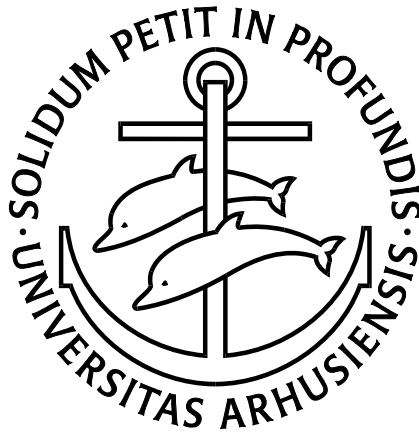


# Kandidatspeciale



## Introduktionsprogrammer til nyansatte sygeplejersker

En analyse med særlig fokus på magt.

af

**Hanna Guldagger Permin**

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Hanna Guldagger Permin  
Modul: Kandidat speciale  
Måned og år: Juni 2009  
Vejleder: Stinne Glasdam  
Anslag: 115.773

# **Introduktionsprogrammer til nyansatte sygeplejersker**

En analyse med særlig fokus på magt.

**af**

**Hanna Guldagger Permin**

Afdeling for Sygeplejevidenskab  
Institut for Folkesundhed  
Aarhus Universitet  
Høegh-Guldbergs Gade 6A  
Bygning 1633  
8000 Århus C

## Indholdsfortegnelse

1. Indledning .....	3
1. 1. Egne erfaringer .....	3
1. 2. Introduktionsprogrammer som en del af kvalitetsudvikling indenfor sygeplejen .....	4
1. 3. Introduktionsprogrammer som lokkemiddel .....	5
1.4. Problemafgrænsning .....	6
1. 5 Problemformulering .....	7
2. Metodiske og teoretiske overvejelser .....	7
2.1. Litteratursøgning til indkredsning af problemformulering .....	7
2.2. Teoretisk ramme .....	9
2.2.1. Kroppen .....	11
2.2.2. Rummet .....	12
2.2.3. Tiden .....	13
2.3. Empiri .....	14
2.3.1. Indsamling af empiri .....	14
2.3.2. Ethiske overvejelser .....	15
2.3.3. Præsentation af empiri .....	16
2.4. Analysemetode .....	17
3. Analyse .....	20
3.1. Forestillingen om at oplæring af nyansatte sygeplejersker foregår ud fra standardiserede programmer .....	20
3.1.1. Den nyansatte modelleres ud fra et bestemt slutfacit .....	21
3.1.2. Oplæring som pædagogisk projekt er teoribaseret .....	25
3.1.3. Oplæring foregår ud fra modeller for effektiv ressourceudnyttelse .....	27
3.1.4. Oplæring kontrolleres ved hjælp af administrative systemer .....	29
3.1.5. Tiden som en styrende faktor i oplæringen .....	30
3.2. Forestillingen om at sygepleje er standardiseret .....	31
3.2.1. Sygeplejersken skal beherske patientens krop ud fra det, der kan måles .....	32
3.2.2. Sygepleje som teknik .....	33
3.2.3. Fastlagte standarder for dokumentation af sygeplejen .....	35
3.2.4. Tiden som en styrende faktor for sygeplejen .....	36

<b>3.3. Forestillingen om at sygeplejersker positionerer sig under og i forlængelse af lægen .....</b>	<b>37</b>
<b>3.3.1. Nogle rum er vigtigere end andre .....</b>	<b>38</b>
<b>3.3.2. Sygeplejersken udpeger, placerer og replacerer patienten .....</b>	<b>40</b>
<b>3.3.3. Lægen som den vigtigste samarbejdspartner .....</b>	<b>42</b>
<b>3.3.4. Patienter som kategorier .....</b>	<b>44</b>
<b>4. Konklusion .....</b>	<b>47</b>
<b>5. Perspektivering .....</b>	<b>50</b>
<b>6. Litteraturliste .....</b>	<b>52</b>
<b>7. Resumé.....</b>	<b>56</b>
<b>8. English summary .....</b>	<b>57</b>
<b>9. Bilagsfortegnelse .....</b>	<b>58</b>

# 1. Indledning

Formålet med dette speciale er at undersøge de introduktionsprogrammer, der udleveres til sygeplejersker, når de starter på en ny arbejdsplads. Gennem programmer som disse forsøger arbejdsgiveren at strukturere den nyansattes første tid, at videregive vigtig information om organisationen, sygeplejen, patienterne mv. Herved dannes det først indtryk hos den nyansatte, og derfor mener jeg, at det er vigtigt skabe indblik i, hvilke tanker og værdier disse programmer baseres på. Interessen udspringer af personlige erfaringer fra mine første to ansættelser som sygeplejerske på hospitalsafdelinger.

## 1. 1. Egne erfaringer

Ved min første ansættelse oplevede jeg, hvordan oplæringsperioden foregik uden nogen form for introduktionsprogrammer. Det blev en kaotisk og vanskelig periode i mit arbejdsliv, hvor jeg blev kastet ud i ansvar og opgaver, som jeg ikke kunne honorere og løse. Jeg måtte koncentrere mig om små praktiske detaljer i en sådan grad, at jeg fik svært ved at være til stede i mødet med patienterne. Det var en patientgruppe med komplekse sygdomsbilleder, som kom fra hårdt belastede sociale miljøer og i den grad havde behov for kontakt og nærvær. I 2½ måned styrtede jeg rundt med en konstant følelse af utilstrækkelighed og besluttede til sidst at sige op. Jeg følte altså, at jeg i høj grad ville have haft gavn af et introduktionsprogram.

Ved anden ansættelse blev et skriftligt introduktionsprogram fulgt gennem oplæringsperioden, og det fungerede som en støtte til at få overblik over de fysiske rammer, diverse computerprogrammer, dokumentation, procedurer, hjælpemidler og sygdomskategorier. Men det ensidige fokus på fysiske rammer og praktiske færdigheder kom i den grad til at virke som en utilstrækkelig form for introduktion til et arbejde, som bestod i at pleje svært syge og kriseramte mennesker. Jeg oplevede, at det skriftlige introduktionsprogram i et vist omfang var en støtte, men så samtidig en risiko for at tankegang og handlemuligheder forsimples og indsnævres heraf.

I forlængelse af disse erfaringer anser jeg introduktionsprogrammer for at være en fordel for nyansatte sygeplejersker. Men samtidig finder jeg det problematisk, hvis de medvirker til at socialisere sygeplejersken i en bestemt retning og ikke til at tænke selv.

I dette speciale vil jeg derfor undersøge indholdet i introduktionsprogrammer til nyansatte sygeplejersker, men først vil det blive belyst, hvad der ligger til grund for disse programmer, og i hvilken sammenhæng de bliver anvendt i dag.

## **1. 2. Introduktionsprogrammer som en del af kvalitetsudvikling indenfor sygeplejen**

Traditionen for at anvende standarder indenfor sygeplejen har en lang historie bag sig. Florence Nightengale (1820-1910) beskrives eksempelvis som en historiens centrale grundlæggere af kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Hun dokumenterede betydningen af kvalitet i sygeplejen og demonstrerede behovet for at opstille kvalitetsmål (Hansen og Villadsen 2005). Derved var hun på forkant med de metoder til udvikling og implementering af standarder for kvalitet, som har høj prioritet i dagens sundhedsvæsen. Udviklingen af kvalitetssikringsmetoder tog fart op gennem 90'erne i takt med en politisk interesse for modernisering af sundhedsvæsenet: I 1993 udkom National strategi for kvalitetsudvikling, som byggede på World Health Organization's (WHO) kvalitetsmål: Høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patientsikkerhed og helhed i patientforløbet (Sundhedsstyrelsen 1993). Disse mål sigter således mod de professionelle, organisationen og patienterne. I 1999 blev Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling etableret og i 2002 blev der udviklet en ny National strategi for kvalitetsudvikling, hvor indsatsområderne er: Patientindflydelse og medinddragelse, patientsikkerhed, formidling af viden og åbenhed i systemerne samt kompetenceudvikling. Her lægges der bl.a. vægt på, at der i arbejdstilrettelæggelsen skal foregå således, at medarbejdernes kompetencer løbende udvikles (Sundhedsstyrelsen 2002).

I 2005 blev Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) etableret og fik til opgave at planlægge Den Danske Kvalitetsmodel, som er bygget op af standarder for god kvalitet, hvilket også kaldes akkrediteringsstandarder. Akkrediteringssystemet går ud på, at der opstilles en række kvalitetsmål for alle nøgleprocesser i arbejdet, at der udvikles et fælles værdisæt for hele organisationen, at der foretages kontinuerlig selvudvikling og jævnlige kontrolmålinger med rapportering til ledelsen, som overvåger kvalitetsniveauet. Et eksternt konsulentfirma fastlægger

nogle overordnede standarder, som bearbejdes af organisationen og munder ud i retningslinjer for pleje og behandling (Mainz, et al., 2002). I disse standarder er introduktion og uddannelse bl.a. et indsatsområde. Her stilles der krav om at nye medarbejdere får overordnet introduktion til hospitalet og til den specifikke stilling (JCI 2003). Kvalitetsudviklingens krav om legitimering gennem dokumentation har medført, at der i dag i stor stil anvendes standarder indenfor sygeplejen. Det gøres med henblik på at højne kvaliteten i patientplejen, skabe udvikling og mulighed for forskning (Bydam 2008).

### **1. 3. Introduktionsprogrammer som lokkemiddel**

Der reklameres ofte i jobannoncerne på Sygeplejerskejob.dk med god introduktion og grundig oplæring (Sygeplejerskejob.dk). I en række artikler i fagbladet Sygeplejersken beskrives specifikke programmer, og der peges på, at de kan medvirke til at fremme kvalitet, rekruttering og fastholdelse (Tewes & Grum 2002, Kjeldsen 2007, Brandt & Lundegaard 2007). Formanden for Dansk Sygeplejeråd Connie Kruckow skriver, at det er en selvfølge, at en sygeplejerske, som er uddannet generalist, skal have et introduktionsprogram (Hansen og Kruckow 2006). Det ser således ud til, at introduktionsprogrammerne anvendes som lokkemiddel, hvilket kan ses som et forsøg på at imødegå den tiltagende mangel på sygeplejersker.

En opgørelse over antallet af ubesatte stillinger foretaget af Dansk Sygeplejeråd viser, at der i 2007 manglede der 1550 sygeplejersker og i 2008 steg tallet til 2400 (Christensen 2007, 2008). Samtidig viser en analyse af sygeplejerskers mobilitet på arbejdsmarkedet, foretaget af Funktionær og tjenestemandes forbundet (FTF), at et stigende antal sygeplejersker forlader faget indenfor de første år efter endt uddannelse. Derudover viser en undersøgelse foretaget af analyseinstituttet Megafon for Dansk Sygeplejeråd, at hver femte sygeplejerske er parat til at forlade det offentlige til fordel for en ansættelse i det private (Palsbo 2008). Årsagerne til, at denne udvikling fortsætter, er bl.a. lav løn, dårlige arbejdsvilkår, manglende karrieremuligheder samt ringe faglig og professionel anerkendelse (Pedersen 2002). Derudover har færre i løbet af de seneste år søgt ind på uddannelsen samtidig med, at behovet for sygepleje stiger, idet befolkningssammensætningen ændres, så der f.eks. bliver flere ældre. Desuden øger

den tekniske udvikling muligheden for behandling og dermed også behovet for pleje (Bjørnsson 2001). Denne tiltagende mangel på sygeplejersker kan siges at gøre arbejdspladsen til en sårbar læringsarena, som er let påvirkelig af antal patienter, normering og erfarne kollegaer. Det er således en vigtig opgave at skabe gode forhold for nyansatte sygeplejersker, så de forbliver på arbejdsmarked og indenfor faget, hvor der er så hårdt brug for dem.

#### **1.4. Problemafgrænsning**

Ud fra ovenstående ser det således ud til, at introduktionsprogrammer er en del af den kliniske praksis i øjeblikket, og at de anvendes i forsøg på at sikre kvalitet i patientplejen samt for at tiltrække nye sygeplejersker. Derved sigter de mod at være til gavn for såvel patienter som sygeplejersker. Dette har vækket min interesse for at undersøge, hvilke forståelser introduktionsprogrammer bygger på. I den indledende litteratursøgning blev der fundet tre cand. cur. specialer, som undersøger kompetenceudvikling. Lone Bülow Friis har undersøgt tre hospitalers strategier for kompetenceudvikling. Hendes resultater viser, at medarbejderens indflydelse, investeringer i tid, afsat hjælp i form af vejledning og medarbejderens indflydelse på vejledning ikke i tilstrækkeligt omfang integreres i strategierne, således at engagement og motivation fremmes (Friis 2005). Rikke Moutsen har foretaget en undersøgelse af kundskabsformer i et kompetenceudviklingsprogram fra Skejby Sygehus. Hun viser, at der er en tendens til, at en teknologisk kundskabsform, som er objektiv og ekspliciterbar bliver dominerende i programmet. Deri ser hun en fare for, at nyansatte sygeplejersker udvikler en endimensional opfattelse af patienten, og at der dermed sker en afhumanisering af sygeplejen, som påvirker den nyansattes mulighed for at yde omsorgsorienteret sygepleje (Moutsen 2004). Kirsten Christensen har undersøgt, hvilke kriterier, der må medtænkes i kompetenceudviklingsprogrammer, hvis nye idéer og ny viden skal udvikles/dannes hos sygeplejersken. Hun viser, at der i en kompetenceudviklingsmodel fra Horsens Sygehus i stedet lægges op til en tænkning, hvor det er afdelingens hverdag og institutionelle behov, der er i fokus (Christensen 2003).



Det ser ud fra disse tre undersøgelser ud til, at noget står på spil mellem arbejdsgiver og sygeplejerske i disse forsøg på at udvikle kompetencer. Når engagement ikke fremmes, når tankegang indsnævres og når nye idéer ikke udvikles, må der nærmere siges at være tale om kompetenceafvikling, som hverken kommer patienter eller sygeplejersker til gavn. Det ser således ud til, at kompetenceudviklingen bygger på organisationens interesse for at ensrette og tilpasse sygeplejerskerne, således at effektiviteten i det eksisterende system kan opretholdes. Som beskrevet har jeg selv oplevet at blive modtaget med et meget ensidigt introduktionsprogram, da jeg begyndte at arbejde som sygeplejerske. Disse tre undersøgelser peger på, at konsekvensen af ensidige kompetenceudviklingsprogrammer er, at organisationen let kommer til at præge sygeplejersken i en bestemt retning, hvilket i sidste ende kan gå ud over patienten. Det vil sige, at programmer som disse kan ses som en form for styringsmiddel i praksis. Set i dette lys finder jeg det derfor relevant at undersøge hvilke magtstrukturer, der ligger indlejret i introduktionsprogrammer til nyansatte sygeplejersker, hvilket har ført til følgende problemformulering:

### **1. 5 Problemformulering**

*Hvordan italesættes nyansatte sygeplejerskers oplæring i introduktionsprogrammer set ud fra et magtperspektiv?*

## **2. Metodiske og teoretiske overvejelser**

### **2.1. Litteratursøgning til indkredsning af problemformulering**

I dette afsnit redegøres der for fund af kilder og litteratur. Der er søgt i danske og internationale databaser fra januar til maj 2009. Inklusionskriterierne var at teksterne skulle omhandle introduktionsprogrammer til nyansatte sygeplejersker, de skulle være skrevet på dansk eller engelsk mellem 1995 og 2009. Tekster der omhandlede introduktion til specifikke emner indenfor sygepleje introduktion til studerende og evalueringer af programmer fra specifikke afdelinger blev ekskluderet.

Indledningsvis er der søgt i det danske tidsskrift Sygeplejerskens artikelarkiv på ordene *oplæring* (169) og *nyansat* (45). Tallene i parentes illustrerer antallet af fremkomne hits. Ordet introduktion viste sig ikke at være et egnet søgeord, da det fører til en stor mængde hits, som omhandler introduktion til mange forskellige emner. Derfor er der i stedet søgt på ordet *introduktionsprogram* (27). Der er ligeledes søgt på *kompetenceudvikling* (358). En gennemgang af samtlige poster førte ud fra ovenstående kriterier til at ni artikler blev fundet og anvendt.

På Bibliotek.dk er der søgt på ordet *sygeplejerske* kombineret med ordene *oplæring* eller *introduktion* (24) samt *kompetenceudvikling* eller *nyansat* (68). Her blev der udover en række gengangere fra fagbladet fundet seks relevante titler.

