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):

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@ruc.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Download date: 09. Apr. 2020
NYUDDANNEDE SYGEPLEJERSKERS MØDER 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 representationer og essays .........27
Poetiske representationer ........................................................................................................27
“Bagsiden af succesmedaljen” ...............................................................................................28
Nyuddannede sygeplejersker på medicinske afsnit anno 2002 versus 2015-2017. .............29
Fra projektbeskrivelens teoriramme til institutionel etnografi ............................................31
Kapitel 2. Institutionel etnografi ..........................................................................................34
Kritisk sociologi ......................................................................................................................34
Dorothy Smiths institutionelle etnografiske teori .................................................................34
En alternatív metodologi til konstruktion af objektiverende viden om sub jerker .........35
  Styringsrelationer ................................................................................................................35
  Forhandlinger af styringsrelationer ...................................................................................37
  Menneskers kundskab om egne arbejdssaktiviteter ................................................................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 arbejdshvervinger .........43
Kapitel 3. En institutionel, etnografisk undersøgelse i nyuddannede sygeplejerskers fods por 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 fodsprør

Interviews

To års kontakt med nyuddannede sygeplejersker og deres kolleger

Fra kroppslige oplevelser til skriftsprøg

Deskriptive analyser af deltagerobservationer og interviews

Kortlægning af dokumenter relaterede til reformerede sygehuse

“Keeping the institution in view”

Kapitel 4. Overblik over eksisterende undersøgelser

Overblik over eksisterende undersøgelser fra internationale databaser

Realitetschok

Transitionschok

Overblik over eksisterende undersøgelser i Danmark

Et alternativt ståsted

Kapitel 5. Personportrætter

Personportræt af Emilie

Personportræt af Anja

Personportræt af Martha

Personportræt af Thor

Personportræt Rebecca

Kapitel 6. Arbejde på medicinsk afsnit i reformerede sygehuse

Personlige erfaringer og relationer

Nyuddannede sygeplejerskers hverdagsaktiviteter i den aktuelle hverdag

Hverdagsaktiviteter organisatorisk centrat definerede kvalitetsstyringsmekanismer

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

Hverdagen med BOS-score og KPI på fire medicinske afsnit

Kortlægning af ideologier bag BOS eller EWS

Amerikanske/australiske visioner for reformerede sygehuse

Jagten på de gode tal

Patienterne må ikke dø

Kapitel 7. Konklusioner og implikationer

Overordnede konklusioner

Afhandlingens artikelbidrag med perspektivering til fremtidig forskning

Afhandlingens artikler

Skriveprocessen set gennem artikelfremstillingen

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

“Newly graduated nurses’ experiences of insufficient orientation in medical units”
“Learning from newly graduated nurses responses to discourses of selflessness”

André mulige problematikker for nyuddannede sygeplejersker
Perspektivering til fremtidige forskningsprojekter
Referencer
Forskerskolens forord


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 korrigerne 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.


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 bindninger 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 arbejdspræ 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 tillegne 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 udfordrigt 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 politiker 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 omfærksomhed 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 velfærds- politiske 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 nær 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


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 kolleger 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 lært mig nærmest med færd 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 politikereres 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 skyl. 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 fortellinger 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 arbejdssituationer i reformerede sygehuse. Hverken nye eller erfarne sygeplejersker kan “fikse” problemer 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 stillinger uden støtte fra en mentor. De skal håndtere arbejdsaktiviteter, der spænder fra at 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, håndtere skyl, dokumentere på en computer, finde et par briller til at BOS/EWS-score patienternes 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 fejl". Dette står i kontrast til 400 dødsfald årligt i et medicinsk center, bemandet med nyuddannede sygeplejersker, der dels ikke har vænnet sig til et arbejde med døden og døende 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 selvbubrejdet skyld og problemer med manglende mentorer. Offentliggørelse af tal for kvalitet og mål for reformerede sygehuse for f.eks. patienternes overlevelse viser ikke, hvordan sygeplejersker 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 selvbubrejdet 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 Sygeplejeforskning, 7 (2 eller3).


Jensen, CJ, Nielsen, SB, Dale, CM, “Learning from newly graduated nurses’ responses to discourses of selflessness in an actual medical unit in Denmark” (in 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, 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 tsunami-styrke
Trods tykke mure af beton, standarder og hierarkier


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 frustrationsrummer, som jeg arbejder med gennem skrivning af poetiske repræsentationer. Rejsen fortsætter med skrivning af et essay, der tager afsæt i mine reflekser som sygeplejelærer over unge menneskers selv-centring 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 kvalitetssørgningsmekanismer. En kompleksitet, som jeg skønner, jeg ikke får greb om gennem mine metodologiske overvejelser i min oprindelige projektbeskrivelse. Jeg slutter derfor med

Den 1. juni 2015


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) for at overlappe 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 bænk 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 for, 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 introducere sig selv. Jeg skulle introducere mig selv for 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

1 Alle navne er opdigtede
det er Emilie, og senere introducerer hun sig selv for forsamlingen. "Jeg er nyuddannet sygeplejerske og skal starte på Q6".  

Kl. ca. 9:15 bliver to repræsentanter for ledelsen med henholdsvis finansiel- og sygeplejeansvar introduceret. Vicedirektøren med sygeplejebaggrund indtager gulvet med ordene: "På vort hospital tilslyder vi patientcenteret pleje. Missionen er patienten og visionen er suveræn". Hun understreger: "Patienten er som en partner, og vi annoncerer efter patienter, der kan oplyse, hvordan patienten kommer i centrum. Hvis universitets hospitalet skal byde inde med noget, som de andre universitets sygehuse 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.


