnit. Vi går ned ad trappen til forhallen og går ind til højre for skranken for medicinske ambulatoriepatienter, hvor Lone, oversygeplejersken, har sit kontor. Vi hilser på hende og hendes sekretær. Line og Emilie bliver enige om, at yderligere rundvisning er unødvendig.

Tilbage i afsnittet skal Emilie underskrive flere dokumenter på Hannes (afdelingssygeplejersken) kontor. Emilie skal underskrive nogle dokumenter fra It for at få udleveret en adgangskode til computeren, samt underskrive hvilken afspadseringsordning, hun ønsker (udbetaling efter tre måneder eller afspadsring).

Herefter fortæller Line, at hun har aftalt med Karin, at Emilie skal følge hende. Karin er social- og sundhedsassistent (SSA) og superbruger af det elektroniske dokumentationssystem (ESD - Electronic Systematic Documentation). Karin går til en computer (i daglig tale kaldet ”tårnet”), *”jeg har lige ”bosset” [BOS – score] en patient, så kan du se, hvordan jeg skriver det ind i computeren”*. Emilie smiler og nikker, *”ja, det ville være fint”*. Karin trykker på ikonet ”BOS”, og et skema dukker op. Karin taster respirationsfrekvens (antal vejrtrækninger pr. minut) på 18, saturation (iltmætning i blodet) på 93%, blodtryk på 151/92, temperatur på 36,9 og puls på 97. Karin peger på computeren. *”Du kan se, han scorer 1, det betyder, han først skal måles igen om otte timer”*. Karin holder en lille pause og kigger på Emilie. *”Det er vigtigt at følge tidspunkterne, som computeren siger. Vi har fokus på det i øjeblikket, som du kan se på kvalitetstavlen i personalerummet”*.<sup>14</sup>

Emilie måler selv basale værdier på et par patienter og skriver dem selv på computeren. Det er efterhånden blevet tid til frokost, og både Emilie og jeg hjælper med at dele middagsmad<sup>15</sup> ud til patienterne. Herefter begynder flere af personalet at gå i kantinen for at hente mad til frokost. Emilie tager selvstændigt initiativ til at bære et par sække med brugt patienttøj og affaldssække til affaldsdepotet. I samme moment kører hun og jeg et par senge på gangen, hvor servicemedarbejderen henter dem. Emilie siger: *”Det godt at gøre noget, man kan finde ud af”*.

Efter frokostpausen kl. 13:00 underviser Jens i en ny procedure for anafylaktisk chok, der modsat mange plejepersonalers viden opstarter med adrenalin i stedet for hjertemedicin<sup>16</sup>. Et par sygeplejersker udtrykker direkte, at det vidste de ikke. Efter undervisningen

---

<sup>12</sup> Overholdt for mere end 90 % af patienterne

<sup>13</sup> Overholdt for mindre end 90 % af patienterne

<sup>14</sup> Det vil sige afdelingssygeplejerskerne på de fire afsnit laver en audit i patienternes journal for at tjekke, i hvilken grad tidspunkter for BOS-score er overholdt. Over 90 % overholdelsesgrad vises den grønne side af kvalitetskortet og under 90% den røde side, hvilket er synligt på sygeplejekontoret/frokoststuen.

<sup>15</sup> Varmt mad til middag

<sup>16</sup> F.eks. Amiodaron (Dansk Lægemiddel Information 2017)

siger jeg til Emilie med tanke på hendes sygemelding som sygeplejestuderende: *“Du bliver godt nok konfronteret med akuthed omkring patienter i dag”*. Hvortil Emilie svarer: *“Det er dejligt at høre, at der også er noget, de andre ikke ved”*.

Kl. 15:00 forlader Emilie og jeg afsnittet sammen. Jeg spørger, hvornår hun er hjemme. Emilie svarer: *“Jeg skal lige besøge min bedstefar, der er indlagt på Q5<sup>17</sup>. Det er lidt flovt, for han er vist lidt vanskelig”*. Herefter skilles vi i kælderens for at gå til hvert sit omklædningsrum.

## Møder med realiteterne på medicinsk afsnit

Den lange beskrivelse af min vej fra parkeringspladsen i første scenarie til afskeden med Emilie i kælderen i andet scenarie illustrerer, hvordan hverdagslivets aktiviteter/realiteter er kædet sammen af mange forskellige møder. Det er møder med flere mennesker med forskellige erfaringer, fysiske genstande/realiteter, samt virtuelle realiteter med visioner for sundhedsvæsenet og sygehuset, hvor hverdagslivets mennesker skal håndtere deres følelser (Schraube & Højholdt 2016; Bo & Jacobsen 2015).

I materiel forstand præsenterer jeg som forsker, så vel som alle sundhedsprofessionelle inklusive nyuddannede sygeplejersker, subjekter med kroppe, der møder andre mennesker med kroppe. Emilie skal møde sin bedstefar, og jeg møder sygeplejersken på parkeringspladsen. Måske er hun kommet for sent hjemmefra? Måske går hun bare hurtigt habituelt? Og patienten, der sidder i sin badekåbe, har ligeledes fortællinger og erfaringer med livet, selvom mennesker, der passerer ham, formentligt vil tænke negativt om hans rygning uden for sygehuset. Jeg møder Emilie, der fortæller om sin sygemelding under sygeplejerskeuddannelsen. Alle sundhedsprofessionelle og patienter har fortællinger og erfaringer fra et levet liv med og på sygehuset.

Og disse materielle kroppe er omgivet af fysiske fænomener, der inviterer til aktiviteter. Duften af wienerbrød, kaffe, te og saft inviterer til henholdsvis spising og drikning. Stole i et auditorie inviterer mennesker til at sætte sig for at lytte (i hvert fald på overfladen).

Og computere på sygehuset inviterer bl.a. til at notere eller læse data om patienterne. Hverdagens aktiviteter i dette indledende kapitel viser, at møderne (sociale relationer) er kædet sammen i materiel forstand som fysiske kroppe omgivet af fysiske genstande. Men møderne med realiteterne symboliserer også virtuelle aktiviteter med visioner for sygehuset og sundhedsvæsenet generelt. Mennesker, som passerer salgbare aviser, bliver mindet om visioner for danske sygehuse. Aviserne promoverer rød bloks føring i meningsmålingerne, der kan indeholde andre visioner for økonomisk ressourcfordeling til hospitalet, som måske adskiller sig fra blå bloks. Whiteboard-tavlen med KPI indikerer en vision om at arbejde med kvaliteten for patienterne. Og alle mennesker, der passerer

---

<sup>17</sup> Hjerterafdelingen, der udgør én af de medicinske afsnit i afhandlingen.

posteren med teksten "*Vi er til for dig*", kan blive mindet om sygehuslederens oversættelse af teksten med visioner om patientcentreret behandling og pleje.

Disse materielle og virtuelle realiteter foregår blandt virkelige mennesker, der skal håndtere kropslige og følelsesmæssige frustrationer (Bo & Jacobsen 2015). F.eks. følger Emilies sygemelding med angst og depression hende i et begyndende arbejdsliv som nyuddannet sygeplejerske, om end forskelligt i forskellige kontekster. I konteksten på introduktionsdagen evner hun at le af Mr. Beans famlen med hjerte-lunge-redning. I afsnittet fortæller hun, at hun frygter at finde en livløs patient i en seng, men første dag i sygehus-afsnittet i hvid uniform med en skinnende ny sygeplejenål forventes hun at kunne hjerte-lunge-redde en patient.

På disse første to dage observerer jeg ikke, at Emilie reagerer eksplicit kropsligt eller følelsesmæssigt, når hun bliver konfronteret med femten dødsfald eller akut sygepleje. Men håndtering af akut sygepleje og patienternes dødsfald viser sig at give anledning til frustrationer for de fem nyuddannede sygeplejersker.

I løbet af de første fjorten dage af juli måned møder jeg Anja, Martha, Thor og Rebecca. I en aftenvagt står jeg på gangen og taler med Anja om en situation med en hjertesyg patient, som hun har hjulpet med et bad. Anja fortæller, at hun pludselig bliver bange for, om hun kunne huske, hvordan en patient, der bliver akut syg, ser ud. Jeg spørger Anja: "*Hvad er du bange for?*" Anja svarer: "*Ja, jeg er bange for at slå patienterne ihjel*". Martha passerer os og overhører samtalen og siger: "*Jeg slår patienterne ihjel*", idet hun har oplevet, at fire patienter dør i hendes første arbejdsuge. Disse to kvinder taler om sig selv i første person ental, et *jeg* modsat et *vi*. Det er ikke *vi*, som gruppe, der kan være skyld i eventuelle - eller faktiske - dødsfald, men de oplever selv at være individuelt skyldige.

I juli måned, hvor mange personaler er på ferie, tiltager de nyuddannede sygeplejerskers kropslige og følelsesmæssige frustrationer med selvbebrejdet skyld, vrede og tårer, fordi mulighederne for mentorordninger varierer pga. travlhed og overbelægning, selvom afsnittet har lukket flere senge ned. Kun Thor fastholder, at hans opstart på medicinsk afsnit har være problemfrit.

## Hvordan få greb om nyuddannede sygeplejerskers møder med realiteterne i hverdagslivet

Kort inde i ph.d.-projektet får jeg adgang til medicinske afsnit, hvilket umiddelbart forekommer positivt, fordi jeg hurtigt kan starte analyseprocessen af det empiriske materiale. Men jeg må sande, at teorien om følelser i et hverdagslivsperspektiv (Bo & Jacobsen 2015) også gælder for mig. Jeg repræsenterer også en materiel fysisk krop, der reagerer kropsligt og følelsesmæssigt, uanset om jeg sidder i min stue hjemme, på universitetet eller foretager etnografiske studier. Jeg finder det urimeligt, at de nyuddannede sygeplejersker skal opleve så stærke frustrationer, og jeg kan ikke lade være med at tænke, at det her kan vi ikke være bekendt. Jeg er usikker på, hvem pronomenet *vi* repræsenterer. Men

jeg må tilstå, at jeg i min position som sygeplejelærer nu og som sygeplejestuderende omkring årtusindskiftet ofte har tænkt, at sygeplejerskeuddannelsens undervisningste-maer kan forekomme en anelse ideologiserende i forhold til virkeligheden på et sygehus-afs-nit. Jeg reagerer med frustrationer over de nyuddannede sygeplejerskers frustrationer; ligesom jeg bliver frustreret over, hvordan jeg forskningsmæssigt kan få greb over det virvar af materielle og virtuelle realiteter, som jeg allerede oplever på de to første dage i et hverdagsliv på medicinsk afsnit.

Men jeg starter arbejdsprocessen i ph.d.-projektet med at eksperimentere med forskellige formidlingsformer af det empiriske materiale i afhandlingen.

## Arbejde med frustrationer gennem skrivning af poeti-ske repræsentationer og essays

Inspirationen til at eksperimentere med forskellige formidlingsgenrer får jeg på baggrund af min deltagelse i flere ph.d. - kurser. Min skrivning af poetiske repræsentationer har rod i feministisk teori med reference til Laurel Richardson (1990, 1994) og skrivning af essays i Theodor Adornos (1998) *"Essayet som form"*. Richardson (1990, 1994), såvel som Adorno (1998) introducerer en kritik af traditionel formidling i videnskabelige publikationer med krav om stringente begrebsdefinitioner, der kan manipulere læseren til en bestemt måde at tænke på. Med afsæt i feministisk teori kan manipulationen bestå i reproduktion og legitimering af maskuline værdier (Richardson 1990; Richardson 1994) eller kravet om stringens i videnskabelige publikationer kan skjule en kritik af virkeligheden, *"skille sig af med det irriterende og farlige ved tingene som lever i dem"* (Adorno 1998, p.107).

### Poetiske repræsentationer

I afhandlingen har jeg fokus på menneskers kropslige og følelsesmæssige håndteringer i et hverdagsliv. Følelser i et hverdagsliv, som jeg forestiller mig, at jeg kunne formidle så virkelige som muligt gennem poetiske repræsentationer (Jensen 2018); ligesom jeg ikke kan afvise, at jeg gennem skriveprocessen har kunnet bearbejde mine egne frustrationer. Jeg har omskrevet feltnoter og interviewmateriale til poetiske repræsentationer gennem en kreativ proces. Jeg har lyttet, fornemmet og forestillet mig de nyuddannede sygeplejerskers følelser, når de har sagt noget på en bestemt måde. Og jeg har eksperimenteret med ord, mellemrum og linjeskift, der kort og præcis kunne formidle, hvad nyuddannede sygeplejersker kunne tænkes at føle (Holge-Hazelton & Krojer 2008).

Det interessante var, at poetiseringerne nærmest flød ud af tastaturet på min computer. Jeg skrev dem nærmest på en uge, selvom de senere er blevet forfinet og redigeret ad flere omgange. I tilbageblik forekommer det mig, at skrivningen af poetiseringerne mere var en følelsesmæssig proces end en rationel. Jeg fornemmer næsten, at processen med

skrivning af poetiseringerne har været en metode, hvorpå jeg kunne få orden på mine egne følelser og dermed få klarhed over nyuddannede sygeplejerskers følelser (Dorman 2017).

Jeg oplever faktisk indledningsvis at have fået en platform til formidling af nyuddannede sygeplejerskers følelser så tæt på virkeligheden i et hverdagsliv som muligt. Richardson (1994, p.522) skriver *“A poem is the shortest emotional distance between two points”*. Jeg tænker stadig, at poetiseringerne kan formidle et kort fortættet billede af, hvad der er på spil for nyuddannede sygeplejersker blandt komplekst syge og døende medicinske patienter. I hvert fald synes Anja at kunne genkende sit eget hverdagsliv i poetiseringerne, da hun skriver en mail efter at have læst dem. *“Det bringer virkelig minder tilbage fra en tid, som var usandsynlig hård”*.

Jeg lader syv poetiske repræsentationer stå for sig selv flere steder i afhandlingen, men jeg synes ikke, jeg gennem poetiseringer får greb om de virtuelle realiteter, som indtastning af BOS-score-værdier i computeren, som bliver fulgt på KPI-tavler, hvilket nyuddannede sygeplejersker også møder i et begyndende arbejdsliv.

## “Bagsiden af succesmedaljen”

Essayet “Bagsiden af succesmedaljen” (Jensen 2016) kredser om nyuddannede sygeplejerskers manglende mulighed for succes på medicinske afsnit i en samtid med stigende tendenser til ”jag- centreret” blandt unge mennesker i jagten på individuel succes (Ziehe 2009; Ziehe 2004).

Essayet har afsæt i mine egne erfaringer som sygeplejelærer, hvor jeg på sygeplejerskeuddannelsen møder unge sygeplejestuderende, der tvivler på udbyttet af deltagelse i forskellige læreprocesser. Jeg oplever snarere, at de studerendes tanker kredser om at få et succesfuldt udbytte under individuelle eksaminer ved at score høje karakterer. Essayet tager afsæt i Thomas Ziehes (2004; 2009) betragtninger over unge mennesker i vores samtid, hvor jagten på individuel succes betyder mere, end hvad disse unge mennesker kan bidrage med til fællesskabet. Med reference til Anja og Marthas udtalelse må jeg konstatere, at bagsiden af succesmedaljen er selvbebrejdet skyld. Medicinsk afsnit tilbyder ikke nogen mulighed for succes til unge mennesker. Snarere det modsatte, fordi mange patienter er komplekst syge, døende eller dør.

I et hverdagslivsperspektiv er skyld, som andre følelsesmæssige sindstilstande, fundamentalt i menneskers sociale liv. *“Skyldfølelsen er primær i vores liv som moralsk kompas”* (Brinkmann 2015, p.73). Skyld regulerer psykologisk og sociologisk menneskers omgang med hinanden i et hverdagsliv.

Jeg forestillede mig indledningsvis, at jeg med afsæt i Ziehes (2004; 2009) betragtninger om unge menneskers selv-centreret kunne kombinere denne fundamentale forståelse af skyldfølelsen i en analyse af selvbebrejdet skyld. Et analytisk greb til at forstå nyuddannede unge sygeplejersker, som i skoleregi tager individuelt ansvar for egen succes ved

scoring af høje karakterer til eksamen, hvor bagsiden er, at disse unge mennesker også tager et individuelt ansvar ved manglende mulighed for succes.

Men da Emilie læste essayet, sagde hun til mig: *"Jeg troede ikke, jeg var så selvoptaget"*. Jeg måtte sande, at Emilie er alt andet end selvoptaget. Hun er nærmest det modsatte. Hvorom alting er, blev det klart for mig, at en analyse med Ziehe (2004; 2009) kan pege fingre af unge mennesker, når de f.eks. vælger job (Rognstad & Aasland 2007) eller deltagere i undervisningen, efter hvad de selv vil, modsat krav fra autoriteter eller den nytte de kan gøre for samfundet (Rognstad & Aasland 2007). Det betyder, at jeg på baggrund af Emilies udtalelse må erkende, at Ziehes (2004; 2009) betragtninger ikke nødvendigvis er repræsentativt i forhold til, hvad der skaber mening for unge mennesker selv i et hverdagsliv, hvorfor jeg også måtte forlade dette analytiske greb.

Analysen med Ziehes (2004; 2009) betragtninger om unge mennesker kunne måske være repræsentativt i forhold til sygeplejen ved patienternes sengekant, hvor poetiske repræsentationer kunne formilde et fortættet billede fra sygestuen. Men på baggrund af mine egne erfaringer som nyuddannet sygeplejersker i 2002 konstaterer jeg, at sygeplejerskers hverdagsliv på et sygehus anno 2015-2017 (perioden for fremstilling af denne afhandling) ikke længere blot kredser sig om relationen mellem en sygeplejerske og en patient ved sengekanten, men består også af virtuelle realiteter – virtuel sygepleje.

## **Nyuddannede sygeplejersker på medicinske afsnit anno 2002 versus 2015-2017**

Den store ændring over disse tolv/femten år har været en stigende kompleksitet i hverdagslivet på sygehusene på trods af implementering af standardiserede systemer med visioner om at sikre patienterne kvalificeret behandling og patientcentreret pleje, som sygehuslederen manifesterer.

Min opstart som nyuddannet sygeplejerske i 2002 repræsenterer ikke nødvendigvis et generelt billede af virkeligheden, for jeg havde erfaringer som social- og sundhedsassistent, inden jeg blev sygeplejerske. Men jeg havde tid til i ro og mag at lære sygeplejekompetencerne sammen med min kontaktsygeplejerske Anne. I perioden 2002-2005 arbejdede jeg henholdsvis som social- og sundhedsassistent og sygeplejerske på infektionsmedicinsk, hvor jeg oplevede, at vi havde mere tid til refleksioner med kollegaer. Det kunne være refleksioner, hvor en sygeplejerske oplevede følelsesmæssige problemer omkring patienterne. På samme måde husker jeg heller ikke, at den selvbebrejdende skyld var så intens. Jeg synes snarere, vi drøftede indbyrdes, hvad vi som et fællesskab kunne gøre bedre i svære patientsituationer.

Arbejdsaktiviteterne omkring patienterne var i det hele taget i mindre grad standardiserede og efterlod frirum til personlig udfoldelse. Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker målte vitale værdier på patienterne hver morgen eller på baggrund af lægernes ordinationer, men der var rum for afvigelse på baggrund af et personligt skøn. Jeg kunne f.eks. selv afgøre, om jeg skulle måle vitale værdier hos patienter, der var døende eller

planlagt til udskrivelse. Jeg kunne måle værdier flere gange, hvis jeg skønnede, at patienten fremstod begyndende akut syg. Disse vitale værdier blev noteret i håndskrevne kardex sammen med andre patientoplysninger. Jeg erindrer, at den håndskrevne dokumentering blev præsenteret forskelligt i forhold til den enkelte social- og sundhedsassistent og sygeplejerskes egen personlige holdning. Det var nok forklaringen på en begyndende, om end sparsomt udført i praksis, standardisering gennem sygeplejediagnoser, der tog afsæt i en sygeplejeprocess med systematisk identifikation og håndtering af patienternes problemer (Bydam 2008).

På medicinske afsnit anno 2002-2005 var arbejdsaktiviteterne ikke organiseret omkring hverken elektronisk sygeplejedokumentation til f.eks. BOS-score af patienterne eller røde kort, der indikerede, at retningslinjerne *ikke* var blevet overholdt. Men i et medicinsk afsnit anno 2015 – 2017 er BOS-scoring ikke kun en isoleret aktivitet mellem en patient og en sygeplejerske med henblik på identifikation af kritisk sygdom, men er også relateret til eksterne visioner om kvalitetsudvikling.

Disse visioner følger den danske regerings tiårige plan for reformering af sundhedsvæsenet med både regerende statsministre fra rød og blå blok. Men det bliver den nyvalgte venstre/konservative regering af 2001, der gennemfører den endelige reformering af sygehussvænet i Danmark af 2007 (Christiansen 2012, p.115; Andersen & Jensen 2010, p.247). Med reformen nedlægger regeringen 20 % af sygehussengene og implementerer Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS n.d.), der eksternt skulle vurdere kvaliteten på danske sygehuse (Christiansen 2012). IKAS implementerer kvalitetsstyringsmekanismer i form af:

- Indberetning af utilsigtede hændelser, hvor sundhedsprofessionelle og patienter kan indberette fejl eller forglemmelser, med henblik på vurderingen af sagen og forebygge at hændelsen gentager sig i fremtiden (Styrelsen for Patientsikkerhed n.d.; Mitchel 2008).
- Akkreditering af sygehuse, hvor sygehuses kvaliteten bliver vurderet på baggrund af eksternt definerede standarder for kvalitet af pleje og behandling af patienterne (Ikas 2013).
- Otte nationale mål for sundhedsvæsenet, der i 2016 afløser akkrediteringen (Danske regioner (Danish Regions) 2016). Sygehuse bliver vurderet på baggrund af regeringens definerede mål for kvalitet på baggrund af sundhedsprofessionelles mulighed for at sikre patienternes sundhed og overlevelse.

I 2010 implementerer IKAS ligeledes projekt Patientsikkert Sygehus, hvor visionen er at sundhedsprofessionelles arbejdsaktiviteter bør rette sig mod at sikre patienterne mod fejlbehandling og pleje (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2015, p.4). Det er patienternes interesser og behov, der er i fokus modsat sundhedsprofessionelles behov og arbejdsbetingelser, hvorfor et dominerende fænomen i et patientsikkert sygehus er patientcentring (Gabutti et al. 2017).

Den aktuelle virkelighed i perioden 2002-2005 var i højere grad organiseret omkring hverdagslivets problemer omkring en sygeplejerske og en patient på patientstuerne. I medicinske afsnit af 2015-2017 skal sundhedsprofessionelle imødekomme patientcentrering og kvalitetsstyringsmekanismer, der er centralt defineret af den danske regering. De arbejder samtidig i en travl hverdag med pleje og behandling af et stigende antal ældre mennesker med komplekse aldersrelaterede sygdomme og problemer (Hansen 2014; Christensen et al. 2009) i et sundhedsvæsen med færre senge til samme antal borgere (Holm-Petersen et al. 2010; Deloitte 2013). 80 % af disse ældre patienter, som er over 80 år, bliver indlagt med akutte sygdomme (Hansen 2014, p.1) og er i gennemsnit indlagt i fem døgn modsat den generelle median på to døgn (Hansen 2014, p.38). Medicinske afsnit har da også haft den danske regerings bevågenhed siden reformeringen af sundhedsvæsenet i Danmark i 2007 (Sundhedsstyrelsen 2016; Sundhedsstyrelsen 2012; Sundhedsstyrelsen 2007). Både i 2012 (Sundhedsstyrelsen 2012) og 2016 (Sundhedsstyrelsen 2016) har regeringen afsat økonomiske midler til forebyggelse af genindlæggelse af medicinske patienter.

I et reformeret sygehus er en nyuddannet sygeplejerskes arbejde ikke isoleret omkring pleje af patienterne for at forebygge sygdomme og undgå dødsfald ved patienternes senge, men også om visioner for centralt defineret elektroniske kvalitetsstyringsmekanismer, der har den danske regerings bevågenhed.

## **Fra projektbeskrivelsens teoriramme til institutionel etnografi**

I 2015-2017 interagerer nyuddannede sygeplejersker i en kompleks hverdag i socialt netværk af mennesker, fysiske genstande og centralt politisk definerede virtuelle kvalitetsstandarder og mål. Forskningsmæssigt skal jeg have et afsæt, hvor jeg kan kombinere analyser af et hverdagsliv blandt virkelige mennesker og analyser af politiske magtperspektiver, for at jeg kan få greb om kompleksiteterne i nyuddannede sygeplejerskers begyndende arbejdsliv.

Det har betydet, at jeg har måttet afvige fra afhandlingens oprindelige projektbeskrivelse med afsæt i min deltagelse i et udviklingsprojekt på University College Capital (UCC)<sup>18</sup> (Bendixen et al. 2014; Jensen et al. 2014; Jensen 2014). Kritisk realisme og Michael Erauts (2007a; 2007b; 2012) arbejdspladslæringstænkning, der begge er indskrevet i den oprindelige projektbeskrivelse, inddrager ikke direkte politiske magtperspektiver i sine analyser af virkeligheden.

---

<sup>18</sup> Oprindeligt skulle projektet have været longitudinalt og forløbet fra 2011 med første kliniske undervisningsforløb under uddannelsen til henholdsvis et og tre år efter endt uddannelse i 2015 og 2017 (Bendixen et al. 2014; Jensen et al. 2014; Jensen 2014). Men af økonomiske hensyn sluttede projektet i 2014, efter at de sygeplejestuderende, der deltog i projektet, havde afsluttet uddannelsen til sygeplejerske. Men sygeplejerskeuddannelsen, UCC, valgte at finde finansiering til dette ph.d.-projekt i samarbejde med Roskilde Universitet.



Kritisk realisme analyserer ganske vist implicitte ikke-observerbare strukturer (en slags magtperspektiv) (Bhaskar 2008), der kunne repræsentere bagvedliggende virtuelle realiteter. Eraut (2007a; 2007b; 2012) skriver sig ind i arbejdspladslæring i komplekse kontekster. Erauts (2007a; 2007b; 2012) analyser tager afsæt i et sygehus, hvor læreprocesser er betinget af situationer med tidspres, nyuddannede sygeplejersker og samarbejdspartnerens forskellige og modsætningsfyldte personlige og faglige kapaciteter, akutheden omkring patienterne og implicitte og eksplicitte hierarkiske strukturer i klinikken (en slags magtperspektiv).

Kritisk realisme undersøger bagvedliggende strukturer og Eraut (2012) refererer til konceptet "*learning organisation*" (Eraut 2012, p.34) med reference til organisationens indflydelse på den lærendes læringsmuligheder. Men jeg argumenterer, at et manglende blik for politisk styrende magtperspektiver betyder, at dette teoretiske ståsted kun kan begribe dele af de komplekse realiteter, som nyuddannede sygeplejersker møder i et begyndende arbejdsliv.

Afhandlingens endelige videnskabsteoretiske ståsted bliver derfor en Institutionel Etnografisk (IE) tilgang til analyse af nyuddannede sygeplejerskers møder med realiteterne. Formålet er ikke specifikt at undersøge nyuddannede sygeplejerskers betingelser for tilgængelsesprocesser i et professionsarbejde, hvilket er indskrevet i den oprindelige projektbeskrivelse.

Med IE bliver formålet at undersøge nyuddannede sygeplejerskers kropslige og følelsesmæssige oplevelser i et begyndende arbejdsliv, hvor arbejdsaktiviteterne i hverdagslivet er organiseret omkring politisk definerede kvalitetsstyringsmekanismer i et reformeret sygehus i Danmark.

### Stayin' alive

Døren går op, og tre læger kommer ind  
Sandra, Josef og Jan med raske trin  
Tre læger med en dukke i sengen  
Jeg håber aldrig jeg, finder en livløs patient i sengen  
Jeg er bange for, om jeg kan klare det

Josef siger, vi alle skal lære genoplivning  
Alt for mange dør i Danmark  
Nu ryster min hånd  
Ingen må se mine rystende hænder  
Tre hundrede hjertestop på vort sygehus om året  
Det siger sig selv – vi skal leve og ikke dø  
Åh, kan jeg klare det  
Sandra viser os, hvordan vi skal gøre  
Sandra råber til dukken: "Hører du mig?"  
Vi skal føle, lytte og bare se

Er der mon liv  
Nej dukken ER livløs  
Som den patient jeg fandt,  
Livløs i sin seng i min praktik  
Sandra starter nu genoplivningen – ring først efter hjælp  
Og nu 30 tryk på dukkens bryst  
Tryk med cirka hundrede I minuttet

Og er det svært, synger vi blot: "*Stayin' alive*"  
*Whether you're a brother or whether you're a mother,*  
*You're stayin' alive, stayin' alive.*  
*Feel the city breakin' and everybody shakin',*  
*And we're stayin' alive, stayin' alive.*  
*Ab, ha, ha, ha, stayin' alive, stayin' alive.*  
*Ab, ha, ha, ha, stayin' alive. (Gibb et al. 1977)*

## Kapitel 2. Institutionel etnografi

I dette kapitel redegør jeg dels for undersøgelsens teoretiske afsæt og dels for den anvendte forskningsmetode, som for begge vedkommende tager udgangspunkt i Institutionel Etnografi (IE) af Dorothy Smith (1987; 1999; 2005;2008). I første del redegør jeg for Smiths (1987; 1999; 2005;2008) ontologiske afsæt, herefter Smiths (1987; 1999; 2005;2008) metodologiske afsæt, og i sidste afsnit redegør jeg for afhandlingens IE-undersøgelse. Dels med inspiration fra Smith (1987; 1999; 2005;2008) og dels andre IE-undersøgelser.

### Kritisk sociologi

IE-undersøgelser er sociologisk kritiske, fordi det forskningsmæssige afsæt er hverdagslivet. I den optik er fremstilling af viden om menneskers sociale liv ikke adskilt fra de mennesker, hvis sociale liv sociologen vil undersøge (Smith 1987; Smith 2005). Hverdagmennesker bliver med IE betragtet som vidende i forhold til egne aktiviteter i hverdagen, hvorfor sociologer ikke autoritativt kan positionere sig med ekspertfærdigheder i at skrive og forske om menneskers sociale liv f.eks. med et prædefineret teoretisk blik. Smith (2005) kritiserer med det fokus konventionelle, sociologiske metodologier, der har et oppefra- perspektiv på undersøgelseskonteksten. *“But my argument focuses on what I can now call the 14th floor effect, that is, the language practices of sociology that achieve the transition from being among people to being above them”*(Smith 2008, p.418). Som feministisk teoretiker kritiserer hun *“gudeblikket”* (Widerberg 2015a) på studier af menneskers sociale liv i et samfund, hvor forskere ser sig selv som det rationelle og kompetente subjekt, der autoritativt forstår verden.

### Dorothy Smiths institutionelle etnografiske teori

Smith (1987; 1999; 2005) kredser om en teori (ontologi (Smith 2005, p.52)) om at menneskers aktiviteter i hverdagslivet i en virksomhed er betinget af noget, hun benævner *“ruling relations”* (Smith 1999, pp.73–95; Smith 2005, pp.7–26), her oversat til styringsrelationer<sup>19</sup>. Styringsrelationer defineres som objektiverende relationer og er afsæt for forståelsen af Smiths (1987; 1999; 2005) kritisk sociologiske metodologi, som er funderet i brugen af etnografiske undersøgelser af menneskers subjektive hverdagsoplevelser i bestemte virksomheder, samt disse menneskers viden om ideologier og værdier på det institutionelle niveau.

---

<sup>19</sup>Alle mine danske oversættelser af Smiths begreber er inspireret fra Karin Widerbergs oversættelser fra engelsk (2015, p.13 - 31)

## En alternativ metodologi til konstruktion af objektiverende viden om subjekter

Smiths (1987; 1999; 2005) kritiske sociologiske tilgang har rod i marxistisk/feministisk teori og et ontologisk blik på menneskers hverdagsliv. Med det blik lever mennesker som aktive, socialt kompetente og kyndige kroppe sammen med andre mennesker i komplekse virksomheder (Smith 2005, p.225), hvor menneskers hverdagsaktiviteter styres af translokale (ikke-bevidste for mennesker) objektiverende politisk/økonomiske styringsrelationer (Smith 2005, p.13; Smith 1987, p.5).

Smith (1987; 1999; 2005) skriver helt eksplicit, at hun med begrebet *styringsrelationer* konstruerer objektiverende viden om subjekter, hvor hun tilbyder et alternativ til de etablerede sociologiske metodologier til undersøgelse af menneskers hverdag i en virksomhed.

*”As a method of inquiry, institutional ethnographic is designed to create an alternative to the objectified subject of knowledge of established social scientific discourse. The latter conforms to and is integrated with what I have come to call the ”ruling relations” – that extraordinary yet ordinary complex of relations that are textually mediated, that connect us across space and time and organize our everyday lives – the corporations, government bureaucracies, academic and professional discourses, mass media, and the complex of relations that interconnect them”* (Smith 2005, p.10).

Modsætningen kunne være til Pierre Bourdieus (2007; 2009) teori om menneskets praktiske liv i det moderne samfund med analyser af mennesker ved hjælp af kategorier såsom agent, felt, kapital, habitus, køn og klasse, der ikke nødvendigvis repræsenterer hverdagsmenneskers tale om deres egne aktiviteter. Smith (2005) kalder disse kategoriseringer, *”the disappearance of people and activities”* (p. 56), hvorfor hun introducerer begrebet *styringsrelationer*, der refererer til mennesket som aktive, socialt kompetente og kyndige kroppe. Smith (2005) kalder derfor Bourdieus (2007; 2009) teori for en *”blob-ontology”* (Smith 2005, p.56), fordi Bourdieus kategorier efter Smiths mening kun repræsenterer klatter eller dele af en teori om virkeligheden.

### Styringsrelationer

Begrebet *styringsrelationer* har både reference til Marx' (1970) materialistiske hverdagslivsperspektiv, hvor kropsligtværende mennesker lever, arbejder, spiser og bor sammen med andre mennesker omgivet af fysiske genstande, hvor mennesker bliver reguleret gennem bestemte ideologier *”ideological apparatuses”* (Smith 1987, p.54; Smith 2005, p.54).

*“The ideological apparatuses are part of the larger relations of ruling the society, the relations that put it together, coordinate its work, manage its economic processes, generally keep it running, and regulate and control it”* (Smith 1987, p.19).

Styringsrelationer refererer således til et helt kompleks af objektiverende sociale relationer, der organiserer og regulerer menneskers arbejdsaktiviteter (doings (Smith 2005, p.61)) sammen med andre mennesker i hverdagslivet i et kapitalistisk økonomisk samfund af det tyvende- og enogtyvende århundrede (Smith 1999, pp.74–95). *“The ruling relations are forms of consciousness and organization that are objectified in the sense that they are constituted externally to particular people and places”* (Smith 2005, p.13). Objektiveringen kan forklares som en regulering af menneskers tanker og bevidsthed, som er uafhængig af individuelle, personlige opfattelser og lokale kontekster (Smith 2005, p.13). Smith (2005) betegner styringsrelationer som translokale relationer (Smith 2005, p.205), der organiserer aktiviteter i et hverdagsliv, men den organisering foregår bagom ryggen på mennesker i lokale kontekster – objektiverende.

Disse objektiverende styringsrelationer er således institutionelle betingelser for menneskers arbejdsaktiviteter i hverdagslivet i virksomheden.

Smith (2005) definerer institutioner som *“complexes embedded in the ruling relations that are organized around a distinctive function, such as education, health care and so on”* (Smith 2005, p.225). Institutioner repræsenterer aktiviteter eller funktioner som f.eks. et sundhedsvæsen, der har til formål at tilbyde tjenesteydelser til borgerne i et samfund. Disse funktioner er indlejret i et kompleks af styringsrelationer, der organiserer og koordinerer de menneskelige relationer og arbejdsaktiviteter i hverdagslivet.

I Smiths (1987; 2005) optik bliver styringsrelationer indlejret i menneskers arbejdsaktiviteter i hverdagen gennem institutionens tekster. Disse bliver inkorporeret (medieret) i hverdagsmenneskers kroppe gennem ord og sætninger i skriftlige og talte tekster (Smith 2005, p.10) mellem mennesker eller via love, manualer, retningslinjer, sociale medier, nyhedsmedier, litteratur etc. (Smith 2005, p.39). Ord og sætninger i tekster har med Smiths (1987) optik et materielt ophav i f.eks. et firma, der vil sælge en vare, eller en politiker, der vil formidle en ideologi med en bestemt opfattelse af fordelingen af økonomiske ressourcer i et samfund (Smith 2005, p.166). Disse objektiverende ideologier bliver inkorporeret i menneskelige relationer gennem tekster med bestemte sætningskonstruktioner, hvor f.eks. en regering på en overbevisende måde præsenterer politiske økonomiske disponeringer og vurderinger som universelt gældende sandheder.

Smith (1987; 1999; 2005) refererer til 1970'ernes kvindebevægelse og feministisk teori, der mente, at mænds ideer og ideologier blev præsenteret som universelt gældende for alle mennesker (Smith 1987, p.19). Mens kvinders ord for egne hverdagsaktiviteter var ekskluderet fra både hverdagslivets sprog, dagspressen og forskning, der blev produceret af mænd. *“For example, in the case of housework the omission of this topic from both family sociology and the sociology of work clearly conveys a distorted impression of women’s situations”* (Smith 1987,

p.62). I denne 1970'ers kontekst kan man sige, at mænds ideologier repræsenterede en translokal styringsrelation *også* af kvinders hverdagsaktiviteter. Smiths (1987; 1999; 2005) begreb styringsrelationer har ganske vist reference til objektivisering af subjekter, men Smith (1987; 1999; 2005) argumenterer også, at mennesker er materielle kroppe, der er socialt kompetente og arbejder med styringsrelationerne ("*work*" (Smith 2005, p.174) . Begrebet *arbejde med* skal ikke forstås som lønarbejde, men som at føle, tænke, handle eller *gøre noget* i en bestemt situation. Smith introducerer begrebet *Text-Reader Conversation* (Smith 1987, p.124; Smith 1999, p.122), der refererer til, at mennesker som kompetente, produktive, materielle kroppe hele tiden forhandler med styringsrelationernes tekster.

## Forhandlinger af styringsrelationer

Styringsrelationerne skal altså ikke forstås som statiske relationer, men som foranderlige dynamiske relationer, som mennesker arbejder med (Smith 2005, p.174). Styringsrelationer definerer menneskers muligheder og begrænsninger for tale og handling (Smith 2005, p.17), men bliver konstitueret af hverdagslivets mennesker i bestemte kontekster (Smith 2005, p.65). Styringsrelationer varierer fra kontekst til kontekst. Smith (2005) beskriver, hvordan hun i sit eget hverdagsliv som eneforælder i hjemmet og på børnenes skole taler og handler på en anden måde end i sit hverdagsliv som akademiker på universitetet. "*People work together in concrete actual situations; the coordination or concerting of their activities is both in movement in time and in and through talk (...)*" (Smith 1987, p.124).

En forhandling, der har reference til, hvordan hverdagsmennesker *gør* (forhandler) styringsrelationer. Dette illustrerer Smith (2005) med en erindring om et filmklip, hvor en receptionist henvender sig til en ventende kvinde på et lægekontor.

*"I remember a film shown at an ethnomethodological meeting in Boston many years ago. If I remember it correctly, it showed this simple sequence: a receptionist in a physician's office gets up and goes over to speak to a woman waiting in a chair. The sequence is in slow motion and there is no sound. As you watch, you see how the bodily movement of the two, one approaching, the other recognizing and orienting, coordinate with another. It is like a dance and clearly operating at a level well below consciousness"* (Smith 2005, p.60).

Med citatet viser Smith (2005), hvordan levende mennesker ikke-bevidst socialt koordinerer deres aktiviteter i hverdagslivet sammen med andre menneskers kroppe. Næsten som et par, der danser, aflæser den ventende dame i venteværelset receptionistens gestikulationer og tilpasser eller koordinerer sine egne gestikulationer i forhold til receptionistens. Mennesker tilpasser eller aflæser og fortolker ord, handlinger og gestikulationer fra andre individuelle kroppe i institutionen for at *tingene* kan fungere i en bestemt situation. Og for at disse mennesker kan blive et gensidigt anerkendt subjekt i fællesskabet (Smith 2005, p.101). Omend ikke-bevidst er mennesker sociale, fordi de har behov for gensidig

social anerkendelse og må derfor aflæse, fortolke og indrette sig efter de andre menneskers institutionelle hverdagsliv, der er koordineret af styringsrelationer (Smith 2005, p.101).

## Menneskers kundskab om egne arbejdsaktiviteter

I Smiths (2005) terminologi har mennesket kundskaber ("*knowers*") (Smith 2005, pp.145–163, 229)) om egne arbejdsaktiviteter ("*work knowlegde*") (Smith 2005, pp.145–163, 229)) og ved derfor bedst selv, hvorfor de gør, som de gør i bestemte lokale kontekster. Dette forhold belyser Smith (2005) gennem en fortælling om forskellen på en hvid filmproducent og en Navajo-indianers filmproduktion om deres sølvsmedearbejde.

*"The films made by the white filmmakers showed beautiful scenes of the craftsmen at work and of their products. The films made by the Navajo were rather different. They did not focus exclusively on work that is specific to the craft of making silver jewelry. They included things such as the craftsmen walking to work in the morning or going to get fuel for the fire. There was a whole range of doings that appeared as the work of a silversmith to the Navajo filmmakers but that didn't appear as such to the white filmmakers"* (Smith 2005, p.157).

Navajo-indianerne har historisk haft tradition for at lave smykker, og de retter kamera-linserne mod de institutionelle arbejdsbetingelser, der er afgørende for produktionen af smykker, som f.eks. at gå efter brænde. Hvide filminstruktørers kameralinser fokuserer ikke på at hente brænde og fanger derfor kun dele af en sølvsmeds arbejdsliv i hverdagen. På samme måde erfarer Smith (1987) i 1970'erne, at mænds ord om kvinder ikke giver et realistisk billede af kvinders aktiviteter i et hverdagsliv. Hvorimod kvindebevægelsens egne beskrivelser af kvinders arbejdsaktiviteter i hverdagslivet i højere grad svarede til kvinders liv (Smith 1987)(Smith 1987, pp.61–69). For at konstruere et realistisk billede af menneskers arbejdsaktiviteter i et hverdagsliv, argumenterer Smith (1987; 1999; 2005) altså for et epistemologisk perspektiv på hverdagslivet og i konstruktioner af viden om objektivisering af subjekter.

## Viden produceret i hverdagslivet

Smiths (1987; 1999; 2005) teori om at menneskers aktiviteter i hverdagslivet og metoden i IE- undersøgelser kan altså ikke adskilles. Den alternative sociologiske tilgang repræsenterer et epistemologisk hverdagslivs perspektiv, hvilket hun beskriver som "*to remain among the people "at ground level."*" (Smith 2008, p.420).

*"The sociology is of the same lived world of which it writes; it aims at producing a knowledge of that world which is itself in and of the social. It is committed to inquiry and investigation, to*

*finding out 'how things are put together,' and hence to producing knowledge that represents the social as it happens* (Smith 1999, p.97).

Med afsættet i hverdagslivet reproducerer etnografen viden, der repræsenterer menneskers egne ord for beskrivelser af, hvad de virkeligt gør i et hverdagsliv. Med dette afsæt kan etnografen forstå, hvordan virkelige menneskers arbejdsaktiviteter virkeligt er organiserede ("*put together*"). I Smiths (1987; 1999; 2005) terminologi skal etnografen lære gennem de mennesker, som lever i konteksten for undersøgelsen. Hun illustrerer gennem en AIDS-aktivist i 1990'erne, "*He was learning in his own practice and learning from others' work knowledge (...)*" (Smith 2005, p.150). At lære fra egen og andres kundskab om arbejdsaktiviteter betyder ideelt set, at IE-etnografen drøfter alle sine udlægninger af konklusioner med de mennesker, som hun/han undersøger (Smith 1999, p.97). "Nedefra"-perspektivet, hvor etnografen lærer af hverdagslivets mennesker, er det modsatte af et "oppe fra"-perspektiv (Smith 2008), hvorfra etnografen kun fremstiller viden fra et institutionelt niveau. Disse institutionelle forståelser kan af hverdagsmennesker opfattes som et ufuldstændigt billede af virkeligheden (Smith 2005, pp.155–157).

### **"Institutional capture"**

Institutionelle forståelser opnået ved et "oppe fra"-perspektiv fremstiller nemlig kun viden, der repræsenterer en diskursiv virkelighed med ideologiserende ord i tekst og tale (eller teorier) om menneskers arbejdsaktiviteter (Smith 2005, p.224; Smith 2008). Det kan være institutionelle tekster baseret på ideologier, der kan være defineret centralt af politikere. For at fremstille et billede, som hverdagslivets mennesker kan genkende som fuldstændigt, advarer Smith (2005, pp.155–157) etnografer mod at fastholde institutionelle forståelser i undersøgelser af menneskers hverdagsliv. Hun betegner dette som "*the problem of institutional capture*" (Smith 2005, p.155).

For at overkomme problemer omkring fastholdelsen af institutionelle diskurser anbefaler Smith, at forskeren (2005) reflekterer over begrebet *arbejde med* i IE-undersøgelser. "*The concept of work as defined here helps to direct the ethnographer* (Smith 2005, p.157). Refleksioner over menneskers *arbejde* fastholder etnografen i, at institutionelle arbejdsbetingelser ikke blot kan undersøges via en beskrivelse af de organisatoriske strukturer, men at der eksisterer "*more than one relational mode of the ruling apparatus*" (Smith 1987, p.160). Hvorved institutioner også kan undersøges gennem menneskers arbejde med institutionelle betingelser i en hverdagslivskontekst (Smith 2005, p.68; Smith 1987, p.160).

### **Sandheden efter postmodernismen**

Hverdagslivsperspektivet indeholder både viden om hverdagsoplevelser med sociale relationer sammen med andre mennesker i en virksomhed og om objektiverende ideologier i institutionelle tekster. Et perspektiv, der afdækker menneskers egne problematikker og



standpunkter i hverdagslivet, hvorfor Smith (1999) hævder, at man fremstiller viden, der er sand for de mennesker, hvis hverdagsliv man undersøger.

*“It must rely on the possibility that truth can be told in the following very ordinary sense: that when people disagree about statements made about the world, accuracy or truth is not decided on the basis of ‘authority’ or on the shared belief of a community but by referring back, (...).”* (Smith 1999, p.97).

Der eksisterer en sandhed om, hvordan virkeligheden er skruet sammen for de mennesker, der arbejder i en virksomhed f.eks. et sundhedsvæsen, fordi virkeligheden er beskrevet på baggrund af deres egne kundskaber, følelser, kropslige oplevelser og ord. Idet Smith (1987, 1999, 2005, 2008) forbeholder muligheden for produktion af sand viden, repræsenterer hun helt eksplicit en lang argumentationskæde mod postmoderne og post-strukturalistiske traditioner. *Clearly, then it must find some alternative to poststructuralism/post-modernism’s rejection of the possibility of referring to what exists beyond discourse and independently of discourse’s positing*” (Smith 1999, p.97). I Smiths (1999) optik reproducerer postmodernister og poststrukturalister kun diskursiv viden, idet fokus ikke er objektiverende relationer, men kun viden, der bliver konstrueret i og af bestemte sociale sammenhænge; altså kun dele af en viden om menneskers hverdagsliv (Smith 1999, pp.74–96).

