

# **Analyse af 1. fokusgruppe interview i aktionsforskningsprojektet Udvikling af læringsmiljø i psykiatrien**

**Kliniske vejledere i spændingsfeltet mellem sygeplejestuderende,  
kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og forventninger  
til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence**

af

Linda Kragelund, lektor, ph.d., NCK (formand)

Pennie Teglborg, kvalitetskoor. & udd.ansv.spl., Psykiatrien Region Midtjylland

Ulla Hendriksen, udd.ansv.spl., Psykiatrisk Center Glostrup

Tine Limkilde, udd.ansv.spl., Psykiatrisk Center Frederiksberg

Anna Timmermann, udd.ansv.spl., Psykiatrien Region Midtjylland (udgået 28.02.10)

Inger Laulund, kvalitetskoord. & udvikl.spl., Psykiatrien Region Midtjylland (udgået 31.12.09)

Lisbeth Hybholt, klinisk udd.ansv.spl., Psykiatrisk Center Rigshospitalet (udgået 30.06.09)

# INDHOLD

1. Forskningsprojektet .....	3
2. Første delundersøgelse .....	3
2.1 Rammer og metode .....	3
2.2 Analysestrategier .....	4
2.3 Definition af hovedkategorier .....	7
2.3.1 Kompetence .....	7
2.3.2 Kliniske vejledere .....	7
2.3.4 Sygeplejestuderende .....	8
2.3.5 Kollegaer i praksisfællesskab .....	8
2.3.6 Psykiatriske patienter .....	8
2.3.7 Psykiatrisk sygepleje .....	8
2.4 Definition af temaer .....	8
2.4.1 Relation .....	8
2.4.2 Ansvar .....	9
2.4.3 Tryghed .....	9
2.4.4 Tid .....	9
3. Analyse af kompetence .....	9
3.1 Pædagogisk kompetence .....	10
3.2 Officielle krav til kliniske vejlederes pædagogiske kompetence .....	11
3.3 Kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk kompetence .....	13
3.3.1 Didaktik .....	14
3.3.2 Lære- og undervisningsprocesser .....	17
3.3.3 Vurdering af egen vejledningspraksis .....	18
3.3.4 Vejledning incl. refleksion .....	19
3.3.5 At kunne inddrage kollegaer fra praksisfællesskabet i at vejlede studerende og at kunne trække studerende ind i praksisfællesskabet .....	25
3.3.6 Opsamling om pædagogisk kompetence .....	26
3.4 De kliniske vejledere om psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence .....	26
3.4.1 Personlige kompetencer/holdninger .....	26
3.4.2 Faglig viden hos psykiatriske sygeplejersker .....	29
3.4.3 Færdigheder hos psykiatriske sygeplejersker .....	30
3.4.4 Det kliniske skøn .....	31
3.4.5 Faglig identitet .....	31
3.4.6 Formelle krav/kvalifikationer .....	32
3.4.7 Opsamling: kliniske vejledere om psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence .....	33
3.5 Kliniske vejleders syn på psykiatrisk sygepleje .....	33
3.4.1 Opsamling om kliniske vejlederes syn på psykiatrisk sygepleje .....	38
4. Analyse af relation .....	39
5. Analyse af ansvar .....	42
6. Analyse af tryghed .....	45
7. Analyse af tid .....	50
8. Begrænsninger ved undersøgelsen .....	54
9. Konklusion .....	55
9.1 Læremuligheder og relation .....	58
9.2 Læremuligheder og ansvar .....	58
9.3 Læremuligheder og tryghed .....	59
9.4 Læremuligheder og tid .....	59
9.5 Muligheder og begrænsninger for at udnytte læremuligheder .....	59
10. Referencer .....	61
11. Bilagsfortegnelse .....	62

# 1. Forskningsprojektet

*Udvikling af læringsmiljø i psykiatrien (LIP-projektet)* er et unikt aktionsforskningsprojekt, der foregår i samarbejde mellem regionale psykiatriske institutioner og Nationalt Center for Kompetenceudvikling (NCK), Aarhus Universitet, Danmark.

I projektet deltager ca. 100 kliniske vejledere, 20 uddannelsesansvarlige sygeplejersker og Linda Kragelund (LK) fra NCK.

Aktionsforskningsdesignet betyder, at universitetet og praksis samarbejder om at gennemføre projektet.

Formålet med LIP-projektet er at afdække og beskrive uudnyttede læremuligheder ved de psykiatriske institutioner, der deltager i projektet, med henblik på at udvikle læringsmiljøet og udnytte allerede eksisterende læremuligheder. En metode hertil er at Vindmøllemodellen, der er en model for sygeplejestuderendes læreprocesser (Kragelund 2006; Kragelund 2007) bliver brugt i klinisk uddannelse af sygeplejestuderende. Modellens begreber bliver præciseret og videreudviklet, og nye begreber vil evt. blive udviklet.

Projektet består af fire empiriske delundersøgelser:

1. 13 fokusgruppe interview med 71 kliniske vejledere. Formålet var at afdække de kliniske vejlederes forståelse af og praksis omkring de læremuligheder, som de er bevidste om, og af forskellige grunde enten udnytter eller ikke udnytter i sygeplejestuderendes kliniske undervisning
2. 100 kliniske vejlederes observation af hinandens vejledningspraksis i 2 x 7 timer. Til det brugte de et observationsskema, der var lavet til formålet
3. 100 kliniske vejlederes skrivning af logbog over deres vejledningspraksis i 2 x 8 uger. Til det brugte de en logbog, der var lavet til formålet
4. 13 fokusgruppe interview med 100 kliniske vejledere. Formålet var at evaluere projektets effekt.

Data er analyseret via kvalitativ indholdsanalyse inspireret af Graneheim & Lundman (2004).

## 2. Første delundersøgelse

Første delundersøgelse har vi kaldt *Kliniske vejledere i spændingsfeltet mellem sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence*.

### 2.1 Rammer og metode

Første delundersøgelse bestod af 13 fokusgruppe interview (interview) med 71 af de ca. 100 kliniske vejledere, der deltog i projektet. Interviewene blev gennemført ud fra en interviewguide (bilag 1) ultimo 2008 - primo 2009. Transskriberet<sup>1</sup> udgør datamaterialet ca. 450 sider. Moderatorer var de uddannelsesansvarlige sygeplejersker og LK.

Formålet med interviewene var at afdække kliniske vejlederes forståelse af og praksis omkring de læremuligheder, som de er bevidste om, og af forskellige grunde enten udnytter eller ikke udnytter i sygeplejestuderendes kliniske undervisning.

Data er analyseret via kvalitativ indholdsanalyse inspireret af Graneheim & Lundman (2004). Analysen er gennemført af 6 uddannelsesansvarlige sygeplejersker og LK (se forsiden).

---

<sup>1</sup> Lægeseekretær Lene Rick, Psykiatrien Region Sjælland har transskriberet alle interview

Analysearbejdet blev gennemført i perioden maj 2009 - januar 2010. Gruppen havde 7 heldagsmøder og arbejdede individuelt med analyserne i mellem møderne (skema 1). Arbejdet er skrevet sammen til herværende "rapport" af LK og Pennie Teglborg i foråret 2010.

*Skema 1: Møder i arbejdsgruppen, der har analyseret data fra 1. fokusgruppe interview*

<b>Dato</b>	<b>Sted</b>	<b>Antal deltagere</b>	<b>Ordstyrer</b>	<b>Referent</b>
05.05.09	København, DPU	4	Linda Kragelund	Linda Kragelund & Lisbeth Hybholt
10.06.09	København, DPU	6	Linda Kragelund	Pennie Teglborg
18.08.09 - 19.08.09	København, DPU	7	Linda Kragelund	Anna Timmermann & Linda Kragelund
28.09.09	Risskov, Århus	6	Linda Kragelund	Linda Kragelund
04.11.09	Risskov, Århus	6	Linda Kragelund	Anna Timmermann (& Linda Kragelund)
11.01.10	Glostrup	5	Linda Kragelund	Linda Kragelund

## **2.2 Analysestrategier**

Data er analyseret via kvalitativ indholdsanalyse inspireret af Graneheim & Lundman (2004). Analysefaserne bestod af

1. at læse interviewene
2. identificere direkte betydningsbærende citater
3. kondensere de betydningsbærende citater
4. tolke essensen af de kondenserede betydningsbærende citater
5. udvikle sub-kategorier og kategorier (manifest indhold)
6. udvikle overordnede temaer (latent indhold)
7. tolke => resultater.

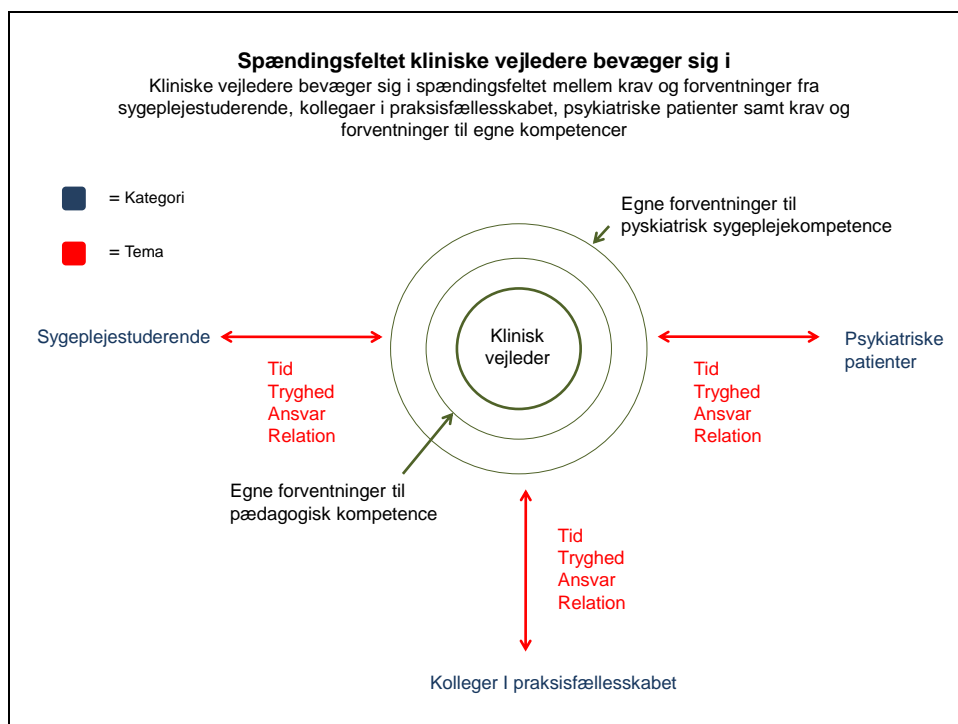
Trin 1-5 foregik individuelt blandt gruppens medlemmer. På det 3. - 4. møde (to sammenhængende dage i juni 2009, jvf. skema 1) gennemgik analysegruppen de sub-kategorier, det enkelte gruppe-medlem var nået frem til, set i lyset af formålet med fokusgruppe interviewene. På den baggrund blev udviklet 25 sub-kategorier, der igen blev kondenseret til 4 hovedkategorier (skema 2).

Skema 2: *Fremanalyserede sub-kategorier, kategorier og temaer i data om kliniske vejlederes perspektiv på læremuligheder og udnyttelse af dem*

Temaer (latent indhold)	Relation Ansvar Tryghed Tid	Relation Ansvar Tryghed Tid	Relation Ansvar Tryghed Tid	Relation Ansvar Tryghed Tid
<b>Kategorier</b> (manifest indhold)	<b>Klinisk vejleders forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygepleje faglig kompetence (1)</b>	<b>Klinisk vejleder og sygeplejestuderende (2)</b>	<b>Klinisk vejleder og kollegaer i praksisfællesskabet (3)</b>	<b>Klinisk vejleder og psykiatriske patienter (4)</b>
<b>Sub-kategorier</b>	kompetencer hos vejlederen	studerendes læremuligheder	kollegialt samarbejde (ansvar for stud's læremuligheder = 12, føler sig alene om opgaven)	kompetencer hos psykiatriske sygeplejersker
	vilkår som vejleder	relationen mellem vejleder og studerende	praksisfællesskaber (kliniske vejl. mangler praksisfællesskab omkring det at være vejleder. Parallel til, at stud. kan have svært ved at få adgang til praksisfællesskab)	hvad er psykiatrisk sygepleje?
	hvordan har det været at deltage i interviewet?	undervisnings- og lærestrategier	holdninger til patienter	samfundsmæssige og kulturelle forskelle
		studerendes læringsudbytte	holdninger til studerende (skal føle sig trygge)	mellem kompetencer og psykiatrisk sygepleje
		studerendes vilkår for læring	faglighed i personalegruppen	
		vejlederens krav og forventninger til de studerende		
		de studerendes læringsstile		
		læringsmål som studerende skal nå		
		hvordan tildeler den kliniske vejleder patienter til den studerende?		
		hvad tilfører studerende afdelingen?		

Analyse af data viser, at de fire hovedkategorier, der udgør det "nære" (mikro niveauet) spændingsfelt som sygeplejersker, der er kliniske vejledere for sygeplejestuderende, oplever, at de står i kan relateres til, hvad der i Graneheim & Lundmans (2004) terminologi bliver kaldt temaer (latent indhold). Temaer er en rød tråd af underliggende mening, der går igennem de kondenserede betydningsbærende citater eller kategorier på et fortolkende niveau (latent indhold). Et kondenseret betydningsbærende citat eller en kategori kan passe til mere end et tema. Vi er i analysen nået frem til, at der er fire temaer. Det er relation, ansvar, tryghed og tid (figur 1).

Figur 1: De kliniske vejlederes nære spændingsfelt



Temaer svarer på spørgsmål om *hvordan* hvorimod kategorier besvarer spørgsmål om *hvad*.

De fremanalyserede temaer kan være med til at svare på, hvordan de kliniske vejledere udnytter de læremuligheder, der er på deres arbejdspladser, og hvilke barrierer der kan være for at udnytte dem. Med andre ord, kan temaerne (relation, ansvar, tryghed, tid) og de fire hovedkategorier (sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og egen forventninger til pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence) være med til at give forståelse af, hvordan de kliniske vejledere håndterer det "nære" (mikro niveau) spændingsfelt, de bevæger sig i.

Vi har bevidst afgrænset analysen af data fra 1. fokusgruppe interview til den "nære" (mikro) kontekst. Det vil sige, vi har fravalgt at inkludere data, der drejer sig om mezzo niveauet: her karakteriseret som de University Colleges, de sygeplejestuderende kommer fra, og makro niveauet: det vil her sige det samfundsmæssige niveau, der bl.a. regulerer sygeplejerskeuddannelsen og uddannelsen til klinisk vejleder (bekendtgørelser og studieordning på landsplan).

Selvom analysen er en form for kvalitativ indholdsanalyse, har den både induktive og deduktive elementer. Langt hen af vejen har analysen været induktiv forstået på den måde, at vi har ladet data tale til os, og kun nødtvunget forholdt os til formålet med fokusgruppe interviewet, der var *at af-dække kliniske vejlederes forståelse af og praksis omkring alle de læremuligheder, som de er bevidste om, og af forskellige grunde enten udnytter eller ikke udnytter i den kliniske undervisning af sygeplejestuderende* (Kragelund m.fl. 2008).

Den induktive analysestrategi resulterede i, at vi fik fremanalyseret de fire hovedkategorier (kliniske vejledere i relation til: sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence) og de fire temaer (relation, ansvar, tryghed, tid). De fire temaer kan alle relateres til de fire hovedkategorier (figur 1).

Nået hertil i analyseprocessen gik vi i gang med litteraturstudier for at blive i stand til at definere både hovedkategorier og temaer i et teoretisk perspektiv. Dette med henblik på at opnå forståelse for de kliniske vejlederes perspektiv på de læremuligheder, der er i deres praksis. Her bevægede vi os over i en primært deduktiv analysestrategi.

Unit of analysis/analyseenheden udviklede vi herefter til at være *situationer/udsagn hvor de kliniske vejledere siger, at de udnytter eller ikke udnytter læremuligheder i deres praksis*.

## 2.3 Definition af hovedkategorier

**Hovedkategorierne** forstår vi som beskrevet nedenfor. Nogle begreber er nominelt andre er operationelt defineret<sup>2</sup>.

### 2.3.1 Kompetence

Empirisk arbejder vi med *pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence*.

Kompetence drejer sig om *at være i stand til at udføre* en konkret opgave, tackle en konkret situation eller et konkret arbejde. Kompetence er knyttet til en konkret kontekst (for uddybning se bilag 2).

1. Pædagogisk kompetence forstås i projektet i forhold til hvilket ansvar og med hvilken selvstændighed de kliniske vejledere udøver deres funktion (deres viden, færdigheder og holdninger i relation hertil). Deres forventninger til egen pædagogisk kompetence sættes i analysen i relation til de officielle krav, der stilles til kliniske vejledere for studerende på uddannelser til professionsbachelor. Dette relateres igen til, hvordan de kliniske vejledere udnytter de læremuligheder, der er på deres arbejdsplads, i uddannelse af de sygeplejestuderende.

2. Psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence for står vi i projektet, med reference til hvad de kliniske vejledere sagde under fokusgruppe interviewene, i relation til seks hovedområder.

Hovedområderne er:

- personlige holdninger til patienter, kollegaer og sig selv som sygeplejerske
- faglig viden
- færdigheder
- klinisk skøn
- faglig identitet
- formelle kvalifikationer.

### 2.3.2 Kliniske vejledere

Kliniske vejledere er sygeplejersker, der deltager i projektet, og som i forskellig grad har ansvar for den kliniske uddannelse af de sygeplejestuderende, der kommer i deres praksis.

Det er ikke givet, at de kliniske vejledere i projektet har 1/6 pædagogisk diplomuddannelse (9 ECTS point), som er det officielle krav til kliniske vejledere (Undervisningsministeriet 2002).

Demografiske data fra LIP-projektet viser, at 49 af de 71 kliniske vejledere, der deltog i 1. fokusgruppe interview dengang (ultimo 2008 - primo 2009) havde 1/6 diplomuddannelse (klinisk vejlederuddannelse).

---

<sup>2</sup> Nominelle definitioner er teoretiske. Operationelle definitioner indebærer at forskeren forklarer et givet begreb ved hjælp af de metoder vedkommende bruger til at undersøge begrebet/fænomenet. Operationelle definitioner er konkretiseringer af af nominelle definitioner derhen, at forskeren ved, hvilke data der skal registreres, hvis vedkommen laver en empirisk undersøgelse. Er operationelle definitioner velgjorte, danner de forbindelsesled mellem teori og empiri (Winter 1997:29-30)

### 2.3.4 Sygeplejestuderende

Sygeplejestuderende er, i projektets sammenhæng, studerende der følger uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje enten i henhold til studieordningen á 2001 (Undervisningsministeriet 2001) eller á 2008 (Undervisningsministeriet 2008), og som er i gang med deres kliniske uddannelse i psykiatri. Den kliniske uddannelse i psykiatri finder primært sted på enten 4. eller 5. semester, og varer typisk mellem 6 og 10 uger, afhængigt af hvilken studieordning, de følger.

### 2.3.5 Kollegaer i praksisfællesskab

Praksisfællesskab forstås i projektet i lyset af Wengers perspektiv. Et praksisfællesskab er et fællesskab af ansatte på en arbejdsplads. Fællesskabet er bygget op omkring nogle handlinger, samt tanker og teori om handlingerne. Et praksisfællesskab er karakteriseret ved at alle de mennesker, der arbejder på arbejdspladsen, både engagerer sig i handlingerne/arbejdet og i at samarbejde med hinanden. Menneskene udveksler meninger og holdninger om det pågældende arbejde med hinanden (Wenger 2004 - for en uddybning se bilag 4).

I projektet består et praksisfællesskab af mennesker med forskellige uddannelse. Det kan være sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, plejere, pædagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, læger, psykologer, socialrådgivere, diætister, m.fl.

### 2.3.6 Psykiatriske patienter

Psykiatriske patienter forstås i projektet som mennesker, der modtager psykiatrisk sygepleje og/eller behandling på en af de regionale psykiatriske institutioner, der deltager i projektet. Det drejer sig om mennesker i alle aldersgrupper og med et bredt spektrum af psykiatriske lidelser/symptomer.

patienter kan være børn og unge, midaldrende og gamle mennesker. De kan have forskellige behov. F.eks. behov for kortvarige, akutte, intensive og komplekse indlæggelsesforløb, eller for langvarige stabile eller komplekse og mere forudsigelige ambulante forløb.

### 2.3.7 Psykiatrisk sygepleje

Det er ikke muligt at definere psykiatrisk sygepleje i få korte sætninger. Disciplinen psykiatrisk sygepleje befinder sig inden for den humanistiske tradition. Hummelvolls definition og beskrivelse af psykiatrisk sygepleje er funderet på værdier og handler i højere grad om relationen mellem sygeplejerske og patient end om en præcis beskrivelse af, hvad sygeplejersken skal gøre i udøvelse af psykiatrisk sygepleje. Hummelvoll skriver:

*Psykiatrisk sygepleje er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhed. Den tager sigte på at styrke patientens egenomsorg og derigennem løse/reducere hans sundhedsproblemer. Gennem et samarbejde og forpligtende fællesskab forsøger man at hjælpe patienten til selvspekt og til at finde egne holdbare livsværdier. Når patienten ikke selv er i stand til at udtrykke sine behov og ønsker, virker sygeplejersken som patientens talsmand. Ud over det individuelle niveau har sygeplejersken et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende socialt fællesskab. På det samfundsmæssige niveau har sygeplejersken en forpligtelse til at påpege og påvirke forhold, der skaber sundhedsproblemer (Hummelvoll 2006:46).*

## 2.4 Definition af temaer

De fire **temaer** forstås vi teoretisk på følgende måde:

### 2.4.1 Relation

Relation kan forstås som et socialt og følelsesmæssigt forhold mellem mennesker, mellem mennesker og grupper, samt mellem grupper (Egidius 2001).



*Relation i forhold til et praksisfællesskab* kan forstås, som et socialt og følelsesmæssigt forhold, der er udviklet på basis af et gensidigt, engagerende samarbejde på en arbejdsplads. Samarbejdet kan føre til udvikling af tætte, sociale forhold, der kan betegnes som en tæt knude af interpersonelle relationer. I disse interpersonelle relationer, kan der følelsesmæssigt udvikle sig komplekse blandinger af modsatrettede følelser såsom magt og afhængighed, ekspertise og hjælpeløshed, alliance og konkurrence samt tillid og mistænksomhed (Wenger 2004).

*Relation i forhold til sygeplejerske-patient samarbejdet* kan i Hummelvolls tænkning forstås som et terapeutisk forhold:

*... der dannes som følge af en patients behov for hjælp og sygeplejerskens svar på det. Denne alliance er karakteriseret ved et oplevelses- og arbejdsfællesskab, der har til hensigt at give patienten større selvindsigt og bedre situationsfølelse og gennem dette bidrage til, at patienten i videst muligt omfang bliver i stand til at bearbejde og løse sit sundhedsproblem (evt. leve med det). For at det skal ske, er det væsentligt, at sygeplejersken kan skifte mellem nærhed og afstand, støtte og udfordring (Hummelvoll 2006:40).*

I projektet beskæftiger vi os med de kliniske vejlederes relation til sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet og i mindre grad til de psykiatriske patienter.

#### **2.4.2 Ansvar**

I projektet forstås ansvar i lyset af Løgstrups tanker. Et menneske har ansvar, når en arbejdsopgave afhænger af det. Et ansvar arbejder personen sig dybere og dybere ind i. Overfor *ansvar* står *pligt*. Pligt er en overskuelig og tydelig opgave, som personen, der har pligten, arbejder sig færdig med (Løgstrup 1996:64-65 - for en uddybning se bilag 4).

I projektet taler vi om de kliniske vejlederes ansvar i relation til at uddanne sygeplejestuderende, i relation til deres kollegaer i praksisfællesskabet og i mindre grad i relation til de psykiatriske patienter, de kommer i kontakt med.

#### **2.4.3 Tryghed**

I projektet forstås vi tryghed som:

*En tilstand af beskyttelse og sikkerhed, en følelse af tillid som kommer af opfattelsen af, at der ikke foreligger nogen trussel. Man kan således opleve "falsk tryghed", hvis man ikke vover at se de trusler i øjnene, som rent faktisk findes (Egidius 2001:589).*

I projektet skal tryghed set fra de kliniske vejlederes perspektiv forstås i relation til sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet og i mindre grad psykiatriske patienter.

#### **2.4.4 Tid**

Tid forstås i projektet på to forskellige niveauer inspireret af den tyske biografiforsker Alheits (Alheit 1994). *Hverdagstid* indebærer en cyklisk forståelse af tid. I relation til *hverdagstid* kan vi handle direkte og spontant, idet gøremålene er rutine for os. Heroverfor står *livstid* der indebærer en lineær tidsforståelse. I relation til *livstid* må vi forholde os aktivt, for at skabe sammenhæng i en ikke-rutine situation.

### **3. Analyse af kompetence**

At analysere data og at formidle resultater af analysen er to forskellige ting.

Analyseprocessen har ikke været lineær, men det er fremstillings- og formidlingsprocessen.

Resultater af analysen præsenteres ikke i den rækkefølge de emergerede (blev fremanalyseret). I analyseprocessen fremkom de fire hovedkategorier: kliniske vejledere, sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet og psykiatriske patienter først. De blev udviklet til modellen over spændingsfeltet som de kliniske vejledere befinder sig i (figur 1).

Derefter viste de fire temaer sig i den videre analyse af data. Temaerne er relation, ansvar, tryghed og tillid. Forhold der påvirker de kliniske vejlederes ageren i spændingsfeltet og som har betydning for i hvilken grad de ser og udnytter de læremuligheder, der er i deres praksis, i den kliniske undervisning af sygeplejestuderende.

Kompetence er et elastikbegreb. I dag, kan der næsten sættes kompetence "foran eller bagved alt". Vi forstår pragmatisk kompetence som det *at være i stand til at udføre* en konkret opgave, tackle en konkret situation eller et konkret arbejde. Kompetence er knyttet til en konkret kontekst (for uddybning se bilag 2).

Mange af de forventninger de kliniske vejledere giver udtryk for, i fokusgruppe interviewene, at de har til sig selv, kan både kategoriseres som pædagogisk kompetence og som psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence. Det er et analytisk greb, at skille kompetencerne ad.

Pædagogisk kompetence drejer sig om, hvilket ansvar og med hvilken selvstændighed de kliniske vejledere udøver deres funktion som kliniske vejledere (deres viden, færdigheder og holdninger i relation hertil). Det vi har fokus på i analysen er, hvordan de kliniske vejledere bruger deres pædagogiske kompetence til at se og udnytte læremuligheder i klinisk uddannelse af sygeplejestuderende.

### 3.1 Pædagogisk kompetence

Nedenstående analyse af data, drejer sig om de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk kompetence. Den er systematiseret i forhold til de elementer, der indgår i (det nære) spændingsfelt, som de kliniske vejledere bevæger sig i, og som har betydning for om og hvordan de udnytter de læremuligheder, der er i deres praksis, i den kliniske undervisning af sygeplejestuderende. Spændingsfeltet består af sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet og psykiatriske patienter. I fokusgruppe interviewene sagde de kliniske vejledere ikke noget om deres pædagogiske kompetencer i forhold til psykiatriske patienter, hvorfor det perspektiv ikke indgår i analysen<sup>3</sup>.

Analysen er bygget op i to dele. I *første del* bliver sammenhængen mellem de officielle krav til kliniske vejledere og de kliniske vejlederes pædagogiske forventninger til sig selv analyseret. I *anden del* bliver de væsentligste aspekter ved den pædagogiske kompetence, sådan som vejlederne ser det, illustreret ved hjælp af citatpluk-analyse. Det er en analysemetode, hvor forskeren opstiller en række problemer, inden analysen starter<sup>4</sup>. Hvert problem bliver efterfølgende belyst ved hjælp af relevante citater fra interview-materialet. Endelig argumenteres der for citaternes betydning for belysning af det valgte problem (Kruuse 1996:137-138). I herværende citatpluk-analyse sker analysen på baggrund af elementer i det spændingsfelt, de kliniske vejledere står i. Elementerne i spændingsfeltet er *sygeplejestuderende og kollegaer i praksisfællesskabet*.

I følge Lausnø & Rieper (1987) er der forskellige typer af citater forskeren kan vælge. Det er:

- typiske citater for den valgte problemstilling
- de mest indsigtfulde citater
- konfronterende citater

<sup>3</sup> Det er ikke mærkeligt, da fokusgruppe interviewene drejede sig om at udnytte læremuligheder i klinisk uddannelse af sygeplejestuderende

<sup>4</sup> Det er en analysemetode, der bruges i forbindelse med afrapportering af undersøgelsesresultater. Citatpluk-analyse kolliderer ikke med, at data i øvrigt er analyseret via kvalitativ indholdsanalyse

- citater, der afslører modsigelser
- citater, der dækker variationer
- citater, der belyser forskelle og lighedspunkter.

Korte citater bruges som regel til at illustrere tolkninger og lægger op til envejskommunikation fra forfatteren til læseren. Længere citater giver læseren mulighed for selv at tolke, og dermed til "dialog" mellem forfatteren og læseren med rapporten som medium.

En fordel ved citatpluk-metoden er, at læseren kan kontrollere om citaterne er relevante for de valgte problemstillinger, og de kan til en vis grad vurdere forfatterens tolkning af dem.

En svaghed ved citatpluk-metoden er, at forfatteren kun offentliggør en del af datamaterialet. Det er derfor svært eller umuligt for læseren at vurdere, hvordan forfatteren har udvalgt citaterne. Der er risiko for cirkularitet, forstået på den måde, at forfatteren kun tager citater med, der bekræfter hypotesen/antagelserne, der bliver arbejdet ud fra (Kruuse 1996).

Nedenfor bruges forskellige typer af citater.

### 3.2 Officielle krav til kliniske vejlederes pædagogiske kompetence

I bekendtgørelse om uddannelse til klinisk vejleder til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser står at:

*Uddannelsens formål er at den studerende udvikler kompetence som vejleder, underviser og bedømmer indenfor sundhedsuddannelsernes kliniske undervisning (Undervisningsministeriet 2002, BEK nr. 497, §1).*

I den kliniske vejlederuddannelse indgår, jvf. §5, følgende studieområder

- 1) pædagogik og didaktik i relation til kliniske undervisning.
- 2) underviser- og vejlederprofessionalitet.
- 3) iagttagelse og vurdering af kliniske undervisnings- og læreprocesser.
- 4) læringsmiljø i klinisk undervisning.
- 5) vejledning i bedømmelse, herunder den studerendes egen vejlederpraksis (Undervisningsministeriet 2002, BEK nr. 497, §5).

Ud fra formålet med uddannelsen til klinisk vejleder og på baggrund af de studieområder, der indgår i uddannelsen, tolker vi de officielle krav til de kliniske vejlederes pædagogisk kompetence som, at de skal have

- didaktisk viden og didaktiske<sup>5</sup> færdigheder i forhold til at planlægge, gennemføre og evaluere klinisk undervisning for sygeplejestuderende
- de skal være professionelle undervisere og vejledere
- de skal kunne observere og vurdere kliniske undervisnings- og læreprocesser
- de skal kunne udvikle læringsmiljøet på deres arbejdsplads
- de skal kunne vejlede de studerende og bedømme deres praksis
- de skal kunne vurdere egen praksis som vejledere.

<sup>5</sup> Didaktik er en samlebetegnelse for de overvejelser den kliniske underviser gør sig i forbindelse med valg af indhold, fremgangsmåde, handlinger og vurdering i relation til den kliniske undervisning (Roelsgaard & Sørensen I: Brøbecher & Mulbjerg (red.) 2005:150)

Skema 2: Officielle krav til kliniske vejlederes pædagogiske kompetence contra de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk kompetence (konstruktion)

Pædagogisk kompetence	Officielle krav til kliniske vejledere	Kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk kompetence
Didaktik	viden og færdigheder i forhold til at kunne planlægge, gennemføre og evaluere klinisk undervisning for sygeplejestuderende	<ul style="list-style-type: none"> <li>- skal kunne tildele studerende patienter, så der tages hensyn til alle i spændingsfeltet</li> <li>- skal kunne tage udgangspunkt i den enkelte studerendes forudsætninger</li> <li>- skal kunne skabe rammer og struktur, så studerende har mulighed for at øve sygepleje</li> </ul>
Professionalisme	være professionelle undervisere og vejledere	<ul style="list-style-type: none"> <li>- holde sig ajour med den sidste nye udvikling indenfor psykiatrisk sygepleje</li> </ul>
Lære- og undervisningsprocesser	kunne observere og vurdere kliniske undervisnings- og læreprocesser	<ul style="list-style-type: none"> <li>- skal tage ansvar for og kunne skabe individuelle læremuligheder for studerende</li> <li>- skal give studerende mulighed for vejledning (før, under, efter)</li> <li>- skal kunne hjælpe studerende med at reflektere over praksis (koble teori og praksis)</li> </ul>
Læringsmiljø	læringsmiljø i klinisk undervisning	<ul style="list-style-type: none"> <li>- skal kunne skabe et miljø, hvor studerende føler sig trygge</li> <li>- skal tage ansvar for og kunne motivere og informere kollegaer i praksisfællesskabet om studerende</li> <li>- skal tage ansvar for og kunne trække studerende ind i praksisfællesskabet</li> </ul>
Vejledning	kunne vejlede sygeplejestuderende i psykiatrisk sygepleje	<ul style="list-style-type: none"> <li>- skal kunne reflektere</li> <li>- skal kunne være rollemodel for studerende (bl.a. via demonstration, "følg mig")</li> <li>- skal kunne vejlede studerende (før, under, efter)</li> </ul>
Bedømmelse/vurdering	kunne vurdere sygeplejestuderendes sygeplejepraksis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- at dumpe studerende (IKKE 5) vejl. nr. 73 GLA s. 19</li> </ul>
	kunne vurdere egen vejledningspraksis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- skal kende egne begrænsninger</li> </ul>
<b>NEDENSTÅENDE INDGÅR IKKE I OFFICIELLE KRAV</b>		
Innovativ kompetence		<ul style="list-style-type: none"> <li>- skal være omstillingsparate</li> <li>- skal være nysgerrige</li> </ul>
Personlige kompetencer		<ul style="list-style-type: none"> <li>- skal vise interesse for studerende</li> <li>- skal være rummelige</li> <li>- skal være tolerante</li> <li>- skal være åbne</li> <li>- skal være engagerede</li> <li>- skal være nærværende</li> </ul>

Som ovenstående viser indgår der mange forskellige elementer i pædagogisk kompetence og nogle af dem lapper over hinanden f.eks. "lære- og undervisningsprocesser" og "vejledning". Her og i den efterfølgende del af kapitel 3, der drejer sig om pædagogisk kompetence har vi trukket de aspekter

af pædagogiske kompetence frem, som de kliniske vejledere fremhævede fem eller flere gange i fokusgruppe interviewene (skema 2)<sup>6</sup>.

Interessant i forhold til de officielle krav til kliniske vejledere er, at de kliniske vejledere i projektet kun sporadisk kommer ind på det at være professionel vejleder og underviser. De gør det ikke eksplicit. De taler indirekte om det ved at sige, at de mener, at de skal holde sig fagligt ajour med psykiatrisk sygepleje. I projektets kontekst kan det at være professionel vejleder og underviser tolkes som, at de kliniske vejledere skal holde sig ajour med nyt i forhold til sygeplejerskeuddannelsen både hvad angår uddannelsen og hvad angår pædagogisk teori og metode - de skal holde deres pædagogiske viden ajour. Desuden taler de kliniske vejledere kun i mindre grad om, at de skal kunne evaluere kliniske undervisning, samt vurdere lære- og undervisningsprocesser og vurdere de sygeplejestuderende i relation til målene for den kliniske undervisning. De kliniske vejledere kommer også kun sporadisk ind på, at et krav til dem er, at de kan vurdere sig selv som kliniske vejledere. Spørgsmålet er i hvilken grad de kliniske vejledere forstår sig selv som henholdsvis kliniske undervisere/vejledere og psykiatriske sygeplejersker. Måske ligger der et udviklingspotentiale i, at de i højere grad kommer til at forstå sig selv som undervisere?

De kliniske vejledere, der deltog i fokusgruppe interviewene talte meget om, at de skal have innovativ kompetence, og at de skal have mange forskellige personlige kompetencer, for at kunne være kliniske vejledere. Personlige kompetencer, der også er nødvendige i relation til at udøve psykiatrisk sygepleje for psykiatriske patienter. Sådanne kompetencer er ikke nævnt i de officielle krav til kliniske vejledere.

### 3.3 Kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk kompetence

I dette afsnit bliver de væsentligste aspekter ved den pædagogiske kompetence, sådan som vejlederne ser det, illustreret ved hjælp af citatpluk-analyse.

