

Linda Kragelund

Kategoriseringsmodel for sygeplejestuderendes læreprocesser

– et arbejdsredskab for studerende og deres kliniske vejledere



**Kategoriseringsmodel
for sygeplejestuderendes
læreprocesser**

**- et arbejdsredskab for studerende
og deres kliniske vejledere**

**Af
Linda Kragelund**

Kategoriseringsmodel for sygeplejestuderendes læreprocesser
- et arbejdsredskab for studerende og deres kliniske vejledere

Forfatter: Linda Kragelund

Udgivet af Forskningsprogrammet Kompetenceudvikling i et livslangt perspektiv,
under Learning Lab Denmark, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole og
Psykiatrien, Region Sjælland

© 2007 Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Psykiatrien, Region Sjælland
og forfatteren

Kopiering fra denne bog er kun tilladt ifølge aftale med Copy-Dan

Sats: Linda Kragelund

Omslag: WeMadeThis

Tryk: Schultz Grafisk

1. udgave, 1. oplag

ISBN 978-87-7684-182-9

Bogen kan købes ved henvendelse til:

Danmarks Pædagogiske Bibliotek

Tuborgvej 164, 2400 København NV

www.dpu.dk/bogsalg

bogsalg@dpu.dk

Tlf.: 8888 9360

Fax: 8888 9394

Eller

Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag

www.forlag.dpu.dk • forlag@dpu.dk

Indhold

Indledning	5
En model for læreprocesser	7
Disjuncture	7
Individuelt bevidst disjuncture	11
Kollektivt bevidst disjuncture	11
Individuelt ikke-bevidst disjuncture	12
Kollektivt ikke-bevidst disjuncture	13
Indhold i læreprocesserne	15
At lære at være sygeplejerske	16
At lære at udøve sygepeje	17
Pseudo-hverdagslivsaktiviteter	18
Vejledning i at bruge modellen	21
Et eksempel på brug af kategoriseringsmodellen	24
Afslutning	27
Referencer	28

Indledning

I dette hæfte beskriver jeg en kategoriseringsmodel for sygeplejestuderendes læreprocesser i interaktion med psykiatriske patienter. Modellen er udviklet i forbindelse med ph.d.-projektet *Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje - En kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri* (Kragelund 2006).

I hæftet bliver det også forklaret, hvordan sygeplejestuderende og deres kliniske vejledere kan bruge modellen som et lærings- og undervisningsredskab i forbindelse med sygeplejestuderendes kliniske uddannelse i psykiatri.

Kategoriseringsmodellen er et bud på, hvordan læreprocesserne kan forstås, og hvad indholdet kan være i dem, når man som studerende er på vej til at udvikle kompetence i at udøve psykiatrisk sygepleje professionelt.

Mit håb er, at kategoriseringsmodellen udover at anvendes i de studerendes kliniske uddannelse i psykiatri også kan bruges i andre grene af sygeplejerskeuddannelsen og i andre uddannelser, hvor interaktion med mennesker er en væsentlig del af professionens arbejde.

Linda Kragelund
adjunkt, ph.d., sygeplejerske
juli 2007

En model for læreprocesser

Den kategoriseringsmodel for sygeplejestuderendes læreprocesser, der bliver præsenteret her, er udviklet i forbindelse med ph.d.-projektet *Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje - En kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri* (Kragelund 2006).

Kategoriseringsmodellen er *dels* udviklet på baggrund af en kvalitativ empirisk undersøgelse af 11 sygeplejestuderendes læreprocesser under deres kliniske uddannelse i 11 forskellige afdelinger, *dels* på baggrund af teoretiske studier. Det empiriske materiale er blevet til via kvalitative guidestyrede interview og observation med de studerende og via observation af de studerende under deres kliniske uddannelse i psykiatri. Observation er defineret som en dialog mellem en studerende og forskeren, hvor de sammen reflekterer over oplevelser, de har haft i forbindelse med forskerens observation af den studerende.

Analyseenheden i relation til empirien i projektet var ikke-rutine situationer, hvor sygeplejestuderende havde mulighed for at interagere med psykiatriske patienter. Hver situation/analyseenhed bestod af tre dele: *optakt - interaktion* mellem studerende og patient - *efterspil*.

Projektets teoretiske ramme bestod af en syntese af flere teorier, herunder teori om læring, hverdagsliv, totalinstitutioner og interpersonelle relationer i sygepleje. I dette hæfte berøres den engelske uddannelsesforsker Peter Jarvis' læringsbegreb disjuncture og den ungarnsk-amerikanske filosof Agnes Hellers teori om hverdagsliv.

Disjuncture

Ifølge Jarvis opstår *disjuncture* i situationer, hvor der er en splittelse eller disharmoni mellem en persons biografi/erfaring og den sociale situation, han eller hun er i (f.eks. Jarvis 1987; Jarvis 2005). Jarvis mener, at det er noget fundamentalt menneskeligt at forsøge at skabe mening i livet og i konkrete sociale situationer. Så længe der er overensstemmelse og harmoni mellem vores oplevelser af en konkret social situation og vores universer af mening, har vi ikke, eller føler vi ikke, behov for at stille spørgsmål om mening. Men oplever vi noget ukendt, noget nyt, bliver vi tvunget til at stille spørgsmål om mening for at genoprette mening og harmoni.

En grundlæggende antagelse hos Jarvis er, at sociale situationer, hvor der er en disharmoni mellem vores hidtidige erfaring og den situation, vi står i, er potentielle læresituationer - der er disjuncture.

Her følger et eksempel på disjuncture - eller, som det også vil blive kaldt, *ikke-rutine situationer*:

Sygeplejestuderende Frida fik sin kliniske uddannelse i en åben psykiatrisk afdeling for voksne mennesker.

En eftermiddag, hvor jeg (Linda Kragelund) observerede Frida, spurgte Fridas vejleder hende, om hun havde talt med en kvindelig patient, der led af skizofreni, og som Frida skulle være med til at pleje. Det havde Frida ikke, men hun sagde, at hun ville gøre det.

Frida gik fra kontoret, hvor hun havde talt med vejlederen, og ud på gangen. Her stoppede hun op, og sagde til mig:

"Jeg må lige samle mig lidt. Jeg ved ikke hvad jeg skal sige til patienten. Hvordan skal jeg få kontakt? Jeg har selv personligt svært ved small talk"
(Frida i Kragelund 2006).

Der var tale om disjuncture, fordi Frida sagde, at hun ikke vidste, hvad hun skulle sige til patienten, og at hun ikke vidste, hvordan hun skulle få kontakt med patienten. Det var ikke-rutine for Frida at etablere kontakt med en patient, der led af skizofreni.

Frida oplevede i optakt til interaktion med patienten, at der var en splittelse mellem hendes erfaringer (viden og færdigheder) og den sociale situation, hun var på vej ind i.