Hun svarer: "På modul 12 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".  

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

---

2 Q6 er et medicinsk afsnit for patienter med sygdomme i mave/tarm og få senge til patienter med gigtlidelser.

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

4 Det sidste kliniske undervisningsforløb, 6 måneder før afslutning af sygeplejerskeuddannelsen.

5 Emilie 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)

6 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 døværende 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. 7 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 serviceassistent8, så hun har allerede en uniform. Vi går ovenpå i forhallen, hvor vi passerer flere skranker, 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 indlose billetten til en gratis frokost inklusiv en vand, som alle deltagere i fællesintroduktionen har fået udleveret tidligere på dagen. Under frokosten er Emilie tvæs, 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 sygeplejerskeudannelsen, 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 kunstudbyttet endsige rabatter på genstande udstillet i sygehusets forhal.

Herefter er det hjerte-lunge-redning resten af dagen. Dorene 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

---

7 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.

8 Servicemedarbejdere gør rent, serverer mad, fylder skabe med sengelinned/patienttøj 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 hjertelunge-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%".


"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 svær 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 fælt introduktionen, 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, stayin' alive, stayin' alive".


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.

9 Tidspunktet for hjertestoppet er afgørende for lægernes beslutning om at stoppe hjertelungeredningen.
Den 2. juni 2015


Klokken er næsten 10:00, og vi går mod frokoststuen, hvor personalet mødes dagligt til kaffe, og mange spiser morgenmad for at drofte 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 drofte 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:

10 Sygeplejenålen bliver båret af 87% sygeplejersker i Danmark under hverdagens aktiviteter. Sygeplejersker, der har en bestået professionsbachelor i sygepleje, kan anmode om nålen formodedt 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 kraft i bugspytkirtlen, sækerygge, 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%, ødener og måske en blodprop i benet.
- Henning (77 år) døde med hjertesygdom, pneumoni, elektrolytforstyrrelser, dehydrering og forhøjet aktivitet i skjoldbruskirtlen.
- Inger (54 år) døde med betændelsestilstand i tarmen, fordi hun nægtede at gå med en stomi og derfor nøgede 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, urinskyregigt, 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 whiteboardtavle med teksten KPI (Key Performance Indicators – tavle) til arbejde med kvalitetsud-

11 Forstyrrelser i kroppens saltbalance
viklingsmål. Jeg kan se, at kortet for ”medicinafstemning” (kortlægning af patientens medicinhistorie) er grøn\(^{12}\), mens kortene for ”ernæringsscreening” (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\(^{13}\).

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 afspadsering).


”Det er vigtigt at følge tidspunkterne, som computeren siger. Vi har fokus på det i ojeblikket, som du kan se på kvalitetstavlen i personalerummet”.\(^{14}\)

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\(^{15}\) 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\(^{16}\). Et par sygeplejersker udtrykker direkte, at det vidste de ikke. Efter undervisningen

---

12 Overholdt for mere end 90 % af patienterne
13 Overholdt for mindre end 90 % af patienterne
14 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.
15 Varmt mad til middag
16 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”. Det er lidt flovt, for han er vist lidt vanskeligt”. Herefter skillies vi i kælderen 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 sundhedsvæsnet og sygehuset, hvor hverdagslivets mennesker skal håndtere deres følelser (Schraube & Højholdt 2016; Bo & Jacobsen 2015).


Og disse materielle kroppe er omgivet af fysiske fænomener, der inviterer til aktiviteter. Duften af wienerbrød, kaffe, te og saft inviterer til spisning 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 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 moderne med realiteterne symboliserer også virtuelle aktiviteter med visioner for sygehuset og sundhedsvæsnet 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 ressourcefordeling til hospitaler, 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...
posterer med teksten ”*Vi er til for dig*”, kan blive mindet om sygehuslederens oversættelse af teksten med visioner om patientcentreret behandling og pleje.


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 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 gelder 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 undervisningstemaer kan forekomme en anelse ideologiserende i forhold til virkeligheden på et sygehusafsnit. 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 poetiske repræsentationer og essays


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 representationer (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 ”jeg-centrering” blandt unge mennesker i jagten på individuel succes (Ziehe 2009; Ziehe 2004).


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-centrering kunne kombinere denne fundamentale forståelse af skyldfølelsen i en analyse af selvbebrejdet skyld. Et analytisk greb til at forstå nyuddannede unge sygeplejersker, som i skolereg i tager individuelt ansvar for egen succes ved


**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 manifester.


Arbejdssamfundet omkring patienterne var i det hele taget i mindre grad standardiserede og efterlod frirum til personlig udfoldelse. Social- og sundhedsassisterent 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


- 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 sygehusene, hvor sygehusenes kvalitet 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). Sygehusene bliver vurderet på baggrund af regeringens definerede mål for kvalitet på baggrund af sundhedsprofessionelles mulighed for at sikre patienterne 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).

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.


Afhandlingenens 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 tilgængelser processer 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 circa 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.
Ah, ba, ba, ba, stayin' alive, stayin' alive.
Ah, ba, ba, ba, stayin' alive. (Gibb et al. 1977)
Kapitel 2. Institutionel etnografi


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). Hverdagensmennesker bliver med IE betraktet som vidende i forhold til egne aktiviteter i hverdagen, hvorfor sociologer ikke autoritativt kan positionere sig med ekspertfærdigheder i at skrive og forse 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


19Alle 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


"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).