Under fokusgruppe interviewene kom de kliniske vejledere ind på mange aspekter ved pædagogisk kompetence, som de mener, er nødvendige for at være kliniske vejledere, herunder for at kunne sælge faget og give studerende kvalificeret vejledning.

De kliniske vejledere mener bl.a., at de for at være gode kliniske vejledere skal kunne være rollemodeller, være engagerede, have lyst til at tage konflikter, have lyst til at være tovholdere for de studerendes kliniske uddannelse, være opdateret med ny viden, have pædagogiske redskaber, være omstillingsparate, være fordomsfri, være sparringspartner for studerende og i forhold til University Colleges (vejl. nr. 28, 29, 30, 31 RIC s. 22- 24). Disse forventninger til sig selv udtrykker en klinisk vejleder således (indsigtsfuldt citat):

*...jeg sidder og tænker på, hvor komplekst det i grunden er, altså alt det vi har diskuteret under det her interview. Hvor er det i grunden en kompleks rolle vi sidder med, og hvor er det da bare enormt vigtigt, at vi er godt klædt på til opgaven. Det kan jeg godt se. Det er næsten skræmmende vigtigt. Når vi - altså, fordi vi har været omkring så mange forskellige emner, ikke også (vejl. nr. 28 RIC s. 26).*

Vejleder nr. 28 mener altså at funktionen som klinisk vejleder er **kompleks**. Når det relateres til spændingsfeltet de kliniske vejledere befinder sig i, og de officielle krav til kliniske vejledere samt de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk kompetence, kan det ikke undre.

---

<sup>6</sup> Det er et bevidst pragmatisk valg, ud fra en antagelse om, at det der blev talt meget om er vigtigere for de kliniske vejledere samlet set, end det, der blev talt om i begrænset omfang. Desuden er reduktion af data et vigtigt element i at skabe sammenhæng og stringens i "rapporter" som denne

Et andet forhold nogle kliniske vejledere fra RIC drøftede var vigtigheden af, at man som klinisk vejleder har, hvad der kunne kaldes *innovativ kompetence* (være parat til at lære nyt - det bliver der talt om 13 gange under interviewene). En vejleder udtrykker det sådan (typisk citat):

*Altså man skal da først og fremmest have stor interesse for studerende, og for også at blive udfordret og lære nyt. Og hele tiden holde sig ajour inden for den sidste nye udvikling. Og være lydhør også, overfor de studerende* (vejl. nr. 30 RIC s. 22).

Desuden talte de kliniske vejledere generelt meget om de *personlige kompetencer*, de mener, at det kræver, at være klinisk vejleder. De forventer bl.a. af sig selv, at de er engagerende (bliver der talt om 14 gange under interviewene: RIA, RH, GLA, BF, BUC), viser interesse for studerende (7 gange: RH, SJ, GLA, GLB, BF, ÅL) og er nærværende (blev der talt om 5: gange RH, BA). At vejledere har sådanne forventninger til sig selv vidner nedenstående typiske citater om.

Typisk citat, der illustrerer de kliniske vejlederes forventninger til sig selv om at være engagerende:

*...man skal brænde for det, og det gør jeg også, men så tænker jeg, at jeg kan godt falde i en fælde, at jeg brænder så meget, at jeg kommer til at oversvømme de studerende, og så kan jeg lige pludselig se på dem, at jeg tror, at vi skal holde for i dag, og så skulle vi have holdt for 10 minutter siden, men jeg bliver altså så... jeg synes selv, at det er så spændende at snakke om, og så spændende er jeg måske ikke at høre på. Så den skal jeg i hvert fald, tænker jeg, have med i det, at jeg skal bremse mig selv i det* (vejl. nr. 74 GLA s. 18-19).

To typiske citater om vigtigheden af, at man som klinisk vejleder viser interesse for de studerende:

*Jeg synes, at det allervigtigste umiddelbart, det er at man vil dem. Det er jo det, man altid bliver evalueret dårligt på, det er hvis vejlederne ligesom ikke er til stede, det kan jo både være mentalt og fysisk, men det er noget af det, som virkelig, virkelig betyder noget for deres læring. Det er at vi er der for dem, og vi gerne vil dem, og vi gerne vil vise dem, hvad det vil sige at være sygeplejerske, det sted, det afsnit de nu er i* (vejl. nr. 78 RH s. 18).

*Men man skal også som en god vejleder, have lyst til at have de studerende, lyst til, at der er nogen andre, der kigger på ens sygepleje, eksponere sig selv lidt...* (vejl. nr. 74 GLA s. 18).

To typiske citater om betydningen af, at man som klinisk vejleder er nærværende både konkret og i overført betydning:

*Følelsen af, at man er tilstede. Altså man behøver ikke nødvendigvis fysisk at være der, men at man alligevel har lagt en eller anden form for plan tænker jeg* (vejl. nr. 98 BA s. 30).

*Så de ikke føler, at de er overladt til sig selv, ikke. Altså det hører man jo tit og det kan jeg da også selv huske som studerende.....de fortalte flere steder, at de havde oplevet at komme ud og skulle gå spidsgang imellem de forskellige sygeplejersker, fordi der ikke var nogen, der ville påtage sig rollen som klinisk vejleder. Og heller ikke bare som daglig vejleder. Og at det havde været simpelthen så ydmygende og fise rundt. Jeg synes også, man har et ansvar for, både som klinisk vejleder, men selvfølgelig også generelt, at man er nogenlunde forberedt på, når de kommer, at man har gjort sig nogle overvejelser. Hvordan skal det her forløb være, så de føler, at de har deres plads* (vejl. nr. 95 BA s. 30 -31).

### 3.3.1 Didaktik

De kliniske vejledere vægter, forskellige forhold, der drejer sig om deres didaktiske kompetence<sup>7</sup>.

Bl.a. deres kompetencer til at overveje indholdet i de studerendes læreprocesser, hvordan de skal tilrettelægge læreprocesserne, hvordan de skal lære fra sig, hvordan de skal vurdere og evaluere de

<sup>7</sup> Fra officiel side er der krav til de kliniske vejledere om at have didaktisk kompetence (Undervisningsministeriet 2002, BEK nr. 497, §5)

studerende i forhold til målene for den kliniske uddannelse samt sidst men ikke mindst, hvordan de tildeler de sygeplejestuderende patienter, som de kan være medkontaktperson for.

Konkret talte nogle vejledere om, hvordan de søger at skabe struktur for de studerende ved at sikre sig, at de bliver tildelt opgaver fra morgenstunden. Desuden fortalte nogle vejledere om, hvordan de planlægger for at skabe relevante læremuligheder til de studerende. I nogle tilfælde planlægger vejlederne og de studerende sammen hvilke opgaver, de studerende skal have. I andre tilfælde beslutter de kliniske vejledere det alene. De kliniske vejledere var også optaget af, hvordan de kan tage udgangspunkt i den enkelte studerendes forudsætninger både de personlige og de faglige. Endelig talte de om, hvordan de tildeler sygeplejestuderende patienter, de kan være medkontaktperson for (blev der talt om 21 gange: ÅI, RIC, RIB). Her kom vejlederne med mange og modsatrettede synspunkter. Nedenstående citater er valgt, fordi de viser hvilken variation der er i den måde de kliniske vejledere tildeler sygeplejestuderende patienter på. F.eks. kunne vejledere vælge patienter til de studerende, ud fra de studerendes behov for læring:

*Jeg havde nu her en studerende, hvor så vi skulle til at finde, hvad - hvem de skulle være med kontaktperson for. Og så er der jo nogle kolleger, der siger - jamen den patient det duer ikke. Og det kan jeg godt se, så stod de studerende og tænkte, hvorfor var det lige, at jeg ikke due de. Og den kom hurtigt ud der, og så kan jeg godt forstå, at de står undrende der. Hvad var det, der gjorde, at jeg blev lige nægtet adgang der. Og det må man jo så være nødt til at prøve måske at give dem en forklaring på, når de lige selv spørger om, hvorfor måtte jeg ikke være omkring den patient? (vejl. nr. 31 RIC s. 15).*

Eller de studerende kan blive tildelt patienter ud fra patientens diagnose:

*Selvfølgelig er der en sådan en lidt rækkefølge i det. Den afd. jeg er på, mani og depression og det vil jo typisk være nogle af de patienter, som de allerførst kommer i kontakt med, enten de depressive eller de maniske patienter. Og så er der også en del patienter med misbrug indover, der er de også fint med og så - når vi så kommer til den personlighedsforstyrrede del af patient gruppen, så er der et skel der, der hedder, at der skal de ligesom have noget med sig, inden de går i gang med den kategori (vejl. nr. 8 RIB s. 8).*

Studerende kan også tildeles patienter, før vedkommende starter sin kliniske uddannelse i psykiatrien:

*Vores [hvilken patient den studerende skal være medkontaktperson for], det er planlagt, inden de starter. Ellers mister de for meget tid i starten. Altså allerede de første 14 dage, hvor de kører meget med os hver især, der ved jeg, hvem de skal ud og have forløb med, fordi så kan de jo allerede der komme ud til en introduktionssamtale, ikke også. Så det er inden, jeg har set dem, i hvert fald sådan som det fungerer lige nu (vejl. nr. 12 ÅI s. 16).*

Eller sygeplejestuderende kan blive tildelt patienter ud fra det samlede antal sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever, der er under uddannelse på arbejdspladsen/i afdelingen. Det princip illustrerer nedenstående citat:

*Jeg havde en snak med en afd. sygeplejerske om nogle assistenter. Netop hvor hun siger, at nu skal de jo så kobles på en patient sådan ret hurtigt, synes hun, sådan at de kan komme i gang med nogle forløb og noget. Og der snakkede vi så sammen om, jamen hvad var der af mulige patienter. Både fordi der jo er nogen elever også i øjeblikket, som er - så man ikke lige putter alt for mange mennesker ind i det samme forløb. Så det er én afgrænsning, tænker jeg. Og så er der noget med, hvor er patienten, patienten er på vej ud om 3-4 dage, ikke eller - så der er også nogle parametre, man tager hensyn til der. Og igen, er det én, der er svær kompliceret, ikke. Så tænker jeg også, at det er ikke lige der, at man skal starte ud, når man ikke har noget psykiatrisk erfaring eller ret meget (vejl. nr. 31 RIC s. 15).*

Som ovenstående viser, er der mange måde at tildele studerende patienter på, og citaterne her illustrerer kun nogle af dem.

Forventninger til egen didaktisk kompetence blev der talt om 45 gange under fokusgruppe interviewene (BA, Hi, RH, BR, RIA, RIB, BF, BR, Ål, GLB, BF). Nedenfor er der fire typiske citater, der illustrerer de kliniske vejlederes overvejelser over, hvordan de kan tage udgangspunkt i den enkelte studerendes forudsætninger:

*Nogle gange synes jeg det minder lidt om patientarbejde. Altså at have blik for, hvor er det, jeg kan gå ind og styrke deres selvværd ved at have fokus på det, de er rigtig gode til i forvejen. Det de kommer med. For de tror nærmest, at de sletter tavlen, når de kommer i psykiatrien, det kan nogle gange være min oplevelse. Så hjælpe dem til at se på alt det, de rent faktisk kan. Og så synes jeg, så får de lidt benzin til at gå videre og arbejde med det, som er svært for dem. Så det er jo at understøtte den der udvikling (vejl. nr. 92 Hi s. 18).*

*Jeg tænker bare anerkendelse. At det er vigtigt at anerkende det, de ved i forvejen på et højt – altså det er virkelig vigtigt. Det er i hvert fald et at det, jeg ikke er karrig med, at anerkende hvad de ved i forvejen og hvad de byder ind med. For det er altid, der hvor de så er. Og så tænkte jeg det billede, du viste med ingredienserne, at det var da en fantastisk metafor med den kok, der står med de ingredienser (vejl. nr. 93 Hi s. 19).*

*Jeg synes ikke, at der er så meget at vælge imellem, altså på ambulatoriet. Men der er man med i det hele og det jeg mener med at få noget - så bredt et kig på psykiatrien som muligt, så at udbyttet for den studerende bliver bedre, hvis man tager det med i det hele. Jeg - det er jo graderne afhængig af, hvad for et ansvarsområde og hvad er det, de skal kunne. Det er noget andet. Men det at give dem det og tage dem med i alle de der forskellige situationer, sådan har jeg i hvert fald tænkt, at det er vigtigt at tage dem med til det hele. Jeg tror, at det er starten. Så kommer der jo en selektion i forhold til det, som 105 siger med - hvad vil de især være optaget af med læringskontrakten og er der særlige områder som de har med sig fra tidligere, som der interesserer dem, så man så kan bygge oven på. Altså det er jo sådan emnerelateret, hvor det kan blive sådan mere afgrænset mål, hvor man så vælger de patienter ud, der har noget om det (vejl. nr. 102 GLB s.7- 8).*

*Jeg synes, at det er på flere plan. Fordi det her er jo både på det personlige og det faglige plan. Jeg tænker, at vi skal møde dem på begge planer. Vi bliver også nødt til at møde dem på det personlige plan, hvor man kan sige, der er så én, hun er måske skide bange for at starte op i, være i psykiatrien, fordi alle har jo set, alle har jo alle mulige skræmmebilleder, og måske er der nogen i familien, der også er syge. De har jo alle sammen noget med sig i deres rygsæk og jeg tænker, at de har mere og mere med sig. Og det bliver vi nødt til også at sige, jamen hvad er det, de har med sig, hvad er deres for-forståelse og så få den i spil. Også ligesom - jamen ok, så er der nogle problemer på hjemmefronten - og jeg tænker, at det er ikke os, der skal løse dem, men nogle gange bliver man nødt til lige og finde en pakke papirlommetørklæder og så lige have den der tudetur for at komme videre. Altså der tænker jeg, det er jo der hvor vi, fordi sådan er det også at være vejleder. Der er jo ikke et hold, hvor der ikke er nogen, hvor de simpelthen har noget rigtigt svær med sig. Og så må vi ligesom være, - ok, jamen nu er der så, og så går vi videre, og så får vi lidt fagligt fokus. Og jeg tænker, hvordan de vokser der, det synes jeg jo, det er jo det vi har siddet og snakket om hele tiden. Jamen det er jo det der med at finde ud af, hvordan lærer de bedst, nogen skal skubbes, nogen skal have mesterlæren og jeg tænker, det synes jeg, det er jo noget med hele tiden - man ser og hører det også ved, at de bliver jo mere og mere aktive, de stiller spørgsmål, og de synes at, nej hvor er det spændende det her, det er sjovt. Og så tænker jeg, så har vi jo, vi har dem jo hele tiden, både i undervisning og vejledning, og vi har jo simpelthen så mange opgaver, at man tror, at det er løgn, så man har jo hele tiden noget at måle dem på, også (vejl. nr. 5 RIA s. 12).*



Nedenstående citater viser, hvordan nogle kliniske vejledere sikre, at de studerende får rammer og strukturer, hvor de kan øve sig i at udøve sygepleje og få vejledning (det blev der talt om 10 gange under fokusgruppe interviewene: RH, BR, RIB, BF, Ål, GLB):

*Ja, man kan sige, at de får nogle opgaver, som alligevel er nogle trygge rammer, fordi vi sætter rammerne for dem, og vi er der for dem som vejledere og stiller op, når de har brug for hjælp og vejledning og sådan nogle ting. Og samtidig kan de godt - hos os får de jo tildelt en patient efter nogle uger, som de ligesom skal være kontaktperson for sammen med nogle andre sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Så på den måde får de jo lov til at udøve deres sygepleje der, men alligevel gør de det jo i samarbejde med sygeplejersken eller social- og sundhedsassistenten, men de får noget ansvar netop som du siger, at de kan få lov at være den, der fører ordet til stuegang eller de kan få lov at være den, der fremlægger patienten til de tværfaglige konferencer. De skriver og de dokumenterer på patienten, så de får nogle opgaver, men får vejledning på det (vejl. nr. 78 RH s. 7-8).*

*Jeg synes, at det er godt at hjælpe dem med lidt struktur, fordi det hvor jeg er, der er sådan, det er ret kaotisk og det er det måske også, der hvor I er. Så hvis de ikke lige får lidt hjælp til at samle det, evt. i temaer, så er det svært for dem at overskue. Så det bruger vi noget tid på i starten (vejl. nr. 7 RIB s. 12).*

*Vi prøver at få tilknyttet sådan 1 til 2 patienter pr. studerende og synes så det er vigtigere med - kan man sige - ét sammenhængende forløb, hvis det er muligt end sådan et mere overfladisk kendskab til flere patienter. Og så er det jo ofte muligt for os dag for dag at tale om, hvad er relevant, hvad har du forestillet dig at gå ind og spørge patienten om i dag, og hvilke ting har vi for vores del, vi synes er vigtig at få frem i dag og samle op bagefter og ligesom gennemdrøfte, hvad kunne så være relevant at dokumentere fra dagvagten i dag, f.eks. Det bruger vi meget tid på i dagligdagen (vejl. nr. 84 BF s. 12-13).*

"Øv dig i tæt kontakt med vejleder" er nedenstående undervisningsstrategi et eksempel på:

*Der gør vi det i distriktet, at der er de lige i starten, allerede fra uge 1. Det er de med os på besøg og hvis de udtrykker allerede fra dag 1, at de er utrygge ved psykiatrien, jamen så ser de primært, hvordan vi arbejder ved sådan et besøg og allerede meget tidligt, så får vi en aftale både med den studerende og patienten, om at patienten kan måske få 5 minutter sammen med studerende, mens vi andre lige trækker os, men er tilstede. Sådan så patienten får en chance for at fortælle den studerende et eller andet bestemt. Sådan så de opdager, når de sådan kommunikerer direkte i løbet af sådan en afgrænset tidspunkt, at det er måske ikke så farligt og der sidder jo alligevel en person i det samme rum (vejl. nr. 24 BR s. 13).*

### 3.3.2 Lære- og undervisningsprocesser

De kliniske vejledere var under fokusgruppe interviewene optaget af vigtigheden af, at de kan skabe individuelle læremuligheder for de studerende (det blev der talt om 28 gange: BR, BUC, RIA, Sj, GLB, Ål, BF, GLA, Hi).

Nedenfor er fire typiske citater fra interviewene:

*Det er jo egentlig utrolig mange læringsmiljøer, man skal stable på benene på én gang. For hver studerende kommer med sine forudsætninger for at lære, sin måde at lære bedst på, og det skal vi så lige trylle frem, så man bliver sådan lidt - jeg ved ikke hvad, en blæksprutte på en eller anden led (vejl. nr. 14 Ål s. 25).*

*Det er vel også derfor, at det er vigtigt, at vi kan de ting, for at vi kan de ting, for at vi kan få dem - vi kan skabe nogle gode rammer for læring til dem, netop den enkelte og finde ud af - også når de ikke lærer. Finde ud af f.eks., hvad er det, der blokerer for at lære (vejl. nr. 11 Ål s. 14).*

*Jeg har sommetider måtte hoppe ud af min rolle som næsten psykiatrisk vejleder og være bare vejleder for dem, fordi de havde helt deres eget mål med det her. Og det var specielt ikke psykiatri mål. Og der er det sket nogle gange, at der har jeg bare fulgt med og vejledt dem i et eller andet udviklingsprojekt, de ville lave. Og det er faktisk gået meget godt. Og de er garanteret blevet nogle rigtig gode sygeplejersker et andet sted. Men lige præcis psykiatri var nok ikke lige dem. Og det har jeg gjort nogle gange og jeg synes faktisk, at det er OK at gøre det. Bare de får noget kvalitativt ud af det (vejl. nr. 91Hi s. 20).*

*[...] jo, men det er det. Jeg synes, at vi skal have lov til at være forskellige. Jeg ville meget nødtigt puttes ned i en kasse og så vi alle sammen skulle gøre nøjagtig det samme, når det kom nogle nye studerende. Fordi jeg synes det her med relationen og deres motivation og hvor er afd. lige nu og hvad for nogle patienter har vi, betyder rigtig meget for, hvordan det her kommer til at køre (vejl. nr. 91Hi s. 20-21).*

*Også fordi psykiatri er sådan - altså de går jo i privat tøj og de er jo vant til at gemme sig bag uniform. Så det at de nærmest bliver blottet, når de kommer ind ad døren her udefra. Hvem er de som person, det er jo også en dannelsesproces, kan man sige. At de finder deres egen individuelle tilgang til faget. Og så tænker jeg også, at det og så give dem sådan – altså sende på flere kanaler, er også godt. Nogen er meget visuelle, jeg kan, f. eks. er der en film, som er rigtig illustrerende for psykiatrisk sygeplejerske "Et smukt sind" f.eks., det er sådan virkelig, de får det virkelig sådan ind under huden, hvad vil det sige at være skizofren og have nogle vrangforestillinger, der er så livagtige, så det virkelig er noget, der sker foran sig. Det kan de virkelig bruge til noget, synes jeg. (vejl. nr. 93 Hi s. 21).*

Hvem der har ansvaret for de studerendes læring og for at sikre de studerende læremuligheder kommer der nedenfor et ekstremt eksempel på (den ene yderpol: at det er de kliniske vejlederes ansvar):

*Den forholder de sig ikke til. Taler for egne vegne. Der bliver ikke forholdt sig til, at de skal lære noget. Der bliver forholdt sig til, at jeg får af vide, at jeg skal tage dem med, så gør jeg det. Men det er ikke fordi, at jeg har et mål om, at de skal lære noget. Det er den kliniske vejleders ansvar. Det er den kliniske vejleders børn. Sådan er det (vejl. nr. 26 BUC s. 5).*

Næste citat er et ekstremt i modsat retning af ovenstående (den anden yderpol: at hele praksisfællesskabet har ansvaret). Citatet viser, hvordan der også eksisterer praksisser, hvor hele praksisfællesskabet er ansvarlig for de studerendes kliniske uddannelse og for at skabe relevante læremuligheder for dem:

*Vi holder én gang om ugen, sådan noget, der hedder studerende frit miljø. Nej, jeg kan ikke huske, hvad det hedder. Men det har vi brug for og det gør vi hvor onsdag i stedet for at refleksion omkring dagen og hvad skal vi lave i morgen. Og de giver egentlig rigtig godt, selvom de studerende går altid sådan bævrende nervøse, hvad siger I om os. Hvor man ligesom har lagt ud, at det er jo ikke fordi vi sidder på den måde. Det er sådan mere med læring og hvad synes I kunne være en god patient. For at de ikke skal være med i de diskussioner af vores evaluering omkring dem. Men det er bare så godt, også hvis der nogen der siger, - jamen jeg tror egentlig at hun går og er lidt usikker på det der, som jeg måske ikke har set. Men så giver det så meget - og det er jo ligesom om at være, så er vi alle sammen, sammen om den studerende og alle er egentlig interesseret, i stedet for - åh, nej nu nye og vi kender ikke deres mål. Det er lige meget, men vi skal alle sammen videreuddanne dem. Det er kommende kolleger. Og der tænker jeg, at det også det, der skal være for at være en god vejleder. At man ligesom kan få det op i hele personalegruppen. At vi skal altså være... (vejl. nr. 104 GLB s. 17).*

### **3.3.3 Vurdering af egen vejledningspraksis**

Under fokusgruppe interviewene talte de kliniske vejledere ikke meget om, hvad det vil sige at kunne vurdere egen vejledningspraksis, og hvordan de gør det. Det eneste de talte om var, at det er vig-

tigt, at kende egne begrænsninger. Det blev nævnt fem gange under interviewene (RIA, BR, Ål, BF). Nedenfor følger to typiske citater:

*Ja, også selv sådan fortælle, nå men jeg laver også fejl. Altså jeg har været sygeplejerske i så mange år, og jeg laver også fejl og jeg siger også nogle dumme spørgsmål ind imellem til patienterne, det sker også, det sker stadig, så bare kom med det og vær tryk (vejl. nr. 87 BF s. 21).*

*Ja, også som du siger 4, altså ærlighed, men også der nogle gange indrømme, at det her det ved jeg ikke, men jeg vil gerne være med til at vi undersøger det sammen. At man tør stå ved, at man ved altså ikke alt. Det gør jeg i hvert fald ikke (vejl. nr. 3 RIA s. 17).*

### 3.3.4 Vejledning incl. refleksion

De kliniske vejledere drøftede under fokusgruppe interviewene i udpræget grad, hvilke forventninger de har til sig selv i forhold til at kunne vejlede de studerende og reflektere med dem<sup>8</sup>. Under interviewene kom der under disse emner modsatrettede synspunkter frem. Det viser nedenstående citater, der både er typiske samt belyser forskelle og ligheder i de kliniske vejlederes opfattelser.

Vejledning blev der talt om 56 gange under interviewene. De kliniske vejledere talte om både før, under og eftervejledning, uden dog at komme nærmere ind på en teoretisk forståelse af begreberne og af, hvornår/i hvilke situationer hvilken type af vejledning er hensigtsmæssig, set fra et læringsperspektiv. Vejlederne talte primært om, at de give de studerende de forskellige typer af vejledning og kom med eksempler på det.

I forbindelse med før- og eftervejledning<sup>9</sup> drøftede vejlederne både planlagte ugentlige samtaler med refleksion over situationer, der havde fundet sted og uformelle vejledningssituationer f.eks. før en studerende skal ind at tale med en patient, eller efter at en studerende har været ude at gå tur med en patient (sådanne forhold blev der talt om 33 gange: Ål, BA, RH, GLB, GLA, RIC, BF, RIB, RIA, BR, Sj). Nedenstående citater er typiske i forhold til de kliniske vejlederes drøftelser af før- og eftervejledning samt refleksion i den forbindelse.

*Det har vi ofte aftalt inden, også fordi at for patienterne kan det være vanskeligt at der kommer nye mennesker med. Så derfor har vi aftalt, hvem der har hvilke roller, og hvornår rollerne evt. kan skifte under samtalen, hvis det er, at de skal det, og det er hensigtsmæssigt (vejl. nr. 61 Sj s. 10).*

*Jeg kan også kende det. Ja, det er jo der, vi prøver ved den uformelle vejledning, ikke også og refleksion, tænker jeg i hvert fald, jeg gør. Hvis de skal ind og have en snak med én eller har været ude og gå med én eller (vejl. nr. 17 Ål s. 13).*

*...og så tænker jeg også, at jer som ligesom har én til én kontakt, når I er ude hos patienterne, I har også muligheden for at, det har vi andre også, men man bliver hele tiden revet ud af en situation og skal over i noget nyt, så den der før og efter, eller før, under og efter ting, den synes jeg tit glipper. Eller som regel glipper. Jeg kan næsten ikke huske, at jeg har haft sådan en. Så det er ligesom nogle andre betingelser, at arbejde under, når man har 18 patienter, man skal - bliver bombarderet med, selvom det ikke er alle sammen på en gang, men det giver en uro, det gør en temmelig stor uro (vejl. nr. 82 BF s. 23).*

*Jeg synes, at vi lægger meget vægt på - nu er jeg selvfølgelig fra lukket regi og der er jo selvfølgelig miljøterapi der, men i et forholdsvis begrænset omfang. Så jeg lægger meget vægt på sygdomme, skizofreni og mani og depressioner og så selvfølgelig psykoser og altså det faglige på*

<sup>8</sup> Er indeholdt i de officielle krav til de kliniske vejledere om at kunne observere og vurdere kliniske undervisnings- og læreprocesser

<sup>9</sup> Det vil sige, refleksionen drejede sig om situationer, hvor de studerende var alene om at udføre en handling. Det kan tolkes som, at de kliniske vejlederes undervisningsstrategi i de situationer var "øv dig alene uden mig"

*den måde. Og så griber jeg selvfølgelig de situationer der er, så har vi en patient, der skal til ECT, - ups, det skal du og forbereder, spørger lidt ind til, - ved du hvad det er - og sådan prøver at forberede de studerende, inden at de skal det og så efterfølgende sender man dem af sted og så efterfølgende lige tager en snak om, hvad så. Hvordan havde du det? Hvad følte du? (vejl. nr. 86 BF s. 12).*

*I ambulatorium, hvor de jo ikke kan yde - udføre så meget selvstændigt arbejde, fordi det går meget på samtaler og medicinjusteringer, så handler det rigtig meget om at slå ørerne ud og bruge sin - alle sine sanser og nogle af de der opgaver, som førvejledningen udmøntes i, hedder nu vil jeg gerne bede dig om at lægge mærke til patientens kropssprog. Altså simpelthen at man øver dem og træner dem i, at der er nogle særlige ting, som jeg lægger vægt på, de skal. Og det er at høre, hvad der bliver sagt og se på, hvad for nogle signaler og ting, der kommer fra patienten. Og træne dem i det. For før de har lært at høre efter, kan de ikke navigere og yde plejen. Altså der kan man ikke gå til nogen handlinger. Så det er sådan set det mest elementære, man lærer i 8. modul hos mig. Og så drøfter vi selvfølgelig, hvad der blev set, og det giver jo gensidig læring. Og jeg får jo rigtig meget ud af de der eftervejledninger. Er du rigtig klog. Sikke mange ting, de opdager, jeg slet ikke har nået at se. Det er virkelig skønt (vejl. nr. 102 GLB s. 6-7).*

Under interviewene kom det frem, at nogle vejledere f.eks. mener at førvejledning ruste de studerende til at turde og kunne løse sygeplejemæssige opgaver, som de får tildelt. Samtidig gav nogle vejledere udtryk for, at refleksion, som led i førvejledning, er med til at forberede de studerende på situationen og at være i den. Selvom flere vejledere udtrykte vigtigheden af førvejledning fortalte vejl. nr. 82 også om, hvor vanskeligt det er for hende at få tid til at give vejledning, og at hun ikke kunne huske, hvornår hun sidst har haft mulighed for at gøre det, fordi hun samtidig med at hun er vejleder også skal pleje patienter. Så selvom vejlederne kan se vigtigheden af før- og eftervejledning i et læringsperspektiv tyder data på, at ikke alle læresituationer bliver brugt, bl.a. fordi vejlederne skal pleje patienter, samtidig med at de er vejledere.

Nogle kliniske vejledere mener, at refleksion i forbindelse med eftervejledning over en situation, som den studerende har været i, kan medføre, at den studerende lære.

De kliniske vejledere drøftede også "under vejledning", hvilket vil sige situationer, hvor de var sammen med de studerende i udøvelse af sygepleje (det blev drøftet fem gange: GLB, GLA, BF). I den forbindelse brugte de kliniske vejledere undervisningsstrategier som f.eks. "øv dig, ved mig mig ved din side" og "reflekter med mig ved din side". Det vidner to nedenstående citater om.

*Jeg prøvede også - det var i forhold til - det var bare én der skulle afholde et morgenmøde, men hvor vi snakkede netop om før, hvordan og hvorledes og hvad kan man lægge mærke til. Og hvad er det, sådan så hun ligesom lagde lidt mærke til. Hvad er det patienterne gør og siger og så tog vi så snakken igen bagefter. Og de gav hende utroligt meget (vejl. nr. 100 GLB s. 6).*

*Det instrumentelle, man skal kunne give injektioner, så det ikke smerter og man skal hælde tabletter rigtigt op og gøre den slags ting. De skal også lære at ringe til Væresteder. Vi har en koordinerende funktion. De skal ringe og have kontakter med nogen af de andre, hvis det er det, der er opgaven. Så kan jeg være ved siden af, hvis det er påkrævet, ellers må de gøre det selv. Og det er også vigtigt, vi har også udredning, korte samtaler, forvisitation, det er også vigtigt, at de kommer med der, for at se, hvad er det, der sker der. Det er der, de ser, hvordan jeg opfører mig, når jeg møder et menneske, jeg ikke har mødt før. Ellers vil de for det meste se, hvordan jeg opfører mig, når jeg møder et menneske, jeg har mødt hver 14. dag de sidste 12 år, og de kan jo ikke fortsætte en samtale på samme måde, som jeg kan, når jeg har haft dem i 12 år. Det er noget andet (vejl. nr. 73 GLA s. 10-11).*

Nogle kliniske vejledere drøftede også, hvordan de oplever, at det er nødvendigt at "holde de studerende i hånden", fordi de ikke af sig selv kaster sig ud på dybt vand. I sådanne situationer gav flere vejledere udtryk for, at de guider de studerende, så de føler sig trygge og kan lære. At hjælpe de studerende til at føle sig trygge indebærer bl.a. at ekspliciterer uskrevne normer-og-regler og give klart udtryk for, hvilke forventninger de kliniske vejledere har til de studerende. Sådanne forhold blev der talt om otte gange under interviewene (BUC, GLA, RIB, BF, Hi, BR, RIA). De kliniske vejlederes holdninger til ovenstående, illustrerer de tre nedenstående typiske citater:

*Nej, de vil gerne holdes i hånden og når de så bliver det, så synes jeg, at min oplevelse er at de tager læringsmiljøet rigtig positivt ind, fordi de føler sig trygge. Det er i hvert fald det jeg kan høre, at alle studerende siger, det er, at de føler sig trygge. Og det er det, der gør, at de kan lære noget (vejl. nr. 32 BUC s. 11).*

*Og fordi jeg havde en vejleder, som tvang mig til at reflektere nærmest over hvert skridt jeg tog. Så selvom det var en krævende praktik og det kostede ret meget boglæsning osv., så var det egentlig det, sådan efterfølgende set, selvom jeg var træt af det, mens de stod på. At da jeg var færdig, og kom ud i næste praktik, hvor der så ikke var særlig mange krav til mig. At det er svært at være opsøgende, hvis det er et område, man ikke kender eller sådan, har den helt store indsigt i, så er det svært at vide, hvor man skal gå hen og hvad det er, man skal lære. Det kan godt være, at der står nogle forkromede ord i fagkataloget, men det kan man ikke bruge til ret meget, fordi det passer ikke over på virkeligheden. Så der skal være nogen, som kommer og - et eller andet sted, tager dig lidt i hånden og viser, jamen det er det her, du skal ud og se, og det er det her, du skal lære. Også selvom at man ikke synes, at det er et spændende speciale, så får man nogle værktøjer med sig, som man kan bruge (vejl. nr. 1 RIA s. 21).*

*Især i starten af forløbet synes jeg også, at jeg bruger noget tid på at guide dem ind i kulturen, fortæller dem rent praktisk, hvornår man mødes, og hvem der gør hvad. Men i dag f.eks. var jeg lige ovre på afsnittet og der er to studerende, der lige er startet, og der var den ene studerende, hun havde taget sin lærebog frem om psykiatri og var startet sådan 5 minutter over 08.00. Hun havde siddet og bladret i den og kigget i den, og der var jeg så inde og sige, at det var måske ikke det smarteste at gøre lige nu, fordi nu er der nogle andre ting, hun skal være opmærksom på, hvis hun gerne vil være del i gruppen og have nogle patienter, så er det nu, at man planlægger det. Så hun ikke melder sig ud af gruppen på den måde. Så på den måde kan man rent praktisk guide dem med nogle småting hele vejen igennem (vejl. nr. 88 Hi s. 7).*

Refleksion som selvstændig undervisnings- og lærestrategi var et tema de kliniske vejledere var yderst optaget af under fokusgruppe interviewene<sup>10</sup>.

Flere vejledere var optaget af, at for at få de studerende til at reflektere kræver det støtte fra dem. Sagt med lidt andre ord kræver det, at vejlederne støtter de studerende i at reflektere for at gøre uudnyttede læremuligheder bevidste og udnytte dem.

Nogle kliniske vejledere mener, at de studerende skal bruge deres fornuft og reflektere, for at lære at koble teori og praksis. I den forbindelse bruger nogle vejledere undervisningsstrategier som "jeg spørger, hvad du har oplevet" <-> "du svarer" => refleksion. En anden undervisningsstrategi som nogle vejledere bruger er, at få de studerende til at reflektere skriftligt, fordi de mener, det er en måde, hvorpå de studerende kan lære at koble teori og praksis.

Nogle vejledere bruger også refleksion til at lære de studerende teori om psykiatrisk sygepleje. Det gør de f.eks. ved at bede de studerende gå hjem og læse noget konkret teori og så efterfølgende stiller vejlederne de studerende spørgsmål i forhold til det, de studerende har læst At reflektere med

<sup>10</sup> Refleksion i sig selv kan være vanskeligt at skelne fra vejledning. I skema 2 indgår begge dele både under "lære- og undervisningsprocesser" og "vejledning"!

de studerende talte vejlederne om 15 gange under fokusgruppe interviewene (svært at skelne fra anden vejledning) (GLB, BF, BR, RIB, Ål, Sj).