Det er for enkelt at sige, at disjuncture alene er karakteriseret ved, at der er en splittelse mellem en persons erfaringer og den sociale situation, han eller hun står i. Disjuncture har ifølge Jarvis 3 aspekter:

Det første aspekt drejer sig om, at en person kan opleve disjuncture i en aktuel social situation, eller personen kan forestille sig fremtidige situationer, hvor der vil være disjuncture (Jarvis 1987; Jarvis 2005). F.eks. var der tale om aktuel disjuncture i situationen, hvor Frida skulle etablere kontakt med kvinden, der led af skizofreni. Og en forestilling om disjuncture i fremtiden kunne opstå, hvis Frida forestillede sig, at hendes erfaringer (viden, færdigheder og holdninger) ikke ville være tilstrækkelige til, at hun kunne bestå den interne prøve i psykiatri, der afslutter den kliniske uddannelse.

Det andet aspekt drejer sig om, at der er forskellige grader af disjuncture. Ifølge Jarvis er graden af disjuncture forbundet med, i hvilket omfang det er rutine eller ikke-rutine for en person at handle i en given situation. Jarvis siger, at når vi vænner os til handlinger, så bevæger vi os fra eksperimenterende og kreative handlinger i nye situationer over gentagelser til rutine/tilvænning og videre til ritualisme og fremmedgørelse (Jarvis 1999).

Kreative og eksperimenterende handlinger foretager vi i nye situationer, i

situationer, der ikke er rutine.

Over for den type handlinger og situationer står situationer, hvor vi kan handle på en taget-for-givet måde. Det er situationer, hvor vi handler pragmatisk, mekanisk og automatisk. At handle giver stadig mening for den, der gør det, men handlingen foregår næsten "bevidstløst". Der er harmoni mellem personens erfaringer og den sociale situation, vedkommende befinder sig i. Det er en rutine situation.

Er en person først tilvænnet sine handlinger - er de blevet rutine - så er der ifølge Jarvis risiko for, at tilvænningen fører til ritualisme. Det vil sige, at den, der udfører handlingerne, ikke længere ser nuancerne/de små forskelle i situationerne. Desuden kan der være en risiko for, at den udøvende mister sin menneskelighed og kommer til at handle som en robot. Ritualisme kan udvikle sig yderligere og blive til fremmedgørelse. Det betyder, at handlingerne udføres, men ses som meningsløse for den udøvende. Arbejdet opfattes som kedeligt og evindelige gentagelser. Det kan være vanskeligt at sige, hvornår noget er rutine eller ikke-rutine for en person. Mange situationer indeholder elementer af begge dele (Jarvis 1992a; Jarvis 1999).

I eksemplet med Frida må det på *den ene side* antages, at det var rutine for hende at etablere kontakt med patienter, da hun var på 5. semester af sin uddannelse. På *den anden side* var det ikke-rutine for hende i den konkrete situation, fordi hun skulle etablere kontakt til en patient, der led af skizofreni. Fridas handling blev vanskeliggjort af, at en del patienter, der lider af skizofreni, har problemer med kontakt i forhold til andre mennesker.

En af Jarvis' pointer er, at professionelle også lærer i rutine-situationer med rutine-handlinger, fordi de er i stand til at stille spørgsmål til deres egne handlinger og til holdningerne, der ligger bag handlingerne. De er med andre ord i stand til at generere disjuncture på ny (Jarvis 1999).

Det tredje aspekt drejer sig om, hvem der er opmærksom eller ikke opmærksom på disjuncture hos en person. Er personen selv klar over, at han eller hun står i en ikke-rutine situation? Hvis ikke, er der så andre i hans eller hendes omgivelser, der er opmærksom på det (Jarvis 1987; Jarvis 1992b; Jarvis 2005)? Eller ser hverken den udøvende eller personer i vedkommendes omgivelser, at den udøvende er i en situation med disjuncture - i en ikke-rutine situation?

Dette tredje aspekt af disjuncture bliver uddybet i det følgende, da det gør det muligt at kategorisere sygeplejestuderendes læreprocesser i fire forskellige typer af disjuncture.

De fire forskellige typer disjuncture knytter an til, hvem den er henholdsvis bevidst og ikke-bevidst for. Det kan opstilles i modsætningerne individuelt *contra* kollektivt og opmærksom på *contra* ikke-opmærksom på.

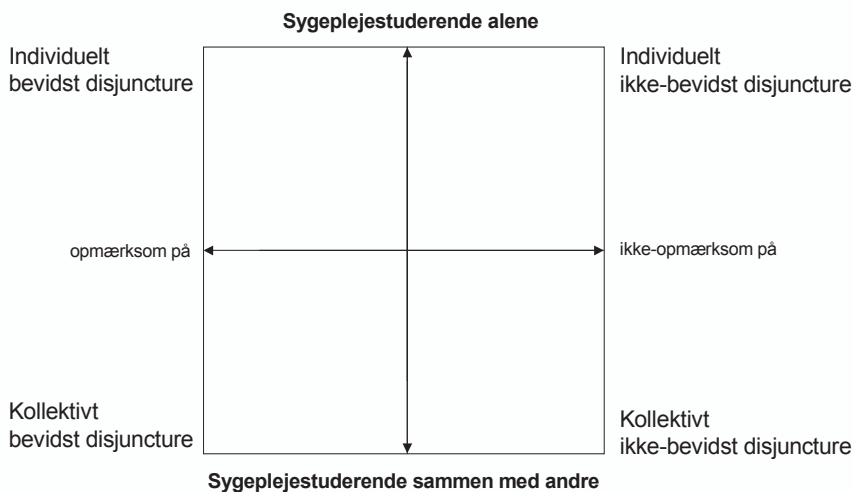
- individuelt *contra* kollektivt henviser til, om den studerende alene og for sig selv, altså individuelt, er klar over eller ikke-klar over, at vedkommen-

de står i en ikke-rutine situation, eller om det i modsætning hertil er åbenlyst eller ikke åbenlyst for både den studerende og plejepersonalet, altså kollektivt, at den studerende står i en ikke-rutine situation

- opmærksom på *contra* ikke-opmærksom på drejer sig om, hvilken erkendelse der er hos den studerende og plejepersonalet om, at den studerende står i en ikke-rutine situation og dermed i en potentiel læresituation.

De fire typer disjuncture indgår i kategoriseringsmodellen for sygeplejestuderendes læreprocesser og er illustreret i figur 1.

Figur 1 De fire typer disjuncture, der indgår i kategoriseringsmodellen for sygeplejestuderendes læreprocesser



I den øverste del af modellen placeres situationer, hvor den studerende er alene om at være opmærksom eller ikke-opmærksom på, at han eller hun er i en situation med disjuncture. Det bliver kaldt individuel disjuncture.

I den nederste del af modellen placeres situationer, hvor den studerende sammen med medlemmer af plejepersonalet er klar over eller ikke-klar over, at han eller hun er i en ikke-rutine situation. Det bliver benævnt kollektiv disjuncture.

I en læringsmæssig sammenhæng er det højre del af modellen, der er mest interessant, fordi det er her de ikke-bevidste og uudnyttede potentielle læresituationer hører til.

Individuelt bevidst disjuncture

I det ovenfor nævnte eksempel med Frida var hun selv - i optakt til interaktion med patienten, der led af skizofreni - opmærksom på, at hun manglede viden og færdigheder for at kunne håndtere interaktionen. Det var tydeligt eller åbenbart for hende. Hun erkendte, at hun ikke vidste, hvordan hun skulle få kontakt med patienten.