## Undersøgelsens institutionelle etnografiske tilgang

Smiths (1987; 1999; 2005) IE-metodologi præsenterer ikke en systematisk og fastlagt fremgangsmåde, men en tilgang, hvor forskeren tager afsæt i menneskers standpunkt i hverdagslivet (Smith 2005, p.9). Med inspiration fra Rankin og Campbells (2006) undersøgelse af sygeplejerskers arbejde i canadiske reformerede sygehuse refererer standpunktsperspektivet i undersøgelsen til, at man følger i nyuddannede og erfarne sygeplejerskers fodspor. Når forskeren følger i menneskers fodspor i hverdagslivet, kan hun/han også få greb om menneskets kropslige og følelsesmæssige respons, der anses for konstituerende for menneskers arbejdsliv i en hverdag i reformerede sygehuse (Rankin & Campbell 2006).

I undersøgelsen kortlægger jeg i tråd med Smiths (1987; 1999; 2005) metodologi subjekters kropslige bevægelser i en institution og afdækker styringsrelationer formuleret som ideologier, værdier og visioner fra det institutionelle niveau (dokumentmateriale). Jeg følger Smiths (1987; 1999; 2005) metodologi og kortlægger styringsrelationer med afsæt i en problematik og et standpunkt. Kortlægningsprocessen supplerer jeg med Rankins og

Campbells (2006) metodologi<sup>20</sup> i bogen *“Managing to Nurse Inside Canada’s Health Care Reform”*.

## Kortlægning af styringsrelationer omkring en problematik og et standpunkt

Smith (2005) erfarer i 1970’erne, at hun ikke kan læne sig op af de sædvanlige guides for sociologisk forskning med prædefinerede forskningsspørgsmål og analytiske kategorier (p. 35) og foreslår en kortlægningsproces af styringsrelationer. *“And though some of the work of inquiry must be technical, as mapmaking is, its product should be ordinarily accessible and usable, just as a well – made map is, to those on the terrain it maps”* (Smith 2005, p.29). Med kortlægningsprocessen tegnes altså stykke for stykke et kort over organiseringen af hverdagsaktiviteterne i en virksomhed samt måden mennesker arbejder på under denne organisering. Et kort, som de mennesker, hvis virkelighed forskeren vil undersøge, genkender som deres aktuelle hverdag.

Kortlægningsprocessen kredser altså omkring menneskers *arbejde med* styringsrelationer og egne *kundskaber* om arbejdsaktiviteter i hverdagslivet, guidet af en *problematik* (Smith 2005, p.7). En *problematik* indeholder flere måske usammenhængende og/eller modsætningsfyldte problemer (Smith 1987, p.94). Men *problematikken* tager afsæt i hverdagsmenneskers kundskaber, viden og erfaringer med arbejdsaktiviteter og ikke et prædefineret forskningsspørgsmål. De hverdagslivsmennesker, der skal undersøges, definerer selv de problemer, som betyder noget for dem, og som IE-etnografen derfor bør udforske (Smith 1987, p.91). Kortlægningsprocessen kredser om hverdagsmenneskers standpunkter (Smith 1987, p.91). Standpunktsbegrebet har Smith (2005) lånt af Sandra Harding (1986). Harding (1986) bruger begrebet som en kønnet, klasse-mæssig eller etnisk position i et samfund, hvor det i Smiths (2005) version er udtryk for et forskningsmæssigt udgangspunkt (Smith 2005, p.10). Et udgangspunkt hvorfra kortlægningsprocessen både starter og slutter i form af den røde prik, der, som på et fysisk kort med teksten, *“you are here”* (Smith 2005, p.29), viser, hvor en vandretur kan begynde og slutte. Kortlægningsprocessen starter med hverdagslivets menneskers oplevelser og kortlægning af kliniske retningslinjers materielle ophav og slutter med bekræftelser af konklusioner og slutninger i/af hverdagsmennesker i den undersøgte kontekst.

Processen indeholder kortlægning af kæder af sociale relationer, hvorfra etnografen lærer, hvorfor og hvordan de mennesker, som hun/han vil udforske, gør, som de gør - arbejds-kundskab. Disse aktiviteter (*“gøren”* (doings)) er organiserede gennem styringsrelationer,

---

<sup>20</sup> I det hele taget skriver Janet Rankin om egne undersøgelser eller undersøgelser, som hun er medforfatter til, at hun/de følger subjektets fodspor (flere informanter har fået navne) (Rankin 2003; Rankin & Campbell 2006; Rankin 2009; Folkmann & Rankin 2010; Yassin et al. 2015; Rankin 2015)

medieret gennem tekster. Det betyder, at processen også indeholder kortlægning af virksomhedens tekster. *"Texts perform that key juncture between the local settings of people's everyday world and the ruling relations"* (Smith 2005, p.101) - som den nøgle, der åbner for translokale styringsrelationers organisering af lokale menneskers arbejdsaktiviteter i hverdagslivet.

## Inspiration fra Janet Rankin og Maria Campbell (2006)

Rankin og Campbell (2006) kortlægger ligeledes kæder af sociale relationer i et hverdagsliv gennem etnografiske studier og sporer tekstens materielle ophav, der indeholder politiske ideologier relateret til kvalitetsstyring i reformerede sygehuse; ligesom de vender tilbage til subjekternes standpunkt.

Først og fremmest repræsenterer Rankins og Campbells (2006) egne erfaringer som praksissygeplejerske også viden i deres undersøgelse. De har som etnografer, som Smith (2005, p.145) skriver, kunnet lære af egen praksis. Rankin har praktiseret som sygeplejerske siden 1979 og Campbell siden 1959 (Rankin & Campbell 2006, p.5). I Rankins og Campbells (2006) undersøgelse repræsenterer deres egne erfaringer en indledende problematik, hvor de viser, at der er 'noget', der ser ud til at have ændret organiseringen af sygeplejerskers hverdagsliv, siden reformeringen af sygehuse. I 1979 f.eks. *"Occasionally, a night nurse will delay her departure to speak privately to the nurse taking over from her, if she is anxious about something in her patients' care."* (Rankin & Campbell 2006, p.5).

Fra den problematik følger Rankin & Campbell (2006) sygeplejerskers fodspor ved i bogen at præsentere vignetter, der repræsenterer sygeplejerskers hverdagsliv på et sygehus. Bogen indledes med en vignette fra sygeplejerskers morgen på et sygehusafsnit (Rankin & Campbell 2006, p.3) og senere en vignette fra en urologisk afdeling (behandler sygdomme i nyre- og urinveje), hvor sygeplejersken *"Trudy"* kommer tilbage på arbejde efter at have haft fri i fire dage (Rankin & Campbell 2006, p.65). Den viden, som de fremstiller i bogen, bliver hele tiden relateret til hverdagslivets menneskers oplevelser.

Samtidig med at de følger sygeplejerskers fodspor, sporer Rankin og Campbell (2006) institutionelle dokumenters materielle ophav. Deres sporing af dokumenter viser diskrepans mellem muligheder i et hverdagsliv og institutionelle visioner og ideologier<sup>21</sup>. De viser, hvordan institutionelle visioner og centralt udformede kvalitetsstyringsmekanismer, kun kaster spotlight på dele af sygeplejerskers hverdagsliv i reformerede sygehuse. På samme måde som de hvide filmproducenter kun viste dele af sølvsmedevirksomheden og som mænds beskrivelser af kvinders liv.

---

<sup>21</sup> I Skandinavisk regi kunne nævnes undersøgelser, der også undersøger diskrepans mellem ideologier og realiteter. F.eks. beskriver både personale (Breimo 2012) og borgere (ældre) (Thuesen 2013) rehabilitering med andre ord end de ord, der bliver anvendt i centralt definerede dokumenter med visioner om mål og borgerinddragelse. Hans-Peter De Ruiters et al. (2015) har undersøgt, hvordan elektronisk dokumentation bliver determinerende for personalets arbejde og patientsyn.

I såvel Canada som Danmark bliver f.eks. patientcentrering undersøgt på baggrund af et spørgeskema med prædefinerede spørgsmål om patienttilfredshed. Patientcentrering, som jeg har defineret i afhandlingens indledende kapitel, indeholder en vision om, at patienternes behov bør være i centrum modsat de sundhedsprofessionelles behov.

Rankin & Campbell (2006) eksemplificerer, hvordan patienttilfredshed bliver undersøgt på baggrund af spørgsmål om lægers og sygeplejerskers tilgængelighed for patienterne, og i hvilket omfang patienter har kunnet få kontakt med de sundhedsprofessionelle (s. 118). Spørgeskemaet efterlader ikke plads til at skrive, at sundhedsprofessionelle ikke har handlet på, at en patient har ligget i tre døgn uden at have haft vandladning, hvilket ellers var den aktuelle virkelighed (Rankin 2003; Rankin & Campbell 2006). Hvis patienterne svarer positivt på lægers og sygeplejerskers tilgængelighed, kan kvalitetssikringsinstitutionen opgøre et positivt tal for patienttilfredsheden, selvom realiteterne i hverdagen har set anderledes ud.

Rankin og Campbell (2006) har - som jeg - begge erfaring både som undervisere på en sygeplejerskeuddannelse og som praksissygeplejersker. Og Rankin og Campbell (2006) undersøger - som jeg - materielle arbejdsbetingelser ved at gå i fodsporene af nyuddannede - og erfarne - sygeplejersker for at afdække styrende sociale, politiske og økonomiske relationer i reformerede sygehuse.

Ved at følge subjekters fodspor får jeg viden om kropslige og følelsesmæssige reaktioner i en kompleks hverdag i et reformeret sundhedsvæsen (Lundgaard Andersen & Dybbroe 2011). Som illustreret i flere IE-undersøgelser bliver menneskers handlinger i objektiverende strukturer også konstitueret på baggrund af kropslig og følelsesmæssig respons. Det kan være sygeplejerskers respons i form af stress på baggrund af arbejdsbetingelser omkring komplekst syge og døende patienter (McGibbon et al. 2010) f.eks. i palliative afsnit (Sutherland et al. 2015) eller skyldfølelser i forbindelse med pleje og behandling af børn med diabetes (Watt 2017). Denne stress kan komme til udtryk på mange måder og kan således ikke kun diagnosticeres på baggrund af medicinsk terminologi, men må også vurderes på baggrund af kropslig og følelsesmæssig respons på institutionelle arbejdsbetingelser.

## **IE-undersøgelse af kropslige og følelsesmæssig respons på arbejdsbetingelser**

Afhandlingens IE-tilgang følger Smith (1987), når hun peger på, at menneskers (kvinders) respons på hverdagsaktiviteter i objektiverende relationer kan være kropslig og følelsesmæssig (Smythe 2009; Grahame 1998). Det betyder samtidig, at undersøgelsen også følger Smith (1987), når hun fremhæver, at IE-etnografer ikke kan forholde sig følelsesmæssigt objektivt i undersøgelser af menneskers kropslige og følelsesmæssige respons på hverdagslivsproblemer. Etnografer er også materielle subjektive kroppe, der sanser, fornemmer og føler (Smith 1987, pp.69–78).

Disse følelsesmæssige interaktioner betyder, at etnografen i højere grad kan blive fanget af subjekters interesser og behov, fordi hun/han opdager uretfærdigheder i menneskers hverdagsliv (McCoy 2006). Modsat Smith (2005, p.115), der advarer mod at fastholde institutionelle forståelser, er udfordringen i afhandlingen snarere det, som Liza McCoy (2006, p.109) kalder *“keeping the institution in view”*. Med fokus på kropslige og følelsesmæssige respons i hverdagslivet bliver udfordringen snarere at fastholde institutionelle forståelser. Kropslig og følelsesmæssig respons i hverdagslivet er, som illustreret gennem ovenstående IE-undersøgelser, netop også betinget af institutionelle arbejdsbetingelser og repræsenterer derfor essentiel viden i en IE-undersøgelse. McCoy (2006) udfolder Smiths (2005) gennemgående refleksioner over begrebet *arbejde med*. *“It directs the researcher’s attention toward precisely that interface between embodied individuals and institutional relations, which is the object of interest in institutional ethnographic research”* (McCoy 2006, p.110).

Rankin og Campbell (2006) hjælper til at balancere mellem at producere viden om hverdagslivets menneskers oplevelser og viden, der repræsenterer institutionelle forståelser og arbejdsbetingelser. Og jeg genkender på baggrund af mine egne erfaringer som praksis sygeplejerske og sygeplejelærer i en skandinavisk kontekst Rankins og Campbells (2006) beskrivelser af hverdagslivet i et reformeret canadisk sygehus. Jeg genkender deres beskrivelser af modsætningen mellem institutionelle visioner og den aktuelle virkelighed. Det betyder, at deres erkendelser gennem deres undersøgelse har fulgt mig i det analytiske arbejde i afhandlingen, selvom mit fokus er specifikt at lære af nyuddannede sygeplejersker i et hverdagsliv i reformerede sygehuse i en dansk kontekst.

Mit teoretiske afsæt er altså Smiths styringsrelationer, der organiserer og objektiverer kropslige menneskers arbejdsaktiviteter i et hverdagsliv. Og min metodologiske tilgang indeholder en kortlægningsproces af styringsrelationer, hvor jeg følger nyuddannede sygeplejerskers fodspor og deres kropslige bevægelser i institutionen for at konstruere viden om kropslige og følelsesmæssige reaktioner på deres arbejde og styringsrelationens betingelser for dette. Samtidig med at jeg håndterer mine egne følelsesmæssige reaktioner på deres følelser.

## Kapitel 3. En institutionel, etnografisk undersøgelse i nyuddannede sygeplejerskers fodspor på fire medicinske afsnit

I dette kapitel viser jeg helt konkret, hvordan jeg bruger IE i afhandlingens undersøgelse. Afhandlingens IE-undersøgelse indeholder både en teoretisk tilgang og en metode. Derfor har konstruktion af empirisk materiale og analyseprocessen processuelt fulgt hinanden med formålet at undersøge *"how things work?"* (DeVault & McCoy 2006a, p.23) for nyuddannede sygeplejersker. Konstruktionen af empirisk materiale starter d. 1. juni 2015 sammen med Emilie, hvor jeg med Rankins (2017) ord indleder *"a conversation with the data"* (Rankin 2017, p.4), der i princippet fortsætter, til jeg sætter det sidste punktum i afhandlingen. Den dialogiske proces betyder, at jeg inde i mit hoved fortløbende stiller spørgsmål til, hvad jeg observerer, hører og fornemmer, at de nyuddannede sygeplejersker fra deres standpunkt oplever som problematikker i et begyndende arbejdsliv, og hvordan disse problemer er organiseret i samarbejdet med kolleger og af institutionelle betingelser (Rankin 2017; DeVault & McCoy 2006a).

Dialogprocessen er altså deskriptiv analytisk, hvorfor jeg *ikke* har analyseret ord alene som isolerede fænomener, men hvordan nyuddannede sygeplejerskers og deres kollegers ordvalg er linket til en social og institutionel kontekst (Rankin 2017; DeVault & McCoy 2006a). Ved at lade konstruktionen af empirisk materiale følge en deskriptiv analyseproces og/eller vice versa har jeg stykke for stykke forsøgt at tegne et kort over styringsrelationer, der organiserer nyuddannede sygeplejerskers hverdagsaktiviteter i medicinske afsnit i reformerede sygehuse (Rankin 2017).

Undersøgelserprocessen har været cirkulær, men i dette kapitel bliver fremgangsmåden beskrevet mere lineært. Jeg beskriver processen med at tegne dette kort med indledende søgning efter og analyse af eksisterende litteratur, min adgang til fire medicinske afsnit og til informanterne, gennemførelse af deltagerobservationer og interviews, skrivning af feltnoter samt transskribering af interview og analyser af det empiriske materiale (Diamond 2006; DeVault & McCoy 2006a). Jeg redegør for min konstruktion af fem personportrætter, der repræsenterer linket til institutionelt betingede arbejdsaktiviteter på medicinske afsnit i reformerede sygehuse og dokumentmaterialets materielle ophav i undersøgelsen.

## Søgning efter og analyse af litteratur

En bred litteratursøgning viser, at nyuddannede sygeplejerskers oplevelser i overgangen fra uddannelse til arbejde i et hospital har været studeret intenst siden årtusindskiftet på tværs af verdens landegrænser i forskellige kontekster (se bilag 1). Søgningen indeholder 18 Reviews konstrueret over hele verdenen (Bilag 1) og selvsagt klassikeren af amerikansudfoldet af canadieren Judy Duchscher som *“transitionschock”* i 2009.

Men afhandlingen inkluderer primært studier gennemført i Skandinavien, England og EU-landene i perioden 2000-2017, fordi disse landes sygeplejerskeuddannelser er struktureret nogenlunde på samme måde i den nuværende akademiske form. I det enogtyvende århundrede får sygeplejersker i Europa både en autorisation med retten til at udføre sygeplejerhvervet og en akademisk professionsbachelorgrad og kan direkte læse videre på master/kandidat og Ph.d. - niveau (Glasdam 2008).

Jeg har søgt bredt i databaserne, *“Web of Science”*, *“Scopus”*, *“ProQuest”* og *“PubMed”* med søgeordene *newly qualified nurses* OR *newly graduated nurses* OR *new nurses* OR *novice nurses* efter eksisterende undersøgelser i europæiske kontekster (bilag 1) (174 artikler). Nationalt har jeg søgt åbent med ordet *nyuddannede sygeplejersker* i *“Den danske Forskningsdatabase”* og *“Idunn”* (11 artikler) (bilag 1). Jeg endte med 180 artikler (fem danske artikler fremgik også af de internationale databaser).

### Analyse af eksisterende litteratur

Den omfattende mængde eksisterende undersøgelser i 180 artikler bliver struktureret som et *“Evidence & Gap Maps”* (Snilstveit et al. 2016) eller rettere som indledningen til et sådant Review. Bilag 1 indeholder empirisk materiale til fremtidig registrering i et værktøj til behandling af kvantificerbare data.

På baggrund af Kramers (1974) og Duchschers (2009) definitioner af henholdsvis *“reality shock”* og *“transitions shock”* erfarer jeg, at generelt oplever nyuddannede sygeplejersker problemer, der bliver tematiseret gennem fænomener som, *“travlhed”*, *“arbejds-mængde”*, *“uforberedt-hed”*, *“tidsbegrænsning”*, *“ansvar”* og *“stress”*. Intensiteten af disse oplevelser afhænger af *“peer support”* og/eller mere generelt alle former for *“støtte”*.

Med hjælp fra referencehåndteringsværktøjet, *“Mendeley”* (Andersen 2017), har jeg søgt manuelt (dvs. kan indeholde fejl) efter den kvantitative repræsentation eller omfanget af ovenstående fænomener, der repræsenterer problemer i et begyndende arbejdsliv for nyuddannede sygeplejersker i alle 180 artikler.

Med afsæt i dette overblik over den eksisterende litteratur argumenterer jeg for mit IE-standpunkt, at nyuddannede sygeplejerskers følelsesmæssige og kropslige oplevelser i et begyndende arbejdsliv er institutionelt betinget i reformerede sygehuse. Disse problemer kan nyuddannede sygeplejersker og deres kollegaer ikke håndtere individuelt. Jeg kan informere ledere og politikere om at afsætte/bevillige ressourcer til mentorordninger eller

peersupport af nyuddannede sygeplejersker. Og endelig kan overblikket over litteraturen belægge, at jeg i denne undersøgelse følger nyuddannede sygeplejersker i de første 3-4 måneders ansættelse efter dimittering og ikke efter et halvt år, som andre danske studier (Just 2005; Thrysoe et al. 2012; Thrysoe et al. 2011; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Sørensen, et al. 2016; Voldbjerg 2016).

De danske undersøgelser om nyuddannede sygeplejersker tager afsæt i prædefinerede, teoretiske kategorier om praksis og – sygeplejefællesskaber (Just 2005; Thrysoe et al. 2012; Thrysoe et al. 2011; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Sørensen, et al. 2016; Voldbjerg 2016). Med undersøgelsens IE-tilgang ønsker jeg at konstruere viden fra nyuddannede sygeplejerskers standpunkt i form af deres egen viden om og arbejde med arbejdsaktiviteter i medicinske afsnit i reformerede sygehuse modsat kategoriseringer gennem teorier.

## Adgang til fire medicinske afsnit

For at forstå nyuddannede sygeplejerskers standpunkt i et hverdagsliv gennemfører jeg livshistorieinterviews for at konstruere viden om *deres viden* om deres personlige kropslige tilegnede erfaringer, hvilket kan have betydning for deres aktuelle tanker, følelser, handlinger i et begyndende arbejdsliv. Jeg vidste derfor ikke, om jeg kunne komme i besiddelse af personfølsomme oplysninger om seksualitet, helbredsforhold, etnicitet, sociale forhold etc. (Sundheds- og Ældreministeriet 2011), så jeg indser, at jeg må anmode om datatilsynets godkendelse (godkendt i Region Sjælland, 28. august 2015, REG-61-2015).

Min fysiske adgang til fire medicinske afsnit starter med et møde d. 3. maj 2015 med to sygeplejeforskere, der kontakter et medicinsk center, som de ved ansætter nyuddannede sygeplejersker to gange årligt. Jeg har indledningsvis ikke direkte præferencer til medicinsk center, men accepterer, idet jeg tænker, at det kan være en fordel, at jeg selv har erfaringer som praksissygeplejerske på et medicinsk afsnit. Mine egne erfaringer kan repræsentere viden i undersøgelsen og måske skærpe mit blik for, hvordan man “gør” tingene i et medicinsk center.

Jeg accepterer tilbuddet og kontakter og afholder et møde med oversygeplejersken og den administrerende overlæge d. 16. april 2015 i dette medicinske center, hvor jeg bliver tilbudt at foretage deltagerobservationer og interviews på fire medicinske afsnit.

Oversygeplejerskens sekretær kontakter Emilie, der accepterer, at jeg følger hende fra d. 1. juni 2015. Samtidig bliver jeg tilbudt at deltage i samtaler d. 30. april 2015 for ansættelse af nyuddannede sygeplejersker, der skal starte ansættelse d. 1. juli 2015. Oversygeplejerskens sekretær kontakter Anja, Martha, Thor og Rebecca, der alle accepterer, at jeg deltager i deres ansættelsessamtale, og senere accepterer de i en mail til samme sekretær, at jeg kan følge dem på tre medicinske afsnit fra d. 1. juli 2015. (Emilie er ansat på det fjerde).



## Informanter

Emilie, Anja, Martha, Thor og Rebecca udgør undersøgelsens hovedinformanter, idet jeg er interesseret i at undersøge nyuddannede sygeplejerskers oplevelser og standpunkt. Deres fortællinger og hverdagsaktiviteter bliver udfoldet i et følgende kapitel, men her en kort karakteristik fra juni/juli 2015.

- Emilie er 25 år og bor med sin kæreste i en lejet lejlighed.
- Anja er 35 år, er gift, har en datter og bor i et hus.
- Martha er 29 år, er gift, har en datter og bor i hus.
- Thor er 27 år og har en kæreste med to børn fra et tidligere forhold.
- Rebecca er 23 år, har en kæreste og bor i en lejet lejlighed.

Andre informanter, der indgår i undersøgelsens empiriske materiale, er afdelingsledere, læger, studerende, sekretærer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, servicemedarbejdere og patienter. Helt konkret indgår samtaler og mailkontakt (mens jeg følger de nyuddannede sygeplejersker) med to social- og sundhedsassistenter, en sygeplejestuderende, to souschefer, fire afdelingssygeplejersker, syv basissygeplejersker og to læger i undersøgelsens empiri-konstruktioner. Ligeledes indeholder afhandlingen individuelle interviews med en af sygehuslederne, en afdelingssygeplejerske, oversygeplejersken og en sygeplejerske uddannet februar 2015, der stadig har tiden som nyuddannet sygeplejerske i frisk erindring.

## De fire medicinske afsnit

De fire medicinske afsnit har samme administrative ledelse, afholder introduktion til det medicinske speciale i fællesskab<sup>22</sup> og har i flere år ansat nyuddannede sygeplejersker dimmitteret henholdsvis medio juni og januar. Ledelsen på de fire medicinske afsnit tilbyder fire ugers mentorordning i afsnittene og forsøger at tiltrække nyuddannede sygeplejersker til vakante stillinger ved at tilbyde “flyverstillinger”, hvor nyuddannede sygeplejersker kan prøve kræfter med/lære forskellige medicinske specialer ved at være ansat i ca. 8 måneder i forskellige afsnit.

Sygdom	Senge	Pers. dag	Pers. aften	Pers. nat	
Hjerte (Q5)	24	6-7	4	3	Anja
Mave/tarm/gigt (Q6)	20	6	3	2	Emilie

---

<sup>22</sup> Fællesintroduktionen til hele sygehuset er sygehusledelsessekretærens ansvar.

Mave/tarm (Q2)	24	7	4	2 – 3	Thor
Endokrine/lunge (Q1)	24	7	4	2	Martha/Rebecca

De fire medicinske afsnit har nogenlunde samme antal senge til rådighed, og personale-normeringen er omtrent den samme i alle vagter. Afsnittene er ligeledes struktureret på nogenlunde samme måde.

Hjerteafsnittet adskiller sig dog ved kun at have ansat sygeplejersker og ingen social- og sundhedsassistenter. Sygeplejerskerne på Q5 har det fulde ansvar for pleje, medicinuddeling, stuegang, servering af mad, personlig pleje, BOS-score, dokumentation, udskrivelse og uforudsete opgaver omkring medicinske patienter.

På de andre tre afsnit er der ansat både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Én sygeplejerske går stuegang, uddeler medicin og andre administrative opgaver for ca. 8 patienter (normeringen) og andre sygeplejersker og/eller social- og sundhedsassistenter BOS-scoring, serverer mad, hjælper med personlig pleje, besvarer klokker fra patienterne etc. Personalet på Q1, Q2 og Q6 kalder disse aktiviteter henholdsvis *”at gå stuegang”* eller *”at gå på gulvet”*.

Aftenvagter og nattevagter er i højere grad mere løst struktureret end dagvagterne, som følger nogenlunde den samme struktur i alle de fire medicinske afsnit. Opgaverne på de fire medicinske afsnit er abrupte, men nogle aktiviteter gentager sig hver dag; hermed nedslag:

- 7:00 – 7:15, Nattevagter giver rapport til dagvagter (ca. 5 min. pr. sygeplejerske for 8 – 12 patienter).
- 7:15 – 8:30, Al personale i sengeafsnittet læser om patienterne i det elektroniske sygeplejedokumentationssystem. Stuegangssygeplejersker doserer og udleverer medicin til patienterne. ”Gulvpersonalet” hjælper patienter med personlig pleje, BOS-score og uddeling af morgenmad.
- 8:30 – 9:00, Tavlemøde, hvor stuegangssygeplejersker og/eller al personale, der har tid, mødes på sygeplejekontoret, hvor alle læger, fysioterapeuter, diætister og sekretærer sidder klar til at planlægge dagens opgaver. Stuegangssygeplejersker gennemgår deres patienter, hvorfra dagens pleje og behandling bliver drøftet, samt stillingtagen til rækkefølgen af stuegang og udskrivelse af patienterne.
- 9:00, Afdelingssygeplejersker, souschefer eller en ansvarshavende sygeplejerske afholder møde om belægningsgrad, og hvem der eventuelt kan modtage nye patienter.
- 9:30 eller 10:00, Morgenkaffe, hvor stuegangssygeplejersker og ”gulvpersonale” sammen med afdelingssygeplejersken drøfter og omfordeler dagens opgaver. Dette møde kan også inkludere undervisningsseancer.

- 12:00 – 13:00, Servering af frokost og evt. udlevering af medicin, og personalet holder selv frokostpause.
- 14:00, Uddeling af medicin og eftermiddagskaffe.
- 15:00, Rapport til aftenvagterne (5 min pr. sygeplejerske for 8 patienter).

## Deltagerobservationer

De indledende deltagerobservationer forløber fra 1. juni 2015 - 31. september 2015, men da jeg får overblik over det empiriske materiale, hvor jeg kan fortælle noget nogenlunde fornuftigt om projektet, deltager jeg i en udviklingsdag d. 10. marts 2017 for et netværk af sundhedsprofessionelle, der arbejder med uddannelse, udvikling og forskning på sygehuset. Ligeledes holder jeg et kort oplæg til et oversygeplejerskemøde d. 26. oktober 2017, hvor jeg samtidig besøger tre af fire medicinske afsnit. Jeg hilser på Emilie, Thor og Rebecca for kort at spørge dem, hvordan de er kommet fra den første turbulente periode til et arbejde som sygeplejerske ca. to år efter.

Undersøgelsen indeholder empirisk materiale konstrueret på baggrund af deltagelse i udviklingsdag, oversygeplejerskemødet og det sidste besøg i afsnittene, men her beskriver jeg, hvordan jeg har struktureret de indledende deltagerobservationer i de medicinske afsnit fra 1. juni - 31. september 2015.

### Strukturen af deltagerobservationerne

Dette empiriske materiale omfatter 184 timers deltagerobservationer i 23 vagter, hvor jeg forbliver i hele vagter.

	Juni	Juli	August	September
Q6 (Emilie)	8 dagvagter			2 dagvagter
Q5 (Anja)		1 Dagvagt	1 Aftenvagt	2 Dagvagter
Q1 (Martha)		1 Dagvagt	1 Dagvagt	1 Dagvagt
Q2 (Thor)			1 Aftenvagt	2 Dagvagter
Q1 (Rebecca)		1 Nattevagt	1 Dagvagt	1 Dagvagt

Juni måned tilbringer jeg 8 dagvagter på Q6 sammen med Emilie. En periode, jeg dels betragter som et pilotstudie, dels som en mulighed for at få overblik over, hvordan de medicinske afsnit strukturerer en hverdag, der, som vist ovenfor, næsten følger samme struktur.

Pilotstudiet har sigtet, at jeg kan fornemme, hvad jeg kan holde til som forsker for at få det optimale ud af deltagerobservationerne. Dvs. jeg fornemmer, hvor mange dage jeg f.eks. kan tage i rap, for at jeg ikke skal bruge alle aftener og nætter til at skrive feltnoter,

hvor jeg samtidig skal have tid til at klarlægge, hvad jeg eventuelt skal spørge om eller undersøge de kommende dage.

I juni måned erfarer jeg, at to observationsdage i træk kan være for meget, hvis jeg skal få skrevet kvalificerede feltnoter og være velforberedt til næste observationsdag. Det betyder, at jeg i juli, august og september fortrinsvis planlægger at observere hver anden dag og skrive feltnoter hver anden. Nogle af ugerne gennemfører jeg deltagerobservationsstudier mandag, onsdag og fredag og skriver feltnoter i weekenden. Ligeledes er de to dage i september, hvor jeg opholder mig på Q6 sammen med Emilie, to dage efter hinanden. Jeg synes, at det har været givende for projektet, at jeg har opholdt mig i afsnittene flere dage på en uge eller to dage efter hinanden. Dels værner personalet sig til, at jeg er i afsnittet, dels kan jeg følge op på mine refleksioner over observationer, mens de stadig er i frisk erindring hos nyuddannede sygeplejersker og deres kolleger.

## Deltagerobservationer i nyuddannede sygeplejerskers fodspor

Med deltagerobservationerne kan jeg fremstille viden om de fem nyuddannede sygeplejerskers egne oplevelser, deres interaktion med kolleger og patienter og deres arbejde med objektiviserende relationer i reformerede sygehuse. Med inspiration fra Timothy Diamonds (1992; 2006) IE-undersøgelse på et plejehjem observerer jeg med alle mine sanser, følelser og fornemmelser. Og jeg har, som han, stort set deltaget i alt, hvad nyuddannede sygeplejersker gør i et hverdagsliv for at observere deres attituder, gestikulationer og sprogbrug sammen med mig og deres kolleger på disse fire medicinske afsnit.

Under deltagerobservationerne går jeg i fysisk forstand i de nyuddannede sygeplejerskers fodspor. Det betyder, at jeg hele tiden følger henholdsvis Emilie, Anja, Martha, Thor og Rebecca, mens de arbejder i skiftende vagter. Jeg har, som skrevet i afhandlingens indledende kapitel, uniform og min sygeplejenål på, og selvom jeg har en notesblok med, lader jeg den ofte forblive i min lomme. Det kan betyde, at jeg kan have glemt situationer, når jeg har skullet skrive feltnoter, men jeg ønsker at signalere, at jeg er sygeplejerske, der kan deltage i arbejdslivet på medicinske afsnit og ikke kun universitetsansat. Jeg ønsker at signalere, at jeg er en af *dem* modsat en autoritet, hvor jeg kan se ud, som om jeg ved mere om at være nyuddannet sygeplejerske, end de nyuddannede sygeplejersker selv ved.

På baggrund af min egen uddannelse og erfaring som sygeplejerske har jeg deltaget i arbejdet sammen med nyuddannede sygeplejersker. I aktuelle situationer har jeg rådgivet de nyuddannede sygeplejersker, hvis jeg observerer uhensigtsmæssige arbejdsmetoder, hvis jeg f.eks. når at se, at de *næsten* laver en fejl, og/eller hvis de direkte spørger mig til råds. Ved at følge de nyuddannede sygeplejerskers fodspor på gulvet i medicinske afsnit, deltage i arbejdet og rådgive bliver jeg inviteret ind til deres fortællinger og viden om aktiviteter og arbejde i hverdagen. Jeg understreger ad flere omgange bogstaveligt: *"Jeg skal lære af jer"*.

Blot for at illustrere nogle af mine aktiviteter i observationsperioden har jeg observeret de nyuddannede sygeplejersker hjælpe patienter med personlig pleje, servere mad, give

medicin, samtale med patienter etc. Jeg har deltaget i patientplejen, når arbejdet krævede en ekstra hånd. Jeg har hentet sengelinned og patienttøj for alle fem nyuddannede sygeplejersker. Jeg har hjulpet Emilie og Thor med at vaske sengeliggende patienter både efter den sædvanlige rutine om morgenen, og når en patient skal vaskes i sengen efter at have haft afføring. Jeg har hjulpet Thor med at gøre en patient klar til udskrivelse og lede efter et par briller. På baggrund af mine erfaringer som sygeplejersker på infektionsmedicinsk afsnit kan jeg hjælpe Rebecca med at give antibiotika (dræber eller hæmmer vækst af bakterier), så hun kan blive færdig til normal arbejdstids ophør. Og jeg har i en aftenvagt, hvor jeg ellers skulle observere Anja, gået ture op og ned ad gangen sammen med en dement mand, der var meget urolig.

Rollen som rådgiver under deltagerobservationerne bliver effektueret ved, at jeg f.eks. flere gange aktivt reflekterer med Emilie om den overvældende skyldfølelse, som hun bærer med sig i et begyndende arbejdsliv. Jeg har vist Thor, hvordan jeg i sin tid selv har lært at give sondemad, så det er så behageligt for patienten som muligt. Jeg har rådgivet Rebecca om morfinmedicinering af en døende patient. Og jeg har flere gange mærket en kraftig lyst til at sætte mig sammen med alle fem nyuddannede sygeplejersker for at strukturere dagens opgaver, men jeg har dog undladt at gøre dette.

Alt i alt følger jeg de fem nyuddannede sygeplejersker overalt i hverdagen på medicinske afsnit. Jeg deltager i rapportsituationer, hvor nyuddannede og erfarne sygeplejersker rapporterer de vigtigste patientoplysninger fra vagt til vagt. Jeg deltager i tavlemøder, stuegangssituationer, formiddagskaffe og undervisningsseancer. Og jeg deltager i generelle personalesamtaler om hverdagens arbejdsaktiviteter, patienter, kolleger, mænd, børn, koner og kærestes samt om koncerter, hushandel, en ny frisure eller et par nye sko til arbejdsbrug.

Deltagerobservationerne inkluderer i det hele taget løbende samtaler eller dialoger med Emilie, Anja, Martha, Thor og Rebecca om arbejdsaktiviteter. Nogle gange tager jeg initiativet, men ofte fortæller de fem nyuddannede sygeplejersker spontant om deres refleksioner, tanker og følelser i forskellige arbejdsituationer, hvor jeg bare kunne følge disse fortællinger. Mine spørgsmål eller deres spontane refleksioner indeholder som oftest dialoger om, hvad, hvordan og hvorfor de netop har gjort, som de har gjort i bestemte situationer sammen med kolleger.

I undersøgelsen indgår endvidere dialoger med de kolleger, som nyuddannede sygeplejersker arbejder sammen med og som kan kaste lys over, hvordan hverdagens arbejdsaktiviteter er organiseret rundt omkring de nyuddannede sygeplejersker. Jeg har haft dialog med to social- og sundhedsassistenter om Emilies usikkerhed og selvbebrejdende skyld. Jeg har talt med fem sygeplejersker om oplevelser og erfaringer med at være nyuddannede sygeplejersker, samt to sygeplejersker om henholdsvis at arbejde med elektroniske sygeplejedokumentationssystemer og overbelægning på medicinske afsnit. Og jeg har haft dialog med tre souschefer og fire afdelingssygeplejersker om forskellige afdelingsrutiner, samt to læger om henholdsvis femten dødsfald i maj 2015 og procedurer for udskrivelse af patienter.

Deltagerobservationsperioden slutter med et frokostdialogmøde, der bliver gennemført i slutningen af september 2015 på baggrund af Anjas initiativ, hvor Emilie, Thor og Rebecca også deltager. Jeg stiller nærmest kun et spørgsmål: *“Anja har foreslået dette møde, så I kan udveksle jeres erfaringer med at være nyuddannet. Så det er formålet med mødet”*. Herefter følger en ivrig dialog mellem de fem nyuddannede sygeplejersker, hvor de inspirerer hinanden til at fortælle om vinkler på det at være nyuddannet sygeplejerske.

På baggrund af disse observationer og dialoger med nyuddannede sygeplejersker og deres kolleger har jeg konstrueret interviewmaterialet i undersøgelsen.

## Interviews

Undersøgelsen omfatter 16 individuelle interviews af ½ til 1½ times varighed i form af en dialogisk proces (Smith 2005, pp.133–142; DeVault & McCoy 2006b) fra første uge i juni 2015, oktober 2016 og endelig det sidste d. 9. oktober 2017. Jeg forsøger at lytte og følge nyuddannede sygeplejerskers og kollegers fortællinger, erfaringer, viden om observerede situationer og/eller mere bredt til Emilies, Anjas, Thors og Rebeccas livshistorier (Glasdam 2005; Jensen 2009).

I juni måned gennemfører jeg et individuelt interview med Emilie inden for den første uge, hvor jeg spørger: *“Vil du beskrive, hvordan denne uge har været?”* I observationsperioden d. 1. juni 2015 til d. 31. september 2015 gennemfører jeg endnu et individuelt interview med Emile, samt Anja, Thor og Rebecca. Jeg interviewer Anja og Thor i deres private hjem og Emilie og Rebecca på cafeer. Jeg vælger den private kontekst, fordi jeg ønsker viden om de nyuddannede sygeplejerskers private eller uddannelsesmæssige kropslige erfaringer. Jeg antager, at private hjem og cafeer animerer til andre dialoger, hvor nyuddannede sygeplejersker taler om deres private erfaringer med private ord, hvor dialoger på sygehuset kan invitere til andre samtaler (Smith 2005, p.65). Under disse indledende individuelle interviews opfordrer jeg helt åbent: *“Fortæl om dit liv, din vej ind i sygeplejen og til arbejdet på medicinske afsnit”* og forsøger at fastholde de nyuddannede sygeplejerskers standpunkt. Verbalt og nonverbalt følger, påskønner og anerkender jeg de nyuddannede sygeplejerskers bestemmelser af, hvilke retninger samtaler og handlinger har taget (Glasdam 2005).

I deltagerobservationsperioden gennemfører jeg også individuelle interviews med en sygeplejerske, der fik autorisation et halvt år forinden. Under mine deltagerobservationer sammen med Thor var det tydeligt, at denne sygeplejerske havde et større overblik end Thor, hvilket jeg spørger til under interviewet. Og jeg interviewer endvidere oversygeplejersken, hvor jeg spørger, hvad hun tænker om afdelingslægens gennemgang af femten dødsfald på Q6 og nyuddannede sygeplejerskers oplevelser med mødet med døden og døende patienter.

De næste individuelle interviews gennemfører jeg i oktober 2016, hvor jeg er begyndt at udarbejde artikler, og hvor jeg er begyndt at kortlægge dokumenter bag reformerede sygehuse (se nedenfor).

Jeg opholder mig på det tidspunkt i Toronto i Ph.d.-programmets internationale forløb. Min vejleder er Craig Dale, der har arbejdet med IE gennem flere år (Dale et al. 2013; Dale et al. 2015). Han fastholder det relevante IE-spørgsmål: *“But how do nurses work with it?”* Jeg måtte gennemføre flere interviews. Og fordi jeg opholder mig i Canada i fire måneder, beslutter jeg at gennemføre interviewene over telefonen. Jeg har mødt alle de mennesker, som jeg skal interviewe før og forestiller mig, at telefoninterviewet kan være dækkende. Men det er ingenlunde optimalt. Jeg har ikke mulighed for at aflæse ansigtsudtrykket på interviewpersonerne over telefonen, hvorfor jeg efterfølgende kan høre, at jeg kommer til at afbryde flere gange, inden forskellige interviewpersoner er færdige med en fortælling. Jeg har måske guidet interviewpersonerne i retninger, der ikke repræsenterer deres eget standpunkt, men mit.

Uanset hvad gennemfører jeg i oktober 2016 et telefoninterview med en repræsentant fra sygehusledelsen om arbejdet med centralt definerede kvalitetsstyringsmekanismer. Jeg interviewer både en afdelingssygeplejerske og oversygeplejersken om introduktion af nyanstatter, arbejdet med overbelægning og ligeledes arbejdet med kvalitetsstyring. Samtidig begynder jeg at få greb om nogle analytiske spor, som jeg vil undersøge sammen med de fem nyuddannede sygeplejersker; ligesom jeg gennem andre interviews hører rygter om forhold, der har været problematiske for Emilie, Anja, Martha og Rebecca under første års ansættelse. I oktober 2016 geninterviewer jeg derfor Emilie, Martha og Rebecca over telefonen, hvor Anja er på barsel på det tidspunkt, så jeg geninterviewer først hende i oktober 2017 over telefonen. Under disse interviews spørger jeg åbent, hvordan det går, og herfra følger jeg disse fire nyuddannede sygeplejerskers egen retning i samtalen.

Det allersidste individuelle interview gennemfører jeg med en souschef d. 9. oktober 2017, hvor artiklen om insufficente mentorordninger er ved at være i hus, og hvor Craig Dale igen har spurgt til sygeplejerskers arbejde med institutionelle betingelser. Jeg spørger souschefen: *“Hvordan gør du, når en sygeplejerske, der skal være mentor for en nyuddannet sygeplejerske, melder sig syg?”*

## To års kontakt med nyuddannede sygeplejersker og deres kollegaer

Konstruktion af empirisk materiale og kortlægningsprocessen har forløbet over mere end to år, fordi jeg med IE hele tiden skal have bekræftet mine konklusioner og slutninger. Det har selvsagt betydet, at jeg er blevet et kendt ansigt i afsnittene. Det har ikke været en hovedpointe i undersøgelsen, men det har været interessant at følge udviklingen i kontakten med personalegruppen og især de fem nyuddannede sygeplejersker. De nyuddannede sygeplejersker er blevet tiltagende fortrolige med mig under interviews og dialoger.

Emilie stopper mig på gangen en dag på vej til frokost og siger: ”Jeg har noget, jeg skal fortælle dig”. Og Anja foreslår som skrevet: ”Kan du ikke lave sådan et fokusgruppeinterview, så vi kan høre hinandens oplevelser”. Jeg havde ikke tænkt at gennemføre et gruppeinterview, men kunne ikke afslå invitationen, hvorfor vi afholder frokostdialogmødet.

Emilie, Anja, Martha, Thor og Rebecca har inviteret mig ind i deres liv. De har fortalt mig om private og faglige sorger, glæder, følelser, depressioner, angst, vrede og skyld. Under det individuelle interview, som jeg gennemfører med Martha i oktober 2016, græder hun nærmest under hele interviewet, for som hun siger: ”Jeg troede jeg havde glemt det, indtil du river lidt op i det”, men hun insisterer på at gennemføre interviewet. Disse invitationer har betydet, at jeg med nogenlunde sikkerhed har kunnet konstruere personportrætterne, der repræsenterer hver enkelt af de nyuddannede sygeplejerskers standpunkt.

## Fra kropslige oplevelser til skriftsprog

Den deskriptive analyse starter med omskrivning af nyuddannede sygeplejerskers og kollegers oplevelser, ord og gestikulationer, som jeg har erfaret gennem deltagerobservationerne og interviewene til skriftlige noter i en blok, feltnoter og transskriberede interviews<sup>23</sup>.

Første analyselag og omskrivning af oplevelser til skriftsprog foregår i de fire medicinske afsnit med mine noter i en A6-blok. Jeg går på toilettet eller kontoret, når ordrette gengivelser af hverdagstanker og følelser forekommer betydningsfulde for nyuddannede sygeplejersker, så jeg kan forstå hverdagens arbejdsaktiviteter fra deres standpunkt. Det kan f.eks. være ord, der bliver understreget med bestemthed, vrede eller tårer, samt når jeg hører, at der er uoverensstemmelse mellem, hvad de nyuddannede sygeplejersker siger og den sædvanlige praksis på de medicinske afsnit. Det kan jeg konkret illustrere gennem udtalelser, som beskrevet i afhandlingens indledende kapitel om frygt for at ”slå patienterne ihjel”, som henholdsvis Anja og Martha udtaler.

Jeg har skrevet feltnoter efter alle observationsdage ud fra erindringen, for som skrevet, vælger jeg flere dage at lade min notesblok blive i lommen. Processen med skrivning af feltnoter har været analytisk givende, og nogle vil sikkert hævde, at jeg har mistet et analyselag ved ikke selv at transskribere interviewene.

Men skrivning af ord og sætninger i feltnoter eller interviews repræsenterer ikke nødvendigvis hele virkeligheden. Ord og udtalelser er aldrig neutrale; de er knyttet til kropslige oplevelser eller en aktivitet i en bestemt institution (Diamond 2006). Ligeledes lader kropslige og følelsesmæssige reaktioner sig ikke nødvendigvis omskrive til skriftligt materiale (DeVault & McCoy 2006a; Diamond 2006).

---

23 Interviews gennemført i oktober 2017 og frokostdialogmødet er ikke transskriberet, så det empiriske materiale, fra disse, der er repræsenteret i afhandlingen, er udledt af gentagne lytninger af lydfiler.



Skrivning og gentagne læsninger af feltnoter og transskriberede interviews har hjulpet mig i forhold til at identificere, hvilke brudstykker jeg har manglet (planlægning af interview, som jeg har beskrevet i det foregående) eller mangler (som jeg beskriver om inddragelse af dokumentmateriale) for at kunne tegne et kort over styringsrelationer.

## Deskriptive analyser af deltagerobservationer og interviews

Som skrevet har jeg med Rankin (2017) *konverseret* med det empiriske materiale under hele processen for at linke nyuddannede sygeplejerskers og kollegaers oplevelser med hverdagens arbejdsaktiviteter i medicinske afsnit til institutionelle arbejdsbetingelser i reformerede sygehuse (Rankin 2017). Mit eneste guidede perspektiv har været at følge de nyuddannede sygeplejerskers standpunkt og/eller deres arbejde med aktuelle materielle og virtuelle realiteter i reformerede sygehuse med centralt definerede kvalitetsstyringsmekanismer.

