



4. delrapport: analyseresultater af 2. fokusgruppe-interview. Kliniske vejlederes evaluering af LIP-projektet

At være klinisk vejleder i LIP-projektet - i et indefra, udefra og deltage perspektiv

Lisbeth Hybholt, ph.d. studerende, NCK, Aarhus Universitet (Formand)

Anne Elisabeth Rasmussen, Klinisk uddannelseskonsulent, Psykiatrien Region Sjælland

Annelene Altenburg, Uddannelsesansvarlig sygeplejerske, Psykiatri og Social, Region Midtjylland

Tove Pank, Klinisk uddannelseskoordinator, Psykiatrien Region Nordjylland

Ulla Hendriksen, Uddannelsesansvarlig sygeplejerske, Region Hovedstadens Psykiatri, PC Glostrup

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
1. Forskningsprojektet.....	4
2. Fjerde delundersøgelse	5
2.1. Rammer og metode.....	6
2.2 Analysestrategi	6
3. Resultater af evalueringen	10
3.1 Tema: Indefra perspektiv.....	11
3.1.1 Sub-tema: Refleksion og selv-reflektion.....	12
3.1.1.1. Logbogsskrivning.....	12
3.1.1.2. Observationsstudiet	13
3.1.1.3. Vindmøllemodellen	13
3.1.1.4 Andre	14
3.1.2. Sub-tema: kompetenceudvikling.....	14
3.1.2.1. Personlige kompetencer.....	15
3.1.2.2. Faglig kompetence.....	15
3.1.2.3. Pædagogisk/metodisk kompetence	15
3.1.3 Subtema: læring, undervisnings- og vejledningsstrategier	16
3.1.3.1 Øv dig sammen med mig.....	16
3.1.3.2. Forberedt vejledning med aktivering af de studerende.....	17
3.1.3.3 Lad mig fortælle dig.....	18
3.1.3.4 At lære den studerende at kende.....	18
3.1.3.5 Før, under og efter – vejledning.....	20
3.1.3.6 Læremuligheder	21
3.1.3.7 Læringsmiljø	21
3.1.4 Opsummering af temaet 'Indefra perspektiv'	21
3.2 tema: 'Udefra perspektiv'	21
3.2.1 Sub-tema: At lære de studerende at være sygeplejerske og at udøve sygepleje	22
3.2.1.1 Uskrevne normer-og-regler, samt professionel socialisering	22
3.2.1.2 Psykiatrisk sygepleje og pseudohverdagslignende aktiviteter	23
3.2.2. Sub-tema: Netværk - Fællesskab mellem kliniske vejledere.....	25
3.2.2.1. Lokalt netværk eller grupper af kliniske vejledere	25
3.2.2.2 Projektarbejdsgruppen	25

3.2.2.3. Arbejdsseminar.....	26
3.2.3 Opsummering af temaet udefra perspektiv.....	26
3.3 Tema: Deltage perspektivet	27
3.3.1 Sub-tema: Plus/minus udbytte af LIP-projektet.....	27
3.3.1.1 Arbejdsseminar.....	27
3.3.1.2 Logbog	27
3.3.1.3 Fokusgruppeinterview.....	28
3.3.1.4 Deltagelse i projektet - den lokale projektarbejdsgruppe.....	28
3.3.1.5 Udvikling uanset projekt.....	28
3.3.1.6 Begrænset udbytte	29
3.3.1.7 Indflydelse på klinisk vejleder funktion.....	30
3.3.1.8 Andre faktorer	31
3.3.1.9 Observationsstudiet	31
3.3.2 Sub-tema: Medindflydelse og ejerskab.....	32
3.3.2.1 Plus/minus ejerskab	32
3.3.2.2 At være aktiv i planlagte aktiviteter	32
3.3.2.3 Skala 1-10	33
3.3.2.4 At være uundværlig.....	34
3.3.2.5 Projektlederens betydning	34
3.3.3 Opsummering af temaet 'Deltage perspektivet'	35
4. Metode kritik/begrænsninger ved undersøgelsen.....	35
5. Konklusion	36
6. Referencer	39
7. Bilagsfortegnelse	40

1. Forskningsprojektet

Udvikling af læringsmiljø i psykiatrien (LIP-projektet) er et 3-årigt aktionsforskningsprojekt, der foregår i samarbejde mellem følgende fire regionale psykiatriske institutioner: Region Hovedstadens Psykiatri, Region Midtjyllands Psykiatri, Region Sjællands Psykiatri og Region Nordjyllands Psykiatri og Nationalt Center for Kompetenceudvikling (NCK), Aarhus Universitet.

I projektet deltog fra starten i 2008 ca. 100 kliniske vejledere, 20 uddannelsesansvarlige sygeplejersker og Linda Kragelund, der er forsknings- og projektleder, fra NCK. Antallet af deltagere er reduceret over tid, så der i april 2011 er i alt 83 deltagere fordelt på 67 kliniske vejledere, 14 uddannelsesansvarlige sygeplejersker, 1 ph.d.-studerende ved NCK og Linda Kragelund.

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. Desuden er det formålet, at de kliniske vejledere udvikler deres kompetence som vejledere. En metode hertil er, at Vindmøllemodellen (Kragelund 2006; 2007; 2011), der er et undervisnings- og læringsredskab for kliniske vejledere og sygeplejestuderende, bliver brugt i klinisk uddannelse af sygeplejestuderende. Modellens begreber bliver præciseret og videreudviklet, og nye begreber vil eventuelt blive udviklet.

Projektet består af fire empiriske delundersøgelser:

1. Indledende fokusgruppeinterview: der bestod af 13 fokusgruppeinterview med i alt 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. Observation: der er kliniske vejlederes observation af hinandens vejledningspraksis i to gange syv timer. Første gang observerede 52 (51%) ud af 102 mulige kliniske vejledere hinandens vejledningspraksis. Anden gang observerede 24 (23,5%) kliniske vejledere hinandens vejledningspraksis. Projektstyrergruppen havde i samarbejde med de kliniske vejledere udarbejdet et observationsskema til formålet
3. Logbog: der er at 46 ud af 102 mulige kliniske vejlederes har skrevet logbog over deres vejledningspraksis i op til 2 x 8 uger. Der er tale om i alt 67 logbøger. I 54 tilfælde har de kliniske vejledere brugt den skabelon, der var udarbejdet til formålet, til at skrive logbog i. I 9 tilfælde er skabelonen ikke blevet brugt
4. Evaluerende fokusgruppeinterview: der bestod af 12 fokusgruppe interview med 43 ud af 66 mulige kliniske vejledere. Formålet var at evaluere projektets effekt.

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

2. Fjerde delundersøgelse

Formålet med 2. fokusgruppeinterview var at afdække de kliniske vejlederes opfattelse af, hvilken betydning aktionsforskningsprojektet har haft for udviklingen af læringsmiljøet i psykiatrien – herunder udvikling af læremuligheder, vejlederkompetence og læringsbegreber.

Denne rapport formidler resultaterne af fjerde delundersøgelse, der er baseret på 12 fokusgruppeinterview med i alt 43 kliniske vejledere. Interviewene er foretaget i perioden 20.10.2010 til 22.11.2010. Interviewene har i gennemsnit varet 84 minutter (min: 58 minutter, max 105 minutter) og består af 347 transskriberede normalsider¹ (2400 tegn pr. side). Der har deltaget mellem to og otte kliniske vejledere i interviewene og der er foretaget interview i de fire deltagende regioner. Det er projektets styregruppemedlemmer, der har været moderatorer på interviewene.

Af de 72 kliniske vejledere der deltog ved 1. fokusgruppeinterview var der 37, der ligeledes deltog i 2. fokusgruppeinterview. Der var seks deltagere i 2. fokusgruppeinterview, der ikke var til stede ved 1. fokusgruppeinterview. På tidspunktet hvor 2. fokusgruppeinterview blev gennemført var der 66 kliniske vejledere tilknyttet LIP-projektet, det betyder at 65,2% af de på tidspunktet tilknyttede kliniske vejledere deltog i 2. fokusgruppeinterview.