Den type situationer bliver her kaldt *individuelt bevidst disjuncture* (øverste venstre kvadrat i figur 1). Individuelt bevidst disjuncture karakteriserer ikke-rutine situationer, hvor den studerende i optakt til/under interaktion med/i efterspil til interaktion med en patient er bevidst om/opmærksom på, at hun står i en ikke-rutine situation.

Kollektivt bevidst disjuncture

Ifølge Jarvis er der situationer, hvor disjuncture er tydelig både for personen selv og for personer i vedkommendes omgivelser (Jarvis 1992b; Jarvis 2005). Det bliver her kaldt kollektivt bevidst disjuncture (nederste venstre kvadrat i figur 1). Situationer med kollektivt bevidst disjuncture er pr. definition også individuelt bevidste. Kollektivt bevidst disjuncture forekommer i situationer, hvor både den studerende og hans eller hendes vejleder er opmærksomme på, at den studerende er på vej ind i/står i/har været i en ikke-rutine situation. Her følger et eksempel på det:

Sygeplejestuderende Ann var med til at pleje en kvinde, der led af spisevægring. Dagen før episoden, der bliver beskrevet her, havde Ann og patienten indgået en aftale om, at patienten skulle gå hjem og skrive sine tanker og følelser om at være syg ned på et stykke papir. Patienten havde ikke overholdt aftalen, og Ann skulle konfrontere hende med det. Ann fortalte følgende om situationen:

"(...) det sværeste var, da jeg så skulle ind til hende igen og høre, hvorfor hun ikke havde overholdt den der aftale. Jeg følte virkelig, at jeg slet ikke vidste, hvordan jeg skulle gå ind og sige det til hende. Jeg tænkte, hvordan skal jeg nogen sinde sige de ting til hende.

Hvor min vejleder sagde: du skal bare gå ind, som du plejer.

Og jeg tænkte: hvordan plejer jeg at gøre?

Jeg blev fuldstændig nulstillet og tænkte bare, at det går ikke.

Men så gik jeg ind, og tænkte OK, nu er du lige naturlig, og så bliver man først kunstig ik'?

Men så gik det bare rigtigt godt. I samme sekund, jeg havde sat mig på stolen, så var det jo overstået. Jeg skulle bare lige ind ad døren, så var det overstået" (Ann i Kragelund 2006).

Situationen var som optakt til Anns interaktion med patienten karakteriseret ved kollektivt bevidst disjuncture, da Ann og hendes vejleder var opmærksomme på, at Ann syntes, det var svært at skulle konfrontere patienten med, at hun ikke havde overholdt en aftale, og da Ann sagde, at hun ikke vidste, hvordan hun skulle konfrontere patienten med det.

Individuelt ikke-bevidst disjuncture

Ifølge Jarvis er der tilfælde, hvor en person ikke selv er opmærksom på disjuncture i en situation, vedkommende kan komme til at stå i/står i/har stået i. Og han mener, at der er to måder, der kan få personen til at indse det.

For det første kan en person blive opmærksom på disjuncture, hvis han eller hun ikke opnår det resultat i situationen, som han eller hun havde forventet.

For det andet kan en person blive opmærksom på disjuncture i en situation, hvor vedkommende handler på en taget-for-givet måde, ved at en anden person stiller spørgsmål til ham eller hende og derved hjælper vedkommende med at erkende, at han eller hun er vej ind i/er i/har været i en ikke-rutine situation. En anden person kan sagt på en anden måde hjælpe den udøvende med at omdanne harmoni til disharmoni (Jarvis 1987; Jarvis 1992b; Jarvis 2005). Sådanne situationer bliver her kaldt individuelt ikke-bevidst disjuncture (øverste højre kvadrat i figur 1).

Individuelt ikke-bevidst disjuncture karakteriserer med andre ord ikke-rutine situationer, hvor f.eks. en studerende i optakt til interaktion med en patient ikke er bevidst om, at hun er i en ikke-rutine situation. Det kommer der et eksempel på herunder. I forbindelse med eksemplet er det nødvendigt at vide, at en uskreven norm-og-regel i psykiatrisk afdeling er, at man som professionel ikke taler med patienter om deres private forhold i afdelingens offentlige rum.

Det var sygeplejestuderende Karas første dag i en åben psykiatrisk afdeling for voksne mennesker. Kara havde om formiddagen været med til en konference, hvor en ung kvindelig patient havde fortalt, at hun misbruger alkohol, og at hun får selvmordstanker, når hun drikker alene.

Senere på dagen satte Kara sig i afdelingens dagligstue for at småsnakke. Der var to patienter i stuen. Den ene af dem var den unge kvinde, der misbruger alkohol. På et tidspunkt under snakken gik den anden patient. Kara begyndte at tale med den unge kvinde om, hvad der var sket på konferencen, og om, hvordan patienten havde oplevet det.

Som optakt til interaktionen oplevede Kara ikke disharmoni mellem sin erfaring (viden og færdigheder) og den sociale situation, hun var i - hun havde ofte før siddet i en dagligstue og småsnakket. Hun var ikke opmærksom på, at hun var i en ikke-rutine situation. Der var tale om individuelt ikke-bevidst disjuncture. Den

tolkning bygger på, at Kara fortalte følgende, om det der skete:

"Men så dukkede den anden patient op og satte sig overfor. Og vi [Kara og den unge kvinde] fortsatte vores snak. Det var der filmen knækkede. For patienten, der kom ind i stuen, brød ind og sagde: "Denne her snak tror jeg måske ikke, at I skal tage her".

Da blev jeg godt nok flov, for jeg kunne med det samme se, at hun havde ret. Hvis jeg skulle stille den unge kvinde spørgsmål omkring konferencen, så skulle jeg have spurgt hende, om hun havde lyst til at snakke med mig om det, og så have taget hende ind på hendes værelse..." (Kara i Krage-lund 2006).

Når denne læresituation bliver karakteriseret som individuelt ikke-bevidst disjuncture (både i optakt og i interaktion) skyldes det, at Kara sagde, at hun blev flov og godt kunne se, at hun ikke skulle have talt med den unge kvinde om hendes alkoholmisbrug i dagligstuen. Via patienten, der sagde "denne her snak tror jeg måske ikke, I skal tage her", blev Kara opmærksom på, at hun handlede i en ikke-rutine situation.

I situationer, der i optakt til interaktion er karakteriseret ved individuelt ikke-bevidst disjuncture, begår studerende ofte utilsigtet fejl - deres handlinger mislykkes - som det f.eks. skete for Kara. At identificere fejl og mislykkede handlinger kan være en måde at dokumentere, at sådanne situationer er potentielle læresituationer, og at studerende ikke er opmærksomme på dem.

Kollektivt ikke-bevidst disjuncture

Kollektivt ikke-bevidst disjuncture er en videreudvikling af Jarvis's begreb disjuncture.