Nedenstående typiske citater illustrerer nogle af de ting, som vejlederne sagde om refleksion<sup>11</sup> både sammen med en enkelt studerende og i gruppe:

*Derfor prioriterer jeg også rigtig meget, altså patientkontakten med rigtig meget vejledning i forhold til det, at have patientkontakten og rigtig meget tid til refleksion. For ellers tror jeg ikke, at de får det vendt til læring og forståelse for det. Altså så bliver det ved nogle oplevelser for dem, der er lidt sjove og underlige. Jamen, hvordan får de øje på sygeplejen i det (vejl. nr. 16 Ål s.11).*

*Vi har en tradition hos os, som at vi stort set altid har refleksion efter vores gruppemøder, altså vi har møder med patienterne, vores morgenmøde med patienterne, der har vi refleksion. Så efter bearbejdelse af oplevelser er refleksion i vores afdeling. Og så har vi et fastlagt, altså den kliniske vejleder har mange refleksionsstunder, men så har vi fastlagt en gang om ugen refleksionen, hvor flere studerende og social- og sundhedsassistentelever er sammen, og så har vi refleksion sammen (vejl. nr. 66 Sj s. 10).*

*...og så bruger vi meget tid på refleksion også, og reflekterer sammen med den studerende og så på den måde også komme rundt om de forskellige ting. Sindssygdomme og medicin og hvad der måtte være (vejl. nr. 85 BF s. 12).*

Det er forskelligt, hvordan de kliniske vejledere ser på, at skabe individuelle læremuligheder for de studerende. I nogle tilfælde lader vejlederne de studerende selv tage stilling til, hvilke ting, de vil arbejde med i praksis, fordi der kan ligge læring i det frie valg. Det kan f.eks. foregå ved, at vejlederen spørger ind til, hvad den studerende gerne vil lave i næste uge. Nedenstående citat er et eksempel på, hvordan én vejleder lader én studerende selv tage stilling til hvilke opgaver, hun vil udføre.

*Men jeg har bare oplevet nogle gange, at hvis man bare tager dem med til forskellige ting og de skal forskellige ting, og man ikke - jeg ikke har egentlig taget udgangspunkt i - eller at jeg ikke har brugt tid på at motivere dem i forhold til det, jeg kan se, de har. Så får de ikke så meget ud af det. Så går de og keder sig lidt. Det har jeg lagt mærke til. Og så for at komme omkring den der du snakker om, med at nogle gange kender man dem ikke, og så må de bare med. Så starter jeg der, hvor jeg siger, at de skal tage stilling. Altså prøv at tage stilling til i dag, hvad har du brug for, for at få noget ud af i dag. Tror du, det vil være godt for dig at komme med til en samtale nu, eller vil du hellere sidde og læse en journal eller hvad. Så tager de stilling. Så faktisk kommer jeg lidt uden om den der, hvor jeg ikke kender dem. Inden jeg smider dem ud i noget (vejl. nr. 97 BA s. 22).*

Andre vejledere vil ikke uden videre lade de studerende selv tage stilling til, hvilke opgaver de skal udføre. I nogle tilfælde mener vejlederne, at de studerende kan bruge deres ugentlige studiedag til at føre deres gode ideer ud i livet. Gode ideer som f.eks. at tage på studiebesøg på et andet uddannelsessted. Det vidner nedenstående citat om:

*Hvis det er fagligt relevant [det forslag til handling/opgave den studerende kommer med]og relevant i forhold til det afsnit, de er i, og kan argumentere for det, jamen så vil det også være OK. Men hvis ikke det har sammenhæng med det afsnit, vi nu er, så må de gøre det på et andet tidspunkt eller gøre det i deres fritid. De har også studiedage, dem kan de jo bruge, på hvad de vil (vejl. nr. 12 Ål s. 20).*

Når det så er sagt, er der flere vejledere, der giver udtryk for, at det er dem, der styrer de studerendes læremuligheder i forhold til hvilke opgaver, det er hensigtsmæssigt, at de studerende får tildelt i

---

<sup>11</sup> De kliniske vejledere brugte begrebet refleksion uden at forholde sig til det teoretisk

relation til deres læring. Der er også vejledere, der giver udtryk for, at de studerende må lære at varetage rutineopgaver, for at få adgang til det, de egentligt skal lære: psykiatrisk sygepleje. Det bliver f.eks. udtrykt på følgende måde:

*Jeg synes mange gange, at det er meget diffust med de studerende, når de kommer i psykiatrien, hvad det er, de skal have fokus på, så derfor i skadestuen, der har vi jo mange afrusere, så der sørger jeg altid for, ligegyldigt om det er modul 8 eller modul 11 og 12, at der får de lavet en læringskontrakt, der bliver de vejledt kraftigt til at få lavet en læringskontrakt omkring afrusning af alkoholikere. Og det er en meget god arbejdsopgave, fordi der er noget helt præciseret, hvad det er, de skal observere. Det er noget praktisk sygepleje, der er noget kommunikation og der er observation også om, hvordan deres psykiske tilstand er. Så der er meget at gå ind og vejlede omkring. Så det er en meget god indføring til - og så når de har arbejdet med den læringskontrakt, når vi er i overensstemmelse, synes de har nået målene for det, så tager vi angst og depression, som regel og skizofreni. Så de kommer rundt omkring tingene. Og så kobler vi de andre ting på, alt afhængig af hvad niveau de er på. Det er sådan, men jeg er nok meget styrende i den part (vejl. nr. 102 GLB s.9-10).*

*Jeg lægger meget vægt på, i virkeligheden i forlængelse af, hvad du startede med at sige 6, det med at kende sig selv i virkeligheden, føle sig hjemme i en afd., altså lære alle rutinerne, lige så stille, komme ind i - lære det der med kontaktperson for en pt., men det der at få hele afdelingens struktur ind på rygraden, sådan at når de kommer om morgenen, at de udstråler, at jeg ved, hvad jeg skal i dag, jeg har de 3 forskellige praktiske opgaver, jeg ved at jeg kender min patient og den selvtillid, der bliver udstykket af det, at man kender sin dag, gør også, at man har en lettere adgang til at komme ind og lave både strukturerede samtaler, improvisere over en kaotisk hverdag, det er i hvert fald noget, jeg bruger meget tid på. Første halvdel af hele praktikforløbet, er simpelthen at få dem til at føle sig hjemme i afd., så de frigør sig den binding at, at det hele skal være, - vi skal udfærdige nogle teorier, vi skal bruge den rigtige teori, når vi skal ind og snakke med vedkommende og hvad er det i virkeligheden for en teori og kan vi over hovedet bruge den teori, fordi vi bliver dybt forvirrede af, at der ikke er noget af teori og praksis, der hænger sammen. Men efterhånden, efter den måned, når de så begynder at føle sig hjemme, så begynder teorierne også at falde på plads, så begynder de rent faktisk at kunne tænke og reflektere over, hvad for teorier, de anvender i deres praksis og omvendt hvad er det for en praksis, som de kan prøve i en eller anden form for teori. Så det går i virkeligheden - det jeg i hvert fald det, jeg lægger mest vægt på, det er den første måned, kom ind og føl dig hjemme i afdelingen og skab relationer til dine kolleger, først og fremmest. Patienterne, de løber jo ingen vegne, de kommer i et langt flow (vejl. nr. 9 RIB s.7).*

Som led i at forsøge at leve op til egne forventninger om at vejlede studerende, fortalte nogle kliniske vejledere om forskellige undervisningsstrategier de bruger. Det er f.eks. demonstration: "jeg viser dig" <-> "observer mig og tag ved lære", "jeg viser dig selv de mest simple ting". Nogle vejledere havde det også sådan, at hvis der er travlt på deres arbejdsplads, må de studerende følge dem og observere dem, og så få vejledning senere. Nogle vejledere brugte også at lade de studerende observere særlige fokusområder ved deres (de kliniske vejlederes) handling/demonstration, og så efterfølgende reflektere med de studerende over handlingen. Demonstration blev der talt om ni gange under fokusgruppe interviewene (GLA, BF, BR, RIC, RIA, Sj). Hvordan vejlederne benytter demonstration som undervisningsstrategi fremgår af nedenstående typiske citater:

*Det er også en meget god præsentation af, hvordan man gør. Man tager ikke den slags op i det offentlige rum. Det er implicit, at man går for sig selv. Det vil også give den studerende en mulighed for, hvis de har en samtale med en pt., så skal den altså ikke foregå i dagligstuen, så skal de ind i et rum, hvor de kan få den for sig selv. Men ellers tænker jeg også på det der, vi er jo inde på den tavse viden, hvordan formidler vi den? Så man kunne jo også overveje, om man selv, når man har demonstreret et eller andet forløb med en patient og så tænke højt til hende -*

*lagde du mærke til, at jeg sagde goddag til patienten, og bød velkommen og du kan sidde der og gjorde sådan og ligesom tænke højt, hvad var det i og for sig, jeg gjorde? Fordi så har den studerende både set det og så fået hørt, når man selv bagefter beskriver, hvad man gjorde, hvad man egentlig har for tanker omkring det. Jeg ved det ikke, men det er en mulighed (vejl. nr. 73 GLA s.7).*

*Så de skal måske også se, at vi gør, ex. bare med den her studerende, som ikke har fået fat i, ja men hvordan skal vi så gøre? Jamen, jeg kan huske, at vi satte os hen så og fik en kontakt og det kan man gøre på mange måder bevidst. Hvordan duer den her fjernbetjening til fjernsynet, som han ser ved siden af. Og det vil han jo gerne vise. Jamen så er der jo skabt en kontakt. Og det kunne den studerende jo udmærket godt se. Men det er tit at ting, der er så enkle, at man skal lige være på biddet der med det (vejl. nr. 31 RIC s. 8).*

Undervisningsstrategien "at være rollemodel" drøftede vejlederne også under interviewene (det talte de om fem gange: GLA, RIB, BF, Hi, RIC). I den forbindelse talte nogle om betydningen af, at få sat ord på "hverdagssnak med patienterne" og at opholde sig i "miljøet" som et led i at udøve psykiatrisk sygepleje, og at lære de studerende det. Det illustrerer nedenstående citater:

*... Men eller bruger jeg også, hvad hedder det, i hvert fald i starten, den gamle, den her rollemodel. Det er ikke så meget med, om pt. samtykker egentlig, fordi jeg har den studerende med mig, når jeg går, i hvert fald i starten - så siger hun - hej, jeg hedder det - det er den studerende og hun er med (vejl. nr. 86 BF s. 14).*

*Altså jeg synes, når jeg har haft studerende, så er min oplevelse i hvert fald at det er vigtigt, at de studerende hurtigt kommer ind og er med i plejen, at man tager dem i hånden. Og tager dem med rundt til de patienter, man nu får tildelt, og at de får lov at være med i konferencen, de får lov at være med i en dagligdag og se, hvordan tingene de sker. Og bliver behandlet som føl, i hvert fald det første stykke tid, inden man sådan giver stille og roligt slip på dem (vejl. nr. 28 RIC s. 8).*

*...At vi så ligesom, fordi vi kan jo ikke gå i hælene på hinanden hele tiden, men at det så ligesom at de bruger mig, jeg siger, at du kan bruge mig som din rollemodel, og så brug det, du synes, du kan bruge og resten, der danner du dig dine egne metoder og gøre tingene på i fremtiden, når du skal gøre tingene (vejl. nr. 74 GLA s. 8).*

Endelig talte vejlederne om en undervisningsstrategi, der kunne kaldes "øv dig alene uden mig" (try and error) (den undervisningsstrategi blev drøftet ni gange under fokusgruppe interviewene: GLA, BR 20, BF, Hi, RIB, RIC, RIA).

Ovenfor er vejl. nr. 74 citeret for, at hun opfordrer de studerende til at bruge hende som rollemodel. Lige før den udtalelse sagde hun: *... vi kan jo ikke gå i hælene på hinanden hele tiden (vejl. nr. 74 GLA s. 8)*, hvilket kan ses som, at hun også opfordrer de studerende til at "øve sig alene" (try and error), og dermed altså bruger forskellige undervisningsstrategier som klinisk vejleder.

En anden vejleder fortalte, hvordan hun bruger undervisningsstrategien "øv dig alene uden mig" når der er travlt på hendes arbejdsplads. På sådanne tidspunkter tildeler hun de studerende opgaver, de skal udføre alene/selvstændigt. Efterfølgende får de vejledning.

Nogle vejledere talte om, at det er sjældent, de er sammen med de studerende i patientsituationer. Det må betyde, at de studerende "øver sig alene, uden deres vejleder" i at interagere med psykiatriske patienter. Det kan diskuteres hvor hensigtsmæssig den undervisningsstrategi er i sådanne læresituationer. Nedenstående citater er eksempler på, hvordan kliniske vejledere bruger undervisningsstrategien "øv dig alene uden mig":



*Jeg synes tit, jeg har hørt, at de siger, at når de selv kommer til at stå med det i hænderne, så er det også, at de bedre kan få tingene til at hænge sammen (vejl. nr. 20 BR s. 12).*

*Jeg vil give dig ret i, at det er der, hvor - når man har travlt, så lægger man mere ansvar for den sygeplejestuderende, de skal være selvkørende. For nu kan jeg godt høre på mig selv, at nu tænker jeg på, at det kræver også, at de kan være selvkørende, når jeg har travlt (vejl. nr. 83 BF s. 6).*

*Nogle gange skal man også skubbe dem lidt ud i nogen situationer, altså ikke kun med vagterne, men også med andre læringsmuligheder, som de ikke selv er opmærksom på. Og det får man jo også gode tilbagemeldinger på. At det var egentlig godt, at du lige gav mig det skub der, sagde, kom med her, fordi det gik egentlig meget godt. Men det er ikke altid, de selv kan se det (vejl. nr. 7 RIB s. 16).*

### **3.3.5 At kunne inddrage kollegaer fra praksisfællesskabet i at vejlede studerende og at kunne trække studerende ind i praksisfællesskabet**

Som det blev dokumenteret i ovenstående afsnit er yderpunkterne store i forhold til om de kliniske vejledere alene har ansvaret for de studerendes kliniske uddannelse eller om hele praksisfællesskabet påtager sig ansvar i den forbindelse. Det var forhold der blev talt om 17 gange under interviewene (Ål, BR, BA, BF).

Data viser, at de kliniske vejledere har forventninger til sig selv om at kunne trække de studerende ind i praksisfællesskabet. De mener, det er deres ansvar at gøre det. Desuden mener de, at det er deres ansvar at motivere deres kollegaer i praksisfællesskabet til at tage medansvar for at uddanne de sygeplejestuderende, og de ser det som deres ansvar, at informere deres kollegaer om de studerende og deres kliniske uddannelse. Sådanne synspunkter illustrerer nedenstående forskelligartede citater:

*Altså jeg vil sige, at det er forskelligt fra personale til personale, synes jeg. Generelt, så synes jeg f.eks. på min afd., at overlægen også er god til at inddrage de studerende. Han tager ikke forskel til, om der står sygeplejestuderende eller der står afd. læge. Han er meget ivrig efter for tælle og inddrage og det synes jeg, er rigtig rart. Omvendt er der også nogle andre personaler, som i pressede situationer og der kan være sådan lidt irriteret over, at nu skal der være plads og rum til, at de studerende er der. For nylig har jeg måtte sige til én, at altså de studerende, det er jo ikke nogen, som vi kan vælge fra som afdelingen. De skal være her ligesom alle os andre. Og det kan der hos nogen, synes jeg, være lidt svært. Nu skal vi altså bruge det her rum - slut - og så må I finde et andet rum, for nu sidder vi her og sådan ikke. Jeg synes, at det er meget forskelligt fra person til person. Det er ikke i grupper eller det er ikke, men generelt synes jeg, at folk er gode og søde til at tage imod de studerende og gerne ville lære fra sig og alle svarer så godt de kan, hvis de studerende har nogle spørgsmål. Det synes jeg (vejl. nr. 84 BF s. 4).*

*Det synes jeg ikke, at de gør hos os. Jeg synes nok, at den enkelte prioriterer det højt, men det der med, at de ikke ligesom har været koblet på et team eller en daglig vejleder, altså det har været den kliniske vejleders, ansvarlige vejleders opgave, og nærmest kun hendes. Så har det været sådan, så dem der har været meget fremme i skoene, de får som regel en kanonpraktik, men de der, der sådan, som du også siger, skal skubbes og trækkes, der er ikke nogen, der skubber og trækker dem. De skal altså selv. Der er nogen, der er der til at dele og lære (vejl. nr. 17 Ål s. 8).*

*Det er jo også en del af at være en god klinisk vejleder, det er jo netop også at motivere personalet til at synes, at det er sjovt, at de studerende er der. Det er jo også en del af det, en klinisk vejleder skal kunne (vejl. nr. 96 BA s. 13).*

### 3.3.6 Opsamling om pædagogisk kompetence

Opsummerende viser analysen af data, at det, set fra de kliniske vejlederes perspektiv, kræver *tid*, hvis de skal kunne leve op til deres egne forventninger til funktionen som klinisk vejleder (blev nævnt 5 gange: vejl. nr. 30 RIC s. 9; vejl. nr. 75 RH s. 9; vejl. nr. 76 RH s. 22; vejl. nr. 84 BF s. 26; vejl. nr. 103 GLB s. 15).

Desuden viser data, at de kliniske vejledere i projektet under interviewene kun implicit kom ind på, hvad det vil sige at være professionel vejleder og underviser. At være professionel vejleder og underviser er et af de officielle krav til vejlederne (Undervisningsministeriet 2002). De talte indirekte om det, ved at sige, at de mener, at de skal holde sig fagligt ajour med psykiatrisk sygepleje. I projektets kontekst kan det at være professionel vejleder og underviser tolkes som, at de kliniske vejledere skal holde sig ajour med sygeplejerskeuddannelsen både hvad angår uddannelsen og hvad angår pædagogisk teori og metode - de skal holde deres pædagogiske viden ajour. Desuden talte de kliniske vejledere også kun i mindre grad om, at de skal kunne evaluere kliniske undervisning, samt vurdere lære- og undervisningsprocesser og vurdere de sygeplejestuderende i relation til målene for den kliniske undervisning. De kliniske vejledere kom desuden kun sporadisk ind på, at et krav til dem er, at de kan vurdere sig selv som kliniske vejledere. Spørgsmålet er i hvilken grad de kliniske vejledere forstår sig selv som henholdsvis kliniske undervisere/vejledere og psykiatriske sygeplejersker. Måske ligger der et udviklingspotentiale i, at de i højere grad kommer til at forstå sig selv som undervisere?

Sammenfattende viser analysen af også, at de kliniske vejledere i udpræget grad talte ud fra et 'bør' perspektiv om deres forventninger til egen pædagogisk kompetence. Spørgsmålet er, i hvilken grad de har mulighed for at leve op til egne forventninger, bl.a. forstået på den måde, om de ser og udnytter de læremuligheder, der er i deres praksis, i den kliniske uddannelse af sygeplejestuderende?

## 3.4 De kliniske vejledere om psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence

I analysen af de 13 fokusgruppe interview foretaget i 2008/9, fremkom rigtigt mange udsagn (136), der beskriver de kliniske vejlederes opfattelse af, hvilke faglige og personlige kompetencer og kvalifikationer, vejlederne opfatter som centrale for psykiatriske sygeplejersker. Udsagnene viser, at de kliniske vejledere stiller store krav både til sig selv og til deres kolleger i praksisfællesskabet. De væsentligste fund fra analysen samt eksempler på citater fra vejlederne fremstilles i seks subtemaer: 1. Personlige kompetencer/ holdninger, dels i relation til patienten, dels i relation til sygeplejersken selv og til kollegerne, 2. Faglig viden, 3. Færdigheder, 4. Klinisk skøn, 5. Faglig identitet og endelig 6. Formelle krav/kvalifikationer.

De kliniske vejlederes udsagn om forventninger til egen psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence er interessante og væsentlige, fordi de samtidig kan synliggøre vejledernes grundlæggende opfattelse af indholdet i klinisk psykiatrisk undervisning, nemlig hvilke faglige og personlige kompetencer, de studerende må tilegne sig for at lære at udøve psykiatrisk sygepleje og for at lære at blive psykiatriske sygeplejersker.

### 3.4.1 Personlige kompetencer/holdninger

De kliniske vejlederes udsagn om personlige kompetencer præsenteres dels i deres relation til patienten, dels i relation til dem selv som sygeplejersker og i relation til deres kolleger.

**Personlige kompetencer i relation til patienten:** den psykiatriske sygeplejerske må ifølge vejlederne have *menneskelig rummelighed* (vejl. nr. 66 Sj s. 3; vejl. nr. 2 RIC s. 2; vejl. nr. 25 BR s. 3) være *fordomsfri /overfor afvigelser i normalitet* (vejl. nr. 6 & vejl. nr. 7 & vejl. nr. 9 RIB s. 2-3).

*Men der er også det, at kunne rumme det psykotiske element og det psykotiske menneske og et eller andet sted give sig den frihed og se ind i den psykotiske verden og containe den, og ville også få et udbytte ud af den, et læringsudbytte til at se, at der findes altså andre mennesker, der ser virkeligheden meget anderledes, end vi gør og udfordringen er jo så, hvordan forholder vi os til det og hvordan kan vi få det lidende menneske både til at forholde sig til den psykotiske verden, men også den, vi lever i og kunne leve med sig selv derefter med deres lidelse. Jeg tror, at det var det, jeg mente med skør. Fordi man skal tænke skævt, for at kunne komme ind og følge med i deres verden og for ikke at tage afstand fra dem (vejl. nr. 9 RIB s. 2.)*

Vejlederne udtaler, at sygeplejersken må besidde evne til at *udholde det pudsige* (vejl. nr.15 Ål s. 2) samt at kunne *håndtere det uforståelige og det anderledes* (vejl. nr. 8 RIB s. 2). Sygeplejersken må være *åben og afventende* (vejl. nr. 100 GLB s. 2) med en *favnende holdning* (vejl. nr. 81 BF s. 3). Han/hun må vise *respekt for mennesket* (vejl. nr. 13 Ål s. 2), have *empati og indlevelse i psykisk syges situation* (vejl. nr. 89 Hi s. 1). Nogle sygeplejersker stiller spørgsmålstejn ved, om empati kan læres eller er en given evne (vejl. nr. 95 & vejl. nr. 96 & vejl. nr. 99 BA s. 6-7). Sygeplejersken skal kunne sætte sin forforståelse på sidelinjen.

*Jeg tænker også, at man skal være rigtig god til at lytte. Og på én og samme tid bruge tid bruge sin faglige viden, men også sætte sin forforståelse lidt på sidelinjen. Og kunne udholde ikke altid at vide, men at kunne det, ikke at altid vide, til at være åben overfor, hvad det andet menneske fremtoner med. Så man kan sige - kan holde tragten åben, indtil vi bliver nødt til at komme ned i klassifikationssystemerne, men ikke være for forhippet på det, fordi det er jo sådan set det nemmeste - det er at vide noget med sikkerhed. Og det synes jeg ikke, at man skal gøre for hurtigt, når det handler om psykisk sygdom (vejl. nr. 92 Hi s. 2).*

Den psykiatriske sygeplejerske skal ifølge de kliniske vejledere *turde forstå og se patientens livsverden* (vejl. nr. 18 Ål s. 3) og turde spørge ind til andre menneskers tanker og handlinger:

*...Jeg tænker sådan, det der med at man turde - .. at man tør være sammen med patienten. Og tør at være den, der spørger om de svære ting. Den, der tør sige de svære ting (vejl. nr. 28 RIC s. 3).*

Sygeplejersken skal have *psykisk robusthed og udholdenhed til at rumme projektioner og devaluering over tid* (vejl. 14 Ål s 5; vejl. 29 RIC s. 2), især i forhold til at *rumme paranoide patienter* (vejl. 15 ÅL s.6). Hun skal vise mod til at tage *ansvar og være bevidst om sin magt til at lægge en dagsorden for patienten* (vejl. 18 Ål s 5).

**I relation til sygeplejersken selv og kollegerne** udtrykker de kliniske vejledere, at sygeplejersken skal have nogle særlige personlige kompetencer. Han/hun skal have *mod til at se på sig selv - turde gå ind i supervision* (vejl. nr. 71 til vejl. nr. 74 GLA s. 1-3).

*Men der er jo ting, man ikke kan forudse og der er reaktionsmønstre, som dukker op, som man først opdager bagefter. Altså jeg har da efter alle de her 15 år i psykiatrien. Kommer der en ny patient, som jeg tror, at jeg har fuldstændig tjek på, og så bagefter må jeg jo gå til supervisionen for at få styr på, hvad var nu det, der skete. Sådan at det er noget, der har været lagret, som jeg har glemt, som så popper op, qua mødet med en ny patient. Så det kan godt være, at jeg synes, at jeg kender mig selv, men der er alligevel nogle områder, som jeg ikke har haft anvendt eller har været bevidst om eller ikke har skullet bruge i nogle år. Og pludselig er der én, der kommer og sætter noget i gang. Og der er det lige så meget mine kolleger, der siger - hej, hvad sker der nu eller hvad (vejl. nr. 102 GLB s. 3).*

Vejlederne giver udtryk for, at den psykiatriske sygeplejerske må være *åben for at bruge sine kolleger* (vejl. nr. 19 BR s. 3) og skal arbejde på at få *selvindsigt og på at forholde sig til sig selv* (vejl. nr. 66 Sj s. 3; vejl. nr. 90 Hi s. 1; vejl. nr. 97 BA s. 7; vejl. nr. 3 RIA s. 2). Sygeplejersken må *hvile i sig selv* (vejl. nr. 102 & vejl. nr. 105 GLB s. 3) og kende sig selv bedre end andre (vejl. nr. 6 & vejl. nr. 8 RIB s. 2-3). Han/hun må *lære sine reaktionsmønstre at kende* og være i stand til at *sætte grænser for sig selv* (vejl. nr. 17 Ål s. 3; vejl. nr. 101 GLB s. 3; vejl. nr. 94 BA s. 5) Sygeplejersker må kunne arbejde med deres blokeringer, grænser og følelser:

*Også i det ...interpersonelle miljø, at man er indstillet på at kigge på den, på sine egne blokeringer, grænser og følelser, der er med i spil, irritationer osv., osv., så man er - så man tør at bruge de supervisionsmuligheder og de sparremuligheder, der egentlig bliver givet i et afsnit eller på en del afsnit i hvert fald. Og så arbejde med sig selv også. Være parat til kigge på det, der også er ubehageligt derinde* (vejl. nr. 89 Hi s. 2).

Den psykiatriske sygeplejerske må have *evne til refleksion og mod til udvikling* samt at drage erfaringer af tidligere oplevelser (vejl. nr. 13 & vejl. nr. 16 Ål s. 3). Han/hun skal *kunne mærke og udtrykke følelser* (vejl. nr. 97 BA s. 7) og må besidde *analytiske evner* (vejl. nr. 29 RIC s. 5). Han/hun må have *lyst og interesse i at udvikle sig fortløbende* (vejl. nr. 102 & vejl. nr. 105 GLB s. 1-2; vejl. nr. 79 RH s. 3) og være parat til at udvide sine grænser for at være psykiatrisk sygeplejerske (vejl. nr. 15 Ål s. 3), for som en klinisk vejleder udtrykker det: *Man bliver aldrig verdensmester som psykiatrisk sygeplejerske* (vejl. nr. 71 GLA s. 7) og han/hun må ikke blive skrårækker (vejl. nr. 64 Sj s. 4). *Sygeplejekunst er at være ydmyg overfor patienten* (vejl. nr. 64 Sj s. 4). Og psykiatriske sygeplejersker må kunne acceptere hinandens forskelligheder (vejl. nr. 14 Ål s. 3). Det at være psykiatrisk sygeplejerske forudsætter nogle særlige menneskelige egenskaber og indlæring af faglig handling (vejl. nr. 100 & vejl. nr. 102 GLB s. 2; vejl. nr. 78 RH s.1).

Den psykiatriske sygeplejerskes personlige kompetencer beskrives af flere sygeplejeteoretikere, som helt grundlæggende for samarbejdet med psykiatriske patienter. Jan Kåre Hummelvoll refererer i sine lærebøger ofte til den amerikanske professor i psykiatrisk sygepleje Gail W. Stuart, som præsenterer kernen i den psykiatriske sygeplejerskes ”*personal qualities*” således:

- **“Awareness of self”**- *the nurse must be able to examine personal feelings, actions and reactions. A good understanding and acceptance of self allow the nurse to acknowledge a patient's differences and uniqueness. Self awareness consists of 4 interconnected components: Psychological, physical, environmental and philosophical components.*
- **Clarification of values** – *Awareness of one's own values helps the nurse to be honest, to better accept differences in others and to avoid the unethical use of patients to meet personal needs.*
- **Exploration of feelings** - *Nurses should be open to, aware of and in control of their feelings so that they can be used to helping the patient, understand how they are responding to patients and how they appear to patients. Complete objectivity and detachment describe someone who is unresponsive, false, unapproachable, impersonal and self-alienated .*
- **Serving as a role model** – *formal helpers have a strong influence on those they help*
- **Altruisme** – *is the concern for the welfare of others*
- **Etics and responsibility** – *responsible ethical choices involves accountability, risk, commitment and justice”* (Stuart 2009:16).

Chinn P.L. & Kramer M.K. (2005) beskriver en model for udvikling af kundskaber i sygeplejen ud fra fire kundskabsområder i sygeplejen: empirisk, etisk, personlig og æstetisk kundskab. Om udvikling af personlig kundskab skriver de:

*At opnå personlig kundskab er en dynamisk proces, hvor man bliver et helt og bevidst selv, der kan møde den anden som værdifuld og hel. Den anden er ofte et individ, men små og store*

*grupper kan også mødes på en autentisk måde og som helheder. Personlig kundskab er grundlaget for autenticitet, det ægte selv, som igen er afgørende for den helende relation. Personlig kundskab udvider det, der er tilgængeligt for selvet gennem oplevelsen af den anden. Personlig kundskab gør, at man kan nå dybere betydningsniveauer i alle livets situationer, inklusive dem, der sker i interaktion med andre (Chinn & Kramer 2005:209).*

Sygeplejerskens udvikling af sine personlige kundskaber er en grundlæggende forudsætning for en terapeutiske brug af selvet i forhold til ”den anden”. En stor del af de kliniske vejlederes udsagn handler netop om udvikling af sådanne personlige kundskaber til at kunne bruge sig selv terapeutisk som psykiatrisk sygeplejerske i forhold til patienterne og i praksisfællesskabet.

### **3.4.2 Faglig viden hos psykiatriske sygeplejersker**

De kliniske vejledere betoner i mange udsagn, hvor vigtigt det er, at de selv er ”up-to-date” med den teoretiske viden på området, dels for at kunne forstå, møde, kommunikere og samhandle med patienterne, dels ud fra forventninger fra kollegerne i praksisfællesskabet om at den kliniske vejleder er velorienteret om den nyeste viden og dels i vejledningssituationer med sygeplejestuderende, som naturligt nok forventer en aktuel merviden fra de kliniske vejledere.

I følge de kliniske vejledere kræves følgende af den psykiatriske sygeplejerske i forhold til faglighed:

Den psykiatriske sygeplejerske skal have en *høj grad af faglig viden* (vejl. vejl. 16 Ål s. 6; vejl. nr. 22 BR s. 49). Han/hun skal kunne *psykiatrisk teori*, have viden om *psykiatriske lidelser og diagnoser, psykiatrisk sygepleje, især jeg-styrkende sygepleje, om udviklingspsykologi og kommunikation, om miljøterapi og kognitiv terapi* (vejl. nr. 95 & vejl. nr. 96 & vejl. nr. 98 BA s. 6-7; vejl. nr. 29 RIC s. 2; vejl. nr. 1 Ål s. 5). *Teoretisk viden er nødvendig for at kunne forstå følelser i kommunikationen og empatibegrebet* (vejl. nr. 95 BA s. 10). Som sygeplejerske forventes det, at man kan inddrage såvel somatisk som psykiatrisk sygepleje i plejen af patienterne (vejl. nr. 80 RH s. 2).

De kliniske vejlederes udsagn om faglig basisviden, stemmer godt overens Hummelvolls:

*Psykiatrisk sygepleje udgør teoretisk set en uddybning af sygeplejens psykiske dimension. Den studerer den psykiske dimension i samspil med menneskets fysiske, sociale og åndelige sider. Sygeplejevidenskaben udgør derfor fagets basisviden. Ud over at følge sygeplejevidenskabens indre logik, begrebsapparat og teorier har psykiatrisk sygepleje et eget teori indhold og specifikke metoder til udøvelse af praktisk sygepleje. Det specifikke indhold i psykiatrisk sygepleje har dels sit grundlag i psykiatri, klinisk psykologi og samfundsvidenskab, dels i sygeplejeteorier udviklet gennem psykiatrisk sygepleje (Hummelvoll 2006:23).*

Flere vejledere lægger vægt på, at den psykiatriske sygeplejerske skal kunne sætte sin faglige psykiatriske, psykologiske og kommunikative viden i spil:

*...og da tror jeg, at der skal en stor faglig viden til og en måske en uddybning af den viden inden for kommunikation, hvor vi går ind og skal have en faglig viden med, vi skal have en enorm god psykologisk faglig viden, vi skal have en enorm god viden psykiatrisk faglig viden og vi skal kunne sætte de ting i spil imod hinanden og så skal vi derudover have hele vores egen rummelighed, men den kommer også af den psykologiske viden, vi skal have af den primitive kommunikation og forståelsen af den, håndteringen af den (vejl. nr. 66 Sj s. 3).*

Sygeplejersken skal kunne bruge *sig selv, kommunikation og faglig viden* i arbejdet med psykiatriske patienter (vejl. nr. 78 RH s. 2). Han/hun skal *kunne tåle at blive devalueret ... og modtage projektion* (vejl. nr. 1 Ål s. 5). Han/hun skal kunne være *fri og åben i relationen* (vejl. nr. 91 Hi s. 2). Han/hun skal have *forståelse for kompleksiteten i faget* (vejl. nr. 102 GLB s. 2) og han/hun skal væ-

re bevidst om sund etik for at bevare professionalitet (vejl. nr. 73 GLA s. 5). Den psykiatriske sygeplejerske skal kunne formidle et nuanceret syn på, hvad psykiatrisk sygepleje er til studerende (vejl. nr. 102 GLB s. 5). Han/hun skal have faglig kompetence (vejl. nr. 98 BA s. 7; vejl. nr. 91 BA s. 6-13; vejl. nr. 96 BA s. 14) og være bevidst om, at hans/hendes faglige viden udvikles konstant gennem arbejdet (vejl. nr. 104 GLB s. 2).

Sådanne forventninger genfindes i en af de nyere lærebøger i psykiatrisk sygepleje, som således bekræfter de kliniske vejlederes udsagn:

*Enhver sygeplejefaglig interaktion forudsætter anvendelse af opdateret evidens af højeste kvalitet. Psykiatriske sygeplejersker bliver i stigende grad gjort ansvarlige for deres egen praksis og de skal kunne redegøre for evidensen bag deres handlinger (Callaghan & Crawford i Buus (red.) 2009:78).*

### 3.4.3 Færdigheder hos psykiatriske sygeplejersker

De kliniske vejledere udtrykker i fokusgruppe interviewet, at den psykiatriske sygeplejerske skal være *god til at observere* (vejl. nr. 24 BR s.1) og have *evne til nærvær*, som igen er afhængig af erfaring (vejl. nr. 105 GLB s. 3). Sygeplejersken må have opmærksomhed og situationsfornemmelse:

*Det er i hvert vigtigt, at man er god til at høre efter og observere, lægge mærke til alle de små ting, der sker omkring én. Det tænker jeg, det er ikke noget som alle mennesker nødvendigvis kan eller kan lære, der er meget med situationsfornemmelse i det, at arbejde med det her (vejl. nr.10 Ål s. 2).*

Den psykiatriske sygeplejerske skal *beherske kommunikationsfærdigheder*, som at kunne *lytte til patienterne og deres forståelse af, hvad et godt liv er* (vejl. nr. 20 BR s. 5). Han/hun skal bruge *fornuft og intuition til i kommunikationen* (vejl. nr. 14 Ål s. 2; vejl. nr. 83 BF s.13). Han/hun skal kunne skabe kontakt og opbygge relationer med psykisk syge (vejl. nr. 93 Hi s.1; vejl. nr. 19 BR s.1).

*Man kan måske grundlæggende sige, at holdningen om, at man godt kan lide den måde at arbejde på, man har en interesse for at arbejde med relation, arbejde med kommunikation og arbejde over tid i relationen og flytte nogle ting rent menneskeligt, at det i hvert fald måske er en forudsætning for at beslutte sig for at jeg vil være psykiatrisk sygeplejerske. Man må have en eller anden form for interesse eller motivation for at søge det i hvert fald, som udgangspunkt (vejl. nr. 2 RIA s. 2).*

Sygeplejersken skal *turde være i relationen* (vejl. nr. 24 BR s. 2) og være *nysgerrig på patienten og på dennes livshistorie* (vejl. nr. 31 RIC s. 2; vejl. nr. 88 Hi s.1). Han/hun skal kunne spørge ind til patienterne og lytte til deres forståelse af, hvad et godt liv er (vejl. nr. 24 BR s. 2; vejl. nr. 20 BR s. 5). han/hun skal også være *nysgerrig på det, der ikke bliver sagt* (vejl. nr. 71 tilæ vejl. nr. 74 GLA s.1-3).