På tidspunktet for 2. fokusgruppeinterview havde der været afholdt 11 aktiviteter i forbindelse med LIP-projektet i form af et fokusgruppeinterview, fire arbejdsseminar, to gange med observationer og to gange med at blive observeret, samt to gange logbogsskrivning. I skema 1 kan man se deltagelsen i aktiviteterne blandt de kliniske vejledere der har deltaget i 2. fokusgruppeinterview (der er en kliniske vejleder, der ikke er data på):

Skema 1: Deltagelse i LIP-projektets aktiviteter på tidspunktet for 2. fokusgruppeinterview

Har deltaget ved alle 11 aktiviteter	2 kliniske vejledere
Har haft 1 fravær fra de 11 aktiviteter	7 kliniske vejledere
Har haft 2 fravær fra de 11 aktiviteter	4 kliniske vejledere
Har haft 3 fravær fra de 11 aktiviteter	8 kliniske vejledere
Har haft 4 fravær fra de 11 aktiviteter	10 kliniske vejledere
Har haft 5 fravær fra de 11 aktiviteter	3 kliniske vejledere
Har haft 6 fravær fra de 11 aktiviteter	2 kliniske vejledere
Har haft 7 fravær fra de 11 aktiviteter	4 kliniske vejledere
Har haft 8 fravær fra de 11 aktiviteter	2 kliniske vejledere

Af de 43 deltagere ved 2. fokusgruppeinterview (forbehold; der er en, der ikke er data på) er der fem kliniske vejledere der hverken har skrevet logbog eller observeret. Der er ni kliniske vejledere, der ikke har skrevet logbog og 16 kliniske vejledere, der har skrevet logbog en gang. Der er 17 kliniske vejledere, der har skrevet logbog både 1. og 2. gang. Der er ti kliniske vejledere, der ikke har observeret. 21 kliniske vejledere, der har observeret en gang og 11 kliniske vejledere, der har observeret to gange (se Bilag 2 for yderligere oplysninger om forskel mellem deltagere ved 1. og 2. fokusgruppeinterview).

¹ Lægesekretær Lene Rick, Psykiatrien Region Sjælland har transskriberet alle interview

2.1. Rammer og metode

Fjerde delundersøgelse, der er fastlagt som en fokusgruppeinterviewundersøgelse, har jf. projektbeskrivelsen (Kragelund 2008) til formål at afdække de kliniske vejlederes opfattelse af, hvilken betydning aktionsforskningsprojektet har haft for udviklingen af læringsmiljøet i psykiatrien – herunder udvikling af læremuligheder, vejlederkompetence og læringsbegreber. I projektbeskrivelsen er der opstillet fire forskningsspørgsmål, der skal afdække hvorledes Vindmøllemodellen er blevet anvendt i relation til at:

- 1) udnytte de eksisterende læremuligheder i praksis
- 2) optimere de studerendes læring
- 3) udvikle de kliniske vejlederes kompetence som vejledere
- 4) udvikle uddannelsesstedernes/arbejdspladsernes læringsmiljø.

Derudover er det i analysegruppens arbejde blevet tilføjet, at det også er relevant at evaluere LIP-projektet mere bredt set i forhold til de kliniske vejlederes oplevelse af at anvende projektets datagenereringsredskaber, og af at deltage i et aktionsforskningsprojekt. Interviewene er udført ud fra en guide, der er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af medlemmer fra projektstyregruppen (Bilag 1).

Analysearbejdet blev gennemført af en arbejdsgruppe i perioden januar 2011 – maj 2011. Gruppen havde fem møder, fire heldagsmøder og et møde af to dages varighed. Gruppens arbejde har været en kombination af analysearbejde ved møderne og individuelle analyser mellem møderne, herunder samarbejde i mindre grupper undervejs i forløbet og afklarende kontakt via e-mail.

Skema 2: Oversigt over analysegruppens møder

	Dato	Sted	Antal deltagere	Ordstyrer	Referent
1. møde	12.01.11	Ålborg	5	Ulla	Lisbeth
2. møde	08.+09.02.11	Roskilde	4	Annelene	Lisbeth
3. møde	16.03.11	Århus	5	Ulla	Lisbeth
4. møde	14.04.11	DPU	5	Tove	Lisbeth
5. møde	18.05.11	Glostrup	5	Ulla	Lisbeth

2.2 Analysestrategi

Data er, ligesom LIP-projektets øvrige del-undersøgelser, analyseret ved hjælp af kvalitativ indholdsanalyse inspireret af Graneheim & Lundman (2004). Analyse-faserne bestod af:

1. at læse de transskriberede interview
2. identificere betydningsbærende enheder
3. kondensere de betydningsbærende enheder
4. tolke essensen af de kondenserede betydningsbærende enheder
5. udvikle kategorier og hovedkategorier (manifest indhold)
6. udvikle temaer (latent indhold)
7. tolke => resultater.

Analysen blev opbygget af væsentlige aspekter i forhold til udvikling af læringsmiljøet i psykiatrien herunder udvikling af læremuligheder, vejlederkompetencer og læringsbegreber, som de kliniske vejledere oplever det. Analysen bliver illustreret ved hjælp af citat-pluk metoden med:

- typiske citater
- de mest indsigtsfulde citater
- citater, der dækker variationer
- citater, der belyser forskelle og lighedspunkter (Launsø og Rieper 1995; Kruse 2007).

Korte citater anvendes som regel for at illustrere tolkninger og inviterer læseren til envejskommunikation fra forfatter til læser, hvorimod længere citater inviterer læseren til selv at tolke og dermed dialog mellem forfatter og læser. En fordel ved citat-pluk metoden er, at læseren kan kontrollere om citaterne er relevante for de valgte hovedkategorier, sub-temaer eller tema. Læseren kan til en vis grad vurdere forfatterens tolkning af empiri. En svaghed ved citat – plukmetoden er, at forfatteren kun offentliggør en del af datamaterialet. Det er på denne måde svært for læseren at vurdere, hvilket belæg forfatteren har haft til netop dette valgte citat. Endvidere kan der være tale om cirkularitet, hvor forfatteren kun medtager citater, der kan bekræfte eller afkræfte hypoteser/antagelser, der arbejdes ud fra (Kruse 2007). Der anvendes forskellige typer af citater i 4. delrapport.

Ved gruppens første møde havde alle gruppens medlemmer analyseret det samme interview fra trin et til fem ud fra de forskningsspørgsmål, der var opstillet i projektbeskrivelsen. Dette skabte nogle gode diskussioner om formålet med 2.fokusgruppeinterviews dels en præcisering af at evalueringens fokus var tegn på at Vindmøllemodellen var blevet anvendt og dels LIP-projektets betydning i forhold til forskningsspørgsmålene. Ovennævnte drøftelser og diskussioner bidrog til fælles forståelse og 'fodslag' samt afklaring af gensidige forventninger til det fremadrettede individuelle analysearbejde. Desuden udviklede det en fælles forståelse og afklaring af forventninger til de individuelle analyser.

Forskningsspørgsmålene til det fremadrettede analysearbejde blev:

Forskningsspørgsmål til analyse af data fra 2. fokusgruppeinterview
Hvor ses tegn i data på, at Vindmøllemodellen er blevet anvendt i uddannelse af sygeplejestuderende og at projektet har haft betydning i relation til at: - udnytte de eksisterende læremuligheder i praksis - optimere de studerendes læring - udvikle de kliniske vejlederes kompetencer som vejledere - udvikle uddannelsesstedernes (arbejdspladsernes) læringsmiljø. Skriftlige overvejelser over i hvilken grad der er tale om et fokusgruppeinterview – f.eks. om det er lykkedes, at det er deltagerne, der har en dialog med hinanden, fremkommer der nuancer m.m. Dette med henblik på at kunne være metodekritiske.

