

The cover features an abstract design with three overlapping circles of varying sizes, each composed of concentric layers of different shades of green. Two thin, dark green lines intersect at the top left and extend diagonally across the page, framing the circles. The overall aesthetic is clean and modern.

Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen

- Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken

Michelle Marie Mønster Petersen
Fag: Pædagogik & Udviklingsstudier og Offentlig Administration

Speciale:

'Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken'

Afleverings år:

April 2008

Specialet er udarbejdet af:

Michelle Marie Mønster Petersen

Integreret fag:

Pædagogik og Uddannelsesstudier

Offentlig administration

Vejleder:

Birger Steen Nielsen fra Pædagogik og Uddannelsesstudier

Jeff Smidt eksternvejleder fra Offentlig administration

Specialeomfang:

Selve specialet fylder ca. 103 sider, udregnet ud fra 2400 anslag med mellemrum per side.

Baggrundsviden om specialet:

I startperioden af udarbejdelsen af specialet arbejdede jeg sammen med en specialemakker, men vi brød samarbejdet i september 2007. Vi har derfor begge to rådighed over grundtankerne og skelettet i specialet samt debatskitseringen og empiriindsamlingen, hvilket vi udarbejdede sammen. Jeg har siden september 2007 selv udarbejdet og gennemskrevet specialet, så jeg kan stå indenfor det samlede produkt. Der er ingen af os, som har forudgående kendskab til eller baggrund i sundhedssektoren, derfor er specialet udarbejdet på grundlag af nysgerrighed og undren.

Indholdsfortegnelse

Forord	6
Debat: Sygeplejefaglighed til eksamen	7
Hvilken sygeplejefaglighed	7
Stigende krav til teoretisk læring.....	10
'Akademiseringen' af sygeplejeuddannelsen.....	11
Kvaliteten af sygeplejeuddannelsens praktik.....	12
Debatkonklusion.....	13
Problemformulering	15
Projektets metodologi	17
Social læringsteori	17
Projektets fagoptik	21
Teoripræsentation.....	22
Praksisfællesskaber	22
Det alternative kompetencebegreb	27
Den reflekterende praktiker	30
Kundskabsformer	33
Praktikkens socialisering.....	37
Historisk blik på sygeplejeuddannelsen	40
Sygeplejeruddannelsens udvikling gennem historien.....	40
Akademiseringen af sygeplejeuddannelsen	41
Ydre vilkår for sygeplejestuderendes praktik.....	45
Moderniseringen af sundhedssektoren	45
Ændrede arbejdsvilkår.....	48
Betydning for de studerendes læringsmiljø	49
Empirimetode.....	51
Casestudium og kvalitative metoder.....	51
Empirien	52
Observationsstudier	52
Kvalitative forskningsinterviews.....	53
Udvælgelse af cases og interviewpersoner	53

Praksisanalyse.....	56
Analysemetode.....	56
Studieordning for sygeplejestuderende	57
Præsentation af Akut Modtager Afdeling	58
Profil af Lotte	62
Profil af Ellen.....	66
Profil af Marie	71
Rammerne for læring	75
De studerendes position i praktikperioden.....	75
Vilkår i praktikperioden	77
Organisering af arbejdsforhold.....	78
De studerendes relation til plejepersonalet.....	80
Parameter: Personafhængighed.....	80
Parameter: Rum til meningsforhandling	81
Parameter: Graden af gensidigt engagement	82
Læringen i praktikken	84
Læringssituation	84
Læringssituation: Refleksionssession	84
Læringssituation: Forberedelse til tavlemøde.....	86
Læringssituation: Blodtransfusion.....	87
Læringssituation: Situationsfornemmelse.....	88
Kompetencefokus.....	90
De studerendes kompetencefokus.....	90
Sygeplejerskernes kompetencefokus i forhold til de studerende.....	93
Praktikkens socialisering.....	97
Praktikkens uskrevne regler	97
Sygeplejerskernes tavse krav og forventninger til de studerende	99
Balancegang mellem 'tavse' krav og egne læringsmål.....	100
Sygeplejerskernes ethos af 'en rigtig sygeplejerske'	101
Kritisk stillingstagen til ethos.....	102
Konklusion	104
Praktikkens læringspotentialer og begrænsninger	104

Dannelse af sygeplejefaglighed i praktikken	107
Diskussion af sygeplejeuddannelsens praktik	109
Indlæg til debatten	109
Læringsmiljøet i praktikperioden	111
Uudnyttede læringsrum	113
Akademiseringen af sygeplejeuddannelsen	114
Litteraturliste	115
English summary.....	119
Studieforløbsbeskrivelse	120
Bilag	124

Forord

I sensommeren 2006 satte en mediedebat sygeplejeuddannelsen under lup, idet de nydannede sygeplejeres kompetencer og faglighed blev kritiseret for ikke at leve op til det, der forventes af dem. Debatten udviklede sig hurtigt til en strid mellem hvilke typer af teori, sygeplejeuddannelsen skulle indeholde, for at de studerendes kompetencer kunne styrkes og svare til det, hospitalsvæsnet og samfundet efterspørger. Resultatet af mediedebatten blev, at undervisningsminister Bertel Haarder (V) satte sygeplejeuddannelsen under revidering, hvor der efterfølgende blev implementeret en ny bekendtgørelse i 2007, som skulle imødegå mediekritikken og revideringsresultaterne.

For mig var mediedebatten en provokationsfaktor og dermed også et springbræt til udarbejdelsen af dette speciale. Debatten provokerede i sin ensidige fokusering på teoretiske kompetencer, som det endegyldige svar på styrkelse af sygeplejefaglige kompetencer og sygeplejefaglighed, debatten interesserede sig ualmindelig lidt for, hvilken rolle vilkårene for sygeplejefagligheden og selve praktiken spillede i forhold til netop styrkelsen af de sygeplejefaglige kompetencer. Selvom mediedebatten er fra 2006, er problematikkerne i den stadig aktuelle, da de strukturelle og organisatoriske strukturer for sygeplejeuddannelse stadig er gældende, og uddannelsens vægtning af teoretisk- og praksisviden er også stadig den samme.

Projektets formål er både at problematisere den stigende fokusering på teoretiske kompetencer og at nuancere mediedebatten ved at give mit indlæg til den. Jeg har ingen ambitioner om at komme med svar eller konklusioner på debattens problemstillinger, men blot at kvalificere debatten ved at tilføje mit empirisk begrundede indlæg.

Projektet er bygget således op, at det traditionelle problemfelt er skiftet ud med en analyse af mediedebatten fra 2006 for derved at sætte scenen for de problematikker og manglende aspekter, debatten rummer. Efterfølgende udkrystalliseres problemformuleringen, hvorefter besvarelsen og empirianalysen følger.

God læselyst!

Debat: Sygeplejefaglighed til eksamen

Formålet med denne debatskitsering¹ er at tydeliggøre de positioner, der er i spil i kampen om at definere sygeplejefagligheden. Debatten er således spændt ud mellem to hovedpositioner, der diskuterer, hvilke opgaver sygeplejerne skal kunne varetage, når de er færdiguddannede, og hvilke krav det så stiller til uddannelsens sammensætning af fag og praktikperioder. Imellem hovedpositionerne er der en række mellempositioner, som tilføjer andre aspekter til diskussionen. Og bag disse forskellige bud på sygeplejearbejdsopgaver fremkommer forskellige forståelser af, hvad sygeplejefaglighed er. I debatten fremstår fire problematikker som centrale stridspunkter i forhold til at definere sygeplejefagligheden og problemerne ved den:

- Hvilken sygeplejefaglighed
- Stigende krav til teoretisk læring
- 'Akademiseringen' af sygeplejeuddannelsen
- Kvaliteten af sygeplejeuddannelsens praktik

Hvilken sygeplejefaglighed

Problematikken i denne del af debatten handler om vægtningen af de forskellige fagområder i sygeplejeuddannelsen, som blev ændret med indførelsen af professionsbachelorgraden i 2001. Den ændrede fagrække har medført, at de studerende nu får indblik i andre discipliner gennem deres uddannelse, end de tidligere har gjort. Derfor besidder de som færdiguddannede andre kvalifikationer end tidligere, og det har sat gang i diskussionen om, hvilke fag de sygeplejestuderende skal undervises i.

Startskuddet for hele debatten var Benn Duus', overlæge på Bispebjerg, udtalelse om, at de nyuddannede sygeplejersker ikke er i stand til at varetage opgaver, som han skriver: *"man med rimelighed må kunne forvente. De er usikre, og de har ikke overblikket"* (Politiken, 22/08, 2006). Ifølge Duus er det en katastrofe, at teorien fylder så meget på sygeplejeuddannelsen, så de nyuddannede ikke lærer det basale sygeplejearbejde. (Århus Stiftidende, 23/08, 2006). Hans kritik udspringer af en bekymring for, om de nyuddannede begår fatale fejl, som kommer til at få alvorlige konsekvenser for patienterne. En ledende

¹ I den følgende skitsering af debatten er empirien hentet fra infopol.dk, hvor hovedreferencerne er fra Politiken.

oversygeplejerske på samme hospital, Kim Bo Christensen, er enig med Duus, og han refererer til samme problematik og mener ikke, at de nyuddannede er gode nok til eksempelvis at lægge en forbindelse eller tage et blodtryk. De nyuddannedes manglende praktiske håndværk, mener Duus altså, skyldes de mange nye fag, som de studerende nu skal have. Han mener, at fokus i uddannelsen er ændret fra at være praktisk orienteret til nu at være teoretisk funderet (Politiken, 22/08, 2006).

Connie Kruckow, formand for DSR, mener at lægeanklagerne er overdrevne og siger i et interview: *”Kritikken er skudt helt over målet, for teorien på sygeplejeuddannelsen fylder mindre end 60% af undervisningen, og de teoretiske fag som sygepleje, sygdomslære og anatomi må siges at være relevante for uddannelsen. Kun en sjettedel af undervisningen er samfundsvidenskabelige fag som jura og etik”* (Dagens Medicin, 07/09, 2006). Krukow ekspliciterer her forskellen inden for fagrækken, som i de mange avisartikler omhandlende problemstillingen blot er blevet betegnet som ’teori’. Denne skelnen inden for de teoretiske fag, som hun her lancerer, har ikke været tydelig, og en stor del af den forenkling, som har præget de forskellige indlæg, skyldes denne sammenblanding af fagene, som ofte er endt i en for-eller-imod ’teori’.

For at synliggøre den skævvridning, som ligger i den forenkede fremstilling af teoribegrebet, præsenteres her en model, som viser, at alle de sygeplejefaglige discipliner indeholder en praktisk såvel som teoretisk dimension.

	Sundhedsfaglige fag	Naturfaglige fag	Humanistiske fag	Samfundsfaglige fag
Teori	1.1	2.1	3.1	4.1
Praksis	1.2	2.2	3.2	4.2

Figur 1: Skema over fag og teori/praksis niveau i sygeplejeuddannelsen, udarbejdet af projektansvarlig

Den første position

Modellen synliggør, hvorfor positionerne så at sige ’taler forbi hinanden’. Den viser, at Duus’ udgangspunkt for kritikken er det praktiske sundhedsfaglige sygeplejearbejde (1.2), som han mener, bliver nedprioriteret på bekostning af det teoretiske humanistiske og samfundsfaglige fagområde (3.1 og 4.1). Hans sammenligning viser, at han ikke tillægger de humanistiske og samfundsfaglige fag særlig stor relevans i

uddannelsen, hvilket dette eksempel illustrerer: *"hvad har krævende filosoffer som Habermas, Giddens, Merleau-Ponty og Bourdieu ... med at skifte et drop at gøre?"* (Politiken, 20/08, 2006, Indland, s. 4). Lægen Steffen Jacobsen bakker Duus op i sin kritik af nyuddannede sygeplejersker og udtaler: *"... det er altså ikke alle sygdomsforløb, der umiddelbart har behov for at blive indsat i en eksistentielistisk eller holistisk referenceramme"* (Politiken, 02/09, 2006). Jacobsen bruger her samme sammenligning af fagdimensionerne som Duus (1.2 > 3.1 og 4.1). Denne sammenligning og udtrykket 'sygdomsforløb' er rammende for det meget naturvidenskabelige blik på sundhedsarbejdet denne position repræsenterer, hvor det er sygdommen og ikke mennesket, der er centrum for helbredelsen. Det er ikke omsorgen for patienten, som sættes i fokus for det sygeplejefaglige arbejde, men netop sygdommen og hvordan denne kan behandles. Duus og Jacobsen lægger tydeligvis vægt på, at sygeplejerskerne skal kunne varetage de praktisk orienterede opgaver efter endt uddannelse. Det er i disse opgaver sygeplejefagligheden primært ligger, det vil sige i felt 1.2 og 2.2. Her fremlægges en sygeplejefaglighed, der primært skal fremme de teoretiske og praktiske kompetencer i de sundhedsfaglige og naturfaglige fag hos de sygeplejestuderende. Denne første position, som her er beskrevet, vil efterfølgende blive betegnet som *Position 1*.

Den anden position

Men det er nu ikke alle læger, der er enige med Duus og Jacobsens dom over de nyuddannedes manglende kompetencer. Der er mange debatindlæg, som på forskellig vis modargumenterer Duus' kritik. Jens Bagger, overlæge på Amager Hospital, synes ikke, at de teoretiske fag fylder for meget i uddannelsen. Han mener, at det teoretiske fundament giver de færdiguddannede nogle andre kvalifikationer: *"De nyuddannede sygeplejersker er bedre rustede til at tackle nogle af de komplekse problemstillinger, som vores patienter er udsatte for. Man er jo ikke bare et brækket ben, når man indlægges hos os"* (Berlingske tidende 23/08, 2006). Argumentet viser, at for Bagger er det væsentligt at inddrage hele mennesket i helbredelsesprocessen, og at de nyuddannede i kraft af uddannelsens ændring er i stand til at varetage andre former for behandlingsarbejde end det rent håndværksmæssige. Dette viser tydeligt et aspekt ved det sygeplejefaglige arbejde, som handler om omsorgen for patienten, som tillægges større værdi, end at de nyuddannede skal være i stand til gennemføre det praktiske arbejde lige efter deres uddannelse. At drage omsorg for patienten ved at have indsigt i andre fagdimensioner, såsom 3.2 og 4.2, bliver således af mange sygeplejersker fremhævet som vigtigere end det praktiske håndværk, da dette kan læres i det daglige arbejde. (Jyllands-Posten, 04/09, 2006; Weekendavisen 08/09, 2006; Viborg Stifts Folkeblad, 31/08, 2006). Hvorfor de forskellige fagdimensioner er vigtige pointerer Edith Mark, formand for Sygeplejeetisk

'Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken'
af Michelle Marie Mønster Petersen

Råd. Hun fortæller: *"det er nyttigt, at sygeplejestuderende lærer filosofi, religion, antropologi og etik, fordi det er betydningsfuldt, hvordan hun praktiserer sin viden om mikrobiologi, patologi, anatomi og fysiologi"*(Ringkøbing Amts Dagblad, 31/08, 2006). Her fremhæver hun, at de sundhedsfaglige og naturfaglige fag hænger sammen med de humanistiske og samfundsfaglige fag, da fagdimensionerne understøtter hinanden i praktiseringen af sygepleje. Hvis der kun fokuseres på de sundhedsfaglige og naturfaglige fag, bliver sygeplejen amputeret, og det er ikke muligt at gennemføre en helhedsorienteret pleje af det syge menneske.

Den anden position – *Position 2* – fornægter ikke, at de sundhedsfaglige og naturfaglige fagdimensioner (1.1, 1.2, 2.1, 2.2) er vigtige i dannelsen af sygeplejefagligheden, men blot at de humanistiske og samfundsfaglige fag (3.1, 3.2, 4.1, 4.2) er lige så vigtige i forhold til at gennemføre sygeplejefagligt arbejde.

I spektret, som strækker sig mellem position 1 og 2, placerer der sig en række mellempositioner, som lægger et andet snit på debatdiskussionen end blot at være for eller imod den nye teori på sygeplejestudiet. Mellempositionerne fokuserer på stigende krav til teoretisk læring, akademiseringen af sygeplejeuddannelsen og kvaliteten af sygeplejeuddannelsens praktik.

Stigende krav til teoretisk læring

Mange af de argumenter, som knytter sig til position 2, fremskriver særligt to grunde til, hvorfor den nye fagrække bidrager positivt til det sygeplejefaglige arbejde, disse er, at samfundet har ændret sig og selv arbejdsopgaverne på hospitalerne har også ændret sig.

Samfundet har ændret sig, og disse ændringer har betydning for den måde, hvorpå sygeplejerskerne varetager de konkrete arbejdsopgaver. En sygeplejerske skriver: *"det er trist, at der fortsat er erfarne læger, der betragter sygeplejen, som et rent håndværk. Viden om f.eks. etik, religion og pædagogik kan være helt afgørende for, hvordan sygeplejersken formår at varetage sine opgaver i et komplekst samfund"* (Jyskevestkysten, 23/08, 2006). Udtrykket 'et komplekst samfund' indikerer den mangfoldighed, som i dag præger det danske multikulturelle samfund, hvor viden om etiske og religiøse forhold ifølge disse kvinder også er afgørende for at kunne gennemføre sygeplejearbejdet, og de sætter her deres faglighed i relation til en samfundsmæssig dimension.

Paul Jaszczak, overlæge og formand for speciallægerne i Danmark, fremhæver ligeledes, at sygeplejerskernes arbejdsopgaver har ændret sig, men han henviser her til en ændret arbejdsgang på sygehusene. Han udtaler, at formidlingen mellem læge og patient fylder en stor del af sygeplejerskernes tid, og at den øgede teoretiske viden, han præciserer ikke hvilken, er nødvendig, så sygeplejerskerne bedre kan forstå lægernes valg og formidle det videre til patienterne (Politiken, 24/08, 2006). Margrethe Hering, udviklingssygeplejerske på Amtssygehuset i Gentofte, henviser også til sundhedsvæsnets forandringer og skriver, at der på grund af stigende krav om effektivitet til sundhedsvæsnets brug for højt kvalificerede sygeplejersker, som blandt andet skal kunne overskue komplekse problemstillinger og træffe kvalificerede beslutninger (Weekendavisen, 08/09, 2006).

Disse argumenter understøtter position 2, da de fremholder, at der er en stigende efterspørgsel efter de humanistiske og samfundsfaglige fagdimensioner på både teoretisk og praktisk niveau (3.1, 3.2, 4.1, 4.2). Da samfundet og arbejdsopgaverne ændrer sig, kræves det, at sygeplejerskerne kan tilpasse deres arbejde hertil.

'Akademiseringen' af sygeplejeuddannelsen

En anden mellemposition, der viser sig i debatten, er, hvorvidt uddannelsen reelt har fået en akademisk karakter, samt hvorledes dette bidrager til at udføre det sygeplejefaglige arbejde². I debatten problematiseres akademiseringen af sygeplejeuddannelsen, og flere stiller spørgsmål ved værdien og nytten af akademiseringen i forhold til sygeplejerskernes daglige arbejde. Knud Jensen, lektor i pædagogisk sociologi ved DPU udtaler: *"professionsbacheloruddannelserne har fået et pseudoakademiseret indhold, som ikke har meget at gøre med de studerendes kommende arbejde"* (Politiken, 23/08, 2006). Han kalder de studerendes indsigt i teorien for en *"efterplapren"* og pointerer således, at det væsentlige er, at den teoretiske viden bliver sat i forhold til det arbejde, som de studerende skal ud at varetage. (Politiken, 23/08, 2006). Kristian Larsen fra DPU problematiserer, hvorvidt det er vigtigt for sygeplejerskerne at have indsigt i videnskabsteori *"på dagens højteknologiske hospitaler"*, hvor de, ifølge ham, i langt højere grad varetager opgaver af administrativ karakter. Han understreger, at uddannelse er mere end at give hvad der efterspørges. (Politiken, 23/08, 2006). Og Steffen Jacobsen mener, at akademiseringen har medført, at

² I sensommeren 2006 havde sygeplejerskolerne forskellige studieordninger, hvorfor der er forskel på, hvordan skolerne vægtede fagene. Derfor gives der ikke en entydig beskrivelse af, hvor meget de enkelte fagområder fylder i uddannelsen.

sygeplejerskerne har mistet deres faglighed til fordel for en unødvendig og overfladisk teoretisering (Politiken, 02/09, 2006, Debat, side 6).

Signe Hagel Andersen, formand for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, har derimod været glad for at få indsigt i sociologiske teorier og siger: *"når man hele tiden får ny viden, hele tiden udvikler nye former for medicin og kirurgiske indgreb, giver det en ny slags problemer for patienterne. En måde at forstå det er at læse Habermas, der har teorier om, hvor samfundet har bevæget sig hen. At være sygeplejerske kræver i dag mere basisviden end at række en kniv til en læge. Vi skal værne om patienten og rådgive dem om, hvor de er i deres liv"*(Politiken, 20/08, 2006, Indland side 4). Hun understreger, at sygeplejeuddannelsen ikke skal være en uddannelse i sociologi, og at den sociologiske teori, der undervises i, skal være relevant.

Argumenterne omkring de nye fags teoretiske niveau og berettigelse i uddannelsen afspejler, at professionsbacheloruddannelsen er ny, og man kan sige, at fagenes udformning så at sige befinder sig i en form for 'afprøvningsfase'. Overordnet er der dog enighed om, at de teoretiske fagdimensioner (1.1, 2.1, 3.1, 4.1) skal have relevans for sygeplejearbejdet. Men netop opfattelsen af, hvad der er relevant for det sygeplejefaglige arbejde, er meget forskellig.

Kvaliteten af sygeplejeuddannelsens praktik

Som skitseret handler en meget stor del af debatten om, hvilken faglighed der opnås gennem uddannelsens teoretiske indhold, og hvad dette indhold skal være. Kun en lille del handler om forholdene for læring i praksis. Mange i debatten er for så vidt enige om, at det er problematisk, hvis de nyuddannede ikke kan varetage de praktiske opgaver. Kun få pointerer, at grunden hertil ikke nødvendigvis ligger i uddannelsens vægtning af fagdiscipliner, men snarere skal ses i lyset af kvaliteten af praktikperioderne. Signe Hagel Andersen, formand for SLS, fortæller, at kritikken af de nyuddannedes manglende praktiske færdigheder ikke kommer bag på hende: *"vi hører fra studerende over hele landet, at de føler sig alene, og at der ikke er tid nok til dem, fordi de sygeplejersker, der skulle vejlede og undervise dem, generelt har for travlt. Derfor får de studerende ikke trænet de kompetencer, som de skulle have lært i praktikken"*(Århus Stiftstidende 23/08, 2006). Denne kritik bakkes op af Margrethe Herning, udviklingssygeplejerske, som fortæller: *"netop travlhed og stigende arbejdspress er forhold, der ofte begrænser mulighed for læring og udvikling i praksis"*(Weekendavisen 08/09, 2006). Hagel Andersen og Herning bringer her en central problematik ind i debatten omhandlende arbejdsvilkårene både for de ansatte, men også for de studerende i

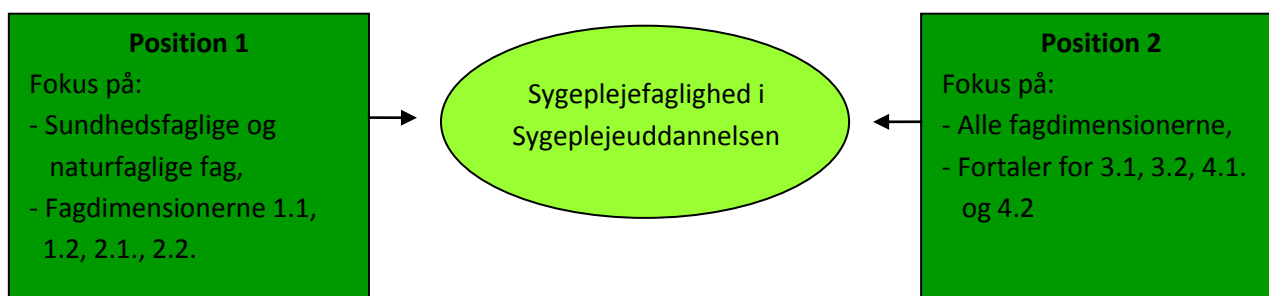
'Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken'
af Michelle Marie Mønster Petersen

hospitalssektoren. Kritikken går på travlhed, ressourcemangel, underbemanding på afdelingerne og stress, hvilket bevirker, at der ikke er tid til at tage sig af de studerende i praktikforløbet. Som det fremhæves her, er kvaliteten i praktikperioderne vigtig i forhold til dannelsen af den grundlæggende sygeplejefaglighed.

Debatkonklusion

I udfoldelsen af debatten træder to hovedpositioner frem, som kæmper om at definere hvilke kompetencer, der skal fremmes i sygeplejeuddannelsen, og hvilke fagdimensioner uddannelsen skal indeholde for netop at fremme de ønskede kompetencer.

Position 1, repræsenteret ved lægerne Duus og Jacobsen og sygeplejersken Christensen, fokuserer på de praktiske såvel som de teoretiske kompetencer i de sundhedsfaglige og naturfaglige fag. Den sygeplejefaglighed, som position 1 repræsenterer, har fokus på det sygeplejefaglige håndværk, hvor 'sygdomsforløbet' i højere grad end 'det hele menneske' er genstand for helbredelse. Som kontrast hertil træder position 2 frem, som tillægger et mere helhedsorienteret blik på sygeplejefagligheden ved at lægge vægt på alle fagdimensionerne. Hermed indtager position 2 en bredere og mere tværfaglig opfattelse af sygeplejefagligheden end position 1. Position 2 prioriterer omsorgen i plejen af det syge menneske og mener, at denne kan opnås ved indsigt i de humanistiske og samfundsfaglige dimensioner.



De forskellige mellempositioner prøver alle at tydeliggøre den strukturelle, kulturelle og samfundsmæssige udvikling, der alle er centrale aspekter i dannelsen af sygeplejefaglighed. Mellempositionerne repræsenterer forskellige problematikker sygeplejeuddannelsen er omgivet af, hvilket også viser kompleksiteten i felter. Det specialet fokuserer på er, at Bertel Haarders (V) revideringsudvalg anbefaler at flytte 15 ECTS point fra de samfundsfaglige og humanistiske fag til de sundhedsfaglige og naturfaglige fag for at styrke de studerendes sygeplejefaglighed. Man kan spørge lidt frækt, om denne ændring automatisk

vil styrke de sygeplejefaglige kompetencer? Det interessante er her, at hverken revideringsudvalget eller position 1 og 2 interesserer sig for, hvilken rolle praktikken spiller dels i styrkelsen af de forskellige fagdimensioner og dels i dannelsen af sygeplejefagligheden. Praktikperiodernes betydning for de sygeplejestuderendes kompetenceudvikling bliver overset i debatten og det efterfølgende revideringsudvalg. Derfor er det interessant at undersøge hvilke muligheder og begrænsninger, praktikperioderne rummer i sygeplejeuddannelsen, i forhold til de studerendes kompetenceudvikling og dannelse af sygeplejefaglighed.

Problemformulering

Hvilke potentialer og begrænsninger til udvikling af kompetencer ligger i sygeplejeuddannelsens praktikperioder?

For at besvare problemformuleringen fyldestgørende forudsættes indsigt i og viden om to niveauer:

1. Et strukturelt niveau
2. Et praksisnært niveau.

For begge niveauer gælder følgende arbejdsspørgsmål, som projektet orienterer sig mod:

- Hvilke læringsrum møder de sygeplejestuderende i deres praktikperioder?
- Hvilke kompetencer udvikler de studerende i praktikperioderne?

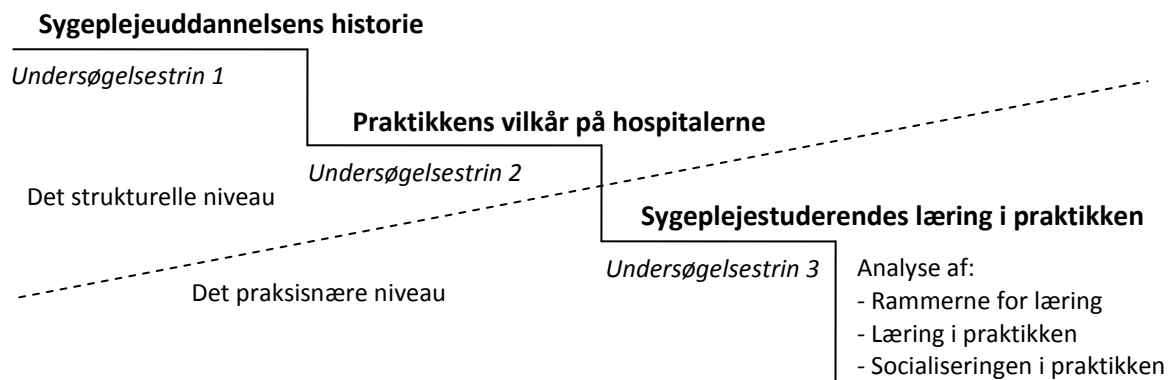
Arbejdsspørgsmålene skal ses som rettesnor for det strukturelle og praksisnære niveau besvarelsesområder, der er med til at kredse besvarelsen af problemformuleringen ind.

Ad 1) Det strukturelle niveau fokuserer dels på de vilkår og rammer, uddannelsen har. Her er det interessant at skitsere den historiske udvikling, uddannelsen har gennemgået i forhold til vægtningen af praktik og teori, samt hvilke type kompetencer prioriteringen af fag fremmer. Herved tydeliggøres den historiske baggrund for dele af de problematikker, de studerende oplever i praksis, og klarlægger samtidig baggrunden for dele af problematikkerne i mediedebatten. På samme niveau er det også vedkommende at tydeliggøre de ydre vilkår, praktikken er underlagt på hospitalerne, da disse både begrænser og åbner for de studerendes muligheder for kompetenceudvikling.

Ad 2) Det praksisnære niveau fokuserer konkret på, hvad de studerende rent faktisk lærer i praktikken og hvilke vilkår, de helt konkret har. Det praksisnære niveau bygger på observationsstudier og interviews af de sygeplejestuderende, altså de studerendes perspektiv på læringen i praktikken. Empirien og dens perspektiv skaber en dybde i forståelsen og oplevelsen af, hvad sygeplejepraktikken kan i forhold til de studerendes kompetenceudvikling og sygeplejefaglighed.

På det praksisnære niveau tages først hul på hvilke læringsrum, de studerende møder i praktikken i form af 'hvilke rammer og vilkår, de studerende har for læringen', herved sættes scenen for praktikkens fundament. Derefter tages fat på hvilke kompetencer, de studerende udvikler og har mulighed for at udvikle både i form af explicit og implicit læring. Afslutningsvis fokuseres på den betydning, socialiseringsprocessen har for de studerende i forhold til deres dannelse af sygeplejefaglighed.

Projektets undersøgelsesdesign:



Figuren viser, at projektet er bygget op omkring tre undersøgelses trin, dette er med til tydeliggøre projektets besvarelsesproces, idet man bevæger sig dybere og dybere ned i praksis. Figuren er også med til at illustrere de tre hoveddele af undersøgelsen, hvor undersøgelsens trin et og to giver baggrundsviden til forståelsen af problematikkerne, som udspiller sig i undersøgelsens trin tre.

Projektets metodologi

Det er nødvendigt først at beskrive projektets videnskabsteoretiske fundament, hvorved projektets optik tydeliggøres. Projektets optik ligger til grund for de læringsforståelser, som er udgangspunkt for de analytiske tilgange og konklusioner, projektet fremfører.

Social læringsteori

En samlet betegnelse for den teoretiske tilgang projektet benytter, er social læringsteori. Social teori om læring er en modreaktion på den dominerende opfattelse af, hvordan læring bedst tilrettelægges i store dele af den industrialiserede verden. Det generelle syn på læring og viden her i Danmark kan udledes af tilrettelæggelsen af undervisningen på mange skoler, videregående og professionsorienterede uddannelser. Viden bliver betragtet som et produkt, læreren kan videregive sine elever ved at gennemgå et pensum, som eleverne kan læse sig til, hvorefter de afslutningsvis skal til eksamen. Viden objektgøres, idet man kan eksaminere i det og gemme det i bøger. Denne opfattelse signalerer samtidig, at viden er en individuel proces, der har en begyndelse og en afslutning. En videnforståelse der typisk begrænser viden til det, der kan 'måles og vejes', systematiseres og kategoriseres i form af test og eksamener. Denne videnforståelse har rødder helt tilbage til græsk filosofi repræsenteret ved Platon og Sokrates, rationalisme, den moderne naturvidenskab og positivismen. (Nielsen 1999: 219ff; Wenger 2004: 13f, Wackerhausen: 1991:82ff, Schön 2001: 15ff). Til denne viden- og læringsforståelse knyttes en bestemt kompetenceforståelse, hvoraf den testede og eksaminerede viden, eleverne eller de studerende besidder, 'automatisk og naturligt' transformeres til kompetencer. Her forstås kompetencer som viden, regler og principper, de studerende har 'lært' i uddannelsen. Det store mantra i denne læringsforståelse er: 'jo mere viden man besidder omkring et område, jo mere kompetent bliver man'. Denne lærings-, viden- og kompetenceforståelse ses blandt andet af den måde, som for eksempel politikkerne læser Pisaundersøgelserne på, eller ved at tilføje mere teori på uddannelser, man ønsker fagligt styrket. (Nielsen 1999: 221ff; Wackerhausen 1991: 91f). Den beskrevne kompetenceforståelse betegnes efterfølgende som det skolastiske videnparadigme, da dette er udtryk for en generel og udbredt benyttet forståelse af læring i de industrialiserede lande.(Nielsen 1999: 219)

Nærværende projekt forkaster ikke det skolastiske paradigme, det har sin berettigelse og fordele på bestemte områder, men opponerer imod det ved at fremhæve en mere nuanceret læringsforståelse, der ikke entydigt fokuserer på teoretisk viden som metoden til styrkelse af kompetencer i diverse uddannelser.

'Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken'
af Michelle Marie Mønster Petersen

Men en forståelse der i ligeså høj grad lægger vægt på, at viden skabes i sociale relationer, og det er i interaktion med sociale relationer og omgivende strukturer, de studerende udvikler deres kompetencer.

Læringsforståelse: Læring i praksis

Forståelsen af, at læring af kompetencer er mere end blot tilegnelsen af ny teoretisk viden, har også rødder helt tilbage til græsk filosofi, her repræsenteret ved Aristoteles. Han indtager en anden holdning til viden end Platon og Sokrates, idet han gør opmærksom på, at man ikke nødvendigvis bliver mere kompetent af at vide mere. Aristoteles fortæller: *"skønt unge mennesker kan blive dygtige i geometri, matematik o.lign., mener vi ikke, at en ung mand har forstandighed. Grunden er, at forstandighed forudsætter kendskab til de enkelte fakta, og kundskab til dem vides kun ved erfaring, men erfaren er en ung mand ikke"* (Aristoteles 1995: 126). Herved fortæller Aristoteles, at det er tilegnelsen af erfaring med praksis, der er kilden til 'forstandighed' eller udvikling af kompetencer. Det, Aristoteles her gør opmærksom på, er meget centralt i social læringsteori, da det er interaktionen med praksis, som skaber grobunden for læring, udviklingen af viden, kompetencer og refleksioner. Siden 1960'erne og 70'erne har der været teoretiske bevægelser mod større fokus på betydningen af læring gennem interaktion med praksis. Den antropologiske læringstilgang, her repræsenteret af Jean Lave og Etienne Wenger, peger på, at det er helt grundlæggende i menneskets natur at lære gennem interaktion med andre mennesker og praksis, da: *"læring dybest set er et fundamentalt socialt fænomen, der afspejler vores egen dybt sociale natur som mennesker med evnen til indsigt"*(Wenger 2004: 13). Læring er situeret i praksis, da: *"læring, tænkning og indsigt er relationer mellem mennesker i aktivitet i, med og udsprunget af den socialt og kulturelt strukturerede verden. Denne verden er socialt konstrueret"* (Lave 2003: 47). Læring skal forstås og ses i en helhed, hvor læring er sociale konstruktioner mellem mennesker og deres sociale og kulturelle relationer og ikke udelukkende en individuel kognitiv proces (Scheel 2000: 98).

Helt grundlæggende forstås social læring i praksis ud fra tre dimensioner:

1. Lærings telos – det vil sige idet man lærer sker der forandring(identitetsforandring). Forandringerne er ikke vilkårlige, men bevæger sig i læringsbaner, i kraft af ens deltagelse i praksis. Lærings telos kan eksempelvis forstås som tilegnelsen af sygeplejefaglighed.
2. En subjekt-verden-relation – er den ontologiske forståelse i social læringsteori, at der er en relation mellem mennesket(subjektet) og den omgivende verden(praksisfællesskaberne), der gensidigt påvirker hinanden gennem deltagelse.

'Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken'
af Michelle Marie Mønster Petersen

3. Læringsmekanismer – er de enkelte forståelser (teorier) af, hvorledes læring finder sted i situeret social praksis. (Lave 2003: 118)

I social læringsforståelse er lærings telos mere end formelle læringsmål i en uddannelse, det er i lige så høj grad den personlige udvikling, hvor subjekt-verden-relation netop er måden, hvorpå man udvikler sig gennem deltagelse i praksisfællesskaber. Læringsmekanismerne udtrykker sig i de forskellige måder at deltage i et praksisfællesskab på.