Der er endvidere søgt i tidsskrifterne *Klinisk Sygepleje*, *Sygeplejeforskning* og *Akademiske Sygeplejersker* for at undersøge, hvilke udviklings og forskningstiltag omkring introduktionsprogrammer og nyansatte sygeplejerskers oplæring, der er blevet foretaget i Danmark. Søgningen er sket elektronisk og manuelt ved at gennemlæse indholdsfortegnelserne. En gennemlæsning af artikler med relevante titler viste dog, at de ikke faldt indenfor de valgte kriterier.

I Cinahl er der foretaget en række søgninger på ordene *new employee*, *nursing staff*, *hospital* (50). Disse ord blev kombineret med ordene *training*, *internship*, *competence*, *orientation* (17). Her er der fundet ti relevante titler, men efter en gennemlæsning af disse artikler viste de sig alligevel ikke at have relevans for nærværende studie, idet de viste sig at være svært sammenlignelige med danske forhold.

De søgninger, der her er blevet gjort rede for har kun ført til få undersøgelser af problemstillinger, der ligner den, der er valgt i dette speciale. Derfor er alle titler på studiets kandidatspecialer og ph.d. afhandlinger blevet gennemset, og den Sundhedsfaglige supplerings- og kandidatuddannelse på Syddansk Universitet er blevet kontaktet med henblik på eventuelt kendskab til studier af introduktionsprogrammer, hvilket ikke førte til yderligere resultater.

## 2.2. Teoretisk ramme

Som en teoretisk ramme for analysen har jeg valgt den franske filosof Michel Foucault (1926-1984). Valget faldt på Foucault, fordi han i sit arbejde prøver at blotlægge bestemte magt og vidensstrukturer, der findes alle steder i samfundet og derfor også på hospitaler. Ved bl.a. at tage udgangspunkt i en række forskellige tekster laver han en form for opadgående magtanalyser, der viser hvordan disse små mekanismer bliver indesluttet i og transformeret til generelle beherskelsesformer i samfundet. Inspireret af denne tilgang vil de magtstrukturer, der kommer til udtryk i skriftlige introduktionsprogrammer til nyansatte sygeplejersker blive undersøgt i dette speciale.

Der kan rejses den kritik mod Foucault, at han ser magt overalt i samfundet, og at han ser mennesket som et samfundsprodukt, hvorved det ikke i sig selv lader til at have indflydelse på noget som helst. Således kan han siges kun at have øje for magtstrukturer som styrer mennesket, hvorved andre nuancer ikke kommer i spil. Han kan således kritiseres for at være determinist, idet mennesket altid vil være styret af disse magtstrukturer. Hertil kan dog indvendes, at hans hensigt ikke er at afdække sandheden om samfundet eller det enkelte menneske, men som han skriver i "*Viljen til viden*" at sondere visse komplekse felter (Foucault 1993, s. 13). Herved søger han at gøre mennesker bevidste om, hvorledes de er viklet ind i nogle allestedsnærværende strukturer. Gennem denne bevidsthed skabes der en mulighed for at tænke anderledes og derigennem for at undvige eller reagere, om end det ikke er muligt at løsrive sig.

Den primære kilde til specialets teoretiske ramme udgøres af bogen "*Overvågning og straf*". I denne bog gennemgår Foucault med udgangspunkt i straffens historie forskellige måder at forstå, organisere og udføre straffende magt på. Han beskriver bl.a. det moderne fængsels bearbejdning af kroppen gennem disciplinering. Bogen "*Viljen til viden*" er desuden inddraget med henblik på at uddybe hans forståelse af begrebet magt. Med henblik på et mere overordnet kendskab til Foucault og hans forfatterskab er bogen "*Det tomme menneske*" af den norske forfatter Dag Heede og bogen "*Kommunikative maktstrategier – rapporter fra et tårn*" af den norske forfatter Espen Schaanning blevet valgt som supplerende litteratur. Derudover er der blevet hentet inspiration i Kirsten

Beedholms ph.d. afhandling ”Forandringer og træghed i den sygeplejefaglige diskurs”, hvor der teoretisk og metodisk tages afsæt i dele af Foucaults forfatterskab.

Foucault er gennem sit forfatterskab optaget af at udforske den vestlige civilisations diskurser, rationalitet og formelle betingelser for tænkning (Heede 2002, s. 10). Det gør han blandt andet ved at forholde sig kritisk til samfundets institutioner, og de opfattelser af f.eks. sindssygdom, kriminalitet og seksualitet, der ligger indlejret heri. Begrebet magt har en central rolle i hans tænkning og skal forstås som en allestedsnærværende og styrende kraft, som har afgørende betydning for vores måde at handle og tænke på. Magt er ofte et negativt ladet begreb i dagens Danmark, som forbindes med undertrykkelse, men ud fra denne forståelse er magten i sig selv produktiv og i den forstand positiv (ibid., s. 41). Det er et komplekst begreb, som Foucault selv beskriver på følgende måde: *“Magt er ikke en institution, og det er ikke en struktur, det er heller ikke en bestemt kraft, som visse udvalgte skulle være begavet med: Det er det navn, man giver en kompliceret strategisk situation i et givet samfund”* (Foucault 1998, s. 99). Magten er således et grundvilkår i samfundet og fungerer gennem de forskellige sandheder, den producerer. Den kan ikke ejes, gribes eller erobres, men er en alles kamp mod alle helt ned på mikroplanet.

Foucault analyserer magten nedefra i de små mekanismer og detaljer i relationer mellem mennesker, hvor magtforhold videreføres og reproduceres. Han undersøger, hvordan disse magtforhold er blevet til gennem mere generelle beherskelsesformer, og hvordan de inkorporeres i den enkelte og dermed kommer til at fungere som støtte for de overordnede styrkelinjer i samfundet (Heede 2002, s. 39-43). Gennem sine analyser viser Foucault, hvordan magten ændrer karakter gennem historien fra under enevælden at være manifest og eksplicit til i det moderne samfund at være mere diskret og usynlig. Han undersøger moderne institutioners opkomst, som bygger på en drøm om det rene samfund, og derfor har som mål at normalisere alle former for afvigelser. I disse institutioner udvikles der forskellige teknikker til at disciplinere det enkelte menneske, så det holder sig inden for normalitetens grænser (Foucault 2002, s. 8-12).

Eksaminationen indføres i institutionerne som en teknik, der kombinerer overvågning, sanktionering og differentiering af individerne og opretholder en form for underkastelse. Sammen med eksaminationen opstår der en skriftens magt i form af arkiver med detaljerede oplysninger om den enkeltes særegne træk, præstationer, udvikling, evner mv. Ved hjælp af eksamination og den deraf følgende dokumentation gøres hvert enkelt individ til et tilfælde, som både bliver genstand for viden og et holdepunkt for magt (ibid., s. 203-207).

I institutionerne gøres en ny form for hierarkisk overvågning mulig, som Foucault benævner det panoptiske princip. Panoptikon er en udspekuleret form for arkitektur, som har kontinuerlig overvågning som sit formål, gennem at være opbygget som en cirkel omkring et centralt vagttårn. Det bliver herved muligt at se uden selv at blive set og for få at overvåge mange mennesker på en gang (Foucault 2002, s. 217). En uoverskuelig masse bliver herved til en samling adskilte individer, der kan kontrolleres og tælles af den, der overvåger. Men den vigtigste virkning er, at den enkelte bliver bevidst om permanent at være synlig og aldrig vide sig fri for det overvågende blik. Denne form for magtudøvelse kommer ikke udefra som en streng form for tvang, men integreres i den enkeltes krop og øger derved i sig selv dens effektivitet (ibid., s. 218-223). Dette princip udspringer af et forsøg på at optimere overvågningen i fængslet, men idéen spredte sig ifølge Foucault til de øvrige institutioner. Den får en generel funktion i hele samfundet, hvor den ordner magten med henblik på at øge produktionen, udvikle økonomien, uddanne folk og højne den offentlige moral, og den skaber herved det disciplinære samfund (ibid., s. 224-26). Disciplin er en teknologi, der i de mindste detaljer på en gang bearbejder og indtager krop, tid og rum, hvilket vil blive uddybet i det følgende.

### **2.2.1. Kroppen**

Ifølge Foucault har opfattelsen af kroppen ændret sig over tid. Det viser han f.eks. ved at give små indblik i, hvordan soldaten har set ud og er blevet opfattet på forskellige tidspunkter i historien. Fra at være blevet beskrevet ud fra ideelle forestillinger om en mand til at være en hvilken som helst krop, der kan formes efter sit formål (Foucault 2002, s. 151). Eller i hvordan opfattelsen af sygdom som værende lig med de

symptomer, der kommer til udtryk på overfladen, ændrer sig igennem 17 og 1800-tallet til også at indbefatte f.eks. de indre organer og deres funktion (Schaanning 1993, s. 198). Kroppen bliver til et objekt for viden og herigennem opstår en interesse for gennem manipulation og disciplinering at gøre den føjelig og nyttig. Dette er ikke en opfattelse af kroppen, som er fremkommet pludseligt, men bygger på en række små uafhængige processer, som over tid har påvirket hinanden og derigennem er blevet til en mere generel form for forståelse. Foucault anvender klosterlivet som et eksempel på tidlige tiders måde at indfange kroppen i strenge strukturer og kristendommens tro på en Gud, der ser alt, hvilket gør selv den mindste detalje betydningsfuld (Foucault 2002, s. 153-56). Det er opfattelser som disse, der ligger til grund for, at disciplin op gennem 17 og 1800-tallet gradvist vinder indpas som middel til at styre den menneskelige krop. På denne tid opstår en række institutioner i samfundet, og Foucault viser med eksempler fra fængsler, fabrikker, skoler og hospitaler, hvordan denne udvikling kommer til udtryk. I institutioner som disse indelukkes mennesker ud fra forskellige formål som straf, produktivitet, læring eller helbredelse og herved skabes mulighed for at styre, udnytte, forbedre og observere mange kroppe på en gang med det sigte at gøre institutionen effektiv. Herigennem opstår disciplin som en magtmekanisme med en direkte indvirkning på kroppen, hvilket ifølge Foucault har været med til at gøre hele samfundet mere fængselsagtigt (Schaanning 1993, s. 199). Ved hjælp af disciplinen inddeles individerne i rum, og der gøres brug af tiden ud fra en række forskellige teknikker.

### **2.2.2. Rummet**

Traditionen for at lukke mennesker inde i bygninger har sin oprindelse i den store "indespærring" af fattige og syge mennesker, med det overordnede formål at gemme dem væk fra det øvrige samfund. Siden hen har teknikken spredt sig til eksempelvis kaserner og fabrikker, hvor mennesker trænes og udvikles til henholdsvis at gå i krig og producere varer. Ved hjælp af indespærringen bliver det muligt at kontrollere større grupper af mennesker, således at de hindres i at stikke af eller lave ballade udenfor murene. Indespærring og udelukkelse var således formålet med institutionerne. Indespærring skabte mulighed for at kontrollere individerne, og udelukkelse skabte ro og orden i samfundet. Foucault sammenligner disse institutioner med klostre, fængsler

og fæstninger hvor en vagt nøje kontrollerer ind og udgang. Målet er at opretholde ro og orden ved at give de øverst befalende mulighed for at holde øje med, at hver enkelt individ udfører netop de opgaver, der forventes og intet andet (Foucault 2002, s. 157-58). Dertil kommer at rummet deles op i mindre enheder, og i hver lille enhed får individerne tildelt en plads, således at alle enheder er dækket ind og ingen enhed indeholder mere end et individ. Dette system øger muligheden for at udføre konstant kontrol, at vurdere den enkeltes præstation, at holde øje med at alle er på deres pladser, at undgå sammenhold og derved eventuel modstand. Desuden giver det mulighed for at analysere rummet med henblik på at måle kvalitet og fortjeneste (ibid., s. 159). Hensigten er ligeledes at skabe nyttige rum, hvor hver enkelt plads gøres så funktionel som muligt. Her anvender Foucault hospitalet som eksempel og viser, hvordan den medicinske videnskab medvirker til at inddele rummet yderligere for at mindske smittefare, observere sygdomme og passe på det nødvendige udstyr. Der udvikles administrative systemer til at registrere, identificere, isolere, hvilket gør hospitalet til et nyttigt rum for lægevidenskaben (ibid. s. 160). Det er ifølge Foucault i denne proces, hvor behovet for regelmæssig observation medfører, at kategorien sygepleje opstår som underordnet til lægens undersøgende teknik (ibid., s. 202). Foucault viser ligeledes med fabrikken som eksempel, hvordan disse funktionelle pladser skaber mulighed for at konstatere tilstedeværelse, flid, kvalitet, indbyrdes sammenligning, klassificering og dermed for at følge produktionens forskellige stadier (ibid., s. 161). Hvert individ defineres således ud fra den plads, der indtages i rummet og den afstand, der adskiller det fra andre, hvilket Foucault kalder for rangordningens kunst. Det er en teknik, som på en gang individualiserer, fordeler og skaber mulighed for omrokering.

### **2.2.3. Tiden**

Udover at disciplinering foregår ud fra organisering af rummet, kommer at aktiviteterne søges styret gennem regulering af tiden. Strenge tidsplaner kendes fra munkesamfundet og bliver ifølge Foucault videreført i institutionerne. Det religiøse livs rytme og regelmæssighed forfines f.eks. i hæren ved nøje inddeling af tiden i kvarter, minutter og sekunder, i skolen ved at stramme op og begrænse aktiviteter med simple ordrer og i lønarbejdets udbredelse øges kontrollen med tiden idet den gøres op i fortjeneste i form

af timeløn. Der skabes en nyttig tid gennem uafbrudt overvågning, kontrol og eliminering af forstyrrende elementer. Fabrikarbejderne måtte end ikke i spisepauserne tale om noget, der kunne aflede deres opmærksomhed fra arbejdet. De grundlæggende principper er nøjagtighed, flid og regelmæssighed (ibid., s. 167). Den enkelte handling bearbejdes tidsmæssigt, hvilket bliver vist med et eksempel fra hærens detaljerede forskrifter for march, som kan ses som en metode til at indføre en kollektiv rytme. Handling og bevægelse opsplittes og skemalægges i en sådan grad at enhver afvigelse vil få konsekvenser for kontinuiteten, og på den måde trænger tiden ifølge Foucault ind i kroppen. Samtidig disciplineres kroppen således, at den i sig selv kan danne grundlag for effektiv handling. Det viser Foucault med et eksempel fra skolen, hvor den rette kropsholdning detaljeret beskrives med henblik på opnåelse af en god håndskrift. Derved skabes en relation mellem handling og kroppens samlede holdning (ibid., s. 168). Ligeledes defineres forholdet mellem kroppen og den genstand, der skal håndteres, hvilket uddybes med et eksempel på nøjagtige forskrifter for, hvorledes soldaten skal anvende sit våben. Det kalder Foucault for instrumentel kodning af kroppen og består af en opsplitning af kroppens bevægelser og genstandens elementer. Krop og genstand sammenkobles gennem simple handlinger og en kronologisk rækkefølge fastlægges. På den måde sammenkobles krop og genstand ved hjælp af eksplicitte, tvingende forskrifter med henblik på ikke blot at anvende tiden, men at udtømme den. Med det menes, at man forsøger at intensivere brugen af hvert øjeblik for at opnå maksimal effektivitet. Teknikken beskrives ud fra et eksempel på hærens forsøg på at regulere handlinger ned i mindste detalje og skolens forsøg på at accelerere læreprocesser og derved gøre hurtighed til en dyd. Formålet er at mindske enhver form for tidstab, ved at alle vænner til at handle hurtigt og godt i enhver situation (ibid., s. 169-70).

## **2.3. Empiri**

### **2.3.1. Indsamling af empiri**

Da hensigten med specialet er at undersøge det introduktionsprogrammer, der sendes ud til nyansatte sygeplejersker, blev tilfældige hospitalsafdelinger i hovedstadsområdet



kontakten. På hjemmesider blev der fundet telefonnumre til almindelige sengeafsnit. Afdelingssygeplejerskerne blev kontaktet per telefon, og hvis de indvilligede i at udlevere materialet, fik de yderligere information om projektet via mail, hvorefter jeg fik materialet tilsendt eller tog ud og hentede det personligt. Efter at 11 afdelinger var blevet kontaktet modtog jeg materiale fra seks forskellige steder, idet tre afdelinger arbejdede på at udvikle deres materiale og derfor ikke ønskede at udlevere det, og to afdelinger havde ikke noget skriftligt materiale. Disse seks introduktions-programmer udgør det empiriske materiale i herværende speciale. Empirien kan således ikke bruges til kvantitativt til at sige noget om introduktionsprogrammer generelt. I stedet vil det ved hjælp af en kvalitativ metode blive undersøgt hvilke forståelser, der er indlejrede i de analyserede programmer.