Til 2. møde i analysegruppen havde hvert gruppemedlem analyseret et interview frem til trin fem i analysestrategien. Dette førte til 330 kategorier fra de seks først analyserede interview, der blev kondenseret til 23 foreløbige hovedkategorier, der blev fordelt i fem kolonner, fordi der tegnede sig en form for indholdsmæssig sammenhæng i hver kolonne:

Skema 3: Oversigt over de foreløbige hovedkategorier efter 2. møde i analysegruppen

1	2	3	4	5
Kompetence-udvikling	Læremuligheder	Innovation	Vilkår	Kritisk forholden sig til LIP
Udbytte af deltagelse i LIP	Læringsmiljø	Studerende anvender Vindmøllemodellen	Anerkendelse som klinisk vejleder	Ejerskab
Netværk	Socialisering til sygepleje-professionen		Spændingsfelt/dobbeltrøle	Etik
Udvikling af pædagogiske begreber	Undervisnings og vejlednings strategi		Lederens rolle	
Kliniks vejleders refleksion og selvrefleksion	Før vejledning			
Syn på læring	Psykiatrisk sygepleje			
	Vurdering af studerende ved Vindmøllemodellen			
	Pseudo-hverdagslivs-aktiviteter			

I skema tre er de 23 foreløbige hovedkategorier opsat i fem kolonner. Dette er gjort ud fra en logik om at hovedkategorierne i kolonne et omhandlede det, der sker omkring de kliniske vejledere selv, som de selv skal/kan arbejde med for at udvikle kompetencer – der er opdaget et nyt praksisfællesskab med andre kliniske vejledere, egne kompetencer. Hovedkategorierne i kolonne to omhandlede ny viden til det eksisterende praksisfællesskab; det tværfaglige, faglig identitet og optimering af de studerendes læringsmuligheder. Hovedkategorierne i kolonne tre omhandlede erfaringer med at Vindmøllemodellen eller projektet blev set i en ny og innovativ sammenhæng. Hovedkategorierne i kolonne fire omhandlede forhold den kliniske vejleder ikke selv har direkte indflydelse på og til sidst kolonne fem der er hovedkategorier der omhandlede erfaringer med at være deltager i et forskningsprojekt.

Ved 3. møde i analysegruppen havde gruppemedlemmerne analyseret de sidste 6 interview efter samme procedurer som sidst, her var der 273 kategorier, der skulle kondenseres.

For hvert interview blev det noteret hvor mange informanter, der deltog i interviewet, det udskrevne interviews omfang i normalsider, samt hvor mange kategorier der blev dannet fra hvert interview – se skema 4.

Skema 4: Oversigt over interviewene

Interview	Kaldenavn	Antal deltagere (uden moderator og observatør)	Antal normalsider	Antal kategorier der blev dannet fra interviewet
Region Midtjylland	MIA	5	30	34
Region Midtjylland	MIB	2	28	84
Region Midtjylland	MIC	3	24	59
Region Midtjylland	BUC	4	24	62
Region Sjælland 1	SJA	2	17	35
Region Sjælland 2	SJB	2	16	14
Region H Ballerup	BA	3	29	31
Region H København og Frederiksberg	KF	8	26	22
Region Nordjylland	ÅL	3	36	58
Region H Hillerød	HI	6	22	65
Region H Glostrup 1	GLA	3	23	100
Region H Glostrup 2	GLB	2	23	39
Gennemsnit		3,58	24,83	50,25
I alt		43,00	298,00	603,00

I kondenseringen af kategorierne fra de sidste seks interview blev der kun dannet en ny hovedkategori: 'andre faktorer'. Denne hovedkategori var faktisk en genetablering, da den tidligere har eksisteret. Der blev opnået en mætning i materialet i og med at der ikke fremkom nye kategorier og udsagn, da vi gennemgik 2. halvdel af interviewene. De 23 hovedkategorier blev gennemgået med henblik på om grupperingen efter 2. møde skulle ændres. Det endte om med følgende gruppering i 5 kolonner:

Skema 5: Oversigt over de foreløbige hovedkategorier efter 3. møde i analysegruppen

1	2	3	4	5
Kompetence-udvikling	a) Læringsmiljø b) Socialisering til sygepleje-professionen	Innovation	Vilkår	Kritisk forholden sig til LIP
Udbytte af deltagelse i LIP	a) Undervisnings-/vejledningsstrategi b) Førvejledning c) Syn på læring d) Udvikling af pædagogiske begreber	Studerende anvender Vindmøllemodellen	Anerkendelse som klinisk vejleder	Ejerskab
Klinisk vejleders refleksion og selvrefleksion	a) Læremuligheder b) Pseudohverdagslivsaktiviteter c) Psykiatrisk sygepleje		Spændingsfelt/dobbeltrolle	Etik
Netværk			Lederens rolle	Andre faktorer end LIP

Hovedkategorierne, inklusiv de meningsbærende citater fra de kliniske vejledere, blev fordelt mellem gruppemedlemmerne og ud fra følgende skabelon, skulle der skabes overblik og en udfoldelse af substansen i hver hovedkategori:

1. opstilling af kategorierne i hver hovedkategori
2. gruppering af kategorier med samme mening/betydning
3. eksempler på hvordan de forskellige ”grupper af kategorier” udsiger noget om hovedkategorien med belæg i citater fra interviewene
4. skrives som samlet tekst, der udfolder indholdet i hovedkategorien
5. udsagn der ikke passer ind, lægges for sig selv til debat næste gang

Til gruppens 4. møde gennemgik vi hovedkategorierne, og det førte til at nogle hovedkategorier blev flyttet rundt i kolonnerne, og at andre hovedkategorier blev vurderet til at udgå, for eksempel fordi indholdet viste sig at være for inkonsistent til at kunne samles til en hovedkategori, eller fordi det viste sig, at indholdet ikke gik på tværs af kliniske vejledere og fokusgruppeinterview – dette betyder ikke, at mangfoldigheden er reduceret, da der typisk er forskellig rettede udsagn inden for en hovedkategori, således at mangfoldigheden belyses. Men det betyder, at vi i gruppen har valgt at fokusere på de hovedkategorier, hvor der var udsagn fra flere vejledere og fra flere interview. Analysearbejdet gav anledning til en revurdering af subkategorierne. Dette førte til 11 hovedkategorier fordelt på tre kolonner:

Skema 6: Oversigt over de foreløbige hovedkategorier efter 4. møde i analysegruppen

Kolonne 1	Kolonne 2	Kolonne 3
Kompetenceudvikling	a) Læringsmiljø b) Socialisering til sygeplejefprofessionen	Kritisk forholden sig til LIP og Andre faktorer end LIP
Klinisk vejleders refleksion og selvrefleksion og etik	a) Undervisnings-/ vejledningsstrategi	Ejerskab
Netværk	a) Læremuligheder b) Pseudo-hverdagslivsaktiviteter c) Psykiatrisk sygepleje	Udbytte af deltagelse i LIP
Anerkendelse som klinisk vejleder		
Spændingsfelt/dobbeltrulle		

Ved sidste møde i analysegruppen var det især tematiseringen, der blev bearbejdet og diskuteret, og dette førte til de resultater, der kan ses i rapportens resultater. Derudover blev rapportens endelige udformning diskuteret. Herunder blev det besluttet, at skemaer med oversigter over hovedkategorierne og de tilhørende kategorier inkl. henvisning til interview, skulle vedlægges som Bilag.

3. Resultater af evalueringen

Evalueringen har ført til at der er skabt tre temaer, syv sub-temaer og 33 hovedkategorier, der tilsammen afdækker de kliniske vejlederes opfattelse af, hvilken betydning aktionsforskningsprojektet har haft for udviklingen af læringsmiljøet i psykiatrien – herunder udvikling af læremuligheder, vejlederkompetence og læringsbegreber.

Det ene tema er benævnt 'Indefra perspektiv' og beskriver de udsagn, hvor de kliniske vejledere udtaler sig om at have udviklet deres egne sygeplejefaglige, pædagogiske og personlige kompetencer som kliniske vejledere.

Det andet tema er benævnt 'Udefra perspektiv' og beskriver de udsagn, hvor de kliniske vejledere udtaler sig om at have udviklet deres praksis som kliniske vejledere i praksisfællesskabet, studerende og sammen med andre kliniske vejledere i projektet.

Det tredje tema er benævnt 'Deltage perspektiv' og beskriver de udsagn, hvor de kliniske vejledere udtaler sig om det at være deltager i et aktionsforskningsprojekt i relation til deres udbytte af LIP-projektet, og deres oplevelse af medindflydelse og ejerskab.