I sådanne situationer er hverken den studerende eller hans eller hendes vejleder opmærksomme på, at den studerende er på vej ind i/er i/har været i en ikke-rutine situation. Det er ofte situationer, der er rutine for vejlederne, og det er situationer, hvor vejlederne ikke længere stiller spørgsmål ved deres måde at handle på i relation til at interagere med patienterne og i relation til holdningerne, der ligger bag handlingerne. Det kan være en årsag til, at sådanne situationer ikke bliver set som potentielle læremuligheder for studerende.

Den type af situationer bliver kategoriseret kollektivt ikke-bevidst disjuncture (nederste højre kvadrat i figur 1). Situationer med kollektivt ikke-bevidst disjuncture er pr. definition også individuelt ikke-bevidste. Situationerne indeholder hovedsageligt mulighed for socialisering til feltet, idet uskrevne normer-og-regler og holdninger, der gælder i de konkrete afdelinger, (ofte) er indlejret i dem (se afsnittet "Indhold i læreprocesserne" senere i teksten).

Nedenfor kommer der et eksempel på en læresituation, der både i optakt og under interaktionen var karakteriseret ved kollektivt ikke-bevidst disjuncture. I relation til eksemplet er det nødvendigt at vide, at det i det psykiatriske felt er en uskreven norm-og-regel, at hvis en patient taler til en sygeplejestuderende om at begå selvmord, skal man som studerende med det samme formidle det videre til personale med mere kompetence end én selv.

Sygeplejestuderende Julie fortalte, at en sygeplejerske en dag havde spurgt hende, om hun ville spise frokost med en kvindelig patient på patientens sengestue, fordi patienten var bange for, at maden var forgiftet. Det havde Julie sagt ja til og gjort. Under frokosten havde patienten sagt til Julie, at hun tænkte på at begå selvmord. Julie fortalte følgende om situationen:

"Jeg spiste frokost med patienten og det var hyggeligt. Vi havde talt om patientens tanker om at begå selvmord, og jeg havde en følelse af, at jeg kunne forlade hende uden problemer. Patienten sad stille og roligt, og hun ville gå ud for at ryge, fordi hun ikke ville ryge i det rum, hvor vi spiste. Hun tænkte også på mig ved at sige "Julie, luk vinduet, hvis det trækker". Det var helt normale hverdagsting. Vi spiste. Der gik to timer, og jeg forlod stuen et par gange.

Til sidst fortalte jeg sygeplejersken, hvad der var sket. Hun blev vred, fordi jeg ikke med det samme havde fortalt hende, hvad patienten havde sagt om at begå selvmord" (Julie i Kragelund 2006).

Det var, hvad Julie sagde. Men hun fortalte også, at i det tidsrum, hvor hun ikke havde været sammen med patienten, havde patienten spurgt sygeplejersken, om hun måtte låne en saks til at klippe blomster med. Julie fortalte:

"Sygeplejersken skældte mig ud. Hun irettesatte mig meget, og hun blev ved med at sige, at jeg skulle have sagt det til hende med det samme. Hun sagde, at hvis hun havde vidst, at patienten tænkte på at begå selvmord, ville hun ikke have lånt hende saksen. Når jeg ser tilbage, er det ikke fordi, jeg ikke kan se, hvad hun sagde. Men hun blev ved med at tale om det og sagde til mig: "hvordan tror du, at du ville have følt det, hvis der var sket noget?" - Ja, så ville jeg have haft det meget dårligt. Jeg kan godt se, at det, sygeplejersken sagde, var rigtigt, og jeg vil huske det, fordi det er vigtigt. Jeg følte bare ikke, at situationen var farlig på den måde. Patienten havde grædt meget, men hun faldt hurtigt til ro, da vi talte samme. Jeg ved, at jeg ikke skulle have truffet den beslutning, fordi jeg endnu ikke er sygeplejerske. Det kan jeg godt se" (Julie i Kragelund 2006).

I optakt til Julies interaktion med patienten var der tale om kollektivt ikke-bevidst disjuncture. Det var der, fordi hverken Julie eller sygeplejersken var opmærksom-

me på, at det var ikke-rutine for Julie at spise frokost med den psykiatriske patient. Derimod må det antages at være rutine for psykiatriske sygeplejersker at spise frokost med psykiatriske patienter.

Under interaktionen forblev læreprocessen ikke-bevidst for Julie. Den tolkning bygger på, at Julie

- sagde, at det var "hyggeligt" at spise frokost med patienten
- havde en følelse af, at hun "kunne forlade patienten uden problemer"
- mente, der var tale om "helt normale hverdagsting".

I efterspillet bevægede læreprocessen sig til kollektivt bevidst disjuncture, da Julie (efter to timer) fortalte sygeplejersken, at patienten havde talt om at begå selvmord. Sygeplejersken blev vred og skældte Julie ud, fordi der gik så lang tid, før hun fortalte om patientens selvmordstanker. Sygeplejerskens feed-back gjorde Julie opmærksom på, at hun havde været i en ikke-rutine situation. I bakspejlet kunne Julie godt se, "at det sygeplejersken sagde, var rigtigt" og som hun sagde "jeg vil huske det, fordi det er vigtigt" (se afsnittet "Vejledning i at bruge modellen" om lære- og undervisningsstrategier).

Indhold i læreprocesserne

Ud over at kategorisere sygeplejestuderendes læreprocesser i forhold til de fire typer af disjuncture er det også muligt at kategorisere dem i relation til tre hovedkategorier af indhold i læreprocesserne.

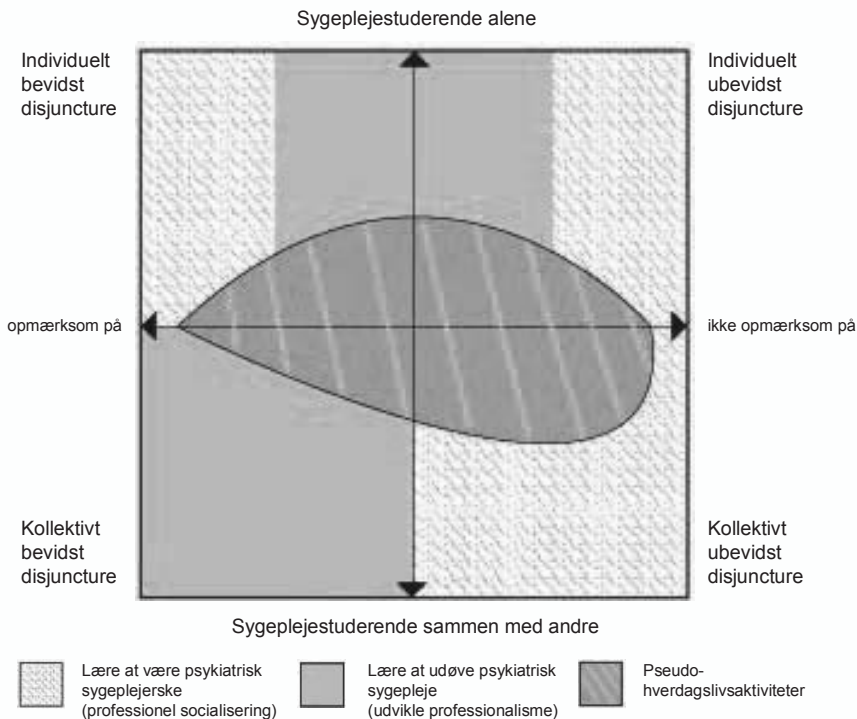
Indholdet i de sygeplejestuderendes læreprocesser har betydning, fordi de studerende skal nå nogle konkrete mål under deres kliniske uddannelse i psykiatri. For at de studerende kan opleve læreprocesserne som meningsfulde, skal der være en vis overensstemmelse mellem indholdet i læreprocesserne og målene. I den forbindelse bliver der bygget på antagelsen: at *blive* sygeplejerske = at lære at *være* sygeplejerske + at lære at *udøve* sygepleje.