Psykiatriske sygeplejersker arbejder i en *selvstændig disciplin* (vejl. nr. 11 & vejl. nr. 15 Ål s. 5). Sygeplejersken er *sit eget redskab i psykiatrien* (vejl. nr. 11 Ål s. 5). Han/hun skal have evne til at sætte grænser for patienten (vejl. nr. 22 BR s. 3). Han/hun skal kunne bruge sin personlighed i samarbejdet om patienterne:

*...og personalet skal kunne bruge hinandens evner i opkørte situationer Og nogle gange, går vi jo ind og benytter hinandens personlighed, nærmest til at gå ind og være roller i en situation, hvis det er en situation, der er lidt optrappet eller en der er meget angst, hvor vi kan bruge lige frem hinandens evner. Og også snakke om bagefter, grine lidt af, at det var det, vi gjorde. Og det fungerede (vejl. nr. 11 Ål s. 5).*

McFarland (1992) oplister en række principper og strategier, som den psykiatriske sygeplejerske må beherske i relationen med den psykiatriske patient. Mange af dem stemmer fint overens med de kliniske vejlederes ovenstående udsagn om såvel personlige kompetencer som færdigheder.

- *Develop effective communication skills*
- *Develop an understanding of the causes of communication break-down*
- *Develop and improve self-awareness*
- *Use clinical consultation in the one-to-one nurse patient relationship to improve self-awareness*
- *Develop trust*
- *Be congruent*
- *Use personal self-disclosure appropriately*
- *Provide consistency of experience*
- *Demonstrate sensitivity to and respect for patient*
- *Express empathy*
- *Demonstrate unconditional positive regard and acceptance of the uniqueness of the patient*
- *Use confrontation appropriately*

(McFarland 1992:23).

#### **3.4.4 Det kliniske skøn**

De kliniske vejledere udtaler i fokusgruppe interviewet, at psykiatriske sygeplejersker må besidde eller udvikle faglig intuition baseret på faglighed (vejl. nr. 18 Ål s. 2). Nogle vejledere udtrykker, at det kliniske blik som psykiatrisk sygeplejerske kræver både teoretisk viden og klinisk erfaring. De definerer det kliniske blik som en *fingerspids fornemmelse af, hvad der sker lige her* (vejl. nr. 12 Ål s. 1; vejl. nr. 14 & vejl. nr. 18 Ål s. 4), andre betegner det som *nærmest en slags tavs viden* (vejl. nr. 71 GLA s. 6). Andre vejledere lægger vægt på at psykiatriske sygeplejersker skal beherske evnen til prioritering (vejl. nr. 24 BR s.1).

Benner & Wrubel har beskrevet den intuitive tilgang hos erfarne sygeplejersker således:

*Ekspertsygeplejersken lærer at genkende individuelle mønstre i symptomer eller sågar subkliniske tegn, fordi de ligner andre, hun har set før, selvom de kan komme til udtryk på meget individuelle måder* (Benner & Wrubel 2005:359).

#### **3.4.5 Faglig identitet**

De kliniske vejledere har mange og undertiden modsatrettede udsagn omkring det at udvikle en identitet som psykiatrisk sygeplejerske. De kliniske vejledere giver udtryk for, at *faglig identitet udvikles via oplæring og identifikation med rollen* (vejl. nr. 85 BF s. 2). Samtaler, relation og mere tid karakteriserer psykiatrisk sygeplejerske. *Psykiatriske sygeplejersker føler sig/er anderledes end somatiske sygeplejersker* (vejl. nr. 1 RIA s. 1). Somatisk erfaring er vigtig for at kunne skelne mellem symptomer (vejl. nr. 12 & vejl. nr. 18 Ål s. 4). *Den psykiatriske sygeplejerske skal kunne italesætte sygeplejen og argumentere fagligt* (vejl. nr. 1 RIA s. 22; vejl. nr. 30 RIC s. 5). *Man skal kunne spotte sygeplejen for at være psykiatrisk sygeplejerske* (vejl. nr. 26 & vejl. nr. 32 BUC s. 1).

*Hele vores tilgang til patienterne, som vi pænt har skrevet ned, men at få det italesat over - altså noget, der ligesom skal strække sig ud over bare den enkelte patient, men sådan hele tilgangen til sygeplejen. Og få tingene op, hvorfor er det egentlig man gør, som man gør? Fordi jeg synes, at der er ret mange, som når de skal give deres begrundelse for, hvorfor de gør, jamen så bliver det sådan common sense sygepleje. og det fører bare ingen steder, det giver ikke noget udvikling i sygeplejen. Så hvis vi som sygeplejersker skal gøre sygeplejersker til sygeplejersker, så er vi også nødt til at vide, hvorfor det er, vi gør, som vi gør. Og det er vi også nødt til at have i tale* (vejl. nr. 1 RIA s. 22).

Vejlederne udtrykker at psykiatriske sygeplejersker har *færdigheder til at udstråle ro. Man skal have antennerne ude og være opmærksom, selv om man sidder stille* (vejl. nr. 17 & vejl. nr. 10 Ål s. 3-4). At være sygeplejerske forudsætter menneskelige egenskaber og specifik faglig viden (vejl. nr. 78 & vejl. nr. 80 RH s. 1). Psykiatriske sygeplejersker har en uklar fag identitet specielt i forhold til social- og sundhedsassistenter (vejl. nr. 1 RIA s. 22).

Vejledernes udsagn om psykiatriske sygeplejerskers noget usikre faglige identitet stemmer godt overens med Wengers beskrivelse af, hvordan man løbende konstruerer sin identitet, dels ud fra, hvad man **er**, dels ud fra, hvad man **ikke er**:

*En identitet er således et 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 participativ erfaring og reifikative projektioner. Vi konstruerer, hvem vi er, ved at samle disse to i meningsforhandlingen. På samme måde som mening eksisterer i forhandlingen af den, eksisterer identiteten - ikke som objekt i sig selv - men i det konstante arbejde med at forhandle selvet. Det er i dette strømmende samspil mellem deltagelse og tingsliggørelse, at vores oplevelse af liv bliver en oplevelse af identitet* (Wenger 2004:176 -177).

Vejlederne lægger vægt på, at *det tager tid at afklare og udvikle sig til psykiatrisk sygeplejerske* (vejl. nr. 3 RIA s. 1; vejl. nr. 84 BF s. 1). De udtaler, at fagidentiteten først udvikles i årene efter grunduddannelsen. Følelsen hænger sammen med den faglige identitet og den kommer først efter nogle år (vejl. nr. 81 & vejl. nr. 86 BF s. 2). *Praksis erfaring er vigtig for at være psykiatrisk sygeplejerske* (vejl. nr. 12 Ål s. 2; vejl. nr. 99 BA s. 4). Det kræver erfaring samt en uddannelse (vejl. nr. 12 Ål s. 1; vejl. nr. 98 BA s. 4 & s. 29). *Ens personlighed er afgørende for, hvor længe det tager at udvikle kompetencen* (vejl. nr. 30 RIC s. 2). *At være psykiatrisk sygeplejerske er noget man føler* (vejl. nr. 100 GLB s. 1). Det handler om tid før man føler sig sådan (vejl. nr. 86 BF s. 2).

Nogle vejledere siger ganske konkret, at det tager *to års praktisk erfaring og teori for at blive psykiatrisk sygeplejerske* (vejl. nr. 14 & vejl. nr. 17 Ål s. 2; vejl. nr. 30 RIC s. 1). Det tager to - tre år at opnå rutine og sikkerhed som psykiatrisk sygeplejerske (vejl. nr. 82 BF s. 1). Andre siger, at det tager *fem år, før man har den faglige bredde i psykiatrisk sygepleje* (vejl. nr. 101 & vejl. nr. 106 GLB s. 1-2). Atter andre mener ikke, at det handler om tid (vejl. nr. 100 GLB s. 1), men at *det er ens personlighed, praktiksted og hvordan praktiktiden har været der indgår i overvejelser om at fortsætte i psykiatrien efter færdig uddannelse* (vejl. nr. 87 BF s. 3).

Udviklingen af faglig identitet sker ifølge vejlederne altså i en kombination af praktisk erfaring over 2-5 år, faglig teoretisk dygtiggørelse, personlig udvikling af indre følelser samt en udvikling over tid. Tidsangivelserne svarer til brødrene Dreyfus' læringsmæssige beskrivelsen af de fem faser i udvikling af færdigheder fra novice til ekspert (Dreyfus & Dreyfus i Brøbecher & Mulbjerg 2005: 52). En beskrivelse som sygeplejersken P. Benner siden videreudviklede i en sygeplejefaglig kontekst (Benner 2004). Se i øvrigt rapportens kapitel 7: *Analyse af tid*.

### **3.4.6 Formelle krav/kvalifikationer**

De kliniske vejledere er bevidste om, at det ikke er et formelt krav, at sygeplejersker i Danmark skal have gennemgået formaliseret efter- eller videreuddannelse som f.eks. specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje for at betegne sig som psykiatrisk sygeplejerske. Det gælder heller ikke for de kliniske vejledere, som medvirker ved uddannelsen af sygeplejestuderende i klinisk psykiatrisk sygeplejepsyktis. Her er det formelle krav blot 6 ugers pædagogisk uddannelse som klinisk vejleder svarende til 1/6 diplomuddannelse. Dog kræves på flere professionshøjskoler 2 års klinisk erfaring for



optagelse på klinisk vejlederuddannelse, men ikke specifik psykiatrisk eller anden specialiseret erfaring.

*Samfundet kræver kun grunduddannelse for ansættelse som psykiatrisk sygeplejerske (vejl. nr. 66 Sj s.1).*

*Man er psykiatrisk sygeplejerske, når man arbejder på en psykiatrisk afdeling (vejl. nr. 95 & vejl. nr. 97 BA s. 3 & s. 5 & s. 6).*

### **3.4.7 Opsamling: kliniske vejledere om psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence**

Ovenstående præsentation og analyse af de kliniske vejlederes udsagn giver indsigt i, hvilke forventninger de kliniske vejledere har til deres egne personlige og psykiatrisk sygeplejefaglige kompetencer, som er nødvendige for at udøve god klinisk psykiatrisk sygepleje og for dannelse af fagidentitet som psykiatrisk sygeplejerske. Analysen viser mange tydelige sammenfald med de beskrivelser af personlige kompetencer og kundskaber, som både norske, engelske og amerikanske sygeplejeteoretikere har beskrevet i lærebøger ud fra deres undersøgelser og forskning.

Fundene er interessante og væsentlige, fordi de samtidig kan synliggøre vejledernes grundlæggende opfattelse af kerneområder og indhold i klinisk psykiatrisk undervisning, nemlig hvilke faglige og personlige kompetencer, de studerende må tilegne sig for at lære at udøve psykiatrisk sygepleje og for at lære at blive psykiatriske sygeplejersker.

Det afspejler sig også i analysen af de 62 udsagn fra de kliniske vejledere om, hvilke krav og forventninger, vejlederne stiller til de sygeplejestuderende, som kommer i klinisk uddannelse i psykiatrien. Disse udsagn blev nemlig grupperet under næsten samme subtemaer, dog er faglig identitet for de studerende ændret til identitet som studerende i klinisk praksis/kompetencer i forhold til det at lære. De kliniske vejledere stiller i nogle sammenhænge lige så store krav og forventninger til sygeplejestuderendes (novicernes) kompetencer, som til sig selv som erfarne, færdiguddannede, kompetente eller endda kyndige psykiatriske sygeplejersker, mens de i andre sammenhænge tager klart højde for de studerendes særlige læringsbehov (se bilag 3).

## **3.5 Kliniske vejleders syn på psykiatrisk sygepleje**

De kliniske vejledere beskriver i fokusgruppe interviewene deres forventninger til egen psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence ud fra:

1. Feltets beskaffenhed: karakteristika, kendetegn, egenart (svært at definere, da en del af det er "tavst")
2. Den terapeutisk relation
3. Kommunikation og samarbejde (og psykoterapeutisk funktion)
4. Krav til udøvelsen af psykiatrisk sygepleje og hvordan sygeplejen kommer til udtryk.

Vejlederne gav udtryk for, at det kan være svært for nyttilkomne at, se hvad der er psykiatrisk sygepleje. De mener, at sygeplejen er uhåndgribelig, kompleks og svær at beskrive præcist med ord. De gav også udtryk for, at der er mange uskrevne normer-og-regler i feltet. Dem deler de op i to elementer. Det ene element drejer sig om sygeplejen. Uskrevne normer-og-regler om den skal/kan skrives ned. Det andet element af de uskrevne normer-og-regler drejer sig om personalet. På det område må nyttilkomne (bl.a. studerende) fornemme sig til de uskrevne normer-og-regler. De kliniske vejledere taler således om det *at lære at udøve psykiatrisk sygepleje* og det *at lære at være psykiatrisk sygeplejerske*. Den første del handler om selve sygeplejen og den anden del om det praksisfællesskab de nyttilkomne (bl.a. studerende) træder ind i.

At lære at udøve psykiatrisk sygepleje, mener de kliniske vejledere kræver god vejledning, da sygeplejen ikke bygger på målbare facts, hvilket gør den svær at forklare. Ydermere udtrykte vejlederne, at psykiatrisk sygepleje ikke har en facitliste, og at den ikke resultatorienteret. Samtidig sagde de dog, at somatiske og psykiatriske sygeplejersker yder det samme blot med forskellige redskaber, og at psykiatrisk sygepleje er en form for sygepleje, der kan bruges overalt. Altså mener vejlederne, at der er noget grundlæggende over psykiatrisk sygepleje, der kan anvendes i alle sygeplejesammenhænge.

De kliniske vejledere gav også udtryk for, at det er vigtigt, at sygeplejerskerne medtænker deres egen andel i relationsarbejdet og at psykiatriske sygeplejersker skal være troværdige, ærlige, empatiske, respektfulde og nærværende overfor både patienter og studerende. Derudover er åbenhed en vigtig del af den psykiatriske sygepleje. Åbenhed er knyttet til at være rummelig overfor det der er anderledes end ens eget liv.

De kliniske vejledere mener, at kommunikation, verbal såvel som nonverbal, er et essentielt redskab i psykiatrisk sygepleje. Det er svært at lære "at samtale" med patienter som nyansat, og en del af at være ansat som psykiatrisk sygeplejerske er, at man kan blive overvældet af patientens følelser, der "smitter af" på én. Der er tale om projektioner som eksempelvis ked-af-det-hed, træthed og afmagt.

Derudover mener de kliniske vejledere, at psykiatriske sygeplejerskers samarbejde med pårørende er anderledes end somatiske sygeplejerskers. Ofte er der i psykiatrien livslange forløb med patienter og dermed også med deres pårørende. Altså er der tale om meget lange forløb og relationer<sup>12</sup>.

De kliniske vejlederes opfattelse er, at psykiatrisk sygepleje skal være funderet i teori og sygeplejerskens egen fornuft. Den psykiatriske sygepleje handler om at se mulighederne og det terapeutiske i de daglige aktiviteter som måltider, personlig hygiejne og at gå en tur. Sygeplejen kommer til udtryk som rummelighed, men ikke kun det, den går også ud på f.eks. at skabe struktur og at spørge ind til patientens adfærd og tanker. Den jeg-styrkende sygepleje opleves af de kliniske vejledere som en kort formel for psykiatrisk sygepleje.

Nedenfor gives der empiriske eksempler fra fokusgruppe interviewene på ovenstående.

Det forhold at psykiatrisk sygepleje ikke kan beskrives med få ord kan genkendes i de kliniske vejleders udtalelser om, at psykiatrisk sygepleje er svær at beskrive med ord:

*Ja, jeg sidder også og tænker på nu, at når vi skal sætte ord på, så er det jo - så er det jo faktisk ikke lige sin sag at sætte ord på, hvad det er, vi gør vel. Og jeg tænker meget i forhold til videnskabelen, tror jeg da, at vi har det sværest. Hvad er det, vi gør, når vi - hvad er det vi gør, når vi yder en psykiatrisk sygepleje. Det er jo heller ikke noget, vi går og sætter ord på i hverdagen (vejl. nr. 28 RIC s. 3).*

*...men det er også svært at referere, hvad man har lavet på en arbejdsdag. Synes jeg. Fordi hvad er det reelt for nogle handlinger, man har udført? Det ved vi godt, når vi snakker med hinanden, men at gå ud og fortælle nogen, der ikke har set, hvordan det ser ud indenfor afdelingens fire vægge, det er svært (vejl. nr. 24 BR s. 8).*

Det hænger måske sammen med, at psykiatrisk sygepleje, som Hummelvoll udtrykker det, er funderet i menneskelige værdier, holdninger og at den mellem menneskelige relation er svær at indfange konkret sprogligt og begrebsligt. De kliniske vejledere giver udtryk for, at psykiatrisk sygepleje er u håndgribelig og svær at se, fordi der ikke er nogen facitliste. Én vejleder siger:

---

<sup>12</sup> Der er store variationer i, hvor lang tid et givet menneske har behov for at være tilknyttet psykiatrien

*Det er da i hvert fald noget af det, jeg oplever mest. Det er svært for dem, når de kommer til os fra somatikken, og få øje på, hvad psykiatrisk sygepleje er for noget, fordi vi har ikke noget håndgribeligt at gøre med. Vi har ikke en resultatliste. At man skal ind og bruge sin faglighed og sit faglige skøn og finde ud af, hvad psykiatriske sygeplejehandlinger er for noget. Det var lidt det, jeg mente (vejl. nr. 21 BR s. 2).*

Ovenstående synspunkt kommer også til udtryk, når de kliniske vejledere siger, at den psykiatriske sygepleje ikke er resultatorienteret og ikke bygger på målbare facts. Det er nedenstående citater eksempler på:

*Men jeg synes, at det er bemærkelsesværdigt, at de stadig - altså at jeg stadigvæk mærker det med dem, som jeg ellers ses med og omgås med og to af dem har også arbejdet indenfor psykiatrien. Og én af dem synes, at det gik bare alt for langsomt indenfor psykiatrien, det kunne hun slet ikke have, det der med de der lange indlæggelsesperioder. Det er jo også en temperaments sag, men alligevel, det skulle helst gå hurtigt, som det gør på en somatisk afdeling, med at patienterne bliver indlagt og kommer ud igen. Jeg ved ikke, om det er fordi, man ikke har nogle facts, ligesom der er nogen, de er glade for matematik, sådan er det jo også meget med meget af den somatiske sygepleje, der er der mange facts omkring tingene, hvor det kan vi ikke måle og veje på samme måde i psykiatrien (vejl. nr. 75 RH s. 3).*

*Det synes jeg, at man kan i forudsætningen og i forventningssamtalen. Hvad de [sygeplejestuderende] kan forvente sig, at der er ingenting her, der er rigtigt eller forkert, kan man sige. Altså de skal ikke forvente, at der er - der var én der sagde "to streger under", her har du facit - sådan er det ikke i psykiatrien. Og de bliver overraskede gang på gang. At sådan er det ikke (vejl. nr. 20 BR s.16).*

Hummelvolls tanker om psykiatrisk sygepleje handler ikke om målbare og eksplicite facts eller resultatorientering. Det er tilgange, der ikke kan rummes inden for hans humanistiske perspektiv, hvor det er det mellemmenneskelige forhold og patienten som hel person, der er udgangspunktet for den psykiatriske sygepleje. De kliniske vejledere udtrykker alligevel nogle konkrete handlinger, der i én forstand kan have antydning af noget målbart. Én vejleder siger:

*Jeg tænker, at der er en lille krølle på det også, fordi vi har jo også mange sygeplejehandlinger og vi er jo også, vi arbejder også nok alle sammen meget med at skabe en struktur, så det er ligesom at finde den der balancegang mellem de ting. Finde strukturen i den der store rummelighed og det at turde spørge ind og se ind og de ting. Altså der er jo mange handlinger også (vejl. nr. 19 BR s. 8).*

Den centrale betydning af relationelle holdninger og menneskelige værdier giver mening til nogle af de ytringer, de kliniske vejledere har om, at psykiatrisk sygepleje tager afsæt i alle sider ved patienten, og også inkluderer forholdet til og samarbejdet med patientens pårørende. Vejleder nr. 75 og nr. 17 siger i den forbindelse:

*... alle de ting, vi har med inde er jo også dem vi bruger i vores vurdering af, hvordan patienten har det, men samtidig er der ikke de der - altså især på RH, er det meget meget tit på lægernes observationerne, vi også - altså hvad er den medicinske behandling, der er meget meget naturvidenskabeligt, hvor vi meget er med til at koble det holistiske med på som sygeplejersker, synes jeg. Vi går ind og prøver at få det hele menneske med og er blæksprutter i forhold til at samle alle de forskellige tråde, der er. Vi kan ikke udskrive patienten nødvendigvis, selvom lægen synes det, hvor vi siger, hov - vi mangler altså det her kæmpe område hos patienten, før det overhovedet er forsvarligt at udskrive patienten, ellers taber vi hele den behandling, der er blevet oparbejdet. Og da tror jeg, at det gør den store forskel, fordi tit i somatikken, der tror jeg, at man siger, OK, nu udskrives vi, fordi den lægelige side den er overstået, og vi kan ikke gøre mere. Hvor vi her har jo det, der gør det yderst komplekst, det er ikke kun den lægelige side. Der er meget*

*meget, og det er der selvfølgelig også i somatikken, men der er så meget, der gør, at man ikke på samme måde bare lige kan give slip på patienterne. Fordi det er virkelig alle siderne hos mennesket, vi bliver nødt til at tage vare på. Og der synes jeg, at vi som sygeplejersker, har utrolig meget den der blækspruttefunktion indenfor psykiatrien. Det har man også i somatikken, men jeg synes, at vi har det yderligere her (vejl. nr. 75 RH s. 4).*

*Det er jo over meget lang tid tit i forhold til somatikken. Så det gør måske en forskel. At det jo også ofte er nærmest et helt liv, ikke, hvor vi følger en patient (vejl. nr. 17 Ål s. 6).*

Derudover siger vejleder nummer 25, at psykiatrisk sygepleje kan anvendes alle steder i sygeplejen. Det kan i lighed med tidligere udtalelser fra de kliniske vejledere være et udtryk for det synspunkt, at det generelle i det relationelle og i de grundlæggende værdier er fremtrædende og centrale i psykiatrisk sygepleje:

*Men jeg tænker også psykiatrisk sygepleje, det er jo alle vegne. Altså de somatiske, de får bare ikke øje på det. Men jeg gør også meget ud af, sådan at sige - jamen bruger du [sygeplejestuderende] det her? Kan du bruge det her ude i somatikken? Sådan grænsesætning, grænsesætter I ude i somatikken? - Nej, nej, det mente de nok ikke, at de gjorde. Nej. Altså hvis du lige sådan beder Hr. Jensen om at gå ind og få et par bukser på, er det ikke grænsesætning? - Åh, jo selvfølgelig og så havde de jo bare så mange eksempler på, at de faktisk havde brugt rigtig mange af de der Liv Strand principper, også ude i somatikken. Og så synes jeg, det var fedt (vejl. nr. 25 BR s. 6).*

De kliniske vejledere der deltog i fokusgruppe interviewene gjorde sig også overvejelser over om psykiatrisk sygepleje i grunden er så forskellig fra somatisk sygepleje (som eksemplificeret i ovenstående citater). Det kan forklares med, at psykiatrisk sygepleje har nogle generelle elementer fælles med somatisk sygepleje, herunder alment menneskelige forhold i det relationelle og det værdimæssige grundlag. Vejleder nr. 76 siger i den forbindelse:

*Der er jo stor forskel, men jeg synes bare, at ud fra det vores uddannelse går ud på, sygepleje, så synes jeg egentlig, at det er det samme, vi skal, men vi har bare nogle andre redskaber, kan man sige, vi har ikke, - altså vi har nogle andre redskaber, end de har i somatikken, men det er det samme vi yder (vejl. nr. 76 RH s. 2).*

Det terapeutiske forhold mellem den psykiatriske sygeplejerske og patienten, som Hummelvoll beskriver det, er kendetegnet ved at sygeplejersken kan skifte mellem nærhed og afstand, støtte og udfordring og være engageret i en relation baseret på gensidig påvirkning. Det betyder, at sygeplejersken skal vide, hvad der er nært på patienten, hvilket igen indebærer at sygeplejersken skal være åben, nærværende, opmærksom og have en fornemmelse for, hvad hun bringer ind i kommunikationen og relationen. Det kan være det, de kliniske vejledere udtrykker i følgende citater:

*Man kan jo ikke sige, vi snakker jo om - altså vi arbejder jo med relationer her i psykiatrien. Det gør man jo altid som sygeplejerske, så det er jo også noget med, hvis de [sygeplejestuderende] selv siger, at det er svært at komme ind på patienterne og der kan man jo så snakke forskellige årsager. Og der er det jo rart, hvis de selv også reflekterer, men kunne det også have noget med mig selv at gøre. Altså hvis man kan få dem drejet der hen. Det kan man jo forsøge på. Altså få dem drejet lidt derhen. Det kunne også være én af årsagerne til, hvorfor relationen er så svær at skabe med én patient. På én eller anden måde. Og det er jo skønt lige, hvordan man gør det, hvor nænsom man skal være overfor den enkelte (vejl. nr. 90 Hi s. 10).*

*15: Jeg synes også, at det er vigtigt, at man er forholdsvis - man skal faktisk være ret fordomsfri. Vi møder jo nogle pudsige ting, ikke. Sådan mennesker vi kan rumme, uden at lade os påvirke forfærdeligt meget.*

16: *Det er også lige det, der faldt mig ind. Den der åbenhed. Være enorm åben overfor det, man møder, fordi det kan gå i så mange retninger.*

14: *Ja, det kan være så underligt.*

16: *Ja. Og så langt væk fra ens eget liv.*

15: *Så ens fordomme eller ens grænser, de bliver meget udvidet, har jeg sådan gået og tænkt på, på det sidste på - det at være psykiatrisk sygeplejerske (vejl. nr. 14, 15 & 16 ÅL s. 2-3).*

*Det samme som at man skal være en god psykiatrisk sygeplejerske. Det er jo noget med at vise respekt og være empatisk og kunne være tilstede, ligesom når man skal modtage en ny patient, som vi også var inde på, som du siger. At byde ordentlig velkommen, at de [sygeplejestuderende] skal føle - altså jeg synes, at det er rigtig vigtigt, at de føler sig trygge og at de ved, altså hvor de har én. Så synes jeg også, at det er vigtigt, at man siger tingene, altså ikke det der med at vente - nå men det bliver nok bedre. Man kan lige så godt sige, det man ser (vejl. nr. 100 GLB s. 15).*

Når Hummelvoll skriver, at det der menes med den psykoterapeutiske funktion er at påvirke patienten ved hjælp af psykologiske midler, indebærer det, at de psykiatriske sygeplejersker benytter psykoterapeutisk viden og indtager en psykoterapeutisk holdning (Hummelvoll 2006:48). Inddragelse af psykoterapeutisk viden og holdning handler om forskellige elementer, der alle har relationen, kommunikationen og holdningen til det andet menneske som omdrejningspunkt. De kliniske vejledere tager den funktion på sig, hvilket nedenstående udsagn eksemplificerer. Det første citat indfanger, hvordan de kliniske vejledere oplever kommunikationen som et essentielt redskab, det næste citat handler om, at være opmærksom på sin egen andel i processen, og det sidste handler om, hvordan projektioner kan påvirke sygeplejerskerne/de studerende:

7: *Jeg tænker, at man skal være god til at kommunikere. Hvis man ikke har de færdigheder, så tror jeg, at det er vanskeligt, for det er sådan et enormt godt redskab, man bruger hele tiden.*

6: *Det vil jeg gerne give dig ret i. Ja, det vil jeg gerne give dig ret i, det synes jeg er en vigtig pointe, altså det er ligesom kommunikation der lægger fundamentet. I hvert fald i det psykiatriske arbejde (vejl. nr. 6 & 7 RIB s. 1).*

*I ambulatorium, hvor de[sygeplejestuderende] jo ikke kan yde - udføre så meget selvstændigt arbejde, fordi det går meget på samtaler og medicinjusteringer, så handler det rigtig meget om at slå ørerne ud og bruge sin - alle sine sanser. Nogle af de der opgaver, som førvejledningen udmøntes i hedder, nu vil jeg gerne bede dig om at lægge mærke til patientens kropssprog (vejl. nr. 102 GLB s. 6).*

*Jeg bruger - altså i min introduktion i afsnittet, at gøre de studerende opmærksomme på, hvordan det at være i det psykiatriske felt kan smitte af på deres egen psykiske tilstand. Og hvordan de måske kan blive kede af det eller blive meget trætte eller overvældet og føle meget stor afmagt og på mange forskellige måder tage patienternes subjektive følelser på sig (vejl. nr. 93 Hi s. 5).*

Det er ikke let for nytilkomne (bl.a. sygeplejestuderende) i psykiatrien at lære kommunikation, hvilket udtrykkes i følgende citat:

*Jo, jeg har lyst til at sige, at da jeg startede i psykiatrien i sin tid, da kunne jeg ikke rigtig finde nogen, der kunne være forbilleder for mig i forhold til samtalen med patienten. Og der løb jeg ind i rigtig mange vanskeligheder (vejl. nr. 97 BA s. 8).*

De kliniske vejledere udtrykker også at psykiatrisk sygepleje ikke kun er et spørgsmål om at være god til at tale med mennesker, men at der også skal faglig forskningsbaseret viden til. Det handler som Hummelvoll skriver om, at have viden og at kunne bruge den. Vejleder nummer 78 og vejleder nummer 80 siger i den forbindelse:

*Og det er også netop derfor, jeg tænker på, at det med at man har empati og man har det der omsorgs-gen jo ikke står alene, fordi det er jo også et fag, man kommer ikke bare fra gaden, fordi man er en god pædagog, eller fordi man er god til at tale med andre mennesker, men vi har faktisk alligevel - altså vi har - hvad skal man sige, der er jo skrevet meget om psykiatri, om psykiatrisk sygepleje, så vi har også afsæt i noget videnskabeligt. Så det er vigtigt, at det ikke bare er noget, man - det er ligesom somatikken, psykiatrien er også et fag, hvor vi bruger vores uddannelse og den viden, vi har. Vi kan ikke bare - altså fordi vi nu er gode til at snakke med andre mennesker.... (vejl. nr. 78 RH s. 2).*

*Nej, men det er vel karakteristisk, at på den måde, er det fuldstændigt ens, du skal have redskaber. Skal du lægge et kateter, så er det, en sonde, så er det det, noget plastik og nogle ting eller slanger og handsker. Men vi skal også bruge redskaber, og det er mere, som du er inde på kommunikative, kognitive, ja adfærdsterapeutiske redskaber, for lige meget hvad, så står du overfor noget, hvor du er nødt til at være teoretisk funderet, om du er i den ene sammenhæng eller den anden. Nu synes jeg, at jeg snakker lidt for meget, men altså for mig, så er der en megastor forskel, jeg tror ikke, jeg kunne trives i somatikken, men det kan vi altid vende tilbage til (vejl. nr. 80 RH s. 2).*

Afslutningsvist gives ordet til vejleder nummer 24, der har nogle udsagn om, hvad psykiatrisk sygepleje er, og hvordan den kommer til udtryk:

*Også at få øje på den psykiatriske sygepleje i de helt små ting og sager, der sker på en afdeling. Altså det kan være at hjælpe en patient i et brusebad, det kan være at gå en tur med patienten, det kan være ved et måltid, hvor der er masser af psykiatriske sygepleje (vejl. nr. 24 BR s. 2).*

*...det var en psykiatrisk sygeplejerske tror jeg, når man sådan har været i psykiatrien et stykke tid, så vil man helt naturligt spørge ind til det. Og det er for mig, altså det er en meget stor del af det der med at være psykiatrisk sygeplejerske. At vi har den der åbenhed og vi vil gerne høre om, jamen hvordan kan det være, at de har den og den adfærd eller hvad det nu er. De og de tanker, vi spørger ind til det. Vi vil gerne have, at de får fortalt om det, fordi det ved vi, at de har brug for (vejl. nr. 24 BR s. 7).*

### **3.4.1 Opsamling om kliniske vejlederes syn på psykiatrisk sygepleje**

Ovenstående analyse viser, at der er en tydelig sammenhæng mellem hvad de kliniske vejledere udtrykker omkring psykiatrisk sygepleje og det Hummelvoll skriver om sygeplejen. Der kan være forskellige grunde til sammenfaldet. Det er nærliggende at antage, at en grund kan være, at de kliniske vejledere er uddannet efter Hummelvolls begreber og tanker. Men det er ikke muligt at konkludere noget entydigt om det, da vi ikke ved, hvilken litteratur der bliver brugt på de forskellige University Colleges, og i de forskellige psykiatriske institutioner ud over landet.

De kliniske vejledere formår samlet at sætte mange ord på, hvad psykiatrisk sygepleje er, og de er enige. Det giver styrke i udsigelseskraften af deres udsagn og af det Hummelvoll forsøger at indkredse i sin bog (Hummelvoll 2006). Psykiatrisk sygepleje kan ifølge Hummelvoll italesættes med ord og begreber, men det bliver ikke til konkrete anvisninger i den overordnede beskrivelse. Sygeplejen er funderet i det relationelle og i de grundlæggende værdier og holdninger, der ikke lader sig indkredse i præcise handlingsanvisninger. Det forhold er måske noget af årsagen til, at nogle kliniske vejledere oplever psykiatrisk sygepleje universel/generel og anvendelig i mange andre sammenhænge, fordi den giver mening i forhold til de helt almindelige mellem menneskelige relationer?

## 4. Analyse af relation

I dette kapitel analyserer vi, hvordan relationerne i et praksisfællesskab<sup>13</sup> kan forstås ifølge Lave & Wenger (2003) samt Wenger (2004). Det sætter vi i relation til data fra fokusgruppe interviewene med de kliniske vejledere. Vi har koblet Lave & Wengers forståelse af begrebet *relation*, sammen med deres forståelse af praksisfællesskab. De konkretiserer *relation* gennem deres begreb om *legitim perifer deltagelse* (Lave & Wenger 2003).

Legitim perifer deltagelse kan i relation til vores projekt *Udvikling af læringsmiljø i psykiatrien* forstås i forhold til om og i hvilken grad de sygeplejestuderende bliver en del af praksisfællesskabet på et givet klinisk uddannelsessted. Nedenstående citater viser forskellige udsagn fra de kliniske vejlederes om sygeplejestuderendes inddragelse i praksisfællesskaberne:

*Har det også noget at gøre med om de [kollegaerne] vil lukke dem [sygeplejestuderende] ind i afdelingen (vejl. nr. 11 Ål s. 6).*

*Man bliver nødt til at samarbejde, men også det der med, at tage dem [sygeplejestuderende] med i kaffestuen og sidde og snakke og spørge til, hvordan har din weekend været. Jamen, interessere sig for dem. Og synes du, det er svært det her, og nå hørte du den koncert i lørdags eller hvad det nu er og så, gøre dem til en del af det sociale fællesskab (vejl. nr. 4 RIA s. 6).*

*Der hvor jeg er, der er kollegerne rigtig kanon gode til det, og det er faktisk noget de [sygeplejestuderende] siger hver gang. Jamen det er jo fantastisk, her vil jeg, jamen lægerne og psykologerne, de hilser på os, de spørger til os og interesser sig for, hvad vi skal og hvad vi har gang i. Det er stort for dem. Og så tænker jeg, at det må være fordi de ikke oplever det andre steder (vejl. nr. 2 RIA s. 6).*

Nedenfor følger to modsatrettede citater. Vejleder nummer 7 giver udtryk for, at de studerende bliver lukket ind i praksisfællesskabet, hvorimod vejleder nummer 6 giver udtryk for, at det ikke er let for studerende at blive lukket ind i praksisfællesskabet:

*Hos os er det jo meget tæt på, de [sygeplejestuderende] er med til alt med det samme, hvor man så følger, altså de følger med os med det samme, hilser på alle, drikker kaffe sammen med de samme og kommer tæt på patienterne. Så de er meget hurtigt inde i flokken, det er ikke sådan, at de går for sig selv, det får de ikke lov til ret længe. Det tror jeg betyder meget (vej. nr. 7 RIB s. 4).*

*De bliver jo rent håndgribeligt inviteret ind i gruppen, det er i hvert fald noget, jeg oplever på min afdeling. Det kan godt knibe lidt med mine kolleger, fordi man måske har nogle forventninger, sådan måske ikke verbalt, verbaliseret overfor hinanden også, hvor - hvad skal man sige, den stille studerende ikke bliver inviteret ind, så kan der let blive en holdning blandt mine kolleger, det har jeg oplevet tidligere i hvert fald, jamen hun er også så stille og hun melder sig ikke aktivt på osv., melder sig ikke til at gå post ture f.eks. eller til at give medicin eller hvad ved jeg, nogle praktiske ting, som engang imellem skal gøres på en sengeafdeling i hvert fald. Det er i hvert fald noget jeg oplever, det kniber gevaldigt med og jeg har også orienteret mine kolleger om, at de skal lige være opmærksom på det her, især måske den første uge eller de første 14 dage, hvor de skal have en ny studerende i afdelingen, og de måske også skal have nye kolleger, for mig er det lige ansvarligt aktivt at deltage i fællesskabet (vejl. nr. 6 RIB s. 4).*

---

<sup>13</sup> Et praksisfællesskab er et fællesskab af ansatte på en arbejdsplads. Fællesskabet er bygget op omkring nogle handlinger, samt tanker og teori om handlingerne. Et praksisfællesskab er karakteriseret ved at alle de mennesker, der arbejder på arbejdspladsen, både engagerer sig i handlingerne/arbejdet og i at samarbejde med hinanden. Menneskene udveksler meninger og holdninger om det pågældende arbejde med hinanden (Wenger 2004). For en teoretisk uddybning af praksisfællesskab se bilag 4

Legitim perifer deltagelse handler om *relationerne* mellem nyankomne (f.eks. sygeplejestuderende) og veteraner (ansatte gennem længere tid) i et givet praksisfællesskab, og om de aktiviteter der er i praksisfællesskabet. Legitim perifer deltagelse vedrører også den proces, hvorigennem nyankomne bliver en del af praksisfællesskabet.