Temaerne, sub-temaerne og antal af hovedkategorier er illustreret i følgende skema:

Skema 7: Oversigt over de tre temaer og de tilhørende sub-temaer, samt antallet af kategorier

Temaer	Indefra perspektiv			Udefra perspektiv		Deltagerperspektiv	
Sub-temaer	Refleksion og selv-refleksion	Kompetence-udvikling	Læring, undervisnings- og vejledningsstrategier	Fællesskab mellem kliniske vejledere	At lære studerende at være sygeplejerske og at udøve sygepleje	Ejerskab og medindflydelse	Plus/minus udbytte af deltagelse i LIP-projektet
Antal hoved-kategorier	4	3	7	3	2	5	9

3.1 Tema: Indefra perspektiv

Evalueringsens første tema handler om de kliniske vejlederes egen kompetenceudvikling. Her har analysegruppen kondenseret og fortolket udsagnene fra de kliniske vejledere, hvor de giver udtryk for egen udvikling gennem LIP-projektet. At temaet er kaldt et indefra perspektiv skyldes, at det er udvikling, der foregår tæt på den enkelte kliniske vejleder. Indefra perspektivet betyder, at den kliniske vejleder er i kontakt med den sanselige inderside eller en forståelse indefra. Indefra perspektivet kan være, når den kliniske vejleder har fokus på egen rolle, vejlederstil, bevidstheden om at være vejleder og formår at indtage selvrefleksionens metaperspektiv. Det kan f. eks. være, når den kliniske vejleder gør op med sig selv – dette er en fin måde at vejlede på, jeg fornemmer god kontakt til den studerende. Den kliniske vejleder har bragt sig selv i et øjeblikks eftertænkksomhed, og udfordringen vil konstant være, at give rum for den sanselige inderside (Lindseth 2005).

Som det kan ses af nedenstående skema består temaet af følgende 14 hovedkategorier, der beskriver indholdet i de tre sub-temaer; 'refleksion og selvrefleksion', 'kompetenceudvikling' og 'Lærings, undervisnings- og vejledningsstrategier'.

Skema 8: Oversigt over temaet 'Indefra perspektiv'

Tema	Indefra perspektiv												
Sub-temaer	Refleksion og selv-refleksion				Kompetenceudvikling			Lærings, undervisnings- og vejledningsstrategier					
Hovedkategorier	Logbogsskrivning	Observationsstudiet	Vindmøllemodellen	Andre faktorer	Personlig kompetence	Faglig kompetence	Pædagogisk/metodisk kompetence	Øv dig sammen med mig	Forberedt vejledning med aktivering af de studerende	Lad mig fortælle dig	Lære den studerende at kende	Før, under og efter vejledning	Læremuligheder
													Læringsmiljø

Herunder udfoldes indholdet i de tre sub-temaer og deres tilhørende hovedkategorier.

3.1.1 Sub-tema: Refleksion og selv-refleksion

Gennem analysen blev der konstrueret 50 kategorier, hvor de kliniske vejledere taler om, at de forskellige aktiviteter i LIP-projektet har givet dem anledning til refleksion over mange forskellige facetter af deres funktion som kliniske vejleder. F.eks. deres egen rolle som og bevidsthed om at være vejleder, deres personlige og pædagogiske vejlederstil.

Udsagnene er kondenseret til 4 hovedkategorier ud fra projektets aktiviteter, nemlig logbogsskrivning, observationsstudiet, Vindmøllemodellen (VMM) og andre.

For oversigt over sub-temaets kategorier se Bilag 3.

3.1.1.1. Logbogsskrivning

Logbogsskrivning omtales i 18 ud af de 50 udsagn. Følgende citater er eksempler på, hvordan de kliniske vejledere beskriver, at projektet har givet dem anledning til en mere systematisk refleksion, som de har kunnet anvende i vejledning af studerende efterfølgende. Nogle af vejlederne følte det, som om de blev "tvunget" til at skrive ugentlig logbog, men alle giver udtryk for, at den tid til at skrive gav anledning til særlig refleksion. Om logbogsskrivning udtaler vejlederne f.eks.:

"... når man så læste det igennem bagefter, de her refleksioner, så kunne man i den efterfølgende [...] uge, man havde med den studerende, der havde man nogle af de ting med i baghovedet, som man havde siddet og reflekteret over. Som vi jo ellers ikke tager os tiden til og reflekterer over. Og der synes jeg, at der begynder det at blive skægt." (SJA, 274-278:67)

"... første gang, det var nok der, jeg fik mest ud af det. Og jeg tænkte, at det kunne være smart, at man brugte det som metode til netop det at være selvrefleksiv over sin egen praksis og så egentlig, når man ikke

havde så travlt med de studerende. Så kigge på, hvad det egentlig var, jeg var optaget af. Kunne man bruge det som mere systematisk fremadrettet. Og jeg tænkte, at det var måske en meget god måde at arbejde på". (HI, 145-149:90)

"Men jeg synes, at ved at man får skrevet noget ned, at man også begynder at reflektere over sin egen vejledningspraksis. Kunne jeg have gjort noget andet der? Kunne jeg måske have forklaret noget mere bagefter? Så jeg tror, at det gjorde mig mere bevidst om min egen vejlederrolle, hvor det ikke blev sådan lidt rutinemæssigt i de daglige vejledningssituationer -... det er jo noget andet end den der daglige vejledning." (GLB, 195-202:100)

Det ser ud til, at logbogsskrivningen har gjort en forskel for en del af de kliniske vejlederes refleksion og selv-refleksion. F.eks. en klinisk vejleder der foreslår, at logbogsskrivning kunne anvendes til en systematisk og fremadrettet vejledning af studerende.

3.1.1.2. Observationsstudiet

Observationsstudiet omtales i otte af udsagnene. Vejlederne udtaler, at både det at observere og at blive observeret gav dem anledning til refleksion. De kliniske vejledere fik eftertanker om deres egen rolle i vejledning, egne læreprocesser og det at opleve, hvordan det formentlig føles at være sygeplejestuderende og blive observeret og vejledt. Observationen satte også fokus på, at gode intentioner og hensigtsmæssig adfærd ikke altid hænger sammen.

De følgende citater viser, at de kliniske vejledere både før, under og efter observationsstudiet gjorde sig mange overvejelser omkring den vejledning, de giver de studerende:

"Men det var også – jeg synes at det var en stor gave til mig, det var i hvert fald bagefter at – også at få den mundtlige tilbagemelding fra dig. Jeg så sådan og sådan, jeg hørte det og det. Stemte det egentlig overens med virkeligheden, altså kunne jeg – blev det budskab jeg skulle ud med i den pågældende situation – var der sådan kongruens mellem det jeg sagde, og sådan som jeg opførte mig selv. Det var da en kæmpe gave - altså at få den tilbagemelding, synes jeg."(BUC, 336-341:27)

"Jeg tænker, at det er jo ikke kun det at se hinanden. Hvordan hinanden arbejder, det er også den måde man tænker på, når en anden skal se, hvad man laver, den går ligesom to veje. Jeg kan da huske, at jeg tænkte i hvert fald rigtig meget over, hvordan jeg nu gjorde, når jeg vejledte de studerende, når jeg vidste, at der kom en kollega en uge efter og skulle kikke på. Der blev sat noget i gang i mit hoved i hvert fald ... på en god måde, nej. Jeg var ikke sådan nervøs, det var mere sådan reflekterende egentligt, hvad er det egentligt, jeg får og gør. Det synes jeg egentlig var rart eller sundt." (HI, 221-22:130)

Citaterne tyder på, at de kliniske vejledere er blevet bedre til at se og udnytte læringsmuligheder for de studerende. Nogle af vejlederne fortæller, at det gav dem anledning til læringsrige refleksioner, når de havde dialog med eller fik tilbagemelding fra den vejleder, der observerede dem. At give tilbagemeldinger var egentlig ikke beskrevet i guiden til observationsstudiet, men de kliniske vejlederes erfaringer peger i retning af at tilbagemeldinger er ønskelige.