**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).


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 sundhedsvæsens, der har til formål at tilbyde tjenesteydelser til borgerne i et samfund. Disse funktioner er indlejet i et kompleks af styringsrelationer, der organiserer og koordinerer de menneskelige relationer og arbejdsaktiviteter i hverdagslivet.


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,


Forhandlinger af styringsrelationer


"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, handler 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 er koordineret af styringsrelationer (Smith 2005, p.101).

**Menneskers kundskab om egne arbejdsaktiviteter**


"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).


**Viden produceret i hverdagslivet**


"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

”Institutional capture”


For at overkomme problemer omkring fastholdelsen af institutionelle diskurser anbefaler Smith, at forskeren (2005) refleksioner 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 hverdagslivskontext (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).


**Undersøgelsens institutionelle etnografiske tilgang**


Campbells (2006) metodologi\textsuperscript{20} i bogen “Managing to Nurse Inside Canada’s Health Care Reform”.

**Kortlægning af styringsrelationer omkring en problematik og et standpunkt**


\textsuperscript{20} I det hele taget skriver Janet Rankin om egne undersøgelser eller undersøgelser, som hun er medforsker til, at hun/der følger subjekters fødsler (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 nogle, 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 teksters materielle ophav, der indeholder politiske ideologier relateret til kvalitetsstyring i reformerede sygehuse; ligesom de vender tilbage til subjektternes standpunkt.


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 vignet fra sygeplejerskers morgen på et sygehusafsnit (Rankin & Campbell 2006, p.3) og senere en vignet 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.


---

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.


IE-undersøgelse af kropslige og følelsesmæssig respons på arbejdsbetingelser


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 sygehus 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


Dialogprocessen er altså deskriptiv analytisk, hvorfor jeg ikke har analyseret ord alene som isolerede fenomener, 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).

Undersøgelsesprocessen 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 intensivt siden årstusindskiftet 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 amerikasudfoldet af kanadieren Judy Duchscher som “transitionschock” i 2009.


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” (Snilsveit 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.


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 kolleger ikke håndtere individuelt. Jeg kan informere ledere og politikere om at afsætte/bevillage ressourcer til mentorordninger eller


**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 krojpilige tilgængede erfaringer, hvilket kan have betydning for deres aktuelle tanker, føler, handler i et begyndende arbejdsliv. Jeg vidste derfor ikke, om jeg kunne komme i besiddelse af personfølsomme oplysninger om seksualitet, helhedsforhold, 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 ansættet 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.

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, sekreterer, sygeplejersker, social- og sundhedsassisterter, servicemedarbejdere og patienter. Helt konkret indgår samtaler og mailkontakt (mens jeg følger de nyuddannede sygeplejersker) med to social- og sundhedsassisterter, en sygeplejestudierende, 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 fællesskab22 og har i flere år ansat nyuddannede sygeplejersker dimitteret 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sygdom</th>
<th>Senge</th>
<th>Pers. dag</th>
<th>Pers. aften</th>
<th>Pers. nat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hjerte (Q5)</td>
<td>24</td>
<td>6-7</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Mave/tarm/gigt (Q6)</td>
<td>20</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

22 Fællesintroduktionen til hele sygehuset er sygehusledelsessekretærens ansvar.
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 sundhedsassisterenter. 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 sundhedsassisterenter. Én sygeplejerske går stuegang, uddeler medicin og andre administrative opgaver for ca. 8 patienter (normeringen) og andre sygeplejersker og/eller social- og sundhedsassisterenter BOS-scorer, 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 nedsag:

- 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. ”Gulpersonalet” 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 ”gulpersonalet” 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


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.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Juni</th>
<th>Juli</th>
<th>August</th>
<th>September</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q6 (Emilie)</td>
<td>8 dagvagter</td>
<td></td>
<td></td>
<td>2 dagvagter</td>
</tr>
<tr>
<td>Q5 (Anja)</td>
<td></td>
<td>1 Dagvagt</td>
<td>1 Aftenvagt</td>
<td>2 Dagvagter</td>
</tr>
<tr>
<td>Q1 (Martha)</td>
<td>1 Dagvagt</td>
<td>1 Dagvagt</td>
<td>1 Dagvagt</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q2 (Thor)</td>
<td></td>
<td>1 Aftenvagt</td>
<td>2 Dagvagter</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q1 (Rebecca)</td>
<td>1 Nattevagt</td>
<td>1 Dagvagt</td>
<td>1 Dagvagt</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Juni måned tilbringer jeg 8 dagvagter på Q6 sammen med Emilie. En periode, jeg dels betrager 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 ulerne 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 vænner personalen 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**


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 skrivefeltnoter, men jeg ønsker at signalere, at jeg er sygeplejerske, der kan delte på arbejdspladser i 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 sengelliggende 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, gåetture op og ned ad gangen sammen med en dement mand, der var meget urolig.