Begrebet *deltagelse* handler her om et definerende træk ved måder at høre til på. Og *perifer* antyder, at der er mangfoldige, forskelligartede, mere eller mindre engagerende og omfattende måder at være placeret på inden for de områder af deltagelse, som praksisfællesskabet definerer. *Legitim perifer deltagelse* handler med andre ord om at være placeret i den sociale verden, som er et konkret praksisfællesskabs. I Laves & Wengers forståelse kan legitim perifer deltagelse føre til fuld deltagelse i praksisfællesskabet. De ser legitim perifer deltagelse som noget positivt og dynamisk, og som en måde nyankomne kan få adgang til forståelseskilder i praksisfællesskabet på, gennem stigende deltagelse.

Legitim perifer deltagelse er et komplekst begreb, der er indlejret i sociale strukturer, som indebærer *magtrelationer*. Via legitim perifer deltagelse bevæger den nyankomne sig i retning af mere intensiv deltagelse. At være legitim perifer deltager i et praksisfællesskab kan betragtes som en kvalificerende position (fremmer læring), og dermed en kilde til magt. Derimod kan det betragtes som en disvalificerende position (barriere for læring), hvis en nytilkommen forhindres i legitim perifer deltagelse af veteraner i et praksisfællesskab. Det er en kilde til magtesløshed (Lave & Wenger 2003: 37-38).

Den position som de studerende tildeles og påtager sig i et praksisfællesskab mener vi, har betydning i forhold til hvordan læremulighederne på et givet klinisk uddannelsessted kan udnyttes. Den kvalificerende contra diskvalificerende position kan f.eks. relateres til udsagn fra kliniske vejledere om, at sygeplejestuderende men praktisk håndlag får respekt fra veteranerne i praksisfællesskabet, hvorimod de studerendes evne til at kunne reflekterer ikke giver respekt. Følgende citat illustrerer dette:

*Jeg synes også, at der er sådan en rest af, at når man er sygeplejestuderende, så tilhører man en lavere rangorden og så skal man også - hvad skal man sige, så skal man også vise, at man kan alt det der praktiske, at man har håndlag og at man kan godt lige redde nogle senge op, og man kan godt lige tage en opvask for at vise lidt ydmyghed her i afdelingen. Og den rest, den synes jeg tydeligt, at jeg mærker, når der er sygeplejestuderende kontra social- og sundhedsassistentelever. Fordi social- og sundhedsassistentelever er mere praktiske anlagt og har måske ikke lært sig den evne at reflektere så meget, som de studerende gør. Så der er ikke den respekt omkring de sygeplejestuderende, som der er omkring social- og sundhedsassistenteleverne (vejl. nr. 28 RIC s. 10).*

De kliniske vejledere talte under interviewene endvidere om, at sygeplejestuderende skal "gøre sig fortjent" til at få adgang til praksisfællesskabet. Det kan forstås som at gøre sig fortjent til at få adgang til læremuligheder. Hvis ikke de studerende "gør sig fortjent" til legitim perifer deltagelse, får de heller ikke adgang til relevante læremuligheder. Følgende citat kan relateres til en sådan den disvalificerende position i praksisfællesskabet:

*Jeg synes da også, at praktikerne får nemmere adgang, altså og den med udpræget situationsfornemmelse og en god portion ydmyghed. Man skal ligesom gøre sig fortjent til at komme ind i fællesskabet. Og har man hænderne godt skruet på, så det der med teoretikerne, vil man gerne de viser lidt senere. Men først og fremmest den der glider ind og skaber sig sådan en lidt naturlig plads. Og kan tage lidt fra (vejl. nr. 92 Hi s. 8).*

Under fokusgruppe interviewene talte de kliniske vejledere om, at uskrevne normer-og-regler gør det svært for nye mennesker (f.eks. sygeplejestuderende), at komme ind i psykiatrien. Det kan for-



stås som at uskrevne normer-og-regler kan være med til at gøre det vanskeligt, at udnytte alle læremuligheder. Følgende citat vidner om det:

*...Så tænker jeg da også, at det kan være derfor, at det er så svært for en ny sygeplejerske, at komme ind i psykiatrien, fordi vi har så mange uskrevne regler. Vi har så mange regler, som ikke er italesat, og som er sådan - jamen det er en del af vores kultur. Så det kan være et helt puslespil og få lagt, når man starter (vejl. nr. 28 RIC s. 4).*

Uskrevne normer-og-regler kan også vise sig, som det kommer til udtryk i følgende citater:

*Modenhedsgrad og også - jeg var lige ved at sige faglighed. Men det behøver det faktisk ikke. Jeg har lagt mærke til, at det er meget den måde, den studerende kommer frem på i personalegruppen. Altså siger nogle ting, der kan blive relevante. Det er ikke nødvendigvis, fordi de har læst meget på lektien. Men fordi de spotter sammenhænge og situationer og væsentligheder og sådan noget. Så bliver der regnet med dem og det er tydeligt, at der er respekt omkring de personer, der kan sige nogle rigtige, nogle ordentlige.... (vejl. nr. 89 Hi s. 7).*

*Èn der snakker højt hele tiden, og overtrumfer alle andre. Så går personalet fra dem. Og lader dem være. Og så sidder de alene et eller andet sted. Og har brug for, at der kommer én ligesom og siger, nu skal du se - kom med mig. Men dem som man ligesom fatter interesse for med det samme, dem inviterer man med, når man går ned til en patient - kom lige med, så skal du se her, nu går vi ned og gør sådan og sådan. Men det gør man ikke med dem, der er socialt utilpassede. De bliver ligesom sat på en stol og - vent til jeg kommer tilbage (vejl. nr. 91 Hi s. 8).*

I relation til ovenstående taler Wenger om *implicitte relationer* (Wenger 2004:61), forstået som det usagte, som de tavse konventioner, de subtile ledetråde, de ikke udtrykte tommelfingerregler, genkendelige intuitive forståelser, specifikke opfattelser, velafstemte følsomheder, legemliggjorte forståelser, grundlæggende antagelser og fælles verdensbilleder. Det tavse bliver, ifølge Wenger, måske aldrig artikuleret, men det er alligevel et umiskendeligt tegn på at være medlem af et praksisfællesskab og afgørende for, at praksisfællesskabets virksomhed lykkes (Wenger 2004:61).

Ifølge Lave & Wenger kan man være deltagende i et *relationssystem*, men man kan også være ikke-deltagende. I den sammenhæng taler Wenger om henholdsvis *periferitet* og *marginalitet*. Han siger, at vi skaber vores identitet gennem de praksisser, vi engagerer os i, samtidig med at vi definerer os selv gennem de praksisser, vi ikke engagerer os i. Vores identitet er ikke alene konstitueret af, hvad vi er, men også af, hvad vi ikke er. Vi får en vis fornemmelse af hvad vi ikke er, hvad vi ønsker vi var, hvad vi ville drømme om at være, eller hvad vi er glade for ikke at være. Ikke-deltagelse er med andre ord, på en omvendt måde, i lige så høj grad en kilde til identitet som deltagelse. Vores relationer til praksisfællesskaber er således forbundet med både deltagelse og ikke-deltagelse, og vores identitet formes via af kombinationer af dem (Wenger 2004:191). I et landskab defineret af grænser og periferier, er en sammenhængende identitet nødvendigvis en blanding af at være indenfor og udenfor. Oplevelser af ikke-deltagelse er en uundgåelig del af livet, men de får en anden betydning, når deltagelse og ikke-deltagelse definerer hinanden via et samspil. Det har f.eks. en betydning, når nyankomne ikke forstår en samtale mellem veteraner, fordi denne oplevelse af ikke-deltagelse er indordnet i en deltagerbane. Det er samspillet mellem deltagelse og ikke-deltagelse, der gør oplevelsen vigtig (Wenger 2004:192).

I tilfælde af *periferitet* er en vis grad af ikke-deltagelse nødvendig, for at aktivere en form for deltagelse, der ikke er fuldgyldig. Her er det deltagelsesaspektet, der dominerer og definerer ikke-deltagelse som en aktiverende deltagelsesform.

I tilfælde af *marginalitet* forhindrer en form for ikke-deltagelse fuldgyldig deltagelse. Her er det ikke-deltagelsesaspektet, der dominerer og kommer til at definere en begrænset form for deltagelse.

Periferitet og marginalitet indebærer begge en blanding af deltagelse og ikke-deltagelse, og skillelinjen mellem dem kan være hårfin. De frembringer ikke desto mindre kvalitativt forskellige oplevelser og identiteter, så det ville være forkert at knytte dem alt for tæt sammen. Forskellen mellem periferitet og marginalitet skal forstås i sammenhæng med deltagerbaner, der bestemmer betydningen af deltagelsesformerne (Wenger 2004:192-193). Nyankomne (f.eks. sygeplejestuderende) kan f.eks. befinde sig på en indadgående deltagerbane, der af veteraner i praksisfællesskabet bliver anset for at føre til fuld deltagelse i praksisfællesskabet over tid.

I ikke-deltagelse ligger også en mulighed for læring. For mennesker, hvis deltagerbane forbliver perifer er ikke-deltagelse et aktiverende aspekt af deres deltagelse, fordi fuld deltagelse ikke er et mål til at begynde med (Wenger 2004:193).

Under fokusgruppe interviewene talte de kliniske vejledere om nødvendigheden af, at der er en relation mellem kollegaerne i praksisfællesskabet og de sygeplejestuderende, for at det er muligt at udnytte de eksisterende læremuligheder bedst muligt. I den forbindelse talte vejlederne om, hvad der skal til for at de studerende bliver lukket ind i praksisfællesskabet, hvilket de mener er nødvendigt, for at optimere de studerendes læring og udnytte læremulighederne bedste muligt. F.eks. var der udbredt enighed om, at studerende med praksis håndslag blev vist respekt af praksisfællesskabets medlemmer (og lukket ind i praksisfællesskabet), hvorimod studerende der er gode til at reflektere ikke bliver vist særlig respekt af praksisfællesskabets medlemmer (og har vanskeligere ved at blive lukket ind i praksisfællesskabet). Desuden talte de kliniske vejledere om, at sygeplejestuderende skal gøre sig fortjent til at få adgang til praksisfællesskabet, samt at uskrevne normer og regler i de forskellige praksisfællesskaber gør det svært for nyankomne (bl.a. sygeplejestuderende), at komme ind i psykiatrien.

Gennem ovenstående eksempler på de relationer, der kan opstå gennem de studerendes deltagelse eller ikke-deltagelse i den kliniske praksis, har vi belyst, hvordan relation og deltagelse kan få betydning for de læremuligheder de studerende bliver tilbudt og får mulighed for at tage.

I jo højere grad de studerende får mulighed for at være legitime perifere deltagere i praksisfællesskabet desto flere læremuligheder bliver de tilbudt, og i jo højere grad får de mulighed for at opdage og udnytte det kliniske uddannelsessteds læremuligheder. På den måde kan vi tale om, at de studerende kommer ind i en positiv lærings spiral. De bliver der i gennem givet mulighed en kvalificerende position i praksisfællesskabet. Omvendt: i jo mindre grad de studerende får mulighed for at være legitime perifere deltagere i praksisfællesskabet, desto færre læremuligheder bliver de tilbudt, og i jo mindre grad får de mulighed for at opdage og udnytte det kliniske uddannelsessteds læremuligheder. På den måde bliver de fastholdt i en marginal position i praksisfællesskabet.

## 5. Analyse af ansvar

Ansvar er et af de fire fremanalyserede temaer<sup>14</sup>, der går på tværs af de fire fremanalyserede hovedkategorier<sup>15</sup>. Begrebet ansvar kan forstås som *en forpligtigelse til at tage sig af nogen eller noget og tage skylden hvis noget går galt* (Politikens store nye nudansk ordbog 1997:68). Den forståelse kan uddybes ved hjælp af Løgstrups tænkning om begrebet ansvar (Løgstrup 1996). Ifølge Løgstrup bliver man *ansvarlig* af, at noget er én betroet og afhænger af én, så som at udføre et arbejde eller løse en opgave. Svinger man sit ansvar, bliver man skyldig i at arbejdet ikke bliver udført eller op-

<sup>14</sup> De fire temaer er: relation, ansvar, tryghed og tid, jvf. figur 1

<sup>15</sup> De fire hovedkategorier er: sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence, jvf. figur 1

gaven ikke løst. At ansvaret udgår fra, hvad der er blevet gjort afhængig af én, ytrer sig i vendinger som: 'ansvaret bæres', 'ansvaret lægges over på én', 'man påtager sig ansvaret', 'ansvaret overdrages én' eller 'man skubber ansvaret fra sig'. Vendingerne viser, at ansvar kan være en byrde, der lægges på et menneskes skuldre (Løgstrup 1996: 64-65).

I Løgstrups forståelse af ansvar kan de kliniske vejlederes funktion tolkes som at de 'har påtaget sig' og 'er blevet pålagt' et ansvar eller at vejledningen af sygeplejestuderende 'er blevet lagt over på dem'. Med dette ansvar kommer vejledningen af studerende mere eller mindre til at afhænge af de kliniske vejledere. I forhold til de kliniske vejledere og deres kollegaer i praksisfællesskabet<sup>16</sup>, kan dette relateres til de kliniske vejlederes ansvarsfølelse, samt til kollegaernes opfattelse af, at det er de kliniske vejledere, der skal tage sig af de studerendes uddannelsesforløb og læring. De kliniske vejledere har aftalt med deres ledere, at de 'påtager sig' funktionen, og dermed en form for ansvar for de studerendes læring på det kliniske uddannelsessted. Nedenstående citat er et eksempel på, en vejleders holdning til hvem, der har ansvar for at uddanne sygeplejestuderende:

*...men når der så er noget, der er problematisk, så synes jeg at jeg oplever, så synes de andre [kollegaerne], at jeg har et større ejerforhold i forhold til den her studerende, end hvad jeg egentlig har. Fordi så vil de [kollegaerne] gerne have, at jeg løser det og tager ansvaret (vejl. nr. 14 Ål s. 23).*

I forbindelse med ansvar taler Løgstrup tillige om *pligt*. Om forskellen på ansvar og pligt siger han, at hvad der er ens *pligt* kan være ret overskueligt og tydeligt. Hvad der er ens *ansvar*, og hvad det kan føre med sig, kan derimod være mere uvist. Pligter arbejder man sig færdig med. Ansvar arbejder man sig længere og længere ind i. Den ansvarlige bindes mere og mere (Løgstrup 1996:64-65).

Begreberne ansvar og pligt i Løgstrups forståelse kan relateres til de kliniske vejlederes *ansvar* for vejledningen af sygeplejestuderende, og dermed til deres *ansvar* for, at udnytte det kliniske uddannelsessteds læremuligheder, samt for deres kollegaers *pligt* til at deltage i vejledningen. Kollegaerne forventes nemlig også at tage del i uddannelsesopgaven, men deres opgaver kan mere opfattes som en *pligt* end et *ansvar*. De kliniske vejleders kollegaer i praksisfællesskabet skal tage sig af (relativt) veldefinerede og tydeligere opgaver. Opgaver der er til at overskue og gøre sig færdig med. Modsat arbejder de kliniske vejledere sig dybere og dybere ind i ansvaret for de studerendes læring på det kliniske uddannelsessted, et ansvar der kan være (relativt) uoverskueligt. Nogle af de kliniske vejlederes opgaver er veldefinerede, men der kan opstå uforudsete/ikke-på-forhånd-definerede ting med de studerende, som de kliniske vejledere lidt selvfølgelig tager sig af/føler ansvar for at handle på.

Forskellen på pligt- og ansvarsoplevelsen kan, i følge Løgstrup, være forskellig. I relation til klinisk uddannelse af sygeplejestuderende, kan forskellen på *ansvar* og *pligt* vise sig som forskellen på, hvilke opgaver de kliniske vejledere skal tage sig af (har *ansvar* for), og hvilke opgaver de øvrige ansatte i praksisfællesskabet skal varetage (har *pligt* til at påtage sig). Nogle kliniske vejledere oplever ansvaret for de sygeplejestuderendes kliniske uddannelse som ensomt (føler sig alene om opgaven). Det udtrykker en klinisk vejleder sådan:

*Ja, for man kan godt føle sig meget alene med mange af de ting, når man går der (vejl. nr. 14 Ål s. 30).*

Nogle kliniske vejledere giver dog også udtryk for, at deres kollegaer påtager sig *pligter* i forhold til at invitere sygeplejestuderende ind i praksisfællesskabet og uddanne dem, hvilket følgende citater vidner om:

---

<sup>16</sup> 'Kliniske vejledere og kollegaer i praksisfællesskabet' er én af de fire fremanalyserede hovedkategorier, jvf. figur 1

*Man kan sige, at den kultur, vi i hvert fald kommer med, der hvor jeg kommer fra - det er, at der er meget stor forståelse for de studerende. Og at det er en del af det, at være i hospitalsvæsenet. Det er også, at man har pligt til at uddanne de næste. Så der er meget stor forståelse, både blandt sygeplejekollegaer, men også blandt det tværfaglige. Så de [sygeplejestuderende] bliver inviteret med hele tiden (vejl. nr. 96 BA s. 12).*

*Vi har et fabelagtigt godt grundlag for at have studerende, ikke alene er hele gruppen meget åben og hjælpsom, altså alle ansatte tager de studerende under vingerne, når det skal være, til samtaler og er opmærksomme på, at i dag er der det der, og det kunne være givtigt for dig. Og det gælder også vores afdelingsleder. Det er muligt, at der kan selvfølgelig være situationer, hvor man er nødt til at sige fra, at man må kigge på, hvem er det mest vigtigt, hvem skal vi prioritere her (vejl. nr. 80 RH s. 5).*

Klinisk vejleder nummer 96 og klinisk vejleder nr. 80 oplever, at deres kollegaer tager medansvar for eller oplever en *pligtfølelse* i forhold til, at inddrage studerende i praksisfællesskabet, og dermed i det kliniske uddannelsessteds læremuligheder. Andre kliniske vejledere, som f.eks. nummer 28 og nummer 12, giver udtryk for, at kollagerne ikke tage ansvar for de studerendes læremuligheder, hvilket følgende citater siger illustrerer:

*Jo, det oplever jeg altså ofte, at personalet de ofte siger fra. Og deres bevæggrunde kender jeg jo ikke, men ind imellem kan man da godt have en fornemmelse af, at det er fordi, det er for besværligt at have den studerende med (vejl. nr. 28 RIC s. 13).*

*Min oplevelse det, at jeg synes faktisk, at vi er meget åbne på den måde, at det er altid, mine kollegaer, de giver altid udtryk for, at - jamen det er jo nogle søde piger, der er kommet og det er hyggeligt at have dem osv., men når det, den del at lukke dem ind i den enkeltes fællesskab, altså med den enkelte kollega og deres viden og delagtiggøre dem i det at tage dem med i nogle refleksioner, så oplever jeg, at de ikke kommer helt, - de får ikke lov at komme så tæt på. At der er en eller anden blufærdighed i forhold til at tage en med og delagtiggøre vedkommende i ens tanker og handlinger (vejl. nr. 12 Å1 s. 7).*

Wenger taler om, at et *fælles system af gensidig ansvarlighed* spiller en central rolle, bl.a. i forbindelse med hvad medlemmer af et praksisfællesskab er interesseret i eller ikke interesseret i, hvad de foretager sig og hvad de forsøger, undlader eller afviser at forstå (Wenger 2004:99). Selvom nogle aspekter af ansvarlighed kan tingsliggøres - regler, metoder, noter, mål - har de aspekter, der ikke kan det, lige så stor betydning. *Ansvarlighedssystemet* bliver en integreret del af praksis. Praksis omfatter i virkeligheden de måder, hvorpå deltagerne fortolker de tingsliggjorte ansvarlighedsaspekter og integrerer dem til levende deltagelsesformer. Evnen til at skelne mellem tingsliggjorte normer og kompetent engagement i praksis er et vigtigt aspekt ved det at blive et erfarent medlem af et praksisfællesskab (opnå fuldt medlemskab) (Wenger 2004:99-100).

Hvis det primært er de kliniske vejlederes ansvar, at vejlede de studerende i forhold til de læremuligheder der er på et klinisk uddannelsessted, kan det synes svært eller nærmest umuligt at overskue at udnytte alle læremulighederne, med det resultat, at nogle læremuligheder ikke bliver udnyttet.

Opsummerende viser analysen, at det er de kliniske vejlederes holdning, at det er deres *ansvar* at motivere og informere kollegaer i praksisfællesskabet om de studerende, og at "trække" de studerende ind i fællesskabet på det kliniske uddannelsessted. Derudover mener vejlederne, at de har ansvaret for de studerendes læremuligheder. Analysen viser også, at det er forskelligt, hvorvidt deres kollegaer i praksisfællesskabet påtager sig opgaver i forbindelse med at uddanne studerende. I relation hertil var en udbredt holdning, at kollegaerne i praksisfællesskabet skal have mulighed for at "sige fra" til vejlederopgaven.

## 6. Analyse af tryghed

Tryghed er et af de fire fremanalyserede temaer<sup>17</sup>, som går på tværs af de kliniske vejlederes fortællinger og dermed de fremanalyserede hovedkategorier<sup>18</sup>. Tryghed kan defineres som:

*En tilstand af beskyttelse og sikkerhed, en følelse af tillid som kommer af opfattelsen af, at der ikke foreligger nogen trussel. Man kan således opleve "falsk tryghed", hvis man ikke vover at se de trusler i øjnene, som rent faktisk findes.*

*I psykologien har begrebet tryghed spillet en vigtig rolle i udviklingspsykologien, hvor man har konstateret, at spædbørns oplevelse af tryghed er afgørende for deres psykiske sundhed og i den eksistentielle psykologi, hvor man betoner at tryghed i individets daglige tilværelse og selvbilleder er grundlaget for psykisk sundhed (Egidius 2001:589).*

Den amerikanske udviklingspsykolog Abraham Maslow skriver om tryghed:

*Mennesket har en række grundlæggende behov som skal tilfredsstilles, hvis ikke individet skal rammes af en mere eller mindre alvorlig mangeltilstand. Disse behov er i princippet hierarkisk ordnet på den måde, at de kropslige behov er de stærkeste og må først og fremmest tilgodeses. Når de er tilfredsstillede, gør behov for tryghed, samvær med andre, accept fra andre og god selvfølelse sig gældende i den nævnte orden.*

*Er alle disse behov tilfredsstillede kan der opstå yderligere et stærkt grundlæggende behov: behovet for "selvrealisering". Det er i sig selv et mangelmotiv, men som udvikles til en række vækstmotiver, det vil sige en række behov der gælder den personlige udvikling (Maslow i Egidius 2001:351).*

De kliniske vejleder fortæller, at de gør sig overvejelser om, hvordan de kan skabe en tryk ramme for de studerende under deres kliniske uddannelse. Vejlederne er samtidigt opmærksomme på, at trygheden er et væsentligt element for at kunne udvikle sig og lære. Gennem de følgende citater vi ses, hvordan de kliniske vejledere inddrager temaet tryghed, som et betydningsfuldt tema for at kunne tilrettelægge uddannelsesforløb, hvor de bevidst udelader eller inddrager forskellige læremuligheder. I de følgende udsagn beskæftiger vi os med temaet *tryghed i spændingsfeltet mellem de studerende og de kliniske vejledere* (én af de fire fremanalyserede hovedkategorier<sup>19</sup>).

*Jeg tænker også lidt, at det er så vigtigt med den tryghed, at de får den tryghed ellers kan de ikke rigtigt udfolde sig eller - og vise, hvad de kan af sygeplejehandlinger og så videre. Så det bruger vi da meget krudt på ovre ved os. At de fra starten får den tryghed ved måske tæt opfølgning eller i hvert fald tæt vejledning (vejl. nr. 23 BR s.14).*

*...at turde det, at være tilstede og føle sig tryk i det. Det er den eneste måde indlæring og udlæring kan komme på (vejl. nr. 100 GLB s. 2).*

Tveiten (2008) henviser til, at tryghed er grundlaget for, at man har mod på at reflektere og formulere egne behov. Vejlederne er opmærksomme på, at de studerende skal føle sig trykke for, at de kan være rigtigt tilstede og have mod på at dele deres oplevelser og overvejelser med dem. At ture dele oplevelser og overvejelser er af betydning for de studerendes læremuligheder. Nedenstående citat illustrerer det synspunkt:

*...jeg stopper med at skulle kæmpe for at skjule mine svagheder og slapper mere af. Og den studerende slapper faktisk også mere af. Fordi nu har jeg faktisk fortalt et eller andet om mig, der egentlig er sådan lidt sårbart eller hvad skal man sige. Så kan hun måske slappe lidt af. Det er i*

<sup>17</sup> De fire temaer er: relation, ansvar, tryghed og tid, jvf. figur 1

<sup>18</sup> De fire hovedkategorier er: sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence, jvf. figur 1

<sup>19</sup> De fire hovedkategorier er: sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence, jvf. figur 1

*hvert fald det, jeg erfarer, at de meget hurtigt begynder at åbne sig, og føler sig meget trygge i forhold til at fortælle mig alt muligt. Som gør at jeg kan finde ud af, hvor de er henne og kan komme til at støtte dem på den rigtige måde (vejl. nr. 97 BA s. 32- 33).*

I udsagnet er vejleder nummer 97 opmærksom på, hvordan hun gennem det at dele sin personlige sårbarhed giver den studerende mulighed for at lære hende at kende som person. Hun skaber derved rammerne for at den studerende kan udvikle tillid og tryghed til at turde dele sine oplevelser og refleksioner med hende. Den studerende gives derigennem mulighed for at blive set og hørt, som den hun er.

Illeris (2001) beskriver, hvordan forsvarsmekanismer i form af vores hverdagsbevidsthed kan medvirke til, at vi bliver afvisende overfor undervisning. Hverdagsbevidsthed er nok den forsvarsmekanisme, der i højest grad medvirker til, at der opnås anden læring end den tilsigtede. Det forudsætter høj grad af tryghed og motivation fra de studerendes side, for at nedbryde deres eget forsvar, idet forsvaret har til formål at beskytte deres opretholdelse af identitet og selvværd.

Den kliniske vejleder (vejl. nr. 97 i citatet ovenfor) får gennem den åbenhed der dannes mulighed for at justere den støtte og vejledning, hun giver den studerende. Det medfører, at den studerendes læremuligheder bliver så gode som muligt. Den kliniske vejleder har hermed et grundlag for bevidst at vælge hvilke læremuligheder, der er velegnede at udnytte i forhold til den specifikke studerende eller læresituation.

Nedenstående eksempler viser, hvordan tryghed giver de studerende gode/optimale muligheder for at lære:

*...fra at de er rimeligt passive, begynder at tage initiativ og kommer med forslag om, kunne jeg ikke lige gøre det, eller selv går ind i værkstedet og sætter noget i gang. At de tør mere komme på banen. Så synes jeg også, at man kan se, om de er blevet mere trygge og har lært noget. (vejl. nr. 100 GLB s. 14).*

*Men den der refleksion, den - jeg oplever, at når de så - så kommer de med en eller anden situation og når vi så sidder der, så roder det sig op. Så er det nemlig slet ikke den situation, så kommer det der virkelig ligger dem på sinde, og når vi har prøvet det og når de har været med nogle gange, og der bliver lidt tryghed i gruppen, osv., så kommer de selv i spil. Og så kommer deres magtesløshed, deres frygt, deres - ja hvad der nu måtte være, glæde, også over at have mestret en situation, kommer også frem. Og da synes jeg de vokser, når de får fat i de sider af sig selv og ser, hvad de kan bruge dem til (vejl. nr. 66 Sj s.13).*

De erfarne vejledere beskriver, hvordan de oplever, at kunne forbedre de studerendes muligheder for læring ved, at skabe trygge fælles refleksionsfora. De har fra starten fokus på at skabe rammer, hvor de studerende følges tæt, og derigennem får grundlagt en tryghed til vejlederen og de opgaver, de studerende skal udføre under den kliniske uddannelse i psykiatri (jvf. Tveiten 2008).

Når de kliniske vejledere lytter aktivt og demonstrer, at der er rum og rammer til at komme på banen med det, der ligger de studerende på sinde, er det sandsynligt, at de studerende udvikler følelsen af tryghed og tillid.

Studerende som bliver mødt af vejledere, der har planlagt den første dag, får følelsen af at blive mødt som betydningsfulde og derved er der skabt et grundlag for at tillid til vejlederen kan opstå. Når der er travlhed på de kliniske uddannelsessteder kan det virke enkelt for de kliniske vejledere at springe denne fase over, men for de studerende kan konsekvensen blive manglende tryghed og klarhed over, hvilke forventninger der er til dem. Det kan i sidste ende hindre hensigten med vejledning (jvf. Tveiten 2008).

Ovenstående citater (vejl. nr. 100 og vejl. nr. 66) viser, at vejlederne er bevidste om vigtigheden af, at de tager initiativ til at skabe tryghed i såvel relationen mellem sig selv og de studerende som i rammerne for vejledningen. Hvis den relevante tryghed ikke opstår eller opleves af de studerende, vil det set på baggrund af ovenstående, kunne have en negativ indflydelse på vejledningen og dermed på de studerendes læring og læremuligheder.

De kliniske vejledere har en funktion i forhold til at afklare og udnytte de læremuligheder der kan opstå i relation til patienterne. Af udsagnene fremgår det at temaet *tryghed* også indgår i spændingsfeltet mellem de kliniske vejledere og de psykiatriske patienter (én af de fire fremanalyserede hovedkategorier<sup>20</sup>).

De kliniske vejledere oplever sig som formidlere, der har til opgave at sikre de studerendes tryghed i arbejdet med patienterne. Det illustrerer nedenstående citater:

*Derudover synes jeg også, nu i de afdelinger hvor vi er ovre i retspsykiatrien, at det er vigtigt, at de føler sig trygge. Hvis de ikke føler sig trygge, så kan de ikke lære en pind. Så det er i hvert tilfælde også en meget vigtig detalje ovre hos os at de bliver gjort bekendt med alle vores sikkerhedsregler og hvor de skal gå hen, hvis der er optræk* (vejl. nr. 102 GLB s. 6).

På nogle psykiatriske uddannelsessteder gør særlige forholdsregler sig gældende. Kendskab til disse regler indgår således som væsentlige læringsmål, hvis de studerende skal opleve at blive trygge i afdelingen og i arbejdet med patienterne. F.eks. siger vejlederne:

*De [sygeplejestuderende] skal ikke sendes derud alene. Og de studerende skal ikke være alene med patienterne på nogen måde. Undtagen den uddelte patient som jeg har givet og været sammen med nogle gange. Og så derfra kan det godt være selvstændigt at være sammen med patienten, og jeg er 100% sikker på at patienten ikke slår den sygeplejestuderende og det er aldrig sket. Og de studerende føler sig trygge ved situationen* (vejl. nr. 83 BF s. 15).

*Og der har vi da heldigvis nogle kvikke studerende, som spørger om, hvorfor skal vi sidde herude, hvad er det - hvad skal vi bruge det til? Og i øvrigt så er vi også tit bange for patienterne, vi er utrygge ved at sidde herude alene og det bryder vi os faktisk ikke om* (vejl. nr. 28 RIC s. 6).

*Der er de med os på besøg, og hvis de udtrykker allerede fra dag et at de er utrygge ved psykiatrien, jamen så ser de primært, hvordan vi arbejder ved sådan et besøg og allerede meget tidligt så får vi en aftale både med den studerende og patienten, om at patienten kan måske få fem minutter sammen med den studerende, mens vi andre lige trækker os, men er til stede. Sådan så patienten får en chance for at fortælle den studerende et eller andet bestemt. Sådan så de opdager, når de sådan kommunikere direkte i løbet af sådan et afgrænset tidspunkt, er det måske ikke så farligt og der sidder jo alligevel en person i det samme rum* (vejl. nr. 24 BR s. 13-14).

Af ovennævnte citater fremgår det, at såvel de studerende som de kliniske vejledere er opmærksomme på, at tryghed er en væsentlig forudsætning for at kunne udnytte de læremuligheder, der er tilstede i en konkret situation. Der skal være klare læringsmål med opgaverne, men det kan være svært for de studerende at få øje på målene, når de er i situationer med patienterne, hvor de føler sig utrygge og bange.

Ovenstående citater er eksempler på, hvordan de kliniske vejledere gør, hvad de kan for at sikre, at de studerende føler sig trygge både ved de opgaver, de skal udføre og i forhold til patienterne. Det gør de ved, at de studerende først har fulgt dem (undervisningsstrategi "observer mig") og derved opnået tryghed ved opgaven, inden de selv skal løse den (undervisningsstrategi "øv dige, efter du

---

<sup>20</sup> De fire hovedkategorier er: sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence, jvf. figur 1

har observeret mig og imens jeg er til stede"). Samtidig viser citaterne at de kliniske vejledere gør hvad de kan, for at sikre, at både patienter og studerende er trygge ved situationen.

Når de studerende starter deres kliniske uddannelse i psykiatrien, har de kliniske vejledere en funktion i forhold til, at få de studerende integreret i det praksisfællesskab, der er på det kliniske uddannelsessted (består af de kliniske vejlederes kollegaer). De kliniske vejledere tillægger det betydning, at de studerende føler sig trygge i praksisfællesskabet for at kunne udnytte de eksisterende læremuligheder. Nedenstående typiske citater er udtryk for det synspunkt:

*... hvordan man modtager dem. At - og hvordan man opfører sig overfor dem. At det smitter af på deres engagement og deres, nærmest ligefrem deres faglighed. Altså det synes jeg det smitter af. Og man kan nærmest se det på deres kropssprog om de føler sig trygge og glade i afdelingen, og spørger den der nu sidder ved siden af eller hvad de nu gør. Eller om de sådan kun lige tør én selv. Jeg synes, at det smitter meget af (vejl. nr. 86 BF s. 9).*

*...jeg kan høre fra vores studerende at de siger, at når vi evaluerer deres praktikophold synes jeg meget, at jeg kan høre, at de har mødt - de føler sig meget trygge ved alt personalet i afdelingen. og folk er meget villige til at fortælle og give viden fra sig og tage dem med (vejl. nr. 32 BUC s. 5).*

*Men det er jo ved at gøre dem trygge i fællesskabet, først og fremmest og så kommer de jo på en naturlig måde også med ind i de der drøftelser, tror jeg. Det er i hvert fald en måde at få dem med (vejl. nr. 76 RH s. 7).*

De kliniske vejledere beskriver, hvordan de oplever, at det har betydning for de studerendes læring, at de føler sig velkomne og trygge i det praksisfællesskab, der eksisterer på det pågældende uddannelsessted.

Illeris (2001) fremhæver, at akkomodativ læring<sup>21</sup> forudsætter, at de studerende/lærende tør slippe det allerede kendte og eksisterende, hvilket kræver, at de oplever en tilstrækkelig tryghed i læringsmiljøet.

I nedenstående udsagn beskriver vejleder nummer 84, hvilken indflydelse hun ser, at det kan have på de studerendes læring, hvis de ikke føler sig trygge i praksisfællesskabet.

*Det er fordi jeg synes, at man kan mærke på dem hvis der er - og sådan tror jeg, at det er alle steder - hvis der er en vagt, hvor der måske er nogen, der ikke lige sådan, urg, jeg har haft studerende i de sidste ti år nu, gider ikke lige. Så kan man også mærke det på de studerende, for de bliver rådvilde, de ved ikke, hvor de skal gøre af sig selv (vejl. nr. 84 BF s. 5).*

De studerende har i praksisfællesskabet mulighed for at møde sygeplejersker, der kan blive positive rollemodeller. Ved at observere positive rollemodeller får de studerende mulighed for at udvikle deres egen stil og faglighed på (Andersen & Weber 2009).