3.1.1.3. Vindmøllemodellen

Vindmøllemodellen kan skabe refleksion hos vejleder og studerende. De kliniske vejledere fortæller:

"Jeg synes også, at det har været spændende, det der med at opdage selv undervejs i nogen af dem – ups eller ikke ups på den måde, men hold da op, her er jo masser af læringspotentiale i den her situation. Eller det har jeg nogle gange siddet og tænkt – det har jeg egentlig taget for givet, at det kunne de[studerende] godt. Eller det var der ikke noget nyt i, men når man lige fik den vendt om til, hvilken kontekst er det egentlig, det foregår i, så jo – det var faktisk en ny læresituation og få den brugt på den måde." (MIB, 49-54:3)

"Fordi jeg har tænkt den ind, når tingene bliver svære. Jeg har haft to fantastiske studerende, hvor det hele glider som i olie, der har jeg slet ikke tænkt tanken [om at anvende Vindmøllemodellen]. Men så får jeg to studerende, hvor den ene hænger, hvor det er så svært det hele. Så tænker jeg den ind. Og da hun så får øje på den, da jeg forklarer hende, så er der ting, der giver mening og ting, hun bedre kan reflektere sig frem til. Hvorfor var det så svært? Den er god at sætte ord i også." (ÅL, 110-15:20)

"Det du siger, får mig til at tænke på, at jeg faktisk er blevet bedre til at tænke højt sammen med den studerende." (GLA, 162-63:73)

Andre kliniske vejledere har ikke anvendt modellen direkte, men beskriver, hvordan de har den "inde i hovedet" – at de reflekterer over, hvordan de kan inddrage den i konkrete situationer:

"Jeg har heller ikke brugt den sammen med de studerende, men jeg synes, den lever inde i mit hoved i min vejledning af de studerende [...] Det har været min arbejdsmodel og min måde at analysere nogle læringssituationer på." (HI,18-20:92).

3.1.1.4 Andre

Blandt udsagnene fra hovedkategorien "andre" har vi valgt klinisk vejleder 33, som oplever et gevaldigt "løft" i funktionen som klinisk vejleder:

"Jeg tænker - nu brugte jeg det der udtryk, den der følelse af medvind. Altså, jeg tænker, det løfter en som klinisk vejleder. Og jeg tænker i selve det der med at forholde sig kritisk til det, jeg går og gør. Så det ikke bliver sådan bare noget - jeg er bare klinisk vejleder. Men det er en særlig funktion og der gør - de kræver, at jeg kigger kritisk på mig selv og hele tiden udvikler de pædagogiske tænkninger [...] altså får lysten tilbage i det, men egentlig også energien på det. Men egentlig også, at hvad er det nu for nogle moralske kodeks, jeg har, når jeg er klinisk vejleder? Og så sætte dem i spil. Det synes jeg, det er – de har nok været det, jeg har lært allermest af." (MIB, 528-538:33)

Citatet viser at den kliniske vejleder oplever det positivt stimulerende at skulle forholde sig kritisk til sin egen pædagogiske tænkning og vejlederpraksis, at det skaber motivation for at synliggøre og styrke vejlederfunktionen.

3.1.2. Sub-tema: kompetenceudvikling.

Vi fandt 18 udsagn i analysen af 2. fokusgruppeinterview, som vi har kategoriseret som udsagn, hvor de kliniske vejledere forholder sig enten direkte eller indirekte til udviklingen af deres egne personlige, sygeplejefaglige, pædagogiske/metodiske kompetencer. Der er udsagn fra syv interviews og 14 vejledere. De kliniske vejledere oplever, at de har fået styrket deres kompetencer til at italesætte, hvad den psykiatriske sygeplejerskes spidskompetencer er, til at se læringsmuligheder for de studerende og udvikle nye pædagogiske undervisningsstrategier. Alene det at indgå i og følge processen i et

aktionsforskningsprojekt medvirker til at øge de kliniske vejlederes kompetencer og motivation for vejlederopgaven.

For oversigt over sub-temaets kategorier se Bilag 4.

3.1.2.1. Personlige kompetencer

En klinisk vejleder siger om udvikling af personlig kompetence:

"Jeg synes, at ved at være i det her projekt, det har givet mig mere sådan både personlig, men også faglig selvværdsfølelse, fordi man har – eller jeg har i hvert fald fundet ud af med mig selv, at det, jeg kan og det jeg gør, og det jeg viser de studerende, der er det, jeg kan og giver og det er godt nok." (GLA, 736-39:73).

Man kan sige, at den kliniske vejleder føler sig både personligt og fagligt styrket gennem deltagelse i LIP; hun ved med sig selv, at det hun tilbyder de studerende er ok.

3.1.2.2. Faglig kompetence

En vejleder siger om de faglige kompetencer:

"Ja, for det tror jeg [...] at mange steder, har det lidt været det der, at man har haft en meget flad struktur, alle gør det samme, [...] den har vi da også haftovre hos os, den drøftelse. Hvad er det netop, der er sygeplejerskernes spidskompetencer og der har jo været sat spørgsmålstejn ved, hvad skal sygeplejerskerne egentlig i psykiatrien." (MIB, 1226-1229:3).

I det følgende citat beskriver en kliniske vejleder, hvordan observationsstudiet har medvirket til at gøre hende bevidst om, hvilken betydning hendes egen rolle som klinisk vejleder har for den studerendes læring:

"Jeg kan huske at noget af det som projektet i hvert fald har været med til at gøre for mig og min rolle som klinisk vejleder, det var egentlig at skærpe min opmærksomhed på min egen rolle også. Altså, ét er de studerende, men det andet er, at jeg synes specielt, da [anden vejleders navn] og jeg lavede observationer, da synes jeg, at jeg blev meget opmærksom på, hvad det egentlig er, min egen rolle er. Så den ekstra ting, der er i, at en anden kommer og observerer en, for det er et meget ensomt arbejde, det synes jeg var med til at skabe opmærksomhed." (BUC, 59-64:32)

Således har LIP-projektet for nogle vejledere udviklet deres tanker om rollen som vejleder, og gjort rollen mere tydelig for dem selv.

3.1.2.3. Pædagogisk/metodisk kompetence

Følgende citat viser, at den kliniske vejleder inddrager Vindmøllemodellen som en pædagogisk metode til at udvide perspektivet for, hvilke faglige læringsmuligheder der er i psykiatrien, både for de sygeplejestuderende og sig selv:

"Altså, der ... er jo en stor opgave i også at formidle til de andre, at det er altså rigtig vigtigt, at den studerende får lov til at være med her. Så jeg synes, at det at sprogliggøre sin faglighed, det bliver også forstærket af, at der er en model foran en, som man skal prøve at forstå, som man ikke lige kan forstå eller ikke lige synes godt om. Altså hele det der med at få orden på kaos, som du også snakker om. [...] men sidder jeg overfor en studerende nu, der ikke ved noget og heller ikke ved, hvad hun skal lære. Eller sidder jeg overfor en, hvor jeg ikke ved, hvad hun kan lære lige her i den kontekst, og hun ved heller ikke hvad –

altså hvor mange af os, der er bevidste om hvad der sker. Det synes jeg har været spændende. Og jeg synes, det har udvidet perspektivet for, hvad psykiatri og faglighed er, og hvad man kan lære. Det synes jeg faktisk det har - Det næste bliver, at [...] videregive det til både ens ledelse og implementere det i hele organisationen.” (GLA, 126-136:72)

Den kliniske vejleder overvejer, at det næste skridt kunne være at bevæge sig udover 'indefra perspektivet' til 'udefra perspektivet' med et ønske om at implementere Vindmøllemodellen i hele organisationen.

En anden vejleder beskriver, hvordan hun har internaliseret Vindmøllemodellen i sin måde at analysere læringssituationer på, og på den måde har udvidet sin pædagogiske kompetence:

”Jeg har heller ikke brugt den [Vindmøllemodellen] sammen med de studerende, men jeg synes, den lever inde i mit hoved i min vejledning af studerende. Men det er ikke noget, jeg har præsenteret dem for. Det har været sådan min arbejdsmodel og min måde at analysere nogle læringssituationer på... det her med, at psykiatrien er en meget fremmed verden for mange af de studerende, og der giver den jo også rigtig mening i forhold til det her, det ubevidste felt, det ukendte felt, de går ind i. Så der havde jeg den også i spil. Det er sådan en måde at forholde mig til, at når de studerende kommer herud, så er det meget fremmed og nyt for dem. Og det synes jeg har hjulpet mig til at holde fokus på det egentligt.” (HI, 24-32:92).