Jeg starter denne analysedel med konstruktion af personportrætter med inspiration fra Widerberg (2002), der intenderer at fremanalysere portrætter af virkelige mennesker. I personportrætterne indekserer jeg sprogbrug, kropslige reaktioner, følelsesmæssige udtryk og fortællinger, som de fem nyuddannede sygeplejersker gentager i flere situationer. Herfra har jeg kunnet konstruere dominerende fortællinger (DeVault & McCoy 2006a) om Emilie, Anja, Martha, Thor og Rebecca. Dominerende fortællinger repræsenterer viden, der synes gennemgående under deltagerobservationer, dialoger og interviews. På baggrund af disse dominerende fortællinger kan jeg fremstille viden om de fem nyuddannede sygeplejerskers viden om arbejdsaktiviteter og deres egen viden om deres kropslige følelsesmæssige respons på arbejdsbetingelserne i reformerede sygehuse.

Med afsæt i personportrætterne har jeg nemlig kunnet fremanalysere, hvordan de fem nyuddannede sygeplejerskers ordvalg og handlinger er knyttet til interaktioner med andre mennesker, samt til institutionelle arbejdsbetingelser i reformerede sygehuse (Rankin 2017; DeVault & McCoy 2006a). Jeg har kunnet konstruere viden om de fem nyuddannede sygeplejerskers forskellige kropslige og følelsesmæssige håndtering af rollen som nyuddannet sygeplejerske i et begyndende arbejdsliv. Og personportrætter udgør også link til forståelse af institutionelt betingede arbejdsaktiviteter i hverdagslivet på medicinske afsnit både i en aktuel materiel hverdag og den virtuelle hverdag gennem centralt definerede kvalitetsstyringsmekanismer.

## Kortlægning af dokumenter relaterede til reformerede sygehuse

Gennem personportrætterne af nyansatte bliver det altså klart for mig, at lokale kliniske retningslinjer for nyansatte (Region Sjælland 2015b), hjertestop-undervisning (Region Sjælland 2015a; Region Sjælland 2017a), pleje af specielle sygdomme (Region Sjælland 2016), palliativ pleje (Region Sjælland 2015d) og elektronisk BOS –score (Region Sjælland 2015c) organiserer hverdagens arbejdsaktiviteter for nyuddannede sygeplejersker på de fire medicinske afsnit.

Alle de lokale, kliniske retningslinjer har ophav i akkrediteringsstandarder, der i 2016 bliver udfaset til fordel for otte nationale mål for sundhedskvaliteten. I afhandlingen kortlægger jeg det materielle ophav af den kliniske retningslinje for BOS/EWS-score (Early Warning Score) (Region Sjælland 2015c) (Region Sjælland 2017b) og det elektronisk sygeplejedokumentation “*Opus Notat*” (Region Sjælland 2013). Begrundelsen for at spore netop disse dokumenter er, som illustreret i det indledende kapitel, at netop disse aktiviteter er gennemgående både i den materielle hverdag blandt nyuddannede sygeplejersker og deres kolleger på de medicinske afsnit og i den virtuelle hverdag gennem kvalitetsstyringsmekanismer. Jeg har sporet disse kliniske retningslinjer og “*Opus Notat*” til begreber som *global trigger tool*, akkrediteringsstandarder med ophav i *ISO 15 189 certificering*, og de otte nationale mål for kvalitet i sundhedsvæsenet i Danmark med ophav i *key performance indicators* og *benchmarking*.

### “Keeping the institution in view”

Med reference til McCoy (2006, p.109), som beskrevet i foregående kapitel, har en gennemgående udfordring været at fastholde institutionelt betingende forståelser af nyuddannede sygeplejerskers kropslige og følelsesmæssige reaktioner på et begyndende arbejdsliv på medicinske afsnit i reformerede sygehuse. Med undersøgelsens fokus på nyuddannede sygeplejerskers følelsesmæssige og kropslige reaktioner har jeg som forskersubjekt ikke kunnet forholde mig objektivt og er blevet grebet af deres følelsesmæssige frustrationer, interesser og behov.

Gennem konstruktion af personportrætter er jeg interesseret i deres frustrationer, interesser og behov, fordi jeg tager afsæt i de fem nyuddannede sygeplejerskers subjektive oplevelser, idet jeg kredser om nyuddannede sygeplejerskers standpunkt og egen viden om deres hverdagsliv. Men under kortlægning af styringsrelationer gennem sporing af dokumenters materielle ophav forsøger jeg at fastholde institutionelle forståelser for at fremstille viden om den virkelighed, som forløber bag om ryggen på nyuddannede sygeplejersker og deres kollegaer. Dvs. et centralt analytisk greb i undersøgelsen har været

refleksioner over Smiths (2005, p.229) begreb ”arbejde med” (work) for at balancere mellem fastholdelsen af nyuddannede sygeplejerskers standpunkt og objektiverende institutionelle forståelser (McCoy 2006).

Opsummerende: Undersøgelsen indeholder konstruktion og analyse af empirisk materiale i form af eksisterende litteratur, deltagerobservationer, interviews og dokumentmateriale. Søgning efter og analyse af eksisterende litteratur giver overblik over eksisterende måder, hvorpå nyuddannede sygeplejerskers oplevelser i et begyndende arbejdsliv er undersøgt og bliver afsættet for IE-undersøgelsen. Med IE-tilgangen indeholder undersøgelsen fortløbende konstruktion og analyser af empirisk materiale gennem etnografiske studier med deltagerobservationer og interviews med nyuddannede sygeplejersker og deres kolleger på fire medicinske afsnit. Og herefter kortlægning af institutionelt betingede arbejdsaktiviteter i hverdagslivet gennem dokumentmateriale til identifikation af styringsrelationer og flere interviews. Mine gennemgående analytiske refleksioner tager afsæt i standpunktsperspektivet med IE, hvorfra jeg forsøger at kortlægge nyuddannede sygeplejersker og deres kollegers arbejde med styringsrelationerne, hvorfor jeg tilstræber, at artiklerne indeholder genkendelige problemer og problematikker for nyuddannede sygeplejersker.

## Kapitel 4. Overblik over eksisterende undersøgelser

I dette kapitel redegør jeg for en kritisk læsning af resultaterne af mine skimmelæsninger og kodninger af eksisterende undersøgelser i 180 artikler. Med IE's ontologiske afsæt betragtes mennesker som sociale aktive kroppe med viden om egne arbejdsaktiviteter i hverdagslivet, hvorfor viden om nyuddannede sygeplejersker ikke kan defineres på baggrund af prædefinerede teoretiske kategoriseringer.

Kodningen og skimmelæsning af artikler viser, at nyuddannede sygeplejersker oplever stress, udbændthed og chok, hvorfor der kan være evidens for at konkretisere nyuddannede sygeplejerskers oplevelser i overgangen fra sygeplejerskeuddannelsen til et begyndende arbejdsliv gennem realitets-/transitionschok (Kramer 1974; Duchscher 2009). Eller i en dansk kontekst konkretiseret som mangelfuld deltagelse i praksis-/sygeplejerskefællesskaber (Thrysoe 2010; Voldbjerg 2016). Men jeg kritiserer helt eksplicit undersøgelser med prædefinerede teoretiske analyser, idet jeg argumenterer for, at nyuddannede sygeplejersker selv definerer deres problemer i et begyndende arbejdsliv. Det kan f.eks. være kritik af undersøgelser, hvor nyuddannede sygeplejerskers transitionsprocesser er blevet undersøgt gennem Arnold Van Genneps (1999) teori om overgangsriter (se f. eks. Allan et al. 2015). Afaf Meleis' (2010) transitionsteoretiske perspektiv, der tager afsæt i en sygeplejekontekst (se f.eks. Duchscher 2009; Draper et al. 2014; Sneltvedt & Bondas 2016). Aristoteles' begreb om stolthed (Sneltvedt & Bondas 2016) eller episteme, phronesis and techne (Danbjørg & Birkelund 2011). Eller undersøgelser, der analyserer nyuddannede sygeplejerskers transition gennem Patricia Benners (1982) syn på sygeplejen (Felton & Royal 2015; Ronsten et al. 2005).

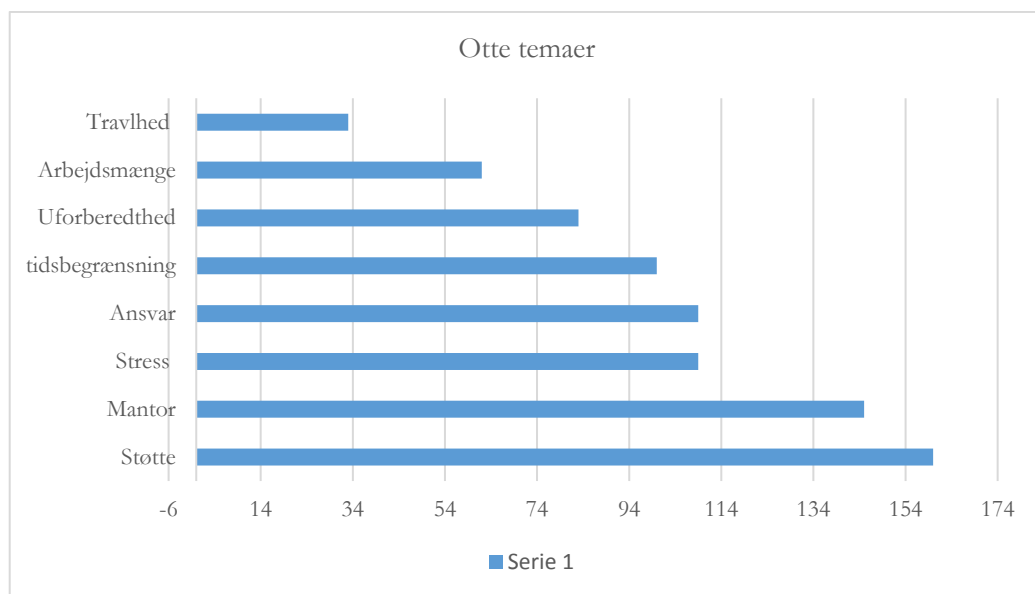
Med afhandlingens kritiske sociologiske tilgang argumenterer jeg for et alternativt ståsted, hvorfra forskere, kliniske praktikere, ledere og politikere kan diskutere nyuddannede sygeplejerskers problemer i et begyndende arbejdsliv. En diskussion, hvorfra nyuddannede sygeplejersker selv definerer, hvad der virkelig er problemer i et begyndende arbejdsliv. Og en diskussion der *ikke* kun kredser om individuelle mangler og selvbebrejdet skyld i uforberedt-heden, men om institutionelle arbejdsbetingelser i politisk defineret sygeplejepraktis i reformerede sygehuse.

## Overblik over eksisterende undersøgelser fra internationale databaser

I kodningen af eksisterende undersøgelser, som jeg har søgt efter i internationale databaser (bilag 1), beskrives overgangen fra sygeplejerskeuddannelsen til et begyndende arbejdsliv overordnet set som turbulent og kaotisk, og nyuddannede sygeplejersker oplever choktilstande.

Jeg vil i det følgende gennemgå temaer relateret til disse tilstande, hvor jeg har analyseret sammenfaldende og forskellige forklaringer og årsager til disse choktilstandene, der gennemgående bliver konceptualiseret som nyuddannede sygeplejerskers realitetschok (Arrowsmith et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016; Jones et al. 2010; Harrison-White & Simons 2013; Kaihlanen et al. 2013; Van Bogaert & Franck 2013; Whitehead et al. 2013; Wallin et al. 2012; Forsman et al. 2012) eller som transitionschok (Arrowsmith et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016; Jones et al. 2010; Harrison-White & Simons 2013; Kaihlanen et al. 2013; Van Bogaert & Franck 2013; Whitehead et al. 2013; Wallin et al. 2012; Forsman et al. 2012).

Gennem mine læsninger af netop Kramers (1974) bog om *”reality shock”* og Duchschers (2009) artikel om *”transitions shock”* erfarer jeg, at disse *chok responser* med rimelighed kan tematiseres som *stress, uforberedthed, ansvar, travlhed* og *tidsbegrænsning* samt betydningen af *mentorer* og/eller *generel støtte*. Den manuelle kodning af 174 artikler fra internationale databaser viser det kvantitative omfang af disse temaer, hvilket jeg kan illustrere grafisk i nedenstående figur.



## Realitetschok

Kramer (1974) introducerer begrebet realitetschok for at analysere, hvorfor nyuddannede sygeplejersker forlader faget<sup>24</sup>. Kramers (1974) forklaring på at nyuddannede sygeplejersker forlader faget er, at sygeplejerskeuddannelsen i 1974 i Californien er blevet akademiseret. Realitetschok er:

*“the reactions of new workers when they find themselves in a work situation for which they have spent several years preparing, for which they thought they were going to be prepared, and then suddenly find they are not”* (Kramer 1974, p.vi)

Nyuddannede sygeplejersker oplever ukomfortable følelser som chok, fordi de med en gennemført formel uddannelse forventer, at de er forberedte til et arbejdet på et hospital, men bliver chokerede, da det viser sig, at de ikke magter sygeplejerskearbejdet (Kramer 1974).

Realitetschok i form af uforberedthed til et arbejdsliv på et hospital bliver rapporteret i 47% af de søgte artikler. I disse undersøgelser bliver uforberedtheden begrundet med, at nyuddannede sygeplejersker oplever, at sygeplejerskeuddannelsens undervisning generelt ikke svarer til virkelighedens hospitalsarbejde (Odelius et al. 2017; Gardiner & Sheen 2016; Hickerson et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016; Zhang et al. 2016; Edwards et al. 2015; Missen et al. 2014; Jewell 2013; Rush et al. 2013; Whitehead et al. 2013; Higgins et al. 2010). Og flere undersøgelser rapporterer, at sygeplejerskeuddannelsens undervisningstemaer er for filosofiske i forhold til praksis (Hickerson et al. 2016; Monaghan 2015; Teoh et al. 2013; Whitehead & Holmes 2011; Higgins et al. 2010; Voldbjerg, Grønkjær, Sørensen, et al. 2016).

## Transitionschok

Judy Duchscher (2009) udfolder Kramers (1974) realitetschok bl.a. med reference til Afaf Meleis' (2010)<sup>25</sup> transitionsteori og introducerer begrebet *transition shock* (s. 1103). Hun foreslår at præsentere teorien om transitionschok for sygeplejestuderende for at forbedre dem til en kompleks hverdag med en virkelighedsnær teori, der er konstrueret på baggrund af empiriske analyser. På baggrund af kvalitative interviews forsøger Duchscher (2009) at beskrive praksis, som den virkelig ser ud. Hun skriver i sin artikel, at nyuddan-

---

<sup>24</sup> At nyuddannede sygeplejersker forlader sygeplejefaget bliver fortsat problematiseret i undersøgelser i det enogtyvende århundrede (Tomietto et al. 2015; Flinkman & Salanterä 2015; Flinkman & Salanterä 2015; Clausen et al. 2014).

<sup>25</sup> Meleis' (2010) transitions teoretiske perspektiv er også det analytiske afsæt i to andre undersøgelser af nyuddannede sygeplejersker (Sneltvedt & Bondas 2016; Draper et al. 2014).

nede sygeplejersker oplever, at de nærmest bliver kastet ud på dybt vand uden redningsvest (p. 1105). Duchscher (2009) forklarer transition chok på baggrund af arbejdsbetin- gelser i en kompleks hverdag på et sygehus, hvor Kramers (1974) forklaring er et gap mellem teori og praksis under uddannelsen.

Duchscher (2009) definerer *transition*, som en overgangsproces eller -periode med refe- rence til de nyuddannede sygeplejerskers ændring i konteksten fra en sygeplejerskeuddan- nelse til et arbejdsliv på et sygehusafsnit - fra en kendt kontekst til en ukendt kontekst (Duchscher 2009). Med reference til Meleis (2010), "*transition represents that 'confusing nowhere of in-betweenness'*" (Duchscher 2009, p.1104). Transitionen repræsenterer en mel- lemtilstand, hvor mennesker som nyuddannede sygeplejersker oplever transitionschok på baggrund af:

*"Disturbing discrepancies between what graduates understand about nursing from their education and what they experience in the 'real' world of healthcare service delivery leaves NGs [Newly Graduates] with a sense of groundlessness"* (Duchscher 2009, p.1104).

Duchscher (2009), som Meleis (2010), viser, hvordan nyuddannede sygeplejersker ople- ver både fysisk og følelsesmæssig kropslig transitionschok på baggrund af tvivl, desori- enterende, tab, identitetskrise og rolleforvirring. Transitionschok repræsenterer en meget akut og dramatisk periode i nyuddannede sygeplejerskers tilpasning til sygeplejefessi- onen.

I eksisterende undersøgelser er begrundelsen for transitionschok, at nyuddannede syge- plejersker med autorisationen i hånden får retten til at titulere sig "sygeplejerske", men denne ret forpligter samtidig til at arbejde selvstændigt, hvor en erfaren sygeplejerske har haft det formelle ansvar for plejen under uddannelsen.

Nyuddannede sygeplejerskers problemer med selvstændigt *ansvar* for plejen og behand- ling af flere kritisk syge og endog døende patienter end i studietiden bliver problematisere- ret i 62 % af de engelsksprogede artikler (f.eks. Arrowsmith et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016; Jones et al. 2010; Harrison-White & Simons 2013; Kaihlanen et al. 2013; Van Bogaert & Franck 2013; Whitehead et al. 2013; Wallin et al. 2012; Forsman et al. 2012).

Det selvstændige ansvar for pleje og behandling af patienterne betyder, at nyuddannede sygeplejersker generelt oplever travlhed (33% af artiklerne), uoverkommelige mængder af arbejdsopgaver (35% af artiklerne) og tidspres (57% af artiklerne), hvilket, som rap- porteret i 62 % af artiklerne, resulterer i stress og udbrændt-hed (Whitehead 2001; Van Bogaert & Franck 2013; Maben et al. 2007; Monaghan 2015; Aagesen & Højbjerg 2015; Danbjørg & Birkelund 2011; Suresh et al. 2013; Tastan et al. 2013; Bjercknes & Bjørk 2012; Duchscher 2008; Horsburgh & Ross 2013; K. Jackson 2005; Arrowsmith et al. 2016; Ross & Clifford 2002; McCrae et al. 2014; Thompson et al. 2010; Maben et al. 2006; Gerrish 2000; Park et al. 2011; Kumaran & Carney 2014a; Edwards et al. 2011; Romyn

et al. 2009; Hultell & Gustavsson 2010; Kelly & Simpson 2001; Jamieson et al. 2012; Rudman & Gustavsson 2011; Higgins et al. 2010).

De eksisterende undersøgelser rapporterer, at intensiteten af nyuddannede sygeplejerskers transitionschok synes betinget af muligheder for konstruktion af mentorordninger (83 % af artiklerne). Mentorordninger refererer til, at en sygeplejerske er udpeget til at guide den nyuddannede sygeplejerske i hverdagen ved patienternes senge. I det hele taget fremhæver forskere i 92% af artiklerne betydningen af generel støtte af nyuddannede sygeplejersker både ved patienternes senge og/eller undervisningsseancer uden for afsnittet (Arrowsmith et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016; Jones et al. 2010; Harrison-White & Simons 2013; Kaihlanen et al. 2013; Van Bogaert & Franck 2013; Whitehead et al. 2013; Wallin et al. 2012; Forsman et al. 2012).

I ovenstående artikler har nyuddannede sygeplejerskers praksis-/realitetschok baggrund i en uddannelse, der ikke svarer til virkelighedens sygeplejearbejde og fordringer om at skulle tage selvstændigt ansvar for flere patienter end i studietiden. Flere af ovenstående undersøgelser understreger, at nyuddannede sygeplejerskers praksis-/realitetschok kan være en fejlfremmende faktor i forhold til patientsikkerheden (Missen et al. 2014; Jewell 2013; Numminen, Leino-kilpi, et al. 2015a; Kumaran & Carney 2014b; Andersson et al. 2016; Tapping, Muir & Marks-maran 2013; Parker et al. 2014). Hvorimod formelle og uformelle mentor- og støtteordninger bliver fremhævet som afgørende for nyuddannede sygeplejerskers håndtering af realitets-/transitionschok og fremmende for patientsikkerheden (Edwards et al. 2015; Hickerson et al. 2016).

## Overblik over eksisterende undersøgelser i Danmark

De eksisterende danske undersøgelser viser med store penselstrøg samme tendenser som ovenstående undersøgelserne med reference til reality-/transitionschok (Voldbjerg 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Sørensen, et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016; Aagesen & Højbjerg 2015; Tingleff & Dalsgaard 2015; Tingleff & Gildberg 2014; Frandsen 2011; Danbjørg & Birkelund 2011; Tingleff, Blach, et al. 2010; Tingleff, Rossen, et al. 2010; Thrysoe et al. 2012; Thrysoe 2010; Just 2005)<sup>26</sup>.

Jeg skriver denne afhandling op imod forskningsbaseret viden i Lars Thrysoes (2010) ph.d.-afhandling om nyuddannede sygeplejerskers deltagelse i praksisfællesskaber og Siri

---

<sup>26</sup> Disse afhandlinger repræsenterer viden om nyuddannede sygeplejersker i somatiske sygehus-afsnit. Justs (2005) ph.d.-afhandling er både om nyuddannede sygeplejersker og læger, og de artikler, der har Ellen Boldrup Tingleff som førsteforfatter, har fokus på nyuddannede sygeplejersker i psykiatrien (Tingleff, Blach, et al. 2010; Tingleff, Rossen, et al. 2010; Tingleff & Dalsgaard 2015; Tingleff & Gildberg 2014).



Voldbjergs (2016) ph.d.-afhandling om nyuddannede sygeplejerskers kilder til viden i klinisk beslutningstagning.

Thrysoe (2010) refererer direkte til teorien om situeret læring i praksisfællesskaber (Wenger 1998; Lave & Wenger 1991). Dvs. Thrysoe (2010) har undersøgt nyuddannede sygeplejerskers oplevelser med at være en aktiv del af et sygehusafsnits fælles interpersonelle værdier og praksis (praksisfællesskabet). Nyuddannede sygeplejerskers deltagelse i praksisfællesskaber er foranderlig fra perifer deltagelse til fuldgældig deltagelse. Konklusionen er, at når nyuddannede sygeplejersker er anerkendte medlemmer af praksisfællesskabet, vil de deltage i både private og professionelle dialoger mellem kollegaer og dermed i højere grad udnytte deres professionelle kompetencer (Thrysoe et al. 2012; Thrysoe 2011; Thrysoe 2010)<sup>27</sup>.

Voldbjerg (2016) undersøger nyuddannede sygeplejerskers kliniske beslutningstagning i evidensbaserede praksisser. Det betyder, hvilken viden nyuddannede sygeplejersker anvender, når de skal beslutte, hvordan de skal udføre patientplejen. I evidensbaserede praksisser er visionen at inddrage evidensbaseret (forskningsbaseret) viden i beslutningstagningen i sundhedsvæsenet for at sikre patienterne mod fejl under behandling og pleje (Voldbjerg, Grønkjær, Sørensen, et al. 2016, p.1752). Men Voldbjergs (2016) undersøgelse viser, at nyuddannede sygeplejersker tager kliniske beslutninger på baggrund af fornemmelser, egne og andres personlige og faglige erfaringer snarere end forskningsbaseret viden (Voldbjerg, Grønkjær, Sørensen, et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016). Jeg kunne måske argumentere for, at Voldbjergs (2016) konklusion følger Thrysoes (2010), idets hun fremhæver betydningen af et sygeplejerskefællesskab.

*“The newly graduated nurses’ perception of being inadequately prepared from nursing education and the need to be socialized into the community of nurses made the newly graduated nurses seek out experienced nurses as the predominant knowledge source”* (Voldbjerg 2016, p.70).

Erfarne sygeplejersker bliver den altovervejende videnskilde til klinisk beslutningstagning pga. nyuddannede sygeplejerskers behov for at blive en del af sygeplejerskefællesskabet. Dette argument kunne ligne Thrysoes (2010) argument om bedre udnyttelse af professionelles kompetencer i gode praksisfællesskaber. Voldbjerg (2016) konkluderer nemlig, at nyuddannede sygeplejerskers lyst til at stille spørgsmål, der betyder lyst til at opsøge kilder til viden, er betinget af sygeplejerskefællesskabets anerkendelse af spørgsmålets kvalitet og af tidsmæssige ressourcer til dialog (Voldbjerg 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Sørensen, et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016).

---

<sup>27</sup> Thrysoes (2010) har både reference til sygeplejestuderendes vej til at blive sygeplejerske (Thrysoe 2011; Thrysoe et al. 2011) og nyuddannede sygeplejersker (Thrysoe et al. 2012).

## Et alternativt stæded

Med denne undersøgelses IE-tilgang kritiserer jeg både Thrysoes (2010) og Voldbjergs (2016) undersøgelser, idet man med IE undersøger mennesker i et hverdagsliv fra et “nede fra”-perspektiv, hvor Thrysoes (2010) og Voldbjergs (2016) undersøgelser repræsenterer et “oppe fra”-perspektiv. Et “oppe fra”-perspektiv, der ikke repræsenterer nyuddannede sygeplejerskers viden om egne arbejdsaktiviteter.

Men undersøgelsen kan umiddelbart have paralleller til resultater i eksisterende undersøgelser om nyuddannede sygeplejerskers oplevelser i overgangen fra sygeplejerskeuddannelsen til et begyndende arbejdsliv. Voldbjergs (2016) afhandling skriver sig, som denne afhandling, ind i praksisser bag reformerede sygehuse, hvor ideologien bag klinisk beslutningstagning er at sikre kvalificeret pleje og behandling uden fejl, og hvor patienterne er i centrum. Analyser af denne undersøgelses empiriske materiale viser, at nyuddannede sygeplejerskers subjektive oplevelser i et begyndende arbejdsliv også kan tematiseres som realitet-/transitionschok. Denne undersøgelses fokus på betydning af organisatoriske rammer viser også, at anerkendende fællesskaber med tid til dialog kan have betydning for nyuddannede sygeplejerskers kropslige og følelsesmæssige oplevelser i et begyndende arbejdsliv.

Men den empiriske forskel er, at jeg følger nyuddannede sygeplejersker i de første 3 til 4 måneders ansættelse. Voldbjerg (2016) og Thrysoe (2010) følger nyuddannede sygeplejersker 6 til 20 måneder efter dimission<sup>28</sup>. Voldbjerg (2016) argumenterer, at det kan være vanskeligt af få greb om videnskilder til klinisk beslutningstagning i evidensbaserede praksisser under de første måneders ansættelse. Voldbjerg (2016) erfarer, som jeg, gennem eksisterende undersøgelser, at nyuddannede sygeplejersker i de indledende måneder befinder sig i en choktilstand. Nyuddannede sygeplejersker taler måske ikke om viden til klinisk beslutningstagning i den indledende periode, men de *gør* noget. Nyuddannede sygeplejersker bestræber sig på at gøre noget rigtigt; ligesom de også faktisk gør noget rigtigt (Sneltvedt & Bondas 2016). Anja og Martha siger helt eksplicit, at de føler sig *dumme* i situationer, hvor de føler sig utilstrækkelige, men samtidig plejer og behandler de komplekst syge, medicinske patienter, uden at jeg observerer, at det får fatale følger for patienterne. Men disse aktiviteter svarer ikke nødvendigvis til normer for systematiske processer for vurderinger og prioriteringer af patienttilstande gennem klinisk beslutningstagen (Hasse et al. 2016).

I det hele taget tager jeg med IE-tilgangen, netop *ikke* afsæt i prædefinerede teorier om realitets-/transitionschok, patientsikkerhed, klinisk beslutningstagning, evidensbaserede praksisser eller deltagelse i praksis-/sygeplejerskefællesskaber. Som skrevet går jeg i de

---

<sup>28</sup> Hvilet i øvrigt gælder alle danske undersøgelser af nyuddannede sygeplejersker (Voldbjerg, Grønkjær, Sørensen, et al. 2016; Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et al. 2016; Voldbjerg 2016; Thrysoe 2010; Thrysoe et al. 2011; Thrysoe et al. 2012; Tingleff, Blach, et al. 2010; Tingleff, Rosen, et al. 2010; Tingleff & Gildberg 2014; Tingleff & Dalsgaard 2015).

nyuddannede sygeplejerskers fodspor og forfølger deres hverdagsprog og -handlinger om problemer i et begyndende arbejdsliv og viden om egne arbejdsaktiviteter, hvorfra jeg afdækker objektiverende politiske ideologier indskrevet i reformerede sygehuse.

Det betyder, at jeg i stedet vil etablere et ståsted for diskussion af bagvedliggende institutionelle diskurser og politiske magtrelationer. Mit perspektiv kan komplementere Voldbjerg (2016), der opfordrer både organisatorer af introduktionsprogrammer og sygeplejerskeuddannelsen til i højere grad at fokusere på praksisnære problemstillinger. Men med reference til Rankin og Campbell (2006) er mit perspektiv, at nyuddannede sygeplejerskers problemer i transitionen er mere omfattende end som så.

*”But we are not content to treat it as ‘lack of practical experience’ or misapplication of nursing theory. It appears to be dynamic, not static, and it affects all nurses, not just new graduates. Older experienced nurses are also criticized for hanging on to outmoded idea and, when they don’t adapt, for being rigid, slow workers, or even ‘burned out.’ The problems for nurses are variously conceptualized but are usually understood as something nurses themselves or nursing education should fix” (Rankin & Campbell 2006, p.4).*

Nyuddannede sygeplejerskers problemer i overgangen fra sygeplejerskeuddannelsen til et begyndende arbejdsliv er mere end et spørgsmål om uforberedthed til et begyndende arbejdsliv pga. af akademiseringen af sygeplejerskeuddannelsen med færre timers kliniske undervisningsforløb (Glasdam 2008). Med Rankin og Campbell (2006) argumenterer jeg, at individuelle ansatte ikke alene kan *fikse* at etablere praksis-/sygeplejerskefællesskaber, hvor nyuddannede sygeplejersker trygt tør stille spørgsmål (Voldbjerg 2016), eller hvor de trygt kan udnytte deres professionelle kompetencer (Thrysoe 2010). Individuelle ansatte kan heller ikke *fikse* at etablere mentor- og generelle støtteordninger af nyuddannede sygeplejersker, hvilket ellers synes betydningsfuld qua ovenstående overblik over eksisterende litteratur.

Med afhandlingens IE-tilgang ønsker jeg at diskutere institutionelle muligheder og begrænsninger i reformerede sygehuse for nyuddannede sygeplejersker. Jeg vil således etablere et ståsted for diskussion af institutionelle dynamikker bag nyuddannede sygeplejerskers realitets-/transitionschok samt deltagelse i praksis-/sygeplejerskefællesskaber. En del af dette indebærer også diskussioner af muligheder for etablering af mentor-/støtteordninger, der også er institutionelt betingede.

På samme måde vil jeg diskutere, hvorvidt dynamikken bag nyuddannede sygeplejerskers selvbebrejdede skyld er betinget af indre karakteregenskaber eller et institutionelt forventningspres.

Selvbebrejdet skyld er et velkendt fænomen i flere eksisterende undersøgelser, ligesom jeg viser i det indledende kapitel. Nyuddannede sygeplejersker bebrejder sig selv, at de er uforberedte og mangler kompetencer til at udføre adækvat patientsikker pleje (Aagesen & Højbjerg 2015; Stacey & Hardy 2011; Mooney 2007c). Selvbebrejdet skyld er med Rankins og Campbells (2006) ord snarere betinget af et institutionelt forventningspres,

der er kommet med individualiseringen, hvor mennesker står alene med ansvaret for sig selv og konsekvenserne af deres handlinger (Dybbroe 2012).

Altså indeholder afhandlingen med IE-tilgangen en kritik af ovenstående eksisterende undersøgelser for et manglende blik på institutionelle arbejdsbetingelser i reformerede sygehuse. Med udgangspunkt i reelle udfordringer i praksis, italesat gennem nyuddannede sygeplejerskers egne ord for arbejdsaktiviteter, etablerer jeg et ståsted, hvor forskere, kliniske praktikere, ledere og politikere kan diskutere, at hverken nye eller erfarne sygeplejersker selv kan *fikse* alle problemer i nyuddannede sygeplejerskers begyndende arbejdsliv.

## Kapitel 5. Personportrætter

Med inspiration fra Widerberg (2002) præsenterer jeg i dette kapitel personportrætter af Emilie, Anja, Martha, Thor og Rebecca. Jeg præsenterer en kort fortælling om hver af de fem nyuddannede sygeplejersker under overskriften ”Emilie kort fortalt”, ”Anja... ” et-cetera. Herefter præsenterer jeg det, som jeg kalder *dominerende fortællinger* om hver af de fem nyuddannede sygeplejersker, der indeholder en vignette med etnografiske beskrivelser fra nedslag i en vagt, hvor jeg har fulgt hver enkelt af dem i observationsperioden. Og endelig viser jeg, hvordan hverdagen ser ud for de fem nyuddannede sygeplejersker i oktober 2017 to år efter endt uddannelse. Men inden jeg præsenterer selve personportrætterne, redegør jeg for konstruktion og formål med disse personlige fortællinger i afhandlingen.

Personportrætterne er konstrueret på baggrund af mine erindringer og fornemmelser for, hvad der skete i enkelte situationer og dialoger med de fem nyuddannede sygeplejersker gennem analyser af feltnoter og transskriptioner af individuelle interviews. Gennem disse analyser genkender jeg fem forskellige dominerende fortællinger om Emilie, Anja, Martha, Thor og Rebecca ved at indekserer de fem nyuddannede sygeplejerskers sprogbrug, kropslige reaktioner, følelsesmæssige udtryk og fortællinger, som de i mere eller mindre grad gentager i forskellige situationer og dialoger med mig. Det kan være indeksering af gennemgående ordvalg, kropslige gestikulationer, attituder og følelsesmæssige udtryk som smil, vrede, skyld, ked-af-det-hed, humor, sarkasme og tilfredshed.

Disse dominerende fortællinger viser, hvordan de fem nyuddannede sygeplejersker hver især ”gør” og har ”gjort” i et hverdagsliv. Personportrætterne skal ikke forstås som isolerede livsverdensfortællinger, men de skal vise, hvordan de fem nyuddannede sygeplejersker fra hver deres standpunkt arbejder med forskellige personlige forhold, samt institutionelle arbejdsbetingelser i et begyndende arbejdsliv på medicinske afsnit i reformerede sygehuse.

Personportrætterne skal altså præsentere viden om Emilies, Anjas, Marthas, Thors og Rebeccas *egen viden* om, hvorfor de gør, som de gør i bestemte situationer, men også deres *egen viden* om, hvordan og hvorfor de reagerer kropsligt og følelsesmæssigt, som de gør i forskellige situationer.

Det betyder, at konstruktionen af de fem personportrætter, i tråd med Rankin (2017), kredser om en dialog med det empiriske materiale, om at forstå deres dominerende fortælling fra deres standpunkt. Som det fremgår af personportrætterne, forsøger jeg at reflektere over, hvordan jeg fra hver enkelt af de fem nyuddannede sygeplejerskers standpunkt kan forstå:

Emilie og Rebecca, der i højere grad pålægger sig selv skylden for manglende evner og muligheder for at servicere patienter end Anja og Martha, der også peger på urimelige institutionelle arbejdsbetingelser, hvor Thor ikke italesætter skyld. Emile, der konstant fremstår med en smilende attitude, selvom hun gennemgående fortæller om, at hun er

tyngtet af skyld, både når arbejdsbetingelserne forhindrer hende i at servicere patienter og kolleger. Anja, der ironisk grænsende til det sarkastiske udtaler en skarp kritik af afsnittets manglende tid til at etablere mentorordninger, hvorfor hun, som hun selv siger, kommer til at fremstå som ”idiot” eller ”dum”. Martha, der er fysisk belastet efter en operation i hjernen, der er synlig ved, at hun trækker på det ene ben, når hun bevæger sig rundt i afsnittet, og som hun selv fortæller påvirker hendes hukommelse. Men samtidig viser hun, hvordan hun på ihærdigste vis bestræber sig på og evner at lære sygeplejen. Thor, der er yderst tilfreds med sin opstart på Q2, hvilket han selv forklarer med, at han har været i praktik på Q6, der plejer og behandler patienter med mave-/tarmsygdomme, ligesom man gør på Q1. Og Rebecca, der oplever, at hun hurtigt bliver sat til at skulle dække vagter selvstændigt uden en mentor, fordi hun har været i praktik samme sted, som hun bliver ansat, samt hendes altdominerende fortælling om hendes brors selvmord, der har præget hendes dispositioner i arbejdslivet i løbet af de godt to år, hvor jeg har fulgt hende.

Personportrætterne indeholder en omfattende mængde empirisk materiale om de nyuddannede sygeplejerskers oplevelser med problemer relateret til biologiske forhold, samt personlige opvækst- og uddannelsesmæssige betingelser. Ligeledes indeholder portrætterne fortællinger om, hvordan de fem nyuddannede sygeplejersker oplever, at de har udviklet sig fra de første måneders ansættelse på fire medicinske afsnit til et arbejdsliv på forskellige sygehusafsnit ca. to år efter endt uddannelse. Men i afhandlingen forfølger jeg ikke alle disse forhold; selvom disse, på nær de biologiske forhold, også kan være institutionelt betinget. Problemerne, der ellers fra denne IE-tilgang kan være relevante at undersøge. Problemer, der er relateret til biologi, opvækst og uddannelse er også umulige for nyuddannede sygeplejerskers selv at ”fikse”, for at blive i Rankins og Campbells (2006) terminologi.

I afhandlingen har jeg fokus på nyuddannede sygeplejerskers oplevelser og institutionelle arbejdsbetingelser i de første fire måneders ansættelse efter endt uddannelse. Jeg genkender, gennem analysen til personportrætterne, hvordan disse biologiske forhold, opvækst- og uddannelsesmæssige betingelser også har haft indflydelse på de fem nyuddannede sygeplejerskers kropslige og følelsesmæssige håndteringer af mødet med realiteterne under de første fire måneders ansættelse. Og som jeg viser i næste kapitel, så skal nyuddannede sygeplejersker, når de er startet på de fire medicinske afsnit, forholde sig til pårørende samt kollegaer, og endeligt, om end bag om ryggen på dem, de institutionelt definerede arbejdsbetingelser.

Min præsentation af linket til de institutionelle arbejdsbetingelser på medicinske afsnit i reformerede sygehuse tager helt konkret afsæt i hverdagsbeskrivelserne i de fem vignetter, der repræsenterer nyuddannede sygeplejerskers arbejdsaktiviteter i de fire første måneders ansættelse.

I IE-terminologi betyder det, at jeg i personportrætterne præsenterer de nyuddannede sygeplejerskers “standpunkt”, “arbejde med “ og deres egen “viden om arbejdsaktiviteter” for at præsentere et link til institutionelle betingede arbejdsbetingelser på medicinsk afsnit i reformerede sygehuse. Fra dette udgangspunkt kan jeg kortlægge objektiverende styringsrelationer, som jeg viser i kapitel 6.

## Personportræt af Emilie

### Emilie kort fortalt

Emilie er 27 år. Hendes mor er servicemedarbejder på hospitalet, hvor Emilie nu arbejder, og faren arbejder på lageret i et møbelfirma. Emilie har en storebror, som hun har et meget tæt forhold til. Efter gymnasiet arbejder Emilie et år i en børnehave, hvorefter hun søger ind på sygeplejerskeuddannelsen i København. Hun fortæller, *”I gymnasiet gik det mest op i fester, og jeg fik ikke det bedste gennemsnit. Så søgte jeg på Metropol og kom ind. Det gik rigtigt godt, jeg fik gode karakterer”*. Men under sygeplejerskeuddannelsens sidste kliniske undervisningsforløb oplever Emilie en patient, der får hjertestop, hvilket hun bebrejder sig selv, at hun ikke havde set komme. *”Jeg måtte sygemelde mig. Jeg fik angst og depression. Mine forældre pressede mig til at fortsætte. De kunne ikke forstå det. Men jeg ringede til min bror, og ham talte jeg meget med. Han forstår det”*. Emilie er sygemeldt et år og arbejder som serviceassistent på Q6. Men i foråret 2015 vender Emilie tilbage til sygeplejerskeuddannelsen og skriver professionsbachelorprojektet, som hun skal, for endeligt at blive sygeplejerske. Hun søger om ansættelse på Q6. Jeg spørger, *”søgte du på Q6, fordi du var på et mave/tarm afsnit i modul 11 og 12?”* Emilie svarer bestemt, *”Nej, nej, det er, fordi jeg var servicemedarbejder her og kender dem alle sammen, så jeg ikke er helt ny”*. Jeg har bemærket Emilies jokes og rappe kommentarer til de andre servicemedarbejdere, hvilket jeg konfronterer hende med. Hun svarer, *”Ja, de siger også, at de aldrig troede jeg ville sige noget, og nu siger de, at jeg næsten siger for meget”*.

En dominerende fortælling om Emilie er hendes selvbebrejdende skyld for sine manglende færdigheder i sygeplejen og muligheder for at tilrettelægge hverdagen. Ja, hun bebrejder endog sig selv, at hun ikke kan forudse, at en medicinsk patient ved et uheld kommer til at tisse på sig selv, og hun må hjælpe ham. Hun oplever i samme situation selvbebrejdet skyld, fordi hun synes, hun udnytter sine kollegaer, der også må dele morgenmaden ud til de patienter, som hun har ansvaret for, fordi hun er optaget med at hjælpe denne patient.

Som reflekteret tidligere omkring skrivning af essyet er Emilie alt andet end “selvoptaget”, hvilket også kommer til udtryk gennem hendes interaktion med mig. Den 10.10.17 sender jeg en mail til Emilie med et par afklarende spørgsmål. Emilie svarer d. 13.10.17 og indleder med, *”undsskyld at jeg først svarer dig nu”*. Hun ser ud til at ville udtrykke, at hun

vil undskylde, at hun har forsømt at besvare min mail, som hun tilsyneladende selv opfatter, at hun er forpligtet til at besvare nærmest med det samme. Jeg har tidligere sagt til hende, at hun hjælper mig, så hun skal ikke undskylde. Da jeg kommenterer mailen, siger Emilie da også, *"da jeg så, at jeg havde skrevet det [altså undskyld] tænkte jeg, at det ville du sige til mig"*, mens hun ler.

En latter, der viser, at Emilie efter godt og vel to år har fået et følelsesmæssigt overskud, som jeg ikke har set under observationer eller hørt under interviews tidligere. Dette overskud genkender jeg også d. 9.10.17. hvor jeg kommer gående ind af døren til Q6. Gennem en glasdør kan jeg se Emilie sidde og spise frokost. Jeg kan se, at hun taler, ler og deltager i samtalen med kollegaerne. Jeg nærmer mig døren, og Emilie får øje på mig. Hun kommer ud af døren og giver mig et knus og spørger straks, hvordan det går for mig. Jeg understreger, at det går godt. Jeg er mere interesseret i, hvordan det går Emilie, for da jeg talte med hende i oktober 2016, fortalte hun mig, at hun ikke kunne klare presset mere og havde undersøgt muligheden for at søge ind på lægesekretæruddannelsen.

Men Emilie er fortsat i afsnittet og har overkommet de første turbulente år. Emilie bliver ansat 1. juni, 2015. Hun er stadig præget af fortællingen om skyld i en patients dødsfald under sygeplejestudiet, som beskrevet i afhandlingens indledende kapitel. Men idet Emilie bliver ansat inden ferieperioden, får hun, som lovet, tildelt en mentor de første fire uger. Emilie kender afsnittet som servicemedarbejder, og jeg hører, at hun skal deltage i fester sammen med afsnittets servicemedarbejdere, selvom hun nu er ansat som sygeplejerske. Jeg hører, hun driller én af servicemedarbejderne, *"der er en smittevask på stue 7"*, hvilket ikke er tilfældet. Det er åbenbart en af hverdagsdrillerierne blandt servicemedarbejdere, fordi en smittevask efter en patient, der har været isoleret pga. af en smitsom sygdom, synes at være en omfattende opgave. Emilie er tydeligt rutineret i forhold til at håndtere poser med affald, sætte en ny i kurven og at køre senge ud på reposen udenfor afsnittet, hvor servicemedarbejderne kører sengene videre til vask og ny opredning. Og som vist i afhandlingens indledende kapitel udtrykker Emilie ikke eksplicit stress eller bekymringer over at være nyuddannet i begyndelsen. Og når jeg kigger på nedslag i en dagvagt d. 31.8.15. efter næsten tre måneders ansættelse, ser Emilie, i hvert fald på overfladen, ud til at klare de forventede opgaver.

#### **Den 31.8.2015 på Q6**

Under morgenrapporten sidder Emilie på sygeplejekontoret ved vogn med en computer på ("tårnet"). Hun noterer oplysninger om patienterne på A4 blok på baggrund af nattevagternes rapport. Efter rapporten siger Emilie henvendt til en anden sygeplejerske, *"skal jeg tage stuegangen?"* *"Det er fint, jeg går gerne på gulvet"*, svarer sygeplejersken. Herefter henvender Emilie sig til en sygeplejestuderende, *"tager du stue 4.1"*, som den sygeplejestuderende bekræfter, at hun gerne vil. Emilie henvender sig til mig, *"Jeg kan bedst lide at gøre det, jeg kender. Hvis jeg har gået stuegang nogle dage, så kender jeg det. Jeg synes*



også, det kan være svært lige at huske, hvad man skal på gulvet, hvis jeg ikke har været der nogle dage”.

Herefter sætter Emilie sig ved computeren for at læse på én patient, som hun ikke kender fra de foregående dages vagter, ”de andre kender jeg, så dem behøver jeg ikke læse på”, siger hun til mig. Emilie rejser sig og går i medicinrummet. Hun logger hurtigt på computeren. Mens computeren ”starter op”, henter Emilie en bakke og nogle medicinbægre til tabletterne. På computeren finder Emilie hurtigt patientens data i det elektroniske dokumentationssystem, Opus, og herefter medicinskemaet, der i det elektroniske system hedder ’opusmedicin’. Hun læser på computeren, hvilket medicinsk præparat, patienten skal have, finder uden tøven medicinen på hylden og tager én eller to piller fra pillerglasset eller trykker dem ud af blisterpakningen. Hun spørger en sygeplejerske, der doserer medicin til andre patienter, ”lægen har ordineret Amlodipin KrKa [hjerteremedicin] og vi har kun Amlodipin Teva [hjerteremedicin fra et andet firma]”. Sygeplejersken svarer, ”det er kun handelsnavnet, men det er det generiske navn, du skal kigge efter”, og hun peger på skriften på pakken, hvor der står ”Amlodipin”.

Jeg tænker, at Emilie virker sikker i medicinrummet. De spørgsmål, hun stiller, kunne jeg også have stillet en kollega for at være sikker. Jeg siger til Emilie, ”Du virker til at være sikker i at kunne finde medicinen”. ”Ja, det hjælper, når jeg kender patienterne i forvejen, og jeg synes, det er meget velkendt medicin”, svarer Emilie. Som jeg ser det, fortsætter Emilie rutineret med uddeling af medicin og spørger konsekvent til patienternes cpr-numre, der er procedure i forhold til uddeling af medicin til patienter på sygehuset. Emilie siger, ”Ja, det er sådan en ekstra sikkerhed, så jeg ikke laver fejl”.

Emilie skal give medicin til en patient med en kræftdiagnose, der er overført fra Rigshospitalet, fordi han ikke kan udskrives direkte til hjemmet derfra. Emilie giver ham hans medicin inklusive afføringsmidlet ’Dulcolax’. Patienten siger, ”Jeg ved, det ikke virker, kan jeg ikke få ’klyx’ [et andet afføringsmiddel]”. Emilie svarer, ”Jeg spørger lige lægen”. På gangen spørger jeg, ”Jeg troede godt man måtte give klyx iflg. regimerne”. ”Jeg vil bare lige være sikker”, er Emilies svar.