Førstehåndsindtrykket af programmerne var, at de var meget forskellige, idet de i antallet af sider varierede mellem det længste på 99 sider til det korteste på 7 sider. I alt modtog jeg 250 sider, og omfanget taget i betragtning valgte jeg ikke at kontakte flere afdelinger, men at lade dette udgøre mit empiriske materiale for undersøgelsen. Denne beslutning blev taget dels ud fra et ønske om at foretage en kvalitativ undersøgelse, hvor formålet er at skabe en indsigt og forståelse i de enkelte programmer og dels ud fra rammerne for dette speciales omfang. Programmerne er vedlagt i deres fulde omfang (se bilag 1) for at give læseren mulighed for at få indblik i, hvad der løbende refereres til i analysen. Beslutningen om at vedlægge programmerne som bilag blev truffet sidst i forløbet, og derfor fremstår de med overstregninger og markeringer, som jeg har foretaget undervejs. Derudover har jeg valgt at afgrænse analysen til alene at omhandle programmernes indhold og dermed er eventuelle bilag ikke inddraget i analysen, og de er derfor heller ikke vedlagt i specialet.

### **2.3.2. Ethiske overvejelser**

Da programmerne ikke er offentligt tilgængelige og afdelingssygeplejerskerne har vist mig tillid ved at udlevere deres materiale, har jeg valgt at anonymisere alle oplysninger, der kan afsløre hvilke afdelinger, der er tale om. Derfor forekommer der en del huller i disse bilag, hvor afdelinger, specialer, navne og hospitaler er slettet, og programmerne benævnes i stedet med bogstaverne A, B, C, D, E og F. Programmerne indeholder ikke

personfølsomme data, og er derfor ikke anmeldt til datatilsynet. Det blev aftalt med afdelingssygeplejerskerne at de, hvis de ønsker det, kan få indblik i undersøgelsens resultater i form af kandidatspecialet, når dette foreligger.

### **2.3.3. Præsentation af empiri**

Programmerne vil her kort blive beskrevet hver for sig for at give et indblik i indholdet. Program A er på 99 sider og består af en indledning, hvori anvendelsen af materialet beskrives og herefter følger en lang række skemaer, som skal udfyldes undervejs i oplæringsforløbet. De er inddelt i følgende fem kompetenceområder: Basis, faglig, kritisk, organisatorisk og social. Efterfølgende beskrives den teoretiske referenceramme, som bygger på Patricia Benners teori om kompetenceudvikling, Benjamin Blooms taksonomi om læring samt Virginia Hendersons teori om sygeplejens grundlæggende principper. Til sidst er der en oversigt over kildehenvisninger.

Program B er på 46 sider og indleder med at beskrive formålet med og indholdet i programmet. Derefter følger en række skemaer, som er inddelt efter kompetenceområderne: Basis- og organisatorisk, faglig, social og kritisk. Efter hvert afsnit følger en oversigt i punktform over, hvad der forventes af den nyansatte indenfor hvert kompetenceområde, et skema med plads til at udfylde vurdering på en skala fra 1 til 9, og der er afsat plads til beskrivelse af handleplan. Den teoretiske referenceramme beskrives i et resumé og består af Erling Lars Dales niveauinddelinger af tilegnelse af viden og Benjamin Blooms taksonomi for læring. Programmet afsluttes med en oversigt over krav til kontaktsygeplejersken og forventninger til den nyansatte.

Program C er på 34 sider og består af en velkomst, en beskrivelse af afdelingens fysiske beliggenhed og af det center, som afdelingen er en del af. Herefter følger en oversigt, hvori vagtplanen for den første måned kan udfyldes. Mål for sygeplejen beskrives ud fra centerets strategi og idégrundlag og det oplyses, hvilket lønsystem der anvendes. Dernæst følger en række skemaer i form af checklister, som skal udfyldes under henholdsvis introduktions- og oplæringsforløb. Programmet afsluttes med et evalueringsskema og en litteraturliste.

Program D er på 49 sider og indleder med en præsentation af afdelingen samt en beskrivelse af målene for sygeplejen. Personalet, arbejdstider og selve oplæringsforløbet præsenteres kort. Herefter følger en oversigt over døgnrytmen og andre afdelinger i centeret. Det følgende afsnit har overskriften plejeopgaver og patientgrupper og beskriver de forskellige behandlingsformer. I de næste afsnit beskrives henholdsvis samarbejdspartnere, praktiske opgaver, brand og hjertestop samt studerende. Arbejdsopgaverne i vagterne er stillet op i punktform med tidsangivelser ud for hver opgave og herefter følger et skema til refleksion, som omhandler diverse tekniske problemstillinger. Derefter følger en række skemaer til henholdsvis introduktion og oplæring.

Program E er på 15 sider og indeholder en velkomst og fakta om afdelingen. Herefter præsenteres fire teams inddelt efter patienternes diagnoser, en oversigt over arbejdstider samt en beskrivelse af samarbejdspartnere. Sygeplejen i afdelingen beskrives under overskrifterne struktur, proces og resultat og derefter præsenteres indsatsområderne teamstruktur, dokumentation, kliniske vejledninger og kompetenceudvikling. Efter en kort beskrivelse af medarbejdersamtaler, undervisning og personalemøder følger en oversigt over døgnrytmen, en liste over punkter som gennemgås i de første ansættelsesuger i afdelingen, et skema som udfyldes under oplæringen samt en række spørgsmål til evaluering af forløbet.

Program F er på 7 sider og indledes med en beskrivelse af afdelingen og de indlagte patienter. Derefter følger en præsentation af plejepersonalet, hvilket vil sige ledelse og nøglepersoner. Plejeform og antal personale i de forskellige vagter beskrives og følges op af et afsnit om sygeplejen i afdelingen, hvori de forskellige nøglefunktioner beskrives og lægepersonalet præsenteres kort. Under overskriften ”*Introduktion i afdelingen*” er der opstillet en række punkter, som vil blive gennemgået med den nyansatte i de første dage. Sidst i programmet er der en døgnrytmeplan.

## **2.4. Analysemetode**

I dette afsnit redegøres der for fremgangsmåden i analyseafsnittet, og dermed for hvorledes problemformuleringen søges indkredset. Formålet med analysen er at

undersøge, hvordan sygeplejerskers oplæring italsættes i programmerne. Hensigten er ikke at betvivle de gode hensigter, der ligger bag, men inspireret af Michel Foucaults tekster at udfordre den grundlæggende, uproblematiserede selvforståelse, der ifølge Foucault er indlejret i enhver diskurs og dermed også i diskursen om oplæring af sygeplejersker. Set ud fra Foucaults optik kan programmerne siges at være resultater af de mulighedsbetingelser, der gjorde sig gældende på det givne tidspunkt, hvor teksterne blev forfattet (Foucault 1998). Således er formålet med nærværende speciale at analysere visse resultater af disse mulighedsbetingelser, nemlig dem der udmønter sig i skriftlige introduktionsprogrammer til nyansatte sygeplejersker.

Introduktionsprogrammer har som formål at introducere nyansatte til arbejdspladsen med de regler og rammer, der nu en gang gør sig gældende her. Som jeg skrev i indledningen, har jeg selv erfaring med at blive ansat i en afdeling uden at modtage nogen form for introduktion, hvilket ikke fungerede. Det skal derfor gøres klart, at introduktion anses for at være en nødvendighed, for at nyansatte kan finde sig til rette på en arbejdsplads. Det er forestillingen om måden hvorpå det gøres, der bliver sat spørgsmålstejn ved gennem specialets analyse. Der vil således ikke fremkomme løsninger på, hvordan oplæring bør foregå, men det vil blive vist hvilke forståelser, der er indlejrede i nogle af de programmer, der anvendes i praksis i øjeblikket.

Hensigten med analysen i dette speciale er udelukkende at undersøge de skriftlige programmer og ikke at redegøre for hele den overordnede diskurs materialet indskriver sig i. Der hentes således inspiration fra Foucaults diskursanalytiske tilgang, men den modificeres ved kun at blive anvendt i forhold til et lille udsnit af en større diskurs. Det er gennem en sådan analyse ikke muligt at sige noget om, hvad disse programmer rent faktisk afstedkommer i praksis, men i stedet at vise hvilke fornuftsformer, der indskriver sig i denne praksis. For uanset om det er tilsigtet eller ej, så fremkalder den viden, der gøres legitim gennem forskrifter, bestemte tanker og handlemønstre (Beedholm 2002, s. 50). De standardiserede oplæringsprogrammer afstikker således rammer for, hvad der er muligt og ikke muligt i en oplæringssituation, og derfor stilles der kritiske spørgsmål til begreber, holdninger og opfattelser, der kommer til udtryk i programmerne.

Processen omkring analysen startede med en naiv gennemlæsning af alle programmerne med henblik på at forstå, hvad de handlede om. Herefter blev der foretaget en nærlæsning af programmerne hver for sig. Med inspiration af Foucaults tanker om magt og disciplinering blev indholdet omstruktureret og inddelt i kategorierne krop, rum og tid. Ud fra denne indledende bearbejdning blev der fundet tre overordnede temaer i materialet: Forestillingen om, at oplæring foregår ud fra standardiserede programmer, forestillingen om den standardiserede sygepleje og forestillingen om at sygeplejersker positionerer sig under og i forlængelse af lægen. Hvert tema blev dernæst inddelt i følgende underpunkter:

Forestillingen om at oplæring af nyansatte sygeplejersker foregår ud fra standardiserede programmer:

- Nyansatte modelleres ud fra et bestemt slutfacit
- Oplæring som pædagogisk projekt er teoribaseret
- Oplæring foregår ud fra modeller for effektiv ressourceudnyttelse
- Oplæring kontrolleres ved hjælp af administrative systemer
- Tiden som en styrende faktor i oplæringen

Forestillingen om at sygepleje er standardiseret:

- Sygeplejersken skal beherske patientens krop ud fra det, der kan måles
- Sygepleje som teknik
- Fastlagte standarder for dokumentation af sygeplejen
- Tiden som en styrende faktor i sygeplejen

Forestillingen om at sygeplejersker positionerer sig under og i forlængelse af lægen:

- Nogle rum er vigtigere end andre
- Sygeplejersken udpeger, placerer og replacerer patienten
- Lægen er den vigtigste samarbejdspartner
- Patienter er kategorier

Disse temaer danner en ramme om analysen og udgør afsnittets overskrifter. De tre overordnede temaer præsenteres kort med udgangspunkt i eksempler fra programmerne. Herefter følger analyser af de enkelte undertemaer. Med afsæt i hvordan disciplinering ifølge Foucault foretager en opdeling af krop, rum og tid analyseres programmernes indhold. Citater fra programmerne inddrages i et vist omfang, men andre steder henvises der blot til overskrifter eller emner. Det skyldes at visse dele af programmerne udformede som en form for tjeklister, som det ikke giver mening at citere.

Hensigten med disse analyser er at vise, hvilke forestillinger programmerne bygger på, men for læsevenligheden skyld har jeg flere steder valgt at skrive, hvad programmerne gør ved de nyansatte, sygeplejen, patienterne osv. Disse formuleringer skal således ikke forstås bogstaveligt som om programmerne i sig selv gør noget, men som en forsimplet måde at forklare, de forestillinger om, hvordan noget skal gøres eller opfattes, der kommer til udtryk i programmerne. De nyansatte sygeplejersker benævnes nogle steder i analysen "hun" for læsevenlighedens skyld, og fordi der er flest kvinder inden for faget. Derudover har jeg i analyseafsnittet valgt ikke at lave sidehenvisninger til Foucaults tekster, idet der er redegjort herfor i teoriafsnittet. Denne form er valgt for at undgå gentagelser, men også for læsevenlighedens skyld, idet der i dette afsnit vil være en lang række henvisninger til programmerne. Nogle af programmerne er opdelt i forskellige afsnit med særskilt sidenummerering, hvorfor henvisningerne til disse suppleres med navn på det pågældende afsnit

### **3. Analyse**

#### **3.1. Forestillingen om at oplæring af nyansatte sygeplejersker foregår ud fra standardiserede programmer**

Det vil her blive undersøgt, hvilke hensigter de seks introduktionsprogrammer bygger på i forhold til oplæringen. I fire af programmerne kommer eksplicite hensigter i forhold til den nyansatte til udtryk (A, indledning, B, indledning s. 1, C, s. 11, E, s. 1). Disse hensigter kan tilsammen illustreres ved, at der i en indledning f.eks. står, at der under oplæringen vil være "...fokus på den enkelte medarbejders behov og kompetenceniveau" (A, indledning), og i et andet program: "Introduktionsprogrammet

*vil ikke blive fulgt slavisk, idet vi tilrettelægger det således, at der tages udgangspunkt i dine forudsætninger og kompetencer*” (E, s. 1). Det ser således ud til, at programmerne bygger på en forståelse af, at de nyansatte sygeplejersker er individuelle personligheder, og at de er det centrum, hvorum programmerne drejer sig. I det følgende vil det blive undersøgt, hvordan implicite forståelser af sygeplejersken og hendes oplæring kommer til udtryk. Der vil blive peget på, at det nærmere er programmerne selv, der bliver omdrejningspunktet for oplæringen, idet de set ud fra Foucaults optik er udformede som redskaber til at disciplinere sygeplejersken i en bestemt retning.

### **3.1.1. Den nyansatte modelleres ud fra et bestemt slutfacit**

I tre af programmerne beskrives den nyansatte, som en der skal hjælpes gennem oplæringen (A, indledning, B, s. 41, E, s. 1). Det ses eksempelvis i indledningen til et af programmerne, hvor der bl.a. står: *”Her er en generel information om forskellige forhold i klinikken og et introduktionsprogram som en hjælp til, at du bliver oplært i klinikkens sygepleje*” (E, s. 1). Der skabes et indtryk af, at programmet er udarbejdet udelukkende med det mål for øje, at hjælpe den nyansatte under oplæringen. Men når hun beskrives som en, der har brug for hjælp, placeres hun på en måde i en underordnet position. Det ser ud til, at hun ved at følge programmerne kan styrke denne position, når hun f.eks. i et program løbende vurderes på en skala fra et til ni, hvor et betyder, at kravene ikke er opfyldt, og ni betyder, at hun kan jobtræne andre (B, s. 12, 38-40). I et andet program er der en illustration af en skydeskive, hvor der i den yderste ring står: *”Er på bar bund*”, og i midten af skydeskiven står der: *”Kan oplære andre*”. Herunder står der: *”Uden mål kan ingen ramme plet*” (A, afsnit 1 s. 10). I et tredje program står der afslutningsvist: *”Godt begyndt er halvt fuldendt*” (C, s.30). I disse tre programmer eksisterer der således en forestilling om, at der findes et endeligt mål, som den nyansatte skal stræbe efter, som om den perfekte sygeplejerske findes et sted for enden af vejen. Her kan der spores en opfattelse af den nyansatte, som en hvilken som helst krop, der kan formes efter sit formål, hvorved personlighed, baggrund og forudsætninger ikke umiddelbart anses for at have betydning. Med Foucault kan der her peges, at programmerne bygger på en forståelse af kroppen som føjelig, og at programmerne leder til det slutfacit, som den skal formes mod. Målet er at kunne medvirke til at forme andre nyansatte efter samme skabelon. I nogle programmer lægges der samtidig vægt

på, at den nyansatte skal være selvstændig, ansvarlig, engageret, opsøgende, aktiv og nysgerrig (A, indledning, B, s. 43, E, s. 13), hvilket eksempelvis ses i et program, hvor der afslutningsvis står: *"Vi forventer at du: Tager aktiv del i dit oplærings, udviklings og kompetence program ved at være opsøgende og nysgerrig"* (B, s. 43). Den enkelte stilles således til ansvar for, at det fastlagte program følges, hvilket ligeledes ses, når der i et program skal dokumenteres ud for punktet: *"Kan udvise ansvarlighed for egen læring og oplæringsprogram i den daglige praksis"* (A, afsnit 6, s. 4). Det vil sige, at programmerne på en måde søges integreret i den enkelte. Herved fungerer programmerne ikke som tvingende forskrifter, men som en skabelon for den enkeltes selvdisciplinering. På den måde bliver modstand eller oprør ikke en mulighed for den enkelte, som i stedet vil bruge sin energi på at blive integreret på den måde som programmerne foreskriver.