3.1.3 Subtema: læring, undervisnings- og vejledningsstrategier

Subtemaet læring, undervisnings- og vejledningsstrategier har syv hovedkategorier baseret på 98 kategorier. Der er udsagn fra 11 interview og 28 forskellige kliniske vejledere. Sub-temaet peger på, at deltagelse i LIP-projektet har betydet, at de kliniske vejledere tænker mere over sygeplejestuderendes læremuligheder, betydningen af læringsmiljøet og forskellige undervisnings- og vejledningsstrategier.

For oversigt over sub-temaets kategorier se Bilag 5.

3.1.3.1 Øv dig sammen med mig

Denne hovedkategori handler om, at vejlederne har øget opmærksomhed på de læringsmuligheder, der opstår, hvis vejledningsstrategien ”at være tæt på de studerende i praksis hos patienterne” anvendes.

En vejleder fortæller om en episode med en studerende på 11. semester, der skulle hælde medicin op til en patient, der var meget mistroisk over for medicin. Der manglede tre ordinerede tabletter i medicinskabet. Den kliniske vejleder vurderede, at det var væsentligt at hente den manglende medicin på naboafdelingen. Patienten ville modtage al medicin ad en gang, og det blev ikke nødvendigt at skulle forklare den mistroiske patient, hvorfor der manglede tre tabletter. Denne vurdering og beslutning kunne den studerende ikke træffe. Vejlederen fortæller:

”... Der er lige pludselig mange faglige overvejelser og pædagogik og psykiatri i det, hvordan reagerer patienten på det. Det var i hvert fald komplekst for mig. Og måske tænkte jeg, lige der – måske skal du gå endnu mere med en studerende, du synes, der er god til nogle ting, fordi der er store huller, og hvordan skal hun komme videre med de ting der, fordi hun var på Herrens mark med det. Hun anede ikke, hvad hun skulle gøre. Og hun er snart færdig som sygeplejerske, så tænkte jeg også, - hold da fast, hvis hun skulle stå alene og give medicin en travl lørdag, hvad kunne der så ske af problemer, som hun kunne være fri for. Så hun fik i hvert fald en læring i dag af mig, hvad det var, man skulle gøre.” (MIA, 504-520:31).

Denne oplevelse lærer vejlederen, hvor mange læringsmuligheder der er for de studerende, når de er sammen i praksis. Den studerende får et vigtigt læringsudbytte, selvom det er en studerende, der klarer sig godt, så kan den studerende lære af, at vejlederen er tæt på, når den studerende handler i praksis.

En anden vejleder fortæller:

"... der synes jeg, at det har været rart med denne her model, som jeg sagde før, at dykke ned i nogle – i de små ting, der er på afdelingen og sige, at du skal finde frem til det her sammen med mig..." (BUC,157-163:27).

Vejlederne er altså blevet opmærksomme på, at vejledningsstrategien, der handler om at være sammen med de studerende i praksis, giver et læreudbytte for studerende. Men det er også igennem LIP-projektet gået op for en af de vejledere, der fungerer som uddannelsesansvarlige sygeplejerske, at de kliniske vejledere, der er tæt på praksis, faktisk **ikke**, er særlig meget sammen med de studerende bed-side, hvilket den kliniske vejleder oplever som overraskende:

"Fordi umiddelbart så ville jeg jo tænke, at én af ulemperne, for det var jeg ikke inde på før, det er, at vi har begrænset adgang til at kunne vejlede bed-side. Det er den der evindelige dårlige samvittighed, jeg har gået med igennem mange år. Som vi efterhånden har delt med hinanden. At vi – det er svært at være begge dele og have studerende spredte i flere forskellige afsnit og så være i plejen. Det er det der dilemma. Men det der så gik op for mig på det her arbejdsseminar, det sidste vi var på, det kunne jeg jo høre rundt omkring på folk, at dem der er i plejen, jo heller ikke vejleder særlig meget bed-side, og det overraskede mig rigtig meget. For jeg tænkte, det må da være én af de store forskelle på os og dem. At de er der hele tiden, de har fingrene ned i dejen med de studerende. Og så høre – nej, fordi driften hiver dem i en anden retning, så det pædagogiske arbejde bed-side var også begrænset der. Det synes jeg var overraskende." (HI,417-426:92).

Dette kan pege i retning af, at nogle vejledere har fået øje på, at det med at være sammen med de studerende i praksis har et læringspotentiale, men også, at det er en strategi, der stadig rummer uudnyttet læringspotentiale. og vejledningsstrategien "øv dig sammen med mig" giver kliniske vejledere nye eftertanker.

3.1.3.2. Forberedt vejledning med aktivering af de studerende

Denne hovedkategori handler om, at vejlederne igennem deltagelse i LIP-projektet er blevet opmærksomme på, hvordan deres vejledning har manglet rammer, mål og forberedelse. Vejlederne lægger nu mere vægt på at få aktiveret de studerende, og på at stille krav til de studerende om f.eks. at have forberedt sig skriftligt inden en vejledning. En vejleder siger at:

"... man kunne egentlig godt bede den studerende om at have reflekteret lidt på forhånd og sige, jamen når vi skal mødes næste gang til vejledning, så vil jeg gerne have, at det er sådan og sådan, vi kommer ind på, for så kan jeg også forberede mig. Det synes jeg – det gav mig en aha-oplevelse sidste gang [ved arbejdsseminar]." (ÅL,332-339:16).

og en anden vejleder fortæller:

"... jeg tror faktisk, at Vindmøllemodellen har været med til at jeg er blevet mere opmærksom – jeg vil altså bare have noget på skrift til de individuelle planlagte vejledninger. Fordi jeg synes, at modellen er så god til

lige at gå ind og kigge på, hvad skete der egentlig, og hvad var det, du stod i. Så hvis man har noget på skrift før, så kan man bedre få det – ja komme lidt dybere i det...” (MIA,255-261:28).

Vejlederne taler om den forberedte vejledning med aktivering af de studerende, dels som noget de allerede har ændret som følge af LIP-projektet, dels som ideer, til hvordan man kan gøre noget anderledes i fremtiden. Her nævnes som muligheder, at de studerende kan undervise hinanden, eller give hinanden tilbagemeldinger ved opgaveskrivning:

"Noget af det, som jeg har tænkt en del over, kan man sige i denne her sammenhæng, det er, hvordan kan man måske aktivere de studerende i en større grad, end man gør. Altså kan man på én eller måde sætte dem til at undervise hinanden eller snakke om – netop i forbindelse med at få det fokus, som de har på de ting, de laver mere centralt ind i det ... Man kunne også gøre det i forbindelse med, at de har skrevet opgaver, at få dem til at lave tilbagemeldinger på hinandens opgaver." (BUC,359-377:36).

3.1.3.3 Lad mig fortælle dig

Disse kategorier handler om at 'eksplicitere med ord', hvad der sker, og hvad der forventes af den studerende. En vejleder fortæller:

"... at jeg som vejleder præciserer de studerendes opgave i det her virvar. Det har jeg oplevet, at de har været glade for at få at vide – din opgave er sådan og sådan. Du skal bare følge efter mig og observere" (SJA,432-435:66).

Vindmøllemodellen har gjort det tydeligt for vejleder²⁷ (citater nedenfor), at den studerende har brug for at få baggrunden for de valgte handlinger forklaret med ord:

"... man er meget handlingsorienteret som sygeplejerske og så tage mellemregningerne med for den studerende. Altså i vores arbejde, så er det ikke altid, at vi er gode til at beskrive mellemregningerne, men der er mange mellemregninger, inden man handler. Som vi ikke er bevidste om, at dem har de studerende brug for at lære". (BUC,94-98:27).

Samme vejleder udtaler også, at det er vigtigt, at de studerende ikke bare får fortalt, hvad der skal ske, men også selv er med til at skabe mening i det, der sker gennem refleksion.

3.1.3.4 At lære den studerende at kende

Denne hovedkategori handler bl.a. om at bruge Vindmøllemodellen til at evaluere den studerendes progression i læringsudbytte. En vejleder fortæller om at få sat realistiske mål til den studerende ved at spørge den studerende hvad der er svært for vedkommende:

"... men hvor vi vejledere kommer til at skyde lidt med skarpt og beder de studerende om at trække noget teori ned over en praksis, som de faktisk stadigvæk kun er ved dørtærsklen til. Så jeg synes, at det gør at vi sænker ambitionerne lidt og i hvert fald meget mere eller meget færre gange skyder over mål. Fordi vi får den studerende til at fortælle, hvad der har været svært." (MIB,60-65:33).