Rollen som rådgiver under deltagerobservationerne bliver effekteret 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 undervisningsséancer. Og jeg deltager i generelle personalesamtaler om hverdagens arbejdssituationer, patienter, kolleger, mænd, børn, kønner og kærere 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 arbejdssituationer. Nogle gange tager jeg initiativet, men ofte fortæller de fem nyuddannede sygeplejersker spontant om deres refleksioner, tanker og følelser i forskellige arbejdssituationer, 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 arbejdssituationer er organiseret rundt omkring de nyuddannede sygeplejersker. Jeg har haft dialog med to social- og sundhedssassistentor Emilies usikkerhed og selvebrejende skyl. 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 overbevægning 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.

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

Interviews


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 sy-
gehuse (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 ansigts-
udtrykket på interviewpersonerne over telefonen, hvorfor jeg efterfølgende kan høre, at
jeg kommer til at afbryde flere gange, inden forskellige interviewpersoner er færdige med
e en fortælling. Jeg har måske guidet interviewpersonerne i retninger, der ikke repræsente-
er 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 inter-
viewer både en afdelingssygeplejerske og oversygeplejersken om introduktion af nyan-
satte, arbejdet med overbælægning 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 insufficiente 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 sygeple-
jourske, melder sig syg?”

To års kontakt med nyuddannede sygeplejersker og
deres kolleger

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 kon-
takten med personalegruppen og især de fem nyuddannede sygeplejersker. De nyuddan-
nede 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.


**Fra kropslige oplevelser til skriftsprog**


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 udtalesler 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 transskribert, 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 (planlegning 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 arbejdslivet 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.

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 overdagens arbejdsaktiviteter for nyuddannede sygeplejersker på de fire medicinske afsnit.

Alle de lokale, kliniske retningslinjer har ophav i akkreditersingsstandarder, der i 2016 blev 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, akkreditersingsstandarder med ophav i BOS og elektronisk dokumentation. 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, akkreditersingsstandarder 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”


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).

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.


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 virkeligt 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 sygeplejepraksis 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.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Otte temaer</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Travlhed</td>
<td>154</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbejdsmængers</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Uforberedethed</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>tidsbegrænsning</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>Ansvær</td>
<td>134</td>
</tr>
<tr>
<td>Stress</td>
<td>134</td>
</tr>
<tr>
<td>Mentor</td>
<td>154</td>
</tr>
<tr>
<td>Støtte</td>
<td>174</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Serie 1
Realitetschok


> “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).


Transitionschok


---

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


“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 oplever både fysisk og følelsesmæssig kropslig transitionschok på baggrund af tvivl, desorientering, tab, identitetskrise og rolleforvirring. Transitionschok repræsenterer en meget akut og dramatisk periode i nyuddannede sygeplejerskers tilpasning til sygeplejeprofessionen.

I eksisterende undersøgelser er begrundelsen for transitionschok, at nyuddannede sygeplejersker 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.


Overblik over eksisterende undersøgelser i Danmark


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


"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).


Et alternativtståsted


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 realitets-/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.


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


"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).


På samme måde vil jeg diskutere, hvorvidt dynamikken bag nyuddannede sygeplejerskers selvbebrejende 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


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 indekserere 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-at-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
tyngt af skyld, både når arbejdsbetingelserne forhindrer hende i at servicere patienter og kolleger. Anja, der ironisk grensende 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 ihærdigst vis bestreber 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 håndtering 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 kolleger, og endelig, 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.

Personportræt af Emilie

Emilie kort fortalt


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 forudsige, 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 kolleger, 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 essayet 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, "undskyld at jeg først svarer dig nu". Hun ser ud til at ville udtrykke, at hun
vil undskyde, at hun har forsumt 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 undskyde. Da jeg kommenterer mailen, siger Emilie da også, ”da jeg så, at jeg havde skrevet det [alså undskyld] tænkte jeg, at det ville du sige til mig”, mens hun ler.


Men Emilie er fortsat i afsnittet og har overkommelt de første turbulentere år. Emilie bliver ansat 1. juni, 2015. Hun er stadig præget af fortællingen om skylde 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 et 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 d. 31.8.15. efter næsten tre måneders anseelse, ser Emilie, i hvert fald på overfladen, ud til at klare de forventede opgaver.

**Den 31.8.2015 på Q6**

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 bebojer jeg ikke læse på”, siger hun til mig. Emilie rejser sig og går i medicinrummet. Hun logger hurtigt på computeren, ”lægen har ordineret Amlodipin KrKa [hjertemedicin] og vi har kun Amlodipin Teva [hjertemedicin fra et andet firma] ”. Sygeplejerskensvarer, ”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 afgøringsmiddel ’Dulcolax’. Patienten siger, ”Jeg ved, det ikke virker, kan jeg ikke få ’klyx’ [et andet afgøringsmiddel]”. Emilie svarer, ”Jeg spørger lige lægen”. På gangen spørger jeg, ”Jeg troede godt man måtte give klyx iflg. regimene”. ”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. 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 rigtigt 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 numerørt, 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 tover 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 soge 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 preparater, men selve medicinen virker velkendt for hende. Hun følger stringentproceduren 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 kæs ærpe 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:

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 kvelningsfornemmelse 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 gøre 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 kolleger, men jeg var bare hunderæd 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 arbejdliv, 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 nyrinsufficiens. 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 bar jeg også snakket med min storebror om. Det var lidt hårdt”.

Jeg har ikke spurt 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 genopprettes. 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 drofter Emilie og broren fortsat, hvor følelsesmæssigt belastende opvæksten hos moren kunne være.