Et andet aspekt i social læringsteori er forståelsen af, at praksis rummer viden, der ikke er eksplicit, men oftest ubevidst og tavst. Heraf er der to nuancer, for det første forstås viden i abstrakt forstand, det vil sige at en institution, et fællesskab eller en fagpraksis besidder indlejret viden i praksis (Nielsen 1999: 223). For det andet rummer mennesker en kropslig viden, der også ligger indlejret i kroppen i form af rutiner, vaner, automatiserede procedurer, situationsfornemmelse og så videre (Nielsen 1999:225). På dansk findes der ikke en rammende fællesbetegnelse for denne type viden, ud over tavs og skjult viden. Men Aristoteles opererede med en videnforståelse, der ekspliciterer denne indlejrede kropslige og institutionelle viden i kundskabsformen: 'fronesis' – situationsetisk viden (Saugstad 2001: 200). Social lærings teori bidrager analytisk til at indfange og tydeliggøre værdien og betydningen af fronesis i udviklingen af kompetencer, hvilket netop er det Steen Wackerhausen og Donald Schön lægger vægt på. De mener, at ud over at erhverve sig skolefagviden er det lige så vigtigt at erhverve sig praksis abstrakt viden og fronesis for at blive en kompetent fagudøver, der kan foretage et professionelt skøn.

Fælles for sociallæringsteoretikerne er deres fokusering på, at hovedudviklingen af kompetencer og viden sker gennem deltagelse i og erfaring med praksis, altså en socialkonstruktivistisk tilgang. Der er så forskellige teoretiske bud på, hvorledes læringen i praksis foregår, men i nærværende projekt benyttes Etienne Wengers teori om 'Praksisfællesskaber', Steen Wackerhausens kompetenceforståelse og Donald A. Schöns teori om refleksion i praksis. De positionerer sig alle væk fra det skolefaglige videnparadigme og gør opmærksom på de udviklingsprocesser praksis rummer, der er så vigtige for at blive en kompetent fagudøver, eller som Aristoteles ville sige – at blive forstandig.

Læringsforståelse i forhold til professionsuddannelserne

For at skærpe fokus i beskrivelsen af social læringsteori er det nærliggende at se på social læringsforståelse i forhold til projektets genstandsfelt – sygeplejeuddannelsen. Wackerhausen pointerer, at: *”kernen i professionskompetencer og professionsidentitet består i langt mindre grad af bogviden og teori, end en del boglige lærere forstiller sig. Og erhvervelsen af de nødvendige professionskompetencer og identitet sker ikke kun på skolastisk vis”*(Wackerhausen 2004: 13f). Her gør Wackerhausen klart, at det er nødvendigt at acceptere, at en stor del af sygeplejestuderendes kompetenceudvikling og dannelse af faglighed sker i praksis. I sygeplejeuddannelser som fokuserer på omsorg og pleje af mennesker vil praksis altid være unik, da hver situation er forskellig fra hinanden. Derfor er det her vigtigt at gøre op med den traditionelle forståelse af, at praktikperioder er der, hvor den skolastiske teori skal afprøves og udøves. I debatten om sygeplejeuddannelsen bærer diskussionen netop præg af denne opfattelse, at praksis skal komplementere teorien og omvende, men oplevelsen er: *’ét er teori, noget andet er praksis’*. Denne teori-/praksis-opfattelse skaber en perspektivblindhed, som Tone Saugstad beskriver det (Saugstad 2001: 189). Der kan ikke forventes at være en direkte kobling mellem videnskabelig teori og praksis, men teorien fungerer derimod som ramme for forståelsen af praksis, konkluderer Bjarne Wahlgren i sin diskussion af forholdet mellem teori/praksis (Wahlgren 2004: 22). Der er bred enighed om, at der skal være en vis form for teori-/praksis-sammenhæng, og det er her vigtigt at få præciseret, hvilken sammenhæng mellem teori og praksis, der kommer frem i projektet.

Wahlgren definerer begrebet teori til at være en abstraktion, forenkling og model af virkeligheden, men virkeligheden er meget kompleks og nuanceret, hvori praksis er meget konkret og defineres som konkrete praktiske handlinger (Wahlgren 2004: 29ff). Problematikken ligger netop i, at teori generaliserer virkeligheden, der skal bruges i praksis, der er kontekstafhængig. Teori og praksis har hver deres udgangspunkt og rationaler at operere ud fra. Teoretikeren fokuserer på at beskrive handlinger i praksis ud fra teori, ikke handlingsanvisninger, hvorimod praktikerne er interesseret i teori til håndtering af konkrete, specifikke situationer i praksis. Så i stedet for at fokusere på en sammenhæng mellem teori og praksis er det derimod mere frugtbart at fokusere på, hvad der kendetegner henholdsvis det teoretiske og det praktiske felt i forhold til den viden og de handlinger, som refererer til de to felter. (Saugstad 2001: 194f). Forståelsen af, hvorledes skolastisk viden og praksis viden befrugter hinanden i tilegnelsen af kompetencer, er blandt andet et perspektiv nærværende projekt behandler i dele af analysen og i diskussionen. Saugstad gør opmærksom på, at den kompetente praktiker kendetegnes ved at have evnen til selv at vurdere hvilke overordnede og generelle principper (teoretisk viden), som bør anvendes i de enkelte situationer, og denne

*’Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken’
af Michelle Marie Mønster Petersen*

evne erhverves kun via erfaring med praksis (Saugstad 2001: 205). Derfor er det væsentligt at forstå praktik og dens praksis som en selvstændig kilde til udvikling af viden og kompetencer i en professionsuddannelse som sygeplejeuddannelsen, hvilket er projektets gennemgående perspektiv.

Projektets fagoptik

Det er et integreret speciale og de to fag, som er repræsenterede i nærværende speciale, er henholdsvis 'Pædagogik og Uddannelsesstudier' og 'Offentlig administration'. Fagene er integreret i undersøgelsesfeltet, så derfor er der ikke en skarp opdeling af, hvor fagenes styrker ligger. Dog er det relevant at tydeliggøre, hvorledes de to fags optik gør sig gældende i undersøgelsesfeltet for herved at pointere, hvad de to fags optik bidrager med i specialet.

'Pædagogikken' repræsenterer sig i valg af sociallæringsteoriene, hvor Wenger, Schön, Wackerhausen og Aristoteles netop tilfører det fokus, at læring ikke nødvendigvis behøver at være skolastisk og løsrevet fra praksis, men tilegnelsen af kompetencer foregår i lige så høj grad i praksis. Derfor er empiriindsamlingen orienteret mod læring i praksis. Selve fokuset på undersøgelsesfeltet – læringen i sygeplejeuddannelsens praktik, relaterer i høj grad til 'Uddannelsesstudier', da det er en del af sygeplejeuddannelsen, der her er i fokus. Faget – 'Offentlig administration' gør sig gældende både i det genstandsfelt undersøgelsesfeltet udspringer fra, som er hospitalssektoren, og i selve undersøgelsesfeltet, som hører ind under uddannelsessektoren. Hele mediedebatten og skitseringen af de ydre vilkår for sygeplejestuderendes praktik tydeliggør de aktuelle problematikker, den offentlige sektor befinder sig i og hvilke konsekvenser, de har for de ansatte i sektoren. Aspekterne omkring læring i praksis er også nærværende i dette fag, da det også er interessant, hvorledes man kan tilrettelægge og optimere uddannelsespraktik.

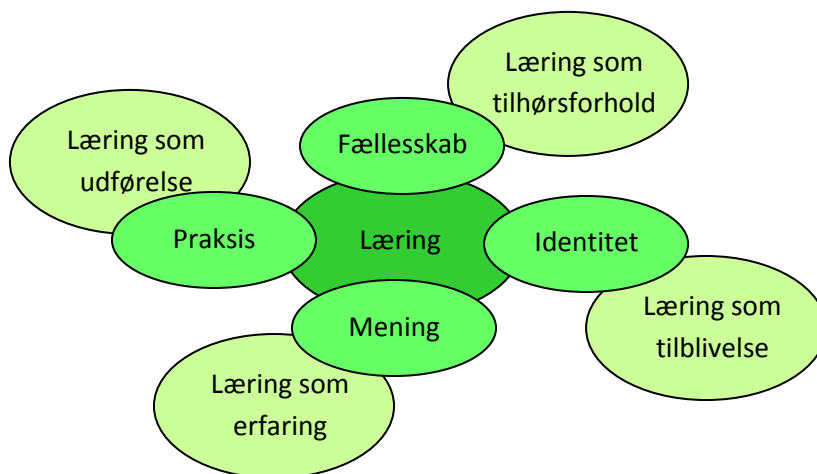
Teoripræsentation

Projektet søger at indkredse sygeplejestuderendes læring i praktikken, både deres kompetenceudvikling og dannelse af faglighed, samt vilkårene de har herfor. Teorierne bidrager hver især med deres specifikke vinkel på læring i praksis. I følgende teorikapitel vil de fire teorier kort beskrives, hvor de centrale og analyserelevante teoribegreber uddybes. Teorikritikken vil foregå løbende, i form af de begrænsninger teorierne har til hinanden og analysefeltet.

Praksisfællesskaber

Etienne Wengers sociale teori om læring er ikke en opskrift i, hvordan man lærer, men en vejledning i hvilke problemer man kan møde, hvordan man skal løse dem, og hvad man skal lægge mærke til, når man skal tilrettelægge læring og uddannelse. Wengers grundlæggende udgangspunkt er, at al læring foregår i interaktion mellem mennesker og deres omverden. Man kan ikke undgå at lære, og al aktivitet er på sin vis læring. Wenger favner to sider i sin læringsteori – læring gennem praksis og identitets betydning for læring. Læring via social praksis fokuserer på produktionen og reproduktionen af måder at engagere sig i verdenen/socialt sammenhænge på, hvor identitet forstås som social dannelse af personer – arv og miljø. Wengers læringsteori benyttes til at optegne de rammer og vilkår, der har betydning for de studerendes læring i praksis, men også den socialiseringsproces der automatisk gennemgår i deres praktikperiode på hospitalet.

For Wenger drejer det sig om at målrette eller designe læringen, så læringsprocessen er formålsrettet. For at kunne designe læringen er det nødvendigt at vide, hvad der er betydningsfuldt for at kunne lære. Hertil opstiller Wenger sine antagelser om, hvad der har betydning for læreprocesser i en model, der danner rammen om hans teoretiske begrebsapparat. (Wenger 2004: 13ff)



Figur 2: Komponenter i en social teori om læring af Etienne Wenger (Wenger 2004: 15)

Mening: Det er evnen til at opfatte ens liv og omgivelser som meningsfuldt.

Praksis: Rummer de fælles historiske og sociale ressourcer, rammer og perspektiver, som støtter op om gensidigt engagement i handlingerne.

Fællesskab: Er sociale placeringer, hvor handlingerne værdisættes og genkendes som kompetencer.

Identitet: Skal forstås som hvordan læring ændrer én, samt skaber personhistorier i fællesskaberne.

Disse fire kernekomponenter danner skelettet til Wengers sociale læringsteori. Det er ud fra: mening, praksis, fællesskab, identitet der indbyrdes integreres, at læring finder sted. Komponenterne står ikke alene, men er en forudsætning for hinanden og er med til at definere hinanden. Wengers begrebsapparat skal forstås som en samlet teoretisk enhed, hvori læring genereres.

Praksisfællesskab

Praksisfællesskab er et teoretisk begreb til at operationalisere læringsmekanismer. Praksisfællesskaber favner grupperinger af aktører, der finder sammen på grund af en fælles interesse i at deltage i det specifikke praksisfællesskab. De samme aktører kan på samme tid indgå i andre praksisfællesskaber. For at der kan dannes et praksisfællesskab, er der tre grundlæggende dimensioner, som skal være til stede – gensidigt engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire. For at kunne analysere de rammer og vilkår de studerende har for deres deltagelse i praksisfællesskabet i deres praktik, er det interessant at begrebsafklare de tre dimensioner i praksisfællesskabet. (Wenger 2004: 59ff; 89ff)

Gensidigt engagement er centralt for at etablere et praksisfællesskab, da aktørernes engagement er betinget af, at de føler, at de er en del af det, der har betydning for dem. I det aktørerne har engagement(deltagelse) i praksisfællesskabet og har en specifik(unik) plads og selv er unikke, bidrager deres unikke karakterer og deres fælles interesse i at deltage i praksisfællesskabet til at skabe dynamik i praksis. (Wenger 2004: 90ff)

Fælles virksomhed skabes gennem aktørernes gensidige engagement, da aktørerne forhandler mening gennem deres engagement i praksisfællesskabet. Den fælles virksomhed defineres af aktørerne gennem meningsforhandlingsprocessen. Aktørernes fælles virksomhed skabes altid via deres reaktioner på hinandens betingelser, selv når praksisfællesskabet formes af betingelser, som aktørerne ingen kontrol har over. Aktørernes forhandlinger af fælles virksomhed skaber relationer af gensidig ansvarlighed, hvor anvendelighed skal forstås som det, der har betydning i praksisfællesskabet. (Wenger 2004: 95ff)

Fælles repertoire er et ressourceprodukt af netop udøvelsen af fælles virksomhed i praksisfællesskabet. Det kan for eksempel være rutiner, ord, værktøjer, måder at gøre ting på, historier, gestus, symboler, genrer, begreber og handlinger, som fællesskabet har produceret eller implementeret i praksis i tidens løb. Det fælles repertoire afspejler dels gensidigt engagements historie og en iboende flertydighed, da elementer fra gensidigt engagements historie kan genbruges på nye måder. Et fælles repertoire er grundlæggende for, at aktørerne kan skabe mening, samt udtrykke deres medlemskabsform og deres 'identitet' som medlemmer af praksisfællesskabet. (Wenger 2004: 100ff)

Meningsforhandling

Resultatet af deltagelse i praksisfællesskabet er forhandling af mening – det er essensen af, hvad praksisfællesskaber producerer. Det er dannelsen af mening, Wenger sætter i forbindelse med læring, og det er derfor interessant at se på, hvordan mening forhandles.

For at danne mening i praksisfællesskabet involverer meningsforhandlingen samspillet mellem begreberne, – *tingsliggørelse* og *deltagelse*. Disse skal ses som to sammenhængende begreber, der udgør en dualitet.

Meningsforhandling er et neutralt begreb, hvilket vil sige, det ikke handler om at opnå positiv enighed. Derimod er meningsforhandling et dynamisk begreb, der har den gensidige 'evne' til at påvirke eller blive påvirket af sine aktører. Forhandling af mening rummer en historisk dimension, aktørernes og praksisfællesskabets historie, der er dynamisk i den forstand, at meningsforhandlingen er i konstant udvikling frem mod mening og genforhandling af ny mening. Det er kontekstuelt, altså ikke løsrevet for praksis, men unikt da hver meningsforhandling har sin egen mening. Mening eksisterer altså i den dynamiske relation mellem mennesker og artefakter(objekter). Man kan sige, at det er i samspillet mellem deltagelse og tingsliggørelsesprocessen, at meningsforhandling finder sted. (Wenger 2004: 66ff)

For at tydeliggøre hvad der egentlig sker i meningsforhandlingen, er det nødvendigt at definere 'deltagelse' og 'tingsliggørelse', hvis samspil og dualitet netop danner mening i praksisfællesskabet.

Deltagelse – Det centrale i deltagelsesprocessen er gensidigt engagement og genkendelse – her forudsætter genkendelse, at aktørerne(deltagerne), der meningsforhandler, former hinandens meninger og forståelsen heraf. Deltagelse er ikke kun samarbejde, men rummer alle former for relationer mellem aktører og artefakter/objekter. Man kan ikke tænde og slukke for deltagelse, da det automatisk er til stede, i kraft af at aktørerne lever og dermed indgår i praksisfællesskaber. (Wenger 2004: 70ff)

Begrebet '*tingsliggørelse*' optræder sammen med deltagelse til at vise aktørernes engagement som meningsproducerende. Tingsliggørelse henviser til den proces, hvorved aktørernes oplevelser bliver transformeret til objekter og artefakter, og herved fastholdes eller fastlåses aktørernes(deltagerne) oplevelser i tingslighed. Tingsliggørelsen dækker en række processer i praksisfællesskabet, der er med til at skabe abstraktioner, værktøjer, symboler, historier, udtryk og begreber i praksisfællesskabet, som meningen bliver forhandlet ud fra, og produktet og tingsliggørelsesprocessen forudsætter hinanden. (Wenger 2004: 72ff)

Identitet

Wengers identitetsbegreb sætter fokus på det individuelle i social praksis, da identitet netop dannes i samspillet mellem det individuelle og det sociale. Dette samspil er knyttet til

meningsforhandlingsprocesserne i praksisfællesskaberne, og Wenger beskriver identitet således som: *”lag af deltagelses- og tingsliggørelshændelser, hvorigennem vores erfaring og dens sociale fortolkning gennemtrænger hinanden. Efterhånden som vi møder vores virkninger på verden og udvikler vores relationer til andre, skaber disse lag vores identitet som en meget kompleks sammenvævning af participative[deltagelses] erfaringer og reifikative[tingsliggørelses] projektioner. Vi konstruerer, hvem vi er, ved at samle disse to i meningsforhandlingen”* (Wenger 2004: 176f). Identitetsdannelse er en kompleks proces af meningsskabelse, definering af fællesskaber og måder at høre til på. Det individuelle og sociale konstituerer hinanden i en vekselsproces, forstået på den måde, at identitet ikke skabes i kraft af, at vi er mennesker, men den skabes heller ikke kun gennem de forskellige medlemskaber. Selvom identitet dannes i forhold til det sociale, underkender Wenger ikke det individuelle, men forstår definitionen på det individuelle som indlejret i de enkelte fællesskabers praksis. (Wenger 2004:169ff). Så oprettelsen eller dannelsen af et praksisfællesskab er i Wengers forstand også en forhandling af identiteter. (Wenger 2003: 174). Det er i lyset af Wengers identitetsforståelse, at de studerende blandt andet danner og udvikler deres sygeplejefaglige identitet i praktikperiodernes praksisfællesskaber.

Læring

Wenger forstår indgåelsen i fælles praksisfællesskaber som fælles læringshistorier, hvori det gensidige engagement i udførelsen af fælles virksomhed over tid giver grobund for at lære noget af betydning. Her skal læringshistorier forstås som sammenflettede kombinationer af deltagelse og tingsliggørelse, hvor meningsforhandlingerne integrerer med hinanden. (Wenger 2004: 105f)

Betydningsfuld læring er ikke nødvendigvis tingsliggjort som ydre mål, specielle aktiviteter eller forskellige medlemskaber, men handler derimod om at være engageret og deltage i udviklingen af vedvarende praksis. Betydningsfuld læring er det, der forandrer evnen til at indgå i praksisfællesskaber samt forståelsen af disse. Læringen forandrer de ressourcer, der er til rådighed for at indgå i og engagere sig i praksis. Betydningsfuld læring udvikler praksisser, evnen til at forhandle mening og dannelsen af identitet. (Wenger 2004: 113ff)

De sygeplejestuderende indgår automatisk i praksisfællesskaber, når de er i praktik. Herigennem meningsforhandler de med dem, der indgår i de forskellige praksisfællesskaber. På den måde opbygger de studerende sig læringshistorier, der er med til at skabe og udvikle deres identitet som sygeplejersker.

Legitim perifer deltagelse

I Wengers teori skelner han ikke tydeligt mellem at være legitim perifer deltager og legitim deltagelse, Wenger koncentrerer sig mere om den læring, som opstår i meningsforhandlingen. Da specialet netop omhandler læring i praktikperioder, er det relevant at bruge det teoretiske begreb – *Legitim perifer deltagelse*, som Jean Lave udviklede sammen med Wenger. Begrebet skal forstås som en læringsproces i et praksisfællesskab – det vil sige sociale læringsrelationer. Lave forudsætter i teorien, at den studerende ønsker at beherske vigtige kompetencer, hvorfor det er centralt, at den studerende som nyankommen i et praksisfællesskab skal bevæge sig i retning af at opnå fuld deltagelse i fællesskabet. 'Perifer' angiver de forskelligartede måder at være deltagende på i praksisfællesskabet. 'Legitim periferitet' er en del af de sociale strukturers magtrelationer og betegner det sted, hvor man er i stand til at bevæge sig i retning af mere intensiv deltagelse. At være en legitim perifer deltager hentyder til, at man er i en kvalificeret position til at opnå *fuld deltagelse* i praksisfællesskabet, hvilket indebærer en større forståelse af og indsigt i praksis og anvendelse af praksis. Her skal *fuld deltagelse* ikke forstås således, at et praksisfællesskab har en kerne, men det skal derimod forstås som de forskelligartede relationer, man som deltager i praksisfællesskabet kan være medlem af. (Lave 2003: 31ff)

De sygeplejestuderende i praktikken vil altid være defineret som legitime perifere deltagere, men kan bevæge sig i læringsbaner ind i praksisfællesskaber, og på den måde opnå større deltagelse. Hvorvidt det er muligt for de studerende at bevæge sig i læringsbaner længere ind i praksis, afhænger af deres meningsforhandlinger.

Wenger fremlægger de teoretiske værktøjer til at fremanalysere de studerendes muligheder for læring i praktikken, men han berører ikke, hvad de studerende lærer, kun at de lærer. Derfor må Wengers teori suppleres med andre teoretikere, der går skridtet videre og berører, hvad de studerende lærer i praktikken. Hertil benyttes Steen Wackerhausen, Donald A. Schön og Aristoteles kundskabsformer.

Det alternative kompetencebegreb

Steen Wackerhausens 'alternative kompetencebegreb skal her ses som et supplement til Wengers teori 'Praksisfællesskab', da det alternative kompetencebegreb åbner for de tavse sider af praksis, de studerende benytter i kompetenceudførelsen. Wenger ekspliciterer ikke de tavse sider af praksis i sin teori, men de

'Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken'
af Michelle Marie Mønster Petersen

ligger implicit i praksisfællesskaber, hvorfor Wackerhausen benyttes til at begrebsliggøre de tavse sider af kompetencerne og praksis. Steen Wackerhausen går skridtet videre og dybere end Wenger, idet han fokuserer mere specifikt på, hvad praktikernes kompetencer rummer af videndimensioner. Wackerhausen udvikler en kompetenceteori, som rummer to videndimensioner – den artikulerede viden og den uartikulerede viden/tavs viden. Wackerhausen udvikler herudfra den alternative kompetencemodel, der har den fordel, at begrebsliggøre og operationalisere både de artikulerede og uartikulerede sider af praktikernes kompetencer. Det er det aspekt, der er interessant for projektets brug af ham, da de studerende jo netop er i praktik og herved har adgang og mulighed for at tilegne sig tavs viden gennem erhvervelsen af de sygeplejefaglige kompetencer.

Den teknologiske logik

Wackerhausen er af den opfattelse, at den teknologiske logik er repræsentant for det paradigme, der er styrende for forståelser af, hvad epistemologi, viden, færdigheder, kompetencer, rationalitet, praksis og indlæring er (Wackerhausen 1991: 86). Den teknologiske logik har forskellige antagelser, som Wackerhausen kalder dogmer, disse dogmer danner i høj grad rammerne for, hvordan viden skal forstås og genereres, og hvorledes man bedst udvikler og tilegner sig kompetencer. Den teknologiske logiks kompetenceforståelse definerer Wackerhausen på følgende måde: *”al viden er eksplicit, sproglig viden, og virkeligheden lader sig udtømmende beskrive og forklare på eksplicit, sproglig facon”*(Wackerhausen 1991: 90). Ud fra dette opstiller Wackerhausen en ’formel’, der repræsenterer den teknologiske logiks definition af kompetencer:

$$\mathbf{Kompetence} = \mathbf{’Eksplicit viden’} + \mathbf{’Regelbaserede færdigheder’}$$

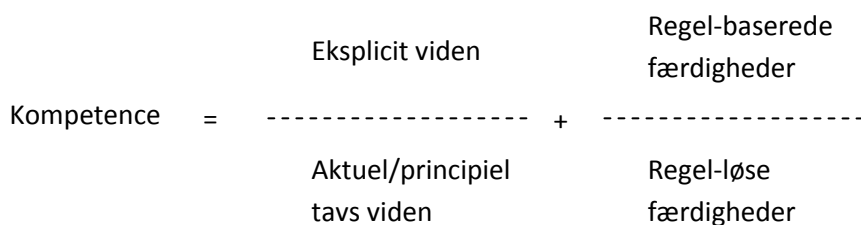
Set med den teknologiske logiks briller skal en praktiker blot erhverve sig den relevante evidensbaserede fagviden gennem skolastisk undervisning, samt kende og følge de fastsatte regler for udførelsen af de bestemte kompetencer (Wackerhausen 1991: 90). Wackerhausen stiller spørgsmålstejn ved, om denne forståelse nu også er fyldestgørende, da megen forskning af professionelles praksis peger på, at skolastisk læring ikke er nok til at blive en kompetent fagudøver. (Wackerhausen 1999: 29)

De tavse dimensioner

Wackerhausen mener i modsætning til den teknologiske logik, at mennesket og særligt de professionelle praktikere besidder viden, som er erhvervet gennem oplevelser og erfaringer med praksis. Wackerhausen udtrykker forholdet: *”videnskab skaber viden – eksplicit viden, men erfaringer, oplevelser og praksis er også i stand til at skabe viden, herunder viden, som videnskaber ikke kan skabe, nemlig ’tavs viden’, der ikke er ekspliciterbar”* (Wackerhausen 1991: 101). I Wackerhausens indkredsning af de tavse dimensioner, refererer han til Michael Polanyi³, som pointerede at mennesker kan være i besiddelse af viden, der umiddelbart ikke kan ekspliciteres. Wackerhausen beskriver de tavse dimensioner som et paraplybegreb, der favner de sider af menneskelige kompetencer, færdigheder og viden, som ligger i det område, hvor eksakte regler, procedurer og eksplicit sprog ikke slår til. Det er gennem praksis, at de tavse dimensioner af kompetencerne erhverves, da det er kompetencer, der udføres ubevidst, automatisk og via refleks (Wackerhausen 1991: 98). Og i tråd hermed er de tavse dimensioners i langt højere grad person-, krops-, praksis- og kulturafhængige viden og færdigheder end den teknologiske logik er.

Wackerhausen konstruerer følgende alternative kompetencemodel, der bygger på den teknologiske logiks kompetenceforståelse og tilføjer de tavse dimensioners forståelse:

En alternativ kompetencemodel



Figur 3: Kompetence-model af Steen Wackerhausen (Wackerhausen 1991: 106)

I sin kompetencemodel deler Wackerhausen de tavse dimensioner op i 'aktuel tavs viden' og 'principiel tavs viden'. Her er 'aktuel tavs viden' en ikke ekspliciteret viden, men i princippet kan den kaldes frem til bevidstheden og herefter ekspliciteres. Hvorimod 'principiel tavs viden' ikke kan ekspliciteres, men refererer til fænomenologisk viden i form af metaforer. Herved fungerer principiel tavs viden som referencekontekst for aktuel tavs viden, hvorved 'metaforerne' får mening. Den anden del af de tavse

³ Michael Polanyi (1891-1976), filosof. Formulerede de første betragtninger om 'tavs viden' i 'The Tacit Dimension'

dimensioner er regel-løse færdigheder. Det er færdigheder, der i deres oprindelse er regel-baserede, men med tiden udfører praktikerne færdighederne per automatik, så med tiden 'glemmer' praktikerne reglerne, og udfører færdighederne på baggrund af erfaring. Når færdighederne bliver til regel-løse færdigheder, skal praktikerne ikke bruge energi på at koncentrere sig om de eksakte regler, men blot udføre kompetencen, hvorved praktikerne får større overblik. (Wackerhausen 1991: 104)

Wackerhausens alternative kompetencemodel tydeliggør, hvorledes de sygeplejestuderendes færdigheder ikke kun er et resultat af traditionelle regelbaserede ræsonnementer, men også et resultat af deres erfaringsbaserede tavse viden og regelløse færdigheder. De fire viden- og færdighedskomponenter i den alternative kompetenceforståelse er fire ligeværdige komponenter, der supplerer hinanden indbyrdes, hvor både værdien af skolestisk læring og regel-baserede færdigheder og værdien af praktikerens erfaringer og oplevelser accepteres og befrugter hinanden i kompetenceforståelsen. (Wackerhausen 1999: 33).

Den reflekterende praktiker

Wengers Praksisfællesskaber fokuserer på rammerne for, hvordan de studerende lærer i praksis, og Wackerhausen fokuserer på de tavse sider af kompetencerne, men hverken Wenger eller Wackerhausen specificerer, hvorledes de studerende erhverver sig kompetencerne i praksis, hvorimod Donald A. Schön fokuserer på, hvordan de studerende lærer og tilegner sig kompetencer gennem refleksion i og over praksis. Schöns kompetenceforståelse lægger sig tæt op af Wackerhausen, men går endnu videre end ham, idet han specielt fokuserer på vigtigheden af refleksion i og over ens praksis, hvilket er en læringsdimension Wackerhausen ikke medtager i sin kompetenceforståelse. Ligesom Wackerhausen mener Schön, at praktikerne gør *"krav på en ganske særlig viden"* (Schön 2001: 15), derfor mener Schön, det er vigtigt, at praktikerne er bevidst om den tavse viden, der ligger i praksis. Schöns teori 'Den reflekterende praktiker' giver et bud på, hvorledes processerne af tavs viden og erfaring kommer i spil, når praktikerne reflekterer i løsningsmuligheder til komplicerede opgaver. Schöns teoribegreber refleksion-i-handling og refleksion-over-handling er brugbare i analysen til at tydeliggøre den refleksionsproces, de studerende automatisk og ubevidst benytter, når de tilegner sig sygeplejefaglige kompetencer.

Schöns teoretiske begreber

Kernen i Schöns teoretisering er, hvordan praktikerne reflekterer i og over praksis, i bogen præsenterer Schön begrebet: 'refleksion-i-handling', og en nuance af dette er 'refleksion-over-handling'. For at forstå begreberne og hvilke rammer, de opererer under, er det væsentligt først at se på, hvad der forudsætter, at praktikerne kan reflektere i og over praksis.

Viden-i-handling

Schön definerer selv 'viden-i-handling' som det handlingsmønster, viden er indbygget i og de fornemmelser, praktikerne har for det område eller materiale, der arbejdes med. Det er en form for 'know-how', der ligger i handlingen. Schöns definition af 'viden-i-handling' lægger sig tæt op af Wackerhausens forståelse og definition af den alternative kompetencemodel. Derfor uddybes dette ikke dybere, men skitseres kort, hvordan Schön selv definerer 'viden-i-handling':

- 'Viden-i-handling' rummer handlinger, genkendelser og bedømmelser, som man ved, hvordan skal udføres i praksis rent spontant.
- 'Viden-i-handling' besidder en 'ubevidst' viden omkring udførelsen af bestemte ting, man ikke selv er opmærksom på, men man udfører blot tingene.
- 'Viden-i-handling' er, hvor man meget sjældent er i stand til at beskrive den viden, som ens handlinger afslører, fordi den med tiden er blevet inkorporeret, eller også har det altid været ubevidst viden.

Refleksion-i-handling

Schöns begreb 'refleksion-i-handling' kan differentieres, så man skelner mellem 'refleksion-i-handling' og 'refleksion-over-handling'. Schön laver ikke selv tydeligt denne opdeling, men gennem hele hans definition og afklaring af 'refleksion-i-handling' træder der nuancer frem, som kan henlægges under 'refleksion-over-handling'. Refleksionsprocessen til 'refleksion-i-handling' og 'refleksion-over-handling' er ens og vil derfor blive defineret under et her, men afslutningsvis vil nuanceforskellen mellem 'refleksion-i-handling' og 'refleksion-over-handling' blive tydeliggjort.

Schöns begreb 'refleksion-i-handling' bunder i hans antagelse om: *"ikke blot kan vi tænke over, hvad vi gør, men vi kan også tænke over det, mens vi gør det"* (Schön 2001: 55). Definition af 'refleksion-i-handling' kan kort beskrives som den refleksion, praktikerne gør sig, når hans 'viden-i-handling' bliver udfordret, dette kan enten ske i selve handlingen eller efter handlingen. Ved 'refleksion-i-handling' bliver praktikerne 'forsker' i egen praksis, uden bindinger til teori eller tekniske kategorier, men udvikler nye teorier og kategorier i sin praksis gennem eksperimenter med praksis. Og gennem praktikerens eksperimenter bliver den nye eller udvidede forståelse af praksis automatisk implementeret i 'viden-i-handling' gennem praktikerens udforskning. (Schön 2001: 55ff). I 'refleksion-i-handling' er der en tidsdimension. 'Refleksion-i-handling' er nødvendigvis ikke hurtig, men knytter sig til *"handlingsnuet"* (Schön 2001: 61). Dette kan variere mellem minutter, timer og dage alt afhængig af situationen og rammerne herfor.

For bedre at forstå 'refleksion-i-handling' præsenterer Schön kort begrebet 'viden-i-praksis', hvilket knytter sig til 'viden-i-handling' og den praksis, handlingen foregår i, hvorfor begrebet har en bredere betydning end 'viden-i-handling'. 'Viden-i-praksis' skal forstås ud fra ordet – 'praksis', da 'praksis' ifølge Schön, dels refererer til en *"præstation i en række professionelle situationer"* og til *"forberedelsen af en fremførelse"* (Schön 2001: 60). Begge referencer rummer gentagelser, som praktikerne udfører i en stabil praksis, det vil tilsammen sige, at en praktiker udvikler *"et register af forventninger, billeder og teknikker. Han finder ud af, hvad det er, han skal kigge efter, og hvad han skal stille op i forhold til det, han ser. I det omfang hans praksis er stabil"*(Schön 2001: 60f). Praktikerens 'viden-i-praksis' bliver mere og mere tavs og automatisk, jo flere gentagelser man udfører. Men 'viden-i-praksis' er kompleks, fordi praksis er foranderlig og sjældent stabil, hvilket gør, at praktikerne konstant kommer ud for nye og udfordrende opgaver, der sætter 'refleksion-i-handling' i gang.

Nuanceforskel mellem 'refleksion-i-handling' og 'refleksion-over-handling'

Den nuanceforskel, der er mellem 'refleksion-i-handling' og 'refleksion-over-handling', tydeliggør Jørgen Kuhlmann i sit forord til bogen. Han præciserer, at *'Refleksion-i-handling'* er, hvor viden, erfaringer og intuition glider sammen, og parallelt med at den professionelle handler, altså en refleksion under udførelse af handlingen. Men *'refleksion-over-handling'* er et efterfølgende tilbageblik over udførelsesprocessen og de konsekvenser, den professionelle drager heraf.

Kundskabsformer

De foregående teorier behandler læring i praksis og tilegnelsen af kompetencer på et generelt niveau, teorierne går ikke ind og skelner mellem forskellige typer af kompetencer, men fokuserer udelukkende på tilegnelsen af disse og rammerne herfor. På et forholdsvis sent tidspunkt i udarbejdelsen af nærværende speciale stod det klart, at de tre behandlede teorier ikke formåede at få centrale facetter frem fra empirien. De tre teorier skelner ikke mellem forskellige vidensformer, men empirien viser derimod, at bestemte vidensformer foretrækkes frem for andre. Derfor suppleres det nuværende teoriapparat med Carsten Pedersens fortolkning og videreudvikling af Aristoteles' tre kundskabsformer, som Pedersen videreudvikler til fire. Aristoteles adskiller sig i forhold til de andre teoretikere, da han ikke fremholder en konkret teori, men filosofiske betragtninger omkring viden og hvilke former viden kan iklæde sig. Ydermere lægger Aristoteles' filosofiske betragtninger fundamentet i både Wenger, Wackerhausen og Schöns læringsteorier, da de alle med deres teorier bygger videre på og udvikler Aristoteles' epistemologi.