En anden vejleder er opmærksom på, at de studerende ikke selv kan vide, hvad de ikke ved, og at vejlederen derfor skal vide, hvilken teoretisk viden, de studerende har, for at kunne vejlede relevant:

"... hvor ligger deres teoretiske viden. Hvad har de af huller, hvordan kan vi gå ind og fylde på, og hvad fylder vi på med, og hvordan hjælper vi dem? Og nogle gange er det jo også rigtig vanskeligt for den studerende at se [...] hvis man sætter sig i dagligstuen og sidder og småsnakker med patienterne, jamen så kan det være rigtig vanskeligt f.eks. at gå ud og reflektere over selv, hvad er det så for en teoretisk viden, man mangler og det er jo der, at vi skal komme ind og hjælpe dem med den viden, som de ikke ved, de ikke har." (SJA,144-152:67).

Vindmøllemodellen som vurdering af studerende handler om, at bruge Vindmøllemodellen til at vurdere, hvilken viden og erfaringer de studerende har, og hvor det er at de har brug for at lære noget:

"[Vindmøllemodellen] ... kan gøre det synligt, hvis man spørger ind til hvor – hvad ved de studerende i forvejen? Ved de noget eller har de nogen erfaring eller har de læst om noget, eller har de noget personligt, de har oplevet? Det kunne jo også være – eller har de nogle fornuftige forslag til, hvordan man kunne agere i en eller anden – dette og hint – i samtale med en patient, der har et eller andet budskab?" (GLA, 179-191:71)

Et eksempel mere på at Vindmøllemodellen anvendes som et evalueringsredskab:

"Jeg synes, at mine erfaringer med det, det er, at det nemt bliver et redskab, jeg trækker ind efter en situation med de studerende. Så man kigger på situationen med Vindmøllemodellen, så det bliver sådan en evaluerings - ud i noget som du ikke lige - som vi ikke kunne forudse, eller var der ikke noget, som du ikke normalt, altså hvor du manglede erfaring eller hvor du blev usikker, i det der disjuncture. Så jeg synes nemt, at det bliver sådan en evalueringsmodel for mig i hvert fald." (MIA,29-33:124).

Der nævnes også, at det ikke kun er de studerendes teoretiske viden, men også deres forforståelse, der har betydning for deres læring, og at den kan man som vejleder blive klogere på ved at tale med og høre på de studerende:

"Interessant, det der med at høre lidt, hvad er det egentlig de synes - det var bare ikke hverdagsliv her – det var simpelthen så vanskeligt og så svært. Og deres fordomsfuldhed, at få den i spil også. Den fylder jo helt vildt og spænder rigtig meget ben for dem i starten - at få den sat i spil." (MIB,192-194:33).

"... altså for mig er vejledningen noget omkring at vi har forstået, hvor vigtigt det er, at man får italesat, hvad er det, den studerende har brug for, eller hvad er det, de studerende har brug for af mig i alle de situationer, som de kan lære af [...] man får lavet en dialog om de studerendes forforståelse eller forud viden eller hvad man kan sige – basis, før jeg ligesom kan give mit besyv med og give dem en guidning til, hvordan de kan blive klogere. Det er derfor, jeg synes, at den [Vindmøllemodellen] laver orden i kaos." (GLA,389-398:71).

En anden klinisk vejleder får også hjælp af Vindmøllemodellen til at få realistiske forventninger i forhold til hvad den studerende kan og skal:

"... Så ved jeg, hvor hendes niveau ligger, hvor er hendes blinde plet og min blinde plet. Så kan det godt være, at jeg ikke har sådan for store krav til hende, at nu skal hun bare være selvstændig og gøre bom, bom, bom. Så bliver jeg skuffet hver gang, hun kommer tilbage uden at have observeret noget som helst..." (KF, 196-203:83).

"Vi sætter ikke målene så højt heller eller forventningerne så højt. Det er måske også en måde at vælge opgaver ud på, eller måde hvorpå vi introducerer en opgave, bliver pludselig vendt og italesat på en anden måde end vi gjorde før hen." (MIB,69-74:3).

Vejledningsstrategien "at lytte til den studerende", hvor den kliniske vejleder lærer den studerende at kende, og med afsæt i denne viden vejledes den studerende således at erfaringer, forforståelser og teoretisk viden medtænkes. Her ser det ud til, at arbejdet med Vindmøllemodellen har fået de kliniske vejledere til at blive mere opmærksomme på, at det er forskelligt, hvad de enkelte studerende har med sig af viden, forforståelse og erfaringer, og at det har betydning for deres læring.

3.1.3.5 Før, under og efter – vejledning

Vejlederne er blevet mere opmærksomme på betydningen af før-vejledning, hvilket er koblet til at hjælpe de studerende med at se de læremuligheder, der er i de små hverdagslignende aktiviteter. Det er for eksempel at tale en 'lille' hverdags situation igennem med den studerende, inden den studerende skal ind til patienten:

"... det kunne være, hvis de skal ned og vække en patient. Hvad gør du så, hvad tanker har, vil du banke på døren første gang stille og roligt, næste gang måske lidt hårdere, ligesom du afventer et svar fra patienten? Der er ingen svar, så låser du døren op. Kommer ind i et mørkt rum, der er trukket gardin for og det hele. Hvad så næste trin, kunne det være at tænde lyset eller hvad vil du? Dette kunne være, at hvis du tænder lyset, at patient svarer – sluk da for helvede det lys der." (MIC,66-73:6).

"Jeg tænker, at noget af det, der i hvert fald har gjort en stor forandring for mig, det er det der med at være bevidst om de ting, som jeg sætter de studerende til, at tage børnene med over i skolen, er ikke bare at tage børnene med over i skolen. Og det at spise sammen med børnene er heller ikke bare at spise sammen med dem. Så hver eneste gang de skal nogle ting, så tænker jeg, at jeg er blevet mere opmærksom på at fortælle dem, hvad det er for nogle opgaver, der ligger i det, end jeg har været før". (BUC,35-40:36).

En modsætning til dette er at sende de studerende ud i situationer, de ikke er klædt på til, fordi vejlederen har erfaring for at kunne se de studerende vokse af at klare sig selv: *"... jeg har også bevidst sendt de studerende ud i situationer, hvor de ikke var ordentligt klædt på, og hvor jeg har set, at de er vokset af opgaven og har fået erfaring – hvad skal man sige – sådan undervejs ved refleksionen, mens de har stået i situationen, hvor de har været nødt til at klare sig selv." (BA, 84-87:95).*

Før-vejledning bliver også opfattet som at have mere fokus på, at fortælle nye studerende, hvad de kan forvente, inden de kommer ud på afsnittet til patienterne: *"... F.eks. til introduktion er jeg meget mere specifik, i hvert fald i starten, når der kommer nye uddannelsessøgende, der skal i gang med at være i klinikken, der snakker jeg meget mere om det der med at være ny. Og hvad kan man forvente. Altså gør jeg meget mere ud af, end jeg tidligere har gjort [...] Der guider jeg dem meget mere, det giver mere førvejledning på en anden måde i forhold til det, tror jeg." (Hi,652-657:90).*

Det ser ud til, at LIP-projektet har haft betydning for, at vejlederne i højere grad er blevet opmærksomme på det værdifulde i gensidige lærestrategier

3.1.3.6 Læremuligheder

Denne hovedkategori er kondenseret ud fra 31 kategorier, der bl.a. omhandler læremuligheder i forhold til bevidst/ikke bevidst og i forhold til LIP-projektets aktiviteter. Der er ikke analyseret yderligere på disse data. Der henvises til Bilag 5 under kolonnen 'Læremuligheder'.

3.1.3.7 Læringsmiljø

Denne hovedkategori er kondenseret ud fra 36 kategorier, der omhandler læringsmiljø, medinddragelse af praksisfællesskabet, og anvendelse af Vindmøllemodellen i praksisfællesskabet. Der er ikke analyseret yderligere på disse data. Der henvises til Bilag 5 under kolonnen 'Læringsmuligheder'.