I to programmer gives der eksplicit udtryk for, at den nyansatte skal gennemgå en form for udvikling via oplæringsforløbet, hvilket eksempelvis ses, når et program kalder sig: *"Introduktion, kompetence- og udviklingsprogrammet"* (B, indledning s. 1). Udvikling kan siges at være et nøgleord i indledningerne til disse programmer, og den følges nøje fra start til slut via dokumentation og en række udviklingssamtaler. I det ene program står der: *"Vi ser dette program som en proces, hvor det at du flytter dig i forhold til dit udgangspunkt, er det vigtige"* (ibid.). Det ser således ud til at være selve processen, der er vigtig og ikke så meget resultatet. Men i samme program står der også: *"Når året er omme evalueres forløbet ved, at du og din afdelingssygeplejerske vurderer udviklingen ud fra de udfyldte kompetenceprofiler og udviklingssamtalerne"* (B, indledning s. 3), hvilket kan tyde på, at den enkelte vil komme til at stå til regnskab for de resultater, der er opnået gennem oplæringen. I det andet program gennemgår afdelingssygeplejerske og mentor på første ansættelsesdag et punkt, der lyder således: *"Aftaler om at alle siger til hvis forløbet udvikler sig uhensigtsmæssigt"* (A, afsnit 1, s.1). Der er således tale om en bestemt form for udvikling, som løbende og afslutningsvis vil blive vurderet af afdelingssygeplejersken. Disse to programmer indeholder afsnit om, hvilke sociale kompetencer der skal udvikles. Det overordnede mål for denne kompetence lyder i det ene program: *"At alle medarbejdere har en viden om og evne til at kunne omgås andre"* (A, afsnit 6 s. 1), og nogle af delmålene lyder: *"Har vitalitet, Er aktiv, Er handlekraftig,*



*Interesseret, Fysisk og psykisk robusthed, Humor og er engageret mv.*” (ibid.). I det andet program står der: ”*Social kompetence defineres som evnen til at kunne omgås andre, herunder opfattelse af eget job*” (B, s. 39). Punkterne herunder lyder: ”*Reagere engageret i forhold til klinikken og afsnittet, Tage medansvar for arbejdsmiljøet i afsnittet, Være fleksibel, loyal og samarbejde orienteret mv.*” (ibid.). Der ligger således i disse to programmer en fast plan for hvilke personlighedstræk, der skal fremmes gennem oplæringen. Det vil sige, at der her eksisterer en opfattelse af, at den enkelte sygeplejerskes personlighed er formbar, og at de alle skal gøres ens. Fag og personlighed smeltes således sammen i programmerne, hvorved den nyansatte glider ind i det eksisterende system, således at den orden, der hersker ikke forstyrres.

Der lægges ligeledes vægt på udvikling af eksempelvis kritisk kompetence i disse to programmer. Denne kompetence defineres således: ”*At alle medarbejdere opnår viden om, hvorledes man mestrer kritiske hændelser*” (A, afsnit 4, s. 1). Det handler således om, hvordan kritiske hændelser mestres, og ikke som man kunne forledes til at tro, om evnen til at kunne forholde sig kritisk til noget. Der lægges vægt på personlig vurderingsevne, risikovillighed, handleparathed mv. (ibid., afsnit 5, s. 1) og på selvstændigt at kunne håndtere akutte situationer, at kunne bevare roen, at kunne sige fra og lade andre overtage mv. (B, s. 40). Den nyansatte skal således udvikle bestemte personlige egenskaber med henblik på at håndtere kritiske situationer. Det viser en forståelse af oplæring som et på forhånd fastlagt spor, som den nyansatte skal følge med henblik på at udfylde rollen som sygeplejerske. I et tredje program er udvikling et nøgleord i beskrivelsen af *Mål for sygeplejen*. Det handler om udvikling af kvalitet, viden, service, driftsarbejde mv. (C, s. 8). Det vil sige, at udvikling er noget der stræbes efter på et overordnet plan i organisationen.

I de øvrige programmer er der ikke på samme måde fokus på udvikling, men i et program lyder et eksplicit formål bl.a. ”...*at du hurtigst og bedst muligt introduceres fagligt og socialt*” (C, s. 11), hvilket tyder på, at den samme forståelse gør sig gældende her. I et andet program er der orientering om bl.a. kompetenceudvikling (D, intro s. 2), og i et tredje beskrives kompetenceudvikling som et særligt indsatsområde i afdelingen (E, s. 5). Den måde hvorpå der i programmerne bliver gjort opmærksom på, at oplæring

handler om udvikling, kan med Foucault tolkes som en disciplinær fremgangsmåde til hele tiden at holde de ansatte i gang, således at de i sig selv kommer til at danne grundlag for effektiv handling og derved øger institutionens produktivitet.

Derudover er der i fem af programmerne en gennemgang af uniformsetikette i løbet af de første ansættelsesdage (A, afsnit 1 s. 1, B, s. 7, C, s.11, E, s. 11, F, s. 3). Det kan illustreres ved, at der på anden ansættelsesdag, bl.a. gennemgås følgende punkter:

*”Bestilling af uniformer og anvisning af skabsplads til uniformer i afdelingen, Uniformsetikette, Bestilling af omklædningsrum”* (A, afsnit 1 s. 1). Det vil sige, at der lægges vægt på, at den nyansatte fra start af fremtræder på en bestemt måde, nemlig med ren uniform, velplejede negle, uden smykker osv. Ved hjælp af programmerne disciplineres den nyansatte til via sit ydre at udstråle den renhed og ordentlighed som etiketten foreskriver. Man kan sige, at hun herved indvies i rollen som sygeplejerske, idet hun via sin uniform adskiller sig fra patienterne, de pårørende og til dels de øvrige faggrupper og fremtræde som det gode eksempel overfor andre. Med tanke på Foucault kan man sige, at hendes krop anvendes til at markere den plads, som hun indtager i rummet eller i den eksisterende rangorden.

Dog tildeles den nyansatte en stemme i fire af programmerne, når der er krav om, at oplæringsforløbet skal evalueres (A, indledning, B, indledning s. 3, C, s. 31-32, E, s. 14). Det giver hende en ret til at ytre sig om andres evne til at oplære og eventuelt påvirke andre sygeplejerskers fremtidige oplæring. Det samme kan siges at gøre sig gældende, når der i fem programmer gøres opmærksom på diverse samtaler, der vil finde sted under og efter oplæringen (A, afsnit 1 s. 9, B, indledning s. 2, C, s. 14, D, intro s. 1, E, s. 6, 14). Disse samtaler kaldes *dialogbaseret vejledning, udviklings- og oplæringsamtaler, medarbejdersamtaler, medarbejderudviklingssamtaler* eller *prøvetidssamtaler*. Et program indeholder et skema med overskriften *”Dialogbaseret vejledning samt aftaler med mentor under din introduktion og oplæring”* (A, afsnit 1 s. 9), som skal udfyldes med dato, emne og signatur. Det er ikke her muligt, at sige noget om, hvad der foregår under disse samtaler, men det kan blot konstateres, at de i programmerne tillægges stor betydning. Samtidig med at de udgør en mulighed for den nyansatte for at komme i dialog med lederen, så kan disse samtaler ses som endnu en

måde, hvorpå der føres kontrol med, hvad der foregår under oplæringen. Betegnelsen *prøvetidssamtale* anvendes i et af programmerne og kan ses som et udtryk for, at disse samtaler bl.a. handler om, at den nyansatte skal vurderes som egnet eller uegnet til at være ansat i afdelingen. På den måde bliver der gjort opmærksom på, at et bestemt magtforhold gør sig gældende under samtalen. Det kan sammenlignes med Foucaults beskrivelse af eksaminationen, idet der opretholdes en vis form for underkastelse af den nyansatte, når lederen under samtalen kan optræde som en slags dommer overfor den nyansatte.

### **3.1.2. Oplæring som pædagogisk projekt er teoribaseret**

Sidst i to af programmerne præsenteres teoretiske rammer, som programmerne forestiller sig at være udviklet ud fra. Det vil her blive analyseret, hvordan disse teorier anvendes i programmerne. Det er således ikke hensigten at gøre rede for de enkelte teoriers indhold, men i stedet at undersøge, hvilken forståelse denne form for teorianvendelse bygger på.

I det ene program står der således i indledningen: *”Vi har valgt at operationalisere kompetencestigningen ud fra novice til ekspert ved Patricia Benner som en hjælp til dig og din mentor, når I skal formulere målene for din kompetenceudvikling”* (A, indledning). Det vil sige, at den amerikanske sygeplejeteoretiker Patricia Benners teori om kompetenceudvikling (Benner 1995), tænkes anvendt direkte i praksis til at formulere den nyansattes mål. I selve programmet defineres kvalifikationer for hvert af de fem kompetenceområder under overskriften *”Forventet opnået efter et år. Graduering efter novice til ekspert ved Patricia Benner”* (A, afsnit 2-6). I afsnittet om den teoretiske ramme beskrives to niveauer for tilegnelse af færdigheder i den kliniske praksis. Det gøres ud fra den model for kompetence som den amerikanske matematiker og systemkritiker Stuart Dreyfus og hans bror filosofen Hubert Dreyfus har udviklet, og som Benner tager udgangspunkt i. Det ser således ud til, at den teori som Benner tager udgangspunkt i, anvendes til at niveauintdele sygeplejerskerne i to forskellige kategorier. I det andet program står der i afsnittet om den teoretiske ramme: *”Kompetence indenfor sygeplejepsiksis kan opdeles i tre niveauer (Erling Lars Dale)”* (B, s. 41). Her anvendes den norske professor i pædagogik Erling Lars Dales teori (Dale

1998) på samme måde til at inddele sygeplejerskerne i forskellige niveauer. Det er således de dele af Benners og Dales teorier, som beskriver forskellige stadier af menneskelig viden og kunnen, der anvendes i programmerne, og hvad teorierne derudover måtte indeholde ser ud til at være irrelevant. Denne delvise anvendelse af forskellige teorier kan ses, som forsøg på at tilpasse dem til den gældende praksis. Det samme ser ud til at gøre sig gældende, når begge programmer desuden gengiver seks adfærdstermer ud fra den amerikanske uddannelsespsykolog Benjamin Blooms taksonomi for indlæring (Bloom 1956), hvilket kan illustreres med følgende eksempel: *"Når kompetencer skal formuleres og beskrives, kan det være meget svært at gøre det så det fremstår præcist og klart for læseren med hensyn til dybde og omfang. Her kan man imidlertid få god hjælp af Blooms Taksonomi hvor målformuleringer eller kompetencer inddeles i 6 niveauer"* (B, s. 41). Det vil sige, at endnu en teori inddrages med henblik på at uddybe beskrivelsen af de forskellige niveauer for kompetence hos nyansatte sygeplejersker. Efter en gennemgang af Blooms seks niveauer sammenholdes de i programmerne med henholdsvis Benner og Dale, idet der eksempelvis står: *"Sammenholdes niveauerne i Blooms Taksonomi med niveauerne i Erling Lars Dales inddeling fremgår det at sidstnævnte niveau 1. overvejende kan beskrives ved Blooms niveau 1-3. Erling Lars Dales niveau 2-3 skal derimod ved anvendelse af alle Blooms niveauer"* (ibid.). I det andet program sammenholdes Benners og Blooms niveauer desuden i en illustration af en trappe bestående af fem trin, hvor der angives tidsintervaller for hvert trin (A, afsnit 7 s. 4). Her ligger en forståelse af at kompetence udvikler sig i en lineær proces over tid. Det vil sige, at der i begge programmer trækkes elementer ud af pædagogiske teorier om indlæring, som sammenholdes i begge programmer. På den måde kommer teorierne til at fremstå som simple niveauinddelinger, der uden videre lader sig sammenligne. Det giver indtryk af, at formålet med de teoretiske referencerammer udelukkende er, at klassificere sygeplejerskerne indenfor forskellige niveauer. Efter denne sammenholdning afsluttes disse afsnit i programmerne med følgende sætninger: *"Den teoretiske reference er valgt for at konkretisere kompetencestigningen i udviklingsprogrammet for klinisk (speciale) praksis"* (A, afsnit 7, s. 2), og *"Dette udviklingsprogram forsøger således at beskrive og niveauinddele kompetencer ved hjælp af adfærdstermer og Blooms niveauinddeling"* (B, s. 42). Det ser således ud til at pædagogisk teori anvendes til at legitimere

oplæringen som pædagogisk projekt i den kliniske praksis og som en form for moralsk målestok til at vurdere, klassificere og sammenligne de nye sygeplejersker. Det kan ud fra Foucaults optik siges at være en måde hvorpå, der skabes en form for rangorden som på en gang individualiserer, fordeler og skaber mulighed for omrokering af sygeplejerskerne. Teorianvendelsen i disse to programmer kommer således til at virke som et disciplineringsredskab til at styre, udnytte, forbedre og observere de nyansatte.

### **3.1.3. Oplæring foregår ud fra modeller for effektiv ressourceudnyttelse**

En implicit form for teorianvendelse kommer ligeledes til udtryk i disse to programmer, idet de er struktureret ud fra fem kompetence områder. Det kommer eksempelvis til udtryk i indledningen til det ene program, hvor der står: *"Kompetenceudviklingen tager udgangspunkt i de 5 kernekompetencer: 1. Basiskompetence, 2. Faglig kompetence, 3. Kritisk kompetence, 4. Organisatorisk kompetence, 5. Social kompetence"* (A, indledning). Programmerne er inddelt ud fra disse fem områder, men der gøres ikke yderligere rede for, hvor disse kategorier stammer fra. De er imidlertid blevet indført i sygeplejen af Vibeke Krøll og bygger på en model udviklet af de svenske sociologer Bo Edvardsson og Bertil Thomasson (Krøll 2007). Denne model anvendes til at måle de nyansattes kompetencer og gør det muligt at vurdere den enkeltes kompetenceniveau inden for de fem fastlagte områder. Teorien kan siges at blive anvendt som en metode til at kategorisere og simplificere oplæringen, således at den bliver overskuelig og systematisk. Når den første kompetence kaldes basiskompetence, kan det forstås således, at den danner grundlag for de øvrige. Det overordnede mål for basiskompetencen lyder, med det ene program som eksempel: *"At alle medarbejdere opnår fælles kompetence om de overordnede mål og visioner i organisationen samt hvordan man gebærder sig i organisationen, også fysisk formåen"* (A, afsnit 2 s. 1). I det ene program lægges der desuden vægt på, at den nyansatte skal udvikle kompetence, der knytter sig til organisationens økonomiske situation herunder bl.a. ressourcebevidsthed og økonomisk indsigt (A, afsnit 5, s. 1). Det tyder på, at der her ligger en forståelse af, at man som ansat skal kunne yde mest muligt med mindst muligt forbrug af ressourcer, hvorved optimering af organisationens effektivitet gøres til mål for den enkeltes handlinger. Det vigtigste lader således til at være, at den nyansatte gennem programmerne lærer at handle indenfor nogle overordnede gældende rammer,

hvor effektiviteten er i hovedsædet. Samtidig kommer en bestemt opfattelse af patienten til udtryk, når der f.eks. står: *”Kan med egne ord beskrive de økonomiske konsekvenser af mangelfuld aktivering af patienter med handicaps f.eks. hvis patienternes egenomsorgskapacitet ikke gør det muligt at udskrive til eget hjem”* (ibid.). På den måde kommer en opfattelse af patienten som en vare til udtryk, hvorved der skabes fokus på institutionens effektivitet frem for den enkelte patient. Det vil sige, at kompetenceudvikling grundlæggende tager udgangspunkt i en forståelse af, at formålet med oplæring er at indordne de nyansatte under organisationens overordnede værdier. Det kan ses som en metode til, at opnå effektiv ressourceudnyttelse til gavn for organisationen. Denne teori anvendes således på samme måde som de eksplicit beskrevne teorier, som en form for disciplineringsredskab. Men formålet er ikke at rangordne, men i stedet at regulere den nyansattes handlinger ned til mindste detalje, hvorved det bliver muligt at nøje at vurdere den enkeltes præstation.

I et af de øvrige programmer står der, at den generelle information i afdelingen tager udgangspunkt i basis- og organisatorisk kompetencebeskrivelse, og at planlægning af introduktion og oplæring foregår ud fra den faglige og sociale kompetencebeskrivelse (C, s. 20). Det vil sige, at dette program ligeledes tager udgangspunkt i Krølls model for kompetenceudvikling. I dette program beskrives mål for sygeplejen desuden ved, at der præsenteres en strategi for centeret, som handler om at forbedre kvalitet, viden, service og driftsarbejde, hvilket understøttes af en differentieret personalepolitik. Derefter præsenteres et idégrundlag for centeret, som går ud på at diagnosticere, behandle, pleje, forske og undervise i sygdomme på en måde, der bringer centeret i en førende position nationalt og internationalt med patienten i centrum. Dette tænkes at skulle ske gennem kvalitetsforbedring, udvikling og forskning, respekt for patient, styrkelse af ledelsen og bedst mulig udnyttelse af personaleresourcer (C, s. 8-9). Dette program bygger således på samme form for mål-middelstyring, idet sygeplejen beskrives ud fra nogle overordnede målsætninger. Der eksisterer således en forestilling om, at overordnede målsætninger og regler ved hjælp af programmerne kan blive styrende for den enkeltes tanker og handlinger.