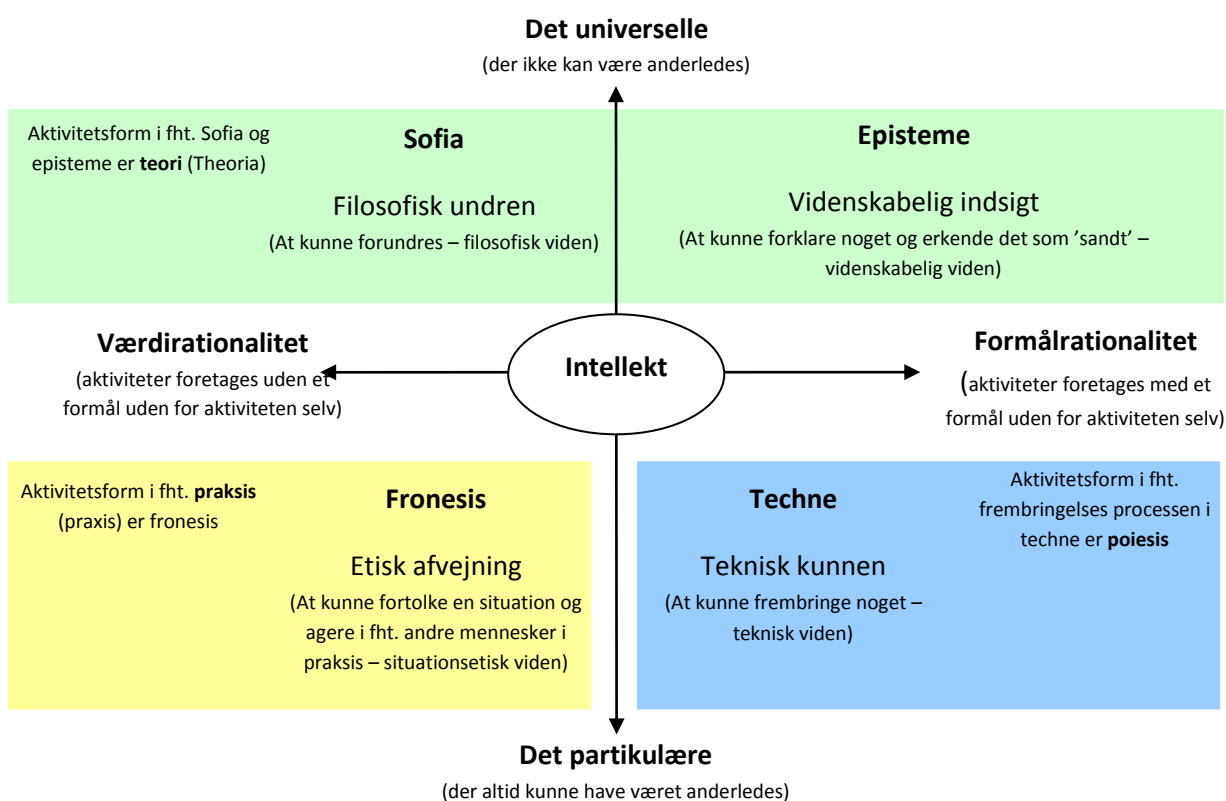
Det, der er særligt interessant ved Aristoteles' kundskabsformer, er hans måde at opdele viden og tilhørende aktivitetsformer, hvilket nuancerer den traditionelle videnopfattelse af teoretisk- og praksisviden. De fire kundskabsformer giver en forståelse af, hvorledes de forskellige vidensformer positionerer sig i forhold til hinanden, og hvad der egentlig forstås som viden. De fire kundskabsformer refererer dels til et teoretisk niveau og et praksis niveau, herved begrebsliggøres hvilke vidensformer og – områder, de studerende gør brug af, når de erhverver, udvikler og udøver deres kompetencer i praksis. Aristoteles' kundskabsformer er både med til at begrebsliggøre de vidensformer, de studerende benytter i forhold til forskellige kompetencer, men kundskabsformerne er også med til at tydeliggøre vigtigheden af praktikken i sygeplejeuddannelsen i en sådan grad, som de andre teorier ikke er i stand til at tydeliggøre. Særlig brugbar er Aristoteles' kundskabsform 'fronesis'(situationsetiske afvejninger), der formår at favne essensen i de studerendes jonglering med de forskellige kompetencer i forskellige situationer, der netop knytter sig til praksis.

De fire kundskabsformer

Carsten Pedersen fortolker Aristoteles' vidensbegreber og filosofi om etik i forhold til spørgsmålet: *'hvad viden egentligt er, hvilken form den antager og hvilke sammenhænge der er mellem forskellige former for*

viden?. Pedersens udgangspunkt er Aristoteles' filosofi om fire forskellige former for viden – episteme, sofia, techne og fronesis, der alle kan siges at være udtryk for menneskets intellekt, der herved forstås som evnen til at erkende, fatte og forstå (Pedersen 2006B: 41f). Pedersen specificerer, at ethvert professionelt arbejde favner de fire vidensformer og fremhæves eller nedtones, alt efter praksis og hvad der fokuseres på i den konkrete situation. Ved at være bevidst om hvilke vidensformer, der er i spil i en given situation, kan de professionelle underbygge og udvikle deres praksis. (Pedersen 2006B: 42)

Carsten Pedersen opstiller en model af de fire kundskabsformers positioner i forhold til hinanden, her gengivet med tilføjelser:



Figur 4: Aristoteles 4 kundskabsformer af Carsten Pedersen (Pedersen 2006B: 44)

En kort begrebsgennemgang til forståelse af modellen:

Teori (theoria) henviser til den tankevirksomhed, filosofisk viden (sofia) og videnskabelig viden (episteme) benytter, det vil sige en udelukkende teoretisk viden. Praxis (praxis) derimod fokuserer på det, mennesker

gør i forhold til andre mennesker og den meningsforhandling, som er knyttet til deltagelse i praksis, altså den situationsetiske kundskabsform (fronesis). Den tekniske kundskabsform (techne) handler om at frembringe produkter eller resultater gennem formålstjenlige virkemidler, tankevirksomheden, der knytter sig til frembringelsesprocessen, kaldes poiesis. Det partikulære er de ting, som er modtagelige for forandringer, modsat de universelle, hvilket er principper, der ikke kan være anderledes. (Pedersen 2006B: 43)

Den videnskabelige kundskabsform (episteme = videnskab, erkendelse)

Aristoteles' definition på videnskabelig viden er i de tilfælde, der kan gives en forklaring på, hvorfor der er en bestemt sammenhæng mellem fænomener, og når det kan begrundes, at denne forklaring ikke kan være anderledes. Så er der tale om en universel og sand viden, uafhængig af tid og sted (Pedersen 2006B: 44). Det skal tilføjes, at Aristoteles' 'universelle sandhedsbegreb' ikke adopteres i nærværende projekt, i projektet tillægges episteme derimod at være evidensbaseret viden, som man vedkender og erkender i sin professionelle tænkning (Pedersen 2006B: 47). Videnskabelig viden er grundlæggende teoretisk og bliver betegnet som en betragende og begrundende tankevirksomhed. Videnskabelig viden kan læres og kan derfor også glemmes igen. (Pedersen 2006B: 45)

Den filosofiske kundskabsform (sofia = visdom, indsigt)

I modsætning til episteme, der kan 'bevises' videnskabeligt gennem argumenter og evidensbaseret viden, opererer Aristoteles med sofia, der handler om at kunne begrunde det Aristoteles kaldte for 'første princippet'. Første princippet er den 'første årsag', baggrund eller præmis for en videnskab, der ikke kan begrundes ud fra episteme, men ud fra en tro på at det forholder sig således (Pedersen 2006B: 49). Filosofisk viden er en tankevirksomhed, der søger at belyse disse 'førstepricipper' ved at kombinere videnskabelig viden – episteme med den menneskelige intuition(nous). Filosofien er en eftertænksom tankevirksomhed, der belyser det principielle, og hvad noget egentligt er, set i den store sammenhæng. (Pedersen 2006B: 45)

Intuitionen – nous, har en afgørende rolle i filosofisk tankevirksomhed, da intuition netop kan åbne for en forståelse af filosofiens praktiske relevans i professionelt arbejde med mennesker, for når logikken ikke rækker længere, træder intuitionen til. Nous kan ikke sprogliggøres, men det er gennem brugen af

sanserne, man bliver bekendt med de konkrete ting (det partikulære). Og intuitionen gør det muligt at se og opleve, hvilken form, type og nuance et fænomen er. Herved omkredses det almene (det universelle) i det enkelte (det partikulære) (Pedersen 2006B: 50).

Den tekniske kundskabsform (techne = håndværk, færdighed, beherskelse)

Teknisk viden handler om at kunne skabe bestemte resultater, og den partikulære viden, som techne befinder sig under, er en viden, der er situationsafhængig. Techne er teknisk viden og færdigheder, som refererer til en udøvelse af teknisk viden i praksis i form af forskellige tekniske færdigheder. Den tankevirksomhed, der knytter sig til frembringelses- og udførelsesprocessen af teknisk viden, har en skabende (poiesis) form. Virkemidlerne til frembringelse af et produkt kan være mere eller mindre brugbare i forhold til situationen og formålet med produktet, derfor kan produktet frembringes på mange forskellige måder. (Pedersen 2006B: 53)

Den tekniske og den videnskabelige kundskabsform har det til fælles, at de er formålsrationelle, den tekniske kundskabsform søger gennem justering af forskellige virkemidler at påvirke 'tingene' således, at det planlagte resultat kan opnås. Ligesom videnskabelig viden kan teknisk viden læres, opøves og besiddes og kan derfor også glemmes. (Pedersen 2006B: 54).

Den situationsetiske kundskabsform (fronesis = forstand, sjæl, sind)

Den situationsetiske viden handler om at kunne fortolke en situation i form af overvejelse og afvejning af de forskellige interesser, værdier og etik, der er på spil. Pedersen forklarer, at: *"en dygtig praktiker er karakteriseret ved, i sin deltagelse i menneskelige fællesskaber (praksis), at kunne overveje og afveje, hvilke handlinger der er etisk forsvarlige i den givne situation"* (Pedersen 2006B: 55). Et mere nudansk ord for fronesis kan være sociale kompetencer, forstået på den måde, at man handler ud fra sine erfaringer og afvejer sine egne interesser i forhold til andres interesser i en situation (Pedersen 2006B: 55). Da fronesis hører under det partikulære, er fronesis også situationsbestemt som techne, da situationsetisk viden ikke drejer sig om at skabe et bestemt resultat, men derimod at handle etisk forsvarligt, særligt i professionelt arbejde med mennesker. Etik viser sig i praksis, og enhver situation i praksis er unik, derfor pointerer Pedersen, at: *"praktikdelen i professionsbacheloruddannelserne er afgørende, idet man netop her*

aftvinges nye overvejelser og valg i stadigt skiftende og principielt uforudsigelige sociale situationer i arbejdet med selve sagen” (Pedersen 2006B: 57).

Sofia, episteme, techne og fronesis er intellektuelle tankevirksomheder, men fronesis kræver samtidig praktisk erfaring med overvejelser, afvejninger, skøn og valg i helt konkrete hverdagssituationer. Intellektuelle færdigheder som sofia, episteme og techne kan alle glemmes, men i kraft af sin stærke bundethed til personlighedskarakter, kan fronesis ikke glemmes, den er en del af personen. (Pedersen 2006B: 61)

I praksis integrerer de fire vidensformer, men alt efter hvilken situation man indgår i, er det bestemte vidensformer, der træder i forgrunden og i baggrunden. Pedersen konkluderer til sidst, at: *”i enhver praksis er der naturligvis en betydelig grad af handlingstvang, men det ændrer imidlertid ikke ved, at der er tanker forbundet med vore handlinger, og at fronesis dybest set må udgøre det helt fundamentale grundlag for professionelt arbejde med mennesker”* (Pedersen 2006B, 66). Fronesis er en bastant del af menneskers personlighed, at den i høj grad træder i forgrunden for praktikerens professionelle arbejde med mennesker, her de sygeplejestuderendes professionelle arbejde.

Praktikkens socialisering

Det er ikke al viden og læring, der er artikuleret, det pointerer både Schön og Wackerhausen. Den tavse viden gør sig ikke kun gældende i forhold til tilegnelsen af kompetencer, men spiller også en stor rolle i forhold til de studerendes socialisering som legitime perifere deltagere i praksisfællesskaberne. Her karakteriseres tavs viden som styrende magtdimensioner i socialiseringsprocessen. En udfoldelse af ’tavse’ lærings- og socialiseringsprocesser i praktikperioder har både Martin Bayer og Kristian Larsen berørt aspekter af i hver deres ph.d. afhandling. Fælles for Bayer og Larsen er deres fokus på de ’tavse/skjulte/miskendte’ dimensioner af læringen i praktikken og disses betydning for de studerendes faglighed. I nærværende projekt bliver Martin Bayer og Kristian Larsen ikke brugt direkte i analysen, men blot som inspiration i forståelsen af praktikkens betydning for de tavse sider af læring og betydningen af socialiseringen i forhold til de studerendes faglighed. Det er derimod Wengers indordningsforståelse og Aristoteles fronesis, som benyttes i analysen af praktikkens socialisering.

Socialiseringsproces

Der er tavse dimensioner i praksis, som de studerende skal kunne 'afkode' eller analysere i situationen for at kunne etablere et fælles grundlag for meningsforhandlingen i praksisfællesskabet med sygeplejerskerne. Dette kan betegnes som en socialiseringsproces de studerende gennemgår i praktikken. Det er her, jeg benytter Wengers praksisfællesskabsteori. Selvom Wenger ikke skelner mellem artikuleret og uartikuleret viden og læring, ligger den tavse dimension alligevel implicit i hans teori, da denne tavse dimension er inkorporeret i hans begrebsapparat. Den tavse læring og viden er til stede for at kunne meningsforhandle; Wenger fortæller at: *"det er altid muligt at finde aspekter, der ikke er eksplicitte, og det er netop det, en dualitet mellem deltagelse og tingsliggørelse vil forudsige: vi skaber netop den tingsliggørelse, vi har brug for, med henblik på at fortsætte de praksisser, vi deltager i"*(Wenger 2004: 86). Derfor er de tavse dimensioner meddefinerende i praksisfællesskab i form af tingsliggørelse af deltagelse. I forlængelse heraf taler Wenger om 'indordningsprocesser', hvilke kan betegnes som socialiseringsprocesser: *"gennem indordning bliver vi en del af noget stort, fordi vi gør det, der skal til for at spille vores rolle. Det, indordning bringer ind i billedet, er en større horisont af handling, af koordinerede virksomheder i stor målestok, der ikke er forbundet med engagement"*(Wenger 2004: 206). En del af meningsforhandlingen er at kunne indordne sig for herved at opnå medlemskab i praksisfællesskaber. Indordning er en dualistisk proces mellem deltagerne, der har til formål at koordinere deltagerens handlinger i en bestemt retning. I det indordningsprocesserne har at gøre med styring af deltagerens handling, refererer processerne til magt. Wenger er ikke specifik i sin magtforståelse, men forstår magt implicit i sociale fællesskaber i forhold til meningsforhandling og identitetsdannelse, mere gør Wenger ikke ud af at udspecificere sin magtforståelse. Magt er en tavs metode til at styre deltagerens handlinger i praksisfællesskaber (Wenger 2004: 218f). I nærværende projekt identificeres magten ved at se på, 'hvad eller hvem' der styrer deltagerens handlinger i praksisfællesskabet. Magtens mange forskellige 'ansigter' bliver betegnet som styringsorganer. Indordningsprocesserne viser sig på forskellige måder, de kan både invitere til større forståelse af praksis, men også dequalificere deltageren. Indordningsprocessen dequalificerer deltageren ved at give dem rollen som de 'lydige deltagere', der ikke stiller spørgsmål til praksis, men blot følger instruktioner, hvilket lukker deltagerne af for at meningsforhandle nye forståelser af praksis. (Wenger 2004: 208)

Det er ud fra Wengers meningsforhandlingsbegreb og indordningsforståelse, at 'de tavse dimensioner' af praksis analyseres frem. Men for at forstå hvilken kompetence de studerende benytter til at 'afkode' de tavse praksisser, benyttes Aristoteles' kundskabsbegreb fronesis, da fronesis begrebsliggør de studerendes 'evner/færdigheder' til at afkode de tavse dimensioner af praksis, hvorved de kan indordne sig i praksis.

Fronesis er en handlingskompetence, der netop opererer med de overvejelser, de studerende gør sig om hvilke handlinger, der er hensigtsmæssige eller ej i en given situation. Ifølge Aristoteles er det igennem karakteren af handlinger, at man kan opøve evnen til at handle hensigtsmæssigt: *"det er således i handlingslivet, at dyder udvikles, og dyder er på sin side en disposition til at handle rigtigt"* (Saugstad 2001: 197). Det er konteksten, der afgør, hvad der er hensigtsmæssigt, det er de normer og den moral, som hersker i det konkrete praksisfællesskab, der definerer, hvad det vil sige at 'handle rigtigt'. På denne måde er fronesis med til at specificere den type af viden, de studerende gør brug af i deres 'afkodning' af de tavse praksisser og den viden, de dermed benytter i meningsforhandling.

Før teorierne tages i brug for alvor i analysen, er det nødvendigt at skitsere det strukturelle niveau i projektet. Dette skal give en bredere og dybere baggrundsviden til forståelse af de problematikker, de sygeplejestuderende oplever i praktikken. Det første undersøgelsestrin, der tages fat på, er: Sygeplejeuddannelsens historie.

Historisk blik på sygeplejeuddannelsen

Sygeplejeuddannelsens indhold og sygeplejefagligheden har været diskuteret siden uddannelsens oprettelse. Situationer i hospitalssektoren har fremkaldt dilemmaer, der har sat sygeplejefaget på den uddannelsespolitiske dagsorden, og disse har i nogle tilfælde ført til direkte ændringer af uddannelsen, som er tilfældet med den sidste debat fra 2006. For at opnå et kvalificeret indblik i hvordan de sygeplejestuderende i 2008 oplever at studere sygepleje i praksis, er det væsentligt at have en baggrundsviden om og indsigt i de historiske ændringer, som uddannelsen har gennemgået. Her er der særligt fokus på uddannelsens vægtning af det teoretiske og praktiske indhold, samt hvilke sygeplejefaglige forståelser disse repræsenterer.

Sygeplejeruddannelsens udvikling gennem historien

Lige så længe der har været mennesker, har der også været personer og 'institutioner', der har fungeret som sygehjælpere, og draget omsorg for og hjulpet syge mennesker. Disse sygehjælpere har haft forskellige betegnelser op igennem tiden. Først var det familien, slægten og klostervæsnet, så var det vågekoner og sygevogtere, men det var først i 1800-tallet, at sygeplejersker blev etableret som et erhverv. I 1860 oprettedes Florence Nightingale Training School ved St. Thomas Hospital i London, med det formål at uddanne sygeplejersker, som skulle hjælpe lægerne i deres arbejde. Den videnskabelige og teknologiske udvikling indenfor lægevidenskaben og hygiejnen har krævet, at det var uddannede personer, der varetog opgaven som sygeplejersker. I 1876 blev den første formelle sygeplejeuddannelse i Danmark oprettet på Kommunehospitalet i København. Uddannelsen var opbygget via et lærlingelignende system, hvor disciplin og indordning i et fast autoritært hierarki var en central del af uddannelsen. Patientplejen blev udført med *"kyndighed og nøjagtigt efter de lægelige instrukser"*(Ramhøj 2003: 107). Sygeplejeuddannelsen var en forudsætning for, at *"den moderne medicin kunne opnå gennemslagskraft, og for at hospitalerne kunne udvikles til egentlige behandlingsorienterede institutioner"*(Ramhøj 2003: 107). Sygeplejeuddannelsens oprettelse var et produkt af sin tid, et krav og et behov i samfundet om en hjælper til lægen, der modsvarede lægens behov både i dannelse og lydighed, men også i medicinsk viden, så sygeplejersken kunne hjælpe lægerne med udvikling af sygepleje.

Allerede i 1899 blev Dansk Sygeplejeråd(DSR) oprettet, da der var et stigende behov for, at sygeplejerskerne organiserede sig, eftersom deres arbejds- og uddannelsesforhold var meget vilkårlige. Dansk Sygeplejeråds formål var at skabe bedre uddannelse og bedre vilkår til sygeplejerskerne. DSR har derfor også siddet ved forhandlingsbordet, hver gang uddannelsen er blevet ændret. I 1933 blev sygeplejeuddannelsen statsautoriseret, hvorved sygeplejeeleverne fik autorisation af Sundhedsministeriet til at praktisere efter bestået eksamen. Sygeplejeuddannelsen blev ændret igen i 1956 for helt at erstatte den gamle uddannelse fra 1933. Formålet med den nye uddannelse var at skabe ensartning af uddannelserne, at afkorte dem samt at sikre uddannelserne som generalistuddannelser. Uddannelsesændringen udsprang af et lægeligt behov for højere uddannede sygeplejersker, hvor sygeplejerskernes vidensområde igen blev defineret ud fra et lægeligt perspektiv, som det også var tilfældet i 1876 og 1933. I 1979 blev det for første gang ekspliciteret, at sygeplejefaget havde et selvstændigt sygeplejefagligt metodisk grundlag, der er udgangspunkt for sygeplejevirkosomhed. Fokus i uddannelsen retter sig mere mod sygeplejerskens ansvar for sundheds- og sygepleje og mod udvikling af eget virksomhedsfelt, hvor det før i tiden hovedsageligt var et lægeligt virksomhedsfelt uddannelsen rettede sig imod. (DSR 2006: 1f)

Et fællestræk for ændringerne og uddannelsesreformerne på sygeplejeuddannelsen i disse år er det en tilpasning til naturvidenskabelige eller medicinske paradigme, der nu bliver styrende for indholdet af uddannelsen. Og dermed er det styrende aspekt i plejen ikke patientplejen, men den medicinske viden, hvor patienterne deles op i medicinske kategorier efter diagnosetype. Sygeplejeeleverne bliver oplært i at mestre den tekniske side af behandlingen i de forskellige medicinske områder. (Maglekær 2001: 24f). Det er først i 1979, at der sker en lille ændring på dette felt, hvor sygeplejen begynder at ændre fokus fra diagnosetyper til at tage udgangspunkt i patienten som menneske og individ. Den samfundsmæssige og medicinske udvikling kræver, at sygeplejerskerne skal kunne mestre mange forskellige kompetencer, men deres kernekompetence er stadig pleje af og omsorg for patienterne, hvilket kan kaldes en humanistisk tilgang til patienterne. (DSR 2006: 1f)

Akademiseringen af sygeplejeuddannelsen

I 1990 reformeredes sygeplejeuddannelsen til en mellemlang videregående uddannelse, og de kommende sygeplejersker ændrede titel fra elever til studerende. Med status som videregående uddannelse blev der lagt op til et større fokus på og en dybere forankring i den teoretiske del af faget end tidligere. I den praktiske del af uddannelsen blev der lagt op til en kombination af mesterlærepraktik og vidensbaseret

praktik. Meningen var, at praktikperioden skulle danne grundlag for teoretiske refleksioner over praksis og afprøvning af teoretiske hypoteser. (Ramhøj 2003: 109f). Målet for uddannelsesreformen var at skabe bedre sammenhæng mellem teori og praktik i uddannelsen. Igen var sygeplejens virksomhedsfelt defineret ud fra patientens behov for sygepleje, og dermed blev der lagt større distance til lægernes behov for hjælp til behandling af patienterne. (DSR 2006: 1)

Det stigende fokus på det teoretiske niveau i uddannelsen viser sig tydeligt, da den ændres til en professionsbachelor i 2001. Ændringen sker i kølvandet på Bolognaaftalen, som Danmark indgår i 1998/99, hvilket er et europæisk samarbejde omkring en harmonisering af uddannelsessystemerne i EU. Formålet er at mindske uddannelsesforskelle mellem landene og således styrke samarbejde og udveksling i Europa. Desuden er der et ønske om at opkvalificere den europæiske befolkning og dets samfund. Uddannelsen lægger nu op til en ensretning på europæisk plan, hvor de nye professionsbachelorere kan rejse frit i Europa og få job som sygeplejersker alle steder. Samtidig er adgangen til videreuddannelse på universiteterne gjort lettere. Sygeplejeuddannelsen bliver gjort mere teoretisk orienteret, så de studerende vil have større videreuddannelsesmuligheder. Samtidig bliver uddannelsens praktiske del ændret til at fungere som uddannelsespraktik, hvor de skal studere praksis og ikke ud fra mesterlæreprincippet (Ramhøj 2003: 115). DSR lægger vægt på, at de sygeplejestuderende skal uddannes til at indgå i tværfaglige samarbejder, samt at kvalificere til *”selvstændighed og ansvar for at udføre, formidle og lede sygepleje, at opnå en kritisk og analytisk kompetence, [...], at udvikle sygeplejen samt at fortsætte kompetencegivende videreuddannelse efter afsluttet grunduddannelse”* (Kjærgaard 2006: Sygeplejersken nr. 12). Fokusområdet i uddannelsen breder sig ud til at sigte både mod de sygeplejefaglige kvalifikationer og mod de videnskabelige kvalifikationer, der alle er baseret på faggrupperne sundhed-, natur-, samfundsvidenskabelige og humanistiske fag (DSR 2006: 2). Ydermere træder den høje vægtning af det teoretiske niveau i uddannelsen frem i 2004, hvor DSR blandt andet er med til at afkorter uddannelsen med tre måneder, så den samlede studietid nu er på tre og et halvt år, i stedet for tre år og ni måneder. De tre måneder skæres i uddannelsens praktikperioder, men det teoretiske niveau forbliver uændret. (Politiken 23. august 2006, Interview: ”Man har brug for nogle af de store tænkere”).

I 2006 opstod der på ny diskussion om de nyuddannede sygeplejerskers kompetencer, som beskrevet i debat analysen. Undervisningsminister Bertel Haarder (V) nedsatte et revideringsudvalg, der skulle styrke

sygeplejeuddannelsen. Udvalget nåede frem til 'De 13 anbefalinger'⁴, hvor de mest omfattende ændringer var, at det sundhedsfaglige område skulle styrkes med 10 ECTS point, det naturfaglige område med 5 ECTS point, det humanistiske fagområde reduceres med 5 ECTS point og det samfundsfaglige område reduceres med 10 ECTS point. Dette var en klar styrkelse af de naturvidenskabelige teoretiske kompetencer.

I 2008 lanceres en samlet national studieordning for sygeplejeuddannelsen, indtil da har der været lige så mange studieordninger som sygeplejeskoler. Studieordningen fungerer som en *"fælles paraply med lokale variationer i form af forskellige moduler og temaer tilpasset centrale indsatsområder i de enkelte regioner"* (Kjærgaard 2006: Sygeplejersken 2006/12). Formålet med en national studieordning er at sikre en ensartet kvalitet i uddannelsen, der blandt andet var problemet med uddannelsen fra 1990. Der er nedsat en arbejdsgruppe fra sygeplejeskolernes rektorforsamling, der skal udforme den nye studieordning, der skal træde i kræft fra 2008.

Sygeplejeuddannelsen har gennemgået en mærkbar udvikling på de knap 150 år, faget har eksisteret som erhverv. Den er et produkt af sin samtid, sygeplejefagligheden er gået fra at være en udpræget lægelig hjælpedisciplin på hospitalerne til at være et selvstændigt fag med forskning i eget felt. Ydermere har sygeplejefaget udviklet sig fra en håndværkertradition til at være akademiseret i kraft af uddannelsens nuværende status som professionsbachelor. Rent indholdsmæssigt har praktikken i uddannelsen fået mindre og mindre plads og teorien stadig større fokus. Denne udvikling i sygeplejeuddannelsen, og den faglighed denne lægger op til, gør det ekstra interessant at se på, hvilke potentialer praktikken rummer for udvikling af sygeplejefaglige kompetencer i dag. Selvom praktikken har fået en mindre plads i sygeplejeuddannelsen, fokuserer den nuværende bekendtgørelse på, at de 4 praktikperioder de studerende er på i løbet af deres uddannelse, udnyttes optimalt. I bekendtgørelsen ses, at den kliniske undervisning⁵ udgør 90 ECTS point ud af 210 ECTS point, som hele uddannelsen rummer, det vil sige en praktisk del svarende til 43% af uddannelsen. §11 i bekendtgørelsen fremhæver, at *"målet med den kliniske*

⁴ "Anbefalinger til en revision af sygeplejerskeuddannelsen", Undervisningsministeriet, 02/12, 2006. Udvalget bestod af repræsentanter fra Kommunernes Landssammenslutning, Danske Regioner, Dansk Sygeplejeråd, Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs – og Sundhedsministeriet samt Rektorforsamlingen.

⁵ Den kliniske undervisning er dels praktikophold på afdelingerne og undervisning af klinisk vejleder i praktikperioden. Den kliniske undervisning foregår ude på praktikstederne og er en vekselvirkning mellem praktik på klinikken (afdelingen) og kliniske vejledningssamlinger, hvor der indgår undervisning samt refleksionssamtaler (Informationspjece 2001: 6)

undervisning er – at skabe sammenhæng mellem teoretisk og praktisk kundskab og derved sikre professionsbaseret og praksisnærhed”(Bekendtgørelse 2001: §9-11). For at kunne opfylde Bekendtgørelsens §11 er det ikke lige meget, hvordan praktikperioderne forløber, da de studerende netop skal tilegne sig praksisnærhed og en forståelse heraf samt professionsbaseret, det vil sige dannelse af sygeplejefagligheden. Derfor er det efterfølgende relevant at se på, hvilke vilkår der er for de sygeplejestuderende i deres praktikperioder.

Ydre vilkår for sygeplejestuderendes praktik

Gennem de sidste 30 år har den offentlige sektor med moderniseringsreformen ændret sin måde at forvalte og regulere de offentlige institutioner på. Denne udvikling har også betydning for det læringsmiljø, de studerende møder i deres praktik. Derfor er det interessant at skitsere de moderniseringsproblematikker, der danner rammerne for hospitalsvæsenet og dermed, de forhold sygeplejestuderende opererer under i deres praktikperioder.

Moderniseringen af sundhedssektoren

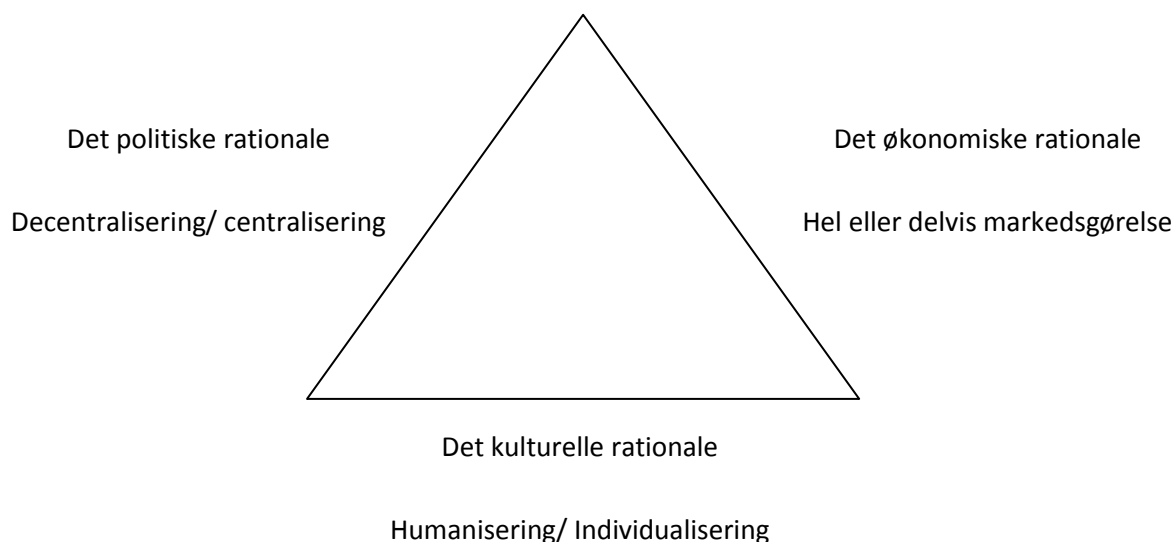
De udfordringer og problematikker, de studerende møder i deres praktikperioder, er funderet i organisatoriske og politiske strukturer, som er produkter af den moderniseringsproces, der har været i udvikling siden 1980'erne i den offentlige sektor i Danmark. I 1983 ville firkløverregeringen, med Poul Schlüter(C) som statsminister, reformere den offentlige sektor, og som Schlüter sagde i sin åbningstale til Folketinget *"...det skal være et nyt og enklere samfund, hvor de offentlige beslutninger begrænses og gøres overskuelige..."*(Schlüter, 04/10 – 1988 i Berdsdorff 1992: 25). Samtidig ønskede regeringen at få de stigende offentlige udgifter sat ned, og måden hertil var en omfattende moderniseringsreform, der var og er stærkt inspireret af New Public Management(NPM) bølgen fra USA. Moderniseringstanken har sit udspring i neo-liberal økonomisk filosofi, som forsøger at implementere 'overgangen fra statslig styring til markedsstyring' på globalt plan. I Danmark har man forsøgt at 'kontrollere overgangen' med en bred politisk og folkelig opbakning. De efterfølgende regeringer som Nyrop- (S) og Fogh- (V) regeringerne videreudviklede moderniseringsreformen med hver sit hovedfokus. Men grundlæggende for alle moderniseringstiltagene var og er stadig brugen af NPM værktøjerne som midlet til at nå målet – en mindre, enklere og billigere offentlig sektor. NPM er udviklingsværktøjer med oprindelse i den private sektor og 'det frie markeds' rationaler⁶, hvor fokus i værktøjerne er øget driftsøkonomisk effektivitet. Den første problematik tegner sig her, da NPM værktøjerne, som er blevet implementeret i det danske sundhedsvæsen, ikke komplementerer de rationaler, de offentlige organer opererer på. Det danske velfærdssundhedsvæsen tilbyder ydelser, der betegnes som offentlige goder, hvilket ikke egner sig til udlicitering til den private sektor, eftersom de fleste ydelser ikke er økonomisk rentable og derfor ikke kan tilfredsstille den private sektors økonomiske krav til sine ydelser. Denne problematik er med til at skabe

⁶ Det fri markeds rationaler kan kortsigtes at være, det udbud og den efterspørgelse, der regulerer markedet, uden kontrol eller regulering af statslig virksomhed. Versioner af denne ideologi kan kaldes liberalistisk politik.

dilemmaerne i sygehusvæsnet, da mange af tiltagenes incitament trækker i hver sin retning. For eksempel skal hospitalerne både samarbejde og konkurrere internt på samme tid, de ledes via rammestyring samtidig med, at der er aktivitetsafhængige bevillinger. (FLOS 2005: 8ff)

For at gå dybere ned i hvordan dette dilemma i hospitalsvæsnet udmønter sig, og i hvilke rammer det skaber for de sygeplejestuderendes praktik, beskrives de betragtninger og den samfundsdiagnose forskeren Katrin Hjort har gjort sig af moderniseringsreformen i den offentlige sektor. Hjort fremanalyserer det spændingsfelt af nye rationaler, den offentlige sektor opererer på, samt de konsekvenser dette har for de offentligt ansattes arbejdsvilkår og deres arbejdsopgaver. Hjort mener, at dynamikken i den offentlige modernisering kan forstås som resultatet af et samspil mellem tre forskellige rationaler: et politisk, et økonomisk og et kulturelt. De tre rationaler er i sig selv modsætningsfyldte og indbyrdes modstridende, hvorved de skaber det spændingsfelt, hvori de konkrete forandringsprocesser finder sted. (Hjort 2006: 32ff)

Spændingsfeltet mellem de tre rationaler i den offentlige sektor:



(Hjort 2006:35)

Det politiske rationale har fokus på decentralisering, men også en stigende fokusering på national og overnational centralisering af politiske beslutninger. Hertil er værktøjerne mål- og rammestyring fra nationalt plan, men på institutionelt plan fokuseres der på selvforvaltning samtidig med en øget politisk centralisering.

Det økonomiske rationale beskriver, hvorledes de offentlige sociale ydelser reguleres og forvaltes bedst. Dette kernespørgsmål er blevet løst via en hel eller delvis markedsgørelse af de offentlige instanser, der før har været defineret som offentligt styrede institutioner. Her er værktøjerne taxameterstyring, udlicitering og privatisering.

Det kulturelle rationale er en ændring af den offentlige sektors måde at forstå og opfatte borgerne på. Der sker en stigende individualisering af ydelserne(servicen) til borgerne, hvor opfattelsen af borgeren går fra at være borger til forbruger. Det kulturelle rationale besidder en indbygget modsætning, hvor der på den ene side forsøges at indsætte det menneskelige element i de offentlige systemer og på den anden side sker der en opløsning af mere kollektiv solidaritet. (Hjort 2006: 36ff)

Det spændingsfelt, som Hjort beskriver, tydeliggør de implicite modsætninger, som blandt andet hospitalsvæsenet skal operere i og under. Hospitalssektoren er traditionelt styret gennem retslige principper, hvor de nu er blevet suppleret med en økonomisk styringsfilosofi. Den gør op med myndighedshierarkiet, som har resulteret i at hospitalssektoren nu i højere grad end tidligere styres og reguleres gennem økonomisk kontrol og økonomiske incitament. Hospitalssektoren skal ikke kun tilgodese de økonomiske incitament, men også de politiske hensyn til lovgivningen og de kulturelle hensyn til civilsamfundet. Dette sætter hospitalssektoren i en krydsfeltssituation, der stort set er umulig at opfylde. Her træder en anden central problemstilling frem – de forskellige hensyn, hospitalssektoren skal tage, umuliggør at tilgodese alle. Derimod må hospitalerne og personalet foretage afvejninger i deres beslutninger, der på én gang skal opfylde lovgivningen, og samtidig skal beslutningen være økonomisk effektiv, faglig forsvarlig og hensigtsmæssig i forhold til konkrete krav fra de forskellige ydelsesmodtagere. (Hjort 2006: 44ff). Der lægges en stor ansvarsbyrde på hospitalerne og personalet i form af den afvejning, de skal gøre sig i de forskellige beslutningsprocesser, hvor det er 'det svageste led' i afvejningskæden, der bliver nedprioriteret. Beslutningerne skal afvejes i forhold til de forskellige hensyn, der skal tages, hvilket påvirker sygehuspersonalets arbejde, da resultaterne af hospitalsbeslutninger forplanter sig ud i hele hospitalsinstitutionen. Hvordan påvirkes det daglige arbejde af det krydsfelt, beslutningstagerne opererer i, og hvilke rammer skaber det for sygeplejestuderendes praktik? Dette kommer det næste afsnit ind på.