Emilie bliver fortsat 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 bar 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 ikkne 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 arbejdsgaver, 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 kvælningsfornemmelser 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”. Kollegaerne 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 bar 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 sammensunket 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


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 ansættelsesstøp, 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 Emi-
lie, som jeg beskriver indledningsvist, men ellers får hun ikke tildelt en mentor. Jeg går
sammen med Anja i en aftenvagt, hvor en erfaren sygeplejerske tager teten og siger til
afdelingssygeplejersken, ”hvem skal introducere Anja? ”. Denne sygeplejerske intro-
ducerer Anja til forskellige procedurer for afsnittet. Under denne aftenvagt siger Anja, ”det jo sådan
det burde være”. Om formiddagen samme dag har jeg interviewet Anja, og hun fortæller
om de forst to uger. Anja bliver kastet direkte ud i plejen, fortæll
er 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
tilægne sig viden om patienterne, der bl.a. er betinget af personalets manglende mulighed
for at effektuere fire ellers mentorordninger, som loviet under ansættelsessamtalere, pga.
af travlhed i feriemåneden 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 ved og ked af det bagefter”. Men uanset følser af
vrede eller ked-af-det-hed er reaktionen formentligt udtryk for afmægtig 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
sæder 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 uudvidende, 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 helbredesproblemer.
Ifølge Anja selv kan bacheloren i medicin være et åg på hendes skuldre, som hun ikke
can skubbe fra sig, fordi hun samtidig er perfektionist. ”Ja, jeg er simpeltien så perfektioni-
stisk”.

F.eks. fortæller Anja i 2015, at hun ikke bare kan feste over et 12 tal til eksamen
mosdat hendes medstuderende, der bl.a. er Martha, som hun har skrevet bachelorprojekt
med. Anja fortæller, ”til bacheloreksamen var der et spørgsmål, jeg ikke kunne svarre på, og det er
stadiums alt noget, jeg tænker på”. Anja synes ikke at kunne losrive sig fra den eksamen, hvis
hun ikke har kunnet svarne 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 gör, 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 hjertepatient og frygter, om hun kan gøre noget forkert, "jeg tænker, om det er en dårlig ide at tippe segen 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 kontaktet afdelingssygeplejersken og understreger, at det her går ikke, og hun får tildelt en sygeplejerske, som hun kan spørge. Og 10 uger efter sin anmodning 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 vejret ham. Anja, siger henvendt til mig, "skal jeg bos-core 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 (hjerte medicin) i et bæger, mens hun siger, ”Det var de her, jeg hældte 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, ” brystermerter”, 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 været 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.


”De andre plejer at lade ilten sidde, men det har jeg også underet mig over” siger patienten. ”Det
giver ikke mening”, svarer Anja og tager næsekatederet med ilr fra og sætter masken med astmamedicin på og slutter, ”Jeg kommer tilbage om lidt”.

Herefter får hjertesfintt 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 konferencrummet og går til patienten, der fik masken. ”Åh, jeg sagde, jeg kom tilbage om lidt. Det er noget kont 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”.


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 ”tændeknappen” på iltbom- ben 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 overbliv 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 ærgres sig over, at en pårørende afslører, at hun ikke har styr på proceduren for tandpleje i for- bindelse med hjerteklappoperationer, men til gengæld kender hun proceduren for iltb- behandling 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 færger 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 tid 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 hyldende fis om, hvad de fejler, men jeg vænnet mig igennem det". I dagvagten, jeg presenterer her, får Anja tilnærmende tid til at indhente de oplysninger, som hun har brug for, men arbejdskravene 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.


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 arbejdsbevægelsers, 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 dose 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 hæbe, 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 bor 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 skulder, men hendes mand stopper hende, hvis hun, som hun selv siger "banker sig selv for meget i bøvedet 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 opvækstmessige 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 professionsscholaropgave sammen med Anja og en anden medstudierende, 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, kalder hun det, "små anfald, det er kramper i min tå, fordi jeg er så velmedicin-ret". Men i midten af august 2015 bliver Martha kortidssygemeldt og bagefter langtids-sygemeldt 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 kvartier", og datteren er startet i skole, som Martha siger, "På mine aftenvæger 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 hort om opsigelsen. Martha bliver meget berørt af samtalen, hun nærmest græder under hele interviewet, "undskyld jeg er sådan en tudesfæs, jeg troede jeg havde styr på det, indtil du rister 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 nog jeg lige tilbage i [navn på byen hvor hospital] 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 arbejdssuge i juli 2015. Martha siger, "Jeg slår patienterne ihjol". 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 uhedeligt 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 arbejdssforholdene 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Den 11.8. 2015 på Q1</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Martha er lidt forsinket pga. af morgenens 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, fordeler 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".


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 utiliget 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, lægeselektrerer 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 havde læst”. Til en anden patient spørger han, om hjemmeplejen er adviseret. ”Pas”, svarer Martha, ”men jeg kontakter vis [visitor].” Souschefen siger, ”du skal skrive en TSH [elektronisk plejeforløbsplan til kommunal visitor]. 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, ”bun er vel ikke planlagt til udskrivelse endnu”. Lægen svarer, ”Vi stiler mod udskrivelse på dag 1, så gå det bare fremad, fremad, fremad. Når hun spiser så godt herinde, så må vi finde ud af, hvorfor hun ikke spiser så godt derhjemme”.

Opgaverne hoher sig op, lægeselektreren 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, hvorfor 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 udsatt 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 nyuddannede 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 er reference til metaføret, ”bange 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 turbulen 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 kortidssygegemeldt.