At lære at *være* sygeplejerske og at lære at *udøve* sygepleje er komplementære. Derudover er der et tredje indholdselement, der bliver benævnt pseudo-hverdagslivsaktiviteter eller hverdagslignende aktiviteter. Det indholdselement er delvist overlappende i forhold til de to andre. I figur 2 er forholdet mellem at lære at være sygeplejerske og at lære at udøve sygepleje samt pseudo-hverdagslivsaktiviteter grafisk fremstillet. Bølgerne illustrerer at lære at være sygeplejerske, de mørke felter at lære at udøve sygepleje og det gråt skraverede felt illustrerer pseudo-hverdagslivsaktiviteter. Alle tre indholdselementer er illustreret i forhold til de fire typer af disjuncture. De tre indholdselementer bliver beskrevet i det følgende.

Figur 2 Kategoriseringsmodel for sygeplejestuderendes læreprocesser - både i forhold til typer af disjuncture og i forhold til det overordnede indhold i læreprocesserne

KATEGORISERINGSMODEL

Sygeplejestuderendes læreprocesser i interaktion med psykiatriske patienter



At lære at være sygeplejerske

At lære at være psykiatrisk sygeplejerske kan også kaldes professionel socialisering. I professionel socialisering ligger, at sygeplejestuderende tilegner sig feltets uskrevne holdninger samt normer-og-regler. De er ofte indlejret i sygeplejerskernes handlinger. Professionel socialisering er den del af de studerendes læreprocesser, der drejer sig om at tilegne sig holdninger (Gray & Smith 1999; Hayden 1995; Jarvis & Gibson 1997).

I ph.d.-projektet viste en analyse af målene for de studerendes kliniske uddannelse i psykiatri, at de ingenting indeholder om professionel socialisering. Det vil sige, at de ikke indeholder noget om værdier og holdninger i det psykiatriske felt, herunder ikke noget om holdninger til patienter. Sådanne mål er skjulte eller uskrevne. Der ligger i særlig grad udnyttede læremuligheder i situationer karakteriseret ved kollektivt ikke-bevidst disjuncture i relation til at lære om holdninger og værdier i interaktion med psykiatriske patienter. Det vil sige i den del af nederste højre kvadrat i kategoriseringsmodellen, der er illustreret med bølger (figur 2).

De studerende lærer fortrinsvis om holdninger og værdier ved at se og høre det uddannede plejepersonale interagere med patienter eller tale om patienter.

Eksempler på uskrevne normer-og-regler er

- husregler om sikkerhed for patienter og personale
- hvor man som professionel taler med patienter om hvad
- holdninger til psykiatriske patienter (værdier, anskuelser, følelser)
- hvordan man som professionel taler om egne følelsesmæssige reaktioner som konsekvens af interaktion med patienter.

Situationen ovenfor, hvor Julie spiste frokost med den kvindelige patient, er et eksempel på en potentiel læresituation i relation til professionel socialisering. Konkret i forhold til den uskrevne norm-og-regel i psykiatrien, der går på, at hvis en patient taler om at begå selvmord, skal man som sygeplejestuderende med det samme formidle det videre til personale med mere kompetence end en selv.

At lære at udøve sygepleje

At lære at udøve psykiatrisk sygepleje kan også kaldes at udvikle professionalisme. Udvikling af professionalisme er indeholdt i de læreprocesser, der drejer sig om at tilegne sig den viden og de færdigheder, der er nødvendige for at kunne udøve (psykiatrisk) sygepleje professionelt (Hansen 2004; Helleshøj 2003; Jarvis 1983).

I ph.d.-projektet viste en analyse af målene for de studerendes kliniske uddannelse i psykiatri, at sådanne mål er eksplicite og skrevet ned.

Den type læreprocesser kan i optakt til interaktion ofte kategoriseres som kollektivt bevidst disjuncture - både studerende og deres vejledere er opmærksomme på, at de studerende er på vej ind i en ikke-rutine situation. Det er typisk potentielle læresituationer, der hører til i det mørke felt i kategoriseringsmodellens nederste venstre kvadrat (figur 2). I den type situationer har studerende ofte mulighed for at lære ved selv at interagere med patienter.

Eksempler, der drejer sig om at udvikle viden og færdigheder, er at

- etablere, vedligeholde og afslutte kontakt med patienter
- containe patienters projektioner

- sætte grænser for patienter
- administrere medicin.

Situationen, hvor Ann skulle konfrontere patienten, der led af spisevægring, med, at hun ikke havde overholdt en aftale, er et eksempel på en situation, hvor den studerende var ved at lære at udøve sygepleje. Hun var bl.a. ved at lære at interagere med en patient og at lære at konfrontere patienten med, at hun ikke havde overholdt en aftale.

Pseudo-hverdagslivsaktiviteter

Pseudo-hverdagslivsaktiviteter er aktiviteter, der ligner hverdagslivets. Ifølge Heller (Heller 1970/1984; Heller 1985) er hverdagslivet, set ud fra det enkelte menneskes perspektiv, det regelmæssigt gentagne, der bliver struktureret af traditionelle normer-og-regler, som vi ikke sætter spørgsmålstejn ved. Hverdagslivet er cyklisk og det indeholder hverdagslivsaktiviteter, der er alle de aktiviteter, vi mennesker udfører rutinemæssigt, og som bygger på hverdagsviden.

Hverdagslivsaktiviteter er de af vore handlinger, der er styret af vished om, at de virker i konkrete sociale situationer, fordi det har de gjort i tidligere, lignende situationer. Eksempler på hverdagslivsaktiviteter er at købe ind, lave mad og spise.

Hverdagslivet i psykiatrisk afdeling har en speciel rytme. Det er cyklisk, og indholdet er styret af normer-og-regler som f.eks. husregler, døgnrytmeplan og ugeplan.

Pseudo i pseudo-hverdagslivsaktiviteter henviser til, at der i psykiatrisk sygepleje indgår mange handlinger, der ligner hverdagslivets. Eksempler på det er

- at småsnakke i dagligstuen
- aktiviteter omkring måltider som f.eks. købe ind, lave mad, dække bord, spise, rydde af bordet og vaske op
- fysisk aktivitet som f.eks. gå tur, gøre gymnastik og spille badminton
- at spille f.eks. kort og boccia.