Ændrede arbejdsvilkår

Arbejdsvilkårene har ændret sig gennem tiden. Hjort gør opmærksom på, at der er to overordnede og afgørende forandringer i det offentlige arbejde. Hjort tydeliggør, at det offentlige arbejde, hvis kerneydelser er undervisning, omsorgsarbejde og behandling, har fået tilføjet helt nye arbejdsfunktioner som økonomistyring⁷, PR, markedsføring og udvikling (Hjort 2006: 53). Disse nye arbejdsfunktioner skal udføres parallelt med kernearbejdet. Dette ses for eksempel i kravene om behandlingsgarantierne⁸, kvalitetskrav, Ny Løn⁹, Udvidet frit sygehusvalg¹⁰ og diverse evalueringer. (Vrangbæk 2005: 20ff og Hjort 2006A: 14ff)

Det andet område er ændringer i selve indholdet af det offentlige arbejde. Det offentlige arbejde er 'menneskearbejde', og de nye beslutningsrationaler sætter de offentligt ansatte i dilemmaet mellem de mange ønsker fra borgere og de begrænsede ressourcer. Dette resulterer helt konkret i, at arbejdsopgaverne skal prioriteres samtidig med, at prioriteringerne skal legitimeres. Herudover tilføjes et yderligere dilemma i arbejdet, hvor problematikken før var 'nærhed og distance' i arbejdet, er det nu dilemmaet mellem 'det ønskelige og det mulige, behov og ressourcer, tilvalg og fravalg'. (Hjort 2006: 58f)

For at imødegå disse 'nye' udfordringer i det offentlige arbejde med mennesker, har den offentlige sektors svar været at professionalisere sine ansatte, hvilket blandt andet resulterede i sygeplejerskernes professionsuddannelse fra 2001 (Hjort 2006A: 1). Ved akademiseringen har sygeplejerskerne fået mulighed for at vidensudvikle, kompetenceudvikle og afklare de etiske spørgsmål, som det daglige arbejde stiller dem i, samt udnytte de samfundsmæssige muligheder, som den nye uddannelse giver sygeplejerskerne, i form af en akademisk uddannelse, øget social status samt indflydelse og autoritet.

Svaghederne er deprofessionalisering, idet de professionelle gennem deres professionaliseringsbestræbelser bliver wannabe-professionelle og undergraver deres eget erhverv ved at gøre uddannelsen for teoretisk overfladisk og for lidt praksisorienteret. Så de nye sygeplejersker mister

⁷ For eksempel Løkke-poseden fra Lars Løkke Rasmussen, heraf navnet, der er et engangstilskud på 1,5 mia. kr. til sundhedsvæsenet, der knytter sig til dokumenteret meraktivitet på hospitalerne.

⁸ Krav om behandlingsgaranti. Fra statens side bliver det pålagt, at der maksimalt må gå to måneder før patienterne bliver behandlet. Hvis de to måneder ikke bliver overholdt, mister sygehuset visse økonomiske bevillinger.

⁹ Ny Løn er et forsøg på at differentiere lønnen mellem de ansatte, der før fik anciennitetsløn. Ny Løn skulle medvirke til at skabe yderligere effektivitet blandt statsansatte.

¹⁰ Det frie sygehusvalg er en patientrettighed, dvs. at alle borgere/patienter har frit valg mellem hospitaler i Danmark, hvis de ønsker at blive behandlet hurtigere. Det er en måde at få ventelisterne ned på.

både deres relation til praksis, men også dybden og forståelsen af sygeplejefaglig og relevant teori. (Hjort 2006A: 21). Denne problematik pointerede både Kristian Larsen og Knud Jensen fra DPU i debatanalysen. Katrin Hjort gør opmærksom på, at *”professionaliseringen kan fungere som et tveægget sværd”*. På den ene side skaber muligheden for forskning i eget sygeplejefelt mulighed for vidensudvikling i form af ’videnskabelige beviser’ for virkningen af sygeplejerskernes metoder, der i høj grad kan fungere som brud med vanetænkning og inspiration til bedre måder at udføre sygeplejearbejdet på. På den anden side er der en fare for, at et krav om at sygeplejepsikis ikke kun skal være inspireret, men også dikteret af hvad der nu er evidens for og videnskabelig bevist, hvilket kan resultere i, at den tavse og erfaringsbaserede praksis viden bliver betragtet som uvidenskabelig og irrelevant. (Hjort 2006A: 22)

Professionaliseringens styrkelse af kompetenceudvikling, efter- og videreuddannelse kan på den anden side medføre effektivisering af arbejdet og dermed øge stressniveauet. Det kan også medføre en øget opdeling af sygeplejerskerne og de studerende i et A- og B-hold, hvor A-holdet kan klare de nye og stigende krav, men hvor B-holdet ikke på samme måde kan opfylde de nye krav. (Hjort 2006A: 23)

Betydning for de studerendes læringsmiljø

I praksis betyder de nye arbejdsvilkår, at hospitalspersonalet, herunder sygeplejerskerne, skal udføre flere og nye arbejdsopgaver samt hele tiden afveje deres valg af arbejdsopgaver. Disse vilkår og dilemmaer underbygger Torben Heinskou i sin artikel til ’Social kritik’ i 2005, at moderniseringsreformerne resulterer i ændrede arbejdsforhold i sundhedssektoren og særligt for sygeplejersker, da *”udviklingen af skemaer og vejledninger helt klart er en tidsrøver fra det uformelle og mere personlige i den fagprofessionelle kontakt med patienten”* (Heinskou 2005: 48). Her ses det, at fokus hos sygeplejerskerne langsomt bliver ændret fra at være på uformel pleje af patienterne til at være mere målorienteret mod dokumentation og legitimering af deres arbejde. Katrin Hjort understreger, at der kræves en *”stor rummelighed og tolerance over for stress: ingen løsning er god nok, men kun den mindst ringe, og den enkelte ansatte må i stort omfang selv tage ansvaret for sine tilvalg og fravalg og selv være i stand til at legitimere dem i forhold til mange forskellige instanser og interesser: ledelse, kolleger, konkrete brugere, pårørende, brugerorganisationer, medier, myndigheder mm.”* (Hjort 2006: 59). Man kan sige, at sygeplejerskerne i højre grad gøres ansvarlige for en høj kvalitet i ydelserne, og bliver herved sat i et prioriteringsdilemma overfor, hvad der er ’ønskeligt’, og hvad der er ’muligt’, hvad der er ’behov for’, og hvad der er ’ressourcer til’. Sygeplejerskerne har ikke nogen

indflydelse på og ingen mulighed for at ændre disse arbejdsforhold, hvilket er med til at skabe et anspændt og stresset arbejdspress og et ændret fokus i praksis. Disse forhold danner rammerne om det læringsmiljø, de sygeplejestuderende skal tilegne sig praksisnærhed i og dannelsen af deres sygeplejefaglighed.

Dette rejser naturligt spørgsmålet om: Hvilken type praksisnærhed, altså kompetencer og faglighed, udvikler og danner de sygeplejestuderende i disse rammer? Dette spørgsmål vil søges besvaret i praksisanalysen senere i projektet.

Empirimetode

Dette afsnit har til formål at beskrive, hvorfor og hvordan empirien er indsamlet, hvilke fordele og bias der er ved den samt egen forskerrolle og position.

Casestudium og kvalitative metoder

Metoden bag indsamlingen af projektets empiri er funderet i projektets optik – læring situeret i praksis. Da den gensidige subjekt-verden-relation er grundlæggende for forståelsen af læring, er det derfor fundamentalt, at empirien orienterer sig mod praksis og udspringer herfra. Projektets forståelse af, hvorledes videnskabelig viden produceres, kan udtrykkes med Aristoteles ord: *”al videnskabelig kundskab, menes det, kan man lære fra sig, og hvad der er videnskabelig kendt, må man have lært sig. Men al bibringen af lærdom sker ud fra tidligere kendte ting; det kan enten være ved induktion eller ved deduktion (syllogisme). Induktion fører til et princip eller en almensætning, deduktion går ud fra almensætninger. Der må altså være nogle principper, hvorfra deduktion går ud, og dem kan man ikke nå til ved deduktion. Det må altså være ved induktion. Videnskabelig kundskab er altså en sjælsevne”* (Aristoteles 1995: 119f). Det er altså via studier funderet i praksis, man må studere menneskers aktiviteter for at analysere og forstå deres adfærd, hvilket specialets teoriapparat også understøtter. Bent Flyvbjerg pointerer fordelene ved casestudier, da de indkredser virkelighedens mangfoldige nuancer og detaljer, samtidig bidrager de til forskerens egne lære- og erkendelseprocesser omkring feltet (Flyvbjerg 1992: 143). En typisk kritik, af den videnskabelige viden casestudier rummer, er verifikationsproblemet, da kvalitative metoder menes at være behæftet med for mange ubekendte subjektive fejlfaktorer. Projektets forståelse heraf er, at alle forskeres til- og fravalg er subjektive uanset metodologi og ontologisk ståsted, derfor vil den genererede viden altid være styret og reguleret af forskeren. De metodiske rationaler, casestudiet styres efter, er virkelighedens præmisser og ikke undersøgelsens, hvilket gør casestudier mere uforudsigelige, nuancerede og komplekse. I kraft af at casestudiet styres efter virkelighedens præmisser, er casestudiet meget unikt, man kan undersøge en tilsvarende case, men aldrig den samme (Flyvbjerg 1992: 154f). Casestudier er særligt velegnede til at undersøge dybden og baggrunden for fænomener og menneskelig ageren i praksis (Flyvbjerg 1992: 149). Derfor er casestudier velegnet til at fremanalysere de dybere liggende problematikker, de sygeplejestuderendes praktik rummer. Casestudier fremanalysere netop det unikke ved læringen i praktikken, både de studerendes individuelle tilgang til praktikken, de generelle læringsprocesser samt de særpræg, afdelingen og sygeplejerskerne har.

’Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken’
af Michelle Marie Mønster Petersen

Empirien

I nærværende projekt består den konkrete empiri af kvalitative interviews kombineret med observationsstudier. Empirien består af tre casestudier af tre forskellige sygeplejestuderende, der hver især er blevet observeret i tre til fire dage i deres praktik, hvor der kort før og efter observationsstudierne er foretaget kvalitative interviews med dem. Herudover er der foretaget kvalitativt interview med deres kliniske vejleder.

Observationsstudier

Observationsstudier er en procesperspektivmetode, der netop går i dybden med praksis, idet man kommer tæt på de sociale interaktioner de sygeplejestuderende praktiserer, samt det sociale miljø, de opererer i. Observationsstudier er unikke, og det er netop dette særegne, der gør dem så værdifulde, da man som observatør kan få adgang til aspekter af praksis, det ikke er muligt at spørge ind til via kvalitative interviews. Det er ved at observere de læreprocesser og magtstrukturer, der viser og udspiller sig i praksis, at det er muligt at få dybden af de studerendes læring frem, her særligt 'den tavse viden'. (Kristiansen 2005: 7)

Observationsstudierne er dokumenterede ved observationsdagbøger, i alt 10 dagbøger, hvor situationer og dialoger mellem de sygeplejestuderende, sygeplejerskerne, social- og sundhedsassistenterne og patienterne er nedskrevet. For at gøre observationerne målrettede er observationerne fokuseret mod 'forskellige læringssituationer, som de sygeplejestuderende oplevede'.

Observatørrollen er relativ distanceret i forhold til feltet, da ingen af os havde forudgående viden og kontakt med feltet. Forholdet og kontakten med de sygeplejestuderende var kortvarig og formel. Hospitalsafdelingen blev informeret om min tilstedeværelse som observatør på forhånd, og jeg præsenterede mig som studerende fra RUC, hvis formål var at observere de studerende. Af hensyn til blandt andet hygiejne og patienterne fik jeg sygeplejeuniform på, hvilket også bidrog til, at jeg 'faldt i med omgivelserne'. Trods min rolle som observatør, hjalp jeg af og til med små opgaver, på anvisning fra de studerende. Dette var dels af hensyn til etiske aspekter i forhold til patienterne, så de ikke følte sig observeret. Men det gav også et indblik i, hvorledes de studerende tænkte og forholdt sig til mig som observatør. Mit indtryk var, at de fleste på afdelingen oplevede mig som første semester sygeplejestuderende, der var i observationspraktik.

Kvalitative forskningsinterviews

Den anden empirimetode, der er gjort brug af i projektet, er kvalitative forskningsinterviews af de sygeplejestuderende samt deres kliniske vejleder. Formålet med denne metode er, *”at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på fortolkninger af meningen med de beskrevne fænomener”*(Kvale 2002: 41). Interviewformen åbner op for en nuanceret beskrivelse af de studerendes tilgang til deres praktik, tanker og følelser omkring det at være i praktik. Fordelene ved kvalitative interviews er dialogen med de studerende, hvor samtalen netop er bygget op omkring det, de oplever i praktikken. Her kan afklaring af misforståelser og uklarheder blive udredt, hvilket observationsstudier ikke kan bringe frem på samme måde. Interviewene er strukturerede i temaer med åbne spørgsmål, netop for at få dialogen og den beskrivende samtaleform frem. Interviewene blev foretaget på neutral lokalitet og optaget på MP3 afspiller for at skabe en god og afslappet kontakt med informanterne.

Udvælgelse af cases og interviewpersoner

De konceptuelle rammer i projektet lægger op til et casestudium, der fokuserer på 'de sygeplejestuderendes læring i praktikken'. Det er praktikken, der er i fokus, så derfor er det ikke af afgørende betydning, hvilket semester de studerende befinder sig på, hvilket køn eller hvilken uddannelsesmæssige baggrund de har, eller hvilken hospitalsafdeling praktikken udspiller sig i. Udvælgelsen af hospitalsafdelingen og den kliniske vejleder beror på de muligheder, der var til rådighed på daværende tidspunkt. Selve kontakten til den kliniske vejleder er sat i stand af min tidligere specialemakker, da hun kendte en, der kendte en. Udvælgelsen af casene er sket via den kliniske vejleder, der har kontaktet de studerende, der var i praktik i observationsperioden, og tre studerende har frivilligt stillet sig selv til rådighed.

De studerende bliver første gang interviewet i slutningen af deres praktik, da de første interview ligger midt i maj, og de har været i praktik siden februar. Observationerne ligger i slutningen af maj, før de studerende skal skrive deres semesteropgave. De afsluttende interview ligger efter de studerendes praktikeksaminer i slutningen af juni.

De interview, der er foretaget før observationerne, havde til formål først at skabe kontakt med de studerende og derefter åbne op for de studerendes egne betragtninger og erfaringer med uddannelse og

deres tilgang til praktik. De interview, der er fortaget efter observationerne, har karakter af at være mere hyggesnak, da man kender hinanden og dermed får flere nuancer frem og deres følelser omkring praktikken og specifikke situationer herfra. Interviewenes hovedfokus var også at klarlægge uklarheder og spørgsmål fra observationerne. Interviewet med den kliniske vejleder var mere faktuel orienteret. Det havde til formål at få hendes perspektiv på praktikken i sygeplejeuddannelsen og generelt om studerendes kompetencer, hvilke problematikker der var knyttet hertil, samt hvilke mulige grunde og løsninger der var. Interviewet fokuserede også på hendes egen rolle som klinisk vejleder, og hvilke tanker hun gjorde sig herom.

Udarbejdelsen af interviewene bygger på forskellige researchinterview, både med to sygeplejestuderende fra 4. semester, med formanden og den tidligere formand for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS). Ydermere bygger interviewene på et ekspertinterview med Anders Hede¹¹ og to konferencer omkring kompetenceudvikling i praksis, samt diverse artikler om praktikperioder fra Sygeplejersken (DSR fagblad).

De tre studerendes praktikperiode strækker sig over fem måneder, men selve observationerne er tre til fire dage i slutningen af deres afsluttende praktikperiode. De tre forskellige observationsnedslag kombineret ed før/efter-interviews kan fortælle om de læringsmuligheder og -begrænsninger de studerende møder i deres praktik. Da observationerne strækker sig over tre til fire dage, vil der være blinde områder i empirien, så hensigten er ikke at lave en udtømmelig generalisering på hele praktikperioden, men at generalisere på de institutionelle og sociale strukturer, der gør sig gældende for de studerendes situerede læring.

Der vil altid være bias ved empiri, og når empirimetoden tager udgangspunkt i casestudier og kvalitative interviews, vil der være områder, der er misforståede, uafklarede og oversete. I kraft af at projektet omhandler læring i praktikken, vil det være mest optimalt at undersøge flere praktikperioder i deres fulde længde kombineret med skolens undervisning, men tidsaspektet i nærværende projekt har sat visse begrænsninger, så observationerne strækker sig over relativ kort tid. Dette forandrer dog ikke på, at det er muligt at konkludere, interessante aspekter omkring de studerendes læring i praktikken ud fra den tilgængelige empiri. Observationerne er set med observatørens øjne, men ud fra de sygeplejestuderendes perspektiv. Dette skaber en ensidighed i empirien, der giver et bestemt billede af, hvordan de studerende oplever læringssituationer i deres praktik, og ikke hvordan sygeplejerskerne oplever de studerendes praktik. De studerendes perspektiv er valgt, derfor er det de læringsmuligheder og -begrænsninger, de

¹¹ Anders Hede er ekstern lektor på Roskilde Universitetscenter, samt forskningschef ved Trygfonden

studerende oplever, der er interessante for projektets problemstilling, og det er deres stemme, der mangler at blive hørt i debatten.

Praksisanalyse

Med praksisanalysen kvalificeres debatten om sygeplejeuddannelsen ved at inddrage den del af uddannelsen, som vedrører praktikperioden. Som beskrevet er debatten fastlåst i et spørgsmål om, hvorvidt teoretisk indsigt bidrager til udførelsen af de sygeplejefaglige opgaver. For at flytte debattens fiksering, undersøges kvaliteten af praktikken og hvad der rent faktisk sker i den praktiske læring. Den historiske udvikling viser, at praktikken bliver nedprioriteret i sygeplejeuddannelsen trods karakteren af det sygeplejefaglige arbejde. De ydre vilkår for praktikken fortæller om et presset læringsmiljø på hospitalerne. Det har også betydning for karakteren af den sygeplejefaglighed, de studerende udvikler i deres praktik, hvorfor det er interessant at analysere, hvad sygeplejefaktikken rummer af muligheder for udvikling af kompetencer ved at gå tæt på praksis. Hvilket åbner op for en dybere forståelse af – hvad praktikken rent faktisk bidrager med af muligheder og begrænsninger i sygeplejeuddannelsen.

Analysemetode

Praksisanalysen er undersøgelsestrin 3, her er grundmetoden en induktiv tilgang til empiribehandlingen, hvor det er empirien, der er styrende for teorivalget. I systematiseringen af empirien viser der sig tre hovedtemaer, hvor det første tema koncentrerer sig om de konkrete rammer for læringen, de studerende oplever i deres praktik på AMA. Det andet tema fokuserer på de studerendes læring under de rammer, praktikken har. Det tredje tema er den socialiseringsproces, de studerende gennemgår i deres praktik, hvilket har betydning for deres udvikling af sygeplejefaglighed. Herefter er teorien valgt efter hvilke aspekter, der er interessante at analysere frem i de tre analysetemaer. Som teorigennemgangen viste refererer det første og det tredje tema hovedsaglig til brugen af Wenger, hvor brugen af Schön og Wackerhausen er oplagte i det andet tema. Aristoteles' kundskabsformer breder sig over alle temaer og formår at få aspekter frem i empirien, som de tre andre teoretikere ikke magter. I analyseprocessen har empirien 'vist vejen' forstået på den måde, at det er empirien - og ikke teorien - der er bestemmende for de undertemaer, som viser sig i analysen, hvilket ses i identificeringen af centrale undertemaer, der har en betydning i forhold til de studerendes praksisfællesskaber, erhvervelse af kompetencer og socialiseringsprocesserne.

Praksisanalysen lægger et fælles snit på empirien, idet analysen trækker lige jævnt på observationerne og interviewene før og efter observationerne. Dette fællessnit giver netop den bredde og dybde, empirien rummer, men for at få dybden og særligt individualiteten frem fra empirien, præsenteres de tre sygepleje

'Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken'
af Michelle Marie Mønster Petersen

studerende i tre profiler. Disse har til formål både at give læseren en mulighed for at komme tæt på basisempirien, men giver også en baggrund for analyserne, idet profilerne giver et tydeligere og mere individuelt billede af, hvordan de studerende oplever potentialer og begrænsninger i praktikken. Dette er ikke muligt at få tydeligt frem i analysen, da den ser på de studerende under en fælles lup, eftersom det er praktikkens begrænsninger og muligheder, der er i fokus her, ikke de enkelte studerende.

Praksisanalysen er struktureret ved, at der først gives indblik i de studerendes studieordning, hvilket giver en baggrundsforståelse for, hvad der formelt forventes og kræves, at de studerende skal nå i deres praktik. Herefter gives en indføring i, hvorledes det konkrete praktiksted er organiseret, hvis formål er at give læseren en vej ind i empirien og dens særpræg. Efterfølgende præsenteres de studerende i tre profiler, som giver læseren den individuelle dybde. Herefter sættes selve praksisanalysen i gang.

Studieordning for sygeplejestuderende

De studerende, som er blevet interviewet og observeret, går på Sygeplejerskeuddannelsen København. Introduktion til praksisanalysen skitserer ganske kort de uddannelsesmæssige bestemmelser, som de studerende er underlagt i form af uddannelsens bekendtgørelse og studieordningen for den sygeplejeskole, som de er tilknyttet. Dette vil give en forståelse, af hvilke formelle krav de studerende er underlagt, og hvad der formelt forventes af dem gennem uddannelsen og på det semester, de er på¹².

Ifølge Bekendtgørelse om Uddannelsen til Professionsbachelor som Sygeplejerske (BEK nr 1095 af 07/11/2006 (Gældende)) er formålet med uddannelsen at uddanne sygeplejersker, der kan udøve selvstændig sygepleje på et nutidigt og tværfagligt niveau (§ 1). I selve den kliniske undervisning, som er praktikperioderne, er det overordnede formål, at de studerende skal *”træne og udvikle kundskabsmæssige, færdighedsmæssige og personlige kompetencer for udøvelse af virksomhed som sygeplejerske”* (Studieordning 2004: 34).

De 6. semester studerende, som er observeret, befinder sig i den fase af deres uddannelse, hvor de skal opnå den selvstændige udøvelse af sygeplejen. Det vil sige, at de studerende skal kunne planlægge, udføre

¹² Studieordning for Sygeplejerskeuddannelsen København, revideret udgave juni 2004, udarbejdet efter Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen nr. 232 af 30/03/200, godkendt af Undervisningsministeriet i september 2004

og evaluere sygepleje i sin helhed. Ifølge studieordningen er målet med den kliniske undervisning på 6. semester: *"Med udgangspunkt i menneskets oplevelser, vilkår og handlinger i relation til sundhed og sygdom opnår den studerende selvstændig handlekompetence. I samarbejde med patienten at planlægge, udføre og evaluere den komplekse sygepleje med inddragelse af sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende aspekter"*(Studieordning 2004: 40f). For at opfylde disse mål i den kliniske undervisning er de centrale arbejdsområder: ledelsesmæssige opgaver, administrative og koordinerende funktioner, kvalitetsudvikling, referenceprogrammer, akkreditering, dokumentation af sygepleje og sygepleje til patienter med komplekse problemstillinger (Studieordning 2004: 41). De handlekompetencer, som her fremkommer, skal den studerende tilegne sig i klinikken. Den studerende skal have deltaget i mindst 80% af det kliniske undervisningsforløb for at blive indstillet til semesterets afsluttende prøve, som er en klinisk konference, hvor den studerende skal vise sine handlekompetencer inden for sygeplejerskens virksomhedsfelt. Prøven er individuel og bedømmes ved bestået/ikke bestået. (Studieordningen 2004: 42)

Præsentation af Akut Modtager Afdeling

Observationsstudierne foregik på en Akut Modtage Afdeling, AMA, som består af 2 afdelinger. Visitationen er, hvor de modtager patienterne, og her er Lotte i praktik i observationsperioden. Den anden afdeling er sengeafsnittet, der overtager patienterne fra visitationen, hvis de har brug for videre behandling, her er Ellen og Marie i praktik.

Akut Modtager Afdeling

Hele afdelingen har ikke haft nogen fast ledelse i 2 år, men har netop ansat en afdelingssygeplejerske, Ole. Afdelingen har 37 sengepladser, men der er altid overbelægning. I øjeblikket mangler der 12-15 sygeplejersker, og i observationsperioden var der dagligt nye vikarer. Der ligger patienter på gangene, hvilket sygeplejerskerne fortæller ikke er lovligt, på grund af flugtveje.

Visitationen er en beredskabsfunktion, og patienterne er typisk blevet henvist af deres praktiserende læge, ofte på grund af mistanke om blodpropper, hjerneblødning, dehydrering mm. Patienter, som kommer ind via opkald til alarmcentralen, bliver i første omgang modtaget på skadestuen, hvor lægerne vurderer, om der skal foretages kirurgiske indgreb (ofte trafikofre, benbrud mm). Hvis dette ikke er nødvendigt, bliver

patienterne sendt videre til visitationen. Arbejdsopgaverne i visitationen består hovedsagligt i indskrivning af patienterne, stabilisering af patienternes tilstand, samt diagnosticering af dem. Ellens arbejdsopgaver er typisk indskrivning af patienterne, samt almindelig pleje og observation af patienternes tilstand.

Visitationen har åbent fra kl. 8.00 – 22.00, så hvis der kommer patienter om natten, bliver de sendt direkte videre til sengeafsnittet. Eftersom mange praktiserende læger åbner kl. 09.00, er det ofte om formiddagen, der er 'tryk på' i visitationen.

Når patienterne er blevet indskrevet i visitationen og diagnosticeret, bliver de sendt videre til sengeafsnittet, hvor de ofte ligger en dag eller to. Her vurderer lægerne patienternes tilstand og deres videre behandling. Herefter bliver patienterne enten sendt videre til anden afdeling, som kan behandle den specifikke sygdom, eller sendt hjem.

Ellen og Marie havde dagvagter, kl. 07.00 – 15.00, på sengeafsnittet. Dagvagternes arbejdsdag følger en bestemt rytme:

- Morgenmøde – gruppefordeling
- Dosering af medicin og morgenmad til patienterne
- Tavlemøde
- Formiddagens opgaver
- Frokost
- Eftermiddagens opgaver

Morgenmøde

Afsnittets patientstuer er fordelt mellem 3 arbejdsgrupper på typisk 2-3 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (*det optimale er 5 plejepersoner i en gruppe*), hvoraf en af dem fungerer som gruppeleder. Når sygeplejerskerne møder kl. 07.00, er de på forhånd tildelt en gruppe via vagtplanen. De samles i grupperne inde på sygeplejekontoret omkring hver sin tavle, hvor patienterne og deres diagnose er skrevet op. I de enkelte arbejdsgrupper bliver patienterne gennemgået en for en, som oftest af gruppelederen, og derefter bliver patienterne eller stuerne fordelt mellem sygeplejerskerne.

Da den kliniske vejleder, Helene, var på afdelingen, skrev hun de studerende på en gruppe. Nu hvor Helene er på efteruddannelse, bliver de studerende ikke skrevet på en arbejdsgruppe, men må selv vælge gruppe.

Medicinrum

Efter morgenmødet skal patienterne have medicin. Doseringen af medicin foregår ved computeren ude i medicinrummet. På døren ind til rummet har Helene sat en seddel på døren, hvor der står:

”HUSK de studerende, når du administrerer medicin – de skal jo blive gode til det! Helene”

De studerende har ikke selv et kodeord til computeren, så de skal låne sygeplejerskernes. Denne foranstaltning er af sikkerhedsmæssige årsager, så der altid er en sygeplejerske, der har ansvaret for at medicineringen sker korrekt.

Tavlemøde

Omkring kl. 9.00 er der tavlemøde. Her samles alle lægerne og sygeplejerskerne fra afsnittet, samt ergo- og fysioterapeuterne og afdelingssygeplejersken for hjerteafdeling for at gennemgå samtlige indlagte patienter på afsnittet. Her fremlægger gruppelederne og de ansvarlige sygeplejersker patienternes diagnose og status for lægerne, der så tildeler patienten en ansvarlig læge og eventuelt diskuterer, hvad der skal ske med patienten. Ergo- og fysioterapeuterne noterer sig hvilke patienter, de eventuelt skal undersøge, som oftest er det apopleksipatienter¹³, der skal til genoptræning. Afdelingssygeplejersker fra hjerteafdelingen noterer sig, hvor mange patienter der eventuelt skal overflyttes til deres afdeling, og hvorvidt der er plads. Efterfølgende begynder lægernes stuegang.

Formiddagens opgaver

Det meste af formiddagen går med at give patienterne morgenmad, senere frokost, samt vaske dem, give dem rent tøj eller nyt sengetøj på, og forskellige pleje opgaver, samt medicinering.

Frokost

Helene, den kliniske vejleder, har anbefalet de studerende at spise frokost sammen i kantinen. Grunden til dette, forklarer Ellen, er, at de kan komme lidt væk fra afdelingen og få et lille pusterum fra afdelingens

¹³ Blodprop i hjernen

travlhed. I kantinen møder de andre studerende fra deres skole, som også er i praktik. Dette fællesskab blandt de studerende fungerer som en form for åndehul, hvor de studerende internt kan komme af med nogle af deres tanker og frustrationer over eksempelvis visse sygeplejersker, patienter, afdelingen, skolen og diverse andre emner.

Eftermiddagens opgaver

Der er som oftest mere stille om eftermiddagen. Meget af tiden går med at skrive patientjournal og udskrive patienter eller overflytte dem. Samt diverse plejeopgaver og servering af eftermiddagskaffen.

Klinisk vejleder

De studerendes kliniske vejleder, Helene, var på efteruddannelse i 6 uger i observationsperioden. Hendes funktion som klinisk vejleder består i at bistå den kliniske undervisning, som foregår i praktikken. Hun skal afslutningsvis have de studerende til eksamen i en opgave, som de skriver, omhandlende et emne fra praktikken. På AMA fungerer det formelt sådan, at Helene er ansat i en 32 timers stilling, hvor de 20 timer er til klinisk vejledning, og de 12 er med i sygeplejerskenormeringen. Helene fortæller, at fordelingen af timerne realistisk set *"sjusser vi os lidt frem til"* (Interview 1, s. 3, linje 7-18). Grunden hertil er det dilemma, Helene dagligt står i. På den ene side føler hun sig forpligtet til at give de studerende optimal vejledning, men på den anden side er hun forpligtiget over for patienterne på grund af underbemanding. Helene siger, *"det er jo sådan hele tiden en knivspids man balancerer på"* (Interview 1, s. 2, linje 3-9). Der er altid noget eller nogle, der bliver forsømt, og det er desværre ofte de studerende, det går ud over, fortæller Helene. (Interview 1, s. 2).

Profil af Lotte

”Jeg er sådan lidt mere praktisk end teoretisk” (Interview 2, s. 15, linje 24)

Lotte er 26 år og har en baggrund som social- og sundhedshjælper, hvor hun har arbejdet 4 år på et plejehjem. I praktikken bruger hun sin erfaring fra jobbet som social- og sundhedshjælper; hun fortæller, *”der er rigtigt mange, der kommer lige fra gymnasiet, som ikke ved hvordan man skal gå ind til en patient, eller snakke med dem eller som måske er bange for at røre ved dem. Det [baggrunden som social- og sundhedshjælper] har hjulpet mig rigtigt meget”*(Interview 2, s.6, linje 28-30). Lotte er sikker og tryk omkring patienterne, og hun fortæller, at sygeplejestudiet har tilføjet en teoretisk baggrundsviden og pædagogiske tilgange til patientpleje, hun kan kombinere med sine erfaringer fra tiden som social- og sundhedshjælper (Interview 3, s- 29 linje 8-20, Interview 2, s. 8 linje 20). Lotte har været glad for sine tidligere praktikperioder. Det vigtige for hende i praktikperioderne er, at *”jeg har fået en masse succesoplevelser, og jeg har følt, at jeg har lært noget næsten hver dag, når jeg er kommet hjem. Og så har jeg følt mig velkommen i gruppen. Det er næsten det vigtigste”*(Interview 2, s. 11, linje 24-25).

Lottes praktikperiode

I Lottes praktikperiode på 6. semester har hun både været i visitationen, på sengeafsnittet, på skadestuen og på en medicinsk sengeafdeling. Hun fortæller, at det er normalt at komme på studiebesøg en dag eller to på andre afdelinger, men fordi der er så travlt på AMA, samtidig med at der er 4 studerende på afdelingen, kom hun på den medicinske afdeling. Herefter kom hun på opfordring fra den kliniske vejleder på skadestuen, hvor hun kan følge nogle bestemte patientgrupper og derved udvide sin læringskontrakt¹⁴.

Om oplevelserne fra praktikken fortæller Lotte, at hun føler, at selve læringsprocessen kom sent i forløbet ca. halvvejs, det vil sige efter ca. tre måneders praktik. Hun fortæller, *”det har været svært at lære noget i starten, og der har været mange dage, hvor man slet ikke har lært noget, og mange dage hvor man har fået lov til at prøve rigtige sjove ting”*(Interview 3, s. 1f, linje 21-5). Lotte oplever, at hun bliver sat til de ting,

¹⁴ Læringskontrakt er en læringsaftale, de enkelte studerende indgår med deres kliniske vejleder ved praktikstart, og den bliver jævnligt justeret i forhold til de studerendes læringsbehov.

hun godt kan og indgår til tider i normeringen som en social- og sundhedshjælper, hvor det er svært at få mulighed for at lære de ting, hun har brug for som sygeplejestuderende (Interview 3, s. 2, linje 9-28). Et aspekt af dette er, at der har været meget stress på AMA, men også at det er forventet af de studerende, at de selv er opsøgende i at tage udfordrende opgaver, det bekræfter observationerne i praksis (Observation 3-4). Lotte fortæller selv, at hun gennem hele forløbet har følt, at initiativet lå hos de studerende, og at det var dem, der selv skulle sige fra og tage opgaver (Interview 3, s. 3, linje 4-22). Ydermere føler Lotte, at praktikforløbet har været meget svingende i forhold til, hvor selvstændigt hun har fået lov at være i sit arbejde. Hun fortæller, *”det er super mærkeligt, den ene dag er man dygtigt nok til at gøre alt det der alene, især fordi de ikke kan holde øje med én, og den næste dag sidder man næsten ned fra man kommer til man går”* (Interview 3, s. 31, linje 18-20). Trods de mange problemer og udsving i Lottes læreproces mener hun, at hun har lært meget. *”Jeg synes, at meget videnmæssigt og administrativt har jeg fået noget ud af det [praktikperioden]”* (Interview 2, s. 8, linje 10-11). Når Lotte ser tilbage på sin sidste praktik periode, tror hun, *”at jeg er den mest positive af os alle fire[studerende] om AMA og personalet”* (Interview 3, s. 16, linje 2-10).

Gennem sit praktikophold har Lotte savnet en praksisvejleder eller en person, der *”havde lidt mere fokus på om jeg lærte noget, når det er lagt over til en hel gruppe, så flyder ansvaret jo lidt ud, så er der ikke rigtigt nogle der bakker én op”* (Interview 3, s. 9, linje 7-8). Deres Kliniske vejleder skulle, som beskrevet, på efteruddannelse, og efterfølgende fik de studerende tildelt kontaktsygeplejersker, men dette samarbejde fungerede ikke optimalt. Lotte føler, at da Helene skulle på efteruddannelse forsvandt, hendes fastholdelse af læringsfokus i praktikken. (Interview 3, s. 10, linje 2-9)

Lottes fokus i læringskontrakten

I observationsperioden var Lottes læringsfokus *”at lære at modtage patienter, altså få en helhedsorientering om hvilke tilstande de er i, det kan godt være lidt svært”* (Interview 2, s. 4, linje 14-22). Herudover fokuserer Lotte specielt på helhedspleje af patientgrupperne – apopleksi- og anæmi-patienter¹⁵ (Interview 3, s. 10, linje 12-31). Lotte bruger læringsfokuset i sin læringskontrakt, hvor hun også skal læse relevant teori omkring sit patientfokus. Lottes læringskontrakter er også blevet mere udbygget, fordi hun har været på studiebesøg mange forskellige steder.

¹⁵ Apopleksi er blodpropper, og anæmi er blodmangel.

Lottes vurdering af egne kompetencer

Lotte beskriver sig selv som en mere praktisk end teoretisk type, så derfor sørger hun også for at få det teoretiske med, så *"jeg nu også fik noget teori ind bag det jeg lærte, så jeg vidste hvad jeg lavede"*(Interview 2, s. 15, linje 23-26). Lotte føler stadig, at hun har meget, hun skal have lært. Hun føler, at hun ofte mangler overblikket, når hun har en patient, og den rutine der følger med, når man er sikker i sin praksisudførelse. (Interview 3, s. 12, linje 2- 25). Når Lotte tænker på, at hun er færdiguddannet om et halvt år, og det er hendes sidste praktik, føler hun sig ikke rustet til at starte som nyuddannet sygeplejerske. Hun føler, at *"ens ressourcer er ikke fuldendt fordi man er færdig"*(Interview 3, s. 27, linje 26-29). Det er også derfor, Lotte har overvejet at tage ekstra vagter, for at lære mere, nu hvor det er den sidste praktik. Og ydermere har hun sagt ja til et studiejob i AMA sengeafsnit, så hun hermed kan få mere rutine.