”Jeg blev så syg, så jeg ikke kunne trække vejret, når jeg kom ind på afsnittet, og var syg i fire dage. Så prøvede vi at lave sådan en indlusningsordning, hvor jeg fandt en, 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 egentlig også, det var en okay ordning. Og da vi så har kort 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 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 langtidssygegemeldt’”.

Marthas beskrivelse af, at hun ikke kunne trække vejret i afsnittet, ligner Emilies beskrivelser af et angstfald. 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 preparater, 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 arbejdshamningerne 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 fremskalder 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 praktikvejleders 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 hospitala skal indhente referencer ved ansættelsen. Allerede til jobsamtalen på neurologisk afsnit, ”fölte 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 afdelingssygeplejerske 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 båndere en familie i krise, kommunikere med overlærerne til at arbejde med en assistent, der er helt ny, og have studerende med, og kunne svare på telefonopkald fra familier, der har en påvorende, 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 relaterre 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 stresssymtomer, som jeg havde. Jeg er blevet øget i medicin på min epilepsi, men det er simpelt hen pga. arbejdssstress, fordi der simpelt hen 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 selv som sygeplejerske. Jeg har observeret hende give ½ 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 køjligere, 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 læser 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 – tårerne 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, ”bjemmegående, fordi min far er chef i [en patientforening, navn udeladt], så han kan altid godt forsørge os allesammen”, siger Thor. Thor betegner sin opvækst, ”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 moder 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 alkoholik”. 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 ”flog” 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 får ikke mere, vi bliver afbrudt, da en læge kommer og vil droffe 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**


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 fire-sengsstue 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 fire-sengsstue, ”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 rigtigt gerne hjælpe, men jeg har en patient, der bliver bentet 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 toj 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


Kl. er ca. 9:30, og Thor siger, "så skil vi have kaffé". 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 [perifert 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 iltmasken, som han har glemt og anlægger et PVK, der er løbet løk. 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 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 vagthavende 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 snare 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 praktikforløb, fordi man har en mentor, som man snakker meget med, der ligesom kunne være ens vejleder".


Thor har hele tiden været aktiv i forhold til at diskutere og endre institutionelle arbejdssforhold 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, endigsige 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 samfundsvid 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 udbetalte, 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 serviceredeværker på hospitalet, hvor Rebecca nu er ansat, og faren klarer sig uden indkomst. Rebecca bor sammen med sin nærmeste, 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 afleveres 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.

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 telefonintervievet 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 østeklokke 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.


Efterfølgende fortæller Rebecca under et interview, at hun bebrejder sig selv, at hun tager klokkken 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.

Kloken 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 arbejdssituationer, men har blot bedt afdelingssygeplejersken om at komme i dagvagt modsat nattevagt for at lære sig stuegang. Det bliver effekteret, hvilket jeg viser gennem nogle nedslag i dagvagt d. 9.9.15.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Den 9.9.2015 på Q1</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Efter natsygeplejerskernes rapport skal arbejdssopgaverne fordeles. Forst 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 uhelbredelig syg kvinde, ”kærlig pleje” (se poetiske repræsentation), på en anden patient med kræft i stadie IV skriver hun ”ukontaktbar” og ”behandlingsniveau? ”. Spørgsmålstegnet 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 diabetesygdom pga. gastroskopisk, 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 det. Hos patienten med kritisk højt blodsukkerniveau skriver hun ”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” og ”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 masken med ny astma-medicin, som lægen har ordineret. Patienten funder 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 fortelle om den unge fyr med forhøjet blodsukker. "Hans blodsukker er 9,1", hvortil lægen svarer, "blodsukker er regulert af insulinen. Det er vigtigere med Bikarbonat og PH." Rebecca svarer, "Nå, så det er I meget mere interessert 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] langtidsvirknings 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, "ban er godt nok grundigt, men det var jo nok sådan, det skulle have været vist for mig første gang".


Mødsat nattevagten, som beskrevet ovenfor, svarer det fremmødte antal personale til normeringen inkl. flere social- og sundhedssistentelever. Og Rebecca har "kun" ansvar 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 tagens 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 uhelbredeligt 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 Rebecca’s 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 doseringsæsker med medicin doseret efter egen læges ordinationer, der ikke svarer til vore lægers”. Rebecca skal lige have bekæftet relevansen for at give insulin til en patient, der i forvejen får meget insulin. Hun frygter han kollapser, hvilket ligeledes er forklaringen på, at Rebecca frygter af give, det hun selv kaldet ”dødstodet” til den terminale kræftsyge patient, når denne skal have morfin, hvilket hun siger senere i den dagsvagt, 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 doende patienter, som Martha. I et opfølgende personligt interview september 2015 siger Rebecca, ”mange påværende 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 doende patienter. Men Rebecca udtrykker aldrig beklagelser over den overordnede vagtplanlægning. I ovenstående dagvagt taler en erfaren kollega smilende Rebecca’s sag, da dagen skal planlægges, så Rebecca får sit ønske opfyldt om at lære sig at gå stuegang. Rebecca forklarer det selv, ”jeg har almindeligt 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.
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 indledningsvis skrevet, gerne fremstår lidt ”reserveret”, hvilket Rebecca ligeledes understreger i forhold til arbejdet omkring doende patienter i sin første tid som nyuddannet sygeplejerske, "når de er doende 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 hårdere 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.