På sygeplejekontoret er der tavlemøde. Emilie gennemgår sine patienter. Da hun skal fortælle om patienten fra Rigshospitalet, overtager lægen, ”jeg havde en lang samtale med ham og familien i går. De siger, at de er blevet forsømt. Det er nok sådan, at de patienter, der har rigtig meget brug for hjælp, kommer først, og så har I sikkert glemt at gå ind til [navnet på patienten]. Han var kommet til afsnittet mandag og skulle bare vurderes af en fysioterapeut og en ergoterapeut, og nu er det onsdag”.

Emilie lytter bare til lægens kommentar og går efter morgenmødet til denne patient med ”klyx”. Patienten siger, ”Jeg vil rigtig gerne udskrives”, og Emilie svarer, ”Jeg siger det lige videre”. På kontoret siger Emilie til lægen, ”[navn] siger, at han gerne vil udskrives”. Lægen svarer, ”Jamen vi bliver nødt til at have det tilsyn af fys og ergo”. ”Ja, det ved jeg”, siger Emilie med et smil. Hun ringer til fys/ergo, der siger, de lige skal læse på patienten, men så vil de komme op i afsnittet til patienten. Emilie henvender sig til lægen, ”de

*læser lige på ham, også kommer de". "Det er fint" svarer lægen. Efter en halv times tid kommer Emilie retur til kontoret og får at vide, at patienten skal udskrives. Emilie læser i opus, at kun fysioterapeuten har skrevet et notat på patienten. Emilie ringer på nummeret, der er fælles for fys/ergo og får at vide, at ergoterapeuten ikke kommer. Emilie siger, "jeg kan ikke helt forstå det", men hun gør udskrivningspapirerne klar til patienten og går til afdelingssygeplejerskens kontor og spørger, "skal der skrives TSM [TværSektorielleMeddelelser – en elektronisk meddelelse til den kommunale hjemmetjeneste]. Kommunen var her i går, og han siger, at han ikke har brug for hjælp". Afdelingssygeplejersken svarer, "du kan anbefale opfølgning eller stole på, at kommunen og [navn] selv finder ud af det". "Ja", siger Emilie og tøver lidt, "Ja, han har også en kone".*

*Formiddagen er gået, og på vejen til kantinen for at hente frokost siger Emilie, "Jeg har tænkt på, at jeg har noget, jeg skal fortælle dig. Jeg har været ved at opgive, jeg har været meget ked af det".*

Emilie tager teten først på vagten, selvom jeg har svært ved at se for mig, at hun med sin "undskyldende" facon ville have insisteret på at få sin vilje, hvis kollegaen havde villet tage stuegangen. Hun ser ud til at vide, hvilke patientoplysninger hun har brug for at søge efter i det elektroniske dokumentationssystem "Opus", og hvilke oplysninger, der er tilstrækkelige fra gårsdagens arbejde, for at kunne gennemføre dagens arbejde. I medicinrummet har Emilie fortsat tvivlsspørgsmål i forhold til firmanavne på medicinske præparater, men selve medicinen virker velkendt for hende. Hun følger stringent proceduren for uddeling af medicin for, som hun selv siger, at have ekstra sikkerhed. Alt i alt ser hun ud til at arbejde rutinemæssigt med at håndtere medicinen. På samme måde ved hun, hvor hun skal søge efter oplysninger om fys/ergo-terapeuternes manglende vurderinger af en patient, og hvad hun skal dokumentere i Opus. Afdelingssygeplejersken svarer på Emilies spørgsmål med et modspørgsmål, som Emilie uden tøven selv besvarer.

På overfladen vurderer jeg Emilie til at have et nogenlunde overblik, og når jeg ser Emilie for mit indre blik, ser jeg en altid smilende rolig kvinde, der altid gerne vil hjælpe patienter og kollegaer. Emilie fortæller selv, "tit får jeg at vide, ej du virker så rolig. Og der er bare kaos oppe i mit hoved". Hvis ikke Emilie havde fortalt mig, hvordan hun har det, er jeg usikker på, om jeg havde haft indblik i hendes virkelige følelser i starten, hvor hun har fortalt om angst, stress og selvbebrejdet skyld, når hendes kompetencer ikke slår til eller når hun, som skrevet, er nødsaget til at hjælpe en patient og overlade opgaver til kollegaerne. Når lægen siger, at en patient har været forsømt og ligget på afsnittet i to dage uden nogen har rykket for manglende vurderinger af patienten, har Emilie formentligt en indre dialog om skyld.

Det Emilie ville fortælle mig på vejen til kantinen efter frokost, er et sammenbrud, som hun har oplevet, efter at hun overhører en samtale mellem nogle aftenvagter, der højlydt taler om, at dagvagterne efterlader mange opgaver til aftenvagten. Emilie og jeg mødes på en café i nærheden af hendes daværende bopæl, hvor hun fortæller:

*"Jeg blev sygemeldt på et tidspunkt, fordi jeg fik nogle tegn på angst og var rigtig stresset. Jeg snakkede med en terapeut, der gav mig nogle redskaber, som jeg har kunnet bruge, når jeg føler, at angsten er på vej på arbejdet. Det har hjulpet i et godt stykke tid, men så synes jeg bare, at det er blevet værre og værre igen. (...) nogle dage kan være rigtig gode, hvor jeg går hjem og tænker, 'ej nu kan jeg godt holde det ud lidt endnu'. Og næste dag kan det være noget møg igen. Det er jo, som vi har snakket om fra starten, det med ansvaret. Når jeg nævner det for nogen i afdelingen, så siger alle rigtigt nok, at vi er en stor gruppe om at passe patienterne, hvis der er sket et eller andet. Men jeg tænker altid, at jeg har gjort noget forkert".*

Terapeuten hjælper Emilie med et værktøj, som Emilie kan gennemgå i sit indre, når hun mærker, at symptomerne på angst og stress er ved at komme. Symptomer, som Emilie beskriver, *"sådan en kvælningfølelse ved halsen, og så bliver jeg grådlabil, og nogle gange begynder mine hænder at ryste lidt"*. Men med terapeutens hjælp evner Emilie nogle dage at overbevise sig selv om, at hun kan håndtere sygeplejerskearbejdet i en tid endnu. Hun fortæller, *"når jeg mærker angsten, så skal jeg sende den lille pige inde i mig ud og lege. Det er den måde hun [terapeuten] arbejder på, for at give sådan et billede af, at man tager det ud af kroppen"*. Men den personlige individuelle skyld evner Emilie ikke at fralægge sig. F.eks. melder Emilie sig syg, da hun skal deltage i et kursus i hjerte/lungeredning, fordi hun erindrer den fejl, som hun gjorde under det første kursus i hjerte/lungeredning, der er beskrevet i afhandlingens første kapitel, hvor hun har misforstået tidtagningen.

*"(...) Jeg kan bare mærke, at tanken om, at jeg skulle stå der og komme til at gøre det forkert lige som jeg gjorde sidst. (...) Det var jo ikke fordi, at de gjorde noget ud af det eller skrev en bedømmelse af min faglighed, det var jo bare noget omkring kommunikation mellem ens kollegaer, men jeg var bare hunderød for det alligevel".*

På samme måde dukker erindringen om skyld op fra sygeplejestudiet om en patients dødsfald på grund af hjertestop tilbage i sygeplejearbejdet i begyndelsen af Emilies arbejdsliv, hvor der sker næsten det samme som under hendes sidste kliniske undervisningsforløb:

*"Der er en patient, der er kommet ind med en lungebetændelse og har både kronisk hjerteinsufficiens og kronisk nyreinsufficiens. Jeg har gået og behandlet ham i sidste uge, og fredag, da jeg går hjem, er han åbenbart blevet dårlig. De har kæmpet meget med ham, og han kom på intensiv og døde så i går. Og så tænker jeg 'ej der er noget jeg har overset' (...) er det min skyld, at han er død".*

Denne fortælling følger nærmest gennemgående tendensen, som jeg præsenterer i afhandlingens indledende kapitel, hvor nyuddannede sygeplejersker enten frygter at blive

gjort skyldig i, at patienterne dør, eller oplever sig skyldige i, at patienterne dør, selvom patienten har kroniske symptomer, der i sig selv kan være 'medskyldig' i dødsfaldet.

Når jeg spørger Emilie om den skyld hun bærer, forklarer hun, at selvom forholdet til moren gennemgående har været godt i opvæksten, så var det også problematisk, *"Når vi havde været oppe at skændes, var det altid os [Emilie og hendes bror], der skulle komme og gøre det godt igen. Hun lagde sig på sofaen og ventede på, at vi kom. Det har jeg også snakket med min storebror om. Det var lidt hårdt"*.

Jeg har ikke spurgt Emilie, om terapeuten har hjulpet hende til indsigten i barndommens påvirkning af hendes voksenliv i arbejdet som sygeplejerske, hvor hun gentager fortællinger om selvbebrejdet skyld. I hvert fald bliver hun og broren tvunget til at udjævne konflikter, hvis harmonien i familien (det gode forhold til moren) skulle genoprettes. Uden at gå ind i udviklingspsykologiske analyser ser Emilie ud til at mene, at når hun som barn skulle udjævne konflikter, så har hun også med et barneblik været skyldig i, at konflikten er opstået. Logikken kunne være, at den, der er skyld i konflikten, også skal løse konflikten, selvom Emilie ikke selv direkte italesætter det sådan, men hvert fald drøfter Emilie og broren fortsat, hvor følelsesmæssigt belastende opvæksten hos moren kunne være.

Emilie bliver forsat fanget af skylden, men med terapeutens hjælp har Emilie dage, hvor hun ikke på samme måde bliver ramt af skyld, og den 9.10.17. fortæller hun.

*"Jeg har langt om længe indset, at hvis jeg gør mit bedste, så er det godt nok. Der er nogle dage det er nemmere end andre. Men hvis jeg ikke når alle de ting jeg "burde", så skal jeg ikke blive sur på mig selv, men så er det, fordi jeg har prioriteret det, jeg synes var det vigtigste. Der er som sagt nogle dage, hvor jeg er bedre til at overbevise mig selv om det end andre dage, og nogle dage bliver jeg meget i tvivl om, om jeg er god nok, men der er længere imellem, og det kommer ikke til udtryk som angst mere, men mere som usikkerhed, som jeg tror rammer alle engang imellem"*.

Emilie ser ud til at acceptere, at virkeligheden på medicinske afsnit kræver prioritering af arbejdsopgaver, selvom der er mange opgaver, hun måske også kunne/skulle ('burde') tage sig af. Hun kan fortsat være "usikker" eller tvivle på rigtigheden af sine prioriteringer, men hun får ikke længere kvælningsfølelser og rystende hænder. På vejen ud af afsnittet denne dag i oktober taler jeg kort med en social- og sundhedsassistent, der understreger, *"vi er så glade for Emilie, hun er bare så dygtig og sød"*.

Kollegerne har anerkendt Emilie fra hendes første dag i afsnittet, men alligevel siger Emilie, at hun gerne vil skifte job, og afviser fortsat ikke, at hun kunne tage uddannelsen til lægesekretær. Jeg siger, *"du ser da også ud til at være faldet til i gruppen. Du så ud til at snakke og grine sammen med kollegaerne, mens du spiste frokost, kunne jeg se gennem vinduet"*. Emilie har tidligere fortalt, *"Jeg har altid været en stille pige, der næsten ikke siger noget. Jeg sagde næsten aldrig noget, når jeg var hos min far"*. Og Emilies slutkommentar sidste gang jeg talte med hende, *"ja, jeg orker næsten ikke at skifte job, for jeg ved jo, at der går mere end et år, inden jeg tør sige noget"*.



## Jens dør under Emilies sidste praktik under sygeplejerskeuddannelsen

Hvad, åh, nej, nej, hvad sker der her.  
Jens sidder helt sammensunken på bækkenstolen.  
Gud nej, han trækker heller ikke vejret

Hvad gør jeg nu?

Nåh ja, trække i alarmen  
Hvordan er det nu?  
Ja, jeg skal trække to gange ved akutalarm.

Jens havde det godt for en time siden og nu  
Åh, nej, og jeg har lige sagt til hans datter, at Jens har det godt.  
Jeg skulle aldrig have sagt, at han kunne sidde på en bækkenstol  
Jens skulle være blevet i sengen.

Puh. Nu kommer de andre.

*"Hvad sker der Emilie?"*  
Jeg ved det ikke: *"Han trækker ikke vejret?"*

De andre får ham hurtigt op i sengen.  
Camilla starter hjertemassage.  
Jeg står med den liter saltvand, han havde løbende i sit drop.

Hjertestopholdet kommer og tager over.  
Må jeg holde "saltvandet", når de støder.

Jeg SKAL klare det  
Jeg bliver svimmel og sveder, jeg synes også det sortner for mine øjne.  
Camilla siger: *"Er der én, der kan afløse Emilie?"*  
Så husker jeg ikke mere, inden de kommer og siger, at Jens er død.

# Personportræt af Anja

## Anja kort fortalt

Anja er opvokset i en familie, som hun selv kalder en "kernefamilie", en mor, der er sygeplejerske og en far, der er betjent, og en tvillingsøster. I gymnasiet ved Anja allerede, at hun vil læse medicin og kommer ind på studiet efter tre forsøg på kvote to. Studiet er hårdt, upersonligt, og Anja dumper flere eksaminer, men afslutter med en bachelor i medicin. Anja fortæller, *"Og så fik jeg min datter, og det gjorde, at jeg kiggede på [navnet på hendes mand], og jeg kiggede på min datter, og jeg kiggede på mig selv og sagde, det her, det skal jeg bare ikke, jeg skal ikke gå rundt og være ulykkelig resten af mit liv"*. På sygeplejerskeuddannelsen føler Anja, at hun får den støtte, som hun har brug for modsat på universitetet, *"det første jeg gjorde, det var bare at begynde at tude. Det, at der var nogen som tog sig af mig, ... prøv at hør her, du skal..."*. Anja afslutter sygeplejerskeuddannelsen medio juni 2015, bliver ansat på hjerteafsnittet i en "flyverstilling". Men 1.1.2016 bliver Anja tilbudt en fast stilling, som hun accepterer. I april 2016 går Anja på barsel, og tre uger før fødslen bliver hun kaldt til samtale og får at vide, at hjerteafsnittet bliver organiseret sammen med andre af regionens hjerteafsnit, og at hun efter sin barsel bliver tilbudt stilling i geriatrisk afsnit, der skal være en del af medicinsk center. Anja tager ikke imod denne stilling og søger stilling på børneafdelingen, hvor hun afsluttede sin kliniske undervisningsforløb under sygeplejerskeuddannelsen. Siden d. 15.6.17 har Anja været ansat på denne børneafdeling, som hun hele tiden har ønsket at komme tilbage til, men var ellers blevet glad for arbejdet på hjerteafsnittet, selvom opstarten var turbulent, og hun blev kastet ud i det uden en mentor. Anja kan stadig drømme om den utilfredsstillende tid på medicinstudiet om natten, men samtidig kan hun ærgre sig over at måtte opgive, *"jeg kan godt føle mig lidt mishykket som menneske, men jeg talte med en læge, som jeg lærte medicin med. Han var i turnus på børneafdelingen - han sagde, 'det kan jeg ikke forstå, er du ikke gift og har børn? 'Så tænker jeg, 'hvad er det jeg måler mig på? ' Jeg har en dejlig mand, to dejlige børn og et godt arbejde"*.

Den 12.10.17 har jeg en telefonsamtale med Anja, der er blevet mor for anden gang. Samtalen starter med, at Anja fremhæver hendes og mandens vanskeligheder med at få logistikken til at hænge sammen i en børnefamilie, *"[manden navn] og jeg har talt om, at vores forhold må stå lidt på standby i en periode"*. Da jeg taler med hende, har hun sovet fire timer efter en nattevagt og skal hente sine to børn omkring kl. 15:00, og kl. 17:00 skal hun møde i aftenvagt på børneafdelingen. Jeg undrer mig åbenlyst over vagtplanlægningen, *"der er ansættelsesstop, og vi mangler personale, og som ny vil jeg jo gerne hjælpe"*, afslutter Anja samtalen denne torsdag eftermiddag i oktober, godt to år efter at hun blev færdig som sygeplejerske.

Denne samtale drejer sig mest om Anjas tydelige erindringer om sin tid som nyuddannet sygeplejerske i juli, 2015. Anja deltager i de formelle introduktionsseancer, ligesom Emilie, som jeg beskriver indledningsvist, men ellers får hun ikke tildelt en mentor. Jeg går sammen med Anja i en aftenvag, hvor en erfaren sygeplejerske tager teten og siger til afdelingssygeplejersken, *"hvem skal introducere Anja?"*. Denne sygeplejerske introducerer Anja til forskellige procedurer for afsnittet. Under denne aftenvag siger Anja, *"det jo sådan det burde være"*. Om formiddagen samme dag har jeg interviewet Anja, og hun fortæller om de først to uger. Anja bliver kastet direkte ud i plejen, fortæller hun i interviewet, *"nu passer du de her tre patienter, og så ser du hvordan det går, og så må du spørge om hjælp"* og Anja husker tydeligt, hvordan det var og fortæller godt et år efter, *"man gik på arbejde, og så håbede man at det gik godt"*. Anja håbede, at hun ikke skadede patienterne fatalt.

En dominerende fortælling om Anja er, at hun åbner øjnene for manglende tid til at tilegne sig viden om patienterne, der bl.a. er betinget af personalets manglende mulighed for at effektuere fire ugers mentorordninger, som lovet under ansættelsessamtaler, pga. af travlhed i feriemånedens juli. Til frokost-dialogmødet reflekterer Anja med bestemthed i stemmen, *"hvorfor ansætter de nyuddannede sygeplejersker i juli, når de ikke har tid til at afsætte en mentor for os"*. Anja er bestemt, eller - som hun ofte siger - under deltagerobservationerne eller personlige interviews, *"så bliver jeg vred og ked af det bagefter"*. Men uanset følelser af vrede eller ked-af-det-hed er reaktionen formentligt udtryk for afmægtighed i forhold til manglende muligheder for at få hverdagen som nyuddannet sygeplejerske til at hænge sammen. Anja problematiserer selv den manglende mulighed for mentorordninger. Når hun ikke har en mentor, må hun spørge tilfældige sygeplejersker om hjælp, hvis hun er i tvivl om noget. Når Anja er tvunget til at spørge tilfældige personaler om hjælp, frygter hun ikke bare at komme til at fremstå ikke-faglig, men også personligt ukyndig. Anja frygter, at kollegaerne tænker *"hun er jo helt idiot. Nu har hun spurgt 20 gange på en dag om alt muligt"*. Og når hun ikke har haft tiden til at læse om patienterne i Opus, siger hun, *"og så sidder dumme Anja derinde og skal give rapport til nogle læger. Jeg aner ikke, hvad jeg skal sige (...) det er super, hun har tisset 700 ml, og jeg aner ikke, hvad hun fejler"*. Anja, synes selv, at hun kommer til at fremstå fagligt udvidende, når hun f.eks. kan rapportere, at en patient har haft en vandladning på 700 ml uden anelse om, hvilken sammenhæng der er imellem denne mængde urin og patientens helbredsproblemer.

Ifølge Anja selv kan bacheloren i medicin være et åg på hendes skuldre, som hun ikke kan skubbe fra sig, fordi hun samtidig er perfektionist. *"Ja, jeg er simpelthen så perfektionistisk"*. F.eks. fortæller Anja i 2015, at hun ikke bare kan feste over et 12 tal til eksamen modsat hendes medstuderende, der bl.a. er Martha, som hun har skrevet bachelorprojekt med. Anja fortæller, *"til bacheloreksamen var der et spørgsmål, jeg ikke kunne svare på, og det er stadigvæk noget, jeg tænker på"*. Anja synes ikke at kunne løsrive sig fra den eksamen, hvis hun ikke har kunnet svare på alt. På samme måde forventer Anja også, at hun kan "alt" efter en måneds ansættelse, *"jeg lærer rigtigt meget af, at se hvad erfarne sygeplejersker gør, men jeg sammenligner mig også med dem"*. Dvs. Anja konstaterer med ærgrelse, at hun ikke har en



erfaren sygeplejerskes færdigheder, samtidig med at hun frygter, at de tror, hun kan alt, fordi hun har en bachelor i medicin.

*"Det var min kæmpefrygt. Det var også derfor, jeg ikke sagde det til nogen i starten. Jeg havde en bachelor i medicin, men jeg kan intet sygeplejemæssigt. Jeg synes også, jeg har gjort det ret klart til mine samtaler, at jeg intet kan af det sygeplejemæssige, det skal de vide".*

Anja har med bacheloren i medicin anatomisk og fysiologisk viden om f.eks. de 700 ml urins betydning for både en syg og rask krop, hvorfor hun frygter at komme til at stå i en situation, hvor hun med sin viden ved, at hun kan gøre noget galt, men ikke ved, hvad hun skal gøre. Anja illustrerer selv fra en af sine første dage, hvor hun står med en hjerterpatient og frygter, om hun kan gøre noget forkert, *"jeg tænker, om det er en dårlig ide at tippe sengen for meget, for får hun så også lige pludselig lungeødemer"*.

Det var i hvert fald følelsesmæssigt belastende i begyndelsen for Anja, og hun fortæller, at hun kørte tudende hjem fra arbejde flere gange.

*"Det kom nok bag på mig, det med, at jeg blev skræmt over mine kompetencer. Jeg kom fra en klinik, hvor jeg stort set er blevet rost til skyerne. Jeg tænkte, 'hvad er problemet'. Men så kommer jeg ud og er bange for at slå patienterne ihjel"*.

Anja fortæller i et interview, at hun i en situation stolede på Opus medicin, hvor lægerne ikke havde slettet et hjertemedicin, selvom patientens hjerterytme havde ændret sig, og patienten så ikke længere skulle have dette medicinske præparat. Hun giver medicinen, og patientens hjerterytme falder til et fatalt lavt niveau. *"Det første jeg gjorde, det var bare at begynde at tude"*, og Anja kontakter afdelingssygeplejersken og understreger, at det her går ikke, og hun får tildelt en sygeplejerske, som hun kan spørge. Og 10 uger efter sin ansættelse ser Anja ud til at arbejde rutineret i afsnittet, som det viser sig i nogle nedslag i en dagvagt d. 14.9.15.

#### **Den 14.9.15 på Q5**

Anja sidder ved et skrivebord på kontoret og noterer flittigt patienttilstande efter nattevagternes rapport. Senere da afdelingssygeplejersken fordeler opgaverne mellem sygeplejerskerne, erfarer Anja, at hun skal samarbejde med en sygeplejerske, som hun virker til at have en godt forhold til. De to kvinder kigger på hinanden og smiler; Anja siger med et skævt tilfreds smil, *"Det går nok også"*. Den erfarne sygeplejerske siger, *"Jeg tager ikke [navn på patient] – så kvæler jeg ham"*. Anja siger smilende, *"Jeg skal nok tage ham, inden du kvæler ham"*.

Anja skal være kontaktsygeplejerske for fire patienter, og Anja sætter sig ved computeren og læser på patienterne. En patient er isoleret pga. af diarré og har en for hurtig hjerterytme, efter at natsygeplejersken har vejet ham. Anja, siger henvendt til mig, *"skal jeg bos-score ham hver time på grund af en vejning i nat"*. Anja har desuden ansvaret for en

patient med infektion i en tand, der skal være behandlet, inden han kan få indopereret en ny hjerteklap, en kvinde med kronisk astma og hjerteproblemer, samt patienten, som nævnt ovenfor, som kollegaen ville 'kvæle', der har 10% hjertekapacitet tilbage og venter på en aflastningsplads på et plejehjem.

Anja noterer på et stykke ternet papir diagnoser, tidspunkter for BOS-score, hvor meget plejehjælp patienten har brug for, afføringens form hos én af patienterne, og hvilke blodprøver, der skal tages.

Anja går i medicinrummet, hvor hun indleder med at hælde tre stk. Dioxin (hjertermedicin) i et bæger, mens hun siger, *"Det var de her, jeg holdte forkert op"*. Anja, går til patienterne med medicinen og følger proceduren og spørger efter personnumre.

Anja kigger på klokken og siger, *"åh klokken er snart 8:30. Jeg skal til morgenmøde"*. Hun stopper ved en computer, og slår data op på den kvindelige patient og skriver på sin seddel, *"brystsmerter"*, inden hun fortsætter til sygeplejekontoret. Anja gennemgår de fire patienter, hun er kontaktsygeplejerske for. Dvs. hun gennemgår de aktuelle symptomer og behandlingsplaner. Hun siger, *"[navnet på en læge] sagde, at vi skulle have taget afføringsprøve fra, men proceduren siger, at vi ikke skal tage afføringsprøver, når afføringen har været formet i 24 timer"*. En af lægerne siger, *"Nej, der skal ikke tages prøver fra"*.

Anja, går mod køkkenet, hvor hun skal hente yoghurt og en kande vand til patienten, der er isoleret. Jeg siger med et skævt smil, *"I dag kunne du da svare på det meste"*. *"Ja, jeg kender dem, men det er også [navn på en læge], der er værst til at spørge"*.

Efter at have være hos patienten, der er isoleret, går Anja til patienten, der skal have anlagt ny hjerteklap. Patienten, konen og sønnen fortæller, at de har talt med lægen, og konen siger, *"Men han skal skylle munden i Klorhexidin"*. Anja svarer, *"det vidste jeg ikke"*. Konen fortsætter, *"Jeg viste dig da sedlen i går, hvor der stod, hvad der skulle gøres"*. Anja svarer, *"Jeg kan ikke huske alle detaljer, men jeg skal finde det til jer"*. *"Ja, det må du gøre. Det står jo i proceduren"* siger sønnen.

På vejen ned ad gangen siger Anja til mig, *"Åh, hun [patientens kone] er nu noget krakilsk. Jeg har ikke læst alle detaljer i den patientvejledning. Ja, det er interessant, jeg har skrevet om sygeplejerskers inddragelse af kliniske retningslinjer til min bacheloreksamen, og nu slår jeg dem ikke engang op selv"* smiler Anja. Anja finder Klorhexidin med hjælp fra en kollega, og sønnen lover at hjælpe faren med at huske det.

Herefter går vi til den kvindelige patient, der gerne vil vaskes. Anja finder tøj til hende og henter en iltbombe, så patienten kan få ilt, mens hun vasker sig på badeværelset. Da vi kommer tilbage til stuen, sidder patienten i sengen og kæmper med at få vejret. *"Du skal have en maske [astmamedicin]"*. Anja går til sengebordet og leder forgæves efter ampuller med astamedicin, og hun går hurtigt i medicinrummet og finder straks medicinen. Tilbage på stuen går Anja omkring sengen, tager masken ned og hælder medicinen i og giver patienten masken. *"Jeg tager lige din ilt ud af din næse"*, siger Anja. *"De andre plejer at lade iltten sidde, men det har jeg også underet mig over"* siger patienten. *"Det*

*giver ikke mening”, svarer Anja og tager næsekatederet med ilt fra og sætter masken med astmamedicin på og slutter, ”Jeg kommer tilbage om lidt”.*

Herefter får hjerteafsnittet besøg fra et palliativt team, der skal informere om deres muligheder for at hjælpe, når patienter er uhelbredeligt syge. Anja lytter og deltager med få undersøgende kommentarer. Efter mødet med palliativt team forlader Anja konferencerummet og går til patienten, der fik masken. *”Åh, jeg sagde, jeg kom tilbage om lidt. Det er noget kønt noget, men vi skulle lige have lidt undervisning”.* Patienten svarer smilende, *”Jeg tænkte godt nok på, hvor du blev af, men jeg hængte den bare på plads”.*

Denne patient vil i bad, og Anja hjælper hende ud på badeværelset efter at have sat iltslangen på iltbomben. På badeværelset hører jeg, at de aftaler, at Anja skal informere om undersøgelserne af hjertet, som patienten skal gennemgå, efter badet. Anja finder tøj til resten af patienterne. Patienten, der er isoleret, skal først have målt sine vitale værdier. Hun måler og skriver, 36,6 [temp.], 109 [puls], 141/104 [blodtryk] og beder patienten sætte sig lidt mere op, hvorved iltmætningen flytter sig efter noget tid fra 91% til 92 %, og Anja noterer 16 [respirations frekvens]. Anja hjælper patienten med at blive vasket, mens hun spørger til behovet for hjælp i hjemmet. Da vi kommer retur på gangen, har patienten, der har iltbomben med på badeværelset, ringet efter hjælp. Anja spørger kollegaen, der besvarede klokken, *”Hvad ville [navnet på patienten]”.* *”Iltten var ikke tændt, så hun kæmpede med at få vejret”*, hvortil Anja svarer, *”Var iltten ikke tændt?”.* Sygeplejersken svarer, *”Nej, hvordan skulle du vide det, men der er en knap nedenunder, der skal være tændt.”* Anja går på stuen, *”Det må du meget undskyldte. Jeg troede, jeg havde tændt den”.* *”Det er hvad der sker, og der er jo ikke sket noget. Og jeg er ren og pæn nu”* siger patienten med et smil.

Anja ser i denne dagvagt ikke ud til at blive tyngt af sin perfektionisme på samme måde som tidligere. Det på trods af, at hun fremstår uvidende om “tænde knappen” på iltbomben eller at hun på grund af undervisning må efterlade en patient med en maske med astmamedicin, selvom hun har sagt, at hun kommer ’straks’.

Anja ser i det hele taget ud til at være blevet en del af det uformelle sammenhold i personalegruppen, hvor hun f.eks. deltager i afsnittets jokes og dialog med kolleger. Hun ser ligeledes ud til at have overblik over dagens opgaver og de patienter, som hun skal være kontaktsygeplejerske for. Hun søger de oplysninger, som hun har brug for i opus, deler rutineret medicinen ud. Slår hastigt op på computeren efter oplysninger på en patient, formentligt for at undgå at fremstå “dum” over for lægerne til tavlemødet. I hvert fald føler Anja, at hun kunne svare på det meste og kender også proceduren for f.eks. afføringsprøver i forbindelse med diarré og får lægens medhold i behandlingen. Anja ærgrer sig over, at en pårørende afslører, at hun ikke har styr på proceduren for tandpleje i forbindelse med hjerteklapoperationer, men til gengæld kender hun proceduren for iltbehandling i forbindelse med behandling med astmamedicin. Hun kender også proceduren for at informere patienter, der skal have foretaget undersøgelse af hjertet. Men tilsyneladende har Anja ikke slået op i de kliniske retningslinjer, og ironiserer da også over, at hun

ikke slår procedurer op, når hun har skrevet om det til eksamen. Men trods Anjas perfektionisme ser hun ud til at konstatere, at hverdagen ikke altid efterlader tid til at slå op i de kliniske retningslinjer.

Anja ved f.eks. også, som andre sygeplejersker i afsnittet, at de ser sig nødsaget til at arbejde lidt med BOS-score for ikke at pålægge sig selv og hinanden unødige arbejdsopgaver. Nattevagten har med sin vejning af en patient efterladt patienten med høj puls, der betyder, at Anja må måle vitale værdier på patienten oftere end hos de andre patienter. Anja får patienten, som hun skal måle vitale værdier på, til at sidde i forskellige stillinger, så iltmætningen er 92 %, der betyder, at de vitale værdier først skal måles efter seks timer modsat hver time (Region Sjælland 2015c; Region Sjælland 2017b). Det ser ud til, at Anja er bevidst om, at det er nødvendigt at arbejde lidt med BOS-score for at få en hverdag til at hænge sammen. Anja udnytter ligeledes tiden i hverdagen, hvor hun i forvejen hjælper patienten med at blive vasket, med at spørge til patientens behov i hjemmet, der kan være afgørende for en kommende udskrivelse.

I det hele taget fremstår Anja ikke på samme måde frustreret som tidligere. Under telefoninterviewet i oktober, 2017, spørger jeg Anja, hvordan det er gået med at afse tid til at læse på patienterne, hvilket har givet frustrationer tidligere. *"Det blev ikke bedre, jeg kunne have 10 patienter i en aftenvagt uden at ane en byldende fis om, hvad de fejler, men jeg vænnede mig ligesom til det"*. I dagvagten, jeg præsenterer her, får Anja tilsyneladende tid til at indhente de oplysninger, som hun har brug for, men arbejdsbetingelserne i f.eks. en aftenvagt tillader ikke altid Anja tid til at læse om patienterne i opus, men man vænner sig til det, som hun siger.

Når jeg ser på dette nedslag i Anjas arbejdssituation 10 uger efter, at hun er blevet ansat som nyuddannet sygeplejerske, så virker hun til at færdes med overblik og tilfredshed i afsnittet. Anja fremhæver selv sin glæde ved kolleger og specialet efter den første turbulente tid, *"Jeg synes, det er smadderinteressant at sidde og kigge på EKG 'er. Jeg synes det er smadderinteressant at sidde og kigge på, hvad det er for nogle mekanismer der gør, at de f.eks. tisser mere, når de har atrieflimren"*. Det kunne se ud, som om Anja nu kan kombinere sin medicinske viden med hverdagens sygeplejemæssige opgaver. Jeg spørger Anja i ovenstående vagt *"hvornår tror du, du ville være klar"*. Anja, svarer, *"Jeg ville være klar nu"*. Dvs. efter 10 uger ville Anja være klar til at arbejde på egen hånd eller måske kortere tid, hvis vi trækker de første uger fra, hvor Anja fumlede rundt og håbede, at vagterne gik, uden at hun lavede for mange fejl uden en mentor, der kunne vejlede og råde hende. Dvs. hvis Anja havde haft en mentor fra første dag, kunne hun måske have været klar til at arbejde selvstændigt før.

Anja er så glad for hjertespecialet, at hun i efteråret 2015 bliver enig med sig selv om, at hun søger en fast stilling på hjerteafsnittet, som hun får fra 1.1.2016 og er glad for det, fordi hun så undgår at skulle starte forfra en gang til på et andet afsnit. I foråret 2016, tre uger før terminen for fødslen af sit andet barn, bliver Anja kaldt til møde, selvom hun er på barsel.

*"De fortæller, at jeg skal med i medicinsk center på geriatrisk afsnit. Jeg blev vred og bagefter rigtig ked af det. Og jeg stillede spørgsmålet, om de godt vidste, hvor forfærdelig min opstart var hos dem. Så sagde de et eller andet om, at 'man' også kunne se det som en cadeau, der er også brug for dygtige sygeplejersker på geriatrisk afsnit. Det kan jeg slet ikke se det som. Jeg sagde også til dem, at hvis jeg ville arbejde i geriatrien, så havde jeg søgt et job der. [Navn på oversygeplejerske] sagde, nu kan vi se efter din barsel. Jeg sagde, det kan I godt skrive ned, jeg kommer ikke tilbage, jeg er blevet flyttet mod min vilje. Jeg synes, at nu er jeg lige faldet til, og så skal jeg flyttes. Jeg gik op på afsnittet og pakkede mine ting og sagde farvel til mine kolleger. Det har jo ikke noget med dem at gøre. [Navn på afdelingssygeplejersken] var næsten ved at græde, 'det er jo ikke min skyld' siger hun. 'Det ved jeg godt, men du er også en del af det, det er ligesom dit job at sige det her. Og så har jeg ikke været der siden'".*

Anja bliver vred og ked af det over, at hun mod sin vilje bliver flyttet til geriatrisk afsnit, der på baggrund af sygehusledelsens beslutninger skulle være sammen med de tre andre medicinske afsnit i stedet for hjerteafsnittet. Jeg kender hverken oversygeplejerskens eller afdelingssygeplejerskens indflydelse på opsigelser af personale i forbindelse med omorganiseringer. Men udtalelsen kunne bekræfte, at Anja, modsat Emilie og Rebecca, ikke i samme grad bærer selvbebrejdet skyld. Hun siger under telefoninterviewet d. 12.10. 17. *"du ved, jeg er gået tudende hjem fra arbejde mange dage, men det er ikke min skyld, det er arbejdsbetingelserne, der er urimelige"*. Anja forklarer selv, at hun med sine 37 år og to børn ved, at hun ikke er/kan være personligt skyldig i urimelige arbejdsforhold, heller ikke som nyuddannet sygeplejerske.

På børneafdelingen, hvor Anja er ansat pr. 15.6.17. har hun også stillet krav om introduktion på baggrund af sine tidligere erfaringer fra medicinsk afsnit. Anja insisterer på at afdelingssygeplejersken på børneafdelingen går med i medicinrummet for at blande en dosis af medicin til børn, selvom afdelingssygeplejersken siger til Anja, *"jamen er du ikke sygeplejerske?"* "Jo" svarer Anja, *"men jeg har ikke gjort det her i tre år, så nu kommer du med"*. Efter at de har blandet medicindosen, siger afdelingssygeplejersken på børneafdelingen til Anja, *"du kan jo bare spørge"*. Hvortil Anja siger til mig, at hun tænker, *"Ja, så må vi jo håbe, at det jeg spørger om, så også er det, jeg er i tvivl om, for det, jeg ikke kan identificere, kan jeg jo ikke vide, om jeg skal være i tvivl om"*. Denne kommentar vender tilbage til temaer fra Anjas første tid som sygeplejerske. Hun kan spørge kolleger om procedurer for dette og hint, hvis hun har viden nok til at identificere et problem, som hun bør spørge til. Men hvis hun ikke ved, at der kan være et problem, så kan hun jo ikke spørge om hjælp, selvom det kan være af fatal betydning for patienten. Perfektionismen er stadig et åg på Anjas skuldre, men hendes mand stopper hende, hvis hun, som hun selv siger *"banker sig selv for meget i hovedet med sin manglende viden"*. Samtidig er det blevet tydeligt for Anja, at hun har mere brug for kollegers anerkendelse, end hun troede. Og i sin nuværende stilling, godt to år efter sin tid som nyuddannet sygeplejerske, tager Anja selv teten og spørger, *"hvordan går det for mig, og de svarer, det går så fint for dig"*.

**Karl, du må ikke dø, tænker Anja, mens hun hjælper ham med et bad.**

”Er du okay Karl?”

”Ja, ja, jeg skal bare lige sidde ned”

”Jeg plejer at sidde ned, når jeg bruser mig”

De andre havde sagt, jeg kunne fjerne overvågningen

Hvad skal jeg holde øje med

Åh, nej jeg ved ikke engang, hvordan Karl ser ud, hvis han får det dårligt

Jeg kan ikke huske, hvad vi lærte

Åh, nej, hvorfor bliver jeg sat til det her.

Jeg er bange for, at jeg slår dem ihjel

# Personportræt af Martha

## Martha kort fortalt

Den 1.9.2015 beder afdelingssygeplejersken mig acceptere, at hun vælger at trække Martha ud af mit projekt, efter at Martha har været sygemeldt i 14 dage på grund af stress. Afdelingssygeplejersken skriver i en mail, *"vi skal have Martha tilbage igen, og i den forbindelse minimere/ fjerne alt, hvad der minder om en stressfaktor"*. Det har betydet, at jeg ikke har kunnet gennemføre et længerevarende interview med Martha og kender ikke hendes opvækstmæssige baggrund. Martha starter på Q1 d. 1.7.15. På det tidspunkt er hun 29 år og fortæller mig, hun er gift og har en datter på 5 år (2015) og har netop købt hus sammen med sin mand i en mellemstor provinsby. Martha har endvidere fortalt mig, at hun under sygeplejestudiet får konstateret en udposning på et blodkar i hjernen, der er så stor, at lægerne råder hende til at få den opereret væk. Martha skriver professionsbacheloropgave sammen med Anja og en anden medstuderende, og hun fortæller, at det er gået fint trods operationen, *"jeg skal bare skrive noter i hånden til eksamen, hvor jeg ellers har skrevet på computeren"*. Martha fortæller selv, at hun har svært ved at huske efter operationen, og det er tydeligt, at hun trækker lidt på det ene ben, og når hun har travlt, hun kalder det, *"små anfald, det er kramper i min tå, fordi jeg er så velmedicineret"*. Men i midten af august 2015 bliver Martha korttidssygemeldt og bagefter langtidsygemeldt med stress og beder selv afsnittet opsige hende. Martha har ikke råd til at selv at sige op pga. huskøbet. Martha får job på en neurologisk afsnit i hovedstadsområdet, men får fra 1.11.16 job i hjemmesygeplejen i byen, hvor hun bor. *"Jeg bruger ca. 3 timer på transport hver dag, hvor jeg nu kan komme til at bruge et kvarter"*, og datteren er startet i skole, som Martha siger, *"På mine aftenvagter ser jeg hende slet ikke"*.

Den 31.10.16 har jeg et personligt telefoninterview med Martha, for som jeg understreger, jeg vil gerne have hendes version af forløbet på Q1, hvor jeg ad omveje har hørt om opsigelsen. Martha bliver meget berørt af samtalen omkring sine godt og vel to måneder på Q1. Hun nærmest græder under hele interviewet, *" undskyld jeg er sådan en tudefjæs, jeg troede, jeg havde styr på det, indtil du river lidt op i det. Men altså ja, ja for fanden. Jeg bliver sgu lidt... det var sgu tarveligt"*, siger Martha mens hun samtidig griner lidt. Det er ikke mig, der er tarvelig, men hun understreger, at det er tarveligt, at hun skulle have denne oplevelse, som stadig kan sidde dybt i hende. Martha kan i arbejdet på neurologisk stadig tænke, *"ej uha, der skulle jeg måske have handlet anderledes" så røg jeg lige tilbage i [navn på byen hvor hospitalet] følelsen"*.

Marthas forløb er lidt specielt, men en dominerende fortælling om hende er, at hun åbner øjnene for en villighed til at lære også det, der er svært. Martha kommer i praksis til at opleve fire dødsfald i første arbejdsuge i juli 2015. Martha siger, *"Jeg slår patienterne ihjel"*. Den første dag i afsnittet, hvor de første to dødsfald finder sted, viser Martha, hvordan

hun bare ønsker at lære at håndtere arbejdet med døende patienter. Martha beder kollegaen lære hende proceduren. Hun rører ved den døende, men er lige ved at tude, da en datter tuder, mens denne datter har sagt til sin far, at han godt må tage op [formentligt i betydningen i himlen i kristen forstand] til hendes mor. Martha siger med lethed i stemmen, ”*Det sagde jeg til min farmor i september [der selv er død], men jeg er ikke klar til at skulle sige det til min mor*”. Martha bryder først sammen i gråd, da den fjerde patient dør i første arbejdsuge. Hun siger, ”*jeg kunne klare den første, men nu er ‘nok nok’*”. Det vil sige, at det ikke er arbejdet med døden i sig selv, der forårsager Marthas sammenbrud, men arbejdsbetingelser på et medicinsk afsnit, hvor sygeplejersker er tvunget til at arbejde omkring døende patienter uanset hvor mange, der dør på en uge. Det bliver bare for tungt, når der er mange døde på én uge. Martha reflekterer faktisk i en dagvagt d. 11.8.15, ”*man skal lade naturen gå sin gang*”. Hun konstaterer på sin vis, at de patienter, der er uhelbredeligt syge, skal have lov til at dø uden medicinsk eller anden form for kurativ indgriben. Jeg kunne hævde, at når jeg ser Martha for mig den første arbejdsuge, så virker hun ikke til at tage arbejdsforholdene alvorligt eller tungt. Hun siger i hvert fald om sin veninde og medstuderende på sygeplejerskeuddannelsen, ”*jeg tager det slet ikke så tungt som Anja*”. Dette kunne jeg illustrere med nogle nedslag i en dagvagt den 11.8.15, fem uger efter Martha er startet på Q1.

#### **Den 11.8. 2015 på Q1**

Martha er lidt forsinket pga. af morgens tætte trafik. Det fremmødte antal personale følger normeringen, desuden møder flere social- og sundhedsassistentelever i dagvagten og en nyansat sygeplejerske, der er ud over normeringen, fordi hun er i introduktion. Martha møder ind og stiller sig i et hjørne ved siden af en computer (der er ikke flere stole ledig).

Efter nattesygeplejerskerne har afsluttet morgenrapporten, fordele afdelingssygeplejersken patienterne mellem personalet. ”*Tager du stue 7-11?*” spørger afdelingssygeplejersken og fortsætter, ”*jeg regner med, at du tager stuegangen, Martha*”. Martha accepterer og siger med et skævt smil, ”*det har mit ben sikkert godt af*”.

Martha sætter sig ved computeren for at læse om patienterne. Hun siger til mig, ”*jeg kender ikke patienterne*”. Martha siger henvendt til en anden sygeplejerske, der skal gå stuegang på andre patienter, ”*Hvad mon han kan finde på at spørge om*”, da hun finder ud af, hvilken læge der skal gå stuegang. Martha skriver detaljerede oplysninger om patienternes diagnose, behandlingsplaner og evt. udskrivelse. I løbet af dagen kommer der flere noter på blokken og adskillige Post-it noter, som Martha selv skriver, ligesom, der også kommer flere beskeder fra lægesekretæren.

En social- og sundhedsassistentelev kommer ind og spørger Martha, ”*må [navn på patient] få sin smertestillende morgenmedicin*”. Martha kigger på en erfaren sygeplejerske, ”*må hun det?*”. Kollegaen bekræfter. Martha går i medicinrummet og hælder medicinen op og giver det til social- og sundhedsassistenten, der giver det til patienten.



Da Martha skal fortsætte med resten af medicindoseringen, viser det sig, at hun er kommet til at dosere medicin til en forkert patient. En patient, der er meget tynd, skulle have 750 mg Panodil, men får i stedet 1 gram. Martha siger, *"Dumme mig, det er fordi jeg er ny. Jeg må skrive en utilsigtet hændelse senere"*.

Fra en isolationsstue kommer Martha ud og siger, *"jeg føler mig som en dum sygeplejerske"*. Det viser sig, at patienten har afføring i sengen, og Martha må forlade patienten og overlade det til social- og sundhedsassistenteleven. Martha er nødsaget til at gå til tavlemøde, hvor læger, lægesekretærer og fysioterapeuter sidder og venter.

Martha gennemgår sine patienter. Lægen spørger f.eks. om der er kommet noget væske i et dræn. Martha svarer, *"ikke det jeg har kunnet læse"*. Til en anden patient spørger han, om hjemmeplejen er adviseret. *"Pas"*, svarer Martha, *"men jeg kontakter vis [visitator]"*. Souschefen siger, *"du skal skrive en TSH [elektronisk plejeforløbsplan til kommunal visitator]*. Lægen slutter med at sige: *"Hvad har du at sige til dit forsvar"*, da Martha har fortalt om en anden patient, der er kommet ind, fordi hun har spist for lidt derhjemme. Martha siger, *"hun er vel ikke planlagt til udskrivelse endnu"*. Lægen svarer, *"Vi stiler mod udskrivelse på dag 1, så går det bare fremad, fremad, fremad. Når hun spiser så godt berinde, så må vi finde ud af, hvorfor hun ikke spiser så godt derhjemme"*.

Opgaverne hober sig op, lægesekretæren har placeret yderligere to post-it sedler, hvor Martha skal ringe til en hjemmesygeplejerske, der vil meddele, at én af patienterne ikke ønsker genoplivning. En anden seddel, hvorpå der står, at Martha skal ringe til en søn, der vil høre til sin mor. Martha foretager opringningerne, giver medicin til en patient kl. 11:00, svarer på spørgsmål fra læger hele dagen, og hun meddeler en patient, at dennes undersøgelse er udsat til 12.30. Patienten bliver meget utilfreds, *"jeg kan godt forstå, du er irriteret, men jeg kan ikke rigtigt gøre noget ved det"*.