Lottes selektion i patientgrupper

Lotte fortæller, at hun kun vælger patienter, *"jeg har følt mig ok godt tilpas med, og som måske ikke var krævende udover det sædvanlige, jeg har måske taget patienter med blodpropper i hjernen, og ikke selvmordsforsøg eller krampepatienter, for det er meget - så skal man være hurtigt"*(Interview 3, s. 14, linje 22-25). Lotte udviser selvbevidsthed omkring sit kompetenceniveau, og hvor hendes svage sider er. Hun ved, hun mangler mere rutine og større overblik, så derfor fortæller hun, at hvis hun skal pleje krampepatienter, vil hun gerne have en sygeplejerske med, for hun har brug for mere erfaring med den patientgruppe, inden hun står med dem alene (Interview 3, s. 15, linje 1-6). Lotte ønsker at opnå viden, rutine og sikkerhed omkring de patientgrupper, hun har fokus på i sin læringskontrakt, så derfor selekterer hun i patientgrupperne og vælger helt bevidst patienter efter diagnose. (Observation 1-4)

Lottes engagement i arbejdsopgaver

Selvom Lotte i observationsperioden var tilknyttet AMA visitationen, hjælper hun til med små pleje- og praktiske opgaver for ophængte sygeplejersker fra AMA sengeafsnittet. Dette skyldes muligvis, at der ikke var så travlt i perioder i visitationen. Det er ofte, Lotte går ind til en patient, der har ringet længe på patientklokken efter hjælp. Hun tilbyder uopfordret sin hjælp til sygeplejersker, der virker stressede. Plejeopgaverne består i at tømme bækken, rede patientseng eller give patienten mad eller drikke. Flere

gange ordner Lotte 'tøjstativet'¹⁶ på gangen, så det står reglementeret. Lotte giver også udtryk for, at hun synes, det er utroligt kedeligt at være i praktik, hvis der ikke er noget at lave, da hun trives bedst, hvis der er nok at lave.

¹⁶ Tøjstativet er et stort stativ med rent tøj, sengetøj og håndklæder til patienterne, og dette stativ skal være lukket til pga. hygiejne, så det må ikke stå åbent. Det gør det dog ofte, da sygeplejerskerne ikke lukker stativet efter sig.

Profil af Ellen

”Den ydmyge studerende, som bare suger viden til sig - sådan en slags rolle” (Interview 5, s. 5, linje 14)

Ellen er 24 år, hun valgte sygeplejefaget, blandt andet fordi hun ønsker at gøre en forskel for andre mennesker, og samtidig ville hun få mulighed for at arbejde i hele verden og rejse med sit fag (Interview 4, s. 11, linje 10-15). Parallelt med sine studier er Ellen tilknyttet et vikarbureau, som formidler vagter til sygeplejestuderende. Ellens berøringsflade og kendskab til sygeplejefaget og sundhedssektoren er ikke ukendt, da hendes far er læge, og hendes mormor, mor, faster, samt brors kæreste alle er sygeplejersker.

De forrige praktikperioder, Ellen har været igennem, har været lidt turbulente, på 1. semester var hun først på en ortopædkirurgisk afdeling, men i praktikforløbet blev afdelingen lukket for studerende, så hun blev flyttet til en anden afdeling. I 3. semester praktik var hun på en gynækologisk afdeling, hvor patienterne var selvhjulpne, og hun syntes derfor ikke, hun lærte at udføre den grundlæggende sygepleje, så som at give et sengebåd, at børste tænder mm. I den efterfølgende praktik i hjemmeplejen fortæller hun, at sygeplejerskerne har andre opgaver, og at hun derfor heller ikke fik arbejdet med disse opgaver i denne praktik. Og i 5. semester praktik var hun i psykiatrien, hvor de fleste patienter også er selvhjulpne. Hun har, derfor skulle bruge en del af sin første tid på AMA på at lære den grundlæggende sygepleje, hvilket hun selv beskriver som en ulempe, fordi sygeplejerskerne regnede med, at hun kunne det (Interview 5, s. 9, linje 1-11). Ellen er selv bevidst om sin faglige svaghed, og det er også en af grundene til, at hun har valgt at komme i praktik på AMA, da *”det er en bred afdeling, forskellige sygdomme. Jeg tænkte, så kan man lære mere, sådan generelt, end hvis det er vældig specialiseret”*(Interview 4, s. 3, linje 16-17).

Ellen er egentlig ikke specielt glad for sygeplejestudiet og fortæller, *”jo, der var et tidspunkt, hvor jeg var meget usikker på, om jeg skulle fortsætte. Nej, jeg har nok ikke på noget som helst tidspunkt tænkt. Ej, hvor er det her spændende. Det tror jeg ikke”*(Interview 5, s. 28, linje 4-6). Hun forklarer, at grunden til at hun alligevel har valgt at fortsætte på studiet er, at hun ikke har haft et bedre alternativ, og at hun da også nogen gange synes, det er ganske spændende (Interview 5, s. 28f). I forhold til hvorvidt Ellen er spændt på at komme ud og arbejde som sygeplejerske, er hun meget svingende, *”det går sådan meget op og ned. Det kommer sådan an på dagen. I dag så glæder jeg mig lidt”*(Interview 5, s. 29, linje 6-7). I et andet interview

fortæller hun, at hun overhovedet ikke ser frem til det (Interview 4, s. 2f, linje 18-2). Ellen har blandede følelser omkring at blive sygeplejerske og virker meget svingende i forhold til at færdiggøre studiet.

Ellens praktikperiode

Ellens forhold til sin sidste praktik er ambivalent, hun har ikke været specielt glad for at være i praktik på AMA, og i det første interview fortæller hun, *"altså hvis jeg skal være helt ærlig, så synes jeg ikke, der er noget sjovt ved det i det hele taget...[...]... Jeg er ved at være rigtig træt af den afdeling. Og så er det [Medicinsk akutmodtageafdeling] ikke noget, jeg kunne tænke mig at arbejde videre med"*(Interview 4, s. 1, linje 12-13). I det andet interview er hendes vurdering af praktikken, at det *"sådan overordnet, så bliver det måske middel godt"*(Interview 5, s. 1, linje 20). Hun fortæller, at grunden hertil er, at der har været for travlt og stresset på afdelingen, så sygeplejerskerne har ikke haft tid til at tage sig af de studerende. Hun fortæller, *"jeg tror ikke, det har været så godt som det [praktikopholdet] kunne have været. Fordi der har været så travlt, og sygeplejerskerne har ikke haft tid og... eller har ikke haft lyst til at tage sig tid, det ved jeg ikke. Tit så har man bare ligesom gået rundt for sig selv, også fra starten af og man har ikke fået nogen speciel vejledning"*(Interview 5, s.1, linje 6-9). Ellen problematiserer her, hvorvidt sygeplejerskernes manglende overskud til de studerende skyldes, at de reelt ikke har tid til de studerende, eller om det skyldes, at de ikke har lyst til tage sig tid til det. Uanset hvilken af de to grunde der er på spil, er resultatet, som Ellen flere gange har givet udtryk for, at hun i perioder har følt sig tilsidesat (Interview 5, s. 2) og overladt til sig selv (Interview 4, s 4). Hun pointerer dog samtidig, at det jo også netop er meningen med den sidste praktik, at hun skal lære at fungere som selvstændig sygeplejerske. Ellen viser gennem observationerne, at hun er i stand til at arbejde selvstændigt, hun arbejder i primærpleje hver dag uden problemer, hun klarer opstart og morgenmøde i sygeplejegruppen helt uden problemer, hvilket normalt udføres af grupelederen, og hun håndterer det store morgenmøde med selvsikkerhed alle observationsdagene.

Denne fornemmelse af at være alene har præget Ellens praktikophold. Fordi hun har manglet den kliniske vejleder som en 'fortrolig' på afdelingen, der kendte hendes faglige niveau og læringsmål, har hun dagligt skullet forklare de andre sygeplejersker, hvor hun er i sit forløb, hvilket hun synes har været hårdt. *"Det med at sætte 100 personer ind i, hvor man er i sit uddannelsesforløb, det synes jeg er lidt*

slidsomt”(Interview 5, s. 6, linje 21-22). For at undgå det, har hun valgt en strategi, hvor hun samtidig søger at opnå sygeplejerskernes accept på afdelingen:

”Ja, sådan hver dag at skulle forklare, hvor langt man er i sit forløb, og tit så er det selvfølgelig min egen skyld, men nogen gange, så i stedet for at forklare så, nå ja... så bliver det sådan lidt, ’det kan jeg godt, det har jeg prøvet før, og det behøver du ikke forklare mig, det er der 500, der har forklaret mig tidligere’, så bliver det bare til, ’nå ja er det rigtig, nå ja, okay’. [hun griner lidt]. Også fordi jeg synes, det er sådan lidt at blære sig at sige nej, det behøver du ikke forklare mig, det kan jeg godt. Man føler ligesom, man er i en position, hvor man ikke kan sige, at man ved mere end... nej nogen gange så har jeg i hvert fald bare stået og lyttet, selvom jeg kan det. Måske i 50 % af tilfældene [hun griner]...[...]... Det er vel fordi man ikke vil være bedrøvet, én som ved alt. Man vil være sådan lidt ydmyg. Den ydmyge studerende, som bare suger viden til sig. Sådan en slags rolle...[...]...Jo, også fordi det ville måske være lidt pinligt for sygeplejersken, hvis hun så prøvede at være pædagogisk og vejledende, og man så bare affejede det”.(Interview 5, s. 4f, linje 31-21)

Som det fremgår, så føler Ellen ikke, at hun har været i en position, hvor hun kunne sige fra over for sygeplejerskernes forklaringer og vælger derfor den sikre vej, hvor hun ’leger med’ på sygeplejerskens gode intentioner om at ville informere.

Vigtigt i praktikken

Ellen føler, at det er vigtigt, at der er tid og ro i praktikken, da det var ’den gode tid og roen’, hun foretrak i sin 5. semester praktik i psykiatrien. Denne tid og ro har der ikke været så meget af på AMA, hvilket bevirker, at Ellen har svært ved at tage udfordringen op med centrale læringssituationer og er tilbageholdende over for at kontakte sygeplejerskerne med vigtige spørgsmål (Observation 5, s. 1f, 32-4). Ellens egen usikkerhed og iver efter at tilpasse sig og ikke at være til besvær blokerer for vigtige og udfordrende læringssituationer.

Et andet centralt element i praktikken, som er vigtig for Ellen, er at have en fast sygeplejerske, som har tid og ro samt er opsøgende over for Ellen. Hun fortæller, *”hvis sygeplejerskerne havde mere tid, og hvis de var lidt mere opsøgende. Hvis man havde en fast sygeplejerske for eksempel, som sagde – ’kom nu skal du lige se her”*(Interview 5, s. 6. linje 17-18). På AMA er de 4 studerende om en klinisk vejleder, der er med i den faste normering på afdelingen, hvor Ellen fra sin tidligere praktik er vant til at have en fast daglig vejleder,

hun følges med hver dag, der kan følge med i hendes læreproces. Efter at Helene, den kliniske vejleder, er gået på efteruddannelse, har Ellen fået en kontaktsygeplejerske, som hun deler med en anden studerende, men denne organisering fungerer ikke optimalt, så Ellen går meget alene i sin praktik. (Interview 4 og 5)

Læringskontrakt

Ellen fortæller, at man selv må bestemme sine læringsmål, så i teorien bestemmer man selv, hvad man har lyst til at lære. Det gør, at hovedretningen i ens uddannelse og fastholdelsen heri bliver meget flyvsk, mener Ellen. Hendes læringsmål er formuleret meget bredt, *"det kunne godt være mere konkret. Man skal til en vis grad opnå det og det, men det siger ikke noget om i hvilken grad"*(Interview 4, s. 8, linje 10-12). Ellen mener, at det kunne være en fordel, hvis der var nogle overordnede mindstekrav til, hvad man skal lære i en praktikperiode af praktiske kompetencer, da *"det kliniske [praktikperioden], det konkrete sygeplejearbejde, det med sår og hjælpe med at blive vasket og de der konkrete ting, det overlader man fuldstændig til de kliniske perioder. Der er ligesom meget stor forskel på det, alt efter hvilken afdeling man er på, om man lige får lært det eller ej"*(Interview 4, s. 7, linje 23-27).

Ellen har en god teoretisk ballast og føler også, at hun har sin styrke der, men som beskrevet har hun skullet indhente nogle praktiske færdigheder i forhold til at udføre det basale sygeplejearbejde. Hun fortæller, *"jeg føler mig ganske okay, når det kommer til teorien. Men det er lidt svært at sige, hvad man egentlig mangler. Altså, jeg har gået så meget alene, jeg har ikke haft en sygeplejerske... så bliver det sådan lidt. Man lærer sig nogle dårlige vaner, fordi man ikke lærer at gøre det på den rigtige måde"*(Interview 4, s. 5, linje 25-28).

Kompetencer i praksis

I praksis viser Ellen, at hun er meget omsorgsbevidst over for patienterne, i flere tilfælde retter hun sin tid og pleje ind efter patienternes behov og udviser en høj grad af empatifølelse for patienterne. Ellen har også en bred samfundsforståelse over for sociale problemer, hvilket hun føler, mangler hos de lidt ældre sygeplejersker. Hun fortæller, at *"man føler, man får en god forståelse om mange ting, ligesom samfundsforståelse og strukturelle ting, som man godt kan mærke, at de ældre sygeplejersker... nogen*

gange så har de ikke samme indsigt og forståelse, hvis du forstår, hvad jeg mener. Alkoholikere, der kommer gang på gang på gang, for eksempel så er de sådan: 'Nu må han tage sig sammen'”(Interview 4, s. 10, linje 1-5).

Profilen af Ellen, som her er skitseret, viser at hun har brug for stabilitet, ro og tid i forhold til det daglige personale, og at hun har savnet tilstedeværelsen af den kliniske vejleder på afdelingen, hvor hun ofte har følt sig overladt til sig selv. Ellens higen efter at tilpasse sig og være vellidt blandt sygeplejerskerne, kombineret med hendes manglende sikkerhed og rutine i den basale sygepleje, har gjort, at hun har følt sig usikker over for udfordrende opgaver. Denne usikkerhed har blokeret for centrale læringsituationer, så hun herved har svært ved at bevæge sig videre i sin læreproces. Ellen har eksempelvis aldrig fået lært at lægge et venflon¹⁷, hvilket hun er ærgerlig over nu.

¹⁷ Venflon er det samme som et drop.

Profil af Marie

”Så må jeg lige prøve selv at ændre min egen taktik og være sådan lidt mere, ’det vil jeg gerne og det vil jeg ikke’ (Interview 6, s.7, linje 16-18)

Marie er 31 år og fik interessen for sygeplejefaget, da hun på et tidspunkt arbejdede på en specialeskole for handicappede børn. Hun søgte dog først ind på fysioterapeutuddannelsen, men kom ikke ind og søgte derfor ind på sygeplejerstudiet, som hun er rigtig glad for. Hun føler, at uddannelsen som sygeplejerske åbner for mange muligheder, både efteruddannelse og specialisering, men også mulighed for at rejse ud i verden og arbejde som sygeplejerske. Hun har været glad for alle sine tidligere praktikperioder, hvor hun har været på en øjenklinik, en alkoholenhed og i hjemmeplejen. Marie fortæller, at det vigtigste hun har lært i sine praktikperioder, *”har været, det der med at få det i hænderne. Og at man har kunnet få nogle færdigheder. Rent praktisk, a la sådan ligger jeg det her kateder, og sådan lægger jeg et venflon, og sådan hænger jeg et drop op, og snakke med pårørende, når der måske er en der er død. Fordi det er sådan noget der er svært at læse i en bog”*(Interview 6, s. 8, linje 23-29). Marie mener, at de afdelinger og områder, man har været i praktik i, danner ens faglige baggrund som nyuddannet sygeplejerske. (Interview 6)

Maries praktikperiode

I sin praktikperiode har Marie dels været fast på sengeafsnittet, dels på studiebesøg i 5 uger i visitationen. Hun har været glad for at opleve begge afsnit, men føler, at det har været hårdt at være i praktik på AMA. Hun synes, det har været sværere end de andre steder, hun har været i praktik. *”Jeg tror det har noget at gøre med denne her hektiske, total kaosagtige hverdag. Og de står der alle sammen om morgenen, den er syg, den er syg, den er syg. Det er klart de har fokus på et helt andet sted, end at der er en studerende. Det er forståeligt nok, men det gør jo også, at man står sådan lidt ’hej hej, her er jeg”*(Interview 6, s. 14, linje 4-8). Marie har følt, at hun har været billig arbejdskraft og med i normeringen, så der derfor ikke rigtigt har været så meget tid til at lære noget nyt. Da det er hendes sidste praktik, inden hun er færdiguddannet, har hun været sur over, at det har været så svært at få lov at dosere medicin, for som hun siger, *”det er nu det skal læres”*(Interview 6, s. 6, linje 10-33). Hun fortæller, at praktikken har været en hård proces, og at hun har lært at sige fra til sygeplejerskerne, men samtidig er hendes indstilling, at så må man bare få det bedste

*’Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken’
af Michelle Marie Mønster Petersen*

ud af situationen. Efter at have været på afdelingen i snart 5 måneder føler hun, at det er et *”okay sted at være, og jeg har også været glad for AMA, til sidst”*(Interview 6, s. 19, linje 2-3).

Selve AMA som specialeafdeling, der tager sig af akutte patienter, synes Marie har været spændende, fordi *”det er alt muligt, der kommer ind. Og man selv skal tænke lidt, og den [diagnose] passer ikke altid, der er stillet fra lægens side. Så man må også godt lige selv se, hvad er der for symptomer og det synes jeg er lidt sjovt, at observere på den måde altså”*(Interview 6, s. 1, linje 27-30). For Marie handler praktikken om at få lov til at prøve at udføre de forskellige sygeplejefaglige praksisser, ikke at få rutine, det mener hun ikke, er muligt at opnå, da man først kan få rutine i at udføre praksis, når man er færdiguddannet. For Marie handler det også om at opnå en selvsikkerhed og få succesoplevelser i praksis, så man ikke bliver skræmt, når man skal ud i arbejde. Det altafgørende for et vellykket praktikforløb er, for Marie, at hun svinger med den kliniske vejleder. Dette praktikophold har været lidt turbulent, da den kliniske vejleder skulle på efteruddannelse, hvorefter Marie følte, at ansvaret for vejledningen gled ud. Dog føler Marie, at det er den kliniske vejlederes skyld, at det er blevet et godt praktikophold alligevel.

Maries fokus i læringskontrakten

I Maries praktik på AMA sengeafsnit var hendes læringsfokus på plejen af apopleksipatienter og KOL-patienter¹⁸ og medicineringen af dem. Parallelt med praktikken læser Marie teori omkring diagnosticeringen af patientgrupperne samt pleje af dem. I visitationen var Maries læringsfokus på den administrative og forvaltningsmæssige del af sygeplejen. Hun fokuserede på kvaliteten af patientdokumentationen når patienterne blev indskrevet, samt indskrivningssystemet AC¹⁹. Maries fokus i observationsperioden var specifik gruppelederens funktion, det vil sige medicinering, udskrivelse af patienter, overflytning internt og eksternt af patienter samt til hjemmeplejen, altså administrative opgaver omkring patienterne (Interview 6, s. 13, linje 21-34). Marie fortæller, at selvom hun havde et specifikt læringsfokus, føler hun, at hun har lært så meget andet, hun også kan tage med sig.

¹⁸ KOL er en forkortelse for rygerlunger

¹⁹ AC er et system Falck og ambulanceredder benytter, der fokuserer på den akutte livsbevarende behandling (Interview 6, s. 9, linje 8-24)

Maries sygeplejefaglige kompetencefokus

Marie har en afklaret holdning til hvilke sygeplejefaglige kompetencer, der er nødvendige at lære i sin sidste praktik. Hun selekterer i hvilke opgaver, der er relevante for hende og ønsker ikke at brede sig ud over de rammer, hun har defineret som sygeplejefaglige kompetencer. Heri skelner Marie mellem kompetencer der, knytter sig til lægefaglige problemstillinger og kompetencer, der knytter sig til sygeplejefaglige problemstillinger. Hun fortæller:

”Jeg skal jo ikke stille en diagnose, det regner jeg med, at lægen gør, men jeg skal handle på det. Jeg skal observere på symptomerne, jeg ser ved patienten og videregive det til [lægen]. Det er jo gode oplysninger til lægen, for også at stille en diagnose, hvis jeg også har observeret nogle gode ting eller symptomer. Jeg synes, at det er noget af det vigtige for sygeplejersken, netop omsorgen og det praktiske for patienten selv – det er sygeplejerskens opgave”(Interview 6, s. 30, linje 4-9).

Med det mener Marie, at man må kende sit kompetenceområde og vide, hvor langt ens kompetencer rækker, og opgaver, der går udover ens kompetenceområde, må man holde sig fra (Interview 6, s. 30, linje 18-29). Marie er meget bevidst om sit kompetenceområde, og hvor langt det bør række som studerende og kommende sygeplejerske. Hendes fokus er koncentreret om de kompetencer, der hører til sygeplejefagligheden, at kunne foretage gode observationer af patientens symptomer, foretage den praktiske pleje og vise patienten omsorg. Kompetencer, der ligger udenfor de områder, interesserer ikke Marie på nuværende tidspunkt, da hun som studerende skal koncentrere sig om de sygeplejefaglige kompetencer.

Maries tilgang til praktikken

Marie var blandt de 4 studerende, der var i praktik samtidig på AMA, og i starten syntes Marie ikke, det var hensigtsmæssigt at sætte så mange studerende sammen på en afdeling, da hun ikke var sikker på, at afdelingen kunne rumme det. Marie blev positivt overrasket og er meget glad for sine medstuderende. Hun prioriterer dog at være i arbejdsgrupper, hvor der ikke er andre studerende, så ser hun hellere igennem fingere med, hvorvidt der er sygeplejersker, hun svinger med i gruppen. Maries tilgang til arbejdsopgaver bærer tydeligt præg af, at hun hovedsagligt fokuserer på sine egne læringsbehov, og hun føler sig ikke forpligtet til at hjælpe til, hvis det brænder på et sted i afdelingen, når hun er i gang med at udføre læringsrelevante arbejdsopgaver. De opgaver, Marie opfatter som læringsrelevante for hende, er, hvad der

forventes hun kan, når hun er færdiguddannet, derfor synes Marie, det er vigtigt, at hun er bevidst om hvilke kompetencer, hun skal besidde samt hvilket arbejdsfelt, hun skal operere indenfor. Det hjælper Marie til at fokusere på det, der er relevant for hende at lære og ikke en masse andre ting, som kan være spændende at lære. Marie mener også, at det er ens pligt som studerende, at have en kritisk tilgang til praksis, når man er i praktik, så man undgår at få dårlige vaner og dermed kan hæve praksis niveauet. Marie har stærke meninger om, hvorvidt visse sygeplejersker er kvalificerede til at tage sig af studerende, i den forbindelse har hun sagt til sin kliniske vejleder, at hun mener, at en bestemt sygeplejerske ikke burde tage studerende. En anden ting, Marie prioriterer højt og ofte prøver at kommunikere ud til sygeplejerskerne, er de mange fordele i at organisere sygeplejegrupperne i primærpleje, da hun mener, det er bedst for patienterne og for sygeplejerskernes interne arbejdsoverblik. Maries mening er, at AMAs patientpleje kunne være meget bedre trods de knappe ressourcer, men på grund af dårlig ledelse får patienterne ikke den optimale pleje. I forlængelse heraf pointerer hun, at ledelsen prioriterer forkert med hensyn til deres økonomiske ressourcer. (Interview 6, Observation 8-10).

Marie ser frem til at blive færdig som sygeplejerske, så hun kan arbejde selvstændigt og gøre tingene på sin måde, men hun er klar over, at der er meget, hun stadig skal lære og opøve rutine i praksis, hun *"føler sig rimeligt rustet, jeg glæder mig i hvert fald"* (Interview 6, s. 32, linje 22-30, s. 12, linje 4-18).

Den overstående indføring i empirimaterialet lægger grunden til de efterfølgende tre analyser, der hver skal søge at indkredse hvilke udviklingspotentialer af kompetencer og sygeplejefaglighed, praktikken rummer for de studerende, set ud fra de sygeplejestuderendes perspektiv.

Rammerne for læring

De forskellige praksisfællesskaber defineres af dem, der indgår i fællesskaberne. Og det er dem, der er fuldgældige medlemmer i praksisfællesskaberne, der også definerer, hvad der er centrale arbejdsopgaver. I den efterfølgende analyse er det ikke interessant at definere de forskellige praksisfællesskaber, men derimod interessant at tydeliggøre de vilkår, der skaber rammerne for de studerendes praksisfællesskaber. Her er det interessant først at se på de studerendes praktikperiode fra et overordnet perspektiv, efterfølgende analyseres, hvilken betydning vilkårene har for 'organiseringen af sygeplejearbejdet', og afslutningsvis analyseres de studerendes 'relationer til plejepersonalet', idet relationerne skaber rammerne for de studerendes muligheder for meningsforhandling.

De studerendes position i praktikperioden

I kraft af at de studerende er i sygeplejopraktik og er på afdelingen i relativt kort tid (ca. 5 måneder), besidder de automatisk rollen som legitime perifere deltagere. Det interessante ved deres position som legitime perifere deltagere er, hvilke bevægelsesmuligheder sygeplejerskerne åbner for, så de studerende kan bevæge sig mellem perifere læringsbaner til større forståelse af praksis. I empirien træder forskellige barrierer frem, der fikserer de studerende i ydre positioner af de perifere baner, hvorved de har svært ved at forhandle sig videre i læringsbanerne.

De generelle ting, som de studerende og den kliniske vejleder giver udtryk for, er blandt andet de fordomme, sygeplejerskerne har om de studerende. Ellen fortæller, at nogle sygeplejersker stadig kalder de studerende for 'elever', selvom det er 15 år siden, det blev ændret. Helene fortæller, at mange sygeplejersker tænker "*ej, de er ikke ligeså gode som dengang jeg var sygeplejeelev, de kan ingenting!*" (Interview 1, s. 1 linje 19-20; Interview 4, s. 8, linje 27-29). Disse fordomme fikserer de studerende i en anden legitim perifer deltagerposition i praksisfællesskabet, end de selv forhandler mening med. Det resulterer i, at sygeplejerskernes forventninger ikke er afstemt med, hvad de studerende kan bidrage med i praksis.

Hvorledes de studerende bliver fastholdt i ydre roller i perifere baner, viser følgende eksempel. Situationen foregår i medicinrummet, hvor sygeplejersken Mia skal vise Lotte, hvorledes hun doserer modgiftmedicin til en patient. Doseringen af medicinen skal udregnes fra forskellige parametre såsom patientens vægt og graden af overdosis [og andre tekniske ting].

”Mia viser hurtigt og kontant Lotte, hvordan hun skal udregne doseringen af medicinen til patienten, men ikke hvorfor man udregner det på den måde. Lotte ser bare på, mens Mia selv laver doseringen [hvilket er meget simpelt]. Mia fortæller Lotte, at hun anslår patienten til at veje omkring 90 kg [hvorudfra man kan se på et skema hvor meget modgift, man skal dosere]. Lotte giver ikke Mia ret i, at patienten vejer 90 kg, men synes derimod, at han vejer mere, Mia siger, i en lidt skarp tone, at de 90 kg er det, sygeplejerskerne nu engang er blevet enige om, så det er det, de skal udregne efter.”(Observation 1, s. 5-6, linje 25-3).

Her ses meningsforhandlingen mellem Mia og Lotte, hvor Lotte er uenig i Mias vurdering af patientens vægt og prøver at forhandle med Mia, at patienten vejer mere end det anslåede. Hertil skal nævnes, at Lotte har erfaring fra sin tid som social- og sundhedshjælper, så hendes vurdering af patientens vægt er erfaringsmæssigt funderet. Mia tager ikke Lottes vurderinger med i medicinberegningen, hvorpå Mia fastholder Lotte i en ydre position i perifere bane. Mia viser blot, hvorledes Lotte skal blande medicin og lader ikke Lotte gøre det selv. Herved giver Mia ikke Lotte adgang til større deltagelse i praksis, men forstærker fastholdelsen i den ydre position.

Det er forskelligt, hvordan sygeplejersker giver de studerende adgang til større deltagelse og meningsforhandling i praksisfællesskabet. Lotte fortæller, at det er meget forskelligt, hvordan sygeplejerskerne tager hendes vurderinger som studerende alvorligt, *”ja det er lige så forskelligt, som sygeplejerskerne er. Nogle er gode til at sige, ’hvad betyder det så, og hvad synes du så, vi skal gøre’. Hvor andre slår det sådan lidt mere hen, eller lader være med at handle på det”*. Marie fortæller om lignende situationer, *”altså, jeg har ikke oplevet, at de har sagt, ’så gør vi sådan Marie’. De har måske sagt, ’nå ja, det kan vi godt se’, jeg har ikke oplevet, at de laver det fuldstændigt om. Jeg synes, de har været meget åbne, men det har også været sådan med, at ’her gør vi det nu sådan her”* (Interview 6, s. 11, linje 10-10).

I kraft af at de studerende er praktikanter og er på afdelingen i ca. 5 måneder, vil de i den periode ikke kunne opnå fuld deltagelse, men dog have adgang til store dele af praksis. De studerende bevæger sig i og mellem perifere læringsbaner, hvor de langsomt opnår større forståelse af praksis. Det er forskelligt fra sygeplejerske til sygeplejerske, hvor meget af praksis de åbner op for de studerende, og disse vil hele tiden bevæge sig frem og tilbage som legitime perifere deltagere i perifere læringsbaner.

Vilkår i praktikperioden

De eksisterende praksisfællesskaber på AMA er underlagt bestemte vilkår, som sygeplejegruppen og de studerende ingen indflydelse har på. De mest afgørende vilkår er, at AMA visitation og sengeafsnittet er præget af stor overbelægning. Marie fortæller, hvad Helen har fortalt dem, at i deres praktikperiode har AMA kørt med 110 procents belægning²⁰ (Interview 6, s. 3, linje 12-33). Parallelt hermed er der en fast underbemanning på 12-15 sygeplejersker i sygeplejegruppen, hvilket tilsammen gør, at det stort set er umuligt at klare alle arbejdsopgaverne. Disse arbejdsforhold opleves af de studerende og den kliniske vejleder som meget stressende, hvilket de påpeger som et centralt problem i forhold til at have tid og ro til de studerende. Observationerne viser også, at der dagligt er mange nye vikarer, og Marie fortæller, at AMA har brugt 4 mill. kr. tilskud på et år udelukkende på vikarlønninger. Samtidig har AMA ledelsesmæssige problemer, da afdelingen ikke har haft en fast afdelingsleder de sidste to år. (Observation 10, s. 5, linje 6-27). AMA giver indtryk af, at det er en afdeling i kaos med et højt stressniveau. De studerende og Helene trækker disse faktorer frem som hovedkilden til de problemer, de har mødt i deres praktikperiode.

Vilkårene betyder blandt andet, at de studerende i starten af praktikperioden har følt, at de var talt med i normeringen og indgik som billig arbejdskraft, men hvor de ideelt set skulle studere praksis og indgå i læringsrelationer, jf. studieordning. Dette problem er almindeligt kendt for alle på afdelingen, for eksempel skal samtlige studerende lære at dosere medicin på 6. semester. Der hænger en seddel på døren indtil medicinrummet, som Helen har sat op – *”Husk! De studerende når du administrerer medicin – de skal jo blive gode til det! (hjerte) Helene”*(Observation 10, s. 2, linje 9-10). Marie fortæller omkring medicineringen, at hun føler, der gik lang tid, før hun måtte være med i medicineringen, *”der gik rigtig længe før vi fik lov til at komme med i medicin...[...]... Det var sådan lidt dårligt, synes jeg. Det var den sidste praktik, og det er et vigtigt emne. Det er nu det skal lærers...[...]... man var sådan lidt mere på, ’jeg skal bare ud i det rum og også lige få blandet noget CV!’ , så man har prøvet det ik...[...]... jeg tror travlheden har gjort det, og så er der mange sygeplejersker, som har tænkt, ’det tager for lang tid!’ . For det tager jo lang tid, dobbelt så lang tid, fordi jeg ved ikke, hvor alt det der står, så jeg bruger jo dobbelt så lang tid derude på at hælde alt medicin op”*(Interview 6, s. 6, linje 11-20). På grund af de stressende forhold har de studerende haft svært ved at få adgang til forskellige og centrale praksisser i fællesskabet, hvilket gør det svært for de studerende

²⁰ Patientbelægning bliver målt i procenter. På en normal afdeling, hvor der er tid til, at det hele fungerer, kører man med en belægning på ca. 85 procent, og hvis der er meget travlt, så alle løber stærkt, har man normalt en belægning på 90 procent.

at opøve og udvikle centrale kompetencer. De studerende har først i slutningen af deres praktikophold kunnet tilkæmpe sig adgang til centrale områder af praksis.

De mange skiftende vikarer, som de studerende skal arbejde sammen med, gør det svært for dem at etablere et fælles repertoire, i Wengers terminologi, til trods for at de har gensidigt engagement og fælles virksomhed, idet de skal samarbejde om de daglige opgaver. Men de har ikke en 'fælles arbejdes historie', fordi de alle er legitime perifere deltagere, hvilket gør, at ressourcekilden til meningsforhandling bliver begrænset. Et eksempel herpå ses blandt andet i forhold til behandling af en patient, som Marie og en vikar tager sig af. Marie hjælper Birgit, sygeplejerskevikaren, med at sengebade og pøde liggesår af en døende patient, der er ved at gå i leverkoma. Da patienten er en 'tung' patient og stor fysisk set, er det nødvendigt, at der er to sygeplejersker om plejen af patienten.

"Marie og Birgit har samarbejdet omkring at pøde patientens liggesår, og efterfølgende skal patienten vaskes, og der skal rent sengetøj på og nye forbindinger på liggesårene. Mens Marie og Birgit vasker patienten, vågner han langsomt op og er så klar i hovedet, at de kan begynde at kommunikere med ham. Da patienten er færdigvasket og alt sengetøjet skiftet, fortæller Marie, at "man skulle forsøge at få patienten over i en stol, mens de gjorde sengen klar og ordnede hans sår. Patienten ville have godt af at få rørt sig lidt, særligt når han har liggesår, for derved ville trykket ændre sig, når patient sidder. Samtidig skulle patienten også vendes om på siden, så han ikke lagde trykket på de nye liggesår." (Observation 8, s. 5, linje 24-28).

Marie prøver at forhandle mening omkring den ikke optimale pleje af patienten, hun forsøger at få en meningsforhandling i gang om, hvordan de enkelt kunne afhjælpe patientens udvikling af nye liggesår ved at ændre patientens ligestilling. Maries meningsforhandling mislykkes, for Birgit responderer ikke på Maries udsagn, men forlader bare stuen. Men eksemplet viser, hvordan Maries og Birgits fælles repertoire ikke er tilstrækkeligt udbygget, så deres meningsforhandling bliver ikke optimal, hvilket begrænser Maries læringsmuligheder.

Organisering af arbejdsforhold

Ud over de nævnte vilkår for praksisfællesskabet fremtræder centrale faktorer i empirien, der har betydning for de studerendes adgang til meningsforhandling i de interne praksisfællesskaber i

sygeplejegruppen. Vilkårene for alle på afdelingen opleves som meget stressende og prægede af mange forskellige vikarer, dette har betydning for, hvordan sygeplejerskerne organiserer det daglige arbejde.

Den første faktor er de daglige nye vikarer, hvilket bevirker, at det ikke altid er muligt at organisere sygeplejearbejdet i primærpleje, da vikarer ikke kender afdelingen og de lokale praksisser. Så størstedelen af tiden bliver arbejdet organiseret således, at gruppelederen står for alt det administrative, og de andre udelukkende står for basal sygepleje af patienterne. De studerende foretrækker primærpleje, fordi de føler, at de får en mere helhedsorienteret sygepleje, hvilket de ikke har samme muligheder for, hvis de enten kun følger gruppelederen eller kun er på gulvet og udfører basalsygepleje. Ved at organisere sygeplejearbejdet på denne måde, føler de studerende, der har været en tendens til, at gruppelederen har ladet dem udføre basalsygepleje med vikarerne, fordi det har været for stressende for gruppelederen at have en studerende med sig. Dette resulter i, som analyseret, at de studerende har vanskeligt ved at oprette et velfungerende praksisfællesskab med vikarerne, hvorved de stagnerer i deres meningsforhandlingsproces og læringsbaner.