"Første nat have jeg faktisk mit første hjertestop, hvor jeg selv havde ansvaret. Patienten havde sagt til mejpatienten, jeg får det dårligt, du må ringe efter hjælp. Da vi kommer derned, ligger hun livlös 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 rigtigt 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 ’oh, 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 hjertestoppet 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 ersat tet med "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 håndtering 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 oplever vanskeligheder ved at blive respekteret som fuldgyldig 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 laadt 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.

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 sygeplejersker, 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 lose 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:**

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Emilie</strong></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Morgenrapport/notere patientoplysninger/uddelegere patienter/læse på patienterne på computeren/dosere medicin/tjekke hjertemedicin/uddele medicin/tjekke patienternes personnumre/diskutere et aforingsmiddel 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.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Anja</strong></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Martha</strong></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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/bebrejde sig selv/vil skrive utilisigtet hændelse/gå på isolationsstue/føle sig dum/deltage i tavlemøde/gennemgå patienterne/kan ikke besvare lægens spørgsmål/afdelingssygeplejersken minder om at skrive TSH/blive irrettesat 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/frusterer over skrivning af TSH.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Thor</strong></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Overtage opgave fra en kollega/joke/hjælpe kollega med en urolig patient/tilse alle patienter/drofte udskrivelse med en patient/er nødsaget til at afvise at hjælpe kollega/hjælpe patient med at få toj på/leder efter et par briller/tale med to Falckmænd/hjælpe patient med morgenmad/gå til morgenkaffe/har glemt en forstøversmaske/tale om huskøb/lægge PVK/lægge flere PVK.

Rebecca


I de fem medicinske afsnit er de fem nyuddannede sygeplejerskers arbejdsaktiviteter betinget af interaktioner med pårørende og kolleger. 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 kolleger, der ikke har tid til at hjælpe. De møder sygeplejersker, der f.eks. overvåger Martha og aftensygeplejersker, der gerne vil belære, at en rigtig dagvagts 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, doende, 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 modes 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 spurt oversygeplejersken, hvorfor de ansetter 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 sundbedsassistenter på arbejde, men de nye sygeplejersker vil faktisk også helst starte første juli, for deres SU er jo forudbetalte, så de har fået udbetalt den sidste SU første maj, så de mangler vel pengene”.

Oversygeplejersken understreger, at de fire medicinske afsnit ansetter nyuddannede sygeplejersker også i feriemåneden, dels for at vagtplanen kan hænge sammen, dels fordi de nyuddannede sygeplejersker selv vælger at starte først for at få en indtægt. Jeg har ikke spurt Anja, Martha, Thor og Rebecca, hvilke overvejelser de har haft i forbindelse med opstart 1. juli, men jeg observerer, at de eksplicit er blevet spurt, 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 hospitalen 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 nuuddannede sygeplejersker).
- "Palliativ pleje, behandling og omsorg for den uhelbredelige 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 ”livskvalitetet” 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 tilretteleggelse 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 personal har gennemgået kursus i hjertelungeredning (alle har deltaet).

“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 patinter 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 overservationsperioden 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.

Favorisering af BOS-score bliver måske yderligere understreget af afdelingssygeplejerskernes kontrol ved en revision af data for BOS-score på computeren, hvor de tjakker, i hvilken grad plejepersonalet har overholdt de rette tidspunkter for måling af patienternes vitale værdier. Bliver tidspunkterne overholdt i mere 90 % af tilfældene, bliver kvalitetsskortet, der representerer 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 drofter hele plejegruppen eventuelle tiltag, der kunne gøre, at kvalitetsskortet for BOS eventuelt kunne blive grøn til næste møde.


**Kortlægning af ideologier bag BOS eller EWS**


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

---

29 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).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Global trigger tools</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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 &gt; 26/min, der er indikator for potentiel kritisk sygdom (Center for Kvalitet, 2010).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 utilstrækkelig udvikling af sygelighed og/eller dødelighed.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Akkreditering</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ISO 15189</th>
</tr>
</thead>
</table>

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-
entene. 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).


**Key Performance Indicators**


**Benchmarking**


**OPUS Notat**

OPUS Notat er produceret af Computer Sciences Corporation (CSC)30, ”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 lager 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 produktionsfremskæring.

På den baggrund kunne jeg hævde, patienterne bliver at betragte som et apparat som industribaseret. 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 sundhedssatshenters hverdagsliv synes samarbejdet med lægerne forsøgt 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-

30 I dag http://www.dxc.technology/dk
male vitale værdier, der kan indikere sygelighed og dødelighed, bliver mere sikkert iden-
tificeret gennem udregninger i et elektronisk apparat end gennem utilregnelige mennes-
skekropp.
Ligeledes rangerer amerikanske hospitaler de fem bedste hospitaler USA i forhold til pa-
tientsikkerhed, overlevelsesrater og rygter iflg. hjemmesiden for "News Hospitals Rankings
kamufleret gennem “benchmarking”-aktiviteter. Tallene bliver sammenlignet med lands-
gennemsnittet, 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 loka-
leret, fortsat rangere lavest. Det er måske ikke direkte en rangering af det bedste hospi-
tal, men offentliggørelsen fremhæver: "FORBEDRING I REGION NORDJYLLAND”
I Danmark fremhæver politikere ikke blot forbedringer i en region, men anbefaler en
model, der er bedre end andre. Region Nordjylland har en anbefalesværdig model, hvilket
kan repræsentere rangering af den bedste region med de bedste sygehuse i Dan-
mark. 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 kri-
tisk 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 kolleger, afdelingssy-
geplejersker, 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
stresse 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 hange for at gleme 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 portrætet 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 telle.” 21 kræver målingerne 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 kolleger i andre vaktte. 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 vaktte.