Ovenstående udsagn viser, at der er forskel på den måde de studerende bliver integreret eller ikke integreret i praksisfællesskabet på. De studerende har, på nogle kliniske uddannelsessteder, sværere ved at føle sig trygge i praksisfællesskabet end andre steder. Det har betydning for de læremuligheder, som de kliniske vejledere har til rådighed og dermed kan udnytte i uddannelse af de sygeplejestuderende.

---

<sup>21</sup> Ved akkomodativ læring bliver allerede eksisterende kognitive strukturer ændret gennem nedbrydning og rekonstruktion. Tidligere tilegnede læringslementer bliver frigjort fra den oprindelige sammenhæng og kan derefter frit indgå i nye strukturer (Illeris 2001)



Kliniske vejledere beskriver i fokusgruppe interviewene, at de har forventninger til sig selv og deres vejlederfunktion i forhold til, at tilbyde de studerende et trygt læringsmiljø. Vejleder nummer 90 siger:

*Så tror jeg også, at noget af svaret på det, du spurgte om før, når jeg sidder og tænker mig lidt om, er det relationelle. Altså mere end pædagogiske teknikker eller andre teknikker. Det tror jeg også, kan være vigtigt. Men jeg tror, at det betyder mere for læringen, at jeg formår at - men det er jo også det du siger, at møde den studerende. Men at jeg tror, at læringen sker ved en god nok relation til mig. At det er genererende for, at den studerende tør udvikle sig fagligt og personligt (vejl. nr. 90, Hi s.19).*

Vejlederne oplever, at tryghed er et grundlæggende behov, som skal være opfyldt før de studerende kan udvikle sig på forskellige planer. Det kan forstås i lyset af den beskrivelse Maslow har af de menneskelige behov (jvf. ovenfor). Han siger, at efter opfyldelse af de grundlæggende kropslige behov, gør behovet for tryghed sig gældende som noget fundamentalt for, at vi som mennesker kan bygge videre på at tilfredsstille højere behov som f.eks. personlig udvikling (Maslow i Egidius 2001).

Tryghed hos de studerende er en forudsætning for at de kliniske vejledere kan udnytte de eksisterende læremuligheder, der er i praksis, i den kliniske uddannelse af sygeplejestuderende. Nedenfor er der nogle typiske citater, der drejer sig om, hvordan de kliniske vejledere skaber rammer for, at de studerende kan udvikle tryghed under den kliniske uddannelse i psykiatri:

*....og også, at vi ikke bagefter, hvis vi har haft en vejledning, som går ind omkring de der sårbarre, de der følsomme ting, går ud og siger til sine kollegaer, nu skal I bare høre, hvordan og hvorledes. At de [sygeplejestuderende] også tør tro på, at de ting, det er noget, der bliver blandt dem man har siddet og snakket med (vejl. nr. 19 BR s. 31).*

*Skabe den tryghed, der gør, at de [sygeplejestuderende] tør komme. Altså skabe rammerne for, at de tør også komme og sige, at sådan er jeg, og det her har jeg svært ved, og der her er jeg god til, så hvordan får vi det stykket sammen. Der tror jeg da, er det er noget af det der gør, at der er de egenskaber, man skal have [som vejleder] (vejl. nr. 5 RIA s.19).*

*Altså sådan så de [sygeplejestuderende] også ved, at i morgen eftermiddag der ved jeg, at kl. 14.00 så kan vi to sidde og snakke sammen. Så vil de også blive mere trygge ved at gøre nogle ting af sig selv, som vi kan snakke om bagefter. I stedet for - åh, nej, har hun [den kliniske vejleder] ikke snart tid til at snakke med mig, for jeg har alt muligt (vejl. nr. 104 GLB s. 17).*

Tveiten (2008) skriver, at det er vigtigt de kliniske vejledere skaber tillid og tryghed hos de studerende ved at lytte aktivt og benytte deres kommunikationsfærdigheder. På den måde skabes der mulighed for, at de studerende tør dele egne oplevelser og refleksioner med vejlederne.

At skabe rammer for at opbygge en tryk relation mellem sig selv og de studerende, ser de kliniske vejledere som en vigtig opgave, der er knyttet til deres funktion. At have kompetence til det, finder de væsentligt for at kunne skabe et godt læringsmiljø.

Opsummerende kan det siges, at de anvendte citater fra fokusgruppe interviewene med de kliniske vejledere viser, at vejlederne generelt er bevidste om betydningen af, at opbygge tryghed mellem de studerende og dem selv. Trygheden kan både medvirke til, at det er muligt at udnytte de potentielle læremuligheder konstruktivt, og få læremulighederne til at virke stimulerende for den studerendes læring og udvikling. Til at skabe trygheden, anvender de kliniske vejleder både faglige færdigheder, som forskellige kommunikative redskaber, og mere personlige egenskaber, som sårbarhed og medmenneskelighed. Gennem deres forståelse for den enkelte studerende, kan de kliniske vejledere medvirke til at skabe de trykke rammer, som giver den enkelte studerende mulighed for at

udvikle sig og blive udfordret på et passende niveau i sin læreproces. At have kompetence til det, beskriver de kliniske vejledere som væsentlig, når de skal udfylde deres funktion.

Det fremgår endvidere af citaterne fra interviewene med vejlederne, at de er opmærksomme på betydningen af, at tryghed indgår i spændingsfeltet mellem kollegaer i praksisfællesskabet og de studerende (to af de fremanalyserede hovedkategorier<sup>22</sup>). Oplever de studerende sig ikke trygge i praksisfællesskabet, vil det påvirke læringsmiljøet. Det vil igen virke tilbage på de kliniske vejlederes spændvidde for, at udnytte forskellige læremuligheder i forhold til de studerende.

## 7. Analyse af tid

På tværs af analysens hovedkategorier kategorier<sup>23</sup> har begrebet *tid* vist sig, at være et gennemgående tema<sup>24</sup>. Det viser sig i de kliniske vejleders oplevelse af deres egen funktion (forventninger til egne kompetencer), af deres samarbejde med kollegaer i praksisfællesskabet, af samarbejdet med de studerende og af samarbejdet med de psykiatriske patienter.

Begrebet *tid* kan forstås og opleves forskelligt ud fra de forskellige sammenhænge, hvori det indgår. På den baggrund definerer vi to forståelser af begrebet *tid* og kaster lys over, hvordan begrebet er indlejret i fortællingerne fra en særlig professionel praksis, i denne sammenhæng funktionen som klinisk vejleder i en psykiatrisk praksis.

I det følgende anvender vi Alheits to forskellige former for *tid* - 'hverdagstid' og 'livstid'. Alheit definerer begreberne på følgende vis:

*By 'everyday time' is meant the perspective for spontaneous action in the present that is required above all to accomplish routines of daily life. It is more liable to be cyclical in nature. 'Life time', in contrast, activates a more distant horizon and stands for the 'sequentialization' of separate actions and experiences, for subjective 'continuity' and 'coherence'. For this reason, it is more likely to be organized according to the principle of linearity (Alheit 1994:307).*

Med afsæt i Alheits definition af *tid* har vi valgt at arbejde ud fra følgende definition:

*Tid* forstås på to forskellige niveauer. 'Hverdagstid' - en cyklisk tid, hvor vi kan handle direkte og spontant, idet gøremålene er rutine for os. 'Livstid' - en lineær tidsforståelse, hvor vi må forholde os aktivt for at skabe sammenhæng i ikke-rutine situationer.

*Tid* må forstås i form af forskellige niveauer og rammer, som alle er til stede i fortællingen om det at fungere i den professionelle praksis. 'Hverdagstid' og 'livstid' er strukturelt forskellige. I 'hverdagstid' kan vi handle direkte og spontant på situationer, idet gøremålet er rutine for os. Derimod kan vi ikke handle på baggrund af vores rutine i 'livstid'. Det betyder, at vi må forholde os aktivt for at skabe subjektivt kontinuitet og sammenhæng i ikke-rutine situationer, hvilket er mere krævende end at agere i 'hverdagstid'.

'Livstid' beskrives som det lange tidsperspektiv. Det kobler fortidens erfaringer sammen med nutiden og giver samtidig linier ud i fremtiden. 'Hverdagstiden' er gentagelserne, der foregår i de daglige gøremål (Alheit 1994). I de følgende udsagn vil vi beskæftige os med temaet *tid* i spændingsfeltet mellem klinisk vejleder og praksisfællesskabet (én af de fire fremanalyserede er<sup>25</sup>).

<sup>22</sup> De fire hovedkategorier er: sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence, jvf. figur 1

<sup>23</sup> De fire hovedkategorier er: sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence, jvf. figur 1

<sup>24</sup> De fire temaer er: relation, ansvar, tryghed og tid, jvf. figur 1

<sup>25</sup> De fire hovedkategorier er: sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og de

*...og i det lys, også at det tit får karakter af at være sådan en ad-hoc opgave, selvom man er klinisk vejleder i afdelingen. Hvis man nu er eneste sygeplejerske eller man bare er to uddannede på arbejde, ja men så er det kerneydelsen, der har fokus. Og hvis man så er i uger, måneder, hvor det fortsætter, så er det, det pludselig begynder at blive lidt tærende og man sådan mister missionen for det her (vejl. nr. 84 BF s. 26).*

Vejleder nummer 84's oplevelse er, at de rutinemæssige opgaver i praksisfællesskabet bliver vægtet tidsmæssigt højest, og at de ikke-rutineprægede opgaver, ad hoc opgaverne (som f.eks. vejledning) bliver nedprioriteret. Det kan sætte hende og andre kliniske vejledere i et dilemma, da de udover at indgå i praksisfællesskabet skal varetage funktionen som vejleder for de studerende. For de kliniske vejledere er funktionerne, som ligger i vejlederopgaven 'hverdagstidsopgaver', som skal varetages ud fra de målsætninger og tilpasninger, der er i de individuelle studerendes uddannelsesforløb.

Af fokusgruppe interviewene fremgår det, at vejlederne har vidt forskellige tidsmæssige rammer for at løse opgaven som vejledere, hvilket fremgår af følgende to udsagn:

*Ja de andre må måske suse lidt mere rundt fordi jeg var nød til at tage mig af den studerende og sådan skal det også være. Der var virkelig modstand på det og voldsom irritation, at jeg tillod at have hende med, så måtte jeg jo sige, fordi det er det jeg tænker, at hvis jeg skulle trække mig tilbage og sige - jeg tager XX og dem nede fra skærmen [lukket sengeafsnit] og de to sygeplejestuderende, som også er der hele tiden, dem tager jeg lige hen og vi sætter os en time og får noget op, det ville simpelthen ikke lade sig gøre, så ville jeg blive slået ihjel. Så ville de sige, hvad fanden sker der på en time?(vejl. nr. 64, Sj s.16).*

*Jeg oplever meget respekt om det, at vi har studerende. Og at vi skal bruge noget mere tid på dem, fordi hvis vi ikke er her på arbejde, dem af os der har studerende på min afdeling, så er der nogle andre der skal tage sig af opgaverne, og det synes de ikke nødvendigvis er fedt, så jeg synes, altså det er jo en stor opgave, og der er jo mange der har det sådan, at de ikke synes, at det er så sjovt, at have studerende med, de stiller en masse spørgsmål og kan de [kollegaer i praksisfællesskabet] nu svare på dem og så videre. Så det stiller nogle krav til vejlederen. Så jeg synes, at jeg mærker, at hvis jeg skal gå fra til noget eller det tager længere tid at hælde medicin op så er der opbakning (vejl. nr. 77 RH s. 9).*

Vejleder nr. 64 beskriver i det første udsagn, hvordan uddannelse af studerende af kollegaer i praksisfællesskabet bliver betragtet som noget, der skal bruges så lidt tid på som muligt. Det giver vejlederen en særlig udfordring at indgå i praksisfællesskabet, hvor tid vægtes på én måde, og samtidig varetage funktionen som klinisk vejleder, uden at det tager tid fra hverdagens øvrige opgaver. Udsagnet belyser et dilemma de kliniske vejledere kan stå i, nemlig det, at de er opmærksomme på, at både uddannelsen af de studerende og udøvelse af sygepleje er en kerneydelse. Derimod betragter kollegaer i praksisfællesskaberne ofte udelukkende udøvelse af sygepleje som en kerneydelse.

I det andet udsagn, som vejleder nummer 77 kommer med, foretrækker kollegerne i praksisfællesskabet, at den kliniske vejleder bruger tid på uddannelse af sygeplejestuderende, da det ikke er en rutineopgave for dem, men de er bevidste om, at uddannelse er en kerneydelse. De (kollegaerne i praksisfællesskabet) foretrækker at løse de sygeplejefaglige opgaver (udøve sygepleje), som for dem er af mere rutinemæssig karakter end uddannelsesopgaven. Derfor kan de sygeplejefaglige opgaver set fra de kliniske vejlederes kollegaers perspektiv tidsmæssigt beskrives som opgaver, der foregår i 'cirkulær tid', og uddannelse som opgaver, der foregår i 'livstid', fordi det er en ikke-rutine opgave for dem. Heroverfor står de kliniske vejledere, hvis opgaver både er at udøve psykiatrisk

sygepleje og at uddanne sygeplejestuderende. Begge typer af opgaver kan for dem tidsmæssigt forstås som 'cirkulær tid', fordi begge typer af opgaver er rutine for dem.

At kollegaer i praksisfællesskabet forstår at både udøvelse af sygepleje og uddannelse af studerende er kerneydelser giver accept af fordelingen af tiden indenfor praksisfællesskabet. For de kliniske vejlederes kollegaer i praksisfællesskaberne er det at være sammen med de studerende ikke-rutine, og de oplever det belastende og tidkrævende, at skulle følges med de studerende og svare på deres spørgsmål. Kollegerne frasiger sig på den måde muligheden for at ændre ikke-rutine opgaver til rutine. De opnår dermed ikke den 'livtids'-erfaring det er, at udvide de faglige kompetencer på dette område. At se og udnytte læremuligheder bliver i disse forståelser af *tid* en sag som udelukkende påhviler de kliniske vejledere og de studerende.

Af de kliniske vejlederes udsagn om temaet *tid* i spændingsfeltet mellem de studerende og de kliniske vejledere (én af de fire hovedkategorier i forhold til den kvalitative indholdsanalyse<sup>26</sup>) har vi valgt følgende typiske citater:

*...og så bruger vi tid på refleksion også og reflektere sammen med den studerende så på den måde kommer vi rundt om de forskellige ting* (vejl. nr. 85 BF s. 12).

*Derfor prioritere jeg også rigtig meget, altså patientkontakten med rigtig meget vejledning i forhold til det, at have patientkontakten og rigtig meget tid til refleksion. For ellers tror jeg ikke, at de får det vendt til læring og forståelse for det. Altså så bliver der nogle oplevelser for dem, der er lidt sjove og underlige. Jamen, hvordan får de øje i sygeplejen i det?*(vejl. nr. 16 Ål s. 11).

*Og så er det jo ofte muligt for os, dag for dag at tale om, hvad er relevant, hvad har du[den sygeplejestuderende] forestillet dig at gå ind og spørge patienten om i dag, og hvilke ting har vi [kliniske vejledere] for vores del, vi synes der er vigtigt at få frem i dag, og samle op bagefter og ligesom gennemdrøfter, hvad kunne så være relevant at dokumentere fra dagvagten i dag. Det bruger vi meget tid på dagligdagen* (vejl. nr. 84 BF s. 12-13).

*...når der er travlt i afdelingen så sker det jo ofte, at de bliver overladt til sig selv. Desværre* (vejl. nr. 30 RIC s. 8).

*Altså vi snakker altid bagefter - efter en samtale. Hvis vi har været inde med en patient sammen med en studerende så snakker vi altid - og det gør de andre ad hoc vejledere også, hvad oplevede du, hvad så du, hvad var der med den patient, få det gennemdrøftet. Lige efter, hvis der er tid til det, for ellers kommer der mange nye situationer, så bliver det jo glemt. Så bliver det ikke taget op. Og det kan de godt lide, de studerende. At de så lige får nogle ord på med det samme, hvad var det egentlig for noget det her* (vejl. nr. 7 RIB s. 11).

På nogle kliniske uddannelsessteder er læringsmiljøet i større eller mindre grad ikke optimalt. Det kan der være forskellige årsager til. F.eks. mangel på faglige og økonomiske ressourcer og akutte kriser. Ifølge Andersen & Weber (2009), siger uddannelsesinstitutionerne (som f.eks. University Colleges) at nogle studerende efter et klinisk uddannelsesforløb med et u hensigtsmæssigt læringsmiljø, vælger at forlade faget. Omvendt argumenterer forskerne for, at studerende kan lære af erfaringer, de får på arbejdslivets betingelser. Det kan motivere de studerende til at fordre forbedringer på fagets og brugernes/patienternes vegne.

Vi har i det, de kliniske vejledere sagde under fokusgruppe interviewene ingen udsagn, som peger i retning af, at vejlederne finder mangel på *tid* til uddannelse/vejledning konstruktiv for de studendes læring. Derimod fremgår det af citaterne, at de kliniske vejledere er opmærksomme på at *tid* er

<sup>26</sup> De fire hovedkategorier er: sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence, jvf. figur 1

en faktor, der har betydning for i hvilken grad læremulighederne på det enkelte uddannelsessted kan udnyttes. Data fra interviewene viser på den ene side, at i 'hverdagstidens' travlhed bliver de studerende i nogen grad overladt til sig selv, og at læremulighederne derfor ikke bliver udnyttet optimalt. På den anden side oplever de kliniske vejledere, at det er givende for de studerendes læremuligheder, når der er mulighed for at bruge tid på før og eftervejledning. I sådanne situationer øges såvel de studerendes som de kliniske vejlederes fokus på både de udnyttede og de uudnyttede læremuligheder, hvilket i sidste ende giver de studerende mulighed for et øget læringsudbytte.

Ifølge Illeris består vores hverdagsliv af en lang række situationer, der hver har deres mening, men som vi oplever uden sammenhæng. Til hver af de forskellige situationer må vi placere os i forskellige roller for eksempel som lønarbejdere (Illeris 2001:84).

De kliniske vejledere, der deltog i interviewene, beskriver, hvordan deres 'cykliske tid' er delt mellem sygeplejefaglige opgaver i praksisfællesskabet og uddannelse af studerende. De oplever det som en udfordring, at skulle fungere både som psykiatrisk sygeplejerske og klinisk vejleder. Det illustrerer nedenstående typiske citater:

*Jeg prøver i mit arbejde at skabe lidt plads til at være klinisk vejleder og skabe noget tid til mig selv, sådan 5-10 min., hvor jeg kan sidde og tænke igennem, hvad er det, der er sket. Hvad skal vi fokusere på. Fordi jeg mener, at det at være klinisk vejleder, det tager tid (vejl. nr. 106 GLB s. 20).*

*...men jeg ville ønske, at jeg havde noget mere tid til at snakke alting igennem før og efter og under gøren ved hele tiden, men det har jeg altså ikke (vejl. nr. 84 BF s. 24).*

*...og så er der jo en oplagt læresituation, det er slet ikke nær det, men det er jo heller ikke altid, at man får grebet den, fordi det hele står ikke i pædagogikkens tegn hele tiden, der er også patienter, der skal passes og nogle gange bliver det en kort instruks, det er altså ikke OK, du må blive inde ved patienten og guide patienten igennem det her måltid. - nåh ja OK - så nogen [kollegaer i praksisfællesskabet] synes, at de har brug for rigtig meget støtte, vores studerende, for at komme igennem (vejl. nr. 66, Sj s.7).*

De kliniske vejledere beskriver også, hvordan de oplever, at de er i et spændingsfelt mellem de psykiatriske patienter og deres vejlederfunktion (én af de fire hovedkategorier i forhold til den kvalitative indholdsanalyse<sup>27</sup>).

De kliniske vejledere er professionelle (har en professionsuddannelse) og er samtidig underlagt vilkår, der gælder lønarbejdere ansat i sundhedsvæsenet. Indenfor sundhedsvæsenet skal de psykiatriske sygeplejersker sikre den bedst mulige kvalitet i deres ydelser. At være professionel og lønarbejder på én og samme tid kan indebære modstridende interesser at forvalte. Som professionel bliver det forventet af omgivelserne (f.eks. arbejdsgivere), at de kliniske vejledere arbejder fagligt forsvarligt, men samtidig skal de gøre det indenfor de økonomiske rammer, der er udstukket (Andersen & Weber 2009:59). Nedenstående citat er et eksempel på det dilemma, de kliniske vejledere kan stå i:

*Så står man lige pludselig der og er selv blevet vejleder og synes slet ikke, at man er klædt på teoretisk og skal gå rundt og være autodidakt, fordi der ikke er tid blandt de andre kolleger, til at man også bliver vejledt, man skal selv få opsøgt alt den viden teoretisk, plus man skal kunne have refleksioner og diskussioner med kollegerne og det er der ikke plads og rum til (vejl. nr. 75 RH s. 19).*

<sup>27</sup> De fire hovedkategorier er: sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence, jvf. figur 1

Andersen & Weber (2009:56) beskriver, hvordan den stadige konfrontation i menneskelige relationer (f.eks. sygeplejerskers relationelle arbejde med både studerende og patienter) - normale såvel som patologiske, glædelige såvel som sorgfulde - er opslidende i sig selv. Derfor argumenterer de for, at "professionelle menneskearbejdere" skal have tid, støtte og professional supervision. Man kan opfatte tid, støtte og supervision som en nødvendighed/betingelse for menneskearbejdets udførelse på lige fod med arbejdsmiljøbeskyttelse.

Oplysningerne om de kliniske vejlederes funktion og vilkår som de kom til udtryk under fokusgruppe interviewene viser, at vejlederne har meget forskellige betingelser for deres arbejde. Nogle sygeplejersker er udelukkende vejledere for sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistent-elever (udøver ikke direkte psykiatrisk sygepleje), mens andre sygeplejersker kun bruger en mindre del af deres arbejdstid på funktionen som klinisk vejleder. Det betyder, for sidstnævnte gruppe, at en del af deres arbejdstid bliver brugt til at udøve direkte psykiatriske sygepleje.

Sammenfattende viser analysen af *tid*, at vejlederne har behov for tid og rum til at udføre funktionen. *Tid* kan ses som en betydningsfuld betingelse, hvis der skal udvikles miljøer, hvor såvel sygeplejefaglig udvikling som pædagogiske opgaver er i fokus (kerneydelse), og hvis de kliniske vejledere skal have mulighed for at udnytte de læremuligheder, der eksisterer i de konkrete praksisser optimalt.

Den *tid*, som de kliniske vejledere omtaler i citaterne, er i overvejende grad 'hverdagstid', som er 'cyklisk tid', idet den bygger på rutinerne i hverdagsgøremålene. 'Livstids'-perspektivet, som er 'linær tid', kan ses, når de kliniske vejledere taler om, at have *tid* og rammer til at videreudvikle deres egen faglighed i dagligdagen.

De sygeplejestuderendes kliniske uddannelsesperioder er kortere afgrænsede tidsperioder i hele deres uddannelse til sygeplejerske. Deres kliniske uddannelsesperioder kan på den ene side ses i lyset af et 'hverdagstids'-perspektiv i form af de konkrete læremuligheder, der gives i hverdagens rutine opgaver, og som indgår i den kliniske uddannelse. På den anden side, står de studerende overfor 'livstids'-opgaver, når de bliver konfronteret med ikke-rutine opgaver. Den læring de opnår på baggrund af ikke-rutineopgaver medvirker til at øge deres erfaringer og dermed udvikle dem i et 'livstids'-perspektiv.

## 8. Begrænsninger ved undersøgelsen

*Teoretisk* har vi anvendt en bred vifte af teoretiske begreber til at definere de fire fremanalyserede hovedkategorier (sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og de kliniske vejlederes forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence) og de fire temaer (relation, ansvar, tryghed og tid). I den forbindelse kan undersøgelsen især kritiseres for at temaet *relation* i forhold til hovedkategorierne *sygeplejestuderende* og *psykiatriske patienter* er "tyndt". Det kunne med fordel foldes ud.

*Metodisk* har vi anvendt fokusgruppe interview med det formål til *afdække de kliniske vejlederes forståelse af og praksis omkring de læremuligheder, som de er bevidste om, og af forskellige grunde enten udnytter eller ikke udnytter i sygeplejestuderendes kliniske undervisning*. Vi har gennemført 13 fokusgruppe interview med 11 forskellige moderatorer og 11 forskellige observatører. Til fokusgruppe interviewene havde vi udarbejdet en manual og en interviewguide. Da vi har været så mange moderatorer og observatører, kan det ikke udelukkes, at det har påvirket både datas pålidelighed (re-

liabilitet<sup>28</sup>) i negativ retning, forstået på den måde, at de forskellige moderatører kan have lagt vægt på forskellige af interviewguidens spørgsmål, og dermed kan have været med til at farve det enkelte interview i en særlig retning. Samtidig skal det fremhæves, at når det drejer sig om kvalitativ forskning, der er karakteriseret ved gensidig involvering mellem forskningsdeltager og forsker, vil en anden forsker aldrig kunne reproducere data fuldstændigt. Forsker og forskningsdeltager påvirker hinanden, og er forskningsdeltageren først interviewet én gang, kan interviewet ikke gentages, da vedkommende med stor sandsynlighed er blevet påvirket ved første interview (Fog 1994).

De transskriberede data er analyseret via kvalitativ indholdsanalyse. Den er gennemført af seks uddannelsesansvarlige sygeplejersker og LK. Som det er fremgået tidligere i rapporten, har det enkelte gruppemedlem analyseret et eller flere fokusgruppe interview til og med sub-temaerne. Derefter har hele gruppen udviklet hovedkategorier og hovedtemaer (jvf. figur 1). Samtidig har gruppen samlet analyseret udvalgte meningsbærende citater og har i fællesskab fremanalyseret de fire temaer. Begge dele er med til at øge undersøgelsens pålidelighed i relation til analysen. Desuden vil det øge analysens pålidelighed yderligere, at vi på et kommende arbejdsseminar vil inddrage de kliniske vejledere i analyserne og i de foreløbige resultater af dem.

Intern validitet/troværdighed kan i kvalitativ forskning forstås som, at de fænomener og problemstillinger, en forsker har ønsket at belyse i et konkret projekt, bliver afspejlet i empirien og i analyse og tolkning af den (Kristiansen & Krogstrup 1999). I vores projekt kan der til en vis grad stilles spørgsmålstejn ved datas og i dataanalysernes troværdighed/interne validitet<sup>29</sup> (credibility/trustworthiness/intern validity) forstået på den måde, at vi til en vis grad har "målt" noget andet, end det vi ønskede at gøre. Formålet med fokusgruppe interviewene var at *afdække de kliniske vejlederes forståelse af og praksis omkring de læremuligheder, som de er bevidste om, og af forskellige grunde enten udnytter eller ikke udnytter i sygeplejestuderendes kliniske undervisning*. Det har vi delvist fået svar på, men derudover har vi fået mange oplysninger om, hvad de kliniske vejledere mener psykiatrisk sygepleje er, og om deres forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglige kompetence. Det var ikke det, forskningsspørgsmålene drejede sig om. At det er gået sådan, kan måske skyldes, at vi, da vi udviklede interviewguiden ikke i tilstrækkelig grad var opmærksomme på formålet med interviewene. Derfor kan vi utilsigtet være kommet til at formulere relativt mange spørgsmål om psykiatrisk sygepleje (se bilag 1).

*Empirisk* fik vi via de 13 fokusgruppe interview med de 71 kliniske vejledere et fyldigt og detaljeret datamateriale. Under den kvalitative indholdsanalyse af data, nåede vi datamætning omkring 10. interview. Datamætning består i, at forskeren genererer data, indtil der ikke kommer nyt, indtil der ikke viser sig flere kategorier i empirien, og at nå dertil er med til at sikre forskningens troværdighed (Cutcliffe & McKenna 2002:614).

## 9. Konklusion

Formålet med denne delundersøgelse i forskningsprojektet *Udvikling af læringsmiljø i psykiatrien* var at afdække kliniske vejlederes forståelse af og praksis omkring de læremuligheder, som de er bevidste om, og af forskellige grunde enten udnytter eller ikke udnytter i sygeplejestuderendes kliniske undervisning.

<sup>28</sup> "Dependability/reliability of qualitative data refers to the stability of data over time and over conditions. This is similar conceptually to the stability and equivalence aspects of reliability assessments in quantitative studies" (Polit & Beck 2004:434)

<sup>29</sup> "Validity in qualitative research has to do with description and explanation and whether or not the explanation fits the description" (Janesick 2000:393)

Analyse af data har vidst, at de kliniske vejledere bevæger sig i et spændingsfelt mellem sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet, psykiatriske patienter og forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence (analysestrategiens hovedkategorier).

Det første spørgsmål i fokusgruppe interviewet (se bilag, 1 spørgsmål 1) har givet os indsigt i, hvordan de kliniske vejledere selv opfatter indholdet, konteksten og kernen i det, som de sygeplejestuderende kommer for at lære, mens de er i klinisk uddannelse i psykiatrien. Det omhandler psykiatrisk sygepleje samt de særlige faglige og personlige kompetencer, som de kliniske vejledere mener, at psykiatriske sygeplejersker skal have for at udøve god kvalitet i patientplejen.

Desuden viser analysen af fokusgruppe interviewene, at der er fire faktorer (temaer i forhold til analysestrategien: kvalitative indholdsanalyse), der påvirker de kliniske vejlederes forhold til sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet og psykiatriske patienter. De fire faktorer er: relation, ansvar, tryghed og tid. Hvordan de kliniske vejlederes forhold er til de tre typer af aktører i deres nære spændingsfelt har betydning for i hvilken grad de har mulighed for at se og udnytte de læremuligheder, der er på deres arbejdsplads, i uddannelse af de sygeplejestuderende.

Konklusionen her er bygget op, så den i videst muligt omfang søger at besvare spørgsmålet om de kliniske vejlederes forståelse af og praksis omkring de læremuligheder, som de er bevidste om, og af forskellige grunde enten udnytter eller ikke udnytter i sygeplejestuderendes kliniske undervisning. Desuden er den bygget op i forhold til de fire temaer den kvalitative indholdsanalyse af-dækkede: de kliniske vejlederes relation, ansvar, tryghed og tid i forhold sygeplejestuderende, kollegaer i praksisfællesskabet og de psykiatriske patienter.



Skema 3: Eksempler på potentielle læremuligheder<sup>30</sup>

Vejleder nummer	Der ligger læremuligheder for sygeplejestuderende i
vejl. nr. 28 RIC s. 6	at sidde i miljøet/dagligstuen
vejl. nr. 24 BR s. 13-14	at være på besøg hos en patient og tale med patienten
vejl. nr. 31 RIC s. 15	at de kliniske giver de studerende en forklaring på, hvad grunden er til at de får tildelt eller ikke-tildelt en bestemt patient
vejl. nr. 8 RIB s. 8	at få tildelt patienter med en for afdelingen typisk diagnose
vejl. nr. 12 ÅI s. 16	at de kliniske vejledere, før de studerende starter med deres kliniske uddannelse i psykiatri, har tildelt de studerende en patient at være medkontaktperson for
vejl. nr. 92 Hi s. 18 vejl. nr. 93 Hi s. 19	at de kliniske vejledere hjælper de studerende til at se/blive opmærksomme på alt det de allerede kan og har viden om, når de starter i psykiatrien
vejl. nr. 102 GLB s. 7-8	at de kliniske vejledere, i starten af deres kliniske uddannelse, tager dem med til alt, så får de et grundlag, de kan bygge ovenpå
vejl. nr. 5 RIA s. 12	at de kliniske vejledere møder de studerende på både det faglige og det personlige plan
vejl. nr. 78 RH s. 7-8	at de kliniske vejledere sætter trygge rammer op, og stiller op, når de studerende har behov for hjælp og vejledning
vejl. nr. 78 RH s. 7-8	at give de studerende ansvar under vejledning
vejl. nr. 7 RIB s. 12	at de kliniske vejledere hjælper studerende med at udvikle overblik over deres opgaver ved hjælp af inddeling i temaer
vejl. nr. 84 BF s. 12-13	de kliniske vejledere giver dem før og eftervejledning
vejl. nr. 24 BR s. 13	at de kan øve afgrænsede opgaver i tæt kontakt med de kliniske vejledere
vejl. nr. 11 ÅI s. 14	at de kliniske vejledere skaber trygge rammer, der kan afdække de studerendes eventuelle blokeringer for læring
vejl. nr. 93 Hi s. 21	at bruge sig selv og udvikle deres egne individuelle tilgange til faget
vejl. nr. 87 BF s. 21	at lave fejl og stille dumme spørgsmål
vejl. nr. 3 RIA s. 17	at erkende at man ikke ved alt, men at man kan undersøge det
vejl. nr. 61 Sj s. 10	at de kliniske vejledere og de sygeplejestuderende aftaler roller og eventuelt rolleskift når de er sammen med en patient
vejl. nr. 17 ÅI s. 13	uformel vejledning
vejl. nr. 102 GLB s. 6-7	at bruge alle deres sanser: at se signaler og kropssprog og høre hvad der bliver sagt
vejl. nr. 73 GLA s. 10-11	at øve det instrumentelle
vejl. nr. 73 GLA s. 10-11	at træne en koordinerende funktion
vejl. nr. 73 GLA s. 10-11	at se hvordan de kliniske vejledere opfører sig i uvante situationer
vejl. nr. 1 RIA s. 21	at blive tvunget til at reflektere
vejl. nr. 1 RIA s. 21	at læse bøger
vejl. nr. 1 RIA s. 21	at de kliniske vejledere tager de studerende i hånden og viser dem, hvad de skal se og hvad de skal lære, for at give dem anvendelige værktøjer med sig
vejl. nr. 88 Hi s. 7	at være til stede i praksisfællesskabet, så man som studerende er med til at planlægge
vejl. nr. 16 ÅI s. 11	patientkontakt sammen med de kliniske vejledere. Patientkontakt som efterfølgende gennem refleksion kan blive til læring og øget forståelse
vejl. nr. 66 Sj s. 10	både planlagt og spontan refleksion
vejl. nr. 97 BA s. 22	at tage stilling til, hvad man som studerende har brug for, for at få noget ud af sine dage i afdelingen
vejl. nr. 102 GLB s. 9-10	at lave læringskontrakter om specielle opgaver, de studerende skal udføre
vejl. nr. 102 GLB s. 9-10	i at have et fokusområde af gangen
vejl. nr. 9 RIB s. 7	at få afdelingens struktur ind på ryggen
vejl. nr. 9 RIB s. 7	at kende teori og at kunne vælge den teori, der er relevant i en givet praksis situation
vejl. nr. 73 GLA s. 7	både at se de kliniske vejledere udføre sygepleje, og efterfølgende høre hvilke tanker vejlederne havde bag plejen
vejl. nr. 86 BF s. 14	kunne bruge de kliniske vejledere som rollemodeller
vejl. nr. 28 RIC s. 8	at de studerende deltager i afdelingernes kliniske praksis lige fra starten af deres kliniske uddannelsesperiode
vejl. nr. 20 BR s. 12	selv at stå med opgaver i hænderne
vejl. nr. 7 RIB s. 16	at blive skubbet ud i nogle situationer
vejl. nr. 84 BF s. 4	at blive inddraget i arbejdet af det tværfaglige personale
vejl. nr. 17 ÅI s. 8	hvis de selv er aktive
vejl. nr. 96 BA s. 13	hvis de kliniske vejledere kan motivere kollegaerne i praksisfællesskabet til at synes, at det er sjovt at have studerende i afdelingen
vejl. nr. 28 RIC s. 10	hvis de viser, at de har håndslag
vejl. nr. 91 Hi s. 8	hvis de er socialt gode til at indgå i et fællesskab

De kliniske vejledere er underlagt rammer og vilkår, der påvirker de læremuligheder, de kan udnytte i deres praksis. Det er rammer og vilkår, der drejer sig om relation, ansvar, tryghed, og tid (tema-

<sup>30</sup> Eksemplerne på potentielle læremuligheder er taget fra de citater, der indgår i rapporten, og er dermed kun et udpluk af de læremuligheder, de kliniske vejledere kom ind på under fokusgruppe interviewene

er i forhold til den kvalitative indholdsanalyse) i forhold til studerende, kollegaer i praksisfællesskabet og de psykiatriske patienter (hovedkategorier i forhold til den kvalitative indholdsanalyse). Rammerne og vilkårene de kliniske vejledere er underlagt, er på den måde med til at fastlægge det råderum de har, for at udnytte de læremuligheder, der er i deres praksis. I skema 3 ses nogle af de læremuligheder, som de kliniske vejledere talte om under fokusgruppe interviewene. Vi har valgt at tage skema 3 med, fordi læremuligheder er en relativ størrelse, forstået på den måde at læremuligheder, der udnyttes på et klinisk uddannelsessted, måske ikke bliver udnyttet på et andet klinisk uddannelsessted. Derfor kan de kliniske vejledere give hinanden gode ideer i forhold til at udnytte eksisterende læremuligheder, de måske ikke selv er opmærksomme på.