Som Martha selv siger med sit skæve smil, *"Rosemary hænger i vandskorpen"*, og efter frokost aftaler afdelingssygeplejersken, at en anden sygeplejerske skal overtage to af Marthas patienter og give antibiotika [bakteriedræbende medicin] om eftermiddagen. Men uanset hvad er der efterhånden tre patienter, der skal udskrives i løbet af de næste to dage, og Martha skal have skrevet tre TSH'er, hvilket hun aldrig har prøvet før. Afdelingssygeplejersken viser, hvor i opus Martha skal skrive. Martha siger, *"jeg kommer også i morgen, så kan jeg gøre dem færdige"*. [Navnet på en patient] *skal først hjem på torsdag"*. Afdelingssygeplejersken svarer, *"når de er så plejekrævende, som hun er, skal hjemmeplejen vide det to døgn i forvejen, hvis de skal kalde ekstra personale ind."*

Martha siger, *"det kan være svært at oprette TSH, når man ikke kender patienten. Jeg ved jo ikke, hvad de har fået af hjælp her, og hvad de har brug for hjemme"*. Men Martha sidder ved computeren og skriver resten af dagen. Hun når i hvert fald ikke at indberette den halve Panodil (ingen skadelige bivirkninger), som hun havde givet forkert om morgenen, trods hendes intentioner.

Selvom Martha hævder, at hun tager hverdagens strabadser mindre alvorligt end Anja, åbner hun ligesom sin veninde og studiekammerat øjnene for ironiske kommentarer. Hun

taler om sit ben, som om det er adskilt fra resten af hendes krop, når hun siger, at benet i sig selv kan føle glæde. Når hun ikke kan svare på lægens spørgsmål, svarer hun rapt, ”det har jeg ikke kunnet læse mig til” eller ”pas”, der i overført betydning er udtryk for, at hun er ude af stand til at besvare spørgsmålet. På samme måde som Anja er Martha måske en anelse sarkastisk, når hun bruger ordene ”dumme mig” om sin rolle som nyuddannet sygeplejerske, eller når hun ikke kan leve op til sin egen standard for god pleje (’man’ efterlader ikke en patient i sengen med afføring). Men den mest sigende ironisk/sarkastiske kommentar er *”Rosemary hænger i vandskorpen”*, der sikkert har reference til metaforen, *”hænge med roven i vandskorpen”*, der udtrykker, at hun begynder at føle, at hun befinder sig i en noget kritisk situation, hvor det er vanskeligt at overskue opgaverne. En kritisk situation, der måske alligevel opstår, fordi udfordringerne hober sig op. Martha giver forkert medicin, hun kan ikke besvare lægens spørgsmål, souschefen irettesætter hende, og lægen beder Martha, måske en anelse nedladende, bevise sin uskyld (hvad kan du sige til dit forsvar?). Og opgaverne hober sig op med antallet af gule post-it sedler. Hun telefonerer til pårørende og hjemmesygeplejersker. Hun taler med en patient, der er utilfreds med udsættelsen af en undersøgelse, og så skal hun skrive tre TSH’er på patienter, som hun end ikke kender. Selvom Martha får hjælp af sine kolleger, ser hverdagens turbulens ikke ud til at efterlade tid til at indberette en utilsigtet hændelse, trods hendes intentioner derom.

Jeg ved ikke, om den kritiske situation kan være delvist betinget af Marthas komplikationer efter sin operation. Hun siger selv, at hun ikke husker så godt. I hvert fald bliver Martha kortidssygemeldt.

*”Jeg blev så syg, så jeg ikke kunne trække vejret, når jeg kom ind på afsnittet, og var syg i fjorten dage. Så prøvede vi at lave sådan en indslusningsordning, hvor jeg får én, jeg kan gå til, hvis jeg føler mig for presset, og i stedet for at få 6 til 8 patienter, så får jeg 3-4. Og det synes jeg egentligt også, det var en okay ordning. Og da vi så har kørt den i en lille måneds tid, så bliver jeg så bevet til side af [navn på afdelingssygeplejerske]. Jeg får at vide, at de har overvåget mig, og hun [afdelingssygeplejersken] siger ting, som jeg har gjort forkert for tre uger siden. Jeg siger, ’jamen hvorfor tager I fat i mig nu? I skal jo tage fat i mig, når jeg gør det. Og så forklare mig, jamen hov, hvorfor gør du sådan og hvorfor gør du ikke sådan?’ Det kunne hun godt se i bakspejlet, men det kan jeg bare ikke arbejde under, og så blev jeg så langtidssygemeldt”.*

Marthas beskrivelse af, at hun ikke kunne trække vejret i afsnittet, ligner Emilies beskrivelser af et angstanfald. Hun synes, overgangsordningen var tilfredsstillende, men bliver ”overvåget” uden hendes vidende. Det bliver for meget for Martha. Hun virker til at mene, at hvis det, hun skulle forbedre, havde været italesat, så kunne hun handle på det og forbedre det. Martha fortæller, at hun var blevet overvåget i forhold til sin håndtering af medicin, *”jeg vidste ikke nok om medicinen. Hvor jeg havde det sådan lidt, hvordan skal jeg på de*

*2 måneder, som jeg havde været der, kunne vide alt om de der 500 præparater, som vi har stående i det medicinrum? ”*

Igen, jeg har ikke haft mulighed for at følge situationen, men i hvert fald får Martha et knæk. Inden vi aftaler telefoninterviewet d. 31.10.16, har Martha skrevet i en mail, at hun næsten ikke turde kalde sig sygeplejerske i en periode. Hun udfolder under interviewet:

*”Man får ondt i maven, når folk spørger, hvad man arbejder med. Der var en lang periode, hvor jeg modtog fagbladet[sygeplejersken], hvor det bare røg ind i kommoden, jeg turde ikke åbne det. Så, altså jeg følte ikke, jeg havde fortjent det. Så ja det smadrede sgu noget på en eller anden måde”.*

Hun føler ikke, hun fortjener at blive tituleret ’sygeplejerske’ og fortjener derfor ikke fagbladet. Martha understreger i ovenstående, at det er arbejdsbetingelserne på Q1, der er skyld i, at hun skal igennem denne periode. Det er urimeligt tarveligt eller et svigt fra ledelse og personale på Q1, men oplevelsen fremkalder også følelse af skam, hvor hun på en måde pålægger sig selv en del af skylden.

*”Så begynder jeg at tænke, er det, det her jeg skal? Har de ret? (...) jeg startede til psykolog og søgte alligevel jobs i sygeplejen. Men der var tre stillinger, hvor jeg måtte ringe tilbage og sige, I skal ikke tage mig i betragtning. Fordi jeg var så bange for at [navnet på sygehuset] ville sige noget dårligt. Og så, til sidst, så gav jeg dem min praktikevejleders nummer til [navnet på neurologisk afdeling]”.*

Psykologsamtalerne hjalp formentlig Martha til at søge tilbage til sygeplejen, og Martha vælger til slut at undlade at inddrage Q1, når hospitalet skal indhente referencer ved ansættelsen. Allerede til jobsamtalen på neurologisk afsnit, *”føjte jeg mig bare så velkommen”* siger Martha, og afdelingssygeplejersken på neurologisk afsnit siger, *”det her skal vi have pillet fra dig, og så skal du bare fuldstændigt starte fra ny”.*

*”Vi har sådan 3 ugers oplæring, hvor vi går med en anden sygeplejerske. (...) Der havde jeg så brug for lidt mere, fordi jeg ligesom have haft den der oplevelse med mig. Der gik jeg så ind til min afdelings sygeplejerske og sagde, jeg tror måske, jeg har brug for lidt mere backup, end lige de her tre uger. Og det sagde hun, det er helt fair, og så havde jeg 2-3 uger mere, og jeg gik selv ind og sagde, nu er jeg klar”.*

Martha har en mentor, og perioden bliver endog forlænget efter Marthas behov. Jeg observerede ikke Martha på neurologisk afsnit og kender ikke indholdet af og forhold omkring introduktionen på dette afsnit. Men Martha fortæller:

*"Jeg vil gerne lære, (...) jeg er sprunget ud i det - jeg skal have så meget med som muligt (...) det er alt, lige fra at lægge et kateter til at håndtere en familie i krise, kommunikere med overlægerne til at arbejde med en assistent, der er helt ny, og have studerende med, og kunne svare på telefonopkald fra familier, der har en pårørende, der lige har fået en hjerneblødning, og unge med hjerneblødninger, der er blevet lammet, og ældre (...) nu har jeg jo selv været meget igennem omkring det neurologiske, så jeg kan jo også lidt selv relatere til mange af de følelser, som de har".*

Som jeg observerer hos Martha på Q1 i forbindelse med hendes tilgang til at lære at arbejde med døende patienter, så forsøger Martha ihærdigt at lære sig så meget som muligt. Uden tøven ser hun ud til at gå i gang med alt det nye eller ukendte – hun springer ud i det. Det gode forløb på neurologisk afsnit kan være betinget af, at afsnittet har erfaringer med mennesker med neurologiske problemer; ligesom det kan være en fordel, at Martha selv har erfaringer med neurologiske symptomer. Dette afsnit har iflg. Martha også overbelægning, *"men jeg har ikke stresssymptomer, som jeg havde. Jeg er blevet øget i medicin på min epilepsi, men det er simpelthen pga. arbejdsstress, fordi der simpelthen er overbelægning, men det er en anden form for stress"*.

Personportrættet af Martha har bestemt ikke til hensigt at fremhæve neurologisk afsnit frem for Q1, hvor Rebecca er ansat og trives. Portrættet illustrerer bare, at Martha under de rette betingelser kan lære sig rollen som sygeplejerske. Jeg har observeret hende give 1/2 Panodil forkert, men Martha understreger, at det er slut med ikke at kende medicinen, *"... alt hvad jeg giver, det læser jeg på (...) den skal jeg bare ikke have hængende på mig igen"*. Det til trods for, at det formentligt er vanskeligere for hende at huske præparaterne på baggrund af hendes neurologiske symptomer.

## Ole, Jørgen, Hans og Anders dør under Marthas første ansættelsesuge.

Er han?

Nej, det kan ikke passe?

Kigger på Carsten, der kigger tilbage.

Carsten siger: ”Jeg tror, han er...”

Jeg må derind. Jo han trækker ikke vejret.

Jeg må lige kigge på min seddel – han skal ikke genoplives

”Kirsten du må hellere komme, jeg tror Ole er død”

Jeg skal jo lære det!

”Kirsten du må vise mig proceduren”

Jeg mærker lige, hvordan han føles

Han er køligere, men ikke helt kold

Huden føles anderledes

Men ikke så uhyggelig, som jeg troede

Jo, jeg vil gerne følge med i sekstimersstuen

Servicemedarbejderen dækker Ole til

Vi går ned ad gangen, passerer et meget moderigtigt, velklædt par

I elevatoren står vi tæt på Ole i sengen

Servicemedarbejderens telefon ringer

NEJ, hun tager da ikke telefonen

DET gør hun.

Vi går gennem adskillige gange i kælderen til en smal gang

Over for et rum med arkivskabe ved en aflåst dør

Servicemedarbejderen har glemt nøglen

Det er mærkeligt at stå her – lidt som at se ”Nattevagten”

Servicemedarbejderen kommer og låser op til sekstimersstuen.

Jørgen er også død i dag  
Jeg var lige ved at græde, fordi datteren græd.  
Hans døde tirsdag  
Anders døde onsdag

Jeg kunne klare den første - nu er nok nok  
Nej, jeg må ikke græde, sygeplejersker græder ikke.  
Åh, nej, jeg kan ikke – tårene kommer af sig selv  
Jeg slår dem ihjel

# Personportræt af Thor

## Thor kort fortalt

Thor er opvokset i en familie, hvor faren er jurist, og moren laver mad i en børnehave fire timer om dagen, men i det meste af Thors barndom er moren, *"hjemmegående, fordi min far er chef i [en patientforening, navn udeladt], så han kan altså godt forsørge os allesammen"*, siger Thor. Thor betegner sin opvækt, *"det har været et meget rigt familieliv"*, der i hans optik betyder, at han har haft mange familiemedlemmer. Da Thor er et par år gammel, bliver moren skilt fra hans biologiske far og møder herefter den mand, Thor kalder sin "far" og som han i relation til sin mor kalder sine "forældre". Han har bedsteforældre og tilsvarende oldeforældre fra tre familier, som han under hele opvæksten har kontakt til, selvom han fra omkring 9 årsalderen mister kontakten til sin biologiske far. I gymnasiet dør hans biologiske far af kræft. Thor får først på det tidspunkt at vide, at hans biologiske far, som han selv siger, er *"professionel alkoholiker"*. Den biologiske far har ikke evnet at tage vare på Thor, som moren erfarede, da han hentede Thor i børnehaven i fuld tilstand. Thor fortsætter selv det "rige" familieliv ved at glæde sig over kærestens to børn fra et tidligere forhold og over barnet, de venter, som han skal være biologisk far til. Kæresten har han mødt under sygeplejerskeuddannelsen. De afslutter uddannelsen i midten af juni 2015 med at forsvare et professionsbachelorprojekt, som de har skrevet sammen. *"Jeg har udviklet mig meget gennem uddannelsen til at være 'Manden Thor' fra at være 'Drengen Thor'".* Thor bliver ansat på Q2 i en flyverstilling, men vælger at forblive ansat i Q2 og har nu fået en stilling som superbruger til det nye elektroniske dokumentationssystem "sundhedsplatformen".

Det er omkring et år siden, jeg har haft kontakt med Thor, men d. 9.10.17. kl. 14:30 har jeg været rundt i de fire medicinske afsnit for at undersøge, hvor Thor er ansat, for jeg tror han er "fløjet" til en anden stilling. Netop som jeg skal til at gå ind ad døren til sygeplejekontoret for at spørge efter ham, lyder det, *"hej Carsten"*. Jeg vender mig om, *"Hej Thor, du er stadig her - jeg troede, du skulle flytte"*. *"Ja, det skulle jeg også, men jeg valgte at blive, og nu er jeg superbruger på sundhedsplatformen"*, svarer Thor. Jeg spørger videre, hvordan går det? *"Det går fint, jeg har ingen problemer. Jeg kendte jo specialet fra min sidste praktik, men jeg har selvfølgelig fået mere overblik. Nu panikker man' jo ikke så meget mere"*. *"Hvordan privat"*, spørger jeg. *"Vi fik et hus, og vores søn er snart to år"*. Thor når ikke mere, vi bliver afbrudt, da en læge kommer og vil drøfte en patientsituation med Thor.

Den dominerende fortælling om Thor i transskriberede interviews og feltnoter genkender jeg også her godt to år efter, at han blev autoriseret som sygeplejerske. Thor har modsat Emilie, Anja, Rebecca og Martha ingen problemer med at være sygeplejerske hverken i oktober 2017 eller juli 2015.

Thors sidste kliniske undervisningsforløb foregik, som skrevet, på Q6, der også har indlagt patienter med mave-/tarmsygdomme. Han understreger selv, at han hele tiden har

haft erfaringer med pleje og behandling af denne patientgruppe. I august 2015 siger Thor under interviewet i sit eget hjem:

*"Selvfølgelig har jeg oplevet nogle dage, hvor der har været travlt, og dagligdagen forløber lidt anderledes, end den gjorde ovre på Q6, så det har været svært at planlægge, fordi man er nødt til at placere det ind i en ny hverdag. Man bliver nervøs, men det er noget, man så lærer af. Selvfølgelig tænker man nogen gange, "Arg, det skulle jeg også have opdaget, det er for dårligt", men altså det er bare ikke de følelser, der dominerer mig mere".*

Thor kan også have svært ved at få hverdagens opgaver til at hænge sammen, fordi noget er nyt og svært at planlægge, men generelt bliver han ikke nervøs af det, selvom om han er nyuddannet. Thor kan altså på samme måde som de andre fire nyuddannede sygeplejersker kæmpe med at strukturere hverdagen, som jeg også genkender gennem nedslag i en dagvagt d. d. 10.9.2015.

#### **Den 10.9.2015 på Q2**

Natsygeplejerskerne gentager flere gange, "det har vi desværre ikke nået". De har kæmpet med at få en mand, der har problemer pga. alkoholafhængighed, til at forblive i sengen. Efter morgenrapporten kommer en sygeplejerske fra en anden gruppe ind i kaffe/møderummet og siger, "Jeg har brug for en stærk mand. "Det må være Carsten", siger Thor med et skævt smil. Thor og [navn på erfaren sygeplejerske] går ind på sygestuen, hvor en patient sidder på sengekanten med højre ben siddende fast i sengekanten. Thor spørger mig, "Vil du hente et rent lagen og noget tøj". Jeg henter tingene. Thor siger til patienten, "du skal blive i sengen". "Ja, det skal jeg" svarer patienten. [Navn på erfaren sygeplejerske] løfter blikket og kigger på Thor og siger, "jeg klarer resten selv".

Thor skal gå på 'gulvet' [dvs. den patientnære pleje, ikke stuegang og medicinering]. Thor siger, "Det er meget fint, så får jeg lært lidt forskelligt". Han går direkte ind på en firesengsstue til en dame, der skal udskrives til plejehjemmet. Patienten siger, "Er du sikker på, at jeg skal udskrives i dag". "Ja, men jeg skal nok hjælpe dig". Thor går til næste firesengsstue, "hvordan går det herinde". De fire patienter svarer nærmest i munden på hinanden, "det går godt". "Nu kommer der snart morgenmad" siger Thor og forlader stuen. På vej ned ad gangen møder vi den sygeplejerske, der skal gå stuegang og dosere medicin i Thors gruppe, "Jeg har en familiesamtale, så vi kan blive enige med de pårørende om behandlingsniveau på [navn på patient udeladt]. Vil du give medicin på stue 7 seng 1." Thor svarer undskyldende, "Jeg vil rigtig gerne hjælpe, men jeg har en patient, der bliver hentet kl. 9:00, og jeg skal have gjort hende klar". "Jeg er ikke i tvivl, om at du vil hjælpe", svarer sygeplejersken.

Thor siger smilende til mig, "nu fortryder jeg, at jeg ikke prioriterede hende, der skal udskrives først". Thor henter hendes tøj i skabet. En sygeplejerske stikker hovedet ind på rummet, og Thor siger: "Hun har ingen bukser med". Sygeplejerske, "Så må hun have et par af vores". Thor svarer, "Der er ikke flere engangsbukser". Sygeplejersken svarer, at så må patienten



have et par stofbukser, som hun henter til Thor. Thor og jeg hjælpes med at få patienten i tøjet. Patienten spørger, *"Hvor er mine briller"*. Thor finder dem i tasken. Men patienten siger, *"Jeg har to par briller"*. Thor svarer, *"Så du har også læsebriller"*. Thor leder i tasken, skabet og sengebordet, men han finder ingen briller. Thor finder ud af, hvilken stue patienten har ligget på tidligere. Han og jeg leder på den stue, men ingen briller. Thor aftaler med patienten om at ringe til datteren og plejecenteret for at spørge til brillerne. Men inden Thor når til telefonen, kommer to Falck-mænd for at hente patienten. Thor siger, *"Brøttet her og siddepuden skal også med."* Den ene Falck mand siger, *"Du ved godt, at hjælpemidler skal med i en egen bil, men vi skal nok tage dem med."* "Tak" svarer Thor smilende og kigger patienten i øjnene og siger *"god bedring"*.

Thor går ud på gangen. Han stopper ligesom op. *"Nå, vi skal hjælpe [navn på patient, der skal til pårørendesamtale senere mht. behandlingsniveau] med at få morgenmad"*. Thor hjælper hende med morgenmaden. Herefter går Thor på næste stue, kobler den parenterale ernæring fra [næring deres gives direkte i en blodåre]. Thor spørger, *"Hvad har du lyst til at spise til morgenmad?"* *"Jeg kan ikke spise så meget"*, svarer patienten. *"Vil du ikke have lidt yoghurt?"* *"Job, lad os prøve"*, svarer patienten. Thor henter yoghurt og hjælper med en teske patienten med at spise et par mundfulde, mens de sludrer sammen. Patienten kan ikke spise mere. Thor lægger en hånd på hendes venstre skulder. *"Vi kommer og hjælper senere"*.

Kl. er ca. 9:30, og Thor siger, *"så skal vi have kaffe"*. Thor sidder ca. fem minutter, rejser sig og kommer tilbage efter et par minutter, *"Jeg havde glemt at fjerne forstøvermasken på stue 6.2"*. Thor fortæller ærgerligt, at han og kæresten ikke fik det hus, som de ønskede. Sygeplejersken, der går stuegang i Thors gruppe, kommer ind. *"Kan jeg sige noget til jer?"* *"Ja, selvfølgelig"*, svarer Thor. Patienten, hvorfra Thor har fjernet iltmasken lidt tidligere, skal have et nyt PVK [periferet venekateter – et drop til administration af medicin eller væske]. Sygeplejersken siger, *"Hendes årer ser meget svære ud og er præget af prednisolonbehandling"*. Thor svarer, *"hvis det er svært, så har jeg jo endnu større succes, hvis det lykkes"*. Thor skifter rutinemæssigt PVK'et. På gangen spørger jeg Thor, *"Det er du glad for at kunne"*. Han svarer, *"Ja"*. Jeg udfordrer ham lidt, *"Det skal man kunne for at være en rigtig sygeplejerske"*. Han svarer, *"Jeg ved ikke, om man skal, men jeg synes, jeg skal"*.

Dette nedslag viser, hvordan en ganske almindelig morgen i midten af september 2015 består af mere eller mindre planlagte arbejdsopgaver for Thor. Han hjælper en kollega med en patient, der er på vej ud af sengen, går en rutinemæssig morgenrunde, hjælper en patient, der skal udskrives, leder efter et par briller, der er væk, hjælper med morgenmad, afkobler en iltmaske, som han har glemt og anlægger et PVK, der er løbet læk. Resten af dagen fortsætter på samme måde, hvor Thor går fra den ene opgave til den anden på sin smilende imødekommende facon, mens han ihærdigt forsøger at få enderne til at hænge sammen uden at klage.

Jeg hører aldrig Thor klage. En aftenvagt slutter med, at en erfaren sygeplejerske siger, "Nu skal jeg vise dig, hvordan en stue ikke skal se ud". Thor smiler imødekommende. I dagvagten bemærker jeg, at Thor rydder op og tømmer skraldespand og tøjsække, efterhånden som han kommer rundt på stuerne [jeg tror egentlig, at det er servicemedarbejdernes opgave]. "Du har fået lært at rydde op, jeg busker jo, at det blev kommenteret den anden aften," siger jeg. "Ja, det har jeg". Jeg fortsætter, "Er der andre der har sagt det". Thor siger, "Nej, nej, Jeg synes jo at man kan tage det til sidst, jeg synes jo ikke, skraldespanden er fyldt op". Thor er også smilende og imødekommende, da jeg hjælper ham med at give en patient sondemad, hvor jeg observerer, at han fumler lidt med det. Jeg spørger, om jeg skal lære ham det, ligesom jeg har lært det i sin tid. Det vil Thor meget gerne, og da vi er færdige, responderer Thor, "Interessant", og fortsætter med et smil, "Så lærte man det". Modsat Emilie, Rebecca og delvis Anja og Martha bebrejder Thor ikke sig selv for sine manglende færdigheder for sygeplejen som nyuddannet sygeplejerske – han skal jo 'bare' lære det.

*"Jeg kan godt forstå, hvorfor man er nervøs for at starte, og hvorfor man er bekymret for at gøre noget forkert og sådan noget, og det var jeg også på et eller andet plan, men det er bare ikke det, der har domineret for mig. Selvfølgelig har jeg tænkt på det med at stå alene og være vagtbavende for tre syge patienter og sådan noget. Men de gjorde meget ud af at sige, at det var en stilling for nyuddannede, så tænker jeg, at de godt ved, at vi ikke kan alle de her ting og svare på alt. Så jeg tænkte automatisk, at der var ikke noget at være bange for. Man bliver introduceret stille og roligt til tingene - det er også det, der er sket. Jeg har været rigtig meget på "gulvet", og på en måde føler man ligesom, at det er en forlængelse af ens praksisforløb, fordi man har en mentor, som man snakker meget med, der ligesom kunne være ens vejleder".*

Jeg kunne hævde, at den hjælp, Thor i virkeligheden har fået, svarer til den hjælp, som han har brug for i et begyndende arbejdsliv som nyuddannet sygeplejerske. Thor anerkender nervøsiteten og har da også tænkt, at ansvaret og travlheden kunne blive voldsom, men når ansættelsesudvalget fremhæver, at stillingen er for nyuddannede sygeplejersker, så er der ikke noget at bekymre sig om. Han tænker, at de første fire måneder, hvor han har en mentor, er som en forlængelse af uddannelsen, hvor mentoren/vejlederen giver feedback og reflekterer med f.eks. Thor om tilegnelsen af arbejdsopgaverne. Der er dage med travlhed, hvor det er svært at nå opgaverne, men overordnet er det overkommeligt at nå hverdagsaktiviteterne, når den nyuddannede, som Thor, har haft en mentor/vejleder.

Når institutionen repræsenteret af ansættelsesudvalget hævder, at det er en introduktionsstilling, så behøver han ikke påtage sig selv skylden for sin manglende færdigheder for sygeplejen. På en måde kunne jeg hævde, at Thor har blik for de institutionelle betingelser snarere end selvbebrejdet skyld.

Thor har hele tiden være aktiv i forhold til at diskutere og ændre institutionelle arbejdsforhold både under sygeplejerskeuddannelsen, hvor han har været med i studenterrådet,

og i sin nuværende stilling på Q2. Thors egen forklaring, ”jeg er blevet god til at formulere mig mundtligt, fordi jeg har diskuteret så meget med min far. Hvis jeg ikke havde gjort det, havde jeg været rigtig dårlig, tror jeg, til sådan nogle ting”. Diskussionerne med faren har givet kompetencer til mundtlig argumentation. ”Det er naturligt for mig at prøve at diskutere ting og se ting fra en anden vinkel: ’Hvorfor siger I sådan? Og hvorfor gør vi det ikke sådan her?’ ” Thor fortæller om en patientbehandling, som han finder urimelig.

*”En patient lå her i 3-4 dage, og hun producerede overhovedet ikke noget urin, og jeg blev bare ved med at sige ”Gør nu noget!” i dagvagten, og ”Gør nu noget!” til lægerne og alt muligt. Jeg tror, de andre synes det er meget fedt, at man går ind til dem og siger ”Kom nu!”. Jeg kunne mærke, at alle var sådan lidt irriteret over, at der ikke var nogen, der gjorde noget. Det er et lidt underligt offentligt system. Jeg følte, det var fedt som ny at blive ved med at presse på og blive ved med at sige ’Kom nu!’ ”*

Af sin far, der er jurist i en patientforening, hævder Thor altså at have lært at udfolde sine synspunkter på f.eks. en sag om en patient, der ikke har haft diurese i flere dage. Det ville formentligt være mere hensigtsmæssigt at overflytte patienten til et gynækologisk afsnit, der har forstand på at behandle urinretention [manglende vandladning], så patienten undgår at få varige men.

Da jeg observerer Thor sidste gang d. 9.10.17, er det da også tydeligt, at han aktivt deltager i drøftelsen af patientsituationen med lægen, der afbryder vores samtale den pågældende dag. Thor siger stort set det samme og fastholder attituden, ”det går fint, jeg har ingen problemer” både de første fire måneder efter at være blevet autoriseret sygeplejerske og godt to år efter. Som det fremgår af ovenstående, er hans intention ikke at være ignorant i forhold til hverdags-problematikker omkring patienter, endsize de andre nyuddannede sygeplejerskers problemstillinger. Thor er i hvert fald tilfreds og er blevet superbruger i forhold til implementering af sundhedsplatformen. Tilfredsheden har måske også implikationer i Thors privatliv. I 2015 sagde Thor i et interview, ”Man skal tage en uddannelse så ’man’ føler sig mere værd, som menneske i samfundet”. En del af det samfundsværd består for Thors vedkommende formentlig i, at han med uddannelse som sygeplejerske får mulighed for etablere sig som familiefar. Allerede inden Thor fik sin første løn udbetalt, henvendte han sig til tillidsrepræsentanten for at afdække muligheder for at låne penge i banken, ”Jeg har været på DSR’s hjemmeside og skrevet 28.000 til banken”. Tillidsrepræsentanten svarer, ”det er nok ikke helt ved siden af”. I hvert fald har Thor og kæresten købt et hus, og de har fået et fælles barn, hvilket sikkert er et tilfredsstillende supplement for Thor til, at alt fungerer uden problemer i et hverdagsliv som sygeplejerske.

## Thor

”Man skal tage en uddannelse så ’man’ føler sig mere værd, som menneske i samfundet”.

Man har en stilling for nyuddannede  
De ved man ikke kan alt  
Man behøver ikke være bange  
Man bliver introduceret stille og roligt til tingene  
Man føler, det er en forlængelse af ens praktikforløb  
Man har en mentor

Man bliver nervøs, men man lærer af det

”Det er meget fint, så får jeg lært lidt forskelligt”

”Interessant”

”Så lærte jeg det”.

”Nu panikker ’man’ jo ikke så meget mere”.

Drengen Thor, der blev til manden Thor

# Personportræt Rebecca

## Rebecca kort fortalt

Rebecca er 25 år og opvokset sammen med sin bror i en familie med en mor fra Grand Canaria, som faren mødte på en ferie i sin ungdom. Rebeccas mor arbejder som servicemedarbejder på hospitalet, hvor Rebecca nu er ansat, og faren klarer sig uden indkomst. Rebecca bor sammen med sin kæreste, som hun mødte som 15-årig i et fritidsjob. Rebecca søger ret spontant direkte fra gymnasiet ind på sygeplejerskeuddannelsen. *"Jeg skulle slet ikke være sygeplejerske overhovedet i gymnasiet, det var noget, jeg fandt ud af en måned før, vi skulle aflevere ansøgningen"*. Hun ønsker egentlig at blive tolk i militæret for at kunne rejse med sit arbejde. Rebecca får d. 1.7.15 ansættelse på Q1 i en flyverstilling, hvor hun også har været i den sidste praktik under sygeplejerskeuddannelsen. I løbet af efteråret 2015 udsender oversygeplejersken, der har et samarbejde med et sygehus på Færøerne omkring et projekt med badeservietter, en opfordring til nyuddannede sygeplejersker om at arbejde der i to måneder. Rebecca vil gerne rejse til Færøerne, men inden hun rejser, succederer hendes bror. Rebecca kommer til Færøerne én måned og "flyver" videre til hjerteafsnittet, hvor hun oplever problemer med koncentrationen, og i oktober 2016 får Rebecca en fast stilling på Q1, hvor hun fortsat er ansat. Hun siger, *"nu giver jeg ikke skylden til nogen, men havde min storebror ikke været død, så havde jeg jo selvfølgelig fortsat, som jeg havde tænkt mig."*

Den 13.10.17 kommer jeg til Q1, Rebecca sidder på sygeplejekontoret og taler med en læge om en patient. Rebecca sidder på stolen og fremstår meget lille og ung ved siden af lægen, hvilket Rebecca også har reflekteret over under telefoninterviewet i oktober 2016, *"når man ikke er så høj, så fremstår man heller ikke særligt gammel, og så kan man da godt mærke, at man skal kæmpe lidt mere"*. Rebecca oplever, at hun har skullet gøre lidt ekstra for at virke overbevisende over for patienterne. Dvs. hun har skullet overbevise patienterne om, at hun er uddannet sygeplejerske, Rebecca siger selv, *"man kan nogle gange fornemme det, selvom de ikke siger det til mig, at de nogle gange tænker 'er hun sygeplejerske?'"*. Jeg forlader afsnittet for at tale med oversygeplejersken, og da jeg kommer tilbage, hører jeg, at Rebecca højt og tydeligt spørger en patient, om hun skal finde noget tøj til ham, så han kan komme i bad. Rebecca kommer ud på gangen, og hun siger, *"du får altså lige et kram"*, og hun giver mig et knus. Jeg har faktisk tænkt på, hvordan jeg skal møde Rebecca den dag, for som hun siger, *"jeg kan være sådan lidt reserveret"*. Jeg spørger, *"hvordan går det med dig?"* *"Ja, jeg kan godt se, at det med min bror har påvirket mig mere, end jeg regnede med, jeg har ligesom levet lidt i en osteklokke det sidste år tid"*, svarer Rebecca. Brorens død udgør også en af de dominerende fortællinger om Rebecca i det seneste års tid, og Rebecca synes også selv, at hun blot har været halvt nærværende i jobbet siden brorens død. Og i tilbageblik ville Rebecca ikke være rejst til Færøerne, hvis hun vidste, hvordan det blev.

Men uanset hvad, så var Rebecca kun sygemeldt i fjorten dage, da broren døde, for som hun siger:

*”på det tidspunkt hvor, jeg kommer tilbage, der var det jo nok også sådan lidt, hvad skal jeg ellers gøre? (...) i hvert fald det første halve år, der kunne jeg mærke, at de 8 timer, jeg var på arbejde, da tænkte jeg ikke så meget på ham”.*

Iflg. Rebecca selv giver arbejdet hende pauser i sorgen over brorens død. Jeg kender ikke afsnittets holdning til sygemeldinger ved families dødsfald, med Q1 har hele tiden været presset tidsmæssigt. Og allerede året før broren dør, hvor Rebecca bliver ansat på Q1, ser afsnittet ud til at være presset på tid pga. ubesatte stillinger og komplekse patientforløb. Rebecca bliver sat på vagtplanen som nattevagt allerede i første arbejdsuge, hvor souschefen, der skal være hendes mentor, er i nattevagt, men hun skal udfylde én af tre normerede nattevagtstillinger. I en af disse nattevagter finder Rebecca en patient, der har fået hjertestop. Og patienten overlever ikke trods flere forsøg på hjerte-/lungeredning.

*”Nattevagten havde været rimelig hektisk, og der havde været sygemeldinger, så vi havde faktisk doseret medicinen til dagholdet og sådan noget. Det var kun mig og en anden, der var på vagt. Imellem 7 og 7.15 synes jeg ikke, at jeg normalt oplever at folk ikke tager klokker overhovedet, og hvis nogen gør det, så er det de studerende. Kl. 7 går vi til morgenrapport, og jeg fortæller om mine patienter, og det tager vel 5-6 minutter. Og så er der to bad-klokker, der ringer. Og jeg har været i den lave ende [numre på patientstuer] og det var nede i den høje ende, de ringede. Og så siger [navn på sygeplejerske] ’Kan du ikke gå ned og tage klokkerne?’ Jeg siger ’Det kan jeg da godt’, men tænker ”What? Hvorfor skal jeg det?”*

Efterfølgende fortæller Rebecca under et interview, at hun bebrejder sig selv, at hun tager klokken på stue 6 først, hvor en meget snakkesalig patient skal have hjælp på toiletet. Hun tænker, at hun burde have taget stue 11, hvor patienten med hjertestop ligger. Situationen illustrerer arbejdsbetingelserne på Q1, der modsat Q5 og Q2, der også har 24 senge, kun har to sygeplejersker i nattevagt. Nattevagten har været travl, og der er sygemelding i dagvagten, hvorfor det bliver Rebecca, der skal tage ikke bare én klokke, men to klokker.

Klokken 7:15 beder afdelingssygeplejersken Rebecca om at gå hjem, selvom Rebecca er midt i at hjælpe med at hjerte-/lungeredde patienten. Men Rebecca bliver bedt om bare at gå hjem, formentligt fordi hun efter kl. 7:15 skal have overtidsbetaling. ”Jeg havde det lidt underligt med at gå hjem, for jeg kender hende [patienten, der fik hjertestop] godt, (...) men så var min kæreste hjemme, og så kunne jeg snakke lidt med ham om det”. Jeg genkender problemer med mangel på tid, normering og mentorer, når jeg observerer, hvad der sker på Q1. Men Rebecca konstaterer bare, at hun har en mærkelig fornemmelse i kroppen ved at skulle

forlade hjerte-/lungeredningen af en patient, som hun kender, og hun kunne jo tale med kæresten om sine kropslige og følelsesmæssige reaktioner, inden hun lagde sig til at sove. Rebecca klager ikke over sine arbejdsbetingelser, men har blot bedt afdelingssygeplejersken om at komme i dagvagt modsat nattevagt for at lære sig stuegang. Det bliver effektueret, hvilket jeg viser gennem nogle nedslag i dagvagt d. 9.9.15.

### Den 9.9.2015 på Q1

Efter natsygeplejerskernes rapport skal arbejdsopgaverne fordeles. Først og fremmest skal sygeplejersker udpeges til at gå stuegang, hvor resten skal gå på "gulvet". Rebecca siger, *"jeg kan også være på gulvet"*. Men en erfaren sygeplejersker siger til hende med et smil *"du skal gå stuegang, og hvad siger du til at tage patienterne fra stue 1-4"*. Det accepterer Rebecca.

Rebecca sætter sig ind ved en computer og læser på patienterne og siger: *"det er ikke nemt at vide, hvad de spørger om"*. Og som Anja refererer Rebecca her til, hvad lægerne vil spørge om til tavlemødet. Rebecca noterer patientdetaljer på en A4 blok. Hun noterer, på en uheldelig syg kvinde, *"kærlig pleje"* (se poetiske repræsentation), på en anden patient med kræft i stadie IV skriver hun *"ukontaktbar"* og *"behandlingsniveau?"*. Spørgsmålsteget synes at have reference til, at hun læser i opus, at patientens pårørende kommer ind til samtale om deres mors tilstand. Hos en patient med KOL/lungekræft i stadie III, skriver hun ikke andet end hans diagnose. Hos en patient, der har forstyrrelse i sin diabetes sygdom pga. gastroskopi, skriver hun *"udskrivelse?"*. Udskrivelsen er planlagt fra dagen før, hvis blodsukkeret har stabiliseret sig. På en mand i 20'erne med kritisk højt blodsukkerniveau skriver hun *"fase 1"* og logger ud af opus for at finde retningslinjen for pleje af patienter med kritisk højt blodsukkerniveau. Rebecca noterer *"BS [blodsukker] og BOS-score x 1 pr. t [time] og "A-punktur [arterieblodprøve] og GIK- drop [drop tilsat Kalium og insulin]*.

Rebecca slutter med at logge ind på opus-medicin og siger, *"Nå, det er til at komme over"*, mens hun læser medicinskemaet i opus. I medicinrummet skal Rebecca kun dosere medicin til én patient. Afsnittet har ikke et bestemt hjertemedicin, som patienten skal have, men patienten siger, at han har dette medicinske præparat i sit sengebord. Rebecca siger, *"det er bedst, at du får vores medicin"*. Da Rebecca skal give patienten medicinen, taber hun en tablet på gulvet, *"Åh, det gjorde jeg bare ikke"*. *"Jeg må hente noget nyt til dig"*, siger hun til patienten. I medicinrummet siger hun henvendt til mig, *"Bare jeg kan genkende dem"*. Rebecca bruger udelukkelsesmetoden og tager de tabletter frem, som hun kan genkende og tjekker ved at åbne medicindåsen, at den tabte tablet er en *"Furix"* [vanddrivende]. Efter at patienten har fået medicinen, viser Rebecca denne patient, hvordan han skal tage maske med ny astma-medicin, som lægen har ordineret. Patienten fumler lidt med det og Rebecca må hjælpe ham.

Rebecca går på en anden stue og vækker den unge mand i tyverne, der har kritisk højt blodsukkerniveau. Rebecca måler blodsukker, der stadig er højt, og hun giver noget hurtigtvirkende insulin og spørger patienten, *"har du den langtidsvirkende medicin med?"*

Patienten peger på en gul Nettopose, hvor Rebecca finder medicinen, som patienten selv tager.

På kontoret er morgenmødet i gang, hvor Rebecca gennemgår sine fem patienter, mens hun skeler til sine notater på blokken. Rebecca slutter med at fortælle om den unge fyr med forhøjet blodsukker. *"Hans blodsukker er 9,1"*, hvortil lægen svarer, *"blodsukker er reguleret af insulin. Det er vigtigere med Bikarbonat og PH."* Rebecca svarer, *"Nå, så det er I meget mere interesseret i, at jeg siger"*, og lægen anbefaler, at Rebecca kigger i den kliniske retningslinje, hvilket hun allerede har gjort, men hun siger ikke noget.

Rebecca går tilbage til den unge patient med for højt blodsukker og siger igen *"God morgen"* og ser, at han står til 44 IE [Internationale Enheder] langtidsvirkende Insulin. Hun går tilbage til kontoret og spørger sin kollega, om denne synes, at han skal have denne medicin. *"Jeg vil give det"* siger kollegaen. Rebecca forlader kontoret *"Jeg er bange for at give for meget, så han kommer til at ligge på gulvet."* Efterfølgende på kontoret slår Rebecca op i den kliniske retningslinje igen og konstaterer, at hun skal tage en A-punktur på patienten med for højt blodsukker. Det er ikke lykkedes for hende tidligere at tage A-punktur, men en læge giver Rebecca en meget detaljeret undervisning, der tager næsten 45 minutter. Rebecca konstaterer bagefter, *"han er godt nok grundigt, men det var jo nok sådan, det skulle have været vist for mig første gang"*.

Senere på formiddagen lykkes det ikke Rebecca at tage næste A-punktur. *"Øv"*, siger Rebecca. Og på vejen ud fra stuen møder hun en læge, der har ansvaret for diabetespatienter på sygehuset, og denne læge skal gå stuegang på den unge patient med forhøjet blodsukker. Denne læge siger, at patienten ikke skal have taget A-punktur. I det hele taget ordinerer hun en anden behandling end den, der er beskrevet i den kliniske retningslinje.

Modsat nattevagten, som beskrevet ovenfor, svarer det fremmødte antal personale til normeringen inkl. flere social- og sundhedsassistentelever. Og Rebecca har "kun" ansvaret for fem patienter (normeringen er 8), hun ser ud til at vide, hvad hun skal notere på sin blok for at holde overblikket. Hun kender proceduren eller ved i hvert fald, hvor hun skal opsøge sin manglende viden. Og hun siger om medicindoseringen, at den er til at overkomme. Men selvom dagens opgaver og arbejdssituation umiddelbart forekommer overkommeligt, virker Rebecca til at blive en anelse frustreret. Det er frustrationer over, at denne dag på medicinsk afsnit umuligt kan detaljeplanlægges. Rebecca kan ikke planlægge, hvordan dagen med plejen af den uheldeligt syge kræftpatient bliver, og hun kan ikke forudse, at hun taber en tablet på gulvet, så hun må tilbage til medicinrummet for at hente en ny. Hun tror, at hun ved, hvad lægerne vil vide, men det viser sig, at de til morgenmødet vil informeres om mere end en patients blodsukkeniveau. Hun siger ikke noget til lægens belæring om den kliniske retningslinje, selvom hun måske er en anelse sarkastisk, da hun siger, "nå det vil I hellere vide". Hun synes at ironisere over, at alle, især nyuddannede sygeplejersker, gennemgående reflekterer over, hvad lægerne mon kan



finde på at afkræve et svar på. Og videre kan Rebecca ikke planlægge, at en læges undervisning i at tage arterieblodprøve tager i 45 min., og at det alligevel mislykkes for hende senere. Rebecca skal ligeledes arbejde rundt om lægernes endog modsætningsfyldte behandlingsplaner, der ellers formelt skulle være standardiseret gennem kliniske retningslinjer. Jeg kan også se på Rebeccas handlinger omkring håndtering af medicin, at arbejdet omkring medicin er mere end blot udlevering af en tablet, som lægerne har ordineret. Hun frygter, at patienter får den forkerte medicin. Hun siger selv spontant om sine præferencer i forhold til at give patienterne afsnittets medicin, *"Jeg har oplevet, at patienter har doseringsønsker med medicin doseret efter egen læges ordinationer, der ikke svarer til vore lægers"*. Rebecca skal lige have bekræftet relevansen for at give insulin til en patient, der i forvejen får meget insulin. Hun frygter han kollapse, hvilket ligeledes er forklaringen på, at Rebecca frygter af give, det hun selv kalder *"dødsstødet"* til den terminale kræftsyge patient, når denne skal have morfin, hvilket hun siger senere i den dagvagt, der er beskrevet ovenfor.

Rebecca bliver ikke direkte involveret i de mange dødsfald på afsnittet, som Martha, men de arbejder på samme afsnit, så Rebecca er i kontakt med de samme døende patienter, som Martha. I et opfølgende personligt interview september 2015 siger Rebecca, *"mange pårørende forventer et eller andet svar, og de spørger, 'Er det nu [at patienten dør]?'"*. Men Rebecca kan ikke besvare dette umulige spørgsmål, og hun fortæller, at hun frygter dette spørgsmål.

I ovenstående vagt udtrykker Rebecca mere eller mindre direkte frustrationer over manglende mulighed for planlægning af dagen, samarbejdet med læger, medicinering, afvigelser fra procedurer og pleje af døende patienter. Men Rebecca udtrykker aldrig beklagelser over den overordnede vagtplanlægning. I ovenstående dagvagt taler en erfaren kollega smilende Rebeccas sag, da dagen skal planlægges, så Rebecca får sit ønske opfyldt om at lære sig at gå stuegang. Rebecca forklarer det selv, *"jeg har altid prøvet at gøre alle glade eller sådan noget, jeg har prøvet på at kunne med alle"*. Dvs. hvis det havde passet bedst, havde Rebecca formentligt accepteret at pleje patienter på "gulvet" i ovenstående dagvagt. Da jeg interviewer Rebecca oktober 2016, fortæller hun, hvordan vagtplanlægningen har været umulig at få til at hænge sammen i en periode på grund af sygdom.

*"Jeg havde været i dobbeltvagt dagen før, og var blevet lovet fri, men så blev jeg nødt til at komme ind, fordi der er masser af sygdom, og så er det den tredje dag, hvor jeg allerede om morgenen kan mærke, at jeg er ved at græde bare ved at stå ude i medicinrummet. Jeg plejer jo ikke at være sådan en, som har let til tårer, når jeg er på arbejde. (...). Vi har en patient, hvis mand er der hele tiden. Og de er meget specielle. Det kører i hvert fald helt op, og der er ikke nogen, der kan hjælpe mig. Hun [patienten] får et anfald, måske er det "fake" og jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre, men pludselig bliver hun slap. Hendes mand har ligesom det hele på skrift, hvad man har sagt, det er faktisk næsten, som om han har optaget det, som man står og siger, så han rigtigt kan vende og dreje det, der bliver sagt. (...) Jeg står med dørbåndtaget i hånden og tænker, enten*

*går jeg ind på kontoret og går videre med det her, eller også går jeg på badeværelset, men jeg når ikke længere og græder ude på gangen”.*

Rebecca fortæller senere under interviewet, at hendes kolleger også siger til hende om morgenen, hvor hun møder ind i denne dagvagt, *”hold da op Rebecca, kan du klare at være her?”*. Selv om Rebecca understreger, at aftalen omkring dobbeltvagter er en *”dårlig aftale for mig”*, får hun ikke sagt fra. Hun efterrationaliserer, *”jeg havde det jo fint nok, indtil jeg ikke havde det fint nok længere”*. Selvom arbejdsbetingelserne med dobbeltvagter formentlig påvirker Rebeccas følelsesmæssige overskud, fremhæver Rebecca selv, at samarbejdet med patienten og dennes mand er skyld i hendes følelsesmæssige reaktion i form af gråd. Hun er usikker på, om *”anfaldet”* er imiteret, og samtidig efterligner manden Rebeccas ord, så hun føler, at han gør nar af, hvad hun siger. I hvert fald oplever Rebecca sig hånet og latterliggjort i en sådan grad, at hun ikke når på badeværelset, men bryder sammen i gråd på gangen. En reaktion, der er usædvanlig for Rebecca, der som indledningsvist skrevet, gerne fremstår lidt *”reserveret”*, hvilket Rebecca ligeledes understreger i forhold til arbejdet omkring døende patienter i sin første tid som nyuddannet sygeplejerske, *”når de er døende eller dør, og de pårørende er der, så er jeg sådan bange for at blive for bevæget”*. Rebecca ser ud til at mene, at det at blive for bevæget, er det samme som ikke at vise tårer. Rebecca bliver frustreret i sin begyndende tid som helt nyuddannet, som vist i dagvagten i vignetten ovenfor og i situationen med kvinden, der får et anfald, men klarer det, og hun står stadig på benene d. 12.10.17. Hun siger selv, at det er lykkedes,

*”At blive lidt mere, jeg vil ikke sige hård i filten, fordi det bliver jeg nok ikke (...) man skal nogle gange være den mere konsekvente eller hårde type (...) jeg har været meget den søde sygeplejerske, der helst vil tilfredsstille alle på en eller anden måde. Men det kan man ikke”.*

Rebecca ser ud til at have vænnet sig til, at hun ikke kan tilfredsstille alle. Og hun er nødsaget til at være lidt hård på et medicinsk afsnit, hvilket adskiller sig fra hendes tidligere ønske om at være den *”søde”* sygeplejerske. Rebecca evner at positionere sig som sygeplejerske trods sin lave højde og unge alder, som hun siger, *”jeg føler ikke længere, at de [patienterne] går til en anden for at få det samme svar, fordi de ikke helt stoler på, hvad jeg siger”*. Efter at Rebecca d. 12.10.17 har fortalt, hvordan brorens død har påvirket hende i arbejdslivet, fortæller Rebecca spontant om en patient, der får hjertestop i en nattevagt, svarende til fortællingen indledningsvist i personportrættet.