En anden faktor er, som nævnt i AMA præsentationen, at de studerende ikke på forhånd bliver skrevet på en arbejdsgruppe i vagtplanen, som alle de andre sygeplejersker og vikarer bliver det. Før Helene tog på efteruddannelse blev de studerende skrevet på arbejdsgrupper på forhånd, men dette sker ikke nu, hvor hun er væk. Hvilket gør, at de studerende selv må vælge en arbejdsgruppe. Marie fortæller, *"hun [Helene] skrev os på hver gang, og det var faktisk rigtig rart, synes jeg som studerende, når du kommer og du er med. Men det har de andre ikke gjort og ja, så vælger man jo selv"* (Interview 6, s. 13, linje 21-5). Denne situation, som de studerende bliver sat i, åbner ikke for, at de kan bevæge sig længere ind i praksisfællesskabet af de perifere læringsbaner, fordi de organiseringsmæssigt bliver presset længere ud af praksisfællesskabet. I kraft af den måde arbejdet fordeles på, fastholdes de studerende i ydre positioner i periferien af praksisfællesskabet.

De mange nye vikarer kombineret med de studerendes eget valg af arbejdsgruppe resulterer i, at de studerendes valg af arbejdsgruppe bliver meget centralt for deres meningsforhandlingsmuligheder. Hver dag indgår de i nye arbejdsgrupper med nye sygeplejersker og vikarer, som de skal oprette nye praksisfællesskaber med, hvilket er opslidende (Interview 5, s. 4, linje 27). Derudover er det forvirrende for de studerende, at den ene dag kan de forhandle sig til forståelse af praksis og bevæge sig i perifere baner ind i praksis, men den næste dag er det umuligt, og de fikseres i ydre positioner i perifere baner. Marie

fortæller, *"det har været sådan lidt... 'nå i dag kan jeg det ikke eller hvad?' Der har man nok manglet lidt kontinuitet, så de har kunnet følge ens læring, så man ikke hele tiden har skullet forklare, jamen jeg kan det, og det, og det til 15 nye"*(Interview 6, s. 7f, linje 30-12). De skiftende arbejdsgrupper og nye sygeplejersker, de studerende skal forholde sig til, gør at deres læringsbaner mangler kontinuitet. Samtidig bevirker den stressede hverdag, at sygeplejerskerne og vikaren ikke har tid og ro til at forhandle mening med de studerende og spørge ind til, hvad de studerende egentligt besidder af praksiskompetencer. Lotte fortæller, *"det er jo også ustruktureret, at de ikke sætter sig ind i, hvor meget man kan, 'er du dygtig nok til det, så skal du endelig gøre det' og dagen efter er du ikke god nok til det ...[...]... man lærer jo ikke noget ved at stå op af en væg, og se på noget du godt kan, så er det jo vigtigere, at man har det mellem hænderne og udvikler de kompetencer man nu har"*(Interview 3, s. 31, linje 18-32). Derfor bliver det grundlæggende for de studerende at vælge arbejdsgrupper, hvor der er sygeplejersker, de kender godt og føler sig trygge ved, så de ikke på ny skal oprette praksisfællesskab, men allerede har en praksishistorie med sygeplejerskerne. Observationerne viser, at netop dette har grundlæggende betydning for, hvordan de studerende fungerer i deres daglige praksis, og hvad de studerende får pålagt af arbejdsopgaver, og hvilke de selv tager initiativ til.

De studerendes relation til plejepersonalet

Det er interessant at se på de studerendes relationer til sygeplejerskerne, da det tydeliggøre de centrale parametre for de studerendes engagement og deltagelse i praksisfællesskabet og dermed deres mulighederne for at lære sygeplejpraksis. Naturligvis har de studerende og sygeplejerskerne deres individuelle personlige karakter, som præger deres indbyrdes relationer, men der er nogle fællestræk, som træder frem i empirien, som her kaldes for parametre.

Parameter: Personafhængighed

De studerende vælger ikke blot arbejdsgruppe efter, hvem de kender, alle interviewene og observationerne viser, at det helt grundlæggende er yderst vigtigt for de studerende, at de kan samarbejde med sygeplejerskerne. Lotte fortæller *"kemien betyder rigtigt meget, man arbejder jo rigtigt tæt sammen, så hvis man ikke kan med sine kollegaer, så tror jeg det bliver rigtigt hårdt"*(Interview 2, s. 9, linje 20-26). Marie tilføjer, *"jeg valgte meget ud fra de personer, der var i gruppen. Jeg valgte faktisk ikke så meget efter om det var de personer jeg kendte fra dagen før. Jeg synes det var mere vigtigt, at det var nogle mennesker*

i gruppen, som jeg fungerede godt med”(Interview 6, s. 13, linje 23-26). Dette er også gældende for Ellen, der helt bevidst vælger arbejdsgruppe efter sygeplejersker, hun fungerer med. De studerende selekterer helt bevidst efter hvilke sygeplejersker, de ønsker at samarbejde med, selvom det eventuelt afskærer dem fra at opleve bestemte patientgrupper, der relaterer sig til deres læringsfokus. I følgende eksempel ses, hvordan Lotte helt bevidst selekterer, hvilke patienter hun vil følge, alt efter hvilken ansvarssygeplejerske hun får.

”Der har været meget stille de første par timer på visitationskontoret. Den første patient der ankommer, har diagnosen ’mulig hjerneblødning’, [Lottes patientspeciale]. Mia, en forholdsvis nyuddannet sygeplejerske, tager patienten og beder ikke Lotte om at gå med, og Lotte giver ikke indtrykket af at ville gå med”(Observation 3, s. 4, linje 30-32). Senere fortæller Lotte, at hun synes, at Mia er en strid sygeplejerske, og hun virker ikke til at have overskud til Lotte, og det er ikke én, hun har villet gå rundt sammen med(Interview 3, s. 33-34, linje 19-8).

Episoden fortæller, at Lotte indirekte ikke tror, det er muligt at forhandle mening med Mia. Lotte har følelsen af, at Mia ikke har overskud til hende, hvilket kan indikere, at Mia ikke åbner praksis for Lotte, så hun kan bevæge sig videre ind til større forståelse af praksis. Lotte fortæller senere, *”jeg vil hellere gå sammen med en sygeplejerske, som engagerer sig i at lære mig noget, der måske er middelmåd, end jeg vil gå sammen med én, der ikke gider mig, som er super god, fordi så lærer jeg rigtigt, rigtigt lidt, og jeg lærer måske rimeligt meget af den anden*”(Interview 3, s. 18, linje 1-4). Det er ikke nok, at de studerende og sygeplejerskerne kan etablere praksisfællesskab sammen. De skal også føle, de har god mulighed for at forhandle mening og dermed tilegne sig større forståelse af sygeplejerspraksis. Derfor er de studerendes læring utrolig personafhængig.

Parameter: Rum til meningsforhandling

De studerende føler ikke, at der er nok tid og ro sammen med sygeplejerskerne omkring forskellige arbejdsopgaver. Følgende eksempel viser, hvor centralt rumligheden omkring arbejdsopgaver er for de studerende. Historien, der går forud for følgende eksempel, er, at Marie og Susanne er kommet meget skævt ind på hinanden fra morgenen af, og Marie fortæller, at hun meget hurtigt føler, at hun går i forsvarsposition over for Susanne. Hvilket indikerer at Susanne og Marie ikke har formået at oprette et vefungerende praksisfællesskab. Senere på dagen skal Marie lære at udskrive en patient til hjemmeplejen,

det er afgørende, hvad Marie skriver i ansøgningen, for hvordan kommunens sagsbehandler vurderer, hvorvidt patienten er berettiget til fuldhjemmepleje.

”Susanne viser Marie på computeren, hvordan hun skal finde formularerne til ’Udskrivning til hjemmepleje’. Da Marie har passet patienten, skal hun udfylde de spørgsmål, der står opstillet i formularen. Susanne fortæller Marie, hvordan hun bedst kan gøre det, efterfølgende sætter hun Marie i gang og siger, at hun skal sidde lidt med det alene, hun vil så senere komme tilbage og hjælpe hende færdig. En halv time senere kommer Susanne tilbage. Marie forklarer Susanne, hvad hun har skrevet og spørger om forskellige ting, hvor hun er i tvivl om, hvad der skal stå. Den efterfølgende time snakker Marie og Susanne jævnlige om, hvad der skal stå, og hvad der er bedst at skrive i formularen. Susanne spørger senere Marie, om hun føler, at hun har fået noget ud af dagen, hvilket Marie føler hun har. Hun var glad for den sparring, hun fik til udfyldelsen af ’udskrivning til hjemmeplejen’”(Observation 10, s. 4-5, linje 14-21, 4-27). Det skal hertil nævnes, at Marie bruger omkring 3 timer på at udfylde denne blanket, hvor hun ikke laver andet end at koncentrere sig om, hvad hun skal skrive.

Denne episode viser, trods det dårlige samarbejde mellem Marie og Susanne, at rummet til udførelsen af opgaven er central for forståelsen af praksis og tilegnelsen af kompetencer. I eksemplet er det væsentligt at lægge mærke til, at Susanne giver Marie god tid og ro til at være alene i udførelsen af opgaven, hvor hun hermed giver Marie mulighed for at engagere sig i den. Gradvist åbner Susanne op for praksis, ved at træde til med sparring og rådgivning. På den måde meningsforhandler Susanne og Marie sig frem til større forståelse af praksis. Ellen pointerer også vigtigheden af, at denne kombination er til stede, hun fortæller, *”hun [sygeplejersken] er god til at uddelegere ansvar, samtidig med at hun følger op på det, og er vejledende i forhold til det man laver”*(Interview 5, s. 14, linje 29-30). Som empirien fortæller, skal rummet omkring meningsforhandling være præget af god tid og ro, opfølgning på arbejdet, uddelegering af ansvar og rådgivning.

Parameter: Graden af gensidigt engagement

Ellen påpeger, at *”hvis sygeplejerskerne havde mere tid og hvis de var lidt mere opsøgende. Hvis man havde en fast sygeplejerske som sagde, ’kom nu skal du lige se her”*(Interview 5, s. 6, linje 17-19). Her ses at Ellen efterlyser et større engagement fra sygeplejerskerne, det er ikke nok at have gensidigt engagement i praksisfællesskabet, men det er intensiviteten og graden af engagementet fra sygeplejerskernes side, der

har betydning for de studerende. Marie mener, at sygeplejerskerne har en forpligtelse over for de studerende, i forhold til at engagere sig i de studerendes praktik, *"jeg synes, de [sygeplejerskerne] har en stor forpligtelse for at gøre en indsats. Det kan kun være til deres eget bedste. Men det er rigtigt, der er nogle, der ikke orker det. Det oplever man i hvert fald. Jeg ved ikke om det bare er fordi de har haft studerende i 15 år og nu tænker de, 'ah... ikke mere!'. Andre synes jo, det er hyggeligt og sjovt og lærerigt for dem selv"*(Interview 6, s. 20, linje 1-7). Omvendt fortæller Lotte, at de studerende også har en forpligtelse til at engagere sig i praktikken, *"det er ikke kun sygeplejersker, der skal sige 'kom!', netop fordi rigtig mange studerende dropper det halvvejs [dropper studiet]... generelt synes jeg, at det overskud kommer gradvist [fra sygeplejerskerne], når man som studerende har vist, at man er pålidelig"*(Interview 3, s. 18f, linje 5-2). De studerendes holdning til sygeplejerskerne og deres fornemmelse af sygeplejerskernes holdning til dem afspejler, at for at kunne opbygge et godt praksisfællesskab kræver det en gensidig tillids- og tilknytnings- proces mellem de studerende og sygeplejersker. Det er ikke blot et spørgsmål om gensidigt engagement, det er også et spørgsmål om sygeplejerskernes og de studerendes tilgang til at engagere sig. Dette har afgørende betydning for, hvor åben praksis er for de studerende, og hvorledes de kan bevæge sig i perifere baner til større forståelse af praksis.

Læringen i praktikken

I forrige analyseafsnit blev rammerne og vilkårene for læringen analyseret for at gå et spadestik dybere i, hvordan de studerendes skoleteori og erfaringer med praksis spiller sammen i udviklingen af sygeplejefaglige kompetencer. Ved at analysere eksemplariske læringsituationer tydeliggøres de studerendes læreprocesser, som får de forskellige interaktioner mellem vidensformerne og de sygeplejefaglige discipliner til at fremstå skarpere.

Læringsituation

Der er udvalgt fire eksemplariske læringsituationer, der hver repræsenterer centrale vidensfelter og kompetencer, der er nødvendige i sygeplejearbejdet. Læringsituationerne skal ses som eksempler, der viser de forskellige aspekter af læreprocesser, de studerende deltager i. Denne analyse er ikke en altfavnende analyse af samtlige læringsituationer og -processer, men viser snarere et udsnit af disse, hvis hensigt er at give en større forståelse og indblik i variationen af læreprocesser, de studerende dagligt deltager i.

De studerende besidder allerede en vis mængde af viden-i-handling og viden-i-praksis, da de er på 6. semester, og de har allerede opnået en læringsmæssig udvikling. Ydermere er det individuelt, hvor udviklet de tavse dimensioner af de studerendes kompetencer er. Dette aspekt forudsættes i analysen.

Læringsituation: Refleksionssession

Det første eksempel viser, hvordan Hanne udnytter ventetiden til at lave små refleksionssessions med Lotte i et uformelt miljø:

”Hanne og Lotte sidder i visitationskontoret og ’small talker’. Hanne spørger til Lottes oplevelser, da hun var på 14 dages studiebesøg på Skadestuen. Lotte fortæller løst om, hvad hun oplevede. Hanne begynder at spørge ind til, hvilke typer patienter de havde, og hvilke diagnoser de fik. Lotte fortæller om de forskellige patienters diagnoser og bruger latinske betegnelser. Hanne spørger videre ind til, hvilke symptomer patienterne havde, og på hvilket grundlag man satte den enkelte diagnose, hvorefter Lotte forklarer og prøver at relatere symptomerne til diagnosen.”(Observation 3, s. 1, linje 22- 28)

Dette viser en læringsituation, hvor Hanne udnytter ventetiden, både ved at give sig tid til at oprette et lille intimt praksisfællesskab med Lotte og ved at reflektere sammen med Lotte. Hanne tager selv initiativet hertil og er derved med til at udvikle Lottes viden-i-praksis, hvilket er en implicit proces, der sker under Lottes refleksion-over-handling. Idet Lotte reflekterer over sine erfaringer fra skadestuen, implementer hun viden i sine kompetencer og handlingsmønstre, hvilket danner grundlaget for hendes videre vurderinger og skøn i praksis. En form for artikuleret viden der med tiden kan blive tavs.

Hanne spørger specifikt ind til de forskellige symptomer og relaterende diagnoser, hvorved Lotte 'presses' til at fremkalde sin teoretiske videnskabelige viden (eksplicitte og regelbaserede viden), hun har tilegnet sig omkring sygdomslære, og relaterer dermed viden til praksis. Herved gør hun brug af kundskabsformen poiesis, gennem sin refleksion-over-handling. Hun omsætter sin videnskabelige teoretiske viden omkring sygdomslære til hvilke specifikke symptomer, hun skal spørge patienterne om, i relation til de mulige diagnoser lægen kan stille. Lotte skal kunne spørge ind til de symptomer, patienterne har, men hun skal også kunne vurdere hvilke symptomer, der er vigtige at fremhæve. Samtidig er det vigtigt, at hun observerer, hvilke symptomer patienten gennem sin tilstand udtrykker, der også har betydning for at diagnosticere patienten. Det er disse overvejelser, Hanne får Lotte til at reflektere over. Hele Lottes' repertoire af sundheds- og naturfaglig viden (1.1, 2.1.²¹) kommer her i spil gennem refleksion-over-handling, hvor dele af hendes refleksioner bliver implementeret i hendes viden-i-handling.

Denne læringsituation har det særlige kendetegn, at det er et refleksionsrum, Hanna og Lotte har adskilt fra praksis, da Lotte reflekterer over episoder fra skadestuen. Lotte fremkalder sig observationer, der ligger en uge tilbage i hendes erindringer, hvilket giver Lotte et overblik over de forskellige patientforløb. Hun kan derved drage paralleller mellem symptomer og diagnoser. Det er gennem Lottes refleksion, at den ikke artikulerede viden bliver bevidstgjort. Herved sættes hun i stand til at se sig selv på afstand og være opmærksom på sine fejl, mangler og stærke sider, hvilket er en hjælp i videreudviklingen af hendes kompetencer. Den viden, Lotte genererer i refleksionsrummet, har hun rig mulighed for at 'afprøve' og udføre i praksis, da AMA modtager mange af de samme akutte patienter som skadestuen. Derfor er refleksionsrummet, Hanne skaber, relevant for Lottes kompetenceudvikling.

²¹ jf. skema over teori/praksis i sygeplejeuddannelsen

Læringssituation: Forberedelse til tavlemøde

Den anden læringssituation viser en oplæringssituation, hvor Maren tager sig tid til Ellen. Hun giver Ellen ro til at forstå, hvordan man skal forberede sig til tavlemøde, men også til at overveje hvilke emner der skal fremhæves i en fremlæggelse.

”Inden tavlemødet foreslår Maren, der er gruppeleder, at hun og Ellen sætter sig ud i kaffestuen, da der her er mere stille og roligt frem for på kontoret, hvor der er meget uro og kaos. Ellen begynder med at fremlægge nogle udvalgte oplysninger for Maren. Efterfølgende spørger Maren, om Ellen vil fremlægge til tavlemødet, og om hun ved hvilke oplysninger, hun skal fremhæve. Ellen fortæller, at de har fået et papir af Helene, den kliniske vejleder, hvor der står, hvad de skal fremhæve. Maren forklarer, at det er vigtigt at fremhæve de informationer, som giver lægerne et indtryk af patienten. Det kan for eksempel være, hvordan patienten havde det, da vedkommende blev indlagt. Om patienten skal have den scanning, som er bestilt, eller om patienten er febril²². Maren siger, det er godt at tænke det igennem, inden man skal fremlægge det til tavlemødet, for når alle står og lytter, kan det være svært. Hun fortæller selv, at hun hader at fremlægge over for mange mennesker, der er typisk omkring 50 personer til stede ved et tavlemøde.

Da Ellen har fremlagt næste patient, opsummerer Maren de ting, som hun synes, Ellen skal fremhæve ved tavlemødet. Det er en patient med rygerlunger, og Maren siger, at det er godt for lægerne at kende patientens peakværdier²³. Herefter læser Maren sine patienter op og fortæller, hvad hun vil fremhæve ved dem.” (Observation 7, s. 1, linje 25-16)

Denne læringssituation viser tydeligt Ellens og Marens praksisfællesskab. Maren åbner praksis for Ellen, både ved sin rolige og ærlige tilgang til Ellen, sit hensyn til Ellens behov for ro og god tid til læring, men også ved at indvie hende i hvilke ting, hun skal fremhæve i sin fremlæggelse.

Ellen benytter refleksion-i-handling, idet hun parallelt i sin fremlæggelse udvælger hvilke oplysninger, der er relevante at fremhæve for lægerne. Ellen har tidligere prøvet at fremlægge til tavlemøder, så hun har viden-i-handling og i-praksis, hvilket hun automatisk gør brug af. Dette kan kategoriseres som ’aktuel/principiel tavs viden og regel-løse færdigheder’, men samtidig får hun nye input i form af eksplicit viden til udvikling af viden-i-handling.

²² Febril betyder om patienten har feber

²³ Peakværdier er lungekapacitet

I måden at fremlægge på, gør Ellen brug af poiesis og fronesis gennem sin kombination af sundheds- og naturfaglig viden fra patientjournalerne og sin formidlingsform. Her har hun helt grundlæggende situationsetisk sans samt kendskab til forskellige kommunikations- og formidlingsformer, for eksempel skal hendes fremlæggelse gå hurtigt, den skal være faktuel og fremhæve korrekte og relevante oplysninger om patienterne.

Ellens læringssituation har sit særpræg ved, at det er en forberedelse til praksis, da Maren er opmærksom på, at det godt kan være 'angstfremkaldende' at stå over for 50 fremmede mennesker og fremlægge, når man er studerende, selv Maren hader at fremlægge. Denne forberedelse til praksis bevirker, at Ellen kan føle sig mere sikker og tryk ved fremlæggelsen. Herved får hun overskud til for eksempel at svare på spørgsmål fra lægerne eller andet personale under fremlæggelsen. Det er en vigtig kompetence at kunne fremlægge hurtigt og korrekt, da det har betydning for lægernes videre vurdering af patienten.

Læringssituation: Blodtransfusion

Læringssituationen fortæller blandt andet, hvordan Marie genererer ny viden i praksis gennem egne eksperimenter med praksis for at løse uforudsete problemstillinger. Marie skal foretage en blodtransfusion, som foregår over nogle timer, af sikkerhedsmæssige årsager skal alt dobbelttjekkes, og Marie foretager den sammen med Maj.

"Marie og Maj sidder ved kontoret, og Maj forklarer Marie, hvordan hun tjekker en BAS-test²⁴. De sidder hver med en, og Maj viser Marie hvilke numre og tal, hun skal være opmærksom på. Jeg spørger, hvad en BAS-test er! Maj beder Marie forklare mig det, da det er hendes patient, som skal have blodet. Marie bestiller blodet (telefonisk). Lidt senere ankommer blodet til afdelingen. Maj fortæller Marie, at det er bedst at lade blodposen ligge en times tid, så blodet får en mere tempereret temperatur, da patienten ellers vil begynde at fryse, hvis man tilslutter koldt blod. En time senere går Maj og Marie ind til patienten. De tjekker blodet igen med BAS-testen og samarbejder omkring at tilslutte blodposen, hvor Maj forklarer, hvordan Marie skal gøre. Senere ringer patienten på klokken, da blodet ikke løber optimalt ind i årene (blodtransfusionen går i stå hele tiden). Marie prøver på forskellige måder at få blodet til at løbe hurtigere ind, da det skal være overført til patienten inden tre timer. Marie prøver at tjekke udstyret og patientens sidde/liggstilling. Denne episode gentager sig fire gange i løbet af de tre timer, da der er en fejl på

²⁴ BAS-test er kort forklaret et sikkerhedstjek af, at patientens blod og blodposen komplementerer hinanden.

overførelsesslangerne. Det lykkes for Marie at nå at få blodet overført indenfor tidsgrænsen.”

(Observation 9, s. 3-4, linje 12-17, 1-7)

Denne episode er et eksempel på, hvordan Maj oplærer og underviser Marie i at tilegne sig bestemte sygeplejetekniske kompetencer (1.1, 2.1) i forhold til at kunne udføre en blodtransfusion. Samtidig videregiver Maj praktisk viden omkring blodposens temperatur, hvilket kan beskrives som en sygeplejefaglig praktisk kompetence (1.2). Marie indgår i flere læringsrelationer dels med Maj og derefter med patienten.

Første læringskridt er hvorledes Marie lærer at udføre en BAS-test. Maj er opmærksom på, at det er Maries patient, så derfor skal hun repetere sin sundheds- og naturfaglige teoretiske viden (1.1, 2.1) omkring BAS-testen, idet hun skal forklare betydningen af BAS-testen for mig. Dette giver Marie mulighed for at reflektere over det, hun umiddelbart skal til at udføre. Ved det næste skridt tilegner Marie sig vigtig humanistisk viden-i-praksis (3.2), da Maj fortæller, at det er vigtigt, at blodposen bliver liggende en time, så blodet bliver tempereret og ikke er iskold, så patienten begynder at fryse under transfusionen. Dette er en situationsetisk viden, som Marie får udbygget ved, at hun bliver opmærksom på hensynet til patienten i forhold til blodtransfusion. Det tredje skridt er det mest centrale ved dette eksempel. Der er vrøvl med patientens tilføring af blodet, og i denne periode vender Marie gentagende gange tilbage til patienten for at få blodet til at løbe hurtigere ind. Her benytter Marie refleksion-i-handling, da hun på forskellige måder forsøger at få udstyret og patientens sidde-/liggestilling til at blive mere optimal for blodoverførelsen. Marie eksperimenterer sig frem og udvider herved sin viden-i-handling, da hun hele tiden gør sig erfaringer omkring, hvilke metoder der er bedst for at få blodet overført optimalt. Marie gør brug af situationsetisk viden, fronesis, techne og poiesis (1.2, 3.2), da hun både udfordrer sin teoretiske og praktiske viden og drager sig erfaringer af sin eksperimenter, der tilføjes hendes viden-i-praksis og handlingsmønstre. Det er vigtig aktuel/principiel tavs viden, Marie tilegner sig gennem sine eksperimenter, hvilket styrker hendes sygeplejefaglige kompetencer, da det netop kun er viden, hun har mulighed for at tilegne sig på egen hånd i praksis.

Læringsituation: Situationsfornemmelse

Det sidste eksempel tydeliggør, hvordan Lotte, der er alene i situationen, helt automatisk gør brug af aktuel/principiel tavs viden i sin kompetenceudførelse, men fortæller samtidig, hvordan den tavse viden er

knyttet stærkt sammen med fronesis – situationsetisk viden. Situationen er relativ 'enkel', Lotte skal have en patient til at afgive en urinprøve:

”Det er en meget travl dag på visitationskontoret. Lotte er alene om at tage en urinprøve fra en dement patient. Udfordringen for Lotte er, at patienten er inkontinent og derfor normalt tisser i en ble, så det er ikke let at få patienten til at tisse i et bækken. Lotte tror ikke selv på, at det vil lykkes at få en urinprøve fra patienten. Lotte gør bækkenstolen klar [rengør den] og fortæller patienten, hvad der skal ske. Hun hjælper patienten over på bækkenstolen [patienten er dårlig til bens]. Lotte giver patienten god tid og ro, ved at hun trækker gardinerne for på stuen [rundt om sengen, så det giver et lille lukket rum for patienten] og siger til mig, at vi skal gå lidt væk fra patienten, så hun 'føler' sig alene. Lotte fortæller, at det, at patienten sidder ned på bækkenstolen og er alene, kan gøre at kroppen og psyken har lettere ved at frembringe tissetrangen. Efter et par minutters ventetid lykkes det patienten at tisse, og Lotte smiler tilfreds. Lotte går hen til patienten og siger, at det var godt hun kunne tisse og hjælper hende derefter op i sengen igen”.(Observation 4, s. 3-4, linje 27-22)

Lotte har en teoretisk både eksplicit og regel-baseret viden (1.2, 2.1) omkring, hvordan kroppen og psyken reagerer på det at skulle tisse. Disse forhold forsøger Lotte at skabe for patienten, så det lettere kan lykkes at få en urinprøve. Lottes aktuelle/principielle tavse viden og regel-løse færdigheder kommer til udtryk, idet hun over for patienten udfører praksis på en rolig og hensynsfuld måde. Dette skaber en afslappet stemning for patienten, så patienten ikke føler sig presset til at skulle tisse hurtigt, her forstår Lotte at udvise situationsfornemmelse(fronesis). Idet Lotte er alene i situationen, udvikler hun rutine og selvstændighed i praksis, men hun får også en succesoplevelse, da hendes behandling lykkes trods hendes egen tvivl. Dette er med til at udvikle hendes kompetencer og give hende selvsikkerhed i at udføre dem.

De forskellige vidensformer og sygeplejefaglige discipliner smelter sammen, når de studerende arbejder med dem i praksis. Der er ikke en vidensform eller sygeplejefaglig disciplin, der benyttes oftere end andre. Men i praksis er der alligevel forskellige kompetencefokus hos de studerende og sygeplejerskerne, hvor de differentierer, hvad der er vigtigst i udførelsen af sygeplejefagligt arbejde.

Kompetencefokus

Det kompetencefokus, de studerende selv har, og det sygeplejerskerne har til dem, fortæller noget om, hvad de studerende og sygeplejerskerne vægter højt i forhold til sygeplejekompetencer og sygeplejefaglighed. Det er interessant at se på, fordi det fortæller noget om, hvad der vægtes højest i selve praksis. Selvom ovenstående analyse viser, at alle fagdisciplinerne og vidensformerne kommer i spil i praksis, er der alligevel en prioritering af, hvor 'vigtig' visse vidensformer og fagdiscipliner er for de studerende og for sygeplejerskerne. De studerende har selvfølgelig brug for at udvikle forskellige kompetencer, hvilket gør, at de automatisk fokuserer forskelligt, men der er nogle fællestræk for både de studerende og sygeplejerskernes kompetencefokus, og det er disse, der bliver fremhævet i analysen.

De studerendes kompetencefokus

Der er to grundlæggende fællestræk, som træder frem i empirien. De studerende fokuserer både på de humanistiske og samfunds-faglige sider af sygeplejen og på forsvarlighed i udførelse af praksis.

Humanistisk- og samfunds-faglig kompetencefokus

Fælles for alle tre studerende er deres konstante prioritering af de humanistiske og samfundsorienterede kompetencer (3.1, 3.2, 4.1, 4.2). Lotte fortæller, at den vigtigste opgave for hende i udførelsen af sygepleje, *"er informationen og omsorgen til patienterne og pårørende, det er næsten vigtigere end at få dem vaskede, synes jeg!"* (Interview 2, s. 13, linje 4-7). Lotte fokuserer på omsorgskompetencerne, som her skal forstås som videnformerne - sofia og fronesis. Omsorgskompetencerne er så vigtige, at de næsten er vigtigere end de fysiske rammer, hvilket for eksempel ses, når Lotte modtager patienter i visitationen. Hun gør meget ud af at snakke med patienterne og være på 'niveau' med dem, for eksempel ved at sætte sig på en stol ved dem, holde dem i hånden, fortælle, hvad hun gør, og spørge om lov til at undersøge dem. I disse situationer er det lige meget for Lotte, om patienterne har kastet op på sig, har snavset tøj på eller har afføring i sengen. Disse praktiske opgaver foretager Lotte efter, hun har talt med patienterne og gjort dem trygge.

Lignende prioritering af de humanistiske omsorgskompetencer ses hos Marie. Hun fortæller, at omsorgskompetencerne godt kan falde lidt i baggrunden, når der er travlt, og det er særligt på AMA, for *"der kommer akut dårlige mennesker. Det er jo virkelig døende mennesker, så man glemmer lidt det andet*

[omsorgen] nogen gange, når det er liv eller død. Så kan det godt være svært at få med, tror jeg, i en meget travl hverdag - det er ærgerligt...[...]... sygeplejerskerne siger, 'vi har bare ikke tid nok til patienterne'. Og det er jo lidt den der: vi har ikke tid nok i omsorgen til, at vi lige kan sætte os ned, hvis de er kede af det eller. Men det er det vi burde have tid til"(Interview 6, s. 19, linje 16-21). Marie er ikke i tvivl om, at omsorg er en vigtig del af sygeplejerskernes praksis. Hun mener, at "kernen nok er omsorg og empati...[...]... for der er du jo lidt for patienten. Det synes jeg ikke, man skal glemme"(Interview 6, s. 19, linje 11-12). Følgende episode viser netop, hvordan Marie giver og tager sig tid til at vise omsorg for patienterne.

"Marie har passet en stue med 3 ældre kvinder, der alle har kognitiv apopleksi²⁵. Den ene patient er meget fysisk frisk, men kan ikke kommunikere så godt, men vil alligevel så gerne snakke. Marie besøger jævnligt de ældre kvinder og sludrer lidt med dem. Dagen efter har Marie ikke den samme stue, men de tre kvinder er stadig indlagt. Den snakkesalige patient har brug for kontakt og henvender sig til Marie, fordi hun kender hende fra dagen før. Marie er egentligt i gang med noget andet, men tager en stol og sætter sig ned og lytter til patienten. Marie og patienten snakker sammen i ca. 15 minutter"(Observation 9, s. 1-2, linje 27-5; Observation 10, s. 5, linje 18-20).

Marie viser i praksis, at omsorg er en vigtig kompetence for sygeplejersker. Maries 15 minutters personlig ekontakt og omsorg gør en stor forskel for patienten, hvilket Marie ved, og hun tager sig derfor også god tid. Teoretisk set er det Maries opfattelse af, hvad livskvalitet er (sofia), og hvordan hendes rolle er i forhold til patienternes livskvalitet, når de er indlagt. Marie udlever i praksis sine overbevisninger omkring livskvalitet og udøver den ved at tage sig tid til at være noget for andre mennesker (patienter), selvom hun ikke har en arbejdsmæssig forpligtelse til det. Et andet aspekt heraf er, at når Marie giver sig selv tid til at praktisere omsorg, så udvikler hun implicit aktuel/principiel tavs viden og regel-løse færdigheder, der nu og på sigt styrker hendes sygeplejefaglige kompetencer.

Ellen har det på lignende måde. Hendes grundmotivation til at blive sygeplejerske ligger netop i patientkontakten, samt at kunne gøre en forskel for et andet menneske (Interview 4, s. 1, linje 17-18; s. 11, linje 10-15). Ellen udviser situationsetisk viden, da hun i praksis viser empati for patienterne, men har samtidig også ønsket om at hjælpe og ikke blot pleje patienterne. Ellen gør for eksempel meget ud af at snakke med alkoholpatienter. Hun prøver at spørge ind til, hvorfor de drikker, og hvordan de kan blive hjulpet gennem de offentlige tilbud. Der er flere observationssituationer, der netop viser dette (Observation 5, s. 3, linje 7-23). Ellens faglige samfundsforståelse af, hvad sociale problemer skyldes,

²⁵ Kognitiv apopleksi er en blodprop i hjernen, der har beskadiget talecentret, så den kognitive del af patienten bliver besværliggjort.

kombineret med hendes humanistiske og situationsetiske viden, benytter hun sig i høj grad af i sin hjælp og pleje af patienterne. Det er et grundlæggende træk i observationerne af Ellen, at hun bygger hele sin sygepleje på sin indsigt og forståelse af humanistiske og samfundsfaglige discipliner, der er inkorporeret i hendes situationsetiske viden.

Forsvarlighed i sygeplejen

Et andet fællestræk ved de studerendes kompetencefokus er deres fælles 'angst' for at lave fejl. For eksempel fortæller Lotte, at det er grundlæggende for hende, at *"man har sin samvittighed i orden, det at du ved, at det du har gjort, er det bedste, og du ikke sløser med din medicinadministration. At du dobbelttjekker og ved, at de undersøgelser du har foretaget, altså den behandling du har givet en patient, er den bedste du kunne give. At de observationer du har gjort dig, er de rigtige, og at du ikke sløser... [...]... det er i hvert fald vigtigere, at patienten får den rigtige medicin og ikke bliver forgiftet, end at jeg sidder og snakker og tager en kop kaffe med patienten"*(Interview 2, s. 24, linje 9-21). Dette fortæller, at Lotte vægter de tekniske kompetencer (1.1, 2.1, 1.2, 2.2) højt, de er helt grundlæggende i udførelsen af en omsorgsfuld og forsvarlig sygepleje. Lotte gør meget ud af at være opmærksom på at bevare hygiejnen høj, når hun for eksempel skulle ind til isolerede patienter eller skifte sengetøj. Men fælles for dem alle tre kommer deres prioritering af forsvarlig sygepleje tydeligst frem, når de skal dosere medicin til patienterne. Her er de meget omhyggelige og samvittighedsfulde med at finde medicinen frem og dosere den korrekt. De dobbelttjekker mange gange, samtidig følger de med en ansvarshavende sygeplejerske, som ligeledes dobbelttjekker deres arbejde. Marie fortæller, at selv når hun er færdiguddannet, vil hun stadig være *"lidt usikker, når man skal ud og hælde medicin op, 'gør jeg det nu rigtigt!' og regne det igennem 15 gange"*(Interview 6, s. 32, linje 22-30). For Ellen fylder 'angsten' for at lave fejl også meget. Medicineringsepisoden mellem Ellen og Trine, der er gengivet i profilen af Ellen, viser netop Ellens usikkerhed og 'angsten' for at lave fejl, men når Ellen har mere tid og ro omkring sig, kommer hendes forsvarlighed og omhyggelighed frem (Observation 7, s. 2, linje 18-24). De studerende er angste for at lave fejl i sygeplejearbejde, da konsekvenserne af fejl kan være fatale for patienterne. Derfor gør de studerende, hvad de kan for at opdyrke tryghed og sikkerhed i udførelsen af plejearbejdet. Dette ses i de dobbelttjek, de studerende gør sig og den ro, de prøver at skabe omkring deres arbejde. De studerendes gentagende udførelse af de forskellige praksisopgaver bevirker, at de opøver en rutine, hvilket er essentielt for, at de kan transformere sider af praksisopgaverne til tavse sider af de sygeplejefaglige kompetencer. Herved kan de studerende opdyrke større overblik og overskud i deres plejearbejde.

Fælles for de studerende er, at de er i stand til at foretage en afvejning af, hvordan de udfører forsvarlig sygepleje. For eksempel fortæller Ellen, *”jeg ville aldrig have gjort noget, der var uforsvarligt. For eksempel ville jeg aldrig rode rundt i et sår, som var betændt uden handsker. Det ville jeg aldrig gøre, for det ville være uforsvarligt. Der er en grænse for hvor stor sandsynligheden er...[]... for at jeg skal blive smittet med AIDS, når jeg skifter en forbindelse, så tager jeg måske chancen. Men hvis chancen er 1 til 1000, så vil jeg ikke tage chancen”*(Interview 5, s. 12, linje 15-32). Der er ingen af de studerende, som blindt følger reglerne, men i hver situationen afvejer de, hvordan de mest fornuftigt og forsvarligt kan gribe situation an. De foretager selv et skøn af, hvad patienterne har brug for i de enkelte situationer. De udviser alle tre en evne til at kombinere deres teoretiske viden på alle fagdisciplinerne med udførelsen i praksis (fronesis og poiesis) gennem deres situationsetiske viden.