I andet program præsenteres sygeplejen i afdelingen under hovedoverskrifterne: ”Struktur”, ”Proces” og ”Resultat”. Der står ikke, hvor disse overskrifter stammer fra, men de svarer til den begrebsramme som kvalitet og kvalitetsudvikling bygger på (Hansen og Villadsen 2005). Under struktur står der bl.a. om indsamling af data, vurdering af behov, opstilling af mål og handlinger, hvilket svarer til den systematik, der anvendes i sygeplejeprocessen (Bydam 2008). Under proces står der, at alle patienter tilknyttes et team, at opstillingen af plejeplan skal ske på indlæggelsesdagen, og at der skal foretages daglig evaluering. Resultatet er, at patienten får kontakt med færre personaler, individuel tilrettelæggelse af sygepleje og kontinuitet i forløbet (E, s. 4). Ud fra denne problemløsningsmetode simplificeres og systematiseres sygeplejen i dette program. Derudover henvises der i fire programmer til bestemte plejeformer, som anvendes i afdelingerne. I to af dem nævnes det blot, at der er gennemgang af plejeform i løbet af den første ansættelsesdag (A, afsnit 1, s. 1, B, s. 2). I de to andre foregår sygeplejen ud fra det, der kaldes tildelt patientpleje (E, s. 4, F, s. 2), som er en arbejdsdeling, der går ud på at tildele patienter til sygeplejerskerne og bygger på idéen om at patienten skal være i centrum (Steenfeldt 2003). Disse fastlagte plejeformer kan ses som endnu et redskab til at disciplinere de nyansatte sygeplejersker til at handle i overensstemmelse med det øvrige personale og styrer dem ind i en bestemt struktur.

#### **3.1.4. Oplæring kontrolleres ved hjælp af administrative systemer**

Samtlige programmer indeholder tjeklister over emner, der skal gennemgås under oplæringen.

I fem af programmerne udgøres disse tjeklister af skemaer, der skal udfyldes under oplæringen (A-E), og længden af disse varierer mellem 1½ (E) og 90 sider (A). Selvom de således har meget forskellig detaljeringsgrad, så gælder det for dem alle, at de er tænkt til at fungere som en form for administrative systemer til at registrere oplæringsforløbet. Skemaerne består af lister over en række emner og ud for hvert af dem, skal der udfyldes dato og signatur gentagende gange under overskrifter som ”Har fået vist”, ”Udført under vejledning” og ”Udført selvstændigt” (D, oplæring s. 1-15). I et program ægges der op til en endnu mere detaljeret form for dokumentation, når der ud for hvert emne skal udfyldes: ”Beskrivelse af aktuel kompetence, Emner/uddannelse, Er gennemgået, Er udført under vejledning, Afprøvet, Arbejder selvstændigt” (A, afsnit

2-6). Derved bliver det muligt nøjagtigt at kontrollere, hvornår handlingen er udført, og hvem der er ansvarlig. Der kan her siges at være tale om endnu en form for eksamination af de nyansatte, som gør det muligt at overvåge, differentiere og sanktionere. Ved hjælp af programmerne dokumenteres detaljerede oplysninger, hvorved den nyansatte indordnes og bliver genstand for viden, idet der f.eks. kan foretages analyser af disse programmer i udfyldt tilstand. Den form for overvågning, som muliggøres ved hjælp af programmerne kan sammenlignes med Foucaults panoptiske princip, hvor det bliver muligt for få at overvåge mange på en gang. Det sker ved, at der føres kontinuerlig dokumentation under hele oplæringsforløbet. Formålet er at overvåge en række de nyansatte og gøre dem til en samling adskilte og kontrollerbare individer, hvilket tydeliggøres i følgende eksempel:

*”Programmet skal i de første 12 måneder befinde sig på (afdeling), når du er på vagt. Ved programmets afslutning vil du modtage et bevis på gennemført introduktions, og kompetence og udviklingsprogram, og en kopi vil blive lagt i din personalemappe” (B, indledning s. 1).*

Der er således mulighed for ikke blot løbende at føre opsyn med oplæringen, men også for til en hver tid at finde oplysningerne om den enkelte frem igen, idet de opbevares i dertil indrettede arkiver.

### **3.1.5. Tiden som en styrende faktor i oplæringen**

Gennem programmerne foregår der på flere måder en vis form for regulering af tiden, hvilket ud fra Foucault kan forstås, som en metode til at disciplinere de nyansatte sygeplejersker. Det sker bl.a. ved, at der fastlægges et afgrænset tidsrum for oplæringen. Dette tidsrum varierer mellem at strække sig over de første dage eller det første år af ansættelsen. Et program adskiller sig dog ved ikke direkte at fastsætte tiden for oplæringen, men i den indledende del står der: *”Der vil gå ca. 1 måned før du vil komme i aften/nattevagter, og op til et år før du kan forvente at have fået kendskab til hele specialet”* (D, s. 4), hvilket kan siges, at være en form for tidsmæssig afgrænsning. På den måde stilles der krav til den nyansatte om at tilpasse sig arbejdspladsen indenfor det givne tidsrum, hvilket bygger på en opfattelse af nyansatte som standardudgaver, der alle skal vejledes og oplæres indenfor samme tidsbegrænsede periode. Et program rækker dog ud over oplæringsperioden, idet der i indledningen står, at oplæringen vil



strække sig over seks måneder, men samtlige skemaer har følgende overskrift: ”*Forventet opnået niveau efter 1 år*” (A, afsnit 2-6). Det vil sige, at sigtet med dette program ikke blot er at være styrende for oplæringsperioden, men også for den nærmeste tid efter. Her ligger en forståelse af, at den detaljerede kontrol af den enkelte sygeplejerske ikke kun skal føres under oplæringen, men fortsætte - måske endda gennem hele hendes arbejdsliv.

Den kontinuerlige tidsmæssige kontrol af sygeplejerskens tid kommer til udtryk, når der eksempelvis via programmerne bliver gjort opmærksom på regler for overarbejde, syge- og raskmelding, og at den nyansatte skal indskrive sig i en adressebog (A, afsnit 1 s. 1, B, s. 2, C, s. 12, D, intro s. 1, E, s. 7, F, s. 3). Derved indføres den nyansatte i, hvordan hun selv skal tage ansvar for at registrere sin tilstedeværelse i rummet, således at det blive muligt for andre at kontrollere hendes færden. Det vil sige, at hun oplæres i en form for selvdisciplinering, således at afdelingens regler sætter sig i kroppen og virker per automatik. Når hun pålægges at føre denne selvkontrol bliver modstand ikke en mulighed, hvis hun ønsker at bevare sin ansættelse. Der informeres ligeledes om arbejdstider, tjenestetidsplan, vagtplan og datoer for personalemøder mv. (ibid.), og i et enkelt program oplyses det, hvilket lønsystem, der anvendes (C, s. 10). Herved fastlægges sygeplejerskens tid, og det bliver muligt ikke blot at kontrollere, om hun er til stede, men også hvornår hun har været til stede, og hvornår hun fremover vil være til stede i rummet. Arbejdsgiveren har kontinuerligt mulighed for at føre kontrol med alle ansatte uden selv at være til stede, og gennem programmerne gøres de nyansatte bevidste om, at denne overvågning kan finde sted, hvorved magtudøvelsen integreres i den enkelte. Det kan tolkes i retning af den panoptiske form for overvågning, som Foucault beskriver. Når der føres kontrol med sygeplejerskens tid, kan det ligeledes ses som et udtryk for, at der er tale om lønarbejde, hvor hendes tid gøres op i fortjeneste. Herved bliver hun selv stillet til ansvar for at føre kontinuerlig tidsmæssig kontrol, hvis hun vil sikre sig, at hun får den rigtige løn.

### **3.2. Forestillingen om at sygepleje er standardiseret**

I dette afsnit vil de forståelser af patient og sygepleje, der kommer til udtryk i programmerne, blive analyseret. Der gives eksplicit udtryk for hensigter i forhold til

patienterne i fire af programmerne (A, afsnit 7, s. 3, C, s. 8-9, D, s. 2, E, s. 5). Det ses eksempelvis i to af programmerne, hvor der under mål for sygeplejen bl.a. står at: "... hensynet til patienten skal altid være i centrum" (C, s. 8-9) og "At udøve sygepleje i samspil mellem to ligeværdige mennesker" (D, s. 2). Det vil sige at programmerne eksplicit bygger på en forståelse af, at patienterne er individuelle personligheder, og at de er det centrum, hvorom sygeplejen drejer sig. Implicit ser det dog ud til, at programmerne bygger på en anden forståelse. Det ses eksempelvis, når der i programmerne skrives om døgnrytmeplaner. Nogle steder optræder de som en integreret del af programmerne (D, s. 4, 19-26, E, s. 8-9, F s. 7), og andre steder henvises der blot til, at de vil blive gennemgåede i løbet af den første ansættelsestid (A, afsnit 1, s. 1, B, s. 2, C, s. 21, 26). I en af disse døgnrytmeplaner beskrives aftenvagts opgaver bl.a. på følgende vis: "Goddag"-runde til patienterne", "væske til "tørre" patienter" og "patienter der ønsker det smøres/sprittes/nattoilette inkl. stomaklud og forbindelsesskiftninger" (D, s. 19-20). På den måde kommer sygeplejen til at fremstå i en standardiseret form, hvor patienterne nærmere betragtes som en form for objekter, der skal gøres noget med på en ensartet måde. Det vil ud fra Foucaults optik blive uddybet, hvordan programmerne kan siges at være udformede som en form for redskaber til at disciplinere sygeplejersken til, at opfatte patienten på en bestemt måde.

### **3.2.1. Sygeplejersken skal beherske patientens krop ud fra det, der kan måles**

Skemaerne i programmerne er bl.a. inddelt ud fra bestemte behov, som sygeplejersken skal medvirke til, at patienterne får opfyldt, hvilket bl.a. ses ud fra følgende citat:

*"Den faglige kompetenceudvikling bygger på Virginia Hendersons teori om sygeplejens grundlæggende principper, hvor hun anfører 14 komponenter som skal indgå i almen sygepleje. For hvert af principperne er der forskellige sygeplejeaktiviteter der hele tiden tager udgangspunkt i patientens opfattelse af sundhed og sygdom" (A, afsnit 7, s. 2).*

Derved gøres sygeplejen i programmet overskuelig og systematisk ved hjælp af den amerikanske sygeplejeteoretiker Virginia Hendersons teori om 14 komponenter i

grundlæggende sygepleje (Henderson 2000). Her kommer en forståelse af sygepleje alene som det, at imødekomme menneskers grundlæggende behov, til udtryk. På den måde kan patienterne siges at blive gjort til målbare og sammenlignelige størrelser, hvilket ligeledes gør dem mere tilgængelige set ud fra et lægens perspektiv. I de øvrige programmer ser det ud til at det udelukkende er de fysiske behov, der er fokus på, når skemaerne bl.a. er inddelt efter respiration, ernæring, væske, mobilisering mv. (B, s. 14-20, C, s. 16-17, 23-24, D, oplæring s. 9, 15, E, s. 12). I det sidste program er der fokus på behov på en anden måde. Her præsenteres ernæring og transplantation som særlige indsatsområde. Det beskrives, at ernæring er vigtigt for patienternes overlevelse, at sygeplejersken er ansvarlig for screening og i vid udstrækning for, at patienterne får dækket deres behov. Derudover står der, at de patienter, der skal have foretaget en transplantation, har særlige behov, og derfor er det en sygeplejerske med et særligt ansvar, der planlægger disse forløb og oplærer nye medarbejdere (F, s. 2). På den måde ser det ud til at de erfarne sygeplejersker er inddelt i kategorier ud fra specialviden. Den behovstankegang som således er at spore i samtlige programmer kan ses som en måde, at forsimple og systematisere den enkelte patient. På den måde bliver en række forskellige mennesker gjort til overskuelige og sammenlignelige objekter, der kan måles og vejes. Programmerne bygger således på en forståelse af, at det netop er denne form for viden, de nyansatte sygeplejersker skal læres op i. Herved bliver eksempelvis de moralske og relationelle sider af sygeplejen i programmerne gjort mindre relevante.

### 3.2.2. Sygepleje som teknik

Det ser i fem af programmerne ud til, at det er ved hjælp af en række instrumentelle teknikker, at den nyansatte skal lære at beherske patienternes kroppe. I et program nævnes følgende punkter eksempelvis under overskriften "*Kredsløb*": "*BT<sup>1</sup>, puls, temperatur, EKG<sup>2</sup>, Tage mål til TED<sup>3</sup> strømper*" (C, s. 23). Herved handler sygepleje relateret til patientens kredsløb udelukkende om håndtering af udstyr. I to programmer er der en mere detaljeret gennemgang af hvert behov, men også her fokuseres der på den instrumentelle del, når der under overskriften "*Respiration*", bl.a. står: "*Jeg kan måle*

---

<sup>1</sup> Blodtryk.

<sup>2</sup> Ekkokardiografi.

<sup>3</sup> Thrombo Embolic Deterrent, hvilket betyder "hindring af trombo emboli".

*saturation, Jeg kan måle peakflow, Jeg kan vurdere om A-punktur<sup>4</sup> svaret er meget afvigende fra det normale, Jeg kan informere om lungefunktionsundersøgelse*" mv. (B, s. 17), og der er fokus på anatomi og fysiologi, bestemte former for respirationsproblemer og behandlingsmetoder (A, afsnit 3, s. 6-8). Det tyder på, at der også i disse mere detaljerede gennemgange af hvert behov ligger en forståelse af, at det er den fysiske og objektivt målbare del af kroppen, den nyansatte skal læres op i at beherske. I et program kommer denne forståelse ligeledes til udtryk, når oplæringskemaet er inddelt ud fra forskellige behandlingsbehov. Det kan illustreres med følgende eksempel hvor en overskrift lyder: "*Pleje af respiratorpatient*" (D, oplæring s. 1). Herunder står der bl.a.: "*Aflæse maskinen, Fejlfinding, Passe pt. i fugter, Skifte slanger og fugter mv.*" (ibid.). Derudover er der følgende underoverskrifter: "*A-punktur, Trachealsugning, Transportabelt sug, Manuel ventilation, Trachealtuber og Inhalationer*" (ibid., s. 2-3). Den måde hvorpå dette program her struktureres, kan siges at gøre håndtering af udstyr til omdrejningspunktet for oplæringen. I den indledende del af programmet er der desuden en overskrift, der lyder således: "*Medicotekniske- og andre praktiske opgaver på (afdelingsnummer)*" (D, s. 12). Herunder nævnes bestilling af varer, indkøb af maskiner og div. udstyr, registrering og rengøring af apparatur, tjekke udstyr, pakke varer ud og lægge på plads (D, s. 12). Således anses håndtering af diverse udstyr, ikke blot for at være en vigtig sygeplejemæssig opgave, men også det at sørge for tilgængelighed og vedligeholdelse bliver centralt i dette program. Herved lægges det fast, at sygeplejersken skal fungere som lægens assistent, idet hun har ansvaret for det udstyr, hvormed der foretages målinger, som lægerne har brug for.

I det sidste program er der ikke nogen inddeling af oplæringskemaet, men også her kommer fokus på den instrumentelle del af sygeplejen til udtryk, når der bl.a. står: "*Håndtering af CVK, Håndtering af venflon, Samle og tilslutte ilt og sug, betjening af dråbetæller, Praktisk oplæring i EKG tagning*" mv. I. (5, s. 12-13). Disse lister over udstyr skaber et indtryk af at tekniske færdigheder er et centralt omdrejningspunkt i alle programmerne. Her kommer en forståelse til udtryk i programmerne som går på, at når blot den nyansatte kan håndtere forskellige former for udstyr, så er hun i stand til at varetage sygepleje. Derudover henvises der i programmerne til diverse procedurer,

---

<sup>4</sup> Arteriepunktur.

vejledninger, retningslinjer og instrukser (A, afsnit 1, s. 8, afsnit 2, s. 19, B, s. 7, C, s. 13, 24, D, intro s. 2, 3, E, s. 6, F, s. 5). I et program beskrives ”*Kliniske vejledninger og patientvejledninger*”, som et særligt indsatsområde afdelingen. Der står, at de mest gængse indgreb er beskrevet i disse vejledninger, og de skal fungere som opslagsværk og metoder for kvalitetssikring (E, s. 6). Der kan ikke ud fra programmerne siges noget om, hvordan disse dokumenter er udformet, men det kan blot konstateres, at de i samtlige programmer præsenteres for den nyansatte i løbet af de første ansættelsesdage og derved tillægges de en vis betydning. Disse dokumenter er anvisninger for handling indenfor specifikke områder af sygeplejen, hvorved sygeplejerskernes måder at handle på søges ensrettet indenfor praktiske og målbare områder.