**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.


De otte nationale mål for sundhedsvæsnet 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, middelvealder 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, overleave 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 bloder en lille smule ud af endetarmen".

Oversygeplejersken oplever, at lægeloftet forpligter lægerne til at behandle alle syge mennesker, så de bliver ræsons 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 kompletse 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.


De må ikke dø
Jo, de dør, de dør, de dør
De må ikke dø
Kapitel 7. Konklusioner og implicationer

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 arbejdssprocessen med omskrivning af empirisk materiale til poetiske præsentationer, der kunne repræsentere nyuddannede sygeplejerskers virkelige føler. 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, doende medicinske patienters senge, hvor succes ikke synes muligt, når visionen er forebyggelse af sygelighed og dødelighed.


Den endelige metodologiske tilgang bliver derfor IE med kortlægning af nyuddannede sygeplejerskers oplevelser sammen med kolleger på medicinske afsnit, suppleret med sporing af tekster relatert 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 personportrætterne 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 sundhedsvesenet i Danmark.

De ”gode” tal betyder reelt, at sygeplejersker og social- og sundhedsassisterenter 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 forebygglelse 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 do, 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 aktuel hverdag sikrer patienternes overlevelse. Aktiviteter relateret til BOS/EWS-score og forebygglelse 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. Kompleksiteten 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, samtlig 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 vaktplanerne til at hænge sammen.


Men i dette kompleks af institutionelt betingede arbejdssituationer 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, samtlig med at arbejdssituationer omkring forebyggelse af sygelighed og dødelighed har lederes og politikerer bevågenhed.


**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 selvbebrejende 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., 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 publikering i tidsskriftet ”Nordisk Sygeplejeforskning” (Jensen 2018) eller er publiceret i “Uddannelsesnyt” (Jensen 2016). Redaktionen accepterer essayet “Poetiske representationer 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 selvbebrejende 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 sygeplejerskers gennem fastholdelse af deres individuelle fortællinger og navne. Jeg bruger navnene på Emilie, Martha, Anja, Rebecca og Thor, hvorved jeg tænker at illustrere, at her er tale om mennesker med kroppe, der interagerer med andre kroppe med navne31.

I essayet om nyuddannede sygeplejerskers selvcentring ser jeg, at jeg snarere reflekterer tanker end undersøger, idet jeg aldrig kommer frem til nogen poente. 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

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

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 orkesterer institutionelle betingelser nyuddannede sygeplejerskers muligheder for at tilrettelegge 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 betrægte 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 arbejdsmålsstyringer er relateret til forebyggelse af sygdom, 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 selvbebrejden 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 oversygeplejerskemodet, 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 føregående 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.

Nyuddannede sygeplejerskers arbejde med døden og døende patienter på medicinske afsnit i patientsikre sygehuse – en institutionel etnografisk undersøgelse
“Newly graduated nurses’ experiences of insufficient work orientation in medical units”


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

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 arbejdsliv32. 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 overlægeindretning eller for adgang til IT, som jeg viser i de indledende etnografiske beskrivelser. Men det kunne også have været institutionelle betingelser for ansettelser, 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 selvbebrejende skyld. Men med IE-tilgangen har jeg ikke undersøgt prædefinerede teoretiske implikationer, hvorfor jeg foreslår fremtidige forskere at undersøge:


32 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 representerer det andet køn modsat det indførståede 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 udførel af sygeplejehvervet 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 her?” (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).


---

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

Jeg afslutter altså afhandlingens kappe ved professonsuddannelserne, 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 fløv
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)


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.


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,
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 .
Datatilsynet (the Danish Data Protection Agency), Datatilsynet (the Danish Data Protection Agency). Homepage. Available at: www.datatilsynet.dk [Accessed November 16, 2016].


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
Forsman, H. et al., 2009. Research use in clinical practice - Extent and patterns among


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.
good day as experienced by a newly qualified RN. *International Journal of Nursing Studies, 42*(1), pp.85–95.


Nørby, E.T., Dam, M. & Hansen, B., 2017. NATIONALE MÅL FOR VÆSENET (National goal for Health Care System),


Region Sjælland, dk, 2015a. Tøverektoriel kommunikation og samarbejde ved indlæggelse og
udskrivelse, D4 standard.


Region Sjælland (Region Zealand), 2016. Region Sjælland vi er til for dig (Region Zealand, We are here for you). *Homepage*. Available at: www.regionsjaelland.dk.


Rush, K.L. et al., 2013. Best practices of formal new graduate nurse transition programs:

Sundhedsstyrelsen, 2011. Anbefalinger for den palliative indsats 2011


The Danish Health Authority, D., Danish Health Authority. Homepage. Available at: https://www.sst.dk/en [Accessed March 29, 2017].


University College, D., UC Viden - UC Knowledge. *Homepage*. Available at: www.ucviden.dk [Accessed April 17, 2014].


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


Widerberg, K., 2015b. En invitation til institutionel etnografi. In K. Widerberg, ed. *I hjertet


Ziehe, T., 2004. Øer af intensitet i et hav af rutine, København, Politisk revy.