De studerendes kompetencefokus koncentrerer sig dels om at udvise situationsetisk viden og sans, og dels om at udøve forsvarlighed i udførelsen af sygeplejefaglige kompetencer. De kompetencer, de studerende tilegner sig ved at have fokus på disse to fællesnævnerne, er udviklingen af de tavse sider af de sygeplejefaglige kompetencer, da det netop er fagområder, de studerende ikke kan læse sig til, men kun kan opøve ved udførelse i praksis.

Sygeplejerskernes kompetencefokus i forhold til de studerende

Der er også visse fællestræk blandt sygeplejerskernes prioritering af, hvad der er vigtigt for de studerende at lære i bestemte læringssituationer. Dette er med til at skabe de studerendes opfattelse af, hvad der er vigtigt i sygeplejefaget og dets faglighed.

Læringsfokus i grupperne

I de seks dage, Ellen og Marie blev observeret, har gruppelederen i sygeplejegrupperne som 'hovedregel' fokus på, hvad de studerende selv oplever som deres læringsfokus. Hver morgen spørger gruppelederen de studerende om, hvad deres læringsfokus er og prøver at tilrettelægge arbejdet derefter.

”For eksempel spørger Bente Ellen en morgen, hvad hendes læringsfokus er, og Ellen fortæller, at det er totalpleje, og forklarer lidt omkring hvad hun føler, hun mangler at lære. Bente lader derefter Ellen selv vælge, hvilke patienter hun ønsker at arbejde med den dag” (Observation 5, s. 1. linje 19-27).

Da det er skiftende gruppeledere, de studerende følges med, er dette også en måde for sygeplejerskerne (gruppelederen) at forhandle sig ind på, hvad den studerende har brug for at lære, og kan tage hensyn hertil, eftersom det er helt umuligt for gruppelederen at vide, hvad den studerende kan, mangler og ønsker at lære. På denne måde bliver dele af praksis organiseret omkring de studerendes læringsbehov. Det er dog ikke alle sygeplejersker, der tager hensyn til de studerende på denne måde. Observationerne viser også, at nogle sygeplejersker helt ignorerede de studerendes ønsker.

Teknisk kompetencefokus

I visitationen viser observationerne, at sygeplejerskernes kompetencefokus i høj grad har fokus på de tekniske kompetencer. Når Lotte skal lære bestemte kompetencer, for eksempel medicinudregning, blærescanning, tilslutning af tele²⁶ og at lægge et venflon [drop], fortæller sygeplejerskerne meget eksplicit, hvordan Lotte skal håndtere de forskellige tekniske situationer i praksis og instruerer hende i dem. Følgende episode beskriver dette:

”Lotte skal foretage en blærescanning for første gang, så Mia viser meget hurtigt og kort, hvordan Lotte skal benytte apparatet på hospitalsgangen. Lotte foretager derefter blærescanningen på patienten meget vellykket. Efterfølgende nedskriver Lotte scanningstal, men bliver i tvivl om, hvilke tal der skal nedskrives [der er både ’aktuelle’ og ’store’ tal]. Da Lotte spørger Mia, siger hun lidt uforstående og bebrejdende, at det jo selvfølgelig er det ’store tal’, hun skal notere. Mia siger, at tallet ikke er højt nok til, at de skal lægge kateter. Lotte fortæller Mia, at hun vurderer, at patienten tror han skal tisse, fordi sygeplejerskerne tidligere har bedt om en urinprøve, men han kunne ikke tisse på daværende tidspunkt. Så nu prøver patienten hele tiden at tisse og slår derfor konstant alarmen til. Men blærescanningen viser, at patienten ikke har så meget urin, og det forklarer hvorfor han ikke kan tisse. Denne vurdering lader Mia sig ikke bemærke af. Der er ingen, som efterfølgende prøver at fortælle patienten, at han ikke behøver at skulle tisse hele tiden” (Observation 1, s. 8f, linje 13-10).

²⁶ Tilslutning af tele vil sige, at patienten får nogle elektroniske følere sat på omkring hjertet, så man kan holde øje med patienternes hjerterytme.

Denne episode beskriver, hvorledes Mias korte og hurtige forklaring på, hvordan Lotte skal benytte blærescanningen, ikke er optimal, da Lotte ikke fik nogen forklaring på, hvilke tal der er relevante for undersøgelsen, og hvad de 'aktuelle' tal dækkede over. Hun fik blot forklaret, hvordan hun rent teknisk skulle benytte apparatet (poiesis) – altså eksplicit viden. Lotte får udviklet sin viden-i-praksis og sine regelbaserede færdigheder, da hun får viden omkring, hvordan hun teknisk set skal benytte et apparat, men hun får ikke udviklet sin viden-i-handling, da hun ikke kender baggrunden for de tal, hun skal nedskrive og vurdere ud fra. Derfor bliver hendes viden-i-praksis fattig i forhold til at beherske henholdsvis blærescanningen og kompetencerne hertil, de tavse sider af kompetencen mangler. Selvfølgelig skal Lotte selv udvikle denne side via gentagende udførelser og egne erfaringer, men den aktuelle tavse viden kan godt ekspliciteres, hvilket Mia kunne inddrage Lotte i.

Der er tydeligvis ikke fokus på patientens forvirring omkring at skulle tisse, hvilket Lotte gør Mia opmærksom på. Lottes situationsetiske sans bliver ikke værdsat, men blot fejlet væk som ligegyldig. Det sygeplejerskerne fokuserer på, er de tekniske kompetencer, så de studerende kan udføre de tekniske færdigheder (poiesis). Der er ikke så meget fokus på relevante situationsetiske observationer, da det ikke umiddelbart har betydning for patientens 'overlevelse'.

Sygeplejerskernes usikkerhed

De ti observationsdage viser, at der er en generel usikkerhed fra sygeplejerskernes side omkring, hvad de skal forvente af de studerende, hvor meget de studerende fagligt kan, hvilket selvfølgelig også er meget forskelligt de studerende imellem. Grunden til usikkerheden kan bunde i, at det er sygeplejerskerne, som står med det fulde ansvar for plejen af patienterne. Netop derfor har sygeplejerskerne brug for at være trygge ved at lade de studerende overtage dele af patientplejen. Håndteringen af usikkerheden imødegås meget forskelligt blandt sygeplejerskerne. Som allerede beskrevet spørger nogle sygeplejersker meget eksplicit ind til, hvad de studerende kan og vil lære. Andre er mere kommanderende over for de studerende, og andre igen ignorerer helt de studerende. Følgende eksempel viser tydeligt den usikkerhed, sygeplejerskerne står overfor, når de har en studerende:

"Til morgenmødet spørger Susanne, der er gruppeleder, Marie om, hvad hun vil. Marie fortæller, at hendes læringsfokus er en helhedsorienteret pleje med tilknyttede administrative opgaver. Derfor vil Marie gerne have primærpleje af de samme patienter, som hun havde dagen forinden. Susanne vurderer, at det er for meget for Marie, så hun vil hellere have, at Marie følger med Susanne i dag,

hvilket Marie tydeligvis er utilfreds med. Hun føler ikke, at der bliver vist hende tillid. Senere fortæller Susanne, at hun var usikker på, hvor langt Marie var i sit læringsforløb, og derfor var Susanne mest tryk ved, at Marie skulle følge hende og derved lære de administrative opgaver". (Observation 10, s. 1-4, linje 23-29)

Dette er ikke en enkeltstående episode, observationerne viser gentagne gange, at sygeplejerskerne er usikre på de studerende. Marie får følelsen af manglende tillid fra sygeplejerskerne side, for dagen før var hun god nok til det samme stykke arbejde. Tillid giver de studerende "*selvsikkerhed, og man bliver sådan lidt, 'det her kan jeg!', og man får nogle succesoplevelser, så man ikke bliver skræmt*" (Interview 6, s. 12, linje 22-27). Sygeplejerskernes usikkerhed over for de studerende lukker af for praksis og åbner derfor ikke for udviklingen af de tavse sider af de sygeplejefaglige kompetencer. Usikkerheden resulterer i, at sygeplejerskerne bliver krampagtige omkring uddeling af ansvar til de studerende, hvilket gør, at der er arbejdsområder, de studerende har meget svært ved at få adgang til at lære. På den måde bliver de afskåret fra centrale dele af sygeplejefaglig praksis.

Overset læringsfokus

Et kompetenceområde, sygeplejerskerne umiddelbart ikke har så meget fokus på i observationsperioden, er omsorgskompetencerne. I refleksionssessionen, som Hanne har med Lotte, bliver hun for eksempel ikke spurgt om, hvilke tanker hun gør sig omkring sin tilgang til akutte dementpatienter, alkoholikere eller apopleksipatienter. Og i andre oplæringssituationer bliver de studerende eksempelvis ikke instrueret i, hvordan de bedst kan udvise omsorg og god kommunikation med patienten eller de pårørende. Grunden til at sygeplejerskerne ikke har fokus på omsorgskompetencerne, kan man kun gisne om. Vurder sygeplejerskerne for eksempel, at de studerende behersker omsorgskompetencerne til fulde. En væsentlig ting i denne forbindelse er, at mange af sygeplejerskerne ikke kender de studerende specielt godt, og nogle er endda vikarer, så deres kendskab til de studerendes beherskelse af omsorgskompetencerne er begrænset. At omsorgskompetencerne umiddelbart er overset blandt sygeplejerskerne, kan måske ligge i det daglige dilemma, de står i mellem det mulige og det ønskelige, som 'Ydre vilkår for sygeplejestuderendes praktik' pointerede. Men observationerne viser, at omsorgskompetencen er overset af sygeplejerskerne i forhold til de studerendes kompetenceudvikling.

Praktikkens socialisering

I forrige analyse af den tavse læring træder de underliggende og indforståede styringsorganer frem, som netop styrer de studerendes kompetenceudvikling i bestemte retninger. Med styringsorganer menes, det Wenger forstår ved magt, altså det der styrer deltagernes handlinger, som har betydning for meningsforhandlingen. Styringsorganerne kan være mere eller mindre dominerende, og det er de studerendes evne til at afkode styringsorganerne, der gør dem i stand til at påvirke retningen af deres egen kompetenceudvikling. Hvorledes de studerende er i stand til at afkode styringsorganerne, er meget forskellig fra studerende til studerende, men observationerne viser tre hovedområder, de studerende er 'tvunget' til at afkode for at kunne etablere grundlag for meningsforhandling. Samtidig skal de opretholde fokus på egne læringsmål, så de ikke dequalificerer deres deltagelse i praksis, hvilket kan være en svær balancegang. I følgende analyse ses på den socialiseringsproces, de studerende gennemgår, hvordan de afkoder praksis uskrevne regler og sygeplejerskernes tavse krav og forventninger til dem, samt hvordan de navigerer og håndterer disse i forhold til egne læringsbehov og mål. Samt hvilke tavse værdier og holdninger sygeplejerskerne prioriterer i sygeplejefagligheden.

Analysen har ikke til formål at fremstille en altfavnende analyse af samtlige styringsorganer i praksis, men derimod at trække aspekter frem af den tavse læring i praksis, som de ti observationsdage har kunnet vise, for herved at give en fornemmelse af de tavse dimensioner af praksis, de studerende skal kunne håndtere i praktikken.

Praktikkens uskrevne regler

I analysen af 'Rammerne for læring' kom det blandt andet frem, at de studerende bliver placeret i praksisfællesskabet som periferisk legitime deltagere, i kraft af at de er praktikanter, men samtidig bliver de fastholdt og låst i den ydre periferiske position. De studerende bliver således fastlåst i det interne magthierarki blandt sygeplejegruppen, idet de gennem deres praktik kun får adgang til bestemte områder af praksisfællesskabet, hvorved de lærer at 'kende deres plads' og være ydmyge. Denne opdragekultur kan identificeres som et styringsorgan, hvilket er med til at socialisere og styre de studerende ind i – hvad det vil sige at 'være en sygeplejerske på AMA'. Den kliniske vejleder, Helene, bekræfter dette ved at fortælle:

"der er jo ingen tvivl om, at de [studerende] kommer til en afdeling, og de vil jo gerne være en del af det fællesskab, som er, og det bliver de jo kun, hvis de forstår at navigere i det. Og den måde de

navigerer på, det er jo også, at de nogle gange tager deres del af slæbet. Fordi de vil jo også gerne være en god kollega, og jeg kan heller ikke gå ind og sige, at 'det I gør, det skal I ikke gøre!'. For alt det de gør, det lærer de jo også noget af" (Interview 1, s. 2, linje 14-19).

I Helenes forklaring ligger, at de studerende i lige så høj grad skal lære at navigere eller begå sig i praksisfællesskabet på AMA, som de skal lære at udføre sygeplejefaglige opgaver. Denne indordningsproces, Helene henviser til, ses blandt andet i observationerne omkring varetagelsen af hygiejne på AMA. Ellen og Lotte fortæller begge om, hvordan der er nogle strenge hygiejneregler for praksis, men i det daglige arbejde er det noget andet:

"Det er forskelligt fra afdeling til afdeling, men så har man ligesom nogle '*do and don't*', uskrevne regler. På AMA er det en streng regel, at man altid skal have handsker på, hvis man skifter venflon, forbinding, eller hvis man skal være i kontakt med noget blod. Men hvis man skal skrue, [hun gestikulerer bevægelsen] ordne eller skifte forbinding, så kan det mange gange være svært med handsker på. Så tager jeg dem i hvert fald tit af, og det har jeg også set mange andre gøre. Men på en anden afdeling, så tror jeg slet ikke, de ville have gjort det. Så tror jeg, de ville have beholdt handskerne på hele tiden og bare bruge den ekstra tid, som det tager, når du har handsker på" (Interview 5, s. 12, linje 1-10).

Det ligger indforstået i det, Ellen fortæller, at på grund af travlheden på AMA er der ikke tid til at bruge handsker i udførelsen af bestemte praksisser, fordi det går hurtigere uden handsker. Så den uskrevne regel på AMA er, at tiden er vigtigst, hvorefter hygiejnen prioriteres. Lotte fortæller om en lignende situation omkring isolationsstuerne på AMA, der blot er enestue direkte ud til hovedgange. Her er proceduren, når man skal ind på isolationsstuen, at man tager plasticforklæde og handsker på, egentligt skulle man have en heldragt på, men på grund af manglende ressourcer må de ansatte nøjes med handsker og forklæde, der egentligt ikke har nogen præventiv effekt på overførelse af sygdomme, fortæller Mia (Observation 1, s. 6f, linje 30-11). Ellens og Lottes eksempler tydeliggør, at selvom der er nogle klare sundheds- og naturfaglige funderede regler omkring hygiejne, er praksis en helt anden, som de studerende må indordne sig under. Når de studerende skal ind på en isolationsstue, skal de egentlig tage heldragt på for at undgå smittefare. Det er ikke 'acceptabelt' på afdelingen at gøre dette på grund af dårlige økonomiske ressourcer, hvilket er styringsorganet, de studerende må handle efter. De gør det 'acceptable' og går imod deres teoretiske sundheds- og naturfaglig viden. De studerende handler mod bedre vidende, fordi de netop skal opnå medlemskab ved gensidigt engagement, fælles virksomhed og repertoire, så de kan etablere grundlaget for meningsforhandling med sygeplejerskerne. Derfor er det essentielt, at de studerende forhandler på de

præmisser, praksis tilbyder. Den tavse læring, de studerende tilegner sig her, er, at det er helt legitimt at gradbøje de hygiejniske regler til fordel for tid og ressourcebesparelse i ens sygepleje.

Sygeplejerskernes tavse krav og forventninger til de studerende

Et andet aspekt af socialiseringsprocesserne er sygeplejerskernes 'tavse' forventninger til, hvordan de studerende påtager sig rollen som praktikanter, hvilket her er et andet styringsorgan. Helene fortæller blandt andet, *"jeg synes, det må være svært at være sygeplejestuderende, de kommer ud i denne her fortravlede verden, hvor der helt sikkert bliver forventet af dem, at de kan tage fra"*(Interview 1, s. 7, linje 2-4). Her skal det tilføjes, at studieordningen lægger op til, at de studerende på 6. semester til en vis grad skal kunne arbejde selvstændigt, men stadig med læringsaspektet for øje (CVU Øresund studieordning 2007: 35). Problematikken er her, hvordan de studerende formår af 'afkode' og håndtere sygeplejerskernes 'tavse' forventninger til dem, samtidig med at de opretholder fokus på deres egne individuelle læringsmål.

Da observationerne begyndte, havde Lotte været i praktik i knap 2 dage i visitationen. Det virkede som om, Lotte ventede på, at sygeplejerskerne inviterede hende til at gå med ind til patienterne, hun virker afventende i forhold til, hvordan tingene bliver gjort i visitationen. Følgende observation viser, hvordan sygeplejerskerne i visitationen får kommunikeret ud, hvad de forventer af Lottes engagement:

"Om morgenen siger Christian og Hanne til hinanden i en venlig tone, mens Lotte er på kontoret, at "i dag skal vi have de studerende lidt mere på banen" [underforstået at de studerende skal være lidt mere opsøgende mht. arbejdsopgaver]. Senere på dagen kommer Thomas, redderelev, ind på kontoret, hvor Lotte og Hanne er. Hanne spørger ham, hvor han har været, Thomas fortæller, at "jeg hopper bare på det, jeg kan" [dvs. arbejdsopgaver]. Hanne responderer "det er rigtigt godt, og det skal man også" [dette bliver sagt med en undertone af, at det gør Lotte ikke]".(Observation 4, s. 3 linje 7-14).

Denne episode viser, at sygeplejerskerne ikke opfatter Lottes deltagelse i arbejdsopgaverne som optimal, de forsøger, som beskrevet, på forskellige måder at kommunikere, hvorledes de studerende skal deltage mere aktivt i arbejdet. Det er interessant, at ingen sygeplejersker direkte siger til Lotte, at hun bare skal tage nogle patienter. Lotte må selv 'afkode' styringsorganet – de små 'stikpiller af underforståede kommentarer' sygeplejerskerne kommer med. Ved brug af fronesis formår Lotte at 'afkode'

sygeplejerskernes 'tavse' krav og forventninger til, hvordan hun skal agere som praktikant i visitationen. Kort efter sygeplejerskernes udtalelse ændrer Lotte adfærd, hun begynder at være mere opsøgende i arbejdsopgaver og fortæller sygeplejerskerne, hvad hun foretager sig. På den måde indfrier hun deres forventninger og krav til hende. Hvis Lotte ikke kan afkode sygeplejerskernes tavse forventninger og krav, får hun svært ved at forhandle mening med sygeplejerskerne og dermed begrænset adgang til praksisfællesskabet. I takt med at sygeplejerskerne får indfriet deres forventninger, skabes grundlaget for meningsforhandlingsprocessen, og således socialiseres Lotte i de uskrevne regler i visitationen - 'i visitationen tager man selv arbejdsopgaver'.

Balancegang mellem 'tavse' krav og egne læringsmål

Styringsorganerne, som de 'tavse' krav og forventninger sygeplejerskerne har til de studerende, er ikke nødvendigvis med de samme læringsmål for øje, som de studerende har. De studerende skal kunne balancere mellem opfyldelsen af deres egne læringsbehov og indløsningen af sygeplejerskernes 'tavse' krav. De studerende skal kunne navigere mellem styringsorganerne i praksis på en måde, så deres egne læringsbehov bliver tilgodeset, eftersom det er essentielt for de studerende, at de har adgang til praksisfællesskabet for at kunne forhandle sig ind i læringsbaner, der har retning mod deres egne læringsbehov. Observationerne viser, at der ikke altid er konsensus mellem de 'tavse' forventninger til de studerende og deres egne læringsbehov. Marie fortæller, *"det er en lidt vanskelig afdeling at være i praktik på, fordi man desværre i starten blev betragtet som billig arbejdskraft"*, og *"det er meget op til én selv at sørge for, at man får lært det man skal"* (Observation 8, s. 5, linje 4-8). Dette viser, at det er en vanskelig balancegang. De studerende skal kunne afkode og håndtere styringsorganerne i praksis og meningsforhandle herudfra, samtidig med at de lægger vægten af deres deltagelse og engagement i praksisfællesskabet i retning af deres egne læringsbehov. Hvorvidt dette er en vellykket proces, afhænger af, i hvilken udstrækning de studerende kan meningsforhandle og benytte fronesis. De konklusioner, Marie kommer med i citaterne, er i tråd med dem, Helene udtrykker, som citeret tidligere, de studerende vil jo gerne være 'en god kollega', men de er også studerende i praktik. Den tavse læring, Marie har lært, er blandt andet, at hun som studerende selv må tage ansvaret for sin læring, hvis der ikke er konsensus mellem de tavse krav og hendes egne læringsmål. De studerende må ikke lade sig styre for meget af styringsorganerne, så de dequalificerer i praksis ved at tilsidesætte deres egne læringsbehov. Observationerne viser, at Ellen har svært ved denne balancegang, jf. *'Profil af Ellen – Vigtigt i praktikken'*. I profilen kommer det frem i et eksempel, at Ellen virker usikker over for sygeplejerskerne og har svært ved

at opnå konsensus mellem styringsorganerne og egne læringsmål, da hendes iver for at tilpasse sig praksis flere gange blokerer for centrale læringssituationer. Den følgende episode viser netop Ellens dequalificering i praksis, da hun mangler balancegangen mellem tilpasning til styringsorganerne og sin egen kompetencerhvervelse:

”En morgen, hvor der er meget travlt på afdelingen, skal Ellen til at dosere medicin til sine patienter, og gruppelederen Pia spørger:

Pia: ”Plejer du det?”

Ellen: ”Ja, men vil du tjekke det bagefter?”

Pia: ”Jeg kan ikke tjekke, om alle pillerne i glasset er de rigtige, for jeg ved ikke, hvordan de ser ud. Det bliver besværligt”.

Ellen: ”Jamen de andre sygeplejersker plejer bare at tjekke med antal, og så om det passer nogenlunde.”

Pia: ”Så gør jeg bare det”

Ellen: ”Jeg kan godt dosere medicinen. Jeg plejer jo at gøre det” [Lille pause] ”Nej, gør du det bare. Det er lettere”. (Observation 6, s. 1f, linje 30-11)

Dette eksempel er ret gennemgående for Ellens ageren i praksis, selvom Ellen godt kan dosere medicin, er hun tilbageholdende over for at øve kompetencerne, fordi hun ikke ønsker at være til besvær over for Pia, da hun skal bruge tid på at tjekke medicindoseringen. Ellen ved netop, at tid og ressourcer er et styringsorgan på afdelingen, og disse bliver prioriteret højt. Ellen dequalificerer sig selv, fordi hun har svært ved at balancere mellem styringsorganerne og egne læringsbehov. Hun formår ikke at meningsforhandle egne læringsbehov ind i sine læringsbaner i praksis, men lader sig i stedet styre af styringsorganerne i praksis. Ellen mister mange vigtige læringssituationer, netop fordi hun nedprioriterer det faktum, at hun er studerende, der har læringsbehov, i favør for en misforstået iver efter at være ’en god kollega’, der ikke stiller krav eller spørgsmål, ikke siger fra eller er til besvær. Resultatet af Ellens delvise dequalificering i praksis er, at hun i afslutningen af praktikperioden ikke føler, at hun har lært nok og selv mener, det til dels skyldes hendes mangel på at være opsøgende (Interview5, s. 22, linje 1-3).

Sygeplejerskernes ethos af ’en rigtig sygeplejerske’

Et andet aspekt af de studerendes socialiseringsproces er, hvorledes de lærer at agere som sygeplejersker – altså ’hvordan er man sygeplejerske på AMA!’. I denne sammenhæng ville Wenger benytte begrebet –

praksis, hvilket jeg ikke synes er dækkende, da 'praksis' besidder flere betydninger, der kan være misvisende at bruge i denne del af analysen. Derfor benyttes Aristoteles 'ethos', da begrebet ikke henviser til de rent faglige kompetencer, sygeplejersker skal besidde, men derimod til den 'tavse' holdning der er styringsorgan blandt sygeplejersker, over for patienterne og andet fagpersonale, og det er denne 'ethos', de studerende bliver socialiseret ind i. Empirien viser forskellige 'tavse' indstillinger, der kommer til udtryk gennem udførelse af praksis, de ti observationsdage kan umuligt give et klart billede af den 'ethos', der hersker på afdelingen, men dagene kan give et indblik i sider af 'ethos'. Her er det interessante, hvorledes de studerende afkoder 'ethos' og agerer på den. Adopterer de studerende 'ethos', eller er de kritiske over for den, hvorfor de følgende eksempler netop har til formål at tydeliggøre dette.

Den første episode viser en situation mellem Marie og Maj, hvor Maj udtrykker sin holdning til, hvordan en 'rigtig sygeplejerske' agerer over for læger og sine patienter:

"Marie og Maj gennemgår dagens patienter, og det tyder på, at lægen ikke har fået ordineret medicinen, så Marie kan ikke give patienterne deres medicin. Maj fortæller, at det er Maries ansvar, at det bliver gjort, og at hun skal tale med lægen. Maj fortæller, 'en rigtig sygeplejerske er barnepige for lægerne, man gentager sig selv 15 gange'. Lægen er ikke på kontoret nu eller på afdelingen, så Maj foreslår, at de 'bibber' ham. Det viser sig senere, at lægen har ordineret medicinen, men at det var en fejl i AMAs medicineringscomputersystem, der ikke registrerede lægens ordination" (Observation 9, s. 5f, linje 27-2).

Maj meningsforhandler implicit med Marie, at hun ikke kan have tillid til, at lægerne gør deres arbejde ordentligt, dog helt ubegrundet i denne sag. Marie lærer, at patienterne er hendes ansvar ikke lægens, hun skal som 'en rigtig' sygeplejerske være opmærksom på, at selv lægens arbejde bliver gjort korrekt. Den holdning Maj her fremholder, lærer Marie at have mistillid til lægernes arbejde, men også ansvar for sit eget.

Kritisk stillingtagen til ethos

Nu følger et eksempel på, at visse holdninger blandt sygeplejerskerne ikke ukritisk adopteres af de studerende. Marie fortæller blandt andet, at der godt kan være fordomme over for patienter med livsstilssygdomme blandt sygeplejerskerne. Deres holdning kan tangere, at det er patienternes egen skyld, det kan for eksempel være KOL-patienter, der har røget hele livet og har fået lungekræft, eller patienter med blodpropper fordi de er overvægtige og så videre (Interview 6, s. 18-19, linje 31-7). Marie oplever ofte

en opgivende holdning/ethos fra sygeplejerskerne til alkoholikerne, når de kommer til afrusning, og den tavse holdning/ethos er, at patienten alligevel tager hjem og drikker videre. Maries mening er derimod, at det måske netop lige er denne gang, patienten er til afrusning, der gør forskellen, så patienten stopper sit misbrug. Marie har været i praktik på en alkoholenhed, hvor de brugte kognitiv terapi. Den viden, hun fik i den praktik, gør hun brug af på AMA, da hun kender alt til abstinensbehandling. Marie føler ikke, at man skal opgive patienter, men derimod tilskynde dem til at ændre deres levemåde, selvom det er 35. gang, de er indlagt. Hun føler, at nogle sygeplejersker har den holdning, at alkoholikere der er indlagt for 35. gang optager plads for de mere akutte syge patienter, den holdning skal man passe meget på med, synes Marie. (Interview 6, s. 18-19, linje 5-7). Marie er i stand til at 'afkode' den ethos, nogle sygeplejersker har til bestemte patientgrupper, idet Marie indtager en kritisk stillingtagen til den dominerende ethos, hvorfor hun ikke adopterer ethos ukritisk. På den måde udvikler og skaber Marie sin egen 'sygeplejerske ethos', som er et produkt af hendes læringshistorie.

Udviklingen og dannelsen af egen ethos er også tilfældet med de andre studerende. Analysen af de studerendes kompetencefokus viser, at de studerendes hovedfokus er på omsorgskompetencerne i modsætning til sygeplejerskernes mere teknisk orienterede kompetencefokus. Dette kombineret med det, de studerende tænker omkring deres forståelse af sygeplejefaglighed, *jf. profilerne* fortæller, at de er i stand til at afkode den dominerende ethos og have en kritisk tilgang hertil, hvilket er med til at skabe deres sygeplejefaglighed.

Konklusion

Konklusionen trækker et tværsnit gennem de tre analyser, som alle fortæller noget om de potentialer og begrænsninger, praktikken rummer for de studerende i deres udvikling af sygeplejefaglige kompetencer.

Praktikkens læringspotentialer og begrænsninger

Det helt særegne ved praktikken, som skolastisk undervisning ikke kan favne, er den personafhængige viden og læring. Viden fra praksis kan ikke erhverves andre steder end i praksis. Praktikken er således yderst relevant for de sygeplejestuderende, fordi den kan bidrage til at udvikle deres sygeplejefaglige kompetencer fuldt ud og til at danne sygeplejefaglighed. Men helt unikt for praktikken er udviklingen af kompetencen fronesis - situationsetisk viden og sans. Fronesis er netop den kompetence, der muliggør, at de studerende kan udøve professionelle skøn i praksis.

Den unikke karakter, læringen har i praktikken, ligger netop i den personlige kontakt med praksis og sygeplejerskerne. Det er gennem deltagelse og meningsforhandling med sygeplejerskerne og praksis, at der åbnes for den læring og viden, praksis rummer. I analysen er dette repræsenteret gennem et udsnit af 4 læringsituationer, der udkrystalliserer, hvordan de studerende aktivt gør brug af deres skolastiske teoretiske viden og erfaringsmæssige viden i konkrete læringsituationer, idet de gennem deltagelse i praksis erhverver sig de tavse sider af kompetencerne. Herved smelter de forskellige videnformer og sygeplejefaglige dimensioner sammen og skaber de sygeplejefaglige kompetencer. Analysen viser, at det i høj grad er gennem de studerendes refleksioner over-handling og i-handlingen, som er generator for bevidstgørelsen af de aktuelle og principielle tavse sider af kompetencerne, men det er også en generator for at kombinere de studerendes repertoire af skolastisk teoretisk viden med konkret praksisviden. Refleksionen over praksis er med til at give de studerende en *'fornemmelse'* af praksis, der igen giver de studerende mulighed for at videreudvikle deres sygeplejefaglige kompetencer.

Det er ikke kun de tavse sider af praksis, der udvikles gennem praktikken. De studerende udvikler også deres viden-i-praksis og situationsetiske viden. Dette er viden, som kvalificerer de studerende i deres sygeplejefaglige kompetencer, netop fordi det er viden, der sætter de studerende i stand til at udøve professionelle skøn. Analysen viser ud fra de fire læringsituationer, at de studerende langt hen ad vejen allerede selvstændigt udøver professionelle skøn, fordi de allerede besidder en viden-i-praksis og situationsetisk viden. Men det er netop i kraft af de studerendes individuelle læringshistorier og legitime

perifere deltagelse i praksisfællesskabet, at de får en fornemmelse af praksis, som knytter sig til det professionelle skøn. Det er gennem praktikken, at de studerende kvalificerer deres viden-i-praksis og fronesis til at udøve professionelle skøn. Herved erhverver de studerende sig en helhedsforståelse af deres sygeplejepsis, hvor det ikke kun drejer sig om at vide, hvordan man udfører sygepleje, men også hvorfor og hvornår man udfører bestemte praksisser.

Læringen i praktikken er på den anden side meget sårbar, netop fordi den er personafhængig. Den personafhængige læring er helt konkret underlagt strukturelle og organisationsmæssige strukturer, som sætter nogle rammer og begrænsninger for udviklingen af kompetencer. Dette aspekt er ikke kun knyttet til selve den afdeling, empirien udspringer fra, da kapitlet om de 'Ydre vilkår for sygeplejestuderendes praktik' netop også viser, at sygeplejerskerne konstant bliver sat i situationer, hvor de må prioritere mellem, hvad der er ønskeligt, og hvad der er muligt. Det kan tage tiden og overskuddet fra sygeplejerskerne, så de ikke har tid og mulighed for at oprette frugtbare praksisfællesskaber med de studerende. Dette er nogle helt reelle vilkår, som store dele af sundhedsvæsnet er underlagt. For at imødegå dette problem har de studerende formelt set tilknyttet en klinisk vejleder eller en kontaktsygeplejerske, når de er i praktik. Men empirien fortæller, at den kliniske vejleder tæller med i normeringen, så selvom hun på papiret maksimalt skal arbejde 12 timer, så er virkeligheden en anden på grund af personalemangel. Da den kliniske vejleder skal på efteruddannelse, er de nye kontaktsygeplejersker næsten udelukkende på aftenvagter, hvor de studerende ikke er på afdelingen. Hermed bliver de studerende overladt til sig selv og til de sygeplejersker og vikarer, der er på dagvagterne. De studerende oplever praktikafdelingen som kaotisk, stressende, præget af overbelægning og underbemanding, samt stor udskiftning af vikarer, hvilket er frustrerende for de studerende. Disse faktorer gør den personafhængige læring meget sårbar, idet de studerende oplever, at der er et begrænset antal sygeplejersker, de har mulighed for at oprette et frugtbart praksisfællesskab med. I kraft af at de studerende er legitime perifere deltagere, er de afhængige af, at sygeplejerskerne er villige til at åbne praksis for dem, så de kan bevæge sig længere ind i praksis via deres læringsbaner. Dette er svært for de studerende, hvis de for eksempel følges med de nye vikarer, som selv er legitime perifere deltagere i praksisfællesskabet, hvilket besværliggør oprettelsen af praksisfællesskabet.

Et andet aspekt affødt af de organisatoriske og strukturelle vilkår er, hvorledes sygeplejersker til tider fikserer de studerende i ydre perifere læringsbaner af praksisfællesskabet, hvilket til dels skyldes stress og

manglende overskud. Analysen viser netop vigtigheden og betydningen af, at sygeplejerskerne giver de studerende rum, tid og ro til at fordybe sig i arbejdsopgaver, og at sygeplejerskerne har overskud til at engagere sig i praksisfællesskabet med de studerende. Eftersom læringen i praktikken er så personafhængig, er de personlige relationer mellem de studerende og sygeplejerskerne afgørende for de studerendes læring. De mange vikarer og få faste sygeplejersker gør, at de studerende er begrænsede i deres valg af sygeplejersker, hvilket gør deres daglige læring sårbar.

En anden faktor er balancen mellem de studerendes opfyldelse af individuelle læringsmål og sygeplejerskernes tavse krav og forventninger til dem. Disse tavse krav og forventninger skal de studerende kunne afkode og indfri, samtidig skal de opfylde deres egne læringsbehov. Hvis der ikke er balance mellem sygeplejerskernes tavse krav og de studerendes læringsbehov, er der fare for, at de studerende dequalificerer sig i praksis, så de ender med ikke at opfylde deres egne læringsbehov. De forskellige begrænsninger i praktikken gør, at kontinuiteten i de studerendes læring bliver meget opbrudt og gentagende. En faktor, som praksisanalysen også viste, der netop understøtter dette problem, er sygeplejerskernes egen usikkerhed omkring, hvilket niveau de studerendes kompetencer befinder sig på. Nogle sygeplejersker imødegår deres uvidenhed ved at spørge ind til de studerendes kompetencefokus, men alligevel er mange sygeplejersker hæmmet af deres usikkerhed over for de studerendes faglige kompetencer. Den manglende kontinuitet i praktikken og sygeplejerskernes usikkerhed resulterer i, som analysen viser, at der vil være områder af praksis, som de studerende ikke får kendskab til, på trods af at det ifølge de formelle krav i studieordningen er et krav.

Denne problematik tydeliggør, at praktikken faktisk kræver, at de studerende er viljestærke personligheder, der kan holde fast i deres læringsmål. Praksisanalysen viser netop, at Ellen har svært ved at gennemføre praktikken med sine læringsmål for øje, og at hun i stedet har en tendens til at påtage sig en forsigtig og usikker rolle, og blot prøver at klare sig gennem dagen. Ellens praktikperiode resulterer i, at der er områder af praksis, hun ikke har kendskab til og dermed begrænsede kompetencer i. Ellen er bestemt ikke en dårlig studerende, men de vilkår der konstituerer praktikken, resulterer i en manglende rummelighed for studerende som Ellen, der måske ikke magter at håndtere praktikkens vilkår. Ellen har brug for faste sygeplejersker, hun dagligt kan oprette frugtbare praksisfællesskaber med, hvorved hun kan udvikle de kompetencer, hun har brug for. Men dette kan praktikken ikke tilbyde.

Dannelse af sygeplejefaglighed i praktikken

Idet de studerende lærer og udvikler kompetencer i praksis, udvikler de også deres identitet som sygeplejerske – altså deres sygeplejefaglighed. Gennem socialiseringen i praktikken dannes dele af sygeplejefagligheden, som de studerende ikke ville kunne udvikle på sygeplejeskolen. De studerende vil altid videreudvikle deres sygeplejefaglighed, men praksisanalysen viser, at der er nogle karakteristika, som har betydning for de studerendes udvikling af sygeplejefagligheden. De studerendes kompetencefokus kan fortælle noget om, hvad de studerende prioriterer i deres udøvelse af sygepleje, hvilket knytter sig til fagligheden. En anden ting er, hvordan de studerende forstår at forholde sig kritisk til praksis ethos for herved at reflektere over deres egne ethos og undgå for eksempel at reproducere eventuelle fordomme.