### **3.2.3. Fastlagte standarder for dokumentation af sygeplejen**

Der er i samtlige programmer fokus på, hvorledes sygeplejen skal dokumenteres (A, afsnit 1, s. 7-8, afsnit 2 s. 18-19, B, s. 7, C, s. 15, D, s. 23-26, intro s.2, oplæring s. 1, E, s. 12, F, s. 5). Det ses ud fra følgende overskrifter: *Gennemgang af sygeplejejournalen* (A, afsnit 1, s. 7), *Gennemgang af patientjournalens opbygning* (B, s. 7), *Dokumentation* (C, s. 15) mv., og når dokumentation i to programmer beskrives som et særligt indsatsområde i afdelingerne (E, s. 5, F, 3). Dokumentationen skal føres i dertil indrettede sygeplejejournaler, og det oplyses i fem af programmerne, at dette skal gøres ud fra specifikke standardiserede dokumentationssystemer der kaldes VIPS<sup>5</sup> og KIS<sup>6</sup> (B, s. 7, C, s. 15, D, oplæring s. 1, E, s. 5, F, s. 3). I det sidste program står der ikke, at der anvendes et standardiseret system, men under overskriften ”*Gennemgang af sygeplejejournalen*” (A; afsnit 1, s. 7) ses det, at dokumentationen ligeledes her foregår ud fra et standardiseret system, idet der anvendes ord som ”*statusark, sygeplejediagnoser og plejeplansark*” (A, afsnit 1 s. 1). Disse standarder for dokumentation beskrives ikke nærmere i programmerne, men de kan siges at være redskaber, der forenkler og systematiserer bestemte informationer om patienterne. De underlægges derved, det Foucault kalder skriftens magt, da detaljerede oplysninger om deres særegne træk opbevares i afdelingens arkiver. Det viser, at programmerne bygger på en forestilling om, at alt relevant kan dokumenteres i en bestemt skemalagt form. Der lægges især vægt på visse emner som ernæring, væske, vitale værdier og medicin,

---

<sup>5</sup> VIPS står for velvære, integritet, profylakse og sikkerhed (Martensen 2005).

<sup>6</sup> KIS står for klinisk informationssystem (Madsen 2001).

hvilket ses i følgende eksempler: *"Kan anvende ernæringskema, Kan anvende væskeskema samt udregne væskebalancestatus og forholde sig (kritisk) til resultatet"* (A, afsnit 3 s. 10), *"Grundig gennemgang af medicinrummet"* herunder bl.a. *"Medicinske specialskema ex. AK skemaer, ketoacidose- diabetesskemaer op og nedtrapningsskemaer..."* (B, s. 5). Der er således særskilte skemaer til at registreres og udregne netop disse oplysninger om patienterne. Det vil sige, at der her ligger en forståelse af, at kontrol med kvantificerbar data er en vigtig sygeplejemæssig opgave. Det kan forstås således, at sygeplejerskerne gennem dokumentation af de synlige og målbare dele af sygeplejen legitimerer sig selv og deres eget fag gennem at vise, hvad de laver, og at de laver noget.

### **3.2.4. Tiden som en styrende faktor for sygeplejen**

En detaljeret kontrol med tiden kommer til udtryk, når der i samtlige programmer tales om døgnrytmeplaner. I planerne er dagens aktiviteter delt ind i tidsintervaller med kvarter som mindste enhed, hvilket kan illustreres med følgende eksempel:

*"07.00 Rapport. – 5 minutters mundtlig overlevering fra nattevagten, - læsning af sygeplejekardex for ens egne patient/er, 07.15 Medicin og patientpleje, 08.00 Morgenmad til patienter, 08.00 Måling af værdier hos patienten, - tp., puls, BT og saturation, 08.45 Kaffe socialt samvær og snak om patienter og patientpleje, 09.00 Stuegang, ..."* (D, s. 4).

Der ses her en detaljeret inddeling af tiden, hvor intet overlades til tilfældighederne. Der skabes et indtryk af, at hvert tidsrum har sin aktivitet og omvendt, således at ingen tid går til spilde. Når der desuden står, hvad der skal tales om i pauserne, kan der ses en parallel til Foucaults beskrivelse af fabriksarbejderne, der i pauserne ikke måtte tale om noget, der kunne aflede deres opmærksomhed fra arbejdet. Det er således fastlagt, at der i pausen skal tales om patienter og pleje og ikke andet. Den sproglige form i disse planer giver indtryk af, at der er tale om simple ordrer, som hver især skal udføres indenfor det givne tidsrum. Med planerne for døgnrytme skabes der et billede af, at der på disse arbejdspladser ikke levnes tid til f.eks. spontanitet og kollegial medmenneskelig interesse. Planerne kan ses som en måde, hvorpå den enkelte

handlinger bearbejdes tidsmæssigt, hvorved der indføres en form for kollektiv rytme. Den nyansatte indvies i denne rytme og den integreres i hende i form af selvdisciplin, idet enhver form for afvigelse vil få konsekvenser for kontinuiteten.

I disse planer ses det, hvordan sygeplejersken hele tiden beskrives som aktiv, når der f.eks. står: *"08.00 Morgenmad til patienterne (...) 09.00 Personalet i sengeafdelingen drikker morgenkaffe"* (E, s. 8). Personalet drikker således kaffe, hvorved de foretager sig noget aktivt, men patienterne får blot udleveret morgenmad og beskrives derved som passive modtagere, der ikke reelt inddrages, i det der foregår. Sygeplejerskens handlinger kommer til at foregå rundt om patienten, når der f.eks. står: *"07.00 Patienterne fordeles, det aftales hvem der tager imod indkaldte patienter (...) 13. 45 Opfølgning på stuegang, sygeplejelogner føres, Patientoversigtsseddel skrives, Medicin"* (F s. 7). Patienterne bliver herved til objekter, som sygeplejersken hele tiden foretager sig noget med, hvorved de alene betragtes som syge kroppe, der er placeret i klinikken, og som der skal gøres noget ved. På den måde kommer et magtforhold mellem sygeplejerske og patient til udtryk og med tanke på Foucault, kan man sige, at de nyansatte sygeplejersker via programmerne oplæres i at disciplinere patienterne, således at de passer ind i systemet. Derved bliver begge parter præprogrammet og systemet bliver selvfølgerigt, således at modstand ikke er mulig. Med disse planer for døgnrytmen skabes der således et indtryk af, at hverken sygeplejerske eller patient har mulighed for at få indflydelse på, hvad der skal foregå i løbet af døgnet.

### **3.3. Forestillingen om at sygeplejersker positionerer sig under og i forlængelse af lægen**

Et program har på forsiden en illustration af en sygeplejerske: En smilende kortklippet kvinde med kappe på hovedet med et rødt kors på. I ørene har hun et stetoskop, som hun holder i med den ene hånd, mens den anden viser en stor løftet pegefinger (D). Den tegneserieagtige figur kan ses som et forsøg på at gøre programmet mindre formelt og mere indbydende, men det sender samtidig visse signaler. De kan med tanke på Foucault tolkes, som måder hvorpå sygeplejersken positioneres i den medicinske klinik. Når hun netop fremstilles med et instrument, der er lånt af lægerne, fastholdes hun i en rolle som deres assistent eller som en form for minilæge. Den formanende finger kan

forstås som værende rettet mod patienterne, hvorved sygeplejersken positioneres over patienten. Eller den kan forstås som værende rettet mod den nyansatte, som endnu ikke har forstået sine arbejdsopgaver, men vil komme til det via programmet. Ud fra forsiden på dette program, legitimeres således en rangorden, hvor lægerne rangerer øverst, herefter følger sygeplejerskerne, med de nyansatte under sig og patienterne tildeles den laveste position. De øvrige programmer indeholder ikke denne form for illustrationer, men som det fremgår af det følgende, kommer samme forståelse alligevel til udtryk på andre måder.

### **3.3.1. Nogle rum er vigtigere end andre**

I samtlige programmer lægges der vægt på, at den nyansatte i løbet af de første ansættelsesdage skal have et kendskab til de fysiske rammer gennem såvel rundvisning som information (A, afsnit 1 s. 2, 6, B, s. 2, s. 5, 11, D, intro s. 3, E, s. 10, F, s. 4-5). Under rundvisning til andre afdelinger og lokaliteter, der er relateret til afdelingerne, nævnes der eksempelvis ambulatorium og morsrum (A, afsnit 1, s. 6), kiosk og kantine (C, s. 11), røntgen og blodbank (F, s. 5) mv., hvorved sygeplejersken får mulighed for at orientere sig på hospitalet. I selve afdelingen er der en mere detaljeret gennemgang af de forskellige rum, hvilket f.eks. ses under overskriften *"Klinisk afdelingssygeplejerske gennemgår"* hvorunder der står *"Rundvisning i afsnittet med grundig gennemgang af samtlige rum og deres indhold"* (B, s. 2). Det ses her, hvordan rummet ved hjælp af programmerne deles op i mindre enheder. Der eksisterer således en forestilling om, at sygeplejersken skal blive bedst bekendt med den afdeling, hun tilhører. Herved fastholdes hun på en bestemt plads i hospitalet. I nogle af programmerne lægges der desuden særlig vægt på gennemgang af visse rum, hvilket bl.a. ses her:

*"Gennemgang af patientstuernes udstyr: Funktion af sengeborde, Kaldesystem på stuerne, gangen og kontoret. Etablering af alarmkald, Nummerering af senge, Forebyggelse af tyveri, Udstyr på vægpanelet, Hviletid"* (A, afsnit 1 s. 2).

På den måde kan patientstuen ses som en mindre enhed i rummet, hvor patienten har sin plads. Dette rum opdeles yderligere ved nummerering af sengene, så der ikke er tvivl



om hvem, der ligger hvor, og med et klokkesystem og faste hviletider kan det sikres, at patienterne ikke unødigt forlader deres plads. Via kaldesystemet kan de altid komme i kontakt med sygeplejersken, uanset hvor hun befinder sig i afdelingen. Ved hjælp af forskelligt udstyr gøres pladsen således så funktionel som muligt for sygeplejersken. Derudover er der: ”*Grundig gennemgang af medicinrummet*” (B, s. 5), hvilket tyder på, at der her er tale om et rum, som er særlig vigtigt for den nyansatte at have kendskab til. I forbindelse med medicin er der i programmerne særlig fokus på administration, bestilling, dokumentation, håndtering af udstyr som drop, perifert venekateter, centralt venekateter, dråbetæller mv. (A, afsnit 2 s. 14- 15, B, s. 20, 27, C, s. 24, D, oplæring s. 10, E, s. 12-13, F, s. 5). Desuden er der i to programmer undervisning under oplæringsforløbet i opgaver relateret til medicin såsom farmakologi, intravenøs medicinering og elektronisk patient medicinering (A, afsnit 1, s. 5, afsnit 2 s. 13, B, s. 4, 36). Udlevering af medicinskabsnøgler og passwords omtales i løbet af de første ansættelsesdage i fem af programmerne (A-C, E, F). Det kan ses som en form for inklusionsrite, hvor den nyansatte får udleveret en nøgle, som giver hende adgang til et rum, som andre ikke har adgang til. I dette rum har hun ret til at administrere de af lægen dikterede ordinationer. Ved at få adgang til medicinrummet får hun tildelt en form for magt over patienterne, idet hun skal administrere deres medicin under indlæggelsen. Det samme gælder for udlevering af passwords, som giver sygeplejersken adgang til elektroniske rum, som indeholder personlige oplysninger om patienternes helbred, som er resultater af undersøgelser foretaget af lægerne. Der er i to programmer desuden særskilt undervisning under oplæringen i brug af disse elektroniske systemer (A, afsnit 1, s. 5, afsnit 2 s. 13, B, s. 5), hvilket må betyde, at der her er tale om en funktion af særlig vigtighed for sygeplejersken. Det kan siges at være systemer, der gør det muligt for læger og sygeplejersker at føre en panoptisk form for overvågning af patienterne. De kan blive studerede uden selv at være til stede; ikke blot udefra men også indvendigt ved hjælp af røntgenbilleder, scanninger m.v., og disse oplysninger opbevares de elektroniske systemers arkiver.

I de øvrige rum lader opgaverne til at handle om oprydning og opfyldning, hvilket ses, når en overskrift eksempelvis lyder: ”*Andre ikke-patientrelaterede opgaver (f.eks. oprydning, birumsarbejde og varebestilling)*” med følgende underpunkter: ”*Skyllerum/affaldsrum*”, ”*Rekvisitten*”, ”*Undersøgelsen*” og ”*Sygeplejekontoret*” (D,

oplæring s. 13-14). Det ses ligeledes i et andet program i en beskrivelse af arbejdsgangen, hvor der bl.a. står: ”Opfyldning og oprydning på stuerne og i depoterne” (E, s. 9). I disse rum er der således tale om mere husmoragtige opgaver, som består i manuelt arbejde, som opfyldning og oprydning. På den måde kommer medicinrummet til at fremstå som vigtigere end andre rum, og sygeplejens underordnede position i forhold til lægen fastholdes.

### **3.3.2. Sygeplejersken udpeger, placerer og replacerer patienten**

I løbet af de første ansættelsesdage lægges der i samtlige programmer vægt på oplæring i, hvordan sygeplejersken på forskellig vis skal tage ansvar for, hvor patienten befinder sig. Der lægges i løbet af de første ansættelsesdage vægt på gennemgang af diverse kommunikationsmidler som telefoner, telefax, postsystemer, computere mv. (A, afsnit 1 s. 2, B, s. 3, C, s. 12, 25, D, intro s. 2, E, s. 10, F, s. 4), hvilket tyder på at logistikken, anses for at være en vigtig sygeplejemæssig opgave. ”Patienttransport” er et punkt som gennemgås i af fire af programmerne (A, afsnit 1, s. 7, afsnit 2, s. 16, B, s. 6, D, oplæring s. 13, F, s. 4), hvilket viser, at det er sygeplejerskens ansvar at sørge for, at patienten kommer til og fra hospitalet. Det samme gør sig gældende, når der i fem programmer er gennemgang af, hvordan indlæggelse og udskrivelse skal foregå. I et program nævnes indlæggelsen blot som et punkt, der vil blive gennemgået (E, s. 12), men i de øvrige programmer er der en mere detaljeret beskrivelse med fokus på, at sygeplejersken skal indsamle data om patienten og registrere det i forskellige systemer, at hun skal gøre en stue klar og anviser den til patienten, at hun skal orientere patienten om afdelingen ved at udlevere en folder og om informere om spise- og besøgstider mv. samt sørge for at både patient og seng er identificerbar ved hjælp af armbånd og sengekort (A, afsnit 3 s. 21-24, B, s. 8, 23, C, s. 18). Det ses her, hvorledes den nyansatte nøje bliver indført i de opgaver, der relaterer sig til at placere patienten i hospitalet, i afdelingen, i elektroniske såvel som papirmæssige systemer. Det kan siges at være en måde hvorpå, den nyansatte gøres opmærksom på, at hun har ansvaret for, at patienten indfanges i forskellige systemer, således at det til enhver tid er muligt at finde frem til den enkelte. På den måde disciplineres den nyansatte til at disciplinere patienterne således, at de bliver overskuelige og kontrollerbare for de professionelle i klinikken. Derudover er der under indlæggelse fokus på, hvilken type patient, der skal

indlægges: ”*Kontrolmålingspt., Ny søvnapnøpatient, Indkaldt resp. Insuff. Pt., Akut resp. Insuff. Pt.*”, samt på at stuen og diverse udstyr skal gøres klar (D, oplæring s. 1). Det vil sige, at sygeplejerskens forberedelse af indlæggelsen foretages ud fra, hvilken behandling patienten har brug for. Derved kategoriseres den enkelte ud fra den medicinske logik som bliver styrende, hvorved alle andre forhold tilsyneladende irrelevante. Sygeplejerskens opgave bliver således, at gøre patienterne klar på en måde, der gør dem tilgængelige for lægen.