Analyse af ph.d.-projektets empiri viste, at studerende ofte får opgaver i relation til hverdagslivsaktiviteter alene sammen med patienter. Både studerende og deres vejledere tager det for givet, at sådanne aktiviteter er rutine for de studerende, og forventer, at de studerende kan varetage dem selvstændigt. Men i den psykiatriske kontekst er hverdagslivsaktiviteter noget andet end det, de giver sig ud for at være. Det er aktiviteter, som studerende ikke kan håndtere på en taget-for-givet måde. De kan ikke agere i den slags aktiviteter, som de agerer i hverdagslivet. Aktiviteterne er ikke-rutine for sygeplejestuderende. De er pseudo-hverdagslivsaktiviteter. I den type situationer har de studerende ofte mulighed for både at lære at udøve psykia-

trisk sygepleje og for at lære at være psykiatriske sygeplejersker. Men ofte kan situationerne også kategoriseres som kollektivt ikke-bevidst disjuncture. Og der er uudnyttede læremuligheder i pseudo-hverdagslivsaktiviteter. Sådanne situationer hører til i det gråt skraverede felt i kategoriseringsmodellens nederste højre kvadrat (figur 2).

Et eksempel, der illustrerer en pseudo-hverdagslivsaktivitet, er situationen, hvor Julie spiste frokost med patienten, der talte om at begå selvmord. At spise frokost med en psykiatrisk patient kan kategoriseres som en pseudo-hverdagslivsaktivitet. I den konkrete situation havde Julie potentielt mulighed for at udvikle professionalisme i og med, at hun oplevede, hvordan det kan være at interagere med en psykiatrisk patient, der taler om at begå selvmord, og hun oplevede, hvordan det kan føles at forsøge at containe en patients projektioner. Julie havde også mulighed for professionel socialisering. Socialiseringen bestod i, at hun blev konfronteret med en uskreven norm-og-regel i psykiatrien, der går på, at hvis en patient taler om at begå selvmord, skal man som sygeplejestuderende med det samme formidle det videre til personale med mere kompetence end én selv.

Vejledning i at bruge modellen

Kategoriseringsmodellen kan bruges som et lærings- og undervisningsredskab til at kortlægge sygeplejestuderendes læreprocesser i ikke-rutine situationer, hvor de interagerer med psykiatriske patienter.

Ved at anvende kategoriseringsmodellen kan både den studerende og vedkommendes kliniske vejleder blive bevidste om, hvilken type situation det ser ud som om, den studerende er på vej ind i eller har været i. Og de kan drøfte, hvilke lære- og undervisningsstrategier det vil være hensigtsmæssigt, at de hver især bruger, for at den studerende kan lære så meget som muligt af situationen, eller de kan drøfte, hvilke strategier de har brugt.

Boks 1, 2 og 3 viser nogle almindeligt brugte lære- og undervisningsstrategier.

Lærestrategier er de fremgangsmåder og metoder, den studerende bruger for at lære at udøve psykiatrisk sygepleje og for at blive professionelt socialiseret til rollen som psykiatrisk sygeplejerske.

Undervisningsstrategier er de fremgangsmåder og metoder, som den kliniske vejleder anvender for at formidle viden, færdigheder og holdninger til den sygeplejestuderende i relation til at lære at udøve psykiatrisk sygepleje og at lære at være psykiatrisk sygeplejerske (Jerlock, Falk & Severinsson 2003).

Lære- og undervisningsstrategier, der kræver en sparringspartner og et samspil, er gensidige. Strategier, der hverken kræver en sparringspartner eller et samspil, er ensidige.

Boks 1 Typiske ensidige lærestrategier

Sygeplejestuderendes ensidige lærestrategier

jeg øver mig alene (learning by doing)

jeg begår fejl (trial and error)

jeg flygter (kommunikationsbreakdown)

jeg holder disjuncture for mig selv

jeg reflekterer med mig selv skriftligt eller i tankerne (skjult refleksion)

jeg nægter at lære (at blive socialiseret)/jeg forholder mig kritisk

jeg indordner mig

Boks 2 Typiske ensidige undervisningsstrategier

Kliniske vejlederes ensidige undervisningsstrategier

jeg udfører selv handlingen uden dig
øv dig uden mig
jeg giver dig ikke, hvad du ønsker

Boks 3 Typiske gensidige lære- og undervisningsstrategier

sygeplejestuderendes gensidige lærestrategier		kliniske vejlederes gensidige undervisningsstrategier
lad mig fortælle dig (lyt til mig)	<->	jeg lytter til sig (fortæl mig)
jeg lytter til dig (fortæl mig)	<->	jeg fortæller dig (lyt til mig)
lad mig jeg spørge dig (svar mig)	<->	jeg svarer dig (spørg mig)
jeg svarer dig (spørg mig)	<->	jeg spørger dig (svar mig)
lad mig vise dig (observer mig)	<->	jeg observerer dig (vis mig)
lad mig observere dig (vis mig)	<->	jeg viser dig (observer mig)
hjælp mig	<->	jeg hjælper dig
giv mig feed-back (vurder mig, jeg tager imod)	<->	jeg giver dig feed-back (trøster, vurderer)
jeg giver mig selv feed-back (lyt til mig)	<->	giv dig selv feed-back (jeg lytter)
reflekter med mig (jeg tænker højt, lytter til dig)	<->	jeg reflekterer med dig (jeg lytter til dig, tænker højt)
jeg reflekterer med dig (jeg lytter til dig, tænker højt)	<->	reflekter med mig (jeg tænker højt, lytter til dig)

Kategoriseringsmodellen kan bruges i optakt til en studerendes interaktion med en patient (boks 4).

Diskussion mellem den studerende og den kliniske vejleder ud fra modellen

kan være med til at afdække, hvilken type situation den studerende er på vej ind i. På den måde kan han eller hun forberede sig på, hvad han eller hun har i vente, og på hvad indholdet i læreprocessen sandsynligvis vil være (professionel socialisering, udvikling af professionalisme, pseudo-hverdagslivsaktivitet).

Det er dog ikke altid, at situationer, hvor vi mennesker interagerer med hinanden, forløber, som vi forventer. Der kan ske noget uventet i situationen. F.eks. kan en situation, der som udgangspunkt ser ud til at være rutine for en studerende, vise sig at være karakteriseret ved disjuncture. Måske opdager den studerende det under interaktionen, fordi patienten siger og gør noget andet end det, den studerende forventede, og måske resulterer det i, at den studerende ikke ved, hvordan han eller hun skal håndtere situationen. Under interaktionen opstår der individuelt bevidst disjuncture.

Det kan også være, at den studerende ikke opdager disjuncture, før den kliniske vejleder i efterspillet til interaktionen stiller vedkommende spørgsmål om den - individuelt ikke-bevidst disjuncture bevæger sig til kollektivt bevidst disjuncture (figur 1). Her kan kategoriseringsmodellen også være en hjælp. Den kan nemlig bruges efter, at den studerende har interageret med en patient (boks 4). Den studerende kan enten selv eller sammen med sin vejleder søge at kortlægge, hvilken type situation der var tale om i forhold til disjuncture og indhold i læreprocessen (figur 2). Og de kan drøfte, om de lære- og undervisningsstrategier, de hver især brugte, var hensigtsmæssige i relation til den studerendes læring. På den måde kan de blive klar over, om den studerendes læreproces bevægede sig fra en type disjuncture til en anden under interaktionen, eller om den måske gør det, når de sammen taler om den situation, den studerende har været i alene eller sammen med sin vejleder. På den baggrund kan de planlægge, hvordan de kan gribe en lignende fremtidig situation an med henblik på at styrke den studerendes læremuligheder.