*”Forrige nat have jeg faktisk mit første hjertestop, hvor jeg selv havde ansvaret. Patienten havde sagt til medpatienten, jeg får det dårligt, du må ringe efter hjælp. Da vi kommer derved, ligger hun livløs i sengen, og jeg starter med hjertemassage, og da lægen kommer, spørger han, hvad for noget medicin patienten har fået. Jeg siger, at hun har fået ’morfin’. Lægen konstaterer, ’det er en overdosis’. Jeg kunne ikke rigtig forstå det, for hun havde ikke fået ret meget morfin, men jeg*

*blev alligevel bekymret, om jeg havde givet for meget, men hun blev genoplivet. Jeg fandt ud af, at jeg kun havde givet det, der stod i Opus, men jeg skyndte mig alligevel ned til en anden patient, jeg lige havde givet morfin. Jeg vækkede ham, og han sagde 'øh, jeg har det altså meget godt'".*

Som de andre nyuddannede sygeplejersker frygter Rebecca at finde patienter med hjertestop og reflekterer som Emilie over sin eventuelle skyld i patientens hjertestop, selvom hun er overbevist om, at hun har fulgt proceduren for givning af morfin. De efterfølgende undersøgelser af denne patients hjertestop viser også, at hjerstoppet ikke skyldtes overdosis, og afdelingssygeplejersken fortæller, *"jeg har sagt til [navnet på afdelingslægen], at det skal slettes fra journalen. Det skal de [Rebecca og den anden nattevagt] ikke have hængende på sig"*.

## Kirsten er ved at dø i Rebeccas vagt

Karen kommer ind på kontoret

”Rebecca, Kirstens datter vil gerne tale med dig”

”I må altså love, at hun ikke har ondt”

”Jeg ved godt, hvordan det er fat, og nu skal hun bare dø uden smerter”

Åh, nej nu græder hun.

Hvad siger jeg

”Jeg kan godt forstå, du er ked af det”

Kirsten ligger helt stille

Sitrer lidt ved venstre kind

Hun trækker vejret:

Tungt

Hurtigt

Overfladisk

Kirstens datter har måske ret

Jeg kan bare ikke se, at hun har ondt

Jeg kan vel ikke slå hende ihjel med morfinen?

Hun har jo ikke fået morfin siden i går formiddags

Jeg vil ikke give hende dødsstødet

## Kapitel 6. Arbejde på medicinsk afsnit i reformerede sygehuse

De fem personportrætter beskriver fra Emilies, Thors, Anjas, Marthas og Rebeccas standpunkt deres egen viden om egne arbejdsaktiviteter. Men disse aktiviteter skal ikke ses som isolerede fænomener, men med afhandlingens IE-tilgang er subjektive menneskers arbejdsaktivitet i hverdagslivet organiseret gennem objektiverende relationer. I dette kapitel redegør jeg for objektiverende relationer, der bagom ryggen på de fem nyuddannede sygeplejersker organiserer arbejdsaktiviteterne i hverdagslivet på medicinske afsnit i reformerede sygehuse. Jeg beskriver personlige, biologiske og uddannelsesmæssige implikationer, den aktuelle hverdag på medicinske afsnit og organiseringen af hverdagsaktiviteter gennem kvalitetsstyringsmekanismer. Organiseringen gennem kvalitetsstyringsmekanismer beskriver jeg ved at kortlægge det materielle ophav af den kliniske retningslinje for *"Observation og opfølgning på kritiske observationsfund (BOS)"* (Region Sjælland 2015c; Ikas 2013, p.137), der er blevet ersattet af *"Early Warning Score (EWS) - systematisk observation og risikovurdering af indlagte patienter samt dertil hørende handlingsalgoritme"* (Region Sjælland 2017b).

### Personlige erfaringer og relationer

For Emilie, Anja, Martha, Thor og Rebecca synes personlige erfaringer og relationer også at spøge i kulissen, hvilke kan objektivere de fem nyuddannede sygeplejerskers subjektive, kropslige og følelsesmæssige håndteringer i begyndende arbejdsliv på fire medicinske afsnit.

Nyuddannede sygeplejerskers biologi kan være belastende også i et begyndende arbejdsliv. Det kan være biologiske forhold, som en neurologisk sygdom, der måske kræver, at Marthas mentorordning forløber to uger mere end planlagt, eller en fysisk størrelse, som Rebecca, der både er lille af statur og meget ung og oplever vanskeligheder ved at blive respekteret som fuldgældig sygeplejerske. Det kan være personlige oplevelser som f.eks. en brors dødsfald, der fylder så meget, at Rebecca oplever, at det påvirker hendes beslutninger i hverdagen. En mor, der i barndommen har ladet Emilie og hendes bror udrede hverdagens skænderier, så den selvbebrejdende skyld er ekstra intens for Emilie. Og det kan også være uddannelsesmæssige oplevelser fra sygeplejestudiet som oplevelser med en patients dødsfald, hvilket er tilfældet for Emilie, samt et barskt medicinstudie, der har efterladt Anja med en viden, så hun ved, at fejl kan have fatal betydning for patienter. Selvom de fem personportrætter ikke skal ses som isolerede, subjektive livsverdensfortællinger, så synes Emilie, Anja, Martha, Thor og Rebecca at håndtere rollen som nyuddannet sygeplejerske på forskellige måder i hverdagslivet på de fire medicinske afsnit.

Undtaget Thor, så efterlader arbejdsbetingelser med dødsfald, personlige erfaringer samt problematiske relationer til patienter, pårørende, sygeplejersker og læger, de nyuddannede med følelsen af vrede og skyld over egen utilstrækkelighed. Vreden og skylden kan blive så intens, at de fire kvinder på et eller andet tidspunkt i de fire måneder, hvor jeg har observeret dem, umuligt kan holde tårerne tilbage. Emilie og Martha får endog symptomer på angst og må sygemeldes. Martha ser sig nødsaget til at opsig sin stilling. Uformelle samtaler med kolleger, mænd/kæresten eller brødre tager brodden af de voldsomme følelser, men Emilie og Martha må have samtaler med en formel terapeut. Thor synes at åbne øjnene for en anden tilgang til sin rolle som nyuddannet sygeplejerske end kvinderne. Han har med afsluttet uddannelse erhvervet sig autorisation med retten til at praktisere som sygeplejerske, hvor kvinderne snarere med autorisationen får øje på deres utilstrækkeligheder. Utilstrækkeligheder, som Anja får øje på ved at sammenligne sig selv med erfarne kollegaer, men samtidig løfter Anja også øjnene for, at grunden til, at nyuddannede sygeplejersker kommer til at fremstå utilstrækkelige også er institutionelle arbejdsbetingelser. Martha er mere indirekte, men udtrykker vrede over, at de to måneders arbejdsbetingelser på Q1 efterlader hende uden lyst til at kalde sig sygeplejerske. Anja og Martha er henholdsvis 32 år og 37 år. Anja siger i denne dialog:

Anja: *"jeg vil altså ikke tage skylden, når det er arbejdsforholdene, der er urimelige".*

Carsten: *"Hvad tror du det skyldes? Som du hørte under vores frokostmøde, så tager i hvert fald Emilie skylden?"*

Anja: *"Ja, det er helt urimeligt, at Emilie sidder og dokumenterer efter arbejdstiden uden at skrive det nogen steder, fordi hun følte, at hun selv var skyld i, at hun ikke var dygtig nok. [Anja tænker lidt]. Jeg tror, det er fordi, jeg er ældre og har to børn og sådan."*

Anja er 10 år ældre end Emilie og 12 år ældre end Rebecca og mener, at hendes alder i højere grad gør det muligt for hende at kaste et metablik på arbejdsbetingelserne end de yngre nyuddannede sygeplejersker, der i højere grad bebrejder sig selv for utilstrækkelighederne.

Men de fem nyuddannede sygeplejersker har ikke mulighed for at definere, hvilke biologiske og personlige erfaringer, som de skal forholde sig til. Jeg kunne derfor argumentere, at de problemer, der relaterer sig til disse betingelser, ikke lader sig løse af de fem nyuddannede sygeplejersker selv. Utilstrækkelighederne, som kvinderne i mere eller mindre grad bebrejder sig selv for, kan snarere være at betragte som et pres på skulderne af nyuddannede sygeplejersker. I den optik bliver vores samtids stigende krav til mennesker om at tage individuelt ansvar, der blandt disse fire kvinder kommer til udtryk som selvbebrejdet skyld, at betragte som en objektiverende relation og bliver dermed et institutionelt pres (Dybbroe 2012).

# Nyuddannede sygeplejerskers hverdagsaktiviteter i den aktuelle hverdag

Nedslagene i de fem dagvagter, som jeg har præsenteret i de fem vignetter, viser, at nyuddannede sygeplejerskers hverdagsaktiviteter i en aktuel hverdag består af en omfattende mængde forskelligartede mere eller mindre planlagte arbejdsaktiviteter omkring pårørende, kolleger, og komplekst syge, medicinske patienter.

## Sammendrag af aktiviteter gennem vignetter:

<b>Emilie</b>
Morgenrapport/notere patientoplysninger/uddelegere patienter/læse på patienterne på computeren/dosere medicin/tjekke hjertemedicin/uddele medicin/tjekke patienternes personnumre/diskutere et afføringsmiddel med en patient/spørge lægen/gennemgå patienterne ved tavlemødet/høre, at en læge synes, en patient har været forsømt/planlægge udskrivelse/ringe til fysioterapeuten/konferere med lægen/tale med afdelingssygeplejersken om TSM.
<b>Anja</b>
Notere nattevagternes oplysninger/joke med en kollega/læse på patienterne ved computeren/tvivle om BOS-score/være irriteret på en pårørende/notere oplysninger på en patient/dosere medicin/mindes en fejlmedicinering/hurtigt læse på en patient på computeren/gennemgå patienter til tavlemødet/drøfte afføringsprøver med en læge/hente yoghurt og vand i køkkenet/hjælpe en patient på en isolationsstue/drøfte procedure med en pårørende/hente klorhexidin/finde patienttøj/hente en iltbombe/hente astmamedicin i medicinrummet/give astmamedicin/deltage i undervisning om palliativ pleje/glemme patienten/følge patient på badeværelset/BOS-score en patient/hjælpe en patient med at blive vasket/undskylde ilten ikke var tændt på iltbomben.
<b>Martha</b>
Komme lidt for sent pga. trafik/acceptere stuegangen/joke med afdelingssygeplejersken/læse på patienterne/tvivle på, hvad lægerne kan finde på at spørge om/notere på en blok/skrive på flere Post-it noter/modtage Post-it noter fra lægesekretær/svare på spørgsmål fra en SSA/dosere 1 gr. Panodil i stedet for 750 mg/brebje sig selv/vil skrive utilsigtet hændelse/gå på isolationsstue/føle sig dum/deltage i tavlemøde/gennemgå patienterne/kan ikke besvare lægens spørgsmål/afdelingssygeplejersken minder om at skrive TSH/blive irettesat af lægen/ringe til hjemmesygeplejersken/få Post-it seddel om at ringe til en søn til en patient/meddele en patient, at en undersøgelse er udsat/afgive to patienter til en kollega/lære at skrive TSH/ skrive tre TSH/frustreret over skrivning af TSH.
<b>Thor</b>

Overtage opgave fra en kollega/joke/hjælpe kollega med en urolig patient/tilse alle patienter/drøfte udskrivelse med en patient/er nødsaget til at afvise at hjælpe kollega/hjælpe patient med at få tøj på/lede efter et par briller/tale med to Falck-mænd/hjælpe patient med morgenmad/gå til morgenkaffe/har glemt en forstøvermaske/tale om huskøb/lægge PVK/lægge flere PVK.

### **Rebecca**

Drøfte opgavefordeling med kollega/læse på patienterne/tvivle, hvad lægerne vil spørge om/notere på en blok/ansvar for en døende og fire komplekst syge patienter/dosere medicin/uddele medicin/tabe en tablet/hente en ny tablet/hjælpe patient med astmamedicin/måle blodsukker/finde diabetesmedicin til patient/gennemgå patient til tavlemøde/blive irettesat af lægen/tvivle om patient skal have diabetesmedicin/læse klinisk retningslinje for behandling/lære at tage A-punktur/ærgre sig over mislykket forsøg på at tage A-punktur/følge en anden behandling end den kliniske retningslinje foreskriver/tvivle på behandlingen af en døende patient.

I de fem medicinske afsnit er de fem nyuddannede sygeplejerskers arbejdsaktiviteter betinget af interaktioner med pårørende og kollegaer. De møder en pårørende, der overvåger behandlingen af sin ægtefælle eller en anden pårørende, der klager over behandlingen af sin kæreste. Og de skal samarbejde med forskellige kolleger med mange forskellige tilgange til de nyuddannede sygeplejersker. De nyuddannede sygeplejersker møder kolleger, som de kan have en humoristisk, empatisk relation til (Anja), og som gerne vil hjælpe, men der er også kollegaer, der ikke har tid til at hjælpe. De møder sygeplejersker, der f.eks. overvåger Martha og aftensygeplejersker, der gerne vil belære, at en *rigtig* dagvags-sygeplejersker ikke efterlader opgaver til aftenvagten, og at en patientstue skal ryddes op på en *rigtig* måde. Og endelig møder de læger, som gerne vil lære de nyuddannede sygeplejersker om den *rigtige* måde at tænke behandling på.

De nyuddannede sygeplejersker møder patienter, der er unge, gamle, døende, døde, meget syge, mindre syge, utilfredse, tilfredse, småspisende, hjælpetrængende, forvirrede og alkoholafhængige. Og de møder patienter, der får hjertestop, venter på operation og patienter, der hele tiden skal udskrives. I en aktuel hverdag kan patienterne blive indlagt med stort set alle sygdomme. En souschef fortæller, at medicinske afsnit ikke har begrænsninger for hvilke patienter, de skal indlægge, hvilket ofte resulterer i overbelægning.

*"Vi kan ikke sige 'nej' i medicinske afdelinger, vi skal sige 'ja' i medicinske afdelinger. For eksempel i ortopædkirurgisk kan de sige, de ikke vil have en patient, hvis han har en pneumoni [lungebetændelse]. Selvom patienterne har en fraktur [brækket knogle], så skal vi indlægge ham. Vi kan ikke sige nej".*



Souschefen her oplever, at medicinske afsnit i højere grad er pressede til at indlægge patienter end f.eks. en kirurgisk afsnit med klarere definitioner af sine opgaver – ortopædkirurgi plejer og behandler patienter med sygdomme i bevægeapparatet, ikke i lungerne. De fire medicinske afsnit synes derfor gennemgående at arbejde med at forebygge overbelægning, hvorfor afdelingssygeplejerskerne mødes hver morgen for at drøfte fordelingen af patienterne mellem de fire medicinske afsnit. Og jeg observerer gennemgående, at personalet på de fire medicinske afsnit dagligt arbejder med at udskrive patienter for at nedbringe overbelægning. Jeg har ikke observeret, at Anja udskriver patienter, men som det fremgår af vignetterne i personportrætterne, er de andre fire nyuddannede sygeplejersker i færd med at udskrive patienter eller planlægge at udskrive patienter. På det afsnit, hvor Martha og Rebecca er ansat, understreger lægen netop, at sygeplejersker bør tænke patienterne udskrivningsklar fra første indlæggelsesdag i et afsnit.

Men i juli måned, hvor Anja, Martha, Thor og Rebecca bliver ansat er der 58% dage med overbelægning, hvilket fremgår af Sundhedsstyrelsens opgørelse fra juli, 2015 (The Danish Health Authority n.d.). Overbelægningen betyder, at sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne skal pleje og behandle flere patienter end normeringen foreskriver.

Juli måned er ganske vist en feriemåned, hvor oversygeplejersken har fortalt mig, at hvert af de medicinske afsnit har lukket 2-3 af de normerede senge. Men ældre borgere over 80 år, der er indlagt i fem døgn modsat den generelle median på to døgn, er komplekst og akut syge trods ferie (Hansen 2014), hvilket kan kræve indlæggelse.

Overbelægningen resulterer i travlhed, hvilket betyder, at mulighederne for mentorordninger varierer for Anja, Martha, Thor og Rebecca, hvor Emilie er startet inden feriemåned. Anja bliver bare kastet ud i et begyndende arbejdsliv uden en mentor, og Rebecca vurderes til at kunne dække en fuld stilling efter en uge, fordi hun har haft 20 ugers praktik i afsnittet under sygeplejerskeuddannelsen. Thor roser mentorordningen i sit afsnit, men souschefen, der har ansvaret for vagtdækningen i det afsnit, hvor han er ansat, fortæller, at mentorordningen alligevel kan være en vurderingssag ved sygdom.

*"Hvis en sygeplejerske eller social- eller sundhedsassistent har meldt sig syg, ser vi ikke kun på overbelægning, men også på patienternes problemer og behov, før vi må indkalde en ekstra på arbejde. Lad os sige, Thor var planlagt til at gå med Caroline i en vagt. Caroline er syg, og Thor må arbejde alene. Vi siger til Thor, at han bare kan spørge, men det er ikke det samme for Thor".*

Selvom Thor er nyansat samt nyuddannet og kunne have brug for en mentor, må souschefen vurdere tyngden af arbejdsopgaver, der kan være relateret til patienterne, inden hun dækker vakante stillinger ved sygdom. Hun bruger ordet *må*, der kan have reference til et mere eller mindre eksplicit/implicit ledelsesdiktat, om kun at indkalde ekstra personale ved sygdom, når det er allermest nødvendigt.

I forbindelse med varierende muligheder for mentorordninger har jeg spurgt oversygeplejersken, hvorfor de ansætter nyuddannede sygeplejersker første juli, fordi Anja netop stiller dette spørgsmål til frokostdialogmødet.

*“Ja, vi har jo en vagtplan, der skal hænge sammen, der skal jo være et vist antal sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på arbejde, men de nye sygeplejersker vil faktisk også helst starte første juli, for deres SU er jo forudbetalt, så de har fået udbetalt den sidste SU første maj, så de mangler vel pengene”.*

Oversygeplejersken understreger, at de fire medicinske afsnit ansætter nyuddannede sygeplejersker også i feriemåned, dels for at vagtplanen kan hænge sammen, dels fordi de nyuddannede sygeplejersker selv vælger at starte for at få en indtægt. Jeg har ikke spurgt Anja, Martha, Thor og Rebecca, hvilke overvejelser de har haft i forbindelse med opstart 1. juli, men jeg observerer, at de eksplicit er blevet spurgt, om de ville starte 1. juli eller 1. august til ansættelsessamtalen.

## Hverdagsaktiviteter organiseret gennem centralt definerede kvalitetsstyringsmekanismer

Dette projekt skriver sig ind i en brydningstid, hvor kvalitetsstyringsmekanismer gennem akkrediteringsstandarderne i 2016 er udfaset til fordel for otte nationale mål for sundhedskvaliteten i Danmark (Danske Regioner 2016; Sundheds- og Ældreministeriet (Ministry of health) 2016; Nørby et al. 2017). Men under observationsperioden i 2015 er hverdagsaktiviteterne på de fire medicinske afsnit fortsat kvalitetsstyret gennem akkrediteringsstandarder, der bliver beskrevet i kliniske retningslinjer. I afhandlingens etnografiske beskrivelser ses hverdagsaktiviteter, der synes organiseret gennem nedenstående kliniske retningslinjer:

- *“Introduktion til nyansatte”* (Region Sjælland 2015b) organisatorisk akkrediteringsstandard (Ikas 2013, p.55), hvor hospitalet er forpligtet til at have implementeret et introduktionsprogram og afholde evalueringssamtaler, hvor mentorordninger er en potentiel aktivitet, der iflg. retningslinje/standard kan planlægges efter den nyansattes behov (alle fem nyuddannede sygeplejersker).
- *“Palliativ pleje, behandling og omsorg for den ubelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende”* er en generel patientforløbsstandard (Ikas 2013, p.168) med visioner om at give den palliative patient *“omsorg”*, *“værdighed”*, *“respektfuldhed”* og *“livskvalitet”* i deres sidste levetid (Ikas 2013, p.168; Region Sjælland 2015d, p.1) (Rebeccas).

- *“Tværsektorielle samarbejde”* TSH ( dk Region Sjælland 2015a) tager afsæt i standard for *”sygehusets tilrettelæggelse af konkrete patientforløb”* (Ikas 2013, p.177), der definerer og kræver, at hospitalsafsnit har retningslinje for tværsektoriel samarbejde (mellem hospital og kommunal hjemmetjeneste) (Martha og Emilie).
- *“Hjerte-lunge-redning af voksne for sundhedsfagligt personale”* (Region Sjælland 2015a) en patientsikkerhedskritisk standard (Ikas 2013, p.150), der kræver, at al personale har gennemgået kursus i hjertelungeredning (alle har deltaget).
- *“Diabetisk ketoacidose – behandling voksne”* (Region Sjælland 2016), en patientkritisk standard (Ikas 2013), der detaljeret beskriver behandlingen i forskellige faser (Rebeccas pleje af ung fyr med højt blodsukker).

Men som det fremgår af afhandlingens etnografiske beskrivelser i det indledende kapitel og vignetterne, er BOS-score, der i 2017 bliver til EWS-score, en hverdagsaktivitet, der specifikt bliver vurderet gennem centralt definerede kvalitetsstyringsmekanismer i observationsperioden. BOS og EWS er forskellige ord for samme aktivitet, indtastning af patienternes temperatur, puls, blodtryk, saturation (iltmætning i blodet) og respirationsfrekvens med sigtet at opspore kritisk sygdom. Og begge retningslinjer indeholder samme beskrivelse af, hvilke patienter der skal have målt vitale værdier hvornår, og at palliative patienter er undtaget fra denne aktivitet mod lægeligt notat (Region Sjælland 2015c; Region Sjælland 2017b).

## Kortlægning af klinisk retningslinje BOS/EWS-risikokovurdering af kritiske observationsfund

I dette afsnit beskriver jeg indledningsvis en hverdagspraksis omkring BOS-score (fra 2016 EWS) i observationsperioden juli til 2015 efterfulgt af kortlægning af det materielle ophav af disse to kliniske retningslinjer for at beskrive praksis omkring disse kvalitetsstyringsmekanismer.

### Hverdagen med BOS-score og KPI på fire medicinske afsnit

Emilie, Thor, Anja, Martha og Rebecca skal BOS-score patienterne ligesom resten af personalegruppen. De vitale værdier bliver målt og tastet i computeren, der automatisk udregner, i hvilken grad patienten er kritisk syg, og hvornår mellem en ½ til 12 timer den enkelte patient skal have målt værdier igen.

BOS-scoringen er en *skal*-opgave i afsnittene, og man *skal* følge de computerudregnede tidspunkter. En læge favoriserer BOS-score-værdierne på computeren frem for de menneskeligt observerede. I en dagvagt kommer en social- og sundhedsassistentlev ind på sygeplejekontoret og spørger Martha: ” [patientens navn] *satuerer kun 85%*”<sup>29</sup>. Martha spørger: ”*Er han påvirket af det?* ” En læge, der sidder ved et andet skrivebord siger: ”*Det kliniske blik kan ikke bruges til noget. Det er BOS-værdierne og respirationsfrekvensen, det drejer sig om.* ” Social- og sundhedsassistenten siger, at hun tydeligt ser patientens vejrtrækningsbesvær med det blotte øje, men lægen synes at mene, at computerudregningen mere sikkert kan definere patientens helbredstilstand.

Favoriseringen af BOS-score bliver måske yderligere understreget af afdelingssygeplejerskernes kontrol ved en revision af data for BOS-score på computeren, hvor de tjekker, i hvilken grad plejepersonalet har overholdt de rette tidspunkter for måling af patienternes vitale værdier. Bliver tidspunkterne overholdt i mere 90 % af tilfældene, bliver kvalitet-skortet, der repræsenterer BOS-score vendt, så den grønne side er synlig og det røde kort, hvis den er under 90 %. Afdelingssygeplejerskens audit bliver offentliggjort hver fjortende dag ved et møde ved kvalitetstavlerne (KPI). Ved dette møde drøfter hele plejegruppen eventuelle tiltag, der kunne gøre, at kvalitetskortet for BOS eventuelt kunne blive grøn til næste møde.

Umiddelbart synes jeg hele tiden at observere plejepersonale i færd med at BOS-score patienterne, men alligevel er de røde kort synlige i flere uger på flere afsnit. Alle disse røde kort er synlige i det rum, hvor personalet spiser frokost, men jeg observerer hverken Emilie, Thor, Anja, Martha eller Rebecca kommentere eller komme med forslag til disse møder ved KPI-tavlerne. Emilie siger heller ikke noget en dag, hvor souschefen kommer ind på sygeplejekontoret og siger: ”*Det bare en venlig reminder.* ” Og skriver på oversigtstavlen på kontoret over indlagte patienters navne, alder, behandling og udskrivelse – ”*Husk BOS-score*”. Den reminder kan være betinget af, at sygehusledelsen har pålagt afsnittene at forbedre mål og processer omkring BOS-score med udgangen af 2015, hvilket jeg først erfarer ved oversygeplejerskemødet i november 2017.

## **Kortlægning af ideologier bag BOS eller EWS**

Plejepersonalet BOS/EWS -scorer patienterne og taster vitale værdier ind i computeren, der automatisk udregner, om patienternes værdier giver en score på 0, der betyder at patientens vitale værdier først skal måles igen om 12 timer. Men scorer patienten 5, skal de vitale værdier måles igen efter en ½ time. Ved BOS-score på 3-4 er plejepersonalet forpligtet til at kontakte lægen, der bestemmer behandlingen. ”*Formålet er tidligere respons på afvigelser for at reducere dødeligheden af disse tilstande.*” (Region Sjælland 2015c, p.1).

Dvs. målinger af patienternes vitale værdier gennem BOS/EWS indikerer, om der kan være risiko for, at patienten er ved at udvikle en kritisk sygdom. Nærmere bestemt udgør

---

<sup>29</sup> 93% laveste normalværdi

BOS/EWS- risikovurderingsværktøjer med reference til begrebet “global trigger tools”. En respirationsfrekvens (antallet af vejrtrækninger i minuttet) på mere end 26 og saturation (iltmætning) < 85% er en indikator - eller trigger - for kritisk sygdom (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2007).

### **Global trigger tools**

Global trigger tools har rødder i det amerikanske sundhedssystem for at risikovurdere bivirkninger af medicin (IHI 2016). I den danske kontekst er det: *”... ud fra en række opstillede kriterier eller såkaldte triggere, som indikerer, at der kan være sket en patientskade. En trigger kan således ses som det advarselssignal, der giver anledning til nærmere efterforskning”* (Center for Kvalitet 2010, p.5). Et advarselssignal i den sammenhæng er en respirationsfrekvens > 26/min, der er indikator for potentiel kritisk sygdom (Center for Kvalitet, 2010).

BOS har ophav i akkrediteringstandarder gennem ISO 15189-certificeringer (Ikas 2013, p.9) indeholdende standarder for medicinske laboratorier (ISO 2012). Dvs. i 2015 skulle det ISO 15189- certificeret akkrediterede hospital, hvori studiets fire medicinske afsnit er lokaliseret, kunne sikre patienter og borgere kvalificeret behandling og pleje, hvor disse ikke risikerede utilsigtet at udvikle sygdom og/eller dødelighed.

### **Akkreditering**

Akkreditering af sygehuse har reference til de amerikanske *”Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations”* (Frølich et al. 2000, p.13), hvor borgere i et akkrediteret sygehus sikres effektiv behandling og pleje efter bedste kvalitet og standard (The Joint Commission n.d.). I en dansk kontekst bliver formålet beskrevet via Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), *”sikre løbende udvikling af kvaliteten i alle offentligt finansierede sundhedsydelser”* (IKAS 2016) defineret gennem ISO 15189 (Ikas 2013, p.9).

### **ISO 15189**

ISO 15189 har oprindelse i standardisering af medicinske laboratorier og definerer akkreditering som *”procedure by which an authoritative body gives formal recognition that an organization is competent to carry out specific tasks”* (ISO 2012, p.1). ISO promoverer sig som *“world-class specifications for products, services and systems, to ensure quality, safety and efficiency. They are instrumental in facilitating international trade.”* (ISO n.d., p.About us). ISO har oprindelse i 1950’ernes effektivisering og standardisering af amerikansk militærudstyr (Tricker 2016, p.78), der senere blev overført til industriproduktionen. Dele af en produktion, der er ISO-certificeret, kan anvendes på tværs af landegrænser i en større ISO-certificeret produktion og promoverer sig med samme kvalitet og standard.

Kvaliteten på disse fire medicinske afsnit bliver sikret, fordi akkrediteringskomiteen i 2012 har konstateret, at afsnittene både har et dokument indeholdende en kliniske retningslinje for BOS-score, og at alle sundhedsprofessionelle måler vitale værdier på pati-

enterne. Idet basal observation af patienternes vitale værdier er en patientsikkerhedskritisk standard, bliver hospitalet i 2012 godkendt, fordi personalet både kender retningslinjen og aktuelt udfører målingerne (Ikas 2013, pp.16 & 19).

Risikovurderinger på baggrund af otte nationale mål for sundhedskvalitet skriver sig ind i tænkningen om benchmarking (Ministry of Health 2016), hvorfra hospitaler i Danmark og Europa får mulighed for at sammenligne resultater og arbejdsprocesser (Dobrev et al. 2008; Ettorchi-Tardy et al. 2012). Og arbejdet med udvikling af arbejdsprocesser, der kan forbedre hverdagsaktiviteter relateret til f.eks. BOS/EWS, bliver drøftet ved KPI-tavlen. Key Performance Indicators har reference til at fremme mål og processer omkring arbejdet med identifikation af kritisk sygdom (Nørby et al. 2017; Parmenter 2010). Dvs. arbejdet med arbejdsprocesserne er også rettet mod forebyggelse af sygelighed og dødelighed.

### **Key Performance Indicators**

Key Performance Indicators (Nørby et al. 2017) har oprindelse i den australske regerings "AusIndustries" (Parmenter 2010, p.ix) manual for udvikling af industrielle virksomheder efter bedste globale standarder med fokus på midler og processer, der kan tilfredsstille kunders behov på bedste måde og dermed øge firmaernes omsætning (Weber & Thomas 2005; Parmenter 2010).

### **Benchmarking**

Benchmarking betyder, oversat fra engelsk, "*fikspunkt*" (Gyldendal 2009) i betydningen fikspunkter eller mål, der kan sammenlignes på tværs af virksomheder, organisationer og institutioner (Dobrev et al. 2008; Ettorchi-Tardy et al. 2012). Begrebet "benchmarking" blev første gang effektueret i forbindelse med den amerikanske leverandør af fotokopimaskiner, Xerox', intentioner om at gøre produktionen mere omkostningseffektiv ved at sammenligne deres produktionsmetoder med konkurrerende firmaer (Ettorchi-Tardy et al. 2012). Benchmarking indeholder danske kommuners, regioners og regeringens aftale om definerede mål til sammenligning med alle landets sundhedsinstitutioners om "*effektivitet, arbejdsprocesser, konkurrenceevne og produktionsmetoder*" (Nørby et al. 2017, p.17).

Resultaterne af de otte nationale mål for sundhedskvalitet af sundhedsvæsnets, som kommunerne, regionerne og regeringen er blevet enige om i 2016 (Danske Regioner 2016), er blev offentliggjort juni 2017 (Nørby et al. 2017). Det betyder, at resultater for fremgang i den region, hvor de fire medicinske afsnit er lokaliseret, er blevet sammenlignet med resten af landets sygehuse (Nørby et al. 2017). I den offentliggjorte publikation bliver det rapporteret, at denne regions tal for f.eks. patienternes overlevelse efter hjertestop (30 dage) svarer til tallene i 2015, men er under landsgennemsnittet (Nørby et al. 2017). Med det argument kunne man hævde, at kvaliteten på de fire medicinske afsnit er under landsgennemsnittet i forhold til dette ene mål for sundhedskvalitet.

Hele baggrunden for disse sammenligninger har været implementering af elektroniske dokumentationssystemer, der muliggør lagring og sammenligningskalkuler af store mængder data (Caligtan & Dykes 2011). Implementering af elektroniske dokumentationssystemer har også ophav i ISO 15189 (ISO n.d.; ISO 2012) og er i regionen, hvor disse fire medicinske afsnit er lokaliseret, produceret af CSC som OPUS Notat.

### **OPUS Notat**

OPUS Notat er produceret af Computer Sciences Corporation (CSC)<sup>30</sup>, ”*Working with a large U.S. academic healthcare provider, CSC is helping optimize IT spending and resources, rationalizing and operating legacy clinical and financial applications while transitioning to a new EHR system*” (CSC 2015, p.1). CSC (2015) og i Danmark. ”*This requires that greater emphasis is placed on fast diagnostic evaluation, standardised workflows and patient pathways, as well as improved resource and capacity utilisation, planning and logistics*” (Danish-eHealth-Authority 2013, p.10). Elektroniske dokumentationssystemer skulle formelt kunne hjælpe sundhedsprofessionelle med at overskue store mængder data med mulighed for hurtig diagnosticering og behandling.

I reformerede sygehuse er de centralt definerede kvalitetsstyringsmekanismer omfattet af elektroniske dokumentationssystemer, der lagrer og kalkulerer patienternes risiko for at udvikle kritisk sygdom gennem BOS/EWS (global trigger tools). Akkreditering, ISO-certificeringer, OPUS, de nuværende otte nationale mål for sundhedskvaliteten, Global triggers, Benchmarking og Key Performance Indicators er som kvalitetsstyringsmekanismer rundet af amerikanske/australske traditioner.

## **Amerikanske/australske visioner for reformerede sygehuse**

ISO 15189, KPI og benchmarking har oprindelse i standardiseringer, sammenligninger og målinger af industriudstyr. Dvs. kvaliteten af behandling og pleje har oprindelse i målinger af kvaliteten af amerikansk militærudstyr, australske industriprodukter eller amerikanske fotokopimaskiner med visioner om profitabel produktionsfremgang.

På den baggrund kunne jeg hævde, patienterne bliver at betragte som et apparat som industriprodukter. En betragtning, der kommer til udtryk i personportrætterne omkring sygeplejeaktiviteter, hvor sygdom kan måles ved BOS/EWS-score, blodprøver, etc. og fikses ved medicinering eller operation. I sygeplejerskers og social- og sundhedsassistenter hverdagsliv synes samarbejdet med lægerne forsat at være domineret af apparatfejlsmodellen (Lehn-Christiansen 2016). Det kan jeg illustrere med lægen, der siger, at de elektroniske BOS-scoringer er et mere sikkert mål for patientens helbredstilstand end patientens egne oplevelser og sygeplejerskens personlige skøn. En fejl i apparatet som unor-

---

<sup>30</sup> I dag <http://www.dxc.technology/dk>

male vitale værdier, der kan indikere sygelighed og dødelighed, bliver mere sikkert identificeret gennem udregninger i et elektronisk apparat end gennem utilregnelige menneskekroppe.

Ligeledes rangerer amerikanske hospitaler de fem bedste hospitaler USA i forhold til patientsikkerhed, overlevelsesserater og rygter iflg. hjemmesiden for *"News Hospitals Rankings and Ratings"* (US News & World Report 2017; Hill et al. 1997). I Danmark er *"best ranking"* kamufleret gennem "benchmarking"-aktiviteter. Tallene bliver sammenlignet med landsgennemsnittet, hvilket betyder, at hvis andre af landets sygehuse har samme fremgang på en indikator for f.eks. overlevelse, så vil regionen, hvor de fire medicinske afsnit er lokaliseret, fortsat rangere lavest. Det er måske ikke direkte en rangering af det bedste hospital, men offentliggørelsen fremhæver: *"FORBEDRING I REGION NORDJYLLAND"* (Nørby et al. 2017, p.26) som den *"Den Nordjyske Model"* (Nørby et al. 2017, p.27).

I Danmark fremhæver politikere ikke blot forbedringer i en region, men anbefaler en model, der er bedre end andre. Region Nordjylland har en anbefalelsesværdig model, hvilket kan repræsentere rangering af den bedste region med de bedste sygehuse i Danmark. Det sygehus, der processuelt arbejder bedst i forhold til f.eks. opsporing af kritisk sygdom for at sikre patienterne overlevelse (Nørby et al. 2017; Parmenter 2010).

## Jagten på de gode tal

Praksis omkring offentliggørelse af bl.a. tal for patienternes overlevelse bliver italesat, som at *"det hele handler om jagten på de gode tal"* af en erfaren sygeplejerske. Det er *gode* tal for patienternes vitale værdier – *gode* tale for patienternes overlevelse – *gode* tal ved KPI tavlen – *gode* tal i offentlige publikationer.

Ved KPI-tavlen drøftes arbejdsprocesser i forhold til udvikling af kvaliteten på sygehuse, hvilket med hensyn til BOS/EWS refererer til at udvikle kvaliteten for opsporing af kritisk sygdom med sigtet at forebygge sygelighed og dødelighed. De *gode* tal for sygelighed og dødelighed i form af overholdelse af computerdefinerede tidspunkter for måling af patienternes værdier bliver ved KPI-tavlen præsenteret som røde eller grønne kort. De *gode* tal bliver repræsenteret på de grønne kort, hvor de røde korte repræsenterer mindre *gode* tal. De *gode* tal på det grønne kvalitetskort bliver anerkendt af kollegaer, afdelingssygeplejersker, oversygeplejersker og sygehusledelse i form af et kvalitetsstempel for den *gode* sygepleje.

Men som jeg illustrerer i afsnittet ovenfor, repræsenterer nyuddannede sygeplejerskers hverdagsaktiviteter i den aktuelle hverdag meget mere end blot *gode* tal på grønne eller røde kort. Nyuddannede – og erfarne sygeplejersker – skal have en hverdag til at hænge sammen omkring komplekst syge, medicinske patienter måske med overbelægning og sygdom blandt personalet.

I hverdagslivet på medicinske afsnit kan *gode* tal betyde, at sygeplejersker ikke behøver stress som en sygeplejerske, der er blevet autoriseret for et halvt år siden, siger:



*"Du kan tro, jeg gik også bare rundt om mig selv i begyndelsen, men jeg havde det hele tiden sådan, at hvis jeg kunne se, at patienternes BOS-score var i orden, så kunne jeg tage det lidt mere med ro, selvom jeg stadig var bange for at glemme noget".*

BOS-score kan iflg. denne sygeplejerske indikere et vist niveau i forhold til en patients eventuelle sygelighed, hvilket vil sige, at *gode* tal betyder mindre sygelighed, mindre grund til bekymring for, at patienterne kan udvikle kritisk sygdom og dø, og det betyder derfor, at hun i mindre grad behøver at stresse.

*Gode* tal betyder, at patientens vitale værdierne i bedste fald først skal måles igen om 12 timer. I portrættet af Anja arbejder hun med at få patienten til at sidde, så hun kan skrive en iltmætning på 92% i computeren, der betyder, at hun først skal måle om 6 timer modsat 91%, hvor der skal måles igen om 4 timer. En souschef fortæller: "*Hvis jeg tæller en respirationsfrekvens til 21, så kan jeg godt finde på at skrive 20, for så præcis kan man alligevel ikke tælle.*" 21 kræver målinger efter 6 timer, og 20 er indenfor normalområdet, så målingerne skal først gentages efter 12 timer. Jeg spørger Emilie, hvad hun gør. "*Jeg kan godt finde på at gøre det også af hensyn til de andre.*" Emilie noterer ikke kun *gode* tal for at lette sit eget arbejde, men også af hensyn til sine kollegaer i andre vagter. Dvs. de *gode* tal kan også afsætte tid til andre opgaver, som jeg har illustreret, at der er rigelige af for både den enkelte sygeplejersker og kolleger i andre vagter.

Styringsrelationen i form af en objektiverende relation italesat som "*jagten på de gode tal*" bliver ved KPI-tavlen repræsenteret som røde eller *gode* grønne kort. Denne form for kvalitetsstyringsmekanisme betegner jeg i afhandlingens indledende kapitel som virtuel sygepleje, hvor patienternes vitale værdier er lagret i skyen et sted. Men virtuelle repræsentationer af patienterne kaster kun spotlight på dele af en nyuddannet sygeplejerskes materielle hverdagsliv på medicinske afsnit. I det materielle hverdagsliv på medicinske afsnit betyder *gode* tal for patienternes vitale værdier, som er udregnet på computeren, at sygeplejersker ikke behøver stresse over akutheder hos patienter, at de kan afsætte tid til andre arbejdsopgaver for sig selv og kolleger. Men uanset om *gode* tal bliver vist virtuelt som grønne kort eller som en stressdæmpende faktor i et hverdagsliv omkring komplekst syge, medicinske patienter, så repræsenterer de *gode* tal aktiviteter relateret til forebyggelse af sygelighed og dødelighed.

## Patienterne må ikke dø

Lederes og politikernes offentliggørelse af resultater for kvalitetsmål siger intet om den aktuelle kvalitet på de fire medicinske afsnit, hvor oversygeplejersken har fortalt mig, at der er ca. et dødsfald om dagen. Som beskrevet i afhandlingens indledende kapitel frygter de nyuddannede sygeplejersker at kunne blive kendt skyldige i disse dødsfald. De frygter

at overse fatale symptomer, der kan have fatale konsekvenser, som kan resultere i dødsfald, og både Emilie og Martha udtrykker eksplicit, at de oplever, at de kan være skyld i, at patienterne dør.

Selvom Martha siger *"man skal lade naturen gå sin gang"*, så virker hovedparten af arbejdsaktiviteterne på disse fire medicinske afsnit til at være relateret til at sikre patienternes overlevelse, hvorfor jeg argumenter med reference til Helle Timm (2008), at døden kan være at betragte som en fejl.

Døden som fejl kan være blevet intensificeret gennem udfasning af akkrediteringsstandarder (Ikas 2013) til fordel for otte nationale mål for sundhedsvæsnets i Danmark (Danske Regioner 2016). Et af argumenterne for udfasning af akkrediteringsaktiviteter er, at disse aktiviteter indebærer store mængder papirarbejde på sygeplejekontoret, der kun indirekte løfter patientplejen. I en analyse gennemført af KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, argumenterer forfatterne for at prioritere patientkritiske standarder (Holm-Petersen et al. 2015, p.93). Det er patientkritiske standarder, hvori eksempelvis BOS/EWS har ophav, der, som skrevet, er direkte relateret til forebyggelse af sygelighed og dødelighed blandt patienterne. F.eks. er organisatoriske standarder for f.eks. introduktion af nyansatte (Ikas 2013, p.55), der er beskrevet i kliniske retningslinjer i akkrediteringens æra (Region Sjælland 2015b) kun indirekte relateret til forebyggelse af sygelighed og dødelighed blandt patienterne.

De otte nationale mål for sundhedsvæsnets i Danmark er netop relateret til at fremme kvalitet i forhold til patientinddragelse, behandlingsforløb, færre genindlæggelser af bl.a. ældre, rehabilitering af kronikere og ældre patienter, overlevelse for patienter med kræft og hjertestop, middelevealder og fastholdelse af borgere på arbejdsmarkedet (Danske Regioner 2016; Sundheds- og Ældreministeriet (Ministry of health) 2016; Nørby et al. 2017).

Ud over nationale mål, patientinddragelse, behandlingsforløb og færre genindlæggelser af bl.a. ældre er sundhedskvaliteten i Danmark rettet mod fremskridt, rehabilitering, overlevelse, lange liv målt i antal leveår og produktivitet. Patienterne skal rehabiliteres, overleve og være produktive, og de må helst ikke dø. I et hverdagsperspektiv siger oversygeplejersken, efter at hun har læst en af afhandlingens artikler:

*"Det er rigtigt, når Carsten siger, at døden er en fejl i medicinske afdelinger, men vi arbejder jo sammen med lægerne, der har den Hippokratisk ed, de skal følge. Vi kan få en gammel patient ind, vi synes bare skal have lov til at dø, og så sender lægerne dem til koloskopi, hvis bare de bløder en lille smule ud af endetarmen".*

Oversygeplejersken oplever, at lægeløftet forpligter lægerne til at behandle alle syge mennesker, så de bliver raske og lever så længe som muligt (Heubel 2015), hvor sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter derimod i højere grad kan acceptere, at ældre, medicinske patienter med komplekse sygdomme bare skal have lov til at dø. Hun siger videre, at

“vi gamle synes jo, det er naturligt, at der dør næsten en patient dagligt. Vi må altså tale med de nyuddannede sygeplejersker om, at det altså ikke er deres skyld”. Oversygeplejersken ser ud til at mene, at erfarne sygeplejersker i højere grad har vænnet sig til at arbejde med døden og døende patienter end nyuddannede sygeplejersker. Men det ser ikke ud til at være tilfældet for Emilie et år efter, at hun er blevet autoriseret som sygeplejerske. Som vist i personportrættet, fortæller Emilie under telefoninterviewet efteråret 2016, at hun fortsat kan tænke, at hun kan have gjort noget forkert, når en patient, som hun har plejet, er død, selvom patienten har indtil flere kroniske sygdomme.

Opsummerende kan jeg sige, at nyuddannede sygeplejerskers håndteringer af kropslige og følelsesmæssige reaktioner på mødet med virtuelle realiteter og aktuelt materielle realiteter i et hverdagsliv er betinget af biologiske forhold samt personlige og uddannelsesmæssige oplevelser fra tidligere levet liv. I en aktuell materiel hverdag på medicinske afsnit møder nyuddannede sygeplejersker personaler med forskellige holdninger til deres rolle som nyuddannet sygeplejersker; ligesom de skal forholde sig til forskellige pårørende. I medicinske afsnit indbefatter arbejdsaktiviteterne mere eller mindre planlagte opgaver relateret til komplekst syge, medicinske patienter, overbelægning, vagtplaner, der skal hænge sammen med varierende muligheder for etablering af mentorordninger. Virtuelle kvalitetsstyringsmekanismer organiserer arbejdsaktiviteter omkring BOS/EWS. BOS/EWS har materielt ophav i amerikansk/australsk industriproduktion, hvorfor patienten bliver at betragte som et apparat. Et apparat, hvis symptomer kan følges gennem elektroniske kalkuler for BOS/EWS, hvilket politikere i bedste amerikanske konkurrencestil, har offentliggjort i juni 2017, hvor region Nordjylland er *bedst* sammenlignet med landets andre regioner. Denne konkurrence bliver italesat som “*jagten på de gode tal*” i hverdagsterminologi på medicinsk afsnit. Ved KPI-tavlen repræsenterer *gode* tal grønne kort, men i den aktuelle hverdag repræsenterer *gode* tal, at patienterne ikke er akut kritisk syge og sygeplejerskerne kan få tid til udføre andre opgaver relateret til komplekst syge, medicinske patienter. Den altdominerende objektiverende relation bag BOS/EWS er tidlig opsporing af kritisk sygdom for at forebygge dødelighed. Gennem de otte nationale mål som kvalitetsstyringsmekanisme bliver døden at betragte som en fejl, fordi målene bl.a. er at sammenligne resultater for rehabilitering, sundhed, overlevelse og produktivitet mellem landets regioner. Denne fejl frygter de kvindelige nyuddannede sygeplejersker at blive kendt skyldige i.