Udskrivelsen handler ifølge programmerne om at informere patienten om eksempelvis medicin, forholdsregler, ambulant opfølgning mv., udskrive i diverse systemer, fjerne armbånd, pakke ejendele, rydde stuen, bestille transport mv. (A, afsnit 3 s. 24-26, B, s. 9, 25, C, s. 19). Her ses det, hvorledes sygeplejerskerne via programmerne bliver gjort opmærksomme på, at der hviler et ansvar på dem, som handler om, at sende patienterne ud af hospitalet, når de ikke længere, set ud fra en lægelig vurdering, har behov for at være indlagte. Derved skabes der plads til, at nye patienter kan blive indlagt, og på den måde kan programmerne siges at medvirke til, at lægens klinik kommer til at fungere så effektivt og rationelt som muligt. Det samme ser ud til at gøre sig gældende, når patienterne dør på hospitalet, hvilket fremgår i de fem programmerne, hvor døden er et emne i skemaerne. Her er der fokus på, at en fastlagt procedure skal følges, at diverse papirer skal udfyldes, at den afdøde skal gøres i stand, og at der skal afholdes afsluttende samtale med de pårørende (A, afsnit 3, s. 43-45, B, s. 34, C, s. 27, F, s. 6). På den måde lægges der vægt på, at den nyansatte også i denne forbindelse ud fra helt fastsatte og forudbestemte regelsæt, skal lære at tage ansvar for, at patienten bliver ekspederet ud af afdelingen, når denne ikke længere har lægernes interesse.

I programmerne er der desuden fokus på, at den nyansatte skal lære, at sørge for, at patienten flyttes rundt inden for hospitalets rammer, alt efter, hvor den rette ekspertise befinder eller sørge for, at den rette ekspertise kommer til patienten. Det ses ved, at der i to programmer i løbet af de første ansættelsesdage er gennemgang af, hvorledes diverse undersøgelser og tilsyn bestilles, såsom røntgen, mikrobiologiske undersøgelser, tilsyn fra andre afdelinger mv. (A, afsnit 1 s. 7, afsnit 2 s. 17, B, s. 6, 30, 32). I et andet program er der en overskrift, der hedder: ”*Forberedelse af patient til diverse*

*undersøgelser/behandlinger*” med underpunkter som: ”I.v.<sup>7</sup> adgang: venflon, CVK<sup>8</sup>, venefremlægning”, ”Lumbalpunktur”, ”Fibersopi: Trakeoskopi evt, Bronkoskopi” (D, oplæring, s. 6-8). Her fremgår det tydeligt, hvordan programmet er tilrettelagt ud fra den medicinske logik, som således også forstås, som den logik sygeplejen skal udføres ud fra. I et tredje program er der bl.a. en overskrift, der lyder således: ”Klargøring af patient til operation”, hvorunder der eksempelvis står: ”Præoperative blodprøver, Præmedicinering, Journal og rtg.<sup>9</sup> Billeder” (C, s. 18). Derved gøres det klart, at det er sygeplejerskens opgave at sørge for, at alt er tilrettelagt således, at lægen kan foretage sit arbejde så effektivt som muligt. Patienten fremstilles som en genstand, som sygeplejersken gør klar, således at lægen kan operere, hvorved en hierarkisk struktur mellem disse tre parter opretholdes i klinikken.

### **3.3.3. Lægen som den vigtigste samarbejdspartner**

I programmerne præsenteres den nyansatte for en række samarbejdspartnere i form af oversigter over andre faggrupper som eksempelvis læger, portører, fysioterapeuter, bandagister, diætister mv., andre afdelinger på hospitalet og eksterne samarbejdspartnere som f.eks. hospice, hjemmepleje (A, afsnit 1 s. 5, B, s. 4, 7, C, s. 12, 25, D, s. 6, 11, E, s. 3, s. 10, F, s. 6). Lægerne beskrives i tre programmer mere detaljeret med fokus på eksempelvis stuegang, vagtplan og tider for diverse konferencer (A, afsnit 1 s. 4, B, s. 4, E, s.10), og i to programmer præsenteres de med titler, navne og ansvarsområder (D, s. 3, E, s. 2). I et program præsenteres personalet i afdelingen på følgende vis: Overlægerne præsenteres med navne, titler og ansvarsområder, de øvrige læger med ansvarsområder og plejegruppen består af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og sekretærer (D, s. 3). Det ser ud til, at der her ligger en forståelse af, at lægerne har en overordnet position, og at de er sygeplejerskernes vigtigste samarbejdspartnere. Det ses desuden, når der i fire programmer er gennemgang af, hvordan stuegang foregår (A, afsnit 1 s. 4, afsnit 5 s. 4, B, s. 4, C, s. 19, D, oplæring s. 12). I et program er der herunder gennemgang af følgende punkter: ”Indsamling af data, Forstuegang, Stuegangen, Opfølgning og delegering af opgaver” (C, s. 19). Et andet program indeholder følgende overskrifter:

---

<sup>7</sup> Intravenøs.

<sup>8</sup> Centralt venekateter.

<sup>9</sup> Røntgen.

*”Kan med egne ord beskrive (sygeplejerskens) ansvarsområder i forhold til stuegang”* og *”Har forståelse for barrierer der kan ligge til grund for, at stuegangsfunktionen ikke fungerer optimalt”* (A, afsnit 5 s. 4). Samarbejde med øvrige faggrupper beskrives ikke, hvilket tyder på at samarbejdet med lægen under stuegang i disse programmer anses for at være sygeplejerskernes vigtigste samarbejds-mæssige opgave.

I modsætning hertil omtales de sygeplejestuderende kun i tre af programmerne. I et program nævnes de til sidst under overskriften *”Pædagogiske opgaver”* (C, s. 29). I et andet nævnes de i oversigt over de første uger i afdelingen. Her er der fokus på, hvordan uddannelsen foregår i klinikken, vejlederens funktionsområde og den kliniske uddannelsesgruppe (E, s. 10). Et program indeholder en mere detaljeret gennemgang af de studerende i afdelingen. Her beskrives det bl.a., hvornår de befinder sig i afdelingen, hvordan deres læring struktureres, hvem der vejleder dem og hvilke mål, der skal opnås indenfor hvert semester (D, s. 15-18). Når de studerende i de øvrige programmer kun beskrives perifert eller slet ikke nævnes, kan det skyldes, at de ikke anses for at være et anliggende for den nyansatte sygeplejerske, som endnu ikke er blevet disciplineret til at kunne varetage disciplineringen af de studerende. Men det kan også tyde på en forståelse af, at de studerende rangerer lavt i det professionelle hierarki, idet de endnu ikke er færdige med uddannelsen.

Patienternes pårørende omtales i fem af programmerne. I et program omtales de eksplicit på følgende vis: *”Kontakten til de pårørende er en stor del af plejen i afdelingen”* (D, s. 10). Derudover nævnes det, at de oplæres i at varetage plejen af patienterne, når de udskrives, at der samarbejdes med dem, når patienten ikke selv er i stand til at tage vare på egen person, at de har haft lang tid til at forholde sig til planlagte behandlinger, at de kan være i krise, hvis patienten har været ud for en ulykke og at en stor del information og undervisning er rettet mod dem (ibid., s. 1, 2, 8, 10). Det vil sige, at dette program indeholder forskellige beskrivelser af de pårørende. I skemaerne nævnes de kun i forbindelse med, at de skal læres op i at håndtere diverse udstyr, at de skal have mundtlig og skriftlig information og i forbindelse med samtaler om forløbet, når en patient dør (ibid. oplæring 2-9, 11). Det er således praktiske opgaver og information, der er i fokus i dette program, når der skrives om de pårørende. I to

programmer nævnes de pårørende i forbindelse med deres ret til medbestemmelse og oplysninger under overskriften ”Patientrettigheder” (A, afsnit 1, s. 2, B, s. 10). Derudover nævnes de flere steder i skemaerne bl.a. i forbindelse med vejledning og rådgivning, modtagelse, udskrivelse og død (A, afsnit 3, s. 2-24, 43-45, B, s. 19, 23, 27-29, 33-34). I det ene program nævnes de desuden i forbindelse med f.eks. kommunikation ved anafylaktiske reaktioner, at håndtere voldsomme pårørende, at inddrage dem i observation, pleje og behandling (A, afsnit 4 s. 2-3, afsnit 6 s. 2). I det andet program nævnes de i forbindelse med smitsomme maveinfektioner, samtale med kræftpatienter, cerebrale tilstand, pleje og hjertestop (B, s. 19, 23, 27-29, 33-34). I de to øvrige programmer nævnes de pårørende i forbindelse med operation og mors (C, s. 18, 27) og information, besøgstider, patienthotel, ryge og alkoholpolitik (F, s. 5), og i et program nævnes de slet ikke, hvilket kan ses som et udtryk for, at det udelukkende er patientens syge krop, der er i fokus under oplæringen

### **3.3.4. Patienter som kategorier**

I fire af programmerne præsenteres patienterne i den indledende del ud fra fakta om antal, optageområder og oftest forekommende diagnoser (C-F). I den forbindelse er der desuden i de forskellige programmer oplysninger om, hvorvidt patienterne er akutte og/eller elektive (F, s. 1), deres køn og alder, (E, s. 1), de former for behandling, der anvendes, og de komplikationer der oftest forekommer (D, s. 1). Patienterne beskrives således ud fra det, de har til fælles i form af tal, køn og alder. De bliver på den måde gjort til en ensartet gruppe, og når der desuden anvendes medicinske termer som diagnoser, symptomer og komplikationer bliver den medicinske logik dominerende i den opfattelse af patienterne, som kommer til udtryk. Der skabes et indtryk af, at sygeplejerskerne ikke har med mennesker at gøre, men med patienter hvis eneste fælles kendetegn er, at de har samme diagnose, skal have samme behandling og er indlagte. Dog indeholder et af programmerne nogle mere detaljerede beskrivelser af patienterne, hvilket kan illustreres med følgende eksempel:

*”For tetraplegikerne er det anderledes, de har fungeret og levet et normalt liv, indtil de kom ud for en ulykke. De er pludselig kommet i den nuværende situation og har fået vendt totalt op og ned på deres liv. Både patienten og de pårørende er stadig i krise, og de skal samtidig forholde sig til alt det nye der skal ske” (D, s. 8).*

Det ses her, hvordan den situation patienterne befinder sig i beskrives, hvilket er unikt for dette program. Men måden hvorpå det gøres, kan tolkes som en form for kategorisering, idet den situation de befinder sig i beskrives ud fra den medicinske diagnose "tetraplegiker" og den psykologiske diagnose "krise". Ved hjælp af disse diagnoser kategoriseres patienterne således, at de gængse former for behandling kan iværksættes. I de to øvrige programmer præsenteres patienterne slet ikke, hvilket skaber et indtryk af, at det ikke er væsentligt, hvem de er. I stedet er der fokus på, hvad der skal gøres ved dem. Selvom måden, hvorpå patienterne fremstilles i programmerne, således er forskellig, så ses der en tendens i dem alle til, at det ikke er patienterne som enkeltpersoner, der er i centrum, men deres syge kroppe.

I fire af programmerne deles patienterne ligeledes op i kategorier eller grupper, når der f.eks. står: "...patienterne bliver fordelt i de enkelte teams ud fra den lægelige diagnose" (E, s. 2), "Her er kort nævnt eksempler på patientgrupper, hvor der er mange sygeplejeopgaver" (F, s. 1), og under rundvisning i afdelingen nævnes bl.a. patientkategorier (ibid. s. 4), hvilket også gør sig gældende i et andet program under overskriften "Klinikkens opgaver og målsætninger" (D, intro s. 1). I tre programmer er en del af de områder, der ifølge skemaerne oplæres i, opdelt ud fra lægelige diagnoser (B, s. 26-28, C, s. 21-23, D, s. 1-5). Derudover er der i to programmer undervisning i diverse sygdomme såsom diabetes, hjerteinsufficiens, hypertension mv. (B, s. 31), apopleksia cerebri, epilepsi, neuromuskulære sygdomme mv. (C, s. 20). Patienterne inddeles og beskrives således ud fra medicinske diagnoser, hvilket set ud fra Foucaults perspektiv er med til at gøre dem til objekter for viden og handling. Dermed reproduceres et magtforhold i relationen mellem behandler og objekt, hvor den medicinske logik ses som styrende for sygeplejerskernes opfattelse af patienterne. Det ses desuden i et program, hvor specialets patientgrupper bl.a. beskrives på følgende måde:

*"De patienter, der behandles invasivt, fordeler sig også typisk på to store grupper. Det er patienter med muskelsvind, og det er tetraplegikere. Den store forskel på de to forløb er, at "muskelsvindlere" ofte kommer til planlagt indlæggelse..." (D, s. 8).*

Her bliver det tydeligt, at patienterne identificeres med de medicinske diagnoser, de har fået stillet. At få stillet en diagnose ser således ud til at være en form for legitimering af kravet på det professionelle. Patienterne opløses herved som mennesker og transformeres over i forsimplede medicinske kategorier ved hjælp af diagnoser, hvorved det bliver det eneste, der kendetegner deres identitet. Det tyder på, at patienterne opfattes som kroppe, der kan formes efter deres formål, hvilket vil sige syge kroppe, der skal behandles.

Det ser ligeledes ud til, at patienterne nogle steder inddeles i kategorier alt efter hvor meget sygepleje, de har brug for. Nogle patienter beskrives i et program på følgende vis: *"Det er typisk meget plejkrævende patienter i en akut fase af sygdommen..."* (D, s. 1), og: *"...de tunge patienter er ofte indlagt i lang tid (måneder)"* (ibid.). Om de akutte patienter står der bl.a.: *"Denne gruppe patienter er utrolig plejkrævende på alle områder..."* (ibid. s. 9). Et andet program indeholder følgende beskrivelse af patienter: *"... nogle er oppegående og selvhjulpne, mens andre er intensivt pleje- og behandlingskrævende"* (F, s. 1), og der står, at fordelingen af personale afhænger af plejetyngden per patient (ibid. s. 2). Patienterne inddeles således i tyngder, og dette udtryk giver indtryk af, at der er tale om målbare størrelser, som kan omsættes til sygeplejerskens forbrug af tid. Om de mest syge patienter anvendes negativt klingende ord som tyngde og krævende, hvilket danner et indtryk af, at disse patienter er en belastning for sygeplejerskerne, idet de hæmmes i at være effektive. Det kan tolkes således, at patienterne dels via disse programmer tildeles en underordnet position og samtidig skabes, der en rangordning indenfor gruppen af patienter, hvor de mest syge rangerer lavest. Det at have behov for sygepleje bliver på den måde defineret som noget negativt, hvilket bygger på en forestilling om, at patienten helst skal klare sig selv, således at sygeplejersken skal bruge sin tid på noget andet.



## 4. Konklusion

Ud fra Foucaults optik er det blevet undersøgt, hvilke underliggende magtstrukturer, der gør sig gældende i seks tilfældigt udvalgte introduktionsprogrammer. Disse programmer er som vist meget forskellige i såvel udformning som omfang, men uanset om de kaldes kompetenceudviklings-programmer eller introduktionsprogrammer, og uanset om de er på næsten 100 sider eller under 10, så har de gennem analysen blevet belyst, at de alligevel har en del til fælles rent indholdsmæssigt. Det har vist sig, at oplæringen samt de opfattelser af nyansatte sygeplejersker og indlagte patienter, der kommer til udtryk i programmerne er underlagt en logik hvor kun det, der kan måles og vejes har interesse, og alt andet bliver underordnet.

I analysen er det blevet vist, hvordan programmerne bygger på en **forestilling om, at oplæring af nyansatte sygeplejersker foregår ud fra standardiserede programmer.**

Det er en forestilling, der har vist sig at være svært forenelig med de eksplicite hensigter om, at de nyansatte som enkeltpersoner skal være omdrejningspunkt for programmerne. I stedet lader det til, at de nyansatte søges modellert ud fra et bestemt slutfacit, som fastlægges ud fra forskellige detaljeringsgrader i de enkelte programmer og målet er, at de bliver i stand til at forme andre sygeplejersker ud fra samme model. Denne proces vurderes løbende og afslutningsvist af leder og vejleder, hvorved oplæringen kan siges at blive italesat som en form for eksamination. Samtidig gøres de nyansatte selv ansvarlige for, at programmerne bliver fulgt, hvorved de integreres i den enkelte som en form for selvdisciplinering. Via f.eks. instrukser om uniformer søges de formet således, at de udadtil kommer til at ligne de øvrige sygeplejersker. Det vil sige, at programmerne medvirker til at fastlægge et spor, som de nyansatte skal følge, hvorved de modelleres til at passe ind i det eksisterende system. Det samme gælder for måden hvorpå nogle programmer forestiller sig at være baseret på pædagogisk teori. Den måde hvorpå teorierne forsimples og uden videre sammenholdes skaber et indtryk af, at de udelukkende er inddraget som en form for legitimering af at niveauintdele de nyansatte sygeplejersker. Herved anvendes de som en form for disciplineringsredskab til at oprette og fastholde en rangorden mellem sygeplejerskerne.