## 9.1 Læremuligheder og relation

I kapitel 4 *Analyse af relation*, nåede vi frem til, at det er nødvendigt, at der opnås en relation mellem kollegaerne i praksisfællesskabet og de sygeplejestuderende, for at kunne udnytte det kliniske uddannelsessteds læremuligheder optimalt. I den forbindelse talte vejlederne om, hvad der skal til for at de studerende bliver lukket ind i praksisfællesskabet, hvilket de mener er nødvendigt, for at optimere de studerendes læring og udnytte læremulighederne bedste muligt. F.eks. var der udbredt enighed om, at studerende med praksis håndlag blev vist respekt af praksisfællesskabets medlemmer (og lukket ind i praksisfællesskabet), hvorimod studerende der er gode til at reflektere ikke bliver vist særlig respekt af praksisfællesskabets medlemmer (og har vanskeligere ved at blive lukket ind i praksisfællesskabet). Desuden talte de kliniske vejledere om, at sygeplejestuderende skal gøre sig fortjent til at få adgang til praksisfællesskabet, samt at uskrevne normer-og-regler i de forskellige praksisfællesskaber gør det svært for nyankomne (bl.a. sygeplejestuderende), at komme ind i psykiatrien.

Gennem empiriske eksempler viste vi, hvordan de relationer der opstår gennem de studerendes deltagelse eller ikke-deltagelse i den kliniske praksis kan få betydning for de læremuligheder de studerende bliver tilbudt og får mulighed for at tage. I jo højere grad de studerende får mulighed for at være legitime perifere deltagere i praksisfællesskabet, desto flere læremuligheder bliver de tilbudt, og i jo højere grad får de mulighed for at opdage og udnytte det kliniske uddannelsessteds læremuligheder. På den måde kan vi tale om, at de studerende kommer ind i en positiv læringsspiral. De bliver der i gennem givet mulighed en kvalificerende position i praksisfællesskabet. Omvendt: i jo mindre grad de studerende får mulighed for at være legitime perifere deltagere i praksisfællesskabet, desto færre læremuligheder risikere de at blive tilbudt, og i jo mindre grad får de mulighed for at opdage og udnytte det kliniske uddannelsessteds læremuligheder. På den måde kan de blive fastholdt i en marginal position i praksisfællesskabet.

## 9.2 Læremuligheder og ansvar

I kapitel 5 *Analyse af ansvar* nåede vi frem til, at hvis det primært er de kliniske vejlederes ansvar, at vejlede de studerende i forhold til de læremuligheder, der er på et klinisk uddannelsessted, kan det synes svært eller nærmest umuligt at overskue at udnytte alle læremulighederne, med det resultat, at nogle læremuligheder ikke bliver udnyttet.

Desuden viser analysen, at det er de kliniske vejlederes holdning, at det er deres ansvar at motivere og informere kollegaer i praksisfællesskabet om de studerende, og at "trække" de studerende ind i fællesskabet på det kliniske uddannelsessted. Derudover mener de kliniske vejledere, at de har ansvaret for de studerendes læremuligheder. Analysen viser også, at det er forskelligt, hvorvidt deres kollegaer i praksisfællesskabet påtager sig opgaver i forbindelse med at uddanne studerende. I

relation hertil var en udbredt holdning, at kollegaerne i praksisfællesskabet skal have mulighed for at "sige fra" til vejlederopgaven.

### 9.3 Læremuligheder og tryghed

I kapitel 6 *Analyse af tryghed* viste analysen, at de kliniske vejledere generelt er bevidste om betydningen af, at opbygge tryghed mellem de studerende og dem selv. Trygheden kan både medvirke til, at det er muligt at udnytte de potentielle læremuligheder konstruktivt, og få læremulighederne til at virke stimulerende for de studerendes læring og udvikling. Til at skabe trygheden, anvender de kliniske vejledere både faglige færdigheder, som forskellige kommunikative redskaber, og mere personlige egenskaber, som sårbarhed og medmenneskelighed. Gennem deres forståelse for den enkelte studerende, kan de kliniske vejledere medvirke til at skabe de trygge rammer, som giver den enkelte studerende mulighed for at udvikle sig og blive udfordret på et passende niveau i sin læreproces. At have kompetence til det, beskriver de kliniske vejledere som væsentlig, når de skal udfylde deres funktion.

Det fremgår endvidere af analysen, at de kliniske vejledere er opmærksomme på betydningen af, at tryghed indgår i spændingsfeltet mellem kollegaer i praksisfællesskabet og de studerende (to af de fremanalyserede hovedkategorier). Oplever de studerende sig ikke trygge i praksisfællesskabet, vil det påvirke læringsmiljøet. Det vil igen virke tilbage på de kliniske vejlederes spændvidde for, at udnytte forskellige læremuligheder i forhold til de studerende.

### 9.4 Læremuligheder og tid

*Tid* kan forstås som enten cyklisk eller lineær. 'Hverdagstid' er cyklisk og 'livstid' er lineær (Alheit 1994). At *tid* kan forstås på den måde hænger sammen med, hvordan læremuligheder kan ses.

Den *tid* som de kliniske vejledere talte om under interviewene, var i overvejende grad 'hverdagstid', som er 'cyklisk tid', idet den bygger på rutinerne i hverdagsgøremålene. 'Livstids'-perspektivet, som er 'lineær tid', ses der hvor de kliniske vejledere talte om, at have tid og rammer til at videreudvikle deres egen faglighed i dagligdagen.

De sygeplejestuderendes kliniske uddannelsesperioder er kortere afgrænsede tidsperioder i hele deres uddannelse til sygeplejerske. Deres kliniske uddannelsesperioder kan *på den ene side* ses i lyset af et 'hverdagstids'-perspektiv i form af de konkrete læremuligheder, der gives i hverdagens rutine opgaver, og som indgår i den kliniske uddannelse. *På den anden side*, står de studerende overfor 'livstids'-opgaver, når de bliver konfronteret med ikke-rutine opgaver. Den læring de opnår på baggrund af ikke-rutineopgaver medvirker til at øge deres erfaringer og dermed udvikle dem i et 'livstids'-perspektiv.

### 9.5 Muligheder og begrænsninger for at udnytte læremuligheder

Som vi har set, er de kliniske vejledere ansat på forskellige vilkår. Nogle er udelukkende ansat som vejledere, andre er ansat til både at udøve psykiatrisk sygepleje og at være kliniske vejledere. Det forhold har betydning for, i hvilken grad de kliniske vejledere har mulighed for at udnytte læremulighederne i deres praksis. Analysen tyder på, at i de tilfælde, hvor de kliniske vejledere er en del af praksisfællesskabet, har de bedre mulighed for at udnytte de eksisterende læremuligheder, end de kliniske vejledere, der er vejledere 100 % af deres arbejdstid og måske ikke fuldt medlem af praksisfællesskabet. I den forbindelse talte flere vejledere om, at de føler sig alene om at uddanne sygeplejestuderende, og ikke oplever sig som fuldt medlem af praksisfællesskabet. Det forhold gælder i nogle tilfælde for begge typer af vejledere

Analysen viser også, at det har betydning for udnyttelse af læremulighederne, i hvilken grad vejledernes kollegaer i praksisfællesskabet opfatter uddannelse af sygeplejestuderende som en kerneydelse. Gør de ikke det, er det vanskeligt for de kliniske vejledere at udnytte læremulighederne, fordi de så skal "stjæle sig" tid til at vejlede. I den sammenhæng har det også betydning i hvilken grad de kliniske vejledere er alene om *ansvaret* med at uddanne sygeplejestuderende, og i hvilken grad deres kollegaer i praksisfællesskabet påtager sig *pligter* i forbindelse med at uddanne de studerende. I de tilfælde, hvor de kliniske vejlederes kollegaer påtager sig pligter i forhold til at uddanne sygeplejestuderende, ser det ud til at læremulighederne på det kliniske uddannelsessted bliver udnyttet mere optimalt, end på de uddannelsessteder, hvor de kliniske vejledere er alene om *ansvaret*. Det skyldes bl.a. at de kliniske vejledere ikke har mulighed for selv at se og udnytte alle læremulighederne i uddannelse af de sygeplejestuderende.

Derudover viser analysen *på den ene side*, at mange kliniske vejledere har den viden og kompetence (pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig) der skal til for at kunne udøve god psykiatrisk sygepleje, og dermed være rollemodeller for sygeplejestuderende. Det er en læremulighed for de studerende, at have adgang til gode rollemodeller. *På den anden side* viser analysen ikke entydigt om de kliniske vejledere er gode rollemodeller, fordi de i fokusgruppe interviewene kun i mindre grad talte om, hvordan de udnytter det at være rollemodel for sygeplejestuderende som læremulighed. Det var forskelligt i hvilken grad, de kom ind på, hvad de reelt gør for at udnytte sig selv som rollemodel i uddannelse af de sygeplejestuderende.

Endvidere viser analysen, at der kan ligge et udviklingspotentiale i, hvordan de kliniske vejledere forstår sig selv. Forstår de primært sig selv som professionelle undervisere/vejledere eller som psykiatriske sygeplejersker? Noget tyder på, at i jo højere grad de kliniske vejledere opfatter sig selv som professionelle undervisere/vejledere desto bedre er de til at se og udnytte læremulighederne i deres praksis.

Endelig viser analysen at de kliniske vejledere har store forventninger til egen pædagogisk og psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence. I nogle tilfælde har de lige så store forventninger til de sygeplejestuderende hvad angår psykiatrisk sygeplejefaglig kompetence, som de har til sig selv. Sagt med lidt andre ord viser analysen, at nogle kliniske vejledere stiller de sammen sygeplejemæssige krav til novicer (sygeplejestuderende), som de gør til en kompetent sygeplejerske eller til en ekspert-sygeplejerske (sig selv) (jvf. bilag 3). De følgende delundersøgelser (analyse af de kliniske vejlederes logbøger og deres observation af hinandens praksis) vil sandsynligvis kaste lys over, i hvilken udstrækning vejlederne lever op til deres egne forventninger og til de officielle krav, der stilles til dem som vejledere for studerende på en professionsbacheloruddannelse, herunder i hvilken grad de ser og udnytter de læremuligheder, der er i deres praksis.

## 10. Referencer

- Alheit, P. (1994). *Everyday Time and Life Time. On the problems of healing contradictory experiences of time. I: Time & Society, vol. 3 (3)*. London: Sage
- Andersen, R. & Weber, K. (2009). *Profession og praktik*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag, Gylling
- Benner, P. (2004). *Fra novice til ekspert. Mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard
- Benner, P. & Wrubel, J. (2003). *Omsorgens betydning i sygeplejen - stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard
- Brøbecker, H. & Mulbjerg, U. (2005). *Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelserne*. København: Munksgaard
- Callogan, P. & Crawford, P. (2009) I: *Buus N. (red.) (2009) Psykiatrisk sygepleje*. København: Dansk Sygeplejeråd Nyt Nordisk Forlag
- Chinn P.L. & Kramer M.K. (2005). *Udvikling af kundskaber i sygeplejen*. København: Akademisk Forlag
- Cutcliffe, J. R. & McKenna, H. P. (2002). When do we know that we know? Considering the truth of research findings and the craft of qualitative research. I: *International Journal of Nursing Studies 39:611-618*. Elsevier Science Ltd.
- Egidius, H. (2001). *Nyt psykologisk leksikon*. København: Hans Reitzels Forlag
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag
- Graneheim, U.M. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. I: *Nurse Education Today 24:105-112*
- Hummelvoll, J. K. (2006). *Helt ikke stykkevis og delt psykiatrisk sygepleje og psykisk sundhed*. København: Hans Reitzels Forlag
- Illeris, K. (2001). *Læring - aktuel læringsteori i praksisfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag, Gylling
- Janesick, V. J. (2000). The Choreography of Qualitative Research Design: Minuets, Improvisations, and Crystallization. I: *Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (red.). Handbook of Qualitative Research. Second edition*. Thousand Oaks - London - New Delhi: Sage Publications
- Kragelund, L. (2006). *Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje - En kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag
- Kragelund, L. (2007). *Kategoriseringsmodel for sygeplejestuderendes læreprocesser - et arbejdsredskab for studerende og deres kliniske vejledere*. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet & Psykiatrien region Sjælland
- Kragelund, L. m.fl. (2008). *Projektbeskrivelse for aktionsforskningsprojektet Udvikling af læringsmiljø i psykiatrien - læremuligheder, kompetenceudvikling & innovation*. København: Nationalt Center for Kompetenceudvikling
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H. K. (1999). *Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetodik*. København: Hans Reitzels Forlag
- Kruuse, E. (1996). *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag*. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situeret læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag
- Launsø, E., & Rieper, O. (1987). *Forskning om og med mennesker*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Løgstrup, K.E. (1996). *Etiske begreber og problemer*. København: Gyldendal
- McFarland, G.K. & Wasli, E. L. & Gerety E. K. (1992). *Nursing diagnosis and process in psychiatric mental health nursing*. Philadelphia, USA: J. B. Lippincott Company
- Politikens store nye nudansk ordbog (1997). København: Politikens Forlag
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods. 7th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Roelsgaard K. & Sørensen, S.W. (2005) I: *Brøbecker, H. & Mulbjerg, U. (red.) (2005). Klinisk Vejledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelser*. København: Munksgaard
- Schultz Jørgensen, P. (2006) I: *Illeris, K. (2006) Læring*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 9th edition*. St. Louis USA: The Mosby Company
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogik i sykepåleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Undervisnings- og Forskningsministeriet (1990). *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, Bkg nr. 143 af 2. marts 1990*. København: Undervisnings- og Forskningsministeriet
- Undervisningsministeriet (2001). *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, Bkg nr. 232 af 30. marts 2001*. København: Undervisningsministeriet
- Undervisningsministeriet (2002). *Bekendtgørelse om uddannelse af kliniske vejledere til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser, Bkg nr. 497 af 20/06/2002*. København: Undervisningsministeriet
- Undervisningsministeriet (2008). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, Bkg nr. 29 af 24/01/2008*. København: Undervisningsministeriet
- Wahlgren, Bjarne m.fl. (2002). *Refleksion og læring. Kompetenceudvikling i arbejdslivet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur
- Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber*. København: Hans Reitzels Forlag
- Winter, J. (1997). *Undersøgelsesmetodik og rapportskrivning. 2. udgave*. København: Munksgaard

## 11. Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Manual for og interviewguide til 1. fokusgruppe interview	s. 63
Bilag 2: Kragelund, L. (18.12.09). <i>Notat om kompetencebegrebet</i>	s. 66
Bilag 3: Hendriksen, U. (31.05.10). Sub-tema: <i>Krav og forventninger til studerende fra vejledere/personale</i>	s. 72
Bilag 4: Timmermann, A. (04.05.10). Noter i forhold til begreberne relation og ansvar, praksisfællesskab, legitim perifer deltagelse, det sagte og det usagte deltagelse og ikke-deltagelse	s. 74

# Bilag 1: Manual for og interviewguide til 1. fokusgruppe interview

## Manual for forberedelse, gennemførelse og afrunding af fokusgruppe interview

### Forberedelse af deltagerne

Informanterne får udleveret den skriftlige information, der uddybes ved en mundtlig information. Den mundtlige information kan foregå i gruppe eller individuelt, i et særskilt møde eller umiddelbart inden fokusgruppe interviewet. Det er væsentligt at komme omkring:

- hvad er et fokusgruppe interview
- hvordan deltager man i et fokusgruppe interview
- hvad er informanternes rolle (at gå i dialog med hinanden, samt at der ikke ønskes konsensus, da det er væsentligt at få så mange nuancer frem som muligt)
- hvad er moderators rolle (at understøtte interaktionen mellem deltagerne, f.eks. at give ordet til en informant, der ryster på hovedet/nikker)
- hvad er observatørens rolle (at notere og registrerer stemning og nonverbale udtryk ud fra nedenstående skema – dette skal afleveres som en fil på computer)

Tid (hvor mange minutter er det inde i interviewet)	Tema/nøgleord der drøftes	Hvem taler/agerer?	Hvilken reaktion/nonverbale udtryk kan observeres?	Interaktion, hvem taler med hvem?	Er der nogen der skiller sig ud ved enten at tale meget eller lidt?
---	---------------------------	--------------------	--	-----------------------------------	---

- gennemgang af den skriftlige information – herunder anonymitet
- gøre deltagerne opmærksom på at interviewet skal optages og at det på grund af optagelseskvaliteten er vigtigt at man taler en af gangen og ikke støjer unødigt med f.eks. papir og service

### Moderator og observatørs forberedelse

- bestille lokale
- sørge for forplejning (husk at noget mad og drikke er mere lydløst end andet på grund af kvaliteten af båndoptagelsen)
- indretning af lokalet (det er vigtigt at der er gjort noget ud af indretningen – opstilling af borde, blomster m.m.)
- test af at båndoptageren virker
- evt. lave navneskilte til deltagerne
- 

### Gennemførelse af interviewet

*der startes med at byde på en, efter tidspunktet passende, snack, samt uformel samvær*

- moderator forklarer, hvad der skal ske
- navneskilte udfyldes/udleveres
- moderator sidder som medlem af gruppen (moderator sidder i kredsen – gerne et rundt bord, så alle kan se hinanden. Det er vigtigt, at moderator respondere på en neutral måde. Desuden skal moderator sikre, at gruppen kommer omkring interviewguidens emner).
- observatøren har en let tilbagetrukket fysisk placering ved bordet
- der holdes 10 minutters pause ca. midtvejs i interviewet, hvor moderator og observatør taler sammen om hvorvidt der er noget specielt der skal indtænkes i den sidste del af interviewet
- den digitale voice recorder aktiveres til optagelse
- moderatør starter med at sige følgende på båndet:
  1. lokalisation
  2. navn på moderator
  3. navn på observatør
  4. antal informanter
- præsentationsrunde hvor alle deltagerne siger deres fulde navn og om de har klinisk vejlederuddannelse (for at få en stemmeprøve)
- moderator stiller åbningsspørgsmålet
- moderator stiller spørgsmål ud fra spørgeguiden (se denne)
- det er vigtigt at der er tid til de sidste spørgsmål i spørgeguiden, da der ofte kommer gode refleksioner frem her

### Afrunding af interviewet

- moderator afrunder og meddeler at interviewet er slut og indtaler på båndet hvor lang tid interviewet har varet i minutter
- båndoptageren slukkes

### Moderator og observatørs afrunding

- umiddelbart efter interviewet holder moderator og observatør et eftermøde, hvor de italesætter deres umiddelbare betragtninger om interviewet
- pointerne fra denne samtale indtales på båndet under overskriften ”eftermøde” så det er tydeligt for den der transskriberer, at der nu er tale om moderator og observatørs betragtninger

## SPØRGE- GUIDE TIL FOKUSGRUPPE INTERVIEW 1

**Formål:** At afdække kliniske vejleders forståelse af og praksis omkring alle de læringsmuligheder, som de er bevidste om og af forskellige grunde enten udnytter eller ikke udnytter i de studerendes kliniske undervisning

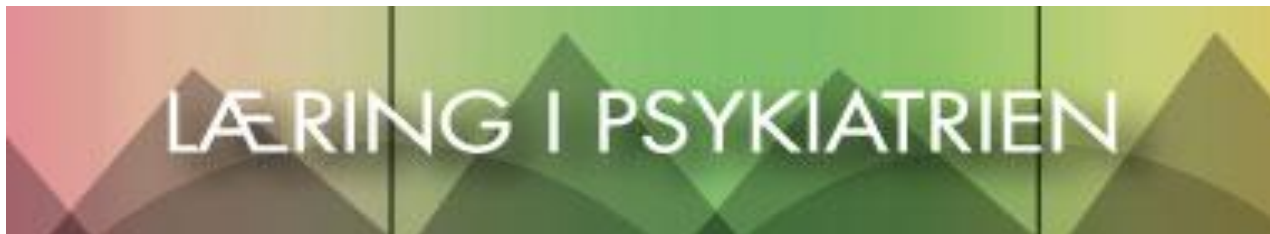
**Husk** - at det *ikke* drejer sig om at nå frem til enighed men at det netop er vigtigt at få en drøftelse med så mange nuancer på som muligt

	<b>Tema (over-og undertema)</b>	<b>Hovedspørgsmål</b>	<b>Under/hjælpspørgsmål</b>
<b>1</b>	<b>Åbningsspørgsmål – at blive psykiatrisk sygeplejerske</b>	Drøft hvornår mener I, at man er psykiatrisk sygeplejerske?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hvor lang tid tager det at blive psykiatrisk sygeplejerske</li> <li>➤ Hvilke kundskaber (forstået som: viden, færdigheder og holdninger) er det nødvendigt at have udviklet, for at blive psykiatrisk sygeplejerske</li> <li>➤ Hvilken betydning har uskrrevne normer og regler for den professionelle socialisering til rollen som sygeplejerske</li> </ul>
<b>2</b>	<b>Læringsmiljø for de studerende</b>  Undertema: Læring gennem deltagelse i praksisfællesskab/ fagligt fællesskab	Drøft hvilke uskrrevne normer og regler er der på jeres arbejdspladser? ( – i forhold til læringsmiljø og de studerendes inddragelse i det faglige fællesskab)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hvordan oplever I at holdningen er til de studerendes tilstedeværelse og uddannelse I jeres afsnit?</li> <li>➤ Hvordan oplever I at de studerende bliver inkluderet i de daglige opgaver og faglige drøftelser i afsnittet?</li> <li>➤ Hvordan bliver de studerende inviteret ind i fællesskabet af jeres kollegaer og af jer selv?</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Læringsituationer</b>	Drøft hvad I lægger vægt på at lære de studerende? (I forberedelsen, ved gennemførelsen, i efterbearbejdningen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hvad vægter I at de studerende lærer under den kliniske uddannelse i psykiatrisk sygepleje?</li> <li>➤ Hvad er grunden til at I prioriterer som I gør?</li> <li>➤ Hvilke situationer/ opgaver/patienter, mener I at de studerende kan lære af i jeres afsnit?</li> <li>➤ Hvilke situationer inddrager I de studerende i?</li> <li>➤ Hvorledes forbereder I de studerende på situationerne/opgaverne?</li> <li>➤ Hvad får jer til at inddrage de studerende i den pågældende situation/opgave?</li> <li>➤ Hvad får jer til at sætte de studerende i gang på den pågældende måde?</li> <li>➤ Hvilke patienter udvælger I til de studerende (=ud fra hvilke kriterier)?</li> <li>➤ Hvordan forbereder I de studerende på kontakten med patienterne?</li> <li>➤ Hvorfor vælger I at forberede den studerende som I gør?</li> <li>➤ Hvordan efterbearbejder (refleksion, samler op etc.) i situationen/opgaven med den studerende?</li> </ul> <p>Hvorfor vælger I at efterbearbejde med den studerende som I gør?</p>
<b>4</b>	<b>Ansvar for læring</b>	Drøft hvordan I bedømmer om de studerende har lært noget af situationen/opgaven/patienten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hvordan tackler I studerendes følelsesmæssige reaktioner, der er konsekvens af interaktion med patienter?</li> <li>➤ Hvordan forholder de studerende sig til læringsmulighederne?</li> </ul>



	<b>Tema (over-og undertema)</b>	<b>Hovedspørgsmål</b>	<b>Under/hjælpe spørgsmål</b>
			➤ Hvordan forholder vejlederen sig, hvis de studerende selv ser eller prioriterer andre læringsmuligheder, end vejlederen har foreslået /vist?
5	<b>Vejlederholdning</b>	Drøft hvad skal der til for at være en god klinisk vejleder?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Drøft hvilke kundskaber (forstået som: viden, færdigheder og holdninger) I mener det er nødvendigt at have udviklet for at være klinisk vejleder?</li> <li>➤ Hvad skal man kunne som vejleder?</li> <li>➤ Hvorfor er netop disse kundskaber vigtige (viden, færdigheder og holdninger) som I lige har sagt at man skal have udviklet som klinisk vejleder?</li> </ul>
6	<b>Udbytte</b> Hvad har deltageren fået af nye tanker gennem deltagelse i interview	Drøft hvilke tanker interviewet har sat i gang hos dig omkring læringsmiljøet og læringsmuligheder i dit afsnit?	➤ Er der nogen læringsmuligheder fra din praksis, som vi ikke har berørt i interviewet?
7	<b>Afrunding af interview</b>	Hvordan har det været at deltage i dagens interview?	

18.12.09



## **Notat om kompetencebegrebet**

**WORK IN PROGRESS**

**af**

**Linda Kragelund, adjunkt, ph.d.**

**Nationalt Center for Kompetenceudvikling**

I dette notat vil jeg fremanalysere, hvad der står i Bekendtgørelserne om uddannelse til (professionsbachelor) sygeplejerske fra 1990, 2001 og 2008 (BEK nr. 143, Undervisnings- og Forskningsministeriet 1990; BEK nr. 232, Undervisningsministeriet 2001; BEK nr. 29, Undervisningsministeriet 2008) samt, hvad der står i Bekendtgørelse om uddannelse af kliniske vejledere til de mellem-lange videregående sundhedsuddannelser (BEK nr. 497, Undervisningsministeriet 2002) om de kompetencer det forventes, at en sygeplejerske og en klinisk vejleder har.

Desuden vil jeg i lyset af Høyrup & Pedersens samt Ellströms forståelse af kompetence forsøge at nærme mig, hvordan vi i LIP-projektet kan forstå kompetence i bred betydning. Projektets datamateriale må så vise, hvilke typer af kompetencer de kliniske vejledere selv giver udtryk for, at de har behov for, for at være kliniske vejledere og se og udnytte de læremuligheder, der er på deres arbejdspladser.

### **Evne, kvalifikation og kompetence (i sygeplejerskeuddannelsen)**

Ordene/begreberne *evne*, *kvalifikation* og *kompetence* bliver brugt i flæng i bekendtgørelserne om sygeplejerskeuddannelsen fra 1990, 2001 og 2008 (BEK nr. 143, Undervisnings- og Forskningsministeriet 1990; BEK nr. 232, Undervisningsministeriet 2001; BEK nr. 29, Undervisningsministeriet 2008). At forsøge at skelne begreberne fra hinanden er en akademiske diskussion, og spørgsmålet er, hvor frugtbart det vil være at forsøge at gøre det i LIP-projektet?

I sygeplejerskeuddannelsen bliver ordet *kvalifikation* brugt i BEK fra 1990, i BKG fra 2001 bliver både *kvalifikation* og *kompetence* brugt, uden at der ligger nogle akademiske overvejelser bag<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Sundhedsstyrelsen autoriserer sygeplejersker og udtaler sig om sygeplejerskolernes uddannelses-/studieordninger, inden de bliver godkendt af Undervisningsministeriet. En repræsentant for Sundhedsstyrelsen var med til at udarbejde bekendtgørelsen fra 2001.

og i BEK fra 2008 bliver *evne*, *kvalifikation* og *kompetence* brugt (Undervisningsministeriet 2008, § 5, stk. 6 og Bilag 2).

I Den Danske Kvalifikationsramme<sup>32</sup> for livslang læring anvendes terminologien: *viden*, *færdighed* og *kompetence samt læringsudbytte* (Undervisningsministeriet m.fl. 2008) (terminologien indgår i bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen fra 2008 jvf. Bilag 1 i Undervisningsministeriet 2008).

I Den Danske Kvalifikationsramme bliver *kvalifikation* defineret som "...resultatet af en læreproces, der er beskrevet i et (eksamens)bevis eller certifikat, og som kan tildeles i medfør af en lov eller en bekendtgørelse i uddannelsessystemet" (Undervisningsministeriet m.fl. 2008:8).

*Læringsudbytte* bliver defineret som det en elev/studerende skal vide og kunne som resultat af en læreproces og beskrives i Den Danske Kvalifikationsramme ved den viden, de færdigheder og de kompetencer, der er karakteristiske for et givet uddannelsesniveau (f.eks. bachelor og diplom, der begge er på niveau 6) (Undervisningsministeriet m.fl. 2008:8 +14).

Viden defineres (cirkulært via sig selv) som den viden (typer: teoretisk eller praktisk; kompleksitet) og forståelse (i hvilket omfang kan en person sætte sin viden ind i en sammenhæng), der forventes at en person med en kvalifikation på et givet niveau besidder.

Færdigheder bliver defineret som det, en person kan gøre eller udføre (typer: kognitive, praktiske, kreative eller kommunikative; opgaveløsning: hvor komplekse er opgaver; kommunikation: hvilke målgrupper kan man kommunikerer til).

Kompetence bliver defineret som det ansvar og den selvstændighed som en person forventes at have (handlerummet: i hvilken type af arbejdssammenhæng kan viden og færdigheder bringes i spil; samarbejde og ansvar: i hvor høj grad kan en person varetage ansvaret for eget og andres arbejde; læring: i hvor høj grad kan en person tage ansvar for sin egen læring og kompetenceudvikling). I denne forståelse af kompetence ligger både et ansvars- og et selvstændighedsaspekt/handleaspekt. Sagt med lidt andre ord drejer kompetence sig om *at være i stand til at udføre* - sådan kan vi måske forstå begrebet i LIP-projektet?

I bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen fra 2008 bliver der knyttet **utallige** forskellige ord foran *kompetence*. F.eks.

---

Sundhedsstyrelsen ved Høy & Ravn valgte i artiklen *Profil af en nyuddannet sygeplejerske* og i arbejdet med Bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen af 2001 at tage afsæt i begrebet kompetence og ikke som tidligere i begrebet kvalifikation - i Bekendtgørelsen af 1990 bruges kun "kvalifikationer".

Høy & Ravn skrev, at begreberne kvalifikation og kompetence ofte anvendes i varierende og overlappende betydninger. Begrebet kvalifikation anvendes hyppigt, når udgangspunktet er, hvilke kvalifikationskrav erhvervsfunktioner og arbejdsprocesser stiller til udøvere og uddannelse. Begrebet kompetence benyttes derimod, når udgangspunktet er, hvad en person kan, forstået som kvalifikationspotentiale - som resultat af uddannelse og praksiserfaring (Høy & Ravn 1999:38).

Rektor Ulrich Thostrup, dengang Frederiksborg Amts Sygeplejerskole, var medlem af Undervisningsministeriets Uddannelsesgruppe. Han gav i en personlig e-mail korrespondance, hvor jeg spurgte ham, hvordan det kan være, at både "kvalifikationer" og "kompetencer" anvendes i bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen fra 2001, udtryk for, at der måske var tale om et pragmatisk syn på kompetence, og at der ikke lå teoretiske overvejelser bag at bruge begrebet, og heller ikke bag at bruge "kvalifikationer" og "kompetencer" i flæng

<sup>32</sup> "En kvalifikationsramme er en samlet, systematisk og niveaudelt beskrivelse af kvalifikationer, der kan erhverves indenfor et givet uddannelsessystem. Ved en kvalifikation forstås i denne sammenhæng et resultat af en læreproces" (Undervisningsministeriet m.fl. 2008:5)

- professions rettet (§ 5, stk. 1)
- praktisk (§ 5, stk. 5)
- personlig (§ 5, stk. 5)
- læring (§ 5, stk. 6)
- selvstændighed (§ 5, stk. 6)
- generelle faglige (§ 8, stk. 1)
- klinisk (§ 11, stk. 2)
- professionelle, akademiske og innovative (Undervisningsministeriet 2008, Bilag 2, kap. 2: Sygeplejerskeuddannelsens profil)
- IT (Undervisningsministeriet 2008, Bilag 2: kap. 5.4: Informationsteknologi).

*Evner* bliver i bekendtgørelsen fra 2008 bl.a. knyttet til at:

- samarbejde (§ 5, stk. 6)
- skabe fornyelse (§ 5, stk. 6) (er det ikke innovation?)
- vurdere og træffe kvalificerede valg (§ 8, stk. 1)
- reflektere (Undervisningsministeriet 2008, Bilag 2: kap. 5: Undervisnings- og arbejdsformer)
- søge information m.v. (Undervisningsministeriet 2008, Bilag 2: kap. 5.4: Informationsteknologi).

*Kvalifikationer* bliver i bekendtgørelsen fra 2008 (Undervisningsministeriet 2008, Bilag 2, Kapitel 7: Kriterier for godkendelse af kliniske undervisningssteder) bl.a. knyttet til hvad de kliniske vejledere skal kunne for at blive godkendt som kliniske vejledere.

Med andre ord bliver kompetence, evne og kvalifikation brugt synonymt og i flæng.

I dagligdagssprog har ordene/begreberne (evne, kvalifikation og kompetence) forskellige konnotationer. F.eks. bliver evne ofte opfattet som noget man er født med, kvalifikationer som noget arbejde kræver, og kompetence som noget der er rettet mod en særlig kontekst.

## **Kompetencebegrebet i teoretisk perspektiv - og generelt**

Som det fremgår af ovenstående bliver *evne*, *kvalifikation* og *kompetence* brugt synonymt og i flæng. Ser vi så udelukkende på kompetencebegrebet, kan det forstås på mange måder.

Salling Olesen skriver, at kvalifikationer og kompetencer bliver brugt i varierende og overlappende betydning om resultatet af læring og uddannelse i forhold til samfund og arbejde (Salling Olesen 2005:164). Noget tilsvarende skriver Wahlgren m.fl.:

"I bogen anvendes begrebet kompetence og kompetenceudvikling, men vi skelner ikke mellem kompetence og kvalifikation. De to begreber anvendes nogenlunde synonymt" (Wahlgren m.fl. 2002:13).

Når forskere som Salling Olesen og Wahlgren m.fl. har den opfattelse af begreberne kvalifikation og kompetence, mener jeg ikke, at det er underligt, at andre kan have vanskeligt ved at skelne begreberne (jvf. note 1).

I LIP-projektet får vi data fra mange arbejdspladser (ved ikke hvor mange - kan vi regne det ud?). Hvis vi skal have et teoretisk perspektiv på kompetence og ikke blot bruge den forståelse, der ligger i Den Danske Kvalifikationsramme og som principielt er bygget ind i Bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen fra 2008, kan det være relevant at bruge teoretikere, der arbejder/forsker i kompetencebegrebet i et arbejdspladsperspektiv. Det gør den svenske forsker Per-Erik Ellström og de danske forskere Steen Høyrup & Kim Pedersen.

I følge Høyrup & Pedersen indebærer udfoldelse af kompetence en relation mellem en person og en situation. Der er tale om en situation, hvori der bliver stillet krav til personen om at håndtere situationen (Høyrup & Pedersen 2002:93).

Ellström har også et relationelt forhold til kompetence. Han definerer kompetence som

"et individs handlingsformåen i relation til en bestemt opgave, situation eller kontekst (Ellström 1997:21- oversat af Høyrup & Pedersen 2002:93)<sup>33</sup>.

I Wahlgren m.fl.'s oversættelse bliver Ellströms forståelse af kompetence til:

"individets potentielle handlingsberedskab i forhold til en opgave, en situation eller et arbejde, og omfatter kundskaber, intellektuelle, manuelle og sociale færdigheder og holdninger" (Ellström 1996:147 oversat af Wahlgren m.fl. 2002:13).

Med Ellströms egne ord:

"Med kompetens avses här en individs potentiella handlingsförmåga i relation till en vis uppgift, situation eller kontext. Närmare bestämt förmågan att framgångsrikt (enligt egna eller andras kriterier) utföra ett arbete, inklusive förmågan att identifiera, utnyttja och, om möjligt, utvidga det tolknings-, handlings- och värderingsutrymme som arbetet erbjuder" (Ellström 2002:21).

Ellström ser læring og kompetence i relation til hinanden. Han definerer læring som relativt stabile forandringer i individets kompetencer, som et resultat af individets samspil med omgivelserne (Ellström 1996:147- oversat af Wahlgren m.fl. 2002:13)<sup>34</sup>.

Set i Ellströms perspektiv har kompetence som forudsætning en bestemt opgave, situation eller kontekst, som personen er kompetent i????? I Ellströms forståelse af kompetencebegrebet bliver opmærksomheden rettet mod personens egenskaber og de krav og ressourcer der er i omgivelserne til at personen kan handle/håndtere situationen.

Det er ifølge Høyrup & Petersen relationens rettetthed (altså relationen mellem person og situation), der adskiller kompetencebegrebet fra kvalifikationsbegrebet hos Ellström. Hvor kompetence-

---

<sup>33</sup> "Med kompetens avses här en individs potentiella handlingsförmåga i relation till en vis uppgift, situation eller kontext. Närmare bestämt förmågan att framgångsrikt (enligt egna eller andras kriterier) utföra ett arbete, inklusive förmågan att identifiera, utnyttja och, om möjligt, utvidga det tolknings-, handlings- och värderingsutrymme som arbetet erbjuder" (Ellström 2002:21)

<sup>34</sup> "Med lärande avses här relativt varaktiga förändringar av en individs kompetens som ett resultat av individens samspel med sin omgivning" (Ellström 1996:147)

begrebet tager udgangspunkt i personen og dennes potentielle formåen i forhold til et bestemt arbejde/en bestemt opgave, så tager kvalifikationsbegrebet udgangspunkt i den formåen et konkret arbejde/en konkret opgave stiller til personens formåen (Høyrup & Pedersen 2002:93).