Praksisanalysen tydeliggør, at der klart er forskel på de studerendes og sygeplejerskernes kompetencefokus. De studerendes kompetencefokus er centreret omkring situationsetisk viden og sans samt forsvarlighed i udøvelsen af sygeplejen. De studerende ønsker ikke kun at pleje patienterne, men har også ønsket om at hjælpe og opmuntre dem. For at kunne udvise empati og medmenneskelighed i deres pleje, lægger de stor vægt på, at det er nødvendigt at udøve forsvarlighed i plejen. Forsvarlighed i sygeplejen hænger uløseligt sammen med omsorgen i plejen, hvilket særligt kommer til udtryk i de studerendes håndtering af patienthygiejnen og medicineringen. De studerende mener, at hvis arbejdet ikke bliver forsvarligt udført, så forsvinder medmenneskeligheden i sygeplejearbejdet. Disse grundlæggende træk i de studerendes sygeplejearbejde viser netop, at de studerendes kompetencefokus er funderet i de teoretiske vidensformer som sofia, episteme og mere praksisorienteret fronesis.

Sygeplejerskerne fokuserer på andre sider af sygeplejefaget, end de studerende umiddelbart gør. Sygeplejerskernes kompetencefokus er karakteriseret ved en stærk fokusering på de sundheds- og naturfaglige fagdiscipliner(1.1, 1.2, 2.1, 2.2) og udførelsen af dem i praksis – techne og poiesis. Sygeplejerskerne gør meget ud af at øve og oplære de studerende i videnskabelig og teknisk viden, samtidig med lægger de vægt på den korrekte udførelse af de tekniske opgaver. Empirien viser, at sygeplejerskerne ikke fokuserer så meget på de studerendes håndtering og udøvelse af omsorgs- og samfundsmæssige kompetencer. Det virker umiddelbart som om, der er en implicit forventning fra sygeplejerskernes side om, at de studerende besidder situationsetisk viden og sans, trods det aspekt at mange sygeplejersker er uvidende om de studerendes faglige kompetenceniveau. Men en grundlæggende faktor, der må

medregnes her, er at sygeplejerskerne står i det daglige dilemma i valget mellem 'det ønskelige og det mulige', 'hvad der er behov for, og hvad der er ressourcer til'.

Læringens telos blev nævnt som en grundlæggende dimension i social læringsteori, da telos kan fortælle noget om retningen i den læring, praktikken genererer, og dermed også give et billede af, hvilken type sygeplejefaglighed praktikken lægger op til. Flere faktorer er med til at konkretisere og konstituere læringens telos i praktikken. Helt overordnet er der formelle krav i studieordningen, som giver et praj om telos' karakter. Studieordningen fremholder, at de studerende efter endt uddannelse skal kunne fungere selvstændigt som sygeplejersker, og de skal i praktikken studere udvalgte områder, hvorved de opøver bestemte handlingskompetencer, jf. studieordningen. De studerende skal altså udvikle handlingskompetencer, så de kan udøve selvstændig sygepleje. Praksisanalysen tydeliggør mere specifikt, at læringens telos er meget individuel og personafhængig, hvilket er en fordel, fordi de studerende har individuelle læringsbehov, men det gør også læringen mere sårbar. Læringens telos er betinget af, hvordan de studerende og sygeplejerskerne formår at forhandle mening i praksisfællesskabet, og derfor defineres læringens telos blandt andet ud fra, hvorledes sygeplejerskerne formår at åbne praksisfællesskabet for de studerende. Dette knytter sig igen til, hvordan de strukturelle rammer giver rum for, at sygeplejerskerne har overskud til de studerende. En helt afgørende faktor for læringens telos er, hvordan de studerende formår at afkode praksis' styringsorganer og navigere blandt dem. Problematikkerne er blandt andet, at de studerende kommer i situationer, hvor de efter deres egen mening må gå på kompromis med deres sygeplejefaglige viden og udføre 'mindre' forsvarlig sygepleje, efter de studerende mening, på grund af praksis' præmisser. En anden ting, der knytter sig hertil, er hvorledes de studerende afkoder den herskende ethos blandt sygeplejerskerne for derved at reflektere og forholde sig kritisk over for den og danne deres egen sygepleje ethos. Hvis de studerende ukritisk og ureflekteret adopterer den herskende ethos, kan problemet være, at de studerende blandt andet gentager og reproducerer eventuelle fordomme, som ethos kan rumme, og som har betydning for, hvordan de studerende udfører deres sygepleje. De studerendes sygeplejefaglighed konstitueres således både af deres meningsforhandlinger og balance gangen mellem forskellige kompetencefokus samt deres håndtering af praksis ethos.

Diskussion af sygeplejeuddannelsens praktik

Konklusionen af praksisanalysen koncentrerer sig udelukkende om det, empirien kan bidrage med til besvarelse af problemformuleringen. I diskussionen vil fokus være de mere generelle og brede linjer i forhold til sygeplejeuddannelsens praktik, som også sættes i forhold til debatanalysens problematik omkring vægtningen mellem teori og praktik. I forbindelse med diskussionen om sygeplejestuderendes kompetenceudvikling i praktikken er det naturligt også at diskutere typer af sygeplejefaglighed, fordi de sygeplejefaglige kompetencer er med til at danne de studerendes sygeplejefaglighed.

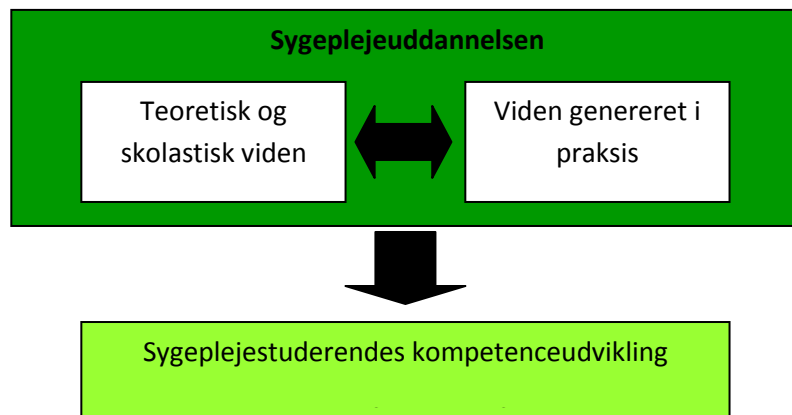
Indlæg til debatten

Den centrale diskussion i debatanalysen er konflikten mellem de to positioner, hvor position 1 kritiserer de nyuddannede sygeplejersker for ikke at være dygtige nok til de tekniske sider af sygeplejepsikis. De argumenterer for, at den humanistiske og samfundsvidenskabelige teori (3.1, 4.1) er overflødig og fylder for meget i sygeplejeuddannelsen. Det resulterer ifølge position 1 i, at de nyuddannede sygeplejersker mister deres sygeplejefaglighed. Opponentterne, repræsenteret ved position 2, argumenterer derimod for vigtigheden af, at de sygeplejestuderende netop får undervisning i humanistisk og samfundsvidenskabelig teori, da det hospitalsvæsen de nyuddannede skal arbejde i, kræver andre kompetencer af sygeplejerskerne i dag end før i tiden. Derfor ændres sygeplejefagligheden i forhold til det, samfundet efterspørger af sygeplejefaglige kompetencer. De to positioners sygeplejefaglige kompetencefokus er skitseret i modellen fra debatanalysen.



Debattens problemstilling knytter sig til en gammel og kontinuerlig diskussion om, hvordan sygeplejerskers faglighed skal defineres. Afsnittet 'historisk blik på sygeplejeuddannelsen' fortæller, hvordan det naturvidenskabelige og medicinske paradigme har været styrende for uddannelsen gennem historien. Position 1 lægger sig op ad dette videnparadigme, da den netop efterlyser sundhedsfaglig og naturfaglig teori og praktiske kompetencer (1.1, 1.2, 2.1, 2.2) i sygeplejeuddannelsen, hvilket er det Aristoteles karakteriserer i sine kundskabsformer som episteme og techne. Ydermere er det kompetencefokus, som position 1 lægger op til netop det Wackerhausen beskrev som den teknologiske logiks kompetenceforståelse. Position 2 positionerer en mere teoretisk helhedsorienteret forståelse af sygeplejekompetencer, idet position 2 pointerer behovet for både sundheds- og naturfaglig teori og humanistisk og samfundsvidenskabelig teori. Dette ses også i udviklingen af sygeplejeuddannelsen, jf. 'Historisk blik på sygeplejeuddannelsen', da uddannelsen blev akademiseret til professionsbachelor i 2001, hvor der netop blev lagt mere fokus på vigtigheden af humanistisk og samfundsvidenskabelig teori. Position 2 refererer til kundskabsformerne sofia og episteme, men koncentrerer sig ikke så meget om fronesis og techne. I debatanalysen fremholdt position 2, at fronesis og techne var vigtige kundskabsformer, men alligevel er position 2 med til at forkorte sygeplejeuddannelsen med tre måneders praktik, hvor netop fronesis og techne udvikles. Samlet set er dette også et udtryk for, at position 2 lægger sig op ad den kompetenceforståelse, som den teknologiske logik repræsenterer. Fælles for position 1 og 2 er deres fokus på den teoretiske del af uddannelsen, og de argumenterer hver især for, hvorfor lige netop den type teori, de prioriterer, er vigtig for de studerendes dannelse af sygeplejefaglighed. I debatanalysen skinner det igennem, at begge positioner er bundet og fanget af det skolastiske paradigme, og de opfatter begge teoretisk viden som svaret på mere kompetente sygeplejersker.

Nærværende projekt tillægger teoretisk viden en anden position i forhold til kompetenceudvikling, end debatanalysen gør. Praksisanalysen tydeliggør, at praktikken er en værdifuld viden- og læringskilde til udvikling af sygeplejefaglighed. Her skal praktikken ikke forstås som det endegyldige svar på debatanalysens problematik, at bare der kommer mere praktik i sygeplejeuddannelsen, så er problemet med de studerendes 'manglende' sygeplejefaglige kompetencer løst. Nej – analysens formål er at tydeliggøre, at teoretisk viden og praksis viden skal supplere og forholde sig til hinanden samt prioriteres som lige væsentlige kilder til viden og læring i en professionsuddannelse som sygeplejeuddannelsen.



Denne vægtning af praksis og skolestisk viden repræsenterer en holistisk forståelse af dannelse og udviklingen af kompetence og sygeplejefaglighed i sygeplejeuddannelsen.

Dette projekt har udelukkende beskæftiget sig med praktikken i sygeplejeuddannelsen og ikke med den skolestiske del af uddannelsen, så derfor er det ikke muligt at komme specifikt ind på, hvordan teorien indholdsmæssigt supplerer og forholder sig til praktikken. Derimod blotlægges vigtigheden af, at praktikken udnyttes, og undersøgelsen fremhæver det manglende fokus på værdien af den praksisnære viden og den unikke læring, som praksis rummer til kompetenceudvikling og dannelse af sygeplejefaglighed.

Læringsmiljøet i praktikperioden

Idet projektets formål er at pointere vigtigheden af vægtningen af praktikperioden, er det væsentligt at se på de studerendes oplevelse af kvaliteten af praktikperioden. Praksisanalysen viser, at de studerende oplever praktikafdelingen som stresset, præget af underbemanding og overbelægning, mange nye vikarer og få faste sygeplejersker. Som analyseret påvirker det de studerende på en sådan måde, at der er områder af praksis, de har svært ved at få adgang til, og endda områder de slet ikke får kendskab til. Det kan blandt andet skyldes, at det praksisfællesskab, de studerende indgår i som legitime perifere deltagere, er et tvunget praksisfællesskab, forstået på den måde at sygeplejerskerne er forpligtede til at tage sig af de studerende. Som analysen også fortæller, er der sygeplejersker, der helt ignorerer de studerende, og andre igen har en meget overfladisk relation til dem. På grund af vilkårene er der sygeplejersker, som ikke kan overskue at engagere sig i de studerende og åbne praksis for dem. Dette er vilkår, som hverken de

studerende eller sygeplejerskerne kan gøre noget ved. Problemerne begrundes i organisatoriske og strukturelle problematikker som skitseret i 'Ydre vilkår for sygeplejestuderendes praktik'.

En del af det, de studerende lærer i praktikken, er også den virkelighed, de oplever på afdelingerne. Analysen viser flere gange, hvordan de studerende kommer i konflikt med deres egne sygeplejefaglige idealer, og de præmisser praksis tilbyder. De studerende oplever, hvordan sygeplejerskerne hele tiden skal prioritere deres tid mellem dem som studerende og som plejere af patienterne. De studerende bliver socialiseret i sygeplejerskernes prioriteringsdilemma, mellem hvad 'der er ønskeligt, og hvad der er muligt'. Analysen viser, at det at kunne prioritere ressourcer er en central sygeplejekompetence, de studerende tvinges til at lære for at kunne begå sig i sundhedsvæsnet. De organisatoriske og strukturelle vilkår sætter nogle markante begrænsninger for de studerendes læring, hvilket bringer sygeplejerskolens mantra – 'Læring er eget ansvar' til debat. Giver vilkårene i praktikken overhovedet muligheder for, at de studerende kan tage ansvar for egen læring?

De vilkår, sundhedsvæsnet er underlagt, er vilkår, sygeplejeuddannelsen og sygeplejerskolerne må tage stilling til i deres planlægning af praktikperioderne. Der må være en mere kritisk holdning til og selektering af, hvor de studerende bliver sendt i praktik. Praktikstederne skal kunne favne det antal studerende, der kommer hvert år. Empirieksemplet fremviste netop en afdeling, der ikke kunne favne fire studerende på samme tid. Dette skal ikke forstås således at de studerende skal beskyttes mod virkeligheden på de danske hospitaler, så de oplever det kendte praksischock, når de er færdiguddannede. Der efterlyses blot, at sygeplejerskolerne forholder sig til, at praktikken er en central og væsentlig del af de studerendes kompetenceudvikling og deres dannelse af sygeplejefaglighed, så derfor må praktikstederne også komplementere de studerendes individuelle læringsbehov.

Et andet aspekt af kvaliteten af praktikkens læringsrum er den kliniske vejleders rolle. Praksisanalysen berører ikke dette aspekt så dybdegående, alene af den grund at den kliniske vejleder ikke er til stede under observationerne. Problemet, som praksisanalysen tydeliggør, er at læringsansvaret helt bliver overladt til de studerende, fordi deres kliniske vejleder er på efteruddannelse. Så pludselig skal de studerende selv have ansvaret for, at de lærer det, de skal, uden at have en kontaktperson. Formelt set er der tilknyttet to sygeplejersker som kontaktpersoner for de studerende, mens den kliniske vejleder er væk. Dette fungerer dog ikke i praksis, og det resulterer i, at kontinuiteten i de studerendes kompetenceudvikling bliver brudt, og de oplever, at de gang på gang skal forklare deres læringsfokus.

Resultatet bliver, at der sker en opdeling af de studerende i svage og stærke studerende. De 'stærke' studerende kan klare læringsansvaret og får derfor også lært det, de skal, men alle studerende giver udtryk for, at det er en meget vanskelig læringsproces og en frustrerende praktikperiode. De 'svage' studerende magter ikke på samme måde at stå alene med det fulde ansvar for deres egen læring, og de bliver hurtigt usikrere på sig selv og dequalificerer sig selv i praksis. Sygeplejeuddannelsen og praktikperioderne skal kunne håndtere forskellige studerende, så det ikke kun er de stærke, der overlever på bekostning af de svage studerende. Sygeplejeuddannelsen og praktikken bør kunne rumme alle typer studerende, hvilket praksisanalysen viser ikke skete i tilstrækkelig grad. Dette er problematisk, da fundamentet for, at de 'svage' nyuddannede sygeplejersker kan håndtere udfordringerne i praksis, på forhånd ikke er optimalt. Resultatet kan dels være, at nogle nyuddannede sygeplejersker mangler centrale kompetencer, og dels vil der være nogle, som helt skifter erhverv. Dette skal ses i lyset af, at hver tredje sygeplejestuderende falder fra studiet, hvilket er samfundsøkonomisk dyrt, og på nuværende tidspunkt mangler der ca. 1550 sygeplejersker i Danmark (Synergi nr. 7, 2. årgang; DSR 2007: 1).

Uudnyttede læringsrum

Som beskrevet spiller de strukturelle og organisatoriske vilkår en stor rolle både for sygeplejerskernes arbejdsmiljø og derfor også for de studerendes læring i praktikken. En ting, der er interessant i den forbindelse, men som analysen ikke berører, er de læringspotentialer, de studerende rummer for sygeplejerskerne. Læring i praksisfællesskaber er ikke kun henvendt til de studerende, men kan være et gensidigt læringsrum mellem de studerende og sygeplejerskerne. De studerende har netop en anden tilgang til praksis end sygeplejerskerne, i kraft af at de studerende studerer sygepleje og derfor har en teoretisk ballast, der er løsrevet fra praksis. De studerende kommer med et udefra-blik og en kritisk tilgang til praksis, hvormed de har mulighed for at ændre praksis og bryde med de indsocialiserede dårlige vaner og dominerende ethos. Sygeplejerskerne kan være fanget i ethos, og på grund af de vilkår der hersker, har sygeplejerskerne ikke gennemslagskraft nok til at ændre praksis. Men her viser der sig et overset læringsrum. De studerende skal efter endt praktikperiode skrive en opgave, der teoretiserer problematikker, de studerende har oplevet omkring arbejdsgange, arbejdsområder eller patientforløb, som alle udspringer fra praktikoplevelser. Disse praktikopgaver er en form for evalueringer og rummer vigtig viden, de pågældende praktikafdelinger kan gøre brug af, for eksempel ved at se nogle af arbejdsgangene efter og bryde med nogle af de indsocialiserede vaner. Som analysen viser, er det læringsrum, de studerende oplever, meget ensidigt, hvilket gør, at det gensidige læringsfællesskab, Wenger lægger op til,

er amputeret. Sygeplejerskerne engagerer sig ikke i gensidig læring med de studerende, som er et læringspotentiale, praktikken rummer.

Akademiseringen af sygeplejeuddannelsen

Debatdiskussionen udspringer helt grundlæggende fra problematikkerne omkring akademisering af sygeplejeuddannelsen. I kraft af at sygeplejeuddannelsen er blevet en professionsbachelor, kan man sige, at de studerende uddannes til et praksiserhverv via et studium, hvilket automatisk skaber nye typer af sygeplejersker og studerende. En del af problemet i debatanalysen knytter sig til urealistiske forventninger til nyuddannede studerende. Man forventer samme type studerende, som blev uddannet på den gamle studieordning fra 1990. Men når det er sagt, er der flere fagfolk og forskere fra debatanalysen, der gør opmærksom på, at faren ved akademiseringen af sygeplejeuddannelsen, er at uddannelsen mister kontakten til sygeplejepspraksis, fordi teorien refererer til akademisk videreuddannelse og ikke til praksis (dette er ligeledes skitseret i 'Ydre vilkår for sygeplejestuderendes praktik'). Så uddannelsen kan miste kontakten med sygeplejepspraksis, og dermed bliver der en større kløft mellem uddannelsens teori og dens praksisfelt. Denne problematik viser sig blandt andet i de uddannelsesjusteringer, der er kommet i den senere tid – først 'de 13 anbefalinger' der gjorde sig gældende i en ny bekendtgørelse fra 2007 og så den nye fælles studieordning fra 2008. Det er klart, at i takt med at samfundet og hospitalssektoren udvikler sig, efterspørges nye og flere kompetencer, som sygeplejerskerne skal kunne beherske, hvilket også resulterer i, at uddannelserne nødvendigvis må ændre sig. Sygeplejefaget er stadig et praksisfag, hvis kernekompetence er omsorg og pleje af mennesker, dette må også være det centrale fikspunkt i uddannelsen, det være sig i teorien og i praktikken. Det er centralt for de nye sygeplejersker, at de i uddannelsen erhverver sig praksiskompetencer for både at supplere og relatere til den skolestiske teori. Den praktiske dimension skal medregnes seriøst i sygeplejeuddannelsen, ellers amputeres sygeplejefagligheden og dens kompetencer. Uden balance mellem teori og praksis vil sygeplejeuddannelsen uddanne sygeplejersker, der enten mangler praksiskompetencer eller teoretisk forståelse for deres udøvelse af sygepleje. Det er ikke nok, at de studerende kan udføre sygeplejetekniske opgaver, de skal også kunne forstå deres sygepleje i deres kontekst og relatere den til samfundsmæssige sammenhænge.

Litteraturliste

Aristoteles, (1995) "Den Nikomacheiske Etik", Det lille Forlag, 1995, Danmark

Bayer, Martin (2001A) "Praktikkens skjulte læreplan, Praktikuddannelsen – empirisk undersøgt i pædagoguddannelsen", Danmarks Pædagogiske Universitet(DPU), 2001, Danmark

Bayer, Martin (2001B) "Praktikkens skjulte læreplan", kapitel 6 – 'Bygninger som socialisationsagentur' i "Praktikker i erhverv og uddannelse – om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker", red. af Petersen, Karin Anna, Akademisk Forlag, 2001, Danmark

Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen fra 2001, Undervisningsministeriet

Clausen, Inger & Müller, Karin (2003) "Den moderne sygeplejers udvikling- sygeplejerskens vilkår set i et historisk perspektiv", artikel fra Danbjørg, Dorthe Boe, (red.) "Sygeplejerskernes vilkår i det danske sundhedsvæsen", Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2003

CVU Øresund (2007) "Studieordning for sygeplejerskeuddannelsen København", studieordning ifølge BK nr. 232 af 30/03/2001, revideres udgave af studieordningen fra 2001

Danbjørg Dorthe Boe (2003) "Sygeplejers vilkår set fra gulvet" en artikel fra Danbjørg, Dorthe Boe (red.) "Sygeplejers vilkår i det danske sundhedsvæsen", Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2003

Dansk Sygeplejeråd (DSR) (2006) "Sygeplejerskeuddannelsens historie", www.dsr.dk, 2006

Synergi (2005) "Hver tredje sygeplejestuderende falder fra", Dansk Sygeplejeråd, Nyhedsbrev nr. 7, 2. årgang.

FLOS – Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet (2004) "Forskning i sygehuse under forandring", Nyt fra Samfundsvidenskaberne Institut for Organisation og Arbejdssociologi, København 2004, www.flos.cbs.dk

Flyvbjerg, Bent (1992) "Rationalitet og magt – Bind I: Det konkrete videnskab", Akademisk Forlag, Danmark, 1992

Heinskou, Torben (2005) "Nye styringsinstrumenter i sundhedssektoren – Magt, management, målbarhed og marked", artikel fra Social Kritik nr. 102, 17. årgang 2005

Hjort, Katrin (2006A) "Professionalisering af arbejdet med mennesker – honnet ambition eller demokratisk nødvendighed?", artikel i kopi form fra Katrin Hjort, 2006

Hjort, Katrin (2006) "Moderniseringen af den offentlige sektor", Roskilde universitetsforlag, København, 2006

Informationspjece 2001 "Reform af de mellemlange videregående sundhedsuddannelser", Undervisningsministeriet 2001

JydskeVestkysten 2006, 23/08, 1. sektion, side 3, "Hård Kritik af sygeplejerskernes uddannelse"

Kjærgaard, Grethe (2006) "National studieordning for sygeplejerskeuddannelsen", artikel fra Sygeplejersken 2006, nr. 12, www.dsr.dk

Kristiansen, Søren, og Krogstrup, Hanne Kathrine (2005) "Deltagende observationer – introduktion til en forskningsmetodik", Hans Reitzeis Forlag, 2005.

Kvale, Steinar (2002) "InterView – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview", Hans Reitzeis Forlag, Danmark, 2002.

Larsen, Kristian (1999) "Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider – et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen", Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning(UCSF), 2000, Danmark

Larsen, Kristian (2001) "Med arkitektur som læremester – om praktikuddannelse af sygeplejestuderende", kapitel 6 – 'Bygninger som socialisationsagentur' i "Praktikker i erhverv og uddannelse – om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker", red. af Petersen, Karin Anna, Akademisk Forlag, 2001, Danmark

Lave, Jean (2003) "Situert læring – og andre tekster", Hans Reitzels Forlag, 2003, Danmark

Maglekær, Karen Margrethe (2001) "Fra håndværksuddannelse vis mesterlæreprincippet til selvstændig profession via akademisk videnskabelighed" Speciale i sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet, 2001

Nielsen, Klaus og Kvale, Steinar red. (1999) "Mesterlære – Læring som social praksis", Hans Reitzels Forlag, København 1999

Palsbo, Søren red. (2006) "Lønnen er grov undervurdering", artikel fra Sygeplejersken 2006, nr. 23, www.dsr.dk

Pedersen, Carsten, 2006A "Teori og Praksis", kapitel 1 fra "Vidensformer - Pædagogik - Sundhed", red. Af Hørdam, Britta, Pedersen, Carsten, Gads forlag, Danmark, 2006

Pedersen, Carsten, 2006B "Vidensformer", kapitel 2 fra "Vidensformer - Pædagogik - Sundhed", red. Af Hørdam, Britta, Pedersen, Carsten, Gads forlag, Danmark, 2006

Politiken 2007, 04/02, Debat/kronik, side 5, "Kronik: Rapport fra akut, medicinsk afdeling" af Bettina Kølbe

Politiken 2007, 19/02, Debat/kronik, side 5, "Kronik: 'Patient har det ikke godt'", af Stine Kongsgart Reunert

Ramhøj, Pia (2003) "Sygeplejens vilkår set fra et uddannelsesmæssigt perspektiv", artikel fra Danbjørg, Dorthe Boe, (red.) "Sygeplejerskernes vilkår i det danske sundhedsvæsen", Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2003

Saugstad, Tone (2001) "Teori og Praksis i et aristotelisk perspektiv", kapitel 2 – 'Professionel handlen' i "Praktikker i erhverv og uddannelse – om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker", red. af Petersen, Karin Anna, Akademisk Forlag, 2001, Danmark

Schön, Donald A., (2001) "Den Reflekterende Praktiker – hvordan professionelle tænker, når de arbejder", Forlaget Klim, 2001, Danmark

Scheel, Linda Schumann (2000) "Praksislæring", Gyldendal Uddannelse, København, 2000

Undervisningsministeriet (2007) "Anbefalinger til en revision af sygeplejerskeuddannelsen",
Undervisningsministeriet, 2007, www.uvm.dk

Vrangbæk, Karsten (2005) "Sporskifte i dansk sundhedspolitik?", artikel fra Økonomi & Politik, tema:
Sygehuspolitik, nr. 1, 78. årgang 2005

Wackerhausen, Steen, (1999) "Tavs viden, pædagogik og praksis" artikel fra "På sporet af praksis" en
antologi Uddannelsesstyrelsens temahæfte nr. 7, 1999, Undervisningsministeriet 1999

Wackerhausen, Steen, (1991) "Teknologi, kompetence og vidensformer" artikel fra Philosophia – tidsskrift
for filosofi, Tema: Teknologi og Filosofi/Musik og Filosofi, Olsen, Finn og Andersen, Peter Fuur (red.), årgang
20, nr. 3-4. 1991, Århus C.

Wahlgren, Bjarne, Aarkrog, Vibe (2004) "Teori i praksis", Hans Reitzels Forlag, 2004, Danmark

Wenger, Etienne (2004) "Praksisfællesskaber – Læring, Mening og Identitet", Hans Reitzels Forlag, 2004,
Danmark

English summary

The criticism from 2006 concerning the skills and qualifications of nursing students and just educated nurses sets the scene for this thesis. The focus of the criticism is the increasing theorizing of the nursing education. The effect of this is that the level of the practice skills is decreasing. A missing point in the criticism is which role the practical period of the nursing education plays concerning development of practice nursing skills and the formation of being a professional nurse. This is the theme of the thesis. Furthermore the thesis wants to highlight the possibilities and limits that the practicing period contains concerning how to learn and develop nursing qualifications and skills. During the analysis several factors stand out. A large part of these factors is due to the organisational and structural conditions of the healthcare sector. This is obvious from the fact that the nurses find themselves in a dilemma between having to choose either what is desirable or what is possible. In this context the students are often ignored and because of the stressing conditions it is difficult for the students to learn key skills. On the other hand they learn the reality in the healthcare work. But when the students enter into fertile learning communities, they in return learn important skills and qualifications which only can be passed on through practice. They learn parts of practice nursing skills; knowledge which is person dependent and based on experience. This knowledge is also called 'tacit knowing'. The students acquire the ability to practice professional judgement and thereby get a feeling of practice also named 'situation-ethic' knowledge. In this way the nursing students develop professional nursing skills that contain both the theoretical aspect and the tacit knowing, which together create unified nursing skills. It is the unified nursing skills that qualify the students to carry out nursing in real life.

The agenda of this thesis is to put greater emphasis at the impotency of practice periods in nursing education, to point out the difficult organisational and structural conditions of the practice period. There cannot be given one answer or one solution to this challenge as for example more practice in the nursing education. The focus has to be put directed to the quality of the practice period and the relations between school theory and praxis.

This thesis is based on interviews and observations of three nursing students, who are all in practice and at their 6. school semester. The theoretical body in this thesis refers to social learning theory. Etienne Wenger's 'Community of practice' is used to describe the conditions and settings of practice learning environment. The understanding of skills and qualifications that Steen Wackerhausen and Donald Schön are perching is used to analyse facets of nursing skills and how the students acquire these. Aristotle's forms of knowledge – fronesis – help to encircle the student's acquiring and use of the professional nursing skills.

Studieforløbsbeskrivelse

Min grunduddannelse er den humanistiske basisuddannelse og efterfølgende overbygningsfag – Pædagogik & uddannelsesstudier og Offentlig administration. Afslutningsvis integreret speciale.

Den humanistiske basisuddannelse

Den humanistiske basisuddannelse var for mig en indføring i den akademiske og videnskabelige verden. Hvor spørgsmål som – hvad er videnskabelig viden? Hvordan genereres videnskabelig viden? Hvad er kritisk og problemorienteret projektarbejde? blev besvaret gennem uddannelsen. Det gennemgående tema i de tre basissemesterprojekter har været kommunikation og medie, herigennem oparbejdede jeg en bred viden om journalistiske genrer som reportage, new journalisme og existential journalisme, samt reklamekommunikation. Semesterprojekterne var tværfaglige og bredte sig over forskellige problemstillinger, som refererer til historiske aspekter inden for kommunikation og medie. Men også sociale og samfundsmæssige aspekter som forbrugerkultur og -samfund, samt etniske tilhørsforhold og forskellige verdensopfattelser og deres kulturelle sammenstød. De tre projekter refererede til forskellige problemstillinger, som åbnede for indsigt i videnskabsteoretiske retninger, som hermeneutik, fænomenologi, social konstruktivism, eksistentialisme, strukturalisme og kritisk teori. Sideløbende med semesterprojekterne deltog jeg i grundkurser og specialkurser. Kurserne bidrog til specifik fagviden både metodisk og teoretisk, som understøttede og supplerede semesterprojekterne. Disse første projekter var eksperimenterende, men metode- og teorivalg, hvor opgaven i sig selv var at afprøve forskellige metoder og sætte sig ind i forskellige teorityper. På denne måde opøvede jeg en bred forståelse af metoder og teorier inden for humaniora.

På det personlige kompetencemæssige niveau erhvervede jeg gennem projektarbejdet forståelsen af vigtigheden i at kunne modtage og give konstruktiv kritik, diskutere faglige problemstillinger konstruktivt og indgå faglige kompromiser. Jeg lærte derudover at samarbejde med forskellige mennesketyper og udnytte forskelligheden til positiv gruppedynamik.

Pædagogik & Uddannelsesstudier

På det første overbygningsfag skrev jeg et-års-projekt – bachelorprojekt, der omhandlede læringen i mentorordninger som et medarbejderudviklingsværktøj. Her fik jeg for alvor en forståelse af, at læring ikke er en isoleret proces, men foregår i samspil med omgivelserne. Projektet tog udgangspunkt i empiri, indsamlet fra DR's mentorordning, hvilket gav mulighed for at se, hvordan de læringsteoretiske aspekter udspillede sig i praksis. De teorier, jeg stiftede kendskab med, var hovedsagligt læringsteorier inden for psykologien, samfundsvidenskaberne og organisationsteorier. De supplerende kursers hovedfokus var læring og udvikling i arbejdslivet, samt uddannelsesplanlægning. Disse kurser belyste forskellige aspekter af udviklings- og læringsværktøjer, der benyttes i arbejdslivet. Her fik jeg en forståelse af både de positive sider og aspekter af udvikling og læring i arbejdet, men også blik for de mindre positive sider, hvor læring og udvikling mere bliver en tvang end en trang. De menneskelige aspekter i forhold til læring og udvikling kom her i centrum for mig.

Af personlige kompetencer fik jeg god øvelse i gruppekonfliktløsning. Og tværfagligt samarbejde med forskellige overbygningsfag og basisbaggrund.

Offentlig administration

Det andet overbygningsfag var forfriskende, da det koncentrerede sig om helt andre problemstillinger end humaniora gør. Her udarbejdede jeg to semesterprojekter, hvor jeg fik indblik i offentlig regulering, dels gennem 'Udvidet frit sygehusvalg' og 'Ny Løn'. Her fik jeg blik for, at udviklingsværktøjer og incitamenter ikke fungerer optimalt, hvis de menneskelige aspekter ikke medregnes. Gennem semesterprojekterne stiftede jeg bekendtskab med socioøkonomiske og økonomiske teorier, der beskæftigede sig med effektivisering af arbejdskraft.

Tværfagskurserne og organisationskurserne gav mig kendskab til de rationaler, den offentlige sektor opererer på, men også til hvordan new-public-managementrationalerne påvirker den offentlige sektor. Jeg fik forståelsen af, hvordan de offentlige organer adskiller sig fra de private, og hvilke forbehold man må tage, når man implementer udviklingsværktøjer fra den private sektor i den offentlige sektor. Økonomikurset gav en specifik og grundlæggende forståelse af, hvordan offentlig økonomi reguleres og de økonomiske rationaler, de offentlige institutioner opererer på. Jurakurset gav ligeledes indblik i, hvordan den offentlige sektor styres.

Af personlige kompetencer lærte jeg at stille krav til medstuderende i gruppesammenhæng og fandt ud af, hvor mine egne grænser i forhold til gruppeengagement var.

Integreret speciale

Udarbejdelsen af specialet har for mig været en øvelse i at kombinere forskellige aspekter fra mine to overbygningsfag og emnemæssigt en måde at skabe sammenhæng i mit studie på. Specialet har givet mig et dybere indblik i læringsmekanismer og de muligheder og begrænsninger, en arbejdsplads rummer for læring og udvikling. Specialetemaet ligger også i forlængelse af de tre foregående projekter omkring 'Mentorordninger som udviklingsværktøj', 'Udvidet frit sygehusvalg' og 'Ny løn', idet temaet omhandler hospitalssektoren med særligt fokus på sygeplejestuderende og deres praktikforhold og deres udviklingsmuligheder heri. Specialet har givet mig en realitetserkendelse af hvor fastlåst uddannelsestænkning er i Danmark, og hvor kompleks den offentlige sektor er – og dermed hvor vanskeligt der er at ændre en uddannelse som sygeplejeuddannelsen.

Jeg synes, at specialet på en måde er en 'svendeprøve' for kommende akademikere, forstået på den måde at jeg gennem udarbejdelsen af specialet har gjort brug af alle de faglige og personlige kompetencer, jeg har erhvervet gennem studiet. Jeg har fået øvelse i interview- og observationsteknik, i selektering af store mængder information, i formidling af kompliceret teori- og metodestof, i at arbejde videnskabeligt og producere ny viden. Udarbejdelsen af specialet har lært mig at arbejde selvstændigt og målrettet. Den har givet mig større selvtillid omkring mine egne faglige kompetencer.

Studiet samlet set

Kombinationen af den humanistiske del af studiet med den samfundsorienterede del har været helt bevidst valgt, da disse to fagdele supplerer hinanden optimalt. De har netop givet mig forskellige måder at forstå problematikkerne på, men også forskellige måder at løse problematikkerne på. Den humanistiske del af studiet har givet mig en humanistisk tilgang til problemløsning. At forstå problematikker ud fra forskellige aspekter og at se og forstå verden nuanceret, hvor der ikke er et facit, men mange måder at løse problematikker på. Den mere samfundsorienterede del af studiet har givet mig indblik i de rationaler, samfundet og særligt den offentlige sektor, opererer på. Hvor samfundet opererer på økonomiske rationaler, hvorimod den offentlige sektor grundlæggende opererer på helt andre rationaler. Denne tilgang

'Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen – Et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken'
af Michelle Marie Mønster Petersen

har givet mig en forståelse for den samfundsøkonomiske tankegang, hvor den humanistiske tilgang til problematikkerne netop åbner for, at det ikke altid er de økonomiske incitament, der er afgørende, men i høj grad andre rationaler, der er afgørende for at løse de forskellige problematikker.

Bilag

Empirimateriale på cd:

- Interview
- Observationer