Boks 4 Eksempler på, hvordan modellen kan bruges i optakt og efterspil til interaktion med en patient

Lære- og undervisningsstrategi i *optakt* til interaktion

Ved at anvende læreprocesmodellen til at kategorisere en konkret social situation, hvor en sygeplejestuderende er på vej til at interagere med en patient, kan han eller hun og vedkommendes kliniske vejleder blive bevidste om, hvilken type situation det er med hensyn til disjuncture, og hvad den studerende har mulighed for at lære i situationen.

Er det primært en potentiel læresituation i forhold til professionel socialisering eller i forhold til at udvikle professionalisme, og er det en pseudohverdagslivsaktivitet, den studerende skal agere i? Eller er det en potentiel læresituation, hvor den studerende har mulighed for på én gang at arbejde både med professionel socialisering og med at udvikle professionalisme?

Når det er kortlagt, vil de kunne planlægge, hvilke undervisnings- og lærestrategier der tilsyneladende vil give den studerende mulighed for optimal læring i situationen.

Lære- og undervisningsstrategier i *efterspil* til interaktion

I efterspillet til interaktion med en patient kan modellen bruges som udgangspunkt til at analysere, hvad der skete i interaktionen. Bevægede disjuncture sig fra en type til en anden? Hvad udløste i givet fald bevægelsen? Hvad var indholdet i læreprocessen? Hvad var den studerendes lærestrategi og den kliniske vejleders undervisningsstrategi? Og hvilken betydning havde disse forhold for den studerendes læring? Samt hvilke lære- og undervisningsstrategier vil i efterspillet kunne optimere den studerendes læremuligheder i forhold til målene for den kliniske uddannelse?

Et eksempel på brug af kategoriseringsmodellen

Sygeplejestuderende Inge og hendes kliniske vejleder har tidligere på dagen været med til at modtage en kvinde, der lider af depression. Inge har fortalt sin vejleder, at hun aldrig tidligere har oplevet et menneske, der er så depressiv.

Senere overværer Inge en samtale mellem en psykiater og patienten. Efter samtalen siger psykiateren til Inge, at patienten skal have tabl. Apozepam 5 mg. Det fortæller Inge sin vejleder, der hælder medicinen op. Vejlederen spørger Inge, om hun kan sørge for, at patienten får medicinen. Det siger Inge ja til, fordi hun mange gange før har handlet i en lignende situation - det er rutine for hende at give patienter medicin, som en sygeplejerske har hældt op.

Inge går ind på sengestuen til patienten. Hun står op og vrider sine hænder. Inge giver hende medicinen, som hun tager. Derefter siger patienten til Inge, at hun simulerer og spiller skuespil. Inge bliver overrasket og siger, at det tror hun ikke, at patienten gør, for Inge kan se, at patienten har det dårligt. Så siger patienten, at det er ligegyldigt, hvad hun dør af. Inge bliver forskrækket og ved ikke, hvad hun skal sige, hvorfor hun går uden at svare patienten. Ude på gangen begynder Inge at græde, og hun skynder sig ud på toilettet, for at ingen skal opdage det. Inge er rystet over, at patienten taler om, at det er ligegyldigt, hvad hun dør af.

Senere på dagen har Inge planlagt vejledning med sin kliniske vejleder. Her vælger Inge at tage situationen op. Hun og vejlederen bruger kategoriseringsmodellen som arbejdsredskab. Ved at gøre det finder de sammen ud af, at det alligevel ikke var rutine for Inge at give medicin til patienten, fordi hun var psykisk syg. Det var interaktionen i sig selv (patienten sagde noget, Inge ikke havde forventet), der gjorde Inge opmærksom på, at hun stod i en situation med disjuncture. Hendes læreproces bevægede sig fra kollektivt ikke-bevidst disjuncture (både Inge og hendes vejleder troede, at det var rutine for Inge at give medicin til patienten, selvom Inge havde sagt, at hun aldrig før havde oplevet en patient, der var så depressiv - figur 1- nederste højre kvadrat) til individuelt bevidst disjuncture (figur 1- øverste højre kvadrat).

Under interaktionen med patienten var Inges lærestrategi (sikkert ikke bevidst) at øve sig alene i at have kontakt med en psykiatrisk patient og i at give hende medicin - hun havde mulighed for at lære at udvikle professionalisme (figur 2 - det mørke felt i øverste højre kvadrat). Inge kom uden at ville det til at bruge strategien "jeg begår fejl", fordi hun gik fra patienten uden at afslutte samtalen. Her brugte hun også lærestrategien "jeg flygter".

Som optakt til interaktionen var den kliniske vejleders undervisningsstrategi (i og for sig efter aftale med Inge) "øv dig uden mig".

Under vejledningen bevægede Inges individuelt bevidste disjuncture sig til kollektivt bevidst disjuncture (figur 2 - det mørke felt i nederste venstre kvadrat), fordi Inge valgte lærestrategien "lad mig fortælle dig" (lyt til mig), og Inges vejleder anvendte undervisningsstrategien "jeg lytter til dig" (fortæl mig). Desuden brugte de sammen strategien "reflekter med mig" (jeg tænker højt og lytter til dig) <-> "jeg reflekterer med dig" (jeg lytter til dig og tænker højt).

Ved at bruge kategoriseringsmodellen blev Inge og hendes vejleder klar over, at det måske ville have været mere hensigtsmæssigt for Inges læring (og for plejen af patienten), hvis Inges vejleder var gået med ind til patienten og havde set Inge give hende medicinen - hvis de sammen havde brugt den gensidige lære- og undervisningsstrategi "lad mig vise dig" (observer mig) <-> "jeg observerer dig" (vis mig). Så havde Inges vejleder kunnet intervenere, da patienten begyndte at tale om,

at det var ligegyldigt, hvad hun døde af. Inge og hendes vejleder kunne sammen have brugt den gensidige lære- og undervisningsstrategi "hjælp mig" <-> "jeg hjælper dig", og Inge ville have undgået at bruge strategierne "jeg begår fejl" og "jeg flygter". Det må betragtes som en fejl at forlade patienten uden at afslutte samtalen. Hverken plejen af patienten eller Inges muligheder for at lære at udøve psykiatrisk sygepleje professionelt var optimale.

Den erkendelse giver Inge og hendes vejleder mulighed for i fremtidige lignende situationer at være mere opmærksomme på, hvilke lære- og undervisningsstrategier det vil være hensigtsmæssigt at bruge både for at give Inge de bedst mulige læremuligheder og for at give patienterne professionel sygepleje.

Afslutning

Ved at anvende kategoriseringsmodellen som lærings- og undervisningsredskab vil det være muligt at udnytte de studerendes læremuligheder under den kliniske uddannelse optimalt og dermed effektivisere uddannelsen.