Ellströms kompetencebegreb bliver ud fra ovenstående argumentation psykologisk eller socialpsykologisk og han formulerer kompetencens indhold i psykologiske kategorier. F.eks. bliver kompetencer formuleret som kognitive faktorer, affektive faktorer, personlighedsfaktorer og sociale faktorer (Høyrup & Pedersen 2002:93).

Kompetence kan ses som handlemuligheder i en social sammenhæng: personen fortager sig noget i forhold til de udfordringer vedkommende står overfor. Kompetence er også kontekstbundet/situeret (i relation til Lave & Wengers teori om praksisfællesskaber og legitim perifer deltagelse/LK).

Set fra mit perspektiv kræver det en nærmere analyse at gennemskue hvorvidt forståelsen af kompetence i Den Danske Kvalifikationsramme og Ellströms forståelse af kompetence harmonerer eller ej. Det forholder jeg mig ikke til på nuværende tidspunkt. Før da, vil jeg gerne drøfte kompetencebegrebet med jer andre og se, hvor vi, der analyserer de kliniske vejlederes syn på krav til egne kompetencer (psykiatrisk sygeplejefaglige og pædagogiske), kommer i vores analyser. Håber, at dette notat kan være til gavn i det arbejde.

### **Kompetencebegrebet i uddannelsen til klinisk vejleder**

Nedenfor gennemgår jeg kort, hvad der står i bekendtgørelse om uddannelse til klinisk vejleder til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser og i udvalgte studieordninger for uddannelsen i forhold til krav til de kliniske vejledere.

I bekendtgørelsen står at

"Uddannelsens formål er at den studerende udvikler kompetence som vejleder, underviser og bedømmer indenfor sundhedsuddannelsernes kliniske undervisning" (Undervisningsministeriet 2002, BEK nr. 497, §1).

I bekendtgørelsen er der ingen definition af kompetence.

I den kliniske vejledderuddannelse indgår, jvf. §5, følgende studieområder

- 1) pædagogik og didaktik i relation til kliniske undervisning.
  - 2) underviser- og vejlederprofessionalitet.
  - 3) iagttagelse og vurdering af kliniske undervisnings- og læreprocesser.
  - 4) læringsmiljø i klinisk undervisning.
  - 5) vejledning i bedømmelse, herunder den studerendes egen vejlederpraksis"
- (Undervisningsministeriet 2002, BEK nr. 497, §5).

Studieområderne kan være beskrevet forskelligt af de Centre for mellemlange Videregående Uddannelser/University Colleges, der udbyder uddannelserne. F.eks. skriver CVU Fyn, at de studerendes vejledningskompetence skal udvikles via aktiv deltagelse i uddannelsen (CVU Fyn, årstal uoplyst). Og University College Nordjylland skriver, at de studerende skal udvikle deres kompetence som vejleder/vejlederkompetence (University College Nordjylland, 2009).

Desuden står der i Bilag 2, kapitel 7: Kriterier for godkendelse af kliniske undervisningssteder (Undervisningsministeriet 2008), at det er en forudsætning at man som klinisk vejleder har *pædagogiske kvalifikationer*<sup>35</sup>, der svarer til 1/6 diplomuddannelse (9 ECTS-point). Det er den kliniske vejleder, der har ansvar for den kontinuerlige daglige kliniske undervisning og vejledning af sygeplejestuderende.

I bekendtgørelsen om uddannelsen til klinisk vejleder (Undervisningsministeriet 2002, BEK nr. 497) bliver begrebet kompetence altså anvendt, hvorimod begrebet kvalifikation i forhold til de kliniske vejledere bliver brugt i bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen fra 2008 (Undervisningsministeriet 2008, BEK nr. 29).

I LIP-projektet arbejder vi med at udvikle de kliniske vejlederes kompetence som vejledere (bl.a. sætte dem i stand til at afdække og udnytte de læremuligheder, der eksisterer på deres arbejdsplads, og udvikle kompetencer til at stille sygeplejestuderende spørgsmål, der giver de sygeplejestuderende mulighed for at udvikle kompetence som professionsbachelor. En professionsbachelor er bl.a. karakteriseret ved at være en reflekativ praktiker. Det er en praktiker, der er i stand til at svare på spørgsmål, der relaterer sig til de højeste niveauer på Blooms kognitive taxonomi (analysere, syntetisere, vurdere).

## Referencer

- Center for Videregående Sundheds Uddannelser Fyn (CVU Fyn) (årstal uoplyst). *Studieordning for uddannelse af Kliniske Vejledere*. Odense: CVU Fyn
- Ellström, Per-Erik (1996). Rutin och reflektion. I: *Ellström, Per-Erik, Gustavsson, Bernt, Larsson, Staffan (red.). Livslångt lärande*. Lund: Studentlitteratur
- Ellström, Per-Erik (2002). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Norstedts juridik AB
- Høy, Bente & Ravn, Karen Lene (1999). Profil af en nyuddannet sygeplejerske. I: *Sygeplejersken nr. 6:36-40*. Dansk Sygeplejeråd
- Høyrup, Steen & Pedersen, Kim (2002). Lærings- og kompetencebegreberne i arbejdslivsforskningen. I: *Illeris, Knud (red.). Udspil om læring i arbejdslivet*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur
- Salling Olesen, Henning (2005). Kvalifikation og kompetence. I: *Cornelius, Hans & Schnack, Karsten (red.). Voksenpædagogisk Opslagsbog. 3. udg.* København: Christian Ejlers' Forlag
- Undervisnings- og Forskningsministeriet (1990). *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, Bkg nr. 143 af 2. marts 1990*. København: Undervisnings- og Forskningsministeriet
- Undervisningsministeriet (2001). *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, Bkg nr. 232 af 30. marts 2001*. København: Undervisningsministeriet
- Undervisningsministeriet (2002). *Bekendtgørelse om uddannelse af kliniske vejledere til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser, Bkg nr. 497 af 20/06/2002*. København: Undervisningsministeriet
- Undervisningsministeriet (2008). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, Bkg nr. 29 af 24/01/2008*. København: Undervisningsministeriet
- Undervisningsministeriet m.fl. (2008): *Forslag til en dansk Kvalifikationsramme for livslang læring*. København: Undervisningsministeriet m.fl.
- University College Nordjylland (2009). Sundhedsfaglige diplomuddannelser. Klinisk vejlederuddannelse. Trykkested: uoplyst
- Wahlgren, Bjarne m.fl. (2002): *Refleksion og læring. Kompetenceudvikling i arbejdslivet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur

---

<sup>35</sup> Lidt senere i teksten tales der om de kliniske vejlederes sygeplejefaglige og pædagogiske kvalifikationer og kompetencer

**Bilag 3: Hendriksen, U. (31.05.10). Sub-tema: *Krav og forventninger til studerende fra vejleder/personale***

**1. Personlige kompetencer/ holdninger**

**1.a I relation til patienten**

- er åbne Hi 6:1-9/92; Hi 4:25-29/88; Hi 9:32-41/88
- er stærke nok til at klare skift i patientforløb Ål 17:46-47+ 18:1-2/17
- kreative i samvær med patienterne BR 21:18-24/25
- det tager tid at udvikle en relation med psykiatrisk patient – Hi 10:36-39/88; Hi 11:1-2/88
- kan blive forskrækkede over mødet med psykisk syge RIC 7:16-18/30
- tryghed i relationen mellem pt. og stud. er vigtig for læring BF 13:5-11/83
- er tilbageholdende i relationen til patienten – Hi 10:24-29/91

**1.b I relation til den studerende selv**

- er bevidste om egne kompetencer - GLB 14:33-38/105
- skal tro på sig selv i relationsarbejde – at hun duer til noget - Hi 11:3-8/89
- modenhed til at se på/bearbejde egen andel i kommunikation Hi 5:27-35/89;
- kan sætte ord på egne følelser og reaktioner Hi 4:11 -21/89; Ål 22:14-17/12; BF 13:29-32/83;
- personlig kompetence til at afgrænse sig har betydning for opgavevaretagelse BF 15:33-34/85
- nuanceret menneskesyn BF 6: 36-41/83
- er engagerede studerende, der stiller spændende spørgsmål RIA /2 /s8
- høje krav og forventninger til sig selv Hi 16:38-41/90 + 17:1-2/8

**1.c I relation til personalet**

- kan bruge egne sociale kompetencer i psykiatrien BF 16:27-30/85
- almen dannelse for at kunne begå sig i afdeling RIB 4:38-39 + 5:1-4/8
- skal kunne fastholde krav om tid hos vejlederen BF 25: 26-28/84
- går i dialog med erfarent personale, inden de handler Glo B 14:33-38/105
- nemt kommer ind i praksisfællesskabet BF 10: 8-17/84
- acceptere at studerende er stille og forskellige Hi 10:9-14/91
- afpasse krav efter hvad studerende kan magte og rumme BR 15:27-30/21
- at vejlederen viser de studerende interesse og hjælper i gang SJ 12/63
- hvis studerende er opsøgende bliver personalet interesserede i dem BF 5:25-36/84
- modstridende forventninger gør det svært at være studerende RIB 5:6-9/6
- skal have hjælp til at være med, fordi de er nye RIB 20:23-25/7

**2. Faglig viden**

- skal være opsøgende ift. Viden RH 19:33-37/75
- lære specialet RH 14:20-22/76
- kunne inddrage viden fra tidligere i uddannelsen BR 33:5-10/20; SJ 10/66; sj 9 66.
- at kunne koble teori og praksis BF 13:29-32/83; BA 11:19-24/96
- kan huske didaktik for at deltage i psykoedukation af patienter Ål 15: 21-30 /12,11,12,11;
- faglighed giver rummelighed BR 11:23-29/21
- inddrager og anvender teori i undervisning af hinanden Ål 14/34-35/13
- at kun få studerende kan udfordres til at stå for psykoedukation Ål 25/ 17/17
- at 30-40 % af studerende ikke kan undre sig BR 19.2-4/22
- at studerende med lavt gennemsnit i studenter eksamen ikke kan analysere og reflektere BR 22:3-5/24



### **3. Færdigheder**

- kan træde frem og tager initiativ RIB 20:35-36/9; BF 8:25-29/87;
- studerende skal være mere selvstændige, når der er travlt i afdelingen BF 6: 23-29/83; BF 5-6: 47-3/85
- forventning om stud har planlagt og har overblik over aftaler RIA 4/ 7
- får de noget fra hånden er de gode stud RIA 3/5
- tager del i praktiske aktiviteter som mad, musik og sang RIA /1/s4
- tage grad af ansvar for udførte handlinger RH 16: 32-33/80
- udfører praktiske opgaver ligesom personalet RIB 4:12-20/8

### **4. Klinisk skøn**

- forventning om at stud tager kritisk stilling RIA s.15, 1.
- forventning om samvittighedsfuldhed og stud følger etiske retningslinjer Sj 5/64

### **5. Faglig identitet som studerende /Kompetencer i forhold til læring**

- stud skal udvise interesse for uddannelse RIA 8/1; RIA 8:/58
- stud skal udvise planlægningsevne, selvstændighed, ansvarlighed RIA 3/4
- kan se og udnytte de læringsmuligheder, som vejleder fortæller om Ål 9:43-46 + 10: 1-2/13
- tager ansvar for egen læring Ål 20:2-3/10; Ål 20:5-7/13; GLB 15:4-11/102; GLB 10: 26-30/105
- vide hvad vi forventer og hvad de skal arbejde hen imod RH 17 16-24/77
- lærer ikke at tænke/være resultatorienteret BR 17:10-14/24; BR 17:24-27/24
- kan forstå, hvad de kan lære gennem samvær med patienter Ål 20:9-10/11
- skal spørge hvorfor, afprøve og se hvordan tingene bliver gjort RIC 5:36-37 +6:1-5/29
- følge sygeplejerske i en periode for at blive selvstændige BF 13/5-11/83
- tager selvstændigt ansvar for planlægning af uddannelsesforløb RIA 3/s 4, RIA 4/s 3
- undgå at blive ensomme i ambulant regi BF 4:40-47/84
- tager ansvar for medstuderendes undervisning Ål 14: 34-35/13
- øver evne til refleksion som et vigtigt redskab i sygeplejen RIC 12:3-10/29; BF 18:46-48/86; BR 23:13-17/21; BR 30:26-32/24; Sj 19/64
- være forberedt til formelle vejledninger BR18:25-29/24; Sj 19/64; RIA 4/1
- tager noter under refleksion BR 27:1-4/25
- er aktive og vil gerne inddrages i praksis RIB 20:31-34/7; BF 8:21-23/83
- være engagerede og ønske at lære noget RIB 13:9-13/8; BF 7. 38-45/84

**Bilag 4: Timmermann, A. (04.05.10). *Noter i forhold til begreberne relation og ansvar, praksisfællesskab, legitim perifer deltagelse, det sagte og det usagte, deltagelse og ikke-deltagelse***

Anna Timmermann  
Uddannelsesansvarlig sygeplejerske, cand.cur.

**Noter i forhold til begreberne Relation og Ansvar herunder også noter i forhold til begreberne Praksisfællesskab, Læring, Legitim perifer deltagelse, Det sagte og det usagte, Deltagelse og ikke-deltagelse**

**Def. på begrebet relation:**

- En personlig kontakt mellem to eller flere parter = forbindelse, kontakt
- Noget som knytter nogen eller noget sammen = forbindelse, sammenhæng (Politikens store nye Nu Dansk Ordbog s. 979, 1. udgave 1997).

**Def. på begrebet ansvar:**

En forpligtigelse til at tage sig af nogen eller noget og tage skylden hvis noget går galt (Politikens store nye Nu Dansk Ordbog s. 68, 1. udgave 1997).

**Legitim perifer deltagelse**

I forhold til det at være studerende i et praksisfelt, forholder Jean Lave & Etienne Wenger (Situert læring, 2003) sig i deres forskning til en proces, der ligger indlejret i begrebet legitim perifer deltagelse. (En videreudvikling fra begrebet Mesterlære, idet de ser mesterlære som situert læring → legitim perifer deltagelse (Ibid. 2003:32)).

Deres teori betegner de selv som en ”social praksisteori om læring” (ibid. 2003:47).

I forhold til legitim perifer deltagelse taler Lave & Wenger om, at ”de lærende uundgåeligt deltager i praksisfællesskaber, og at det at beherske viden og færdigheder forudsætter, at den nyankomne bevæger sig i retning af fuld deltagelse i de sociokulturelle praksisser i et fællesskab” (ibid. 2003:31).

Legitim perifer deltagelse handler om **relationerne** mellem nyankomne og veteraner og om aktiviteter, identiteter og videns- og praksisfællesskaber. Den vedrører den proces, hvorigennem nyankomne bliver en del af et praksisfællesskab.

En persons intentioner om at lære inddrages i løbet af den proces, hvor han/hun bliver en fuldgyldig deltager i en sociokulturel praksis. Denne sociale proces omfatter læringen af kompetencer (ibid. 2003:31).

**Læring og viden**

Lave & Wenger ser læring som et integreret og uadskilleligt aspekt ved social praksis. Hvor relationen er en del af det at lære.

Til forskel fra at praksis indordnes under læreprocesser.

Ifølge Lave & Wenger er læring altså en integreret del af den sociale praksis i den levede verden. Og legitim perifer deltagelse foreslår de som et begreb til at beskrive deltagelse i social praksis med læring som en integrerende bestanddel (ibid. 2003:33 + 36).

Det skal dog understreges, at Lave & Wenger betragter legitim perifer deltagelse som et analytisk perspektiv på læring, som en måde at forstå læring på (ibid. 2003:41).

Lave & Wenger taler altså om at man kan lære ved at deltage i den sociale verden, til forskel fra at tale om at det enkelte individ er lærende (ibid. 2003:43).

Ifølge Wenger er et perspektiv ikke nogen opskrift; det siger ikke noget om, hvad man præcis skal gøre. Det er snarere en vejledning i, hvad man skal lægge mærke til, hvilke vanskeligheder man kan vente, og hvordan man skal/kan gribe problemer an (ibid. 2003:137).

**Legitim perifer deltagelse**, her handler begrebet deltagelse om et definerende træk ved måder at høre til på.

Det perifere antyder, at der er mangfoldige, forskelligartede, mere eller mindre engagerede og omfattende måder at være placeret på inden for de områder af deltagelse, som fællesskabet definerer. Perifer deltagelse handler om at være placeret i den sociale verden (ibid. 2003:37).

Legitim periferitet er et komplekst begreb, der er impliceret i sociale strukturer, som indebærer magtrelationer. Som et sted hvor man bevæger sig i retning af mere intensiv deltagelse, er periferitet en kvalificerende position, og dermed en kilde til magt. Som et sted hvor man forhindres i at deltage mere fuldstændig, er det en dequalificerende position, og dermed en kilde til magtesløshed (ibid. 2003:37).

I Laves & Wengers forståelse kan perifer deltagelse føre til fuld deltagelse. Og de ser det perifere som noget positivt og dynamisk, som en åbning og en måde at få adgang til forståelseskilder på, gennem stigende deltagelse (ibid. 2003:38).

## **Relation**

Læring forstået som en stigende deltagelse i praksisfællesskaber, har at gøre med hele personen, som handler i verden. Opfattelse af læring som deltagelse, fokuserer på hvordan der er tale om en samling relationer, som udvikles og konstant fornyes (ibid. 2003:46).

Lave & Wengers sociale praksisteori lægger vægt på den gensidigt relationelle afhængighed mellem aktører og verden. Og de fremhæver, at mening forhandles socialt, og at personer-i-virksomhed tænker og handler interesseret og engageret. De hævder tillige, at læring, tænkning og indsigt er relationer mellem mennesker i aktivitet i, og med og udsprunget af den socialt og kulturelt strukturerede verden (ibid. 2003:47).

I sammenhæng hermed, siger Lave & Wenger, at deltagelse altid er baseret på situeret forhandling og genforhandling af mening i verden. Dette indebærer, at forståelse og erfaring er i konstant samspil, hvilket de betegner som ”gensidigt konstituerende” (ibid. 2003:58).

Ifølge Lave & Wenger involverer læring i social praksis, hele personen; den indebærer ikke blot en relation til specifikke aktiviteter, men en relation til sociale fællesskaber - den indebærer, at man bliver fuldgældig deltager, medlem, en slags person. De siger videre, at aktiviteter, opgaver, funkti-

oner og forståelser ikke eksisterer isoleret, men derimod udgør dele af bredere relationssystemer, hvori de har mening. Disse relationssystemer opstår af og reproduceres i og udvikles i sociale fællesskaber, som til dels er systemer af relationer mellem personer. Dette syn/forståelse medfører, at man kan sige, at personen i fællesskabet både defineres af relationerne i fællesskabet og selv er med til at definere relationerne i fællesskabet (ibid. 2003:49).

(De siger noget spændende om viden, nemlig at generel viden genforhandles i forhold til fortidens og fremtidens mening, i forbindelse med konstruktion af aktuelle omstændigheders mening (ibid 2003:36). Jeg forstår det som, at generel viden perspektiveres i forhold til den aktuelle situation man står i).

### **Det sagte og det usagte** (det udnyttede og uudnyttede)

Wenger beskriver praksis som handling i en historisk og social kontekst, der giver det vi gør, struktur og mening ("Praksisfællesskaber" 2004:61). Dette praksisbegreb omfatter både det eksplicite og det tavse, altså det der siges og det der ikke bliver sagt; det der repræsenteres og det der antages.

Det eksplicite beskriver Wenger som: sprog, redskaber, dokumenter, billeder, symboler, veldefinerede roller, specificerede kriterier, kodificerede procedurer, reguleringer og kontrakter.

Det tavse beskriver Wenger som: de implicite relationer, tavse konventioner, subtile ledetråde, ikke udtrykte tommelfingerregler, genkendelige intuitive forståelser, specifikke opfattelser, velafstemte følsomheder, legemliggjorte forståelser, grundlæggende antagelser og fælles verdensbilleder. Det tavse bliver, ifølge Wenger, måske aldrig artikuleret, men det er alligevel umiskendelige tegn på medlemskaber i fællesskaber og afgørende for, at deres virksomhed lykkes (Ibid. 2004:61).

### **Praksisfællesskab**

Wenger beskriver tre dimensioner af relationer, hvorigennem praksis er kilden til sammenhæng i et fællesskab: gensidigt engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire.

#### **1. Gensidigt engagement**

Ifølge Wenger eksisterer praksis ikke abstrakt, den eksisterer fordi mennesker er engageret i handlinger, hvis mening de forhandler indbyrdes. Ligeledes findes praksis ikke i bøger, i redskaber eller i en struktur. Praksis findes derimod i et fællesskab af mennesker og de relationer af gensidigt engagement, på grund af hvilket de kan gøre det, de nu engang gør. Medlemskab i et praksisfællesskab er derfor et spørgsmål om gensidigt engagement. Det er det, der definerer fællesskabet. Et praksisfællesskab er ikke bare en samling mennesker, defineret ved et eller andet kendetegn. Et praksisfællesskab opretholder tætte relationer og gensidigt engagement organiseret omkring det, de er der for at lave (Ibid. 2004:90 + 91).

En forudsætning for at være engageret i et fællesskabs praksis er, at være en del af det der har betydning. Ligesom det er et engagement, der definerer et tilhørsforhold. Men vær opmærksom på, at det der kræves for at et praksisfællesskab kan hænge så meget sammen, at det fungerer, kan være yderst hårfint.

Den form for sammenhæng, der forvandler gensidigt engagement til et praksisfællesskab, kræver arbejde. Altså arbejdet med "fællesskabsopretholdelse" er en væsentlig del af enhver praksis. Det

kan dog være meget mindre synligt end mere instrumentelle aspekter af praksis. Det er som følge deraf nemt at undervurdere eller helt overse (Wenger 2004:92).

Hvis det der gør et praksisfællesskab til et fællesskab, er gensidigt engagement, er der tale om en form for fællesskab, der ikke medfører homogenitet. Det der gør engagement i praksis muligt og produktivt er faktisk i lige så høj grad et spørgsmål om forskellighed. Nogle er unge, nogle er ældre, nogle er konservative, nogle liberale, nogle udadvendte og nogle indesluttede. Medlemmerne i et praksisfællesskab adskiller sig fra hinanden og har forskellige forhåbninger og problemer. Trods det er medlemmernes reaktioner i forhold til dilemmaer og håb forbundet af de relationer, de skaber ved gensidigt engagement. De arbejder sammen, de ser hinanden hver dag, de taler med hinanden, udveksler information og meninger, og påvirker dermed hinandens forståelse rutinemæssigt. Hver enkelt deltager i et praksisfællesskab finder en unik plads og får en unik identitet, som både integreres i og defineres yderligere i løbet af engagement i praksis. Disse identiteter sammenføjes og forbindes med hinanden via gensidigt engagement, men de smelter ikke sammen (Wenger 2004:93).

Gensidigt engagement indebærer ikke homogenitet, men skaber derimod relationer mellem mennesker. Når det vedligeholdes, forbinder det deltagerne på måder, der går dybere end mere abstrakte ligheder ... i den forstand kan et praksisfællesskab blive en meget tæt knude af interpersonelle relationer.

Fred, glæde og harmoni er ikke nødvendige egenskaber ved et praksisfællesskab. Der er uden tvivl masser af uenighed, spændinger og konflikter, idet de fleste af de situationer, der indebærer vedvarende interpersonelt engagement, skaber en del spændinger og konflikter.

Et praksisfællesskab er hverken en havn af samhørighed eller en ø af fortrolighed isoleret fra politiske og sociale relationer. Uoverensstemmelse, udfordringer og konkurrence kan alle være måder at deltage på. Som deltagelsesform afslører oprør ofte et større engagement end passiv konformitet (Wenger 2004:94).

Gensidige relationer mellem deltagere er i det virkelige liv komplekse blandinger af magt og afhængighed, lyst og smerte, ekspertise og hjælpeløshed, succes og fiasko, overflod og afsavn, alliance og konkurrence, velvære og kamp, autoritet og kollegialitet, modstand og eftergivenhed, vrede og ømhed, tiltrækning og modvilje, sjov og kedsomhed, tillid og mistænksomhed, venskab og had. Praksisfællesskaber har det hele (Wenger 2004:95).

## **2. Fælles virksomhed (ansvar)**

Praksisfællesskaber er ikke uafhængige enheder. De udvikler sig i større kontekster – historiske, sociale, kulturelle, institutionelle -med specifikke ressourcer og begrænsninger. Nogle af disse betingelser og krav er eksplicit formuleret. Nogle er implicite, men ikke mindre bindende. Men selv når et praksisfællesskab på afgørende måde formes af de betingelser uden for medlemmernes kontrol, som det altid er i visse henseender, skabes dens daglige virkelighed ikke desto mindre af deltagerne inden for rammerne af deres situationers ressourcer og begrænsninger. Det er deres reaktion på deres betingelser og derfor deres virksomhed (Wenger 2004:97).

Betingelser, ressourcer og krav former med andre ord kun praksis, således som de er forhandlet af fællesskabet. Virksomheden bestemmes aldrig helt af et ydre mandat, af en forskrift eller af en el-

ler anden individuel deltager. Selv når et praksisfællesskab opstår som reaktion på et ydre mandat, udvikler praksis sig til fællesskabets egen reaktion på dette mandat. Selv når specifikke medlemmer har mere magt end andre, udvikler praksis sig til en fælles reaktion på denne situation.

At sige at praksisfællesskaber skaber deres praksis, betyder ikke, at de ikke kan påvirkes, manipuleres, narres, trues, udnyttes eller svækkes. Det betyder heller ikke, at de ikke kan inspireres, hjælpes, støttes, oplyses, frigøres eller få kompetencer. Det betyder derimod, at ydre kræfter har ingen direkte magt over produktionen i fællesskabet, fordi det i sidste instans (dvs. i handlingen gennem gensidigt engagement i praksis) er fællesskabet, der forhandler sin virksomhed (Wenger 2004:98).

Forhandling af en fælles virksomhed skaber relationer af **gensidig ansvarlighed** blandt de involverede. Disse **ansvarlighedsrelationer** omfatter, hvad der har betydning, og hvad der ikke har, hvad man skal gøre og ikke skal gøre, hvad man skal være opmærksom på, og hvad man skal se bort fra, hvad man skal tale om, og hvad man skal lade ligge, hvad man skal forsvare, og hvad man skal tage for givet, hvad man skal afsløre, og hvad man skal holde for sig selv.

Dette **fælles system af gensidig ansvarlighed** spiller en central rolle i forbindelse med definitionen af de omstændigheder, hvorunder medlemmer som et fællesskab og som enkelt personer er interesseret i eller ikke interesseret i, hvad de foretager sig, og hvad der sker for og omkring dem, og hvorunder de forsøger, undlader eller afviser at forstå, hvad der sker, og søge nye meninger (Wenger 2004:99).

Selvom nogle aspekter af ansvarlighed kan tingsliggøres – regler, metoder, noter, mål - har de, der ikke er det, lige så stor betydning.

**Ansvarlighedssystemet** bliver en integreret del af praksis.

Praksis omfatter i virkeligheden de måder, hvorpå deltagerne fortolker de tingsliggjorte ansvarlighedsaspekter og integrerer dem til levende deltagelsesformer.

Evnen til at skelne mellem tingsliggjorte normer og kompetent engagement i praksis er et vigtigt aspekt ved det at blive et erfarent medlem.

Definitionen af en fælles virksomhed er en proces, ikke en statisk overenskomst. Den skaber ansvarlighedsrelationer, der ikke kun er fastlagte begrænsninger eller normer. Disse relationer kommer ikke til udtryk som konformitet, men som evnen til at forhandle handlinger som noget en virksomhed kan drages til ansvar for. Hele processen er ligeså generativ som den er begrænsende. Den videreudvikler praksis ligeså meget, som den holder den i skak (Wenger 2004:100).

### **3. Fælles repertoire**

Et praksisfællesskabs repertoire omfatter rutiner, ord, værktøjer, måder at gøre ting på, historier, gestus, symboler, genrer, handlinger eller begreber, som fællesskabet har produceret eller indoptaget i løbet af sin eksistens, og som er blevet en del af praksis.

Fællesskabets fælles repertoire består med andre ord af fællesskabets fælles ressourcer (Wenger 2004:101).

Den lokale sammenhængskraft i et praksisfællesskab kan både være en styrke og en svaghed. Den lokale produktion af praksis gør praksisfællesskaber til stedet for kreative præstationer og ste-

det for indavlsfiaskoer; stedet for modstand mod undertrykkelse og stedet for reproduktion af dets betingelser; selvets vugge, men også sjælens potentielle bur.

Praksisfællesskaber er ikke i sig selv gavnlige eller skadelige. De er ikke privilegerede med hensyn til positive eller negative virkninger. Men de er ikke desto mindre en kraft man skal regne med – på godt og ondt. Sådanne fællesskaber rummer - som stedet for engagement i handling, interpersonelle relationer, fælles viden og forhandling af virksomheder - nøglen til virkelig transformation - den slags, der har reale virkninger på menneskers liv. Påvirkningen fra andre kræfter (institutionens kontrol eller et individs autoritet) er lige så vigtig, men den skal opfattes som formidlet af de fællesskaber, hvori deres meninger skal forhandles i praksis (Wenger 2004:104).

## **Deltagende og ikke-deltagende**

### **Periferitet og marginalitet**

Ifølge Wenger skaber vi vores identitet gennem de praksisser vi engagerer os i, samtidig med, at vi definerer os selv gennem de praksisser vi ikke engagerer os i. Vores identitet er ikke alene konstitueret af, hvad vi er, men også af, hvad vi ikke er.

Vi får en vis fornemmelse af hvad vi ikke er, hvad vi ønsker vi var, hvad vi ville drømme om at være, eller hvad vi er glade for ikke at være. Ikke-deltagelse er med andre ord, på en omvendt måde, i lige så høj grad en kilde til identitet som deltagelse.

Vores relationer til praksisfællesskaber er således forbundet med både deltagelse og ikke-deltagelse, og vores identitet formes af kombinationer af dem (Wenger 2004:191).

I et landskab defineret af grænser og periferier, er en sammenhængende identitet nødvendigvis en blanding af at være indenfor og udenfor.

Oplevelser af ikke-deltagelse er en uundgåelig del af livet, men de får en anden betydning, når deltagelse og ikke-deltagelse definerer hinanden via et samspil. Det har f.eks. en betydning, når nyankomne ikke forstår en samtale mellem veteraner, fordi denne oplevelse af ikke-deltagelse er indordnet i en deltagelsesbane. Det er samspillet mellem deltagelse og ikke-deltagelse, der gør oplevelsen vigtig (Wenger 2004:192).

I tilfælde af **periferitet** er en vis grad af ikke-deltagelse nødvendigt, for at aktivere en form for deltagelse, der ikke er fuldgyldigt. Her er det deltagelsesaspektet, der dominerer og definerer ikke-deltagelse som en aktiverende deltagelsesform.

I tilfælde af **marginalitet** forhindrer en form for ikke-deltagelse fuldgyldig deltagelse. Her er det ikke-deltagelsesaspektet, der dominerer og kommer til at definere en begrænset form for deltagelse. Periferitet og marginalitet indebærer begge en blanding af deltagelse og ikke-deltagelse, og skillelinjen mellem dem kan være hårfin. De frembringer ikke desto mindre kvalitativt forskellige oplevelser og identiteter, så det ville være forkert at knytte dem alt for tæt sammen.

Forskellen mellem periferitet og marginalitet skal forstås i sammenhæng med baner, der bestemmer betydningen af deltagelsesformerne (Wenger 2004:192+193).

**Nyankomme** kan for eks. befinde sig på en indadgående bane, der af alle anses for at være omfattet fuld deltagelse i dens fremtid.

Ikke-deltagelse er så en mulighed for læring. Også for mennesker, hvis bane forbliver perifer, er ikke-deltagelse et aktiverende aspekt af deres deltagelse, fordi fuld deltagelse ikke er et mål til at begynde med (Wenger 2004:193).

Mangeårige medlemmer kan omvendt blive fastholdt i en marginal position, og selve opretholdelsen af denne position kan være blevet så integreret i praksis, at den skjuler fremtiden. Vi har ofte svært ved at blive voksne deltagere i den familie, hvor vi er født. Kvinder der søger ligestilling, finder ofte, at visse fællesskabers praksis aldrig holder op med at **skubbe dem tilbage i ikke-deltagelsesidentiteter**. Visse former for ikke-deltagelse kan i sådanne tilfælde være så rodfæstet i praksis, at det kan synes umuligt at forestille sig en anden bane i samme fællesskab.

**Hvorvidt ikke-deltagelse bliver perifert eller marginalt afhænger derfor af deltagelsesrelationer, der enten gør ikke-deltagelse aktiverende eller problematisk.**

Det er naturligvis et spørgsmål om grader.

Denne diskussion giver anledning til tanken om en række deltagelsesformer med fire hovedkategorier:

1. **fuld deltagelse** (indviet)
2. **fuld ikke-deltagelse** (outsider)
3. **periferitet** (deltagelse muligt af ikke-deltagelse; hvad enten det fører til fuld deltagelse eller forbliver på en perifer bane)
4. **marginalitet** (deltagelse begrænset til ikke-deltagelse, hvad enten det fører til ikke-medlemskab eller til en marginal position) (Wenger 2004:194).

**Ikke-deltagelse i en institutionel kontekst kan blive et definerende kendetegn ved praksis** (Wenger 2004:196).

Ikke deltagelse kan fortolkes ud fra flere perspektiver:

**1. Ikke-deltagelse som kompromis**

- a. Der kan være indgået en aftale mellem lederen og de øvrige medlemmer i praksisfællesskabet om tidspunkter, hvor medlemmerne ikke-deltager i arbejdet.

**2. Ikke-deltagelse som strategi**

- a. Medlemmerne i et praksisfællesskab tænker ikke på deres arbejde når de har fri.

**3. Ikke-deltagelse som dække**

- a. I en servicebranche, der beskæftiger sig med smertefulde situationer såsom sygdom, økonomiske vanskeligheder og død, kan ikke-deltagelse også være et værn mod mere omfattende konflikter.

Ikke-deltagelse beskytter ens følsomhed mod de mere omfattende moralske spørgsmål og samfundsmæssige interessekonflikter, man føler sig magtesløs overfor.

Når ikke-deltagelsesrelationer medieres af systematiske institutionelle ordninger i den institutionelle kontekst, kan de række dybt ind i definitionen af en praksis (Wenger 2004:197-198).



**Ikke-deltagelse kan blive et aktivt aspekt af praksis: En subtil dyrkelse af ikke-deltagelse er ikke noget medlemmerne nødvendigvis taler om, men det kan ligge i luften -en udtalt fælles forståelse (Wenger 2004:198).**

**Referencer:**

Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situeret læring og andre tekster*. København:Hans Reitzels Forlag

Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber, læring, mening og identitet*. København: Hans Reitzels Forlag

Andersen, R. & Weber, K. (2009). *Profession og praktik*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag

## **Ansvar**

Ifølge Løgstrup (Løgstrup 1996:64-65) bliver man **ansvarlig** af at noget kommer til at bero på én. Udførelsen af et arbejde, løsningen af en opgave, klaringen af en situation osv. Lægges hen til én eller hører til det embede, som er én betroet. Svinger man, bliver man skyldig i, at arbejdet ikke blev udført, opgaven ikke løst, situationen ikke klaret osv. At ansvaret udgår fra hvad der er blevet gjort afhængig af en, ytrer sig i vendinger som ”ansvaret bæres”, det ”lægges over på én” man ”påtager sig det”, det ”overdrages én”, man ”skubber ansvaret fra sig”. Vendingerne siger tydeligt noget om, at det er en byrde, der lægges på en eller flyttes på et menneskes skuldre.

At noget beror på én ytrer sig også i præpositionen som ordene ”ansvar” og ”ansvarlig” er forbundne med: Et menneske har ansvar ”for” sine børn... → mennesket skal stå inde for det, det har fået eller påtaget sig ansvar for. Derfor er man også allerede i ansvaret stillet ind under en mulig anklage; hvilket giver sig udtryk i sprogbroen at ”løbe fra sit ansvar”.

At være ”**ansvarsløs**” er noget ganske andet end at være ”pligtforsømmende”. Ansvarsløshed bringer, iflg. Løgstrup, andre i forlegenhed og måske ulykke. Det er her hele personen, der fordømmes, man kan ikke have tillid til personen. Pligtforsømmende betegner en karakter-svaghed, og anses ikke som værende helt så omfattende som det at være ansvarsløs.

Hvad der er ens **pligt** kan være ret overskueligt og tydeligt. Hvad der er ens **ansvar** og hvad det kan føre med sig, kan derimod være mere uvist. Pligter arbejder man sig færdig med. Ansvar arbejder man sig længere og længere ind i. Den ansvarlige bindes mere og mere.

## **Reference:**

Løgstrup, K.E. (1996). *Ethiske begreber og problemer*. København: Gyldendal