De må ikke dø  
Jo, de dør, de dør, de dør  
De må ikke dø

## Kapitel 7. Konklusioner og implikationer

Afslutningsvis fremhæver jeg konklusioner af disse indledende analyser, der er grundlaget for afhandlingens artikler. Konklusioner, der tager afsæt i kortlægning af nyuddannede sygeplejerskers oplevelser med arbejdsaktiviteter i et hverdagsliv, dokumentmateriale bag reformerede sygehuse og sundhedsprofessionelles arbejde med materielle fysiske og virtuelle realiteter i fire medicinske afsnit. På baggrund af disse konklusioner beskriver jeg arbejdet med afhandlingens artikler, hvorfra jeg peger på behov for eventuelle fremtidige forskningstemaer.

### Overordnede konklusioner

Afhandlingens formål er at undersøge nyuddannede sygeplejerskers kropslige og følelsesmæssige oplevelser i hverdagen i et begyndende arbejdsliv på fire medicinske afsnit i reformerede sygehuse.

Da undersøgelsen fokuserer på følelser i hverdagslivet, indledes arbejdsprocessen med omskrivning af empirisk materiale til poetiske præsentationer, der kunne repræsentere nyuddannede sygeplejerskers virkelige følelser. En proces, der følges af teoretiske analyser af menneskers selvcentrering og jagt på individuel succes. Disse indledende metodologiske processer indgår i form af essays i denne samlede afhandling. Poetiske præsentationer tilstræber nemlig at fremstille et fortættet hverdagsbillede af nyuddannede sygeplejerskers oplevelser ved komplekst syge, døende medicinske patienters senge, hvor succes ikke synes muligt, når visionen er forebyggelse af sygelighed og dødelighed.

Forebyggelse af sygelighed og dødelighed er visionerne bag kvalitetsstyringsmekanismer, der bliver en realitet gennem regeringens reformering af sygehuse i 2007. Med denne reformering bliver kvaliteten af sygeplejerskers arbejde ikke blot vurderet ved patienternes senge, men også gennem ledelsesmæssige og politisk definerede kvalitetsstyringsmekanismer i form af f.eks. mål for borgeres/patienters sundhed, overlevelse og produktivitet. De indledende metodologiske processer, der fremstiller isolerede billeder af en sygeplejerske/patient relation, kan ikke fremstille viden om disse bagvedliggende politisk definerede kvalitetsstyringsmekanismer.

Den endelige metodologiske tilgang bliver derfor IE med kortlægning af nyuddannede sygeplejerskers oplevelser sammen med kolleger på medicinske afsnit, suppleret med sporing af tekster relateret til institutionelt betingede arbejdsaktiviteter omkring kvalitetsstyringsmekanismer.

Med IE-tilgange er formålet i en undersøgelse at afdække objektiverende styringsrelationer, der går bag om ryggen på hverdagsmennesker og organiserer et hverdagsliv. Afdækningen af objektiverende styringsrelationer tager afsæt i menneskers egne oplevelser i

hverdagslivet. Med det afsæt findes den reelle viden om, hvordan en hverdag er organiseret på medicinske afsnit i hverdagslivet blandt nyuddannede sygeplejersker og deres kolleger. Nyuddannede sygeplejersker ved bedst selv, hvorfor de gør, som de gør, og hvad der er afgørende for at organisere deres egne arbejdsaktiviteter i et begyndende arbejdsliv.

I afhandlingen bliver nyuddannede sygeplejerskers viden om egne arbejdsaktiviteter og egne kropslige og følelsesmæssige oplevelser fremstillet gennem personportrætter, der linker til kompleksiteten af institutionelt betingede arbejdsaktiviteter i reformerede sygehuse. Gennem personportræterne fremstilles et virkeligt billede af et komplekst hverdagsliv i medicinske afsnit, der er organiseret omkring objektiverende styringsrelationer for nyuddannede sygeplejersker.

En institutionelt betinget kvalitetsstyring i de fire medicinske afsnit er relateret til aktiviteter omkring BOS/EWS-scoringer af patienternes vitale værdier for at identificere fatal kritisk sygdom. I praksis bliver disse virtuelle kvalitetsstyringsmekanismer, der er fremanalyseret gennem analyser af elektroniske data, repræsenteret som ”gode” eller ”dårlige” tal ved en KPI-tavle, hvor personalet drøfter målene for overholdelse af computerdefinerede tidspunkter for BOS/EWS-score af patienternes tilstande. Ligeledes offentliggør politikerne i juni 2017 ”gode” eller ”dårlige” tal for regionernes overholdelse af otte nationale mål for sundhedsvæsenet i Danmark.

De ”gode” tal betyder reelt, at sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har gjort deres ypperste for at sikre patienternes overlevelse ved at overholde tidspunkter for BOS/EWS. Og i politikernes publiceringer betyder ”gode” tal, at regionernes arbejdsprocesser på f.eks. sygehusene er optimale i forhold til at sikre borgere/patienter bl.a. sundhed, overlevelse og produktivitet sammenlignet med regionernes andre sygehuse.

Den altdominerende objektiverende styringsrelation gennem disse kvalitetsstyringsmekanismer er forebyggelse af patienternes sygelighed og undgåelse af dødsfald publiceret som en konkurrence mellem regionernes sygehuse. En styringsrelation, der i hverdagsord i et medicinsk afsnit bliver italesat som ”jagten på de gode tal”. For nyuddannede sygeplejersker betyder ”gode” tal, at patienterne ikke er ved at udvikle kritisk sygdom og dø, hvilket synes afgørende for nyuddannede sygeplejersker. Gennemgående frygter nyuddannede sygeplejersker at skade patienterne fatalt pga. deres manglende sygeplejekompetencer, og de oplever selvbebrejdet skyld, når patienterne dør, selvom det er ældre medicinske patienter med flere kroniske sygdomme. Den objektiverende styringsrelation om at sikre patienternes overlevelse synes inkorporeret i nyuddannede sygeplejerskers kroppe i en sådan grad, at døden for dem nærmest er at betragte som en fejl, fordi de ikke har vænnet sig til arbejdet med døden.

Men publiceringer af ”gode” eller ”dårlige” tal siger intet om, hvordan sygeplejersker i en aktuell hverdag sikrer patienternes overlevelse. Aktiviteter relateret til BOS/EWS-score og forebyggelse af sygelighed og undgåelse af dødsfald repræsenterer kun dele af nyuddannede sygeplejerskers komplekse hverdagsliv i medicinske afsnit. Arbejdsaktiviteterne omkring medicinske patienter, der har mange forskellige komplekse sygdomme, spænder

fra at BOS/EWS-score patienternes tilstande, tilstræbe at besvare lægers spørgsmål rigtigt, hjælpe en patient, der ved et uheld har urineret på sig selv, udskrive patienter, administrere medicin, gøre døde i stand, finde et par briller til at dokumentere på en computer. Komplexiteten kan være betinget af, at medicinske afsnit behandler ældre medicinske patienter med stort set alle sygdomme, og som er indlagt i fem døgn, modsat den generelle median på to døgn. Dagligdagen kan betyde, at der er overbelægning, og at personalet på medicinske afsnit har travlt med at få en hverdag til at hænge sammen, samtidig med, at der er ubesatte stillinger og sygemeldinger. For nyuddannede sygeplejersker betyder det, at mentorordninger varierer, dels pga. travlhed, dels fordi nyuddannede sygeplejersker er nødsaget til at dække nogle af de vakante stillinger for at få vagtplanerne til at hænge sammen.

Mens nyuddannede sygeplejersker arbejder med at sikre patienternes overlevelse, møder de kollegaer, pårørende og patienter, der interagerer med dem på forskellige måder. I denne komplekse hverdag oplever nyuddannede sygeplejersker ikke kun selvbebrejdet skyld. De skal også håndtere kropslige og følelsesmæssige reaktioner som dumhed, vrede, ked-af-det-hed og angst. Disse oplevelser kan nyuddannede sygeplejersker distancere til med humor og sarkasme, men den ene mandlige nyuddannede sygeplejerske udtrykker smilende tilfredshed, uanset hvad han oplever.

Men i dette kompleks af institutionelt betingede arbejdsaktiviteter kan nyuddannede sygeplejerskers kropslige og følelsesmæssige oplevelser ikke ses som isolerede fænomener. Realitets-/transitionschok og mangelfuld deltagelse i praksis/sygeplejerskefællesskaber (som rapporteret i eksisterende undersøgelser) samt frygt for utilstrækkeligheder og selvbebrejdet skyld (gennemgående i denne afhandling) er institutionelt betinget af arbejdsforholdene i reformerede sygehuse. Disse oplevelser er betinget af travle arbejdsforhold omkring komplekst syge og døende medicinske patienter med overbelægning og vagtplaner, der skal hænge sammen, samtidig med at arbejdsaktiviteter omkring forebyggelse af sygelighed og dødelighed har lederes og politikeres bevågenhed.

Individuelle nyuddannede sygeplejersker kan ikke selv "fikse" deres problemer i et begyndende arbejdsliv, idet bl.a. selvbebrejdet skyld hos kvinderne ikke kan relateres til individuelle unge menneskers indre karakteregenskaber, men til institutionelle arbejdsbetingelser i reformerede sygehuse. I tråd med Rankin og Campbells (2006) argumentation om arbejdsbetingelser i reformerede canadiske sygehuse kan problemer med selvbebrejdet skyld hos nyuddannede sygeplejersker ikke "fikses" ved, at individuelle undervisere på en sygeplejerskeuddannelse tilrettelægger virkelighedsnære undervisningstemaer. På samme måde kan hverken ledere eller sygeplejersker tage det individuelle ansvar for tilrettelæggelse af mentorordninger, der ellers synes afgørende for intensiteten af nyuddannede sygeplejerskers kropslige og følelsesmæssige oplevelser i et begyndende arbejdsliv. Mentorordninger vil formentlig kræve tildeling af økonomiske ressourcer til medicinske afsnit, som foreslået i flere eksisterende undersøgelser.

Med disse konkluderende kommentarer etableres en platform for diskussion af institutionelle betingelsers betydning for den række af forskellige kropslige og følelsesmæssige reaktioner, som nyuddannede sygeplejersker oplever i et begyndende arbejdsliv. En diskussion, der kunne kredse om, at selvbebrejdet skyld i patienternes eventuelle og faktiske dødsfald kan være betinget af ledelsers eller politisk definerede kvalitetsstyringsmekanismer med visioner om overlevelse, sundhed og produktivitet. Disse visioner står i skærende kontrast til en aktuel virkelighed på et medicinsk center med 400 dødsfald årligt.

## Afhandlingens artikelbidrag med perspektivering til fremtidig forskning

I dette afsnit redegør jeg for fremstilling af afhandlingens artikler, der tager afsæt i tendenserne i kappens konklusioner. Jeg vil benytte denne gennemgang til samtidig at klargøre de forskellige perspektiver og de sammenhænge og brud, der findes imellem artiklerne, som præsenterer de metodologiske brud, som jeg viser i afhandlingens indledende kapitel.

### Afhandlingens artikler

I afhandlingens artikler undersøger jeg og mine medforfattere problematikker omkring nyuddannede sygeplejerskers selvbebrejdende skyld i et arbejdsliv i medicinske afsnit i reformerede sygehuse. Problematikker, der kredser sig omkring ideologier bag akkrediteringsstandarder og otte nationale mål for sundhedskvaliteten og den aktuelle virkelighed. Dvs. artiklerne kredser sig om jagten på de gode tal for patienternes dødsfald eller risiko for at dø. Artiklerne er:

- Jensen, C.J., 2018. *"Poetiske repræsentationer af nyuddannede sygeplejerskers første møde med virkeligheden på medicinsk afdeling"*. Nordisk Sygeplejeforskning, 7 (2 eller3)
- Jensen, C.J., 2016. *"Bagsiden af succesmedaljen"*. Uddannelsesnyt, 27(2), pp.20–22
- Jensen, C.J., 2018. *"Nyuddannede sygeplejerskers arbejde med døden og døende patienter på medicinske afsnit i patientsikre sygehuse – en institutionel etno-grafisk undersøgelse"* Klinisk Sygepleje (3).
- Jensen, C.J., Dale, C.M., *"Newly graduated nurses' experiences of insufficient orientation in medical units"*, Journal of Clinical Nursing (stadig i process sammen med Craig Dale)
- Jensen, C.J., Nielsen, SB, Dale, CM, *"Learning from newly graduated nurses responses to virtue- scripted discourses of selflessness"* (i process)

Som jeg har skrevet, indleder jeg skriveprocessen med at producere to essays, der henholdsvis er accepteret til publicering i tidsskriftet *"Nordiske Sygeplejeforskning"* (Jensen 2018) eller er publiceret i *"Uddannelsesnyt"* (Jensen 2016). Redaktionen accepterer essayet *"Poetiske repræsentationer af nyuddannede sygeplejerskers første møde med virkeligheden på medicinsk afdeling"* til publicering i primo 2017 med "minor revisions", hvor de beder mig omskrive teksten til en mere essayistisk genre.

## Skriveprocessen set gennem artikelfremstillingen

Jeg omskriver artiklen med de poetiske repræsentationer til et essay. Og af pragmatiske grunde vælger jeg i samme moment at forlade formidlingen af empirisk materiale i form af poetiske repræsentationer. Jeg har nemlig haft vanskeligheder med at finde kilder, hvor jeg kunne få poetiseringerne publiceret som videnskabelige artikler, der kunne indgå i en ph.d.-afhandling.

Essayet *"Bagsiden af succesmedaljen"* (Jensen 2016) lever heller ikke op til videnskabelig rating i et ph.d.-forløb, idet det *kun* er udgivet i *"Uddannelsesnyt"*, men jeg vælger alligevel at præsentere de to essays i afhandlingen. Ideerne i essayene om døden som et tabu, nyuddannede sygeplejerskers selvbebrejdende skyld og individualisering bliver også problematiseret i afhandlingens tre mere videnskabeligt opbyggede artikler.

Essayet med de poetiske repræsentationer er produceret på baggrund af det samme empiriske materiale som artiklen, *"Nyuddannede sygeplejerskers arbejde med døden og døende patienter på medicinske afsnit i patientsikre sygehuse – en institutionel etnografisk undersøgelse"*. Forskere med IE-tilgange vil sikkert hævde, at sproglige billeder i form af metaforer i poetiseringerne ikke korresponderer med IE's forståelse af materialitet. Men, som jeg skriver i essayet (Jensen 2018), lader jeg læsere af afhandlingen afgøre, om formidlingen gennem poetiske repræsentationer er mere eller mindre vellykkede i forhold til traditionel videnskabelig formidling af empirisk materiale.

Hverdagslivets materialitet, som jeg indledningsvis forestiller mig at repræsentere poetisk, forsøger jeg at fremstille ved at følge hverdagsoplevelserne for en række nyuddannede sygeplejersker gennem fastholdelse af deres individuelle fortællinger og navne. Jeg bruger navnene på Emilie, Martha, Anja, Rebecca og Thor, hvormed jeg tænker at illustrere, at her er tale om mennesker med kroppe, der interagerer med andre kroppe med navne<sup>31</sup>.

I essayet om nyuddannede sygeplejerskers selvcentrering ser jeg, at jeg snarere reflekterer tanker end undersøger, idet jeg aldrig kommer frem til nogen pointe. Som jeg viser i afhandlingens indledende kapitel, kredser essayet om nyuddannede sygeplejerskers manglende mulighed for succes på medicinske afsnit. En manglende mulighed for succes, der kan være en bagside i vores samtid med stigende tendenser til *jeg*-centrering blandt unge mennesker i jagten på individuel succes. Emilie minder mig, som skrevet, om, at hun ikke

---

<sup>31</sup> Med inspiration fra andre IE-undersøgelser, synes jeg, at navnene vækker genklang til et hverdagsliv på et sygehusafsnit (Rankin 2003; Yassin et al. 2015).



genkender dette teoretiske perspektiv fra sit hverdagsliv. Hun opfatter mine pointer i essayet, som om jeg peger fingre ad hende, som om jeg ser hende som selvoptaget. Med reference til Ziehe (2009) og Rognstad & Aasland (2007) ser jeg nu, at jeg med det perspektiv snarere peger fingre ad unge mennesker og deres selvcentrering. En pointe i essayet kun være at forfølge Alain Ehrenbergs (2010) forståelse, hvor han inddrager institutionelle samfundsbetingelser selvcentreret. Det institutionelle pres på individuel succes producerer unge med depressioner, der i hvert fald kunne repræsentere Emilie. Ehrenberg (2010) diagnosticerer en depressiv samfundskultur. I afhandlingens videnskabelige artikler, som de ser ud i skrivende stund, forstår jeg i hvert fald krav om individualisering - bagsiden af succesmedaljen - som et institutionelt pres med reference til Ehrenberg (2010).

### **Nyuddannede sygeplejerskers arbejde med døden og døende patienter på medicinske afsnit i patientsikre sygehuse – en institutionel etnografisk undersøgelse**

Første videnskabelige artikelbidrag kredser om nyuddannede sygeplejerskers arbejde med døden i spændingsfeltet mellem idealer og virkelighed på medicinske afdelinger. ”I denne artikel undersøger jeg følgende: ”Hvordan orkestrerer institutionelle betingelser nyuddannede sygeplejerskers muligheder for at tilrettelægge den gode død og deres følelsesmæssige respons på døden og pleje af døende patienter?” Konklusionen bliver, at nyuddannede sygeplejersker oplever selvbebrejdet skyld ved patienternes dødsfald eller risiko for dødsfald i reformerede sygehuse og vestlige samfund, hvor døden kan være at betragte som en fejl. Pointen, jeg forfølger, er, at objektiverende styringsrelationer i reformerede sygehuse betyder, at nyuddannede sygeplejersker kan (skal) opleve døden som en fejl, fordi stort set alle arbejdsaktiviteter er relateret til forebyggelse af sygelighed, så patienterne ikke dør. Og unge mennesker af det enogtyvende århundrede, som er individuelt ansvarlige for deres egen succes, oplever sig også individuelt ansvarlig for fejl, hvilket kommer til udtryk som selvbebrejdende skyld.

I denne artikel bliver styringsrelationen *jagten på de gode tal* i relation til patienternes risiko for at dø eller faktiske død tydelig. Men konklusionen om, at nyuddannede sygeplejersker oplever selvbebrejdet skyld, fordi døden er en fejl, er en anelse indforstået. Jeg har trods IE-tilgange ikke spurgt de nyuddannede sygeplejersker, hvad de tænker i forhold til min konklusion. Men ved oversygeplejerskemødet, hvor jeg fremlægger foreløbige tendenser i afhandlingen, opstår en diskussion, hvor i hvert fald oversygeplejersker genkender min slutning om, at døden er en fejl, hvilket jeg viser i det foregående kapitel. Denne artikel synes altså at vække en eller anden form for genklang i sygeplejerskernes hverdagsliv på medicinske afsnit. Oversygeplejersken understreger, at hun vil benytte sig af min pointe i artiklen til drøftelser med kommende nyuddannede sygeplejersker, - at de ikke er skyld i patienternes død.

## **“Newly graduated nurses’ experiences of insufficient work orientation in medical units”**

Den viden, som jeg/vi fremstiller i artiklen, *“Newly graduated nurses’ experiences of insufficient work orientation in medical units”*, retter sig ligeledes klart mod forbedringer i klinisk praksis på medicinske afsnit. I artiklen udarbejder vi helt konkret et handlingsforslag til ledere og regionspolitikkerne om at afsætte ressourcer til mentorordninger. Gennem afhandlingens evidens og gab-map, hvor 92% af de 174 søgte artikler fremhæver betydningen af forskellige former for støtte (f.eks. en mentor), får vi evidens for undersøgelse af problematikker relateret til insufficiante støtteordninger. Vi undersøger nyuddannede sygeplejerskers oplevelser med at arbejde i travle, medicinske afsnit med overbelægning uden en mentor med fokus på patientsikkerhed. Nyuddannede sygeplejersker deltager i diverse introduktionsprogrammer, men konklusionen bliver, at en mentor i hverdagen ved patienternes senge i realiteten sikrer aktuelle patienter sundhed og overlevelse modsat ideologier i en klinisk retningslinje for “Introduktion til nyansatte” (Region Sjælland 2015b). Dvs. en mentor i hverdagen i højere grad kunne fremme de “gode tal” for overlevelse jf. de otte nationale mål for sundhedsvæsenet i Danmark. En af de nyuddannede sygeplejersker, som jeg følger, får da også tildelt en mentor ugen efter, at hun utilsigtet har givet en patient et medicinsk præparat, der kunne have fået fatale følger for patienten.

## **“Learning from newly graduated nurses responses to discourses of selflessness”**

Afhandlingens sidste videnskabelige artikelbidrag, *“Learning from newly graduated nurses responses to discourses of selflessness”*, præsenterer ikke forbedringsanvisninger. I denne artikel konkluderer vi på den samlede afhandling om nyuddannede sygeplejerskers mange møder med både diskursive ideologier og aktuelle praktiske realiteter i reformerede sygehuse. Ved at følge nyuddannede sygeplejerskers fodspor undersøger vi praksis omkring den “gode” uselviske patientsikre og patientcentrerede sygepleje og Kari Martinsens norm for barmhjertig sygepleje, som nyuddannede sygeplejersker forventes at have lært under sygeplejestudiet. Konklusionen bliver, at der er uoverensstemmelser mellem visioner om den “gode” sygepleje og aktuelle muligheder i hverdagslivet på medicinske afsnit. Visioner om uselvished kan med rette opleves som en byrde på nyuddannede sygeplejerskers skuldre. Selv om unge mennesker af det enogtyvende århundrede ikke nødvendigvis er religiøse, tror de sig tilsyneladende ofte individuelt ansvarlige for udfordringer som påhviler afdelingens organisering og politiske rammesætning. De nyuddannede kvindelige sygeplejersker tror sig individuelt skyldige, hvis hverdagens arbejdsvilkår forhindrer dem i uselvished, forebyggelse af fejl, patientcentrering og barmhjertig pleje.

## Andre mulige problematikker for nyuddannede sygeplejersker

Afhandlingens kortlægningsproces åbner op for omfattende mængder af empirisk materiale, hvorfra jeg kunne have indekseret hverdagsproblematikker for nyuddannede sygeplejersker i et begyndende arbejdsliv<sup>32</sup>. F.eks. bliver nyuddannede sygeplejerskers personlige opvæksts-betingelser eller professionsuddannelsesmæssige baggrunde kun berørt overfladisk i artiklerne. Jeg undersøger heller ikke de nyuddannede sygeplejerskers kompetenceudvikling eller professionsdannelse i løbet af de godt to år, hvor jeg har haft kontakt med dem. Et interessant udgangspunkt kunne være sygeplejenålen, der tilsyneladende har afgørende betydning i et begyndende arbejdsliv for at bevise, at *man* er sygeplejersker, selvom *man* er nyuddannet. Men først og fremmest kunne jeg på baggrund af overblikket over eksisterende litteratur konstruere et eller flere kritiske reviews, hvorfra jeg kunne etablere ståsteder for diskussioner af andre problematikker relateret til nyuddannede sygeplejersker. Det kunne være diskussioner om institutionelle betingelser for underskrivelse af forskellige dokumenter for overarbejdsordninger eller for adgang til IT, som jeg viser i de indledende etnografiske beskrivelser. Men det kunne også have været institutionelle betingelser for ansættelser, fyringer og opsigelser af nyuddannede sygeplejersker, hvilket også er realiteter for nyuddannede sygeplejersker.

## Perspektivering til fremtidige forskningsprojekter

Afhandlingens artikelbidrag kredser omkring fænomenet *døden i reformerede sygehuse og nyuddannede sygeplejerskers selvbebrejdende skyld*. Men med IE-tilgangen har jeg ikke undersøgt prædefinerede teoretiske implikationer, hvorfor jeg foreslår fremtidige forskere at undersøge:

**Døden:** Afhandlingen indeholder mange møder med døden. I et fremtidig forskningsprojekt kunne døden undersøges som fænomen i reformerede sygehuse ved at komplettere eksisterende forskning i døden (Jacobsen 2013; Graven et al. 2013; Jacobsen 2008) fra både erfarne sundhedsprofessionelles (Raunkiær 2012; Moestrup 2014), patienternes (Timm 2008) og nyuddannede sygeplejerskers perspektiv.

**Selvbebrejdende skyld:** Afhandlingen viser stigende tendenser til selvbebrejdet skyld fra henholdsvis Ziehes (2009) og Ehrenbergs (2010) teoretiske positioner. Fokuset i fremtidige forskningsprojekter kunne være betydningen af individualisering og krav om succes og præstation i performance – samfundet, hvor kvinder, der bliver sygeplejersker, bliver stereotyperet som 12-tals piger (Hansen & Blom 2017).

---

<sup>32</sup> Der ligger en artikel gemt i kapitlet om hverdags-arbejdsaktiviteter omkring BOS/EWS-score, der i så fald ville være rettet mod alle sundhedsprofessionelle og bliver derfor ikke en afhandling om nyuddannede sygeplejersker.

**Kvindelige og mandlige sygeplejersker:** Afhandlingen peger tydeligt på forskelle på de fire kvindelige og den ene mandlige sygeplejerskers håndtering af følelser i et begyndende arbejdsliv. Et forskningsprojekt kunne fra et standpunkts epistemologiske udgangspunkt undersøge, hvordan kvinder tavst får et hospital til at fungere, fordi kvinder historisk og aktuelt udvikler sig psykologisk ved at samle mennesker (McGibbon et al. 2010). Og fra en mands standpunkt er manden en minoritet i sygeplejen og repræsenterer *det andet køn* modsat *det indforståede køn*. Han bliver ikke kun vurderet på baggrund af faglige kompetencer, men også for sine evner til f.eks. at rydde op (Nielsen 2008, p.268).

**IE-tilgange:** Afhandlingen indeholder empirisk materiale, hvor nyuddannede sygeplejersker fortæller om oplevelser under sygeplejerskeuddannelsen, og hvordan de udvikler sig fra de første dage til to år efter. Et forskningsprojekt kunne indeholde analyser af henholdsvis nyuddannede sygeplejerskers professionsdannelse og sygeplejestuderendes professionsuddannelse i tider med centralt definerede kvalitetsstyringsværktøjer i form af akkreditering med IE-tilgange.

**Professionsdannelse:** Med IE kan forskere måske både få greb om subjektive professionelles tilegnelse af et arbejdsideal for udførsel af sygeplejerhvervet og institutionelle betingelser i turbulente tider (Evetts 2012). Dvs. forskere kunne udforske nyuddannede sygeplejerskers subjektive bestræbelser på at *gøre* en ”rigtig” sygeplejerske (Wackerhausen 2009) eller lære *”Hvordan gør vi tingene ber?”* (Eraut 2007b; Eraut 2007a) for at blive professionel sygeplejerske. Og samtidig kunne man udforske, hvordan professionelle interagerer i komplekse, globalt definerede, sociale netværk i et risikosamfund. I et risikosamfund, hvor professionelle bliver gjort ansvarlige, hvis de risikerer at fejle i betjeningen af borgere som kunder (Frost 2016; Evetts 2012).

**Professionsuddannelse:** Endelig tilbage til afhandlingens udgangspunkt, hvor jeg først og fremmest vil komplementere min egen tematiske analyse af sygeplejestuderendes oplevelser med første kliniske undervisningsforløb (Jensen 2014)<sup>33</sup> med et institutionelt perspektiv. I 2007 implementerer regeringen Danmarks Akkrediteringsinstitution (Akkrediteringsinstitution n.d.), hvorfor landets sygeplejerskeuddannelser, som sygehuse, bliver akkrediteret. Det betyder, at fremtidige forskere med IE-tilgange kunne komplementere Linda Kragelunds ph.d.-afhandling om sygeplejestuderendes læreprocesser gennem disjuncture (*”ikke-rutine situationer”* (p. 280)) i kliniske undervisningsforløb i psykiatrien. Disjuncture kan formentligt ikke ses som et isoleret fænomen uden blik for institutionelt betingede akkrediteringsprocesser af 2007 både i sygeplejerskeuddannelserne og i en psykiatrisk klinik. En IE-undersøgelse ville snarere følge Karin Højbjergs (2011)

---

<sup>33</sup> Artiklen er en del af udviklingsprojektet, der var udgangspunktet for finansieringen af denne ph.d.-afhandling.

Bourdieu-analyser af kliniske vejlederes relation til sygeplejestuderende, hvor hun reflekterer, at en klinisk vejleder ikke kan ses isoleret fra politiske magtstrukturer. Hun spørger, om en klinisk vejleder er *“En institutions(med)arbejder, der tjener nationalstatens interesser eller en sand kunstner på slap line?”* (Højbjerg 2011, p.17).

Jeg afslutter altså afhandlingens kappe ved professionsuddannelserne, altså der, hvor ph.d.-projektet startede i et udviklingsprojekt i sygeplejerskeuddannelsen, og hvor jeg skal tilbage for at arbejde som underviser. I den forbindelse bliver afslutningen på dette kapitel Bibi Hølge-Hazeltons poetiseringer over mine fortællinger fra mine frustrationer under de indledende etnografiske studier.

"Jeg går rundt derude  
bliver helt flov  
Jeg prøver at forestille mig deres indre dialog  
Sygeplejelæreren i mig har svært ved at holde sig tilbage:  
Nu sætter vi os ned og skriver en seddel med punkter  
Så der bliver overblik  
For vi kan fandme ikke være det her bekendt"  
(Hølge-Hazelton 2016)

# Referencer

- Abbott, S. et al., 2005. Developing career pathways for new nurses: lessons from inner London. *British journal of community nursing*, 10(11), pp.508–512.
- Adorno, T., 1998. Essayet som form. *Passage*, 28, pp.101–114.
- Akkrediteringsinstitution, D., Danmarks Akkrediteringsinstitution. *Homepage*. Available at: <http://akkr.dk/> [Accessed December 4, 2017].
- Albutt, G., Ali, P. & Watson, R., 2013. Preparing nurses to work in primary care: educators' perspectives. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 27(36), pp.41–6.
- Ali, P.A., Watson, R. & Albutt, G., 2011. Are English novice nurses prepared to work in primary care setting? *Nurse Education in Practice*, 11(5), pp.304–308.
- Allan, H.T. et al., 2015. People, liminal spaces and experience: Understanding recontextualisation of knowledge for newly qualified nurses. *Nurse Education Today*, 35(2), pp.e78–e83.
- Amos, D., 2001. An evaluation of staff nurse role transition. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 16(3), pp.36–41.
- Andersen, M.H., 2017. Referencehåndtering med Mendeley: mellem organisering, skrivning og samarbejde. *Læring og Medier (LOM)*, 10(17), pp.1–19.
- Andersen, P.T. & Jensen, J.-J., 2010. Healthcare reform in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3), pp.246–252.
- Andersson, E., Salickiene, Z. & Rosengren, K., 2016. To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, 38, pp.144–149.
- Andersson, N. et al., 2007. Professional roles and research utilization in paediatric care: Newly graduated nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), pp.91–97.
- Andersson, N., Cederfjell, C. & Klang, B., 2005. The novice general nurse's view of working in a paediatric setting: A Swedish experience. *Nurse Education in Practice*, 5(4), pp.191–197.
- Andersson, P.L. & Edberg, A.-K., 2010. The Transition from Rookie to Genuine Nurse: Narratives from Swedish Nurses 1 Year After Graduation. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(4), pp.186–192.
- Andrews, G.J. et al., 2005. Improving first-destination recruitment: Nursing students' perceptions of three initiatives in London, England. *Journal of Nursing Management*, 13(4), pp.345–355.
- Arman, M. et al., 2015. The Nordic Tradition of Caring Science : The Works of Three Theorists. , 28(4), pp.288–296.
- Arrowsmith, V. et al., 2016. Nurses' perceptions and experiences of work role transitions: a mixed methods systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), pp.1735–1750.
- Atkinson, R., Curtis, R. & Driscoll, R., 2001. *Mr. Bean - Heart Attack & First Aid*, Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=P9ju80SMWZY>.
- Attree, M. et al., 2011. A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom/England. *Journal of Nursing Management*, 19(6), pp.786–802.

- Ausserhofer, D. et al., 2014. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality & safety*, 23(2), pp.126–35.
- Baillie, L. et al., 2003. The recruitment of newly qualified nurses to their local hospital: can improvements be made? *Journal of Nursing Management*, 11(1999), pp.35–43.
- Bakhtin, M., 1986. The Problems of Speech Genres. In M. Bakhtin, ed. *Speech Genres & Other Late essays*. Texa: University of Texas Press, pp. 60–102.
- Banks, P. et al., 2011. Flying Start NHS™: easing the transition from student to registered health professional. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23–24), pp.3567–3576.
- Barrere, C. & Durkin, A., 2014. Finding the Right Words: The Experience of New Nurses after ELNEC Education Integration Into a BSN Curriculum. *MedSurg Nursing*, 23(1), pp.35–43.
- Bartlett, H.P. et al., 2000. A comparison of the nursing competence of graduates and diplomates from UK nursing programmes. *J Clin Nurs*, 9(3), pp.369–379.
- Beddingham, E. & Simmons, M., 2016. Developing and piloting a new role to enhance the clinical learning environment. *Nursing management (Harrow, London, England: 1994)*, 23(5), pp.18–25.
- Bendixen, C. et al., 2014. *Sygeplejerskeprojektet UCL / UCC*, Buddinge. Available at: [https://www.ucviden.dk/portal/files/26334532/3\\_STATUSRapport\\_FIN\\_maj\\_2014.pdf](https://www.ucviden.dk/portal/files/26334532/3_STATUSRapport_FIN_maj_2014.pdf).
- Benner, P., 1982. From novice to expert. In *A Collection of readings Related to Competency-Based Training*. pp. 110–127.
- Benzein, E. et al., 2008. Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *Journal of family nursing*, 14, pp.162–180.
- Bergenholtz, H., Hølge-Hazelton, B. & Jarlbaek, L., 2015. Organization and evaluation of generalist palliative care in a Danish hospital. *BMC palliative care*, 14 (23) p. 1-11.
- Bhaskar, R., 2008. *A realistic theory of science*, Routledge, Taylor & Francis Group, New York og London
- Bick, C., 2000. Please help! I'm newly qualified. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 14(16), pp.44–7.
- Bjerknes, M.S. & Bjørk, I.T., 2012. Entry into Nursing: An Ethnographic Study of Newly Qualified Nurses Taking on the Nursing Role in a Hospital Setting. *Nursing Research and Practice*, 2012, pp.1–7..
- Blomberg, K. et al., 2016. Work stress among newly graduated nurses in relation to workplace and clinical group supervision. *Journal of Nursing Management*, 24(1), pp.80–87.
- Bo, I.G. & Jacobsen, M.H., 2015. Hverdagslivets følelser - tilstande, relationer, kulturer. In I. G. Bo & M. H. Jacobsen, eds. *Hverdagslivets Følelser*. København: Hans Reitzel Forlag, København, pp. 13–35.
- Van Bogaert, P. & Franck, E., 2013. The mental, physical and emotional health of newly qualified nurses may be influenced by their psychological capital and perceived job fit. *Evidence Based Nursing*, 16(1), pp.31–32.
- Boström, A. et al., 2013. Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden : a national cross-sectional study. *Health Service Research*, 13(165), pp.1–12.
- Boström, A.M. et al., 2009. Registered nurses' application of evidence-based practice: A national survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), pp.1159–1163.
- Bourdieu, P., 2007. *Den praktiske sans*, Hans Reitzels forlag, København

- Bourdieu, P., 2009. *Meditation, Meditations Pascaliennes*, OsloPax Forlag A/S, Oslo.
- Bourdieu, P., 1996. Ritualer som instiftende handlinger. In P. Bourdieu, ed. *Symbolisk Makt*. Oslo: Pax Forlag A/S, pp. 27–38.
- Breimo, J.P., 2012. “Bundet av bistand”: en institusjonell etnografi om organisering av rehabiliteringsprosesser, Ahandling Ph.D. afhandling, Universitetet i Nordland
- Brinkmann, S., 2015. Skyld - følelsen af moral. In I. G. Bo & M. H. Jacobsen, eds. *Hverdagslivets Følelser*. København: Hans Reitzel Forlag, pp. 71–92.
- Brown, H., Edelman, R. & Anonymous, 2000. Project 2000: a study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), pp.857–864.
- Brummelman, E. et al., 2015. Origins of narcissism in children. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(12), pp.3659–3662.
- Burke, L. et al., 2014. Recruiting competent newly qualified nurses in the London region: An exploratory study. *Nurse education today*, 34(10), pp.1283–9.
- Bydam, J., 2008. Sygeplejeprocessen. In S. Glasdam & J. Bydam, eds. *Sygepleje i fortid og nutid - et historisk indblik*. København: Dansk Sygeplejeråd, pp. 181–198.
- Caldwell, K. et al., 2006. Preparing for practice: how well are Practitioners Prepared for Teamwork. , 2(22), pp.1250–1255.
- Caligtan, C. a. & Dykes, P.C., 2011. Electronic health records and personal health records. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(3), pp.218–228.
- Carlin, A. & Duffy, K., 2013. Newly qualified staff's perceptions of senior charge nurse roles. *Nursing management (Harrow, London, England : 1994)*, 20(7), pp.24–30.
- Center for Kvalitet, D., 2010. *Global Trigger Tool. En oversættelse af IHI's værktøj til danske forhold*, Odense Universitetshospital, Svendbor
- Christensen, K. et al., 2009. Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 374(9696), pp.1196–1208.
- Christiansen, T., 2012. Ten years of structural reforms in Danish healthcare. *Health Policy*, 106(2), pp.114–119.
- Clark, T. & Holmes, S., 2007. Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus groups. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), pp.1210–1220.
- Clausen, T., Tufte, P. & Borg, V., 2014. Why are they leaving? Causes of actual turnover in the danish eldercare services. *Journal of Nursing Management*, 22(5), pp.583–592.
- Copp, G. et al., 2007. Preparation for cancer care: Perceptions of newly qualified health care professionals. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(2), pp.159–167.
- Cronin, G. & Cronin, C., 2006. Why does A&E attract newly qualified registered nurses? *Accident and Emergency Nursing*, 14(2), pp.71–77.
- CSC, 2015. A CSC Healthcare Point of View - Agile Health. , pp.2–4.
- Dale, C. et al., 2013. Mouth care for orally intubated patients: A critical ethnographic review of the nursing literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(5), pp.266–274.
- Dale, C.M. et al., 2015. “I’m No Superman”: Understanding Diabetic Men, Masculinity, and Cardiac Rehabilitation. *Qualitative health research*, 25(12) pp.1648-61
- Danbjørg, D.B. & Birkelund, R., 2011. The practical skills of newly qualified nurses. *Nurse Education Today*, 31(2), pp.168–172.
- Danish-eHealth-Authority, 2013. Making eHealth work NATIONAL STRATEGY FOR DIGITALISATION OF THE DANISH HEALTHCARE SECTOR 2013-2017. , pp.1–32. Available at: <http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK> -



- dansk/Sundhedsdata og it/NationalSundhedsIt/Om NSI/Strategy2013-17.ashx.
- Danish Ministry of Health, D., President of Danish Regions, D. & Chairman of Local Government Denmark, D., 2012. *E-health in Denmark*,
- Danish Patient Safety Authority, Danish Patient Safety Authority. *Homepage*. Available at: <https://stps.dk/en> [Accessed May 19, 2017].
- Dansk Lægemiddel Information, D., 2017. *Medicin.dk. Virkning og bivirkning af medicin*. Available at: [www.medicin.dk](http://www.medicin.dk) [Accessed March 8, 2017].
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2015. Et kvalitetsprogram - fra patientsikkert sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet. , pp.1–52. Available at: [http://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/11/psskatalog\\_webversion.pdf](http://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/11/psskatalog_webversion.pdf) f. [Accessed March 8, 2017]
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2007. Global Trigger Tool Somatiske triggere. , pp.1–22. (manual)
- Danske Regioner, D., 2016. Aftale om nationale mål for sundhedsvæsenet 2016. , (april), pp.2016–2017. Available at: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Nye-nationale-maal-april-2016.aspx>. [Accessed March 8, 2017]
- Danske regioner (Danish Regions), 2015. Aftale om regionernes økonomi for 2016 (Agreements of finances of Regions of 2016). *Danske Regioner (Danish Regions)*, p.1. Available at: <http://www.regioner.dk/aktuelt/nyheder/2015/august/aftale+om+regionernes+-oe-konomi+for+2016>. [Accessed March 8, 2017]
- Danske regioner (Danish Regions), 2016. *Nationale mål for sundhedsvæsenet [National goals for health care]*, Sundhedsministeriet, Kommunernes Landsforening & Danske Regioner.
- Darvill, A., 2013. *A qualitative study into the experiences of newly qualified children 's nurses during their transition into children 's community nursing teams* . Ph.d. afhandling, School of Nursing , Midwifery and Social Work College of Health and Social Care .
- Darvill, A., Fallon, D. & Livesley, J., 2014. A different world?: the transition experiences of newly qualified children's nurses taking up first destination posts within children's community nursing teams in England. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 37(1), pp.6–24.
- Datatilsynet (the Danish Data Protection Agency), Datatilsynet (the Danish Data Protection Agency). *Homepage*. Available at: [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk) [Accessed November 16, 2016].
- Dearmun, A.K., 2000. Supporting newly qualified staff nurses: The Lecturer Practitioner contribution. *Journal of Nursing Management*, 8(3), pp.159–165.
- Deasy, C., Doody, O. & Tuohy, D., 2011. An exploratory study of role transition from student to registered nurse (general, mental health and intellectual disability) in Ireland. *Nurse Education in Practice*, 11(2), pp.109–113.
- Deloitte, 2013. *Analyse af de medicinske afdelinger - En kortlægning og vurdering af potentialerne ved en bedre kapacitetsudnyttelse*, Deloitte Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, København.
- Derbyshire, J.A. & Machin, A.I., 2011. Learning to work collaboratively: Nurses' views of their pre-registration interprofessional education and its impact on practice. *Nurse Education in Practice*, 11(4), pp.239–244.
- DeVault, M.L. & McCoy, L., 2006a. Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In D. E. Smith, ed. *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham, New York, Toronto; Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc, pp.