Det vil det, fordi de studerende og deres vejledere for det første kan bruge modellen til at blive opmærksomme på læresituationer, som de umiddelbart ikke oplever som sådanne, men som ved nærmere analyse viser sig at være ikke-rutine for de studerende og dermed potentielle læresituationer.

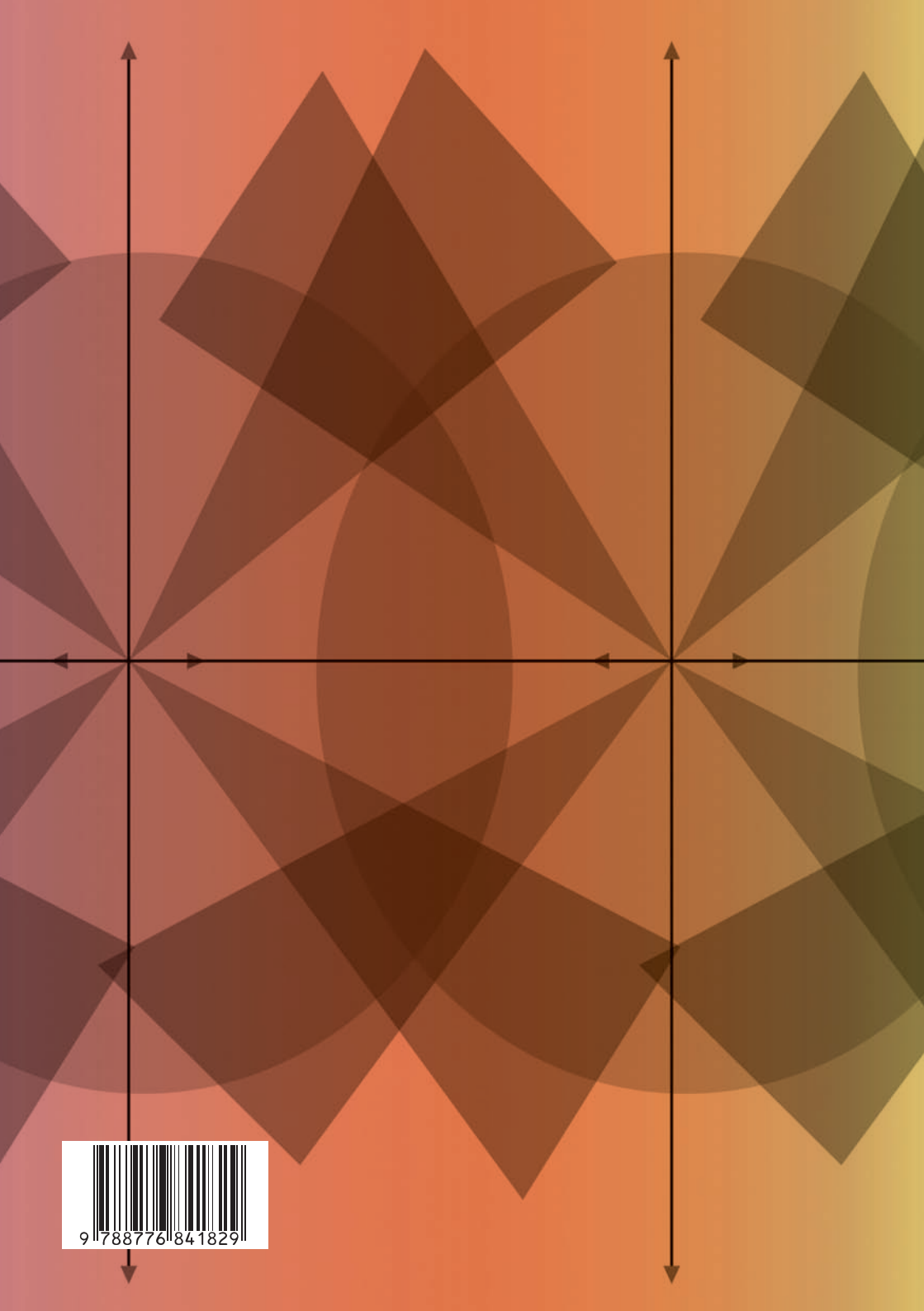
For det andet kan de bruge modellen til at blive opmærksomme på, hvad indholdet i læreprocesserne er. Dermed vil de få mulighed for at forholde sig til, hvilke opgaver det er hensigtsmæssigt for den studerende at agere i med henblik på at nå målene for den kliniske uddannelse.

Der er specielt potentielle muligheder for læring i pseudohverdagslivsaktiviteter.

Linda Kragelund deltager gerne med oplæg om brug af kategoriseringsmodellen på f.eks. kliniske uddannelsessteder, sygeplejeskoler og social- og sundhedsskoler. Henvendelse kan ske via likr@dpu.dk eller på tlf. 88 88 99 65.

Referencer

- Gray, M. & Smith, L. N. (1999). The professional socialization of diploma and higher education in nursing students (Project 2000): a longitudinal qualitative study. I: *Journal of Advanced Nursing* 29(3):639-647. Blackwell Science Ltd.
- Hansen, H. Stige (2004). At skabe forandring i praksis. I: *Uddannelse 3:2-8*. København: Undervisningsministeriets Forlag
- Hayden, J. (1995). Professional Socialization And Health Education Preparation. I: *Journal of Health Education* 26(5):271-279
- Heller, A. (1970/1984). *Everyday Life*. London & New York: Routledge & Kegan Paul
- Heller, A. (1985). *The Power of Shame*. London, Boston, Melbourne & Henley: Routledge & Kegan Poul
- Hellesthøj, H. (2003). Er sygepleje en videnskab, et fag, en profession? - refleksionsniveauer i sygepleje. I: *Weicher, I. & Fibæk Laursen, P. (red.). Person og profession en udfordring for socialrådgivere, sygeplejersker, lærere og pædagoger*. Værløse: Billesø & Baltzer
- Jarvis, P. (1987). *Adult Learning in the Social Context*. London - New York - Sydney: Croom Helm Ltd
- Jarvis, P. (1992a). *Paradoxes of Learning, on becoming an individual in society*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Jarvis, P. (1992b). Reflective practice and nursing. I: *Nurse Education Today* 12:174-181. Longman Group UK Ltd
- Jarvis, P. (1999). *The Practitioner-researcher - Developing Theory from Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Dansk udgave: Jarvis P. (2002). *Praktikerforskeren - udvikling af teori fra praksis*. København: Alinea
- Jarvis, P. (2005). Towards a philosophy of human learning. I: *Jarvis, P. & Parker, S. (eds). Human Learning. An holistic approach*. London & New York: Routledge
- Jarvis, P. & Gibson, S. (1997). *The Teacher Practitioner and Mentor in Nursing, Midwifery, Health Visiting and The Social Services. Second edition*. Cheltenham: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
- Jerlock, M.; Falk, K. & Severinsson, E. (2003). Academic nursing education guidelines: Tool for bridging the gap between theory, research and practice. I: *Nursing and Health Sciences* 5:219-228. Blackwell Publishing
- Kragelund, L. (2006). *Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje - En kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag



9 788776 841829