De nyansattes handlinger ser samtidig ud til at blive reguleret ud fra forskellige modeller for effektiv ressourceudnyttelse. Der tages eksempelvis udgangspunkt i

fastlagte områder for kompetenceudvikling, der grundlæggende tager udgangspunkt i organisationens overordnede målsætninger og værdier og i sygeplejeprocessens problemløsningsmetode, der medvirker til at simplificere og systematisere sygeplejen ud fra samme logik. Derudover er programmerne udformede som en form for tjeklister, der løbende skal udfyldes under oplæringen og oplysningerne opbevares, hvilket er blevet sammenlignet med Foucaults panoptiske princip. Gennem detaljeret dokumentation gøres de nyansatte bevidste om, at en overordnet koordinering af oplysningerne kan finde sted og danne grundlag for overvågning. Endelig er det blevet belyst, hvordan tiden fungerer som en styrende faktor i oplæringen ved at den fastlægges ens for alle nyansatte sygeplejersker i afdelingen, og ved at der føres kontinuerlig tidsmæssig kontrol med, hvornår sygeplejersken befinder sig på afdelingen. Således kan programmerne siges at fungere som ledelsesmæssige styringsmidler, som de nyansatte påtvunget må tilpasse sig.

Det er ligeledes i analysen blevet vist hvorledes, der i programmerne eksisterer en **forestilling om, at sygepleje er standardiseret**. Herigennem er det blevet belyst, hvordan patienterne på flere måder opfattes som en form for objekter. Det kommer til udtryk ved, at den nyansatte gennem programmerne søges oplært i at beherske patientens krop ud fra det, der kan måles. Sygeplejen bliver inddelt i forskellige behov, hvorved sygeplejen gøres overskuelig og systematisk, men samtidig reduceres patienterne til ensartede og sammenlignelige tilfælde. Der er fokus på den del af sygeplejen, der handler om håndtering af det udstyr hvormed de syge kroppe kontinuerligt skal overvåges, hvorved andre aspekter af sygeplejen bliver mindre vigtige. I programmerne er der ligeledes fokus på at sygeplejen skal registreres i standardiserede dokumentationssystemer og der lægges især vægt på registrering af kvantificerbar data. Det kan ses som endnu en måde hvorpå, patienterne gøres til ensartede og sammenlignelige tilfælde. Her gøres den panoptiske form for overvågning igen mulig, idet oplysninger, der registreres om patienterne opbevares i arkiver. Endelig er det blevet vist at tiden ligeledes er en styrende faktor i sygeplejen, idet den detaljeret søges kontrolleret ved hjælp af døgnrytmeplaner. Disse planer ser ud til at bygge på en opfattelse af, at ingen tid må gå til spilde. Herved bearbejdes sygeplejerskernes handlinger tidsmæssigt og ensartet, hvorved der indføres en kollektiv

rytme, hvor sygeplejerskerne beskrives hele tiden som aktive og patienterne som passive modtagere. Det danner et indtryk af, at sygeplejerskerne ikke har indflydelse på deres arbejdsdag, og at patienterne ikke reelt bliver inddraget i sygeplejen.

Det sidste overordnede tema som er blevet behandlet i analysen er **forestillingen om at sygeplejersker positionerer sig under og i forlængelse af lægen**. Denne forestilling kan siges at have en lang tradition bag sig, idet selve sygeplejefaget ifølge Foucault udspringer af et lægevidenskabeligt behov for regelmæssig observation. I analysen bliver det vist, hvorledes den traditionelle rangorden mellem læge, sygeplejerske og patient fastholdes på forskellig vis. Det kommer til udtryk i måden hvorpå de fysiske rammer præsenteres i programmerne, således at nogle rum fremstår som vigtigere end andre. Der er fokus på patientstuen som det rum, hvor patienten tildeles en plads, som er funktionel for sygeplejersker såvel som læger og på medicinrummet, hvor sygeplejersken skal administrere lægens ordinationer, hvorved patientens indflydelse sættes ud af spil. Den samme forståelse kommer til udtryk, når der er fokus på oplæring i at varetage det administrative ansvar for, at patienten hele tiden kan udpeges, placeres og replaceres under indlæggelsen. Den nyansatte skal således lære f.eks. at registre patienterne i forskellige systemer ved indlæggelsen, at udskrive dem igen og at sørge for intern omrokering af patienter i hospitalet. På den måde bliver en vigtig sygeplejemæssig opgave at medvirke til, at lægerne får kontrol og overblik over patienterne, således at deres arbejde bliver så rationelt og effektivt som muligt. Lægerne bliver i programmerne præsenterede på en måde, som får dem til at fremstå som sygeplejerskernes vigtigste samarbejdspartnere. Det sker f.eks. ved, at de nævnes først med titler og navne, ved at deres vagtplaner og konferencer præsenteres, og ved at der specifikt er fokus på samarbejdet med dem under stuegang. I modsætning hertil nævnes de øvrige faggrupper, sygeplejestuderende og pårørende mere perifert i programmerne, hvilket tyder på at samarbejde med dem ikke på samme måde anses for at være et vigtigt anliggende for de nyansatte. Patienterne kategoriseres på flere måder som diagnoser i programmerne ved f.eks. at blive præsenteret ud fra diagnoser, at blive fordelt mellem sygeplejerskerne ud fra diagnoser og ved at blive beskrevet som identiske med diagnoser. Det ser således ud til,

at programmerne bygger på en medicinsk logik, der primært har fokus på patienterne som syge kroppe.

## 5. Perspektivering

Indledningsvist blev det i dette speciale antydnet, at introduktionsprogrammer anvendes som et led i at sikre kvaliteten og som lokkemiddel til at tiltrække nye sygeplejersker. Der er i analysen blevet vist, hvordan sygeplejersker såvel som patienter kategoriseres og derved forsvinder som unikke enkeltpersoner i programmerne, og således sættes udenfor indflydelse. I stedet ser det ud til at være organisationens effektivitet, der bliver det overordnede mål. Herved peges der på, at der eksisterer et dilemma mellem sygeplejersker og patienter på den ene side og effektiviteten på den anden side. Hertil kan dog indvendes, at det må være i sygeplejerskernes interesse, at deres arbejdsplads fungerer effektivt, og i patienternes interesse at blive raske og udskrevet, så de igen kan leve deres normale liv. Jeg er enig i denne indvending, forstået på den måde, at det ikke er et spørgsmål om enten eller, altså effektivitet på den ene side versus patienterne og sygeplejerskerne på den anden. Dog vil jeg stadig mene, at det er værd at undersøge, om man kunne forbedre programmerne, så sygeplejersker og patienter blev mere synlige. Et relevant videre forskningsområde vil derfor være, hvordan man kunne – om muligt – udarbejde en form for introduktion, der i højre grad tog udgangspunkt i patienternes og sygeplejerskernes perspektiv.

Med udgangspunkt i Foucault er der i analysen blevet peget på de mange detaljer i programmerne, som medvirker til at reproducere de magtforhold, der eksisterer på arbejdspladserne. På den måde har jeg kun haft blik for den magt, der kommer til udtryk, hvorved andre nuancer i programmerne ikke er kommet frem. Eksempelvis kan det indvendes, at programmerne indeholder information, som den nyansatte har brug for, hvis hun skal kunne begå sig på arbejdspladsen. Men hensigten med undersøgelsen har ikke som tidligere nævnt været at vurdere disse informationer som rigtige eller forkerte, men at belyse hvilke forståelser programmerne bygger på. Derved har jeg forsøgt at synliggøre nogle magtstrukturer, der ligger indlejret i disse introduktionsprogrammer.

Den måde hvorpå analysen er blevet foretaget og de metodiske og teoretiske valg, der er blevet truffet i forbindelse hermed, har medført at programmerne er blevet belyst ud fra ét perspektiv. Jeg kunne have valgt anderledes, og de resultater jeg er nået frem til, er således på ingen måde de eneste, der kan fremkomme via en analyse af introduktionsprogrammer. Det kunne have været interessant at forfølge forskellige nøglebegreber som f.eks. kompetence og udvikling eller i det hele taget at foretage en analyse af det sprog, der anvendes i programmerne. En anden åbenlys mulighed kunne være at foretage et observationsstudie af, hvordan programmerne anvendes i praksis. For selvom denne undersøgelse på ingen måde kan siges at være repræsentativ, så kan det konstateres, at de seks programmer er meget forskellige i deres udformning. Nogle ser ud til at være en form for huskelister (E, F), mens andre er udformede på en måde som lægger op til detaljeret gennemgang og nøje dokumentation (A, B).

Ved at inddrage flere programmer kunne der være blevet peget på nogle generelle tendenser og ved at fokusere på færre, ville en mere dybdegående analyse være mulig. Gennem en diskursanalyse kunne programmerne blive nærmere undersøgt ud fra den sammenhæng de indgår i. Det betyder ikke at det billede, der her er tegnet af introduktionsprogrammer er tilfældigt, men at der peges på ét perspektiv som en mulig forståelse af programmernes indhold. Nemlig at de bygger på en forestilling om, at oplæring kan standardiseres og koncentreres i skemaer og lister, som var der tale om en form for teknisk manual.

## 6. Litteraturliste

Beedholm, Kirsten (2003), Forandring og træghed i den sygeplejefaglige diskurs. Ph.d.-afhandling, Forlaget PUC, Viborg – seminarieret.

Benner, Patricia (1995), Fra novice til ekspert, mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis, 1. Udgave, 4 oplag 2004, Munksgaard, København.

Bjørnsson, Kirsten (2001), Global sygeplejerskemangel, I: Sygeplejersken, nr. 42.

Bloom, Benjamin S. (1956). Taxonomi of Educational Objectives. The Classification of Educational Goals. Handbook 1: Cognitive Domain. David McKay Company, Inc. (7. oplag 1972), New York.

Brandt, Conny og Lundegaard, Marianne (2007), Varemærket er arbejdsglæde. I: Sygeplejersken nr. 8.

Bydam, Jens (2008), Sygeplejeprocessen. I: Sygepleje I fortid og nutid – historiske indblik, Stinne Glasdam (red.), Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Christensen, Katrine Birkedal (2008), Danmark fisker sygeplejersker i halvtomme søer, I: Sygeplejersken, nr. 11.

Christensen, Katrine Birkedal (2007), Hvor mange mangler der? I: Sygeplejersken, nr. 17.

Christensen, Kirsten (2003), Kompetenceudvikling i sygeplejepraksis, specialeafhandling fra Kandidatuddannelsen i Sygepleje, Aarhus Universitet.

Dale, Erling Lars (1998), Pædagogik og professionalitet, KLIM, Århus.

Friis, Lone Bülow (2004), Kompetenceudvikling i sygeplejepraksis, specialeafhandling fra Kandidatuddannelsen i Sygepleje, Aarhus Universitet.

Foucault, Michel (2002/1975), Overvågning og straf, Det lille Forlag, København.

Foucault, Michel (1998/1976). Viljen til viden Seksualitetens historie 1, 2. oplag, Det lille Forlag, København.

Funktionær og tjenestemand's forbundet (FTF) (2007), FTF'ernes mobilitet på arbejdsmarked, <http://www.ftf.dk/fileadmin/multimedia/rapporter/mobilitetsanalyse.pdf>

Hansen, Bendt og Kruckow, Connie (2006), Sygeplejerskeuddannelse i verdensklasse. I: Sygeplejersken, nr. 22.

Hansen, Marianne Nord og Villadsen, Birgit (2005), Kvalitetsudvikling i sygeplejen. I: Sygeplejens fundament 1, Jens Bydam, Janet Mary Hansen (red.), Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Heede, Dag (2002/1992), Det tomme menneske. Introduktion til Michel Foucault, 2. reviderede udgave, Museum Tusulanums Forlag, København.

Henderson, Virginia (2000/1960), Sygeplejens grundlæggende principper, Dansk Sygeplejeråd, København.

Joint Commission International (JCI) (2003). Standarder for hospitaler. Officiel dansk oversættelse. 2. udgave, 1. oplag. Hovedstadens Sygehusfællesskab, København.

Kjeldsen, Susanne (2007), Hjælp til at overvinde virkelighedsschocket, I: Sygeplejersken, nr. 17.

Krøll, Vibeke (2007), Integreret kvalitetsudvikling. I: Dokumentation og kvalitetsudvikling, Ingrid Egerod og Ann-Magritt Erdal, red., 2. udgave, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Madsen, Inge (2001), Det kliniske informationssystem (KIS) – sygeplejens fremtidige arbejdsredskab. I: Fokus på sygepleje, Sussie Lautsen, Lisbeth Uhrenfeldt, Vibeke Røn Noer (red.), Munksgaard, København.

Mainz, Jan, Krog, Birgitte, Fog, Kirsten, Bartels, Paul (2002), Sundhedsfaglige standarder i akkreditering. I: Ugeskrift for læger 164(38):4408.

Martensen, Steen Hundborg (2005), Sygeplejedokumentation. I: Sygeplejens fundament 1, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Mousten, Rikke (2004), Et oplæringsprogram for sygeplejersker i lyset af Carpers kundskabsteori, specialeafhandling fra Kandidatuddannelsen i Sygepleje, Aarhus Universitet.

Palsbo, Søren (2008), Rekruttering og fastholdelse skal i fokus. I: Sygeplejersken nr. 2.

Pedersen, Lars Flindt (2002), WHO: Læg planer for fastholdelse og rekruttering, I: Sygeplejersken, nr. 45.

Schaanning, Esben (1993), Kommunikative maktstrategier – rapporter fra et tårn, Spartacus forlag, Oslo.

Steenfeldt, Vibeke Østergaard (2003), Plejeformer - organisering af sygeplejen. I: Organisation og ledelse af sygeplejen, Jens Bydam et al. (red.), Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Sundhedsstyrelsen (2002), National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, Fælles mål og handleplan 2002-2006, København.

Sundhedsstyrelsen (1993), National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, København.



Sygeplejerskejob.dk, 9/6 2009:

<http://sygeplejerskejob.dk/?IRSVARviewId=84279&IRSVARshow=new&IRSVARIRSShowt=lj>

<http://sygeplejerskejob.dk/?IRSVARviewId=77023&IRSVARshow=new&IRSVARIRSShowt=lj>

<http://sygeplejerskejob.dk/?IRSVARviewId=84254&IRSVARshow=new&IRSVARIRSShowt=lj>

Tewes, Marianne og Grum, Marianne (2002), Uddannelse i praksis. I: Sygeplejersken, nr. 15.

## 7. Resumé

I dette speciale udfordres de forståelser, der ligger indlejret i introduktionsprogrammer til nyansatte sygeplejersker. Med udgangspunkt den franske filosof Michel Foucaults begreber om magt og disciplinering analyseres seks tilfældigt udvalgte introduktionsprogrammer fra forskellige hospitalsafdelinger. I analysen bliver det vist, hvorledes nyansatte sygeplejersker i programmerne opfattes som en form for varer, der kan produktudvikles, idet de f.eks. niveauinddeles og kontrolleres ved hjælp af administrative systemer. Tanken ser ud til at være, at de hurtigst muligt skal kunne deltage i at optimere organisationens effektivitet. En lignende opfattelse af patienterne kommer til udtryk, når oplæringen f.eks. koncentrerer sig om det, der kan måles og vejes og dokumenteres i standardiserede systemer. Herved reduceres patienterne til syge kroppe, der gøres til genstand for de professionelles aktiviteter. Denne forståelse af patienten som et objekt kommer ligeledes til udtryk ved, at der primært er fokus på, at kunne udfylde rollen som lægens praktiske hjælper. Det ses f.eks. ved, at patienterne kategoriseres som medicinske diagnoser, og ved at de nyansatte oplæres til at gøre patienterne klar og tilgængelig for lægen under indlæggelsen.

## **8. English summary**

Title: Training programmes for newly hired nurses - An analysis with primary focus on power

This master thesis seeks to challenge the incorporated common understandings found within training programmes for nurses. By applying the French philosopher Michel Foucault concepts of power and discipline, six training programmes from various hospital departments were chosen randomly and analysed. The analysis points out how newly hired nurses in these programmes are regarded as a kind of product, which continuously can be developed, for instance by level classification and by monitoring them with administrative systems. The line of thought seems to be that the nurses must be able to join the efficiency optimization process within the organisation as soon as possible. A similar view of the patients becomes apparent, for instance by focusing the education on what can be measured, weighed and documented in standardized systems. Hereby, the patients are reduced to sick bodies, and thereby mere objects for the professional staff's work. Perceiving the patient as an object also becomes evident due to focus on the role as the practical helper of the doctors. This is evident for instance because the patients are categorized by medical terms and diagnoses and because the newly hired nurses are taught how to make the patients ready and accessible for the doctor during the hospitalization.

## **9. Bilagsfortegnelse**

Bilagene består af introduktionsprogram A, B, C, D, E og F.

Alle bilag kan fås ved henvendelse til [permin\\_hanna@hotmail.com](mailto:permin_hanna@hotmail.com).