- Diamond, T., 1992. *Making gray gold*, Chicago, University of Chicago Press,
- Diamond, T., 2006. “Where Did You Get the Fur Coat, Fern?” Participant Observations in Institutional Ethnography. In D. E. Smith, ed. *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham, New York, Toronto; Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc, pp. 45–63.
- Dobel-Ober, D., Bradley, E. & Brimblecombe, N., 2013. An evaluation of team and individual formularies to support independent prescribing in mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(1), pp.35–40.
- Dobrev, A. et al., 2008. Benchmarking ICT Use among General Practitioners in Europe: Final Report. *Bonn: Empirica*.
- Dorman, F., 2017. Recognition: An exploration of the processes of counselling and poetry. *Counselling & Psychotherapy Research*, 17(2), pp.95–103.
- Draper, J. et al., 2014. “Ready to hit the ground running”: Alumni and employer accounts of a unique part-time distance learning pre-registration nurse education programme. *Nurse education today*, 34(10), pp.1305–1310.
- Dray, B. et al., 2011. Enhancing the employability of newly qualified nurses: a pilot study. *Journal of Further and Higher Education*, 35(3), pp.299–315.
- Duchscher, J.B., 2009. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), pp.1103–1113.
- Duchscher, J.B., 2008. A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of continuing education in nursing*, 39(10), pp.441–450–452, 480..
- Dybbroe, B., 2010. Professions sociologi - sundhedsprofessioner under pres. In P. T. Andersen & H. Timm, eds. *Sundheds sociologi En grundbog*. København: Hans Reitzels forlag, pp. 191–209.
- Dybbroe, B., 2012. Work Identity and Contradictory Experiences of Welfare Workers in a Life-history Perspective. *FORUM: QUALITATIVE SOCIAL RESEARCH*, 13(3), pp. 107-123.
- Edwards, D. et al., 2011. The effectiveness of strategies and interventions that aim to assist the transition from student to newly qualified nurse: [a systematic review]. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), pp.1254–1268.
- Edwards, D. et al., 2015. A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), pp.1254–1268.
- Ehrenberg, A. et al., 2016. New Graduate Nurses??? Developmental Trajectories for Capability Beliefs Concerning Core Competencies for Healthcare Professionals: A National Cohort Study on Patient-Centered Care, Teamwork, and Evidence-based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), pp.454–462.
- Ehrenberg, A., 2010. *The Wearies of the Self. Diagnosing the History of Depression in Contemporary age*, Montreal and Quebec: McGill Queens University Press.
- Ekström, L. & Idvall, E., 2015. Being a team leader: newly registered nurses relate their experiences. *Journal of Nursing Management*, 23(1), pp.75–86.
- Eraut, M., 2012. Developing a broader approach to professional learning. In A. Mc Kee & M. Eraut, eds. *Learning Trajectories, Innovation and Identity for Professional Development*. London & New York: Springer, pp. 21–46.
- Eraut, Michael; Maillardet, Fred; Miller, Carolyn; Steadman,

- Stephen; Ali, Amer; Blackman, Claire; Furner, Judith, 2003 Learning in the First Professional Job: The First Year of Full Time Employment After College for Accountants, Engineers and nurses Reports - Research; Speech/Meeting Paper
- Eraut, M., 2007a. How Professionals Learn through Work. Available at: <http://learningtobeprofessional.pbworks.com/f/CHAPTER+A2+MICHAEL+ERAUT.pdf>.
- Eraut, M., 2007b. Learning from other people in the workplace. *Oxford Review of Education*, 33(4), pp.403–422.
- Erol, R., Upton, P. & Upton, D., 2016. Supporting completion of an online continuing professional development programme for newly qualified practitioners: A qualitative evaluation. *Nurse Education Today*, 42(2016), pp.62–68.
- Ettorchi-Tardy, A., Levif, M. & Michel, P., 2012. Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health. *Healthcare policy = Politiques de santé*, 7(4), pp.e101-19.
- Evans, K., 2001. Expectations of newly qualified nurses. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 15(41), pp.33–8.
- Evetts, J., 2012. Professionalism in Turbulent Times: Changes, Challenges and Opportunities. In *Propel international Conference, Stilrling*. Nottingham: University of Nottingham.
- Ewens, A., Howkins, E. & McClure, L., 2001. Fit for purpose: does specialist community nurse education prepare nurses for practice? *Nurse Education Today*, 21(2), pp.127–135.
- Farrand, P. et al., 2006. Implementing competency recommendations into pre-registration nursing curricula: Effects upon levels of confidence in clinical skills. *Nurse Education Today*, 26(2), pp.97–103.
- Farrell, M. & Chakrabarti, a., 2001. Evaluating preceptorship arrangements in a paediatric setting. *Journal of Child Health Care*, 5(3), pp.93–100.
- Faulkner, S.L., 2005. 1st International Conference of Qualitative Inquiry (May).
- Federation Northern Nurses', 2003. Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries. *Vård i Norden* 4, 23(70), pp.0–20.
- Felton, A. & Royal, J., 2015. Skills for nursing practice: Development of clinical skills in pre-registration nurse education. *Nurse Education in Practice*, 15(1), pp.38–43.
- Finotto, S. et al., 2013. Teaching evidence-based practice: Developing a curriculum model to foster evidence-based practice in undergraduate student nurses. *Nurse Education in Practice*, 13(5), pp.459–465.
- Flinkman, M., Isopahkala-Bouret, U. & Salanterä, S., 2013. Young registered nurses' intention to leave the profession and professional turnover in early career: a qualitative case study. *ISRN nursing*, 2013, pp. 1-12.
- Flinkman, M. & Salanterä, S., 2015. Early career experiences and perceptions - a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of Nursing Management*, 23(8), pp.1050–1057.
- Folkmann, L. & Rankin, J., 2010. Nurses' medication work: What do nurses know? *Journal of Clinical Nursing*, 19(21–22), pp.3218–3226.
- Forsman, H. et al., 2012. Nurses' research utilization two years after graduation—a national survey of associated individual, organizational, and educational factors. *Implementation Science*, 7(1), pp. 1-12.
- Forsman, H. et al., 2009. Research use in clinical practice - Extent and patterns among

- nurses one and three years postgraduation. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), pp.1195–1206.
- Forsman, H. et al., 2010. Use of research by nurses during their first two years after graduating. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), pp.878–890.
- Foucault, M., 2006. *Ordene og tingene - en arkaologi om humanvidenskaberne*, København: Det lille forlag.
- Frandsen, A., 2011. Tryghed og indbyrdes støtte i unitforløb for nyuddannede sygeplejersker. *Klinisk Sygepleje*, 25(3), pp.62–72.
- Friedman, L., 1999. Why Is Reality a Troubling Concept? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(2), pp.401–425.
- Frost, N., 2016. Professionalism and social change. The implications of social change for the “reflective practitioner.” In M. Dent et al., eds. *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. London: Routledge, pp. 15–24.
- Frølich, A. et al., 2000. *Akkreditering af hospitaler Metoder og erfaringer fra USA, Australien og Canada*, København: Institut for Sundhedsvæsen (DSI).
- Gabutti, I., Mascia, D. & Cicchetti, A., 2017. Exploring “patient-centered” hospitals: a systematic review to understand change. *BMC Health Services Research*, 17(1), p.364.
- Gardiner, I. & Sheen, J., 2016. Graduate nurse experiences of support: A review. *Nurse Education Today*, 40, pp.7–12.
- Gerrish, C., 1990. Fumbling Along. *Nursing Times*, 86(30), pp.35–37.
- Gerrish, K., 2000. Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse’s perception of the transition from student to qualified nurse. *Journal of advanced nursing*, 32(2), pp.473–480.
- Gibb, B., Gibb, R. & Gibb, M., 1977. *Saturday Night Fever Soundtrack*, USA: RSO Records.
- Glasdam, S., 2005. Interview : en diskussion af ligheder og forskelle i Pierre Bourdieus og Steinar Kvaales metodeovervejelser. *Vård i Norden*, 76(25), pp.36–41.
- Glasdam, S., 2008. Uddannelse af sygeplejersker - belyst fra et fagpolitisk perspektiv. In S. Glasdam, ed. *Sygepleje i fortid og nutid - et historisk indblik*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Golder, B., 2007. Foucault and the Genealogy of Pastoral Power. *Radical Philosophy Review*, 10(2), pp.157–176.
- Gordon, S. & Nelson, S., 2005. An End to Angelse. *American Journal of Nursing*, 105(5), pp.62–69.
- Gordon, S. & Nelson, S., 2006. Moving beyond the Virtue Script in Nursing. In S. Nelson & S. Gordon, eds. *The Complexities of Care. Nursing Reconsidered*. Ithaca and London, pp. 13–29.
- Grahame, P.R., 1998. Ethnography , Institutions , and the Problematic of the Everyday World. *Human Studies*, 21, pp.347–360.
- Graven, V.P., Lund, L. & Jacobsen, M.H., 2013. A revival of Death? - Death, Dying and Bereavement in Contemporary. In M. H. Jacobsen, ed. *Deconstruction death. Changing Cultures of Death, Dying, Bereavement and Care in Nordic Countries*. Odense: University Press of Southern University, pp. 27–54.
- Greve, B., 2015. *Den sociale og innovative velfærdsstat*, København: Hans Reitzel Forlag.
- Gundelach, P., Raun Iversen, H. & Warburg, M., 2008. *I hjertet af Danmark*, København, Hans Reitzels forlag.
- Gyldendal, 2009. Den store danske. Available at: <http://www.denstoredanske.dk>
- Hansen, B.V., 2014. *Acute admissions to internal medicine departments in Denmark - studies on*

- admission rate , diagnosis , and prognosis - PhD Dissertation.* Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University Hospital, Aarhus University.
- Hansen, K.R. & Blom, J.N., 2017. 12-talspigerne i medierne Rammesætning og stereotypificering af højtpræsterende piger og kvinder i det danske uddannelsessystem Kenneth Reinecke Hansen og Jonas Nygaard Blom. , pp.102–129.
- Harding, S., 1986. *The science question in feminism*, Cornell, University Press, Ithaca & London
- Hardyman, R. & Hickey, G., 2001. What do newly-qualified nurses expect from preceptorship? Exploring the perspective of the preceptee. *Nurse Education Today*, 21(1), pp.58–64.
- Harris, R. et al., 2013. Equality of employment opportunities for nurses at the point of qualification: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), pp.303–313.
- Harrison-White, K. & Simons, J., 2013. Preceptorship: ensuring the best possible start for new nurses. *Nursing children and young people*, 25(1), pp.24–7.
- Hasse, K. et al., 2016. Nye begreber i sygeplejen. Klinisk beslutningstagning og klinisk lederskab. *Uddannelsesnyt*, 27(3), pp.11–16.
- Hasson, D. & Gustavsson, P., 2010. Declining Sleep Quality among Nurses: A populationbased Four Year Longitudinal Study on the Transition from Nursing Education to Working Life. *PLoS ONE*, 5(12), pp. 1-5.
- Hek, G. & Shaw, A., 2006. The contribution of research knowledge and skills to practice: an exploration of the views and experiences of newly qualified nurses. *Journal of Research in Nursing*, 11(6), pp.473–482.
- Heubel, F., 2015. The “Soul of Professionalism” in the Hippocratic Oath and today. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(2), pp.185–194.
- Hickerson, K.A., Taylor, L.A. & Terhaar, M.F., 2016. The Preparation–Practice Gap: An Integrative Literature Review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(1), pp.17–23.
- Hickey, G., 2000. Newly qualified and into the community? *Paediatric Nursing*, 12(9), pp.30–33.
- Higgins, G., Spencer, R.L. & Kane, R., 2010. A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 30(6), pp.499–508.
- Hill, C.A., Winfrey, K.L. & Rudolph, B.A., 1997. “Best hospitals”: A description of the methodology for the index of hospital quality. *Inquiry*, 34(1), pp.80–90.
- Hillman, L., Foster, R.R. & Hillman, L., 2011. The impact of a nursing transitions programme on retention and cost savings. , pp.50–56.
- Holge-Hazelton, B. & Krojer, J., 2008. (Re)constructing strategies: A methodological experiment on representation. *International Journal of Qualitative Studies in Education (QSE)*, 21(1), pp.19–25.
- Holland, K. et al., 2010. Fitness for practice in nursing and midwifery education in Scotland, United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3–4), pp.461–469.
- Hollywood, E., 2011. The lived experiences of newly qualified children’s nurses. *The British journal of nursing*, 20(11), pp.665–671.
- Holm-Petersen, C., Wadmann, S. & Andersen, N.B.V., 2015. *Styringsreview på hospitalsområder - Forslag til procedure- og regelforenkling*, Available at: <http://www.kora.dk/media/3887470/10775-styringsreview-paa->

hospitalsomraadet.pdf.

- Holm-Petersen, C., Asmussen, M. & Willemann, M., 2010. *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger*, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Hopkinson, J.B., 2001. Facilitating the development of clinical skills in caring for dying people in hospital. *Nurse Education Today*, 21(8), pp.632–639.
- Hopkinson, J.B. & Hallett, C.E., 2002. Good death? An exploration of newly qualified nurses understanding of good death. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(11), pp.532–539.
- Hopkinson, J.B., Hallett, C.E. & Luker, K. a., 2003. Caring for dying people in hospital.
- Hopkinson, J.B., Hallett, C.E. & Luker, K. a., 2005. Everyday death: How do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), pp.125–133.
- Horsburgh, D. & Ross, J., 2013. Care and compassion: the experiences of newly qualified staff nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7–8), pp.1124–1132.
- Hultell, D. & Gustavsson, J.P., 2010. A psychometric evaluation of the Scale of Work Engagement and Burnout (SWEBO). *Work*, 37(3), pp.261–274.
- Højbjerg, K., 2011. *Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse* Ph.d. afhandling, Forskerskolen ved Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet
- Højholt, C. & Schraube, E., 2016. Introduction toward a Psychology of Everyday Life. In E. Schraube & C. Højholt, eds. *Psychology and the Conduct of Everyday Life*. London & New York: Routledge Taylor & Francis Group, pp. 2–14.
- Hølge-Hazelton, B., 2016. Email. *Email*.
- IHI, 2016. Institute for Healthcare Improvement. *Homepage*. Available at: <http://www.ihl.org> [Accessed April 24, 2017].
- IKAS, 2012. Accreditation standards for hospitals, 2nd version. , (April). Available at: <http://www.ikas.dk/FTP/PDF/D12-10072.pdf>.
- IKAS, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Available at: [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk) [Accessed November 15, 2017].
- IKAS, 2016. Introduction to DDKM. *Homepage*. Available at: [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk) [Accessed April 24, 2017].
- Ikas, 2013. *Akkrediteringsstandarder for sygehuse*, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet
- International Council of Nurses, 2006. *The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention*, Available at: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/The\\_Global\\_Nursing\\_Shortage-Priority\\_Areas\\_for\\_Intervention.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/The_Global_Nursing_Shortage-Priority_Areas_for_Intervention.pdf). [Accessed April 24, 2017].
- ISO, ISO (International Organization for Standardization). *Homepage*. Available at: [www.iso.org](http://www.iso.org) [Accessed October 27, 2016].
- ISO, I.O. for standardization, 2012. International Standard ISO 15189. *International Organization for standardization ISO*, 3.
- Ivarsson, B. & Nilsson, G., 2009. The subject of pedagogy from theory to practice - The view of newly registered nurses. *Nurse Education Today*, 29(5), pp.510–515.
- Jack, K. & Miller, E., 2008. Exploring self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice*, 12(3), pp.31–35.
- Jackson, C., 2005. The experience of a good day: a phenomenological study to explain a

- good day as experienced by a newly qualified RN. *International Journal of Nursing Studies*, 42(1), pp.85–95.
- Jackson, K., 2005. The roles and responsibilities of newly qualified children's nurses. *Paediatric nursing*, 17(6), pp.26–30.
- Jacobsen, M.H., 2008. Eleanor Rigby-syndromet - om alderdom, ensomhed og social død i den senmoderne verden. In M. H. Jacobsen & M. Haakonsen, eds. *Memento mori - døden i Danmark i et tværfagligt lys*. Odense: Syddansk Universitetsforlag, pp. 95–122.
- Jacobsen, M.H., 2013. The Cultural Construction and Deconstruction of Death. In M. H. Jacobsen, ed. *Deonstruktion death. Changing Cultures of Death, Dying, Bereavement and Care in Nordic Countries*. Odense: University Press of Southern University, pp. 11–23.
- Jacobsen, M.H. & Haakonsen, M., 2008. *Memento mori - døden i Danmark i tværfagligt lys*. Syddansk Universitet, Odense.
- Jamieson, L., Harris, L. & Hall, A., 2012. Providing support for newly qualified practitioners in Scotland. *Nursing standard*, 27(2), pp.33–6.
- Jangland, E., Yngman Uhlin, P. & Arakelian, E., 2016. Between two roles ??? Experiences of newly trained nurse practitioners in surgical care in Sweden: A qualitative study using repeated interviews. *Nurse Education in Practice*, 21, pp.93–99.
- Jensen, C.J., 2016. Bagsiden af succesmedaljen. *Uddannelsesnyt*, 27(2), pp.20–22.
- Jensen, C.J., 2014. Hvordan gør vi tingene her? - et Michael Eraut - inspireret fokus på sygeplejestuderendes første kliniske undervisningsforløb. *Kliniske Sygepleje*, 28(3), pp.32–45.
- Jensen, C.J., 2009. *Hvorfor tror vi der er så meget forskel på kvindelige og mandlige sygeplejerskers praktiske handlinger? - et opgør med denne tanke*. Århus C: Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- Jensen, C.J., 2018. Poetiske repræsentationer af nyuddannede sygeplejerskers første møde med virkeligheden på medicinsk afdeling. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(2).
- Jensen, C.J., Drachmann, M. & Kofoed, L., 2014. Transgressive first clinical experiences. *GSTF Journal of Nursing and Health Care (JNHC)*, 1(2), pp.45–50.
- Jewell, A., 2013. Supporting the novice nurse to fly: A literature review. *Nurse education in practice*, 13, pp.323–328.
- Johnson, M. et al., 2015. “Doing the writing” and “working in parallel”: How “distal nursing” affects delegation and supervision in the emerging role of the newly qualified nurse. *Nurse Education Today*, 35(2), pp.e29–e33.
- Jones, A., Benbow, J. & Gidman, R., 2014. Provision of training and support for newly qualified nurses. *Nursing standard*, 28(19), pp.44–50.
- Jones, D. et al., 2010. Standardized nursing languages: essential for the nursing workforce. *Annual Review of Nursing Research*, 28, pp.253–294.
- Joseph, S. & Juwah, C., 2012. Using constructive alignment theory to develop nursing skills curricula. *Nurse Education in Practice*, 12(1), pp.52–59.
- Just, E., 2005. *Viden og læring i sundhedsfaglig praksisfællesskaber. Fortællinger om lægers og sygeplejerskers læring i praksis. Et feltstudie*. Ph.d. afhandling, Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi, Aalborg, Universitet.
- Kaihlanen, A.M., Lakanmaa, R.L. & Salminen, L., 2013. The transition from nursing student to registered nurse: The mentor's possibilities to act as a supporter. *Nurse Education in Practice*, 13(5), pp.418–422.
- Kapborg, I.D. & Berterö, C.M., 2009. Swedish student nurses' knowledge of health statutes: A descriptive survey. *International Nursing Review*, 56(2), pp.222–229.

- Kelly, D. & Simpson, S., 2001. Action research in action: reflections on a project to introduce Clinical Practice Facilitators to an acute hospital setting. *Journal of advanced nursing*, 33(5), pp.652–659.
- Kent, B., Anderson, N.E. & Owens, R.G., 2012. Nurses' early experiences with patient death: The results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), pp.1255–1265.
- Ketelaar, S.M. et al., 2015. Exploring novice nurses' needs regarding their work-related health: a qualitative study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(7), pp.953–962.
- Klainberg, M., 2010. An Historical Overview of Nursing. In, Klainberg, K. & Dirschel, K (Eds). *Today's Nursing Leader: Managing, Succeeding, Excelling*, Burlington, Jones & Bartlett Learning, pp.21–40.
- Kramer, M., 1974. *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*, St. Louis: C.V. Mosby.
- Kumaran, S. & Carney, M., 2014a. Role transition from student nurse to staff nurse: Facilitating the transition period. *Nurse Education in Practice*, 14(6), pp.605–611.
- Kumaran, S. & Carney, M., 2014b. Role transition from student nurse to staff nurse: facilitating the transition period. *Nurse education in practice*, 14(6), pp.605–11.
- Kuokkanen, L. et al., 2016. Newly graduated nurses' empowerment regarding professional competence and other work-related factors. *BMC Nursing*, 15(22), pp. 1-8.
- Ladegaard, L.G., 2013. Nurses' experience of stress and burnout: a literature review [Danish]. *Klinisk Sygepleje*, 27(1), pp.15–26.
- Lauder, W. et al., 2011. The quality of on-line communication in a national learning programme for newly qualified nurses, midwives and allied health professionals. *Nurse Education in Practice*, 11(3), pp.206–210.
- Lave, J. & Wenger, E., 1991. *Situated learning*, Cambridge University Press. Available at: <http://rub.ruc.dk/soeg/kviksoeg/?query=X001104631> [Accessed September 22, 2016].
- Lehn-Christiansen, S., 2016. *Tværfagligt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*, København: Munksgaard.
- Leigh, J. a et al., 2005. A case study of a preceptorship programme in an acute NHS Trust--using the European Foundation for Quality Management tool to support clinical practice development. *Journal of nursing management*, 13(6), pp.508–518.
- Lewis, S. & McGowan, B., 2015. Newly qualified nurses' experiences of a preceptorship. *British Journal of Nursing*, 24(1), pp.40–43.
- Lofmark, A., Smide, B. & Wikblad, K., 2006. Competence of newly-graduated nurses - A comparison of the perceptions of qualified nurses and students. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), pp.721–728.
- Long, A., 2001. Functionalism and holism: community nurses' perceptions of health. *Journal of clinical nursing*, 10, pp.320–329.
- Lundgaard Andersen, L. & Dybbroe, B., 2011. The psycho-societal in social and health care: implications for inquiry, practice and learning in welfare settings. *Journal of Social Work Practice*, 25(3), pp.261–269.
- Lynch, O.H., 2009. Kitchen Antics: The Importance of Humor and Maintaining Professionalism at Work. *Journal of Applied Communication Research*, 37(October 2014), pp.444–464.
- Lövgrén, M. et al., 2014. Neck/shoulder and back pain in new graduate nurses: A growth



- mixture modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), pp.625–639.
- Maben, J., Latter, S. & Clark, J.M., 2007. The sustainability of ideals, values and the nursing mandate: Evidence from a longitudinal qualitative study. *Nursing Inquiry*, 14(2), pp.99–113.
- Maben, J., Latter, S. & Clark, J.M., 2006. The theory–practice gap: impact of professional–bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), pp.465–477.
- Machin, A.I. & Pearson, P., 2014. Action learning sets in a nursing and midwifery practice learning context: A realistic evaluation. *Nurse Education in Practice*, 14(4), pp.410–416.
- Madsen, J.M. & Frederiksen, K., 2008. Kald eller profession (Vocation or Profession). *Vård i Norden*, 28(1), pp.36–40.
- Manzano-García, G. & Ayala-Calvo, J.C., 2014. An overview of nursing in Europe: A SWOT analysis. *Nursing Inquiry*, 21(4), pp.358–367.
- Marks-Maran, D. et al., 2013. A preceptorship programme for newly qualified nurses: A study of preceptees’ perceptions. *Nurse Education Today*, 33(11), pp.1428–1434.
- Martinsen, K., 2010. *Fra Marx til Løgstrup (From Marx to Løgstrup)*, København: Munksgaard Danmark.
- Martinsen, K., 2006. *Samtalen, skønnet og evidensen (Dialogue, Judgement and Evidence)*, København: Gads Forlag.
- Marx, K., 1970. Den tyske ideologi. In J. Hartnack & J. Sløk, eds. *De store tænkere - Karl Marx*. København: Berlingske Forlag, pp. 100–129.
- Maxwell, C. et al., 2011. Challenges facing newly qualified community nurses: A qualitative study. *British Journal of Community Nursing*, 16(9), pp.428–434.
- McCoy, L., 2006. Keeping the Institution in View: Working with Interview Accounts of Everyday Experience. In D. E. Smith, ed. *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham, New York, Toronto; Oxford: Altamira Press, pp. 109–125.
- Mccrae, N., Askey-Jones, S. & Laker, C., 2014. Merely a stepping stone? Professional identity and career prospects following postgraduate mental health nurse training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), pp.767–773.
- McEwan, T., Pollard, M. & Rankin, J., 2014. Newly qualified children’s nurses experiences of supporting postnatal women within Scottish neonatal units. *Journal of Neonatal Nursing*, 20(3), pp.95–101.
- McGibbon, E., Peter, E. & Gallop, R., 2010. An institutional ethnography of nurses’ stress. *Qualitative Health Research*, 20(10), pp.1353–1378.
- Mead, G.H. & Vaage, S., 1998. *Andre perspektiver*, Munksgaard. Available at: <http://rub.ruc.dk/soeg/kviksoeg/?query=8716122119> [Accessed November 19, 2015].
- Meleis, A.I., 2010. *Transitions Theory. Middle-range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*, New York: Springer Publishing Company.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Health Ministry), 2014. Bekendtgørelse af sundhedsloven. *Bekendtgørelse (Act of Health)*. Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=152710>.
- Ministry of Health, D., 2016. *Healthcare in Denmark*,
- Missen, K., McKenna, L. & Beauchamp, A., 2014. Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programmes in their first year of employment: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), pp.2419–33.
- Mitchel, P., 2008. Patient Safety and Quality. In R. G. Hughes, ed. *Patient Safety and Quality:*

- An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, pp. 1–5.
- Moestrup, L., 2014. “Hun forsvinder ikke” kvalitativt studie af døende patienters og - pårørendes overvejelser om en fortsat relation efter døden. , (4), pp.62–78.
- Molleman, E. & van der Vegt, G.S., 2007. The performance evaluation of novices: The importance of competence in specific work activity clusters. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 80(3), pp.459–478.
- Monaghan, T., 2015. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory–practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 35(8), pp.e1–e7.
- Mooney, M., 2007a. Facing registration: The expectations and the unexpected. *Nurse Education Today*, 27(8), pp.840–847.
- Mooney, M., 2007b. Newly qualified Irish nurses’ interpretation of their preparation and experiences of registration. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), pp.1610–1617.
- Mooney, M., 2007c. Professional socialization: The key to survival as a newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Practice*, 13(2), pp.75–80.
- Mueller, P.A. & Oppenheimer, D.M., 2016. Technology and note-taking in the classroom, boardroom, hospital room, and courtroom. *Trends in Neuroscience and Education*, 5(3), pp.139–145.
- Muir, J. et al., 2013. A preceptorship programme for newly qualified nurses: A study of preceptees’ perceptions. *Nurse Education Today*, 33(11), pp.1428–1434.
- Munroe, B. et al., 2013. The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21–22), pp.2991–3005.
- Murray-parahi, P. et al., 2016. New graduate registered nurse transition into primary health care roles : an integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25, pp.3084–3101.
- Murrells, T., Robinson, S. & Griffiths, P., 2008a. Is satisfaction a direct predictor of nursing turnover? Modelling the relationship between satisfaction, expressed intention and behaviour in a longitudinal cohort study. *Human resources for health*, 6, p.22.
- Murrells, T., Robinson, S. & Griffiths, P., 2008b. Job satisfaction trends during nurses’ early career. *BMC Nursing*, 7(1), p.7-12
- Mäkinen, M. et al., 2010. Assessment of CPR-D skills of nursing students in two institutions: reality versus recommendations in the guidelines. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*, 17(4), pp.237–9.
- Newton, P. et al., 2015. Exploring selection and recruitment processes for newly qualified nurses: a sequential-explanatory mixed-method study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), pp.54–64.
- Nielsen, E.J., 2015. *Forbandede sunddom*, Rask Mølle: Dreamlitt.
- Nielsen, S.B., 2008. Mænd i Kvindefag. In R. Emerek & H. Holt, eds. *Lige muligheder - Fri Vælg? Om det kønsopdelte arbejdsmarked gennem årti*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, pp. 263–289.
- Nilsson, J. et al., 2014. Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported professional competence-The nurse professional competence (NPC) Scale. *Nurse Education Today*, 34(4), pp.574–580.

- Nolan, J.P. et al., 2010. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 81(10), pp.1219–1276.
- Numminen, O. et al., 2014. Do educational outcomes correspond with the requirements of nursing practice: educators' and managers' assessments of novice nurses' professional competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), pp.812–821..
- Numminen, O., Leino-Kilpi, H., et al., 2015. Ethical climate and nurse competence - newly graduated nurses' perceptions. *Nursing Ethics*, 22(8), pp.845–859.
- Numminen, O., Leino-kilpi, H., et al., 2015a. Newly Graduated Nurses ' Competence and Individual and Organizational Factors : A Multivariate Analysis. *Nursing Schollarship*, 47 (5) pp. 446-457
- Numminen, O., Leino-kilpi, H., et al., 2015b. Newly graduated nurses ' occupational commitment and its associations with professional competence and work-related factors. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (1-2) pp. 117–126.
- Numminen, O. et al., 2016. Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: Perception of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(1), pp.E1–E11.
- Nørby, E.T., Dam, M. & Hansen, B., 2017. *NATIONALE MÅL FOR VÆSENET (National goal for Health Care System)*,
- O'Connor, S.E. et al., 2001. An evaluation of the clinical performance of newly qualified nurses: a competency based assessment. *Nurse Education Today*, 21(7), pp.559–568.
- O'Hanlon, L., Reynolds, T. & Gale, C., 2005. A development initiative for newly qualified mental health nurses. *Mental Health Practice*, 8(8), pp.44–45.
- O'Kane, C.E., 2012. Newly qualified nurses experiences in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 17(1), pp.44–51.
- O'Shea, M. & Kelly, B., 2007. The lived experiences of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), pp.1534–1542.
- Odelius, A. et al., 2017. Implementing and assessing the value of nursing preceptorship. *Nursing Management*, 23(9), pp.35–37.
- Odland, L.H., Sneltdedt, T. & Sørli, V., 2014. Responsible but unprepared: Experiences of newly educated nurses in hospital care. *Nurse Education in Practice*, 14(5), pp.538–543.
- Palese, A., Tasatto, D. & Mesaglio, M., 2009. Process and Factors Influencing Italian Nurse Graduates' First Choice of Employment. *Journal for nurses in staff Development*, 25(4), pp.184–190.
- Palese, A. & al., et, 2007. Factors influencing the choice of the first ward. Comparaision between newly qualified nurses and managers. *Journal of nursing management*, 15, pp.59–63.
- Panzavecchia, L. & Pearce, R., 2014. Nurse Education Today Are preceptors adequately prepared for their role in supporting newly quali fi ed staff? *Nurse Education Today*, 34(7), pp.1119–1124.
- Park, J.R. et al., 2011. The knowledge and skills of pre-registration masters' and diploma qualified nurses: A preceptor perspective. *Nurse Education in Practice*, 11(1), pp.41–46.
- Parker, J., Cleveland, N. & Ah-Thion, C., 2014. Using group preceptorship to support novice nurses. *Nursing Times*, 110(36), pp.15–17.
- Parmenter, D., 2010. *Key Performance Indicators Developing, Implementing, and Using Winning KPIs*, New Jersey, Wiley.

- Pedersen, K.M., 2008. Manglen på arbejdskraft i sundhedsvæsenet og hvordan man kan tiltrække og fastholde kvalificeret arbejdskraft. Health Economics Papers, Syddansk Universitet
- Pennbrant, S. et al., 2013. Mastering the professional role as a newly graduated registered nurse. *Nurse Education Today*, 33(7), pp.739–745.
- Petersen, K.A., 2013. Kari Martinsen og dansk sygepleje, filosofi, forskning og videnskab (Kari Martinsen and Danish Nursing, philosophy, research and science). *Klinisk Sygepleje (Journal of Clinical Nursing)*, 27(3), pp.4–7.
- Potolsky, M., 2006. *Mimesis*, Routledge.
- Rankin, J., 2017. Conducting Analysis in Institutional Ethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), pp. 1-11
- Rankin, J.M., 2003. “Patient satisfaction”: Knowledge for ruling hospital reform - An institutional ethnography. *Nursing Inquiry*, 10(1), pp.57–65.
- Rankin, J.M., 2009. The Nurse Project: An analysis for nurses to take back our work. *Nursing Inquiry*, 16(4), pp.275–286.
- Rankin, J.M., 2015. The rhetoric of patient and family centred care: an institutional ethnography into what actually happens. *Journal of Advanced Nursing*, 71(3), pp.526–534.
- Rankin, J.M. & Campbell, M.L., 2006. *Managing to Nurse Inside Canada’s Health Care Reform*, Torinti, Buffalo, London: University of Toronto Press.
- Raunkiær, M., 2012. Forestillinger om døden blandt ældre med etnisk minoritetsbaggrund i eget hjem og på plejehjem. *Klinisk Sygepleje*, 26(3), pp.61–73.
- Region Sjælland, 2015a. *Hjertelungeredning af voksne for sundhedsfagligt personale*, Danmark.
- Region Sjælland, 2015b. Introduktion til nyansatte (Introduction to New employees). *Clinical Guideline*. Available at: <http://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=217239&q=nyansat> [Accessed October 22, 2015].
- Region Sjælland, 2013. Nyhedsbrev - Elektronisk sygeplejedokumentation (Newsletter - electronic nursing documentation).
- Region Sjælland, 2015c. Observation og opfølgning på kritiske observationsfund (BOS). *Region Sjællands Dokumentportal*. Available at: <http://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=178727> [Accessed October 22, 2016].
- Region Sjælland, 2015d. Palliativ pleje, behandling og omsorg for den uhelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende. *Region Sjællands Dokumentportal*.
- Region Sjælland, dk, 2017a. Avanceret genoplivning for specielt uddannet personale. *Region Sjællands Dokumentportal*. Available at: <http://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=504041&q=hjertestop>.
- Region Sjælland, dk, 2016. Diabetisk ketoacidose – behandling voksne. *Region Sjællands Dokumentportal*. Available at: <http://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=495329&q=diabetes> [Accessed October 22, 2017].
- Region Sjælland, dk, 2017b. *Early Warning Score (EWS) - systematisk observation og risikovurdering af indlagte patienter samt dertil hørende handlingsalgoritme*, Available at: <http://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=510759>[Accessed October 22, 2017].
- Region Sjælland, dk, 2015a. *Tværsætoriel kommunikation og samarbejde ved indlæggelse og*

*udskrivelse*, D4 standard.

- Region Sjælland, dk, 2015b. Uddannelse i genoplivning i Region Sjælland (Education in Resuscitation in Region Zealand). *Clinical Guideline*. Available at: <http://dok.regionsjælland.dk/view.aspx?DokID=294784> [Accessed July 9, 2017].
- Region Sjælland (Region Zealand), 2016. Region Sjælland vi er til for dig (Region Zealand, We are here for you). *Homepage*. Available at: [www.regionsjælland.dk](http://www.regionsjælland.dk).
- Richardson, L., 1988. The Collective Story: Postmodernism and the Writing of Sociology. *Sociological Focus*, 21(3), pp.199–208.
- Richardson, L., 2002. Writing Sociology. *Cultural Studies Critical Methodologies*, 2(3), pp.414–422..
- Richardson, L., 1990. *Writing strategies*. Sage Publications, Newbury Park, London, New Dehli
- Richardson, L., 1994. Writing: A method of inquiry. In N. Denzin & Y. Lincoln, eds. *Handbook of Qualitative Research*. Newbury Park: SAGE, pp. 516–529.
- Richardson, L. & St. Pierre, E., 2000. Writing - A method of inquiry. In N. Denzin & Y. Lincoln, eds. *The Sage Handbook of Qualitative research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, pp. 959–978.
- Roberts, S., Kelly, C. & S., R., 2007. Developing a career pathway within community nursing. *British journal of community nursing*, 12(5), pp.225–227.
- Rognstad, M.K. & Aasland, O., 2007. Change in career aspirations and job values from study time to working life. *Journal of Nursing Management*, 15(4), pp.424–432.
- Romyn, D.M. et al., 2009. Successful transition of the new graduate nurse. *International journal of nursing education scholarship*, 6(1), p 10-28
- Ronsten, B., Andersson, E. & Gustafsson, B., 2005. Confirming mentorship. *Journal of Nursing Management*, 13(4), pp.312–321.
- Ross, H. & Clifford, K., 2002. Research as a catalyst for change: The transition from student to Registered Nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 11(4), pp.545–553.
- Roxburgh, M. et al., 2010. Early findings from an evaluation of a post-registration staff development programme: The Flying Start NHS initiative in Scotland, UK. *Nurse Education in Practice*, 10(2), pp.76–81.
- Rudman, A. et al., 2010. Monitoring the newly qualified nurses in Sweden: the Longitudinal Analysis of Nursing Education (LANE) study. *Human resources for health*, 8, p.10-15
- Rudman, A. et al., 2012. Registered nurses' evidence-based practice: A longitudinal study of the first five years after graduation. *Int J Nurs Stud*, 49(12 PG-1494-1504), pp.1494–1504.
- Rudman, A. & Gustavsson, J.P., 2011. Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), pp.292–306.
- De Ruiter, H., Liaschenko, J. & Angus, J., 2015. Problems with the electronic health record. *Nursing Philosophy*, pp.1–10.
- Runciman, P., Dewar, B. & Goulbourne, A., 2002. Newly qualified Project 2000 staff nurses in Scottish nursing homes: issues for education. *Nurse Education Today*, 22(7), pp.593–601.
- Rungapadiachy, D.M., Madill, A. & Gough, B., 2006. How newly qualified mental health nurses perceive their role. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(5), pp.533–42.
- Rush, K.L. et al., 2013. Best practices of formal new graduate nurse transition programs:

- An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), pp.345–356.
- Schraube, E. & Højholdt, C., 2016. Introduction - Toward a Psychology of Everyday Living. In E. Schraube & C. Højholdt, eds. *Psychology and the Conduct of Everyday Life*. London & New York: Routledge, pp. 1–14.
- Shilling, C., 2016. The Rise of Body Studies and the Embodiment of Society: A Review of the Field. *Horizons in Humanities and Social Sciences*, 2(1), pp.1–14.
- Sibbald, B. et al., 2002. Solving inequities in provider distribution: Loan repayment. *Health and Social Care in the Community*, 10(3), pp.162–167.
- Smeby, J.C. & Vågan, A., 2008. Recontextualising professional knowledge – newly qualified nurses and physicians. *Journal of education and work*, 21(2), pp.159–173.
- Smith, D.E., 2008. From the 14th floor to the sidewalk: Writing sociology at ground level. *Sociological Inquiry*, 78(3), pp.417–422.
- Smith, D.E., 2006. Incorporating Texts into Ethnography. In D. E. Smith, ed. *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham, New York, Toronto; Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc, pp. 65–1008.
- Smith, D.E., 2005. *Institutional Ethnography - A Sociology for People*, Lanham, New York, Toronto; Oxford: Altamira Press.
- Smith, D.E., 1987. *The everyday world as problematic*, Northeastern University Press.
- Smith, D.E., 1999. *Writing the Social: Critique, Theory, and investigations* Toronto Un., Torinti, Buffalo, London.
- Smythe, D., 2009. A few laced genes: women’s standpoint in the feminist ancestry of Dorothy E. Smith. *History of the human sciences*, 22(2), pp.22–57.
- Snelvedt, T. & Bondas, T., 2016. Proud to be a nurse? Recently graduated nurses’ experiences in municipal health care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), pp.557–564.
- Snilstveit, B. et al., 2016. Evidence & Gap Maps: A tool for promoting evidence informed policy and strategic research agendas. *Journal of Clinical Epidemiology*, 79(Articles In Press), pp.120–129.
- Southern, J., 2016. A Lady “in Proper Proportions”? Feminism, Lytton Strachey, and Florence Nightingale’s Reputation, 1918–39. *Twentieth Century British History*, 28(1), pp. 1-28.
- Spence Laschinger, H.K. et al., 2009. Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: Does experience matter? *Journal of Nursing Management*, 17(5), pp.636–646.
- Stacey, G. & Hardy, P., 2011. Challenging the shock of reality through digital storytelling. *Nurse Education in Practice*, 11(2), pp.159–164.
- Stickley, T., 2002. Counselling and mental health nursing: a qualitative study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(3), pp.301–308.
- Stirling, K., Smith, G. & Hogg, G., 2012. The benefits of a ward simulation exercise as a learning experience. *British journal of nursing (Mark Allen ...)*, 21(2), pp.116–122..
- Storm, S.B., 2009. Dram - i èt nu. In A. Fink-Jensen, K; Nielsen, ed. *Æstetiske læreprocesser - i teori og praksis*. Værløse: Billesø & Baltzer.
- Styrelsen for patientsikkerhed, Styrelsen for patientsikkerhed. *Homepage*. Available at: [www.stps.dk](http://www.stps.dk) [Accessed January 1, 2017].
- Sundheds- og Ældreministeriet, 2011. Lov om videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter - retsinformation.dk. *LOV nr 593 af 14/06/2011*, 2011(593), pp.1–16.

- Sundheds- og Ældreministeriet (Ministry of health), 2016. Beskrivelse af indikatorer – de nationale mål (Description of Indicators - National Goals). , (september), pp.1–12. Available at: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer\\_Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Nationale-maal/Indikatorforklaring.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer_Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/Indikatorforklaring.ashx).
- Sundhedsstyrelsen, 2011. *Anbefalinger for den palliative indsats 2011*
- Sundhedsstyrelsen, 2016. Den ældre medicinske patient. Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/aeldre/aeldre-medicinske-patient> [Accessed october 22.2017]
- Sundhedsstyrelsen, 2007. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus - en medicinsk teknologivurdering. , 7 (4)(4), p.242.
- Sundhedsstyrelsen, 2012. National handlingsplan for den ældre medicinske patient. *Sundhedsstyrelsen*, (december 2011), p.12.
- Suresh, P., Matthews, A. & Coyne, I., 2013. Stress and stressors in the clinical environment: A comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5–6), pp.770–779.
- Sutherland, N. et al., 2015. Gendered Processes in Hospice Palliative Home Care for Seniors With Cancer and Their Family Caregivers. *Qual Health Res*, 26(7) pp. 907–920.
- Tapping, J., Muir, J. & Marks-Maran, D., 2013. How first experiences influence newly qualified nurses. *British Journal of Nursing*, 22(2), pp.102–109.
- Tapping, J., Muir, J. & Marks-maran, D., 2013. Newly Qualified Nurses. *British Journal of Nursing*, 22(2), pp.102–109.
- Tastan, S., Unver, V. & Hatipoglu, S., 2013. An analysis of the factors affecting the transition period to professional roles for newly graduated nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 60(3), pp.405–412.
- Tennant, M., 2009. Lifelong learning as a technology of the self. In K. Illeris, ed. *Contemporary Theories of learning. Learning theorists ... in their own words*. London & New York: Routledge Taylor & Francis Group, pp. 147–158.
- Teoh, Y.T.E., Pua, L.H. & Chan, M.F., 2013. Lost in transition - A review of qualitative literature of newly qualified Registered Nurses' experiences in their transition to practice journey. *Nurse Education Today*, 33(2), pp.143–147.
- The Danish Data Protection Agency, 2011. The Danish Data Protection Agency. *Homepage*. Available at: [www.datatilsynet.dk/english](http://www.datatilsynet.dk/english) [Accessed November 6, 2017].
- The Danish Health Authority, D., Danish Health Authority. *Homepage*. Available at: <https://www.sst.dk/en> [Accessed March 29, 2017].
- The Joint Commission, The Joint Commission. *Homepage*. Available at: <https://www.jointcommission.org> [Accessed October 12, 2017].
- Thompson, G., Austin, W. & Profetto-McGrath, J., 2010. Novice nurses' first death in critical care. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 21(4), pp.26–36.
- Thyrsøe, L. et al., 2011. Expectations of becoming a nurse and experiences on being a nurse. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 31(3), pp.15–19.
- Thyrsøe, L. et al., 2012. Newly qualified nurses — Experiences of interaction with members of a community of practice. *Nurse Education Today*, 32(5), pp.551–555..
- Thyrsøe, L.H., 2010. *At blive og at være sygeplejerske: en undersøgelse af oplevelsen ved at være næsten færdiguddannet og nyuddannet sygeplejerske og interaktionens betydning for deltagelse i praksisfællesskabet*, Odense: Phd. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

- Thrysøe, L.H., 2011. At blive sygeplejerske. Betydningen af deltagelse i praksisfællesskabet. *Uddannelsesnyt*, 22(1), pp.11–16.
- Thuesen, J., 2013. *Gammel og svækket i nye omgivelser. Narrativt arbejde i brugerorienterede rehabiliteringsforløb.*, Ph.d. afhandling, Forskerskolen for livslang læring, Roskilde Universitet.
- Timm, H., 2008. Foranderlighed og forgængelighed - kropsforståelser af uhelbredeligt syge og døende mennesker. In M. H. Jacobsen & M. Haakonsen, eds. *Memento mori - døden i Danmark i et tværfagligt lys*. Odense: Syddansk Universitetsforlag, pp. 50–64.
- Tingle, A., 2002. Mental health nurses: changing practice? *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), pp.657–63.
- Tingleff, E.B., Blach, C. & Buus, N., 2010. En kvalitativ metasyntese af psykiatriske sygeplejerskers oplevelser af transitionen fra at være studerende til at være nyuddannet. *Vård i Norden*, 30(1), pp.45–47.
- Tingleff, E.B. & Dalsgaard, K., 2015. “ At falde ind i kulturen ”: et interview studie af nyansat pleje - personales oplevelser i voksenpsykiatrien. , (3), pp.11–26.
- Tingleff, E.B. & Gildberg, F.A., 2014. New graduate nurses in transition: A review of transition programmes and transition experiences within mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(6), pp.534–544.
- Tingleff, E.B., Rossen, C.B. & Buus, N., 2010. Transitionen fra at være studerende til at være nyuddannet i psykiatrien. *Klinisk Sygepleje*, (3), pp.23–33.
- Tomietto, M. et al., 2015. Newcomer nurses’ organisational socialisation and turnover intention during the first 2 years of employment. *Journal of Nursing Management*, 23(7), pp.851–858.
- Tracey, J. & McGowen, I., 2013. Preceptors’ Views on their Role in Supporting Newly Qualified Nurses. *British Journal of Nursing*, 22(2), pp.102–109.
- Tricker, R., 2016. *ISO 9001: 2015 in Brief*, London & New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2008a. *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje*,
- Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. *Lovtidende*.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2008b. *Kvalifikationsniveauer*, Available at: <http://www.iu.dk/dokumentation/kvalifikationsrammer/dansk-videregaende-uddannelser>.
- University College, D., UC Viden - UC Knowledge. *Homepage*. Available at: [www.ucviden.dk](http://www.ucviden.dk) [Accessed April 17, 2014].
- Unver, V., Tastan, S. & Akbayrak, N., 2012. Medication errors: Perspectives of newly graduated and experienced nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4), pp.317–324.
- US News & World Report, 2017. Best Hospitals Rankings. *Homepage*. Available at: <https://health.usnews.com/best-hospitals> [Accessed October 25, 2017].
- Vatan, F. & Temel, B.A., 2016. A Leadership Development Program Through Mentorship for Clinical Nurses in Turkey. *Nursing Economics*, 34(5), pp.242–250.
- Vest-Hansen, B. et al., 2014. Acute admissions to medical departments in Denmark: Diagnoses and patient characteristics. *European Journal of Internal Medicine*, 25(7), pp.639–645..
- Voldbjerg, S.L., Grønkjær, M., Sørensen, E.E., et al., 2016. Newly graduated nurses’ use



- of knowledge sources: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), pp.1751–1765.
- Voldbjerg, S.L., Grønkjær, M., Wiechula, R., et al., 2016. Newly graduated nurses' use of knowledge sources in clinical decision-making: An Ethnographic Study. *Journal of Clinical Nursing*, pp.1–15.
- Voldbjerg, S.L., 2016. *Newly Graduated Nurses' use of Knowledge Sources in Clinical Decision Making*, Aalborg: Ph.d.-serien for Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet.
- Wackerhausen, S., 2009. Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of interprofessional care*, 23(5), pp.455–473.
- Wallin, L. et al., 2012. A modest start, but a steady rise in research use: a longitudinal study of nurses during the first five years in professional life. *Implementation Science*, 7(1), p.19 - 25
- Walsh, A., 2015. Are new mental nurses prepared for practice? *Mental Health Review Journal*, 20(2), pp.119–130.
- Wangensteen, S. et al., 2010. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), pp.2170–2181.
- Wangensteen, S. et al., 2012. Newly Graduated Nurses' Perception of Competence and Possible Predictors: A Cross-sectional Survey. *Journal of Professional Nursing*, 28(3), pp.170–181.
- Wangensteen, S. et al., 2011. Research utilisation and critical thinking among newly graduated nurses: Predictors for research use. A quantitative cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17–18), pp.2436–2447.
- Wangensteen, S., Johansson, I.S. & Nordström, G., 2015. Nurse Competence Scale - Psychometric testing in a Norwegian context. *Nurse Education in Practice*, 15(1), pp.22–29.
- Watkinson, C., Doley, B. & Roberts, S., 2009. Developing a pre-registration community learning programme. *Primary Health Care*, 19(5), pp.36–38.
- Watson, R. et al., 2009. A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 18, pp.270–278.
- Watt, L., 2017. "Her Life Rests on Your Shoulders": Doing Worry as Emotion Work in the Care of Children With Diabetes. *Global Qualitative Nursing Research*, 4, pp.1–11.
- Weber, A. & Thomas, R., 2005. Key Performance Indicators - Measuring and Managing the Maintenance. *LAVARA Work Smart*, (November), pp.1–16.
- Wenger, E., 1998. *Praksis Falleskaber*, København: Hans Reitzel Forlag.
- Whitehead, B. et al., 2016. Supporting newly qualified nurse transition: A case study in a UK hospital. *Nurse education today*, 36, pp.58–63.
- Whitehead, B. et al., 2013. Supporting newly qualified nurses in the UK: A systematic literature review. *Nurse Education Today*. 33 (4). pp. 370–377
- Whitehead, B. & Holmes, D., 2011. Are newly qualified nurses prepared for practice. *Nursing Times*, 107(19), pp.20–23.
- Whitehead, J., 2001. Newly qualified staff nurses' perceptions of the role transition. *British Journal of Nursing*, 10(5), pp.330–339.
- WHO, 2016. *Patient safety assessment manual*, Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo: WHO Library Cataloguing in Publication Data World.
- Widerberg, K., 2002. Analyser och analysmöjligheter. In K. Widerberg, ed. *Kvalitativ Forskning i praktiken*. Lund, pp. 133–187.
- Widerberg, K., 2015b. En invitation til institutionel etnografi. In K. Widerberg, ed. *I hjertet*

- af velfærdsstaten. En invitation til institutionel etnografi.* Oslo: CAPPELEN DAMM A/S, pp. 13–25.
- World Health Organization, 2013. *A universal truth: No health without a workforce.*
- Yanhua, C. & Watson, R., 2011. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today*, 31(8), pp.832–836.
- Yassin, K., Rankin, J. & Al-Tawafsheh, A., 2015. The Social Organization of Nurses' Pain Management Work in Qatar. *Pain Management Nursing*, 16(5), pp.759–769.
- Zhang, Y. et al., 2016. The effectiveness and implementation of mentoring program for newly graduated nurses: A systematic review. *Nurse Education Today*, 37, pp.136–144.
- Zheng, R., Lee, S.F. & Bloomer, M.J., 2016. How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 53, pp.320–330.
- Ziehe, T., 2009. Normal learning problems' in youth. In the context of underlying cultural convictions. In K. Illeris, ed. *Contemporary Theories of learning. Learning theorists ... in their own words.* London & New York: Routledge Taylor & Francis Group, pp. 184–199.
- Ziehe, T., 2004. *Øer af intensitet i et hav af rutine*, København, Politisk revy.
- Aagesen, M. & Højbjerg, K., 2015. Nyuddannede sygeplejerskers svære møde med arbejdslivet. *Sygeplejersken*, Årg. 115, pp.64–68.
- Aarhus University, D., Master's degree programme in Nursing. *Homepage.* Available at: <http://kandidat.au.dk/en/nursing/> [Accessed October 10, 2017].