Indholdet kan pege i retning af, at yderligere analyse ville placere denne hovedkategori under temaet 'Udefra perspektiv'.

3.1.4 Opsummering af temaet 'Indefra perspektiv'

Konkluderende for temaet 'Indefra perspektiv' kan man sige, at LIP-projektet har skabt udvikling hos de kliniske vejledere gennem refleksion og selv-refleksion, ved f.eks. gennem projektets aktiviteter at give dem anledning til at tænke over forskellige facetter i deres funktion som kliniske vejledere. Logbogskrivningen har gjort en forskel i forhold til at overveje vejledning mere systematisk, hvilket er blevet anvendt efterfølgende i vejledning af studerende. Observationsstudiet har dels givet en indsigt i, hvordan det må føles at blive observeret, når man er studerende dels mere klarhed over deres egen rolle som vejledere. Vindmøllemodellen er blevet anvendt til at tænke højt med de studerende, og til at hjælpe med at sætte ord på det, der er svært for de studerende.

Kliniske vejledere har også udviklet sig i forhold til deres personlige, faglige og pædagogiske/metodiske kompetencer. De kliniske vejledere føler sig mere afklarede og sikre i rollen som vejledere. I tillæg hertil har Vindmøllemodellen kunne anvendes som en metode til at udvide perspektivet for, hvilke faglige læringsmuligheder der er i psykiatrien – både for studerende og for vejlederen selv.

I forhold til lærings-, undervisnings- og vejledningsstrategier har de udviklet deres egen forståelse for og indsigt i betydningen af deres valgte strategier. F.eks. er nogle vejledere blevet opmærksomme på, hvor væsentligt det er at være tæt sammen med studerende i praksis og at lade de studerende øve sig sammen med de kliniske vejledere. Det er også blevet tydeligt, at der er afdækket et uudnyttet læringspotentiale, idet vejledning af studerende typisk ikke har været forberedt af hverken den studerende eller vejlederen. Vejlederne nævner selv, at der her er noget at arbejde med fremover. Desuden er de kliniske vejledere blevet mere opmærksomme på at ekspliciterer med ord, hvad der foregår, og hvad der forventes af den studerende. Der er også kommet fokus på, hvor væsentligt det er at lære den studerende at kende ved at lytte til den studerende, og Vindmøllemodellen anvendes til at vurdere, hvilken viden, forforståelse og erfaringer de studerende har, og hvad de har behov for at lære. Til sidst er det også blevet tydeligere for vejlederne, at før-vejledning kan hjælpe de studerende til at se de læremuligheder, der er i de små hverdagslignende aktiviteter.

3.2 tema: 'Udefra perspektiv'

Evalueringsens andet tema handler om, at deltagelse i LIP-projektet har skærpet de kliniske vejlederes opmærksomhed på, at sygeplejestuderende skal socialiseres ind i faget i det psykiatriske felt, de skal lære at udøve psykiatrisk sygepleje, og fællesskabet med andre kliniske vejledere både lokalt og på tværs af

regioner har udviklet deres faglighed som vejledere – dette kalder vi udefra-perspektiv. Her er andre end de kliniske vejledere blevet involveret aktivt. Det kan for eksempel være den kliniske vejleder, der bliver opmærksom på nye læringsmuligheder i relation til de studerendes professionelle socialisering.

Temaet udfoldes i to sub-temaer og i fem hovedkategorier:

Skema 9: Oversigt over temaet 'Udefra perspektiv'

Tema	Udefra perspektiv				
Sub-tema	At lære de studerende at være sygeplejerske og at udøve sygepleje		Netværk - Fællesskab mellem kliniske vejledere		
Hovedkategorier	Uskrevne normer-og-regler og professionel socialisering	Psykiatrisk sygepleje og Pseudohverdagslivs-aktiviteter	Arbejdsseminar	Projektarbejdsgruppen	Lokalt netværk eller grupper af kliniske vejledere

3.2.1 Sub-tema: At lære de studerende at være sygeplejerske og at udøve sygepleje

At lære at være psykiatrisk sygeplejerske handler bl.a. om, at de studerende skal tilegne sig uskrevne normer-og-regler f.eks. om sikkerhed for patienter og personale og om holdninger til patienterne. Dette er ifølge Kragelund ofte kollektivt ikke-bevidst, og dermed potentielle lærermuligheder (Kragelund 2007). Uskrevne normer-og-regler, samt socialisering er konstrueret som en hovedkategori i evalueringen, og analysen viser en tendens i retning af, at de kliniske vejledere er blevet mere bevidste om betydningen af uskrevne normer-og-regler for studerendes socialisering ind i praksisfællesskabet. At lære at udøve sygepleje handler om at tilegne sig viden og færdigheder til professionel udført psykiatrisk sygepleje. Der er ofte tydelige skriftlige mål for dette, hvilket betyder at både studerende og vejleder er bevidste om, at det er noget de studerende skal lære, og det betyder ofte, at de studerende vil komme i ikke-rutine situationer (Kragelund 2007). Sub-temaet indeholder desuden en hovedkategori, der peger i retning af, at de kliniske vejledere tænker mere over, hvordan de kan lære studerende kernefagligheden, psykiatrisk sygepleje. Samt hvordan de små ting i den professionelle dagligdag, pseudo-hverdagslivsaktiviteterne, kan synliggøres i højere grad, og udnyttes mere hensigtsmæssigt i studerendes læring.

Der indgår empiri fra 10 interviews og udsagn fra 20 kliniske vejledere, baseret på 89 kategorier.

For oversigt over sub-temaets kategorier se Bilag 6.

3.2.1.1 Uskrevne normer-og-regler, samt professionel socialisering

Et eksempel på at en klinisk vejleder er blevet mere bevidst om eksistensen af uskrevne normer-og-regler er, at han/hun tænker tilbage på en situation, hvor hun/han tog det for givet, at den studerende kendte strukturen for og de uskrevne normer-og-regler for planlægning af dagen. Den kliniske vejleder har lært, at det er nødvendigt, at sige ting eksplicit til den studerende:

"Vi siger til hende, vores studerende, kl. 9.00 til 9.20 der har vi morgenkaffe. Og der planlægger vi lige dagen. Fint nok. Hun får at vide, at hun skal komme til morgenkaffe, det kan alle forholde sig til. Jeg sagde ikke til hende, at de sidste fem minutter, det er hvor vi lige siger, hvem gør hvad herefter, er der nogen, vi skal tage os af i team E, for nu går de op til pause og sådan nogle ting. Så hun gik jo. Hun skulle lige op og ryge, da hun var færdig med sin kaffe. Så gik hun. Så tænkte jeg, hvorfor går hun? Nu kommer de fem vigtigste minutter, der hvor vi simpelthen får planlagt dagen. Væk var den studerende. Så sagde jeg til hende, hvorfor går du – jeg skulle op og ryge – jamen nu planlægger vi jo dagen – Gud, jamen det må du da undskylde, det vidste jeg da ikke. Der er så mange små bitte ting i socialiseringen, som man tænker, hvorfor gør de ikke, som jeg tænker. Men jeg skal da sige det." (ÅL,926-942:20).

Man kan her se, at den kliniske vejleder er blevet mere opmærksom på en af de mange små uskrevne normer og regler, der gælder i en sygeplejeverden i praksisfællesskabet.

En kliniske vejleder giver udtryk for, at han/hun har Vindmøllemodellen i hovedet, som et brugbart redskab:

"Jeg synes, at jeg er blevet bevidst om de forskellige finesser, der er i læringen – bare det, at man har den der skabelon som sådan et begreb inde i hovedet, og jeg er specielt blevet mere opmærksom på socialiseringen i afdelingen end jeg har været før, hvor jeg spørger mere ind til, om de [studerende] har husket at se til kaffekassen, for jeg tænker, at det betyder rigtig meget for det sociale i afdelingen, at de er med i den." (BA,27-31:94).

Vindmøllemodellen hjælper vejlederne til at skærpe opmærksomheden på de studerendes socialisering til praksisfællesskabet, f.eks. at gøre dem opmærksomme på afdelingens kaffekasse.

En klinisk vejleder har fået mere indsigt i, at alt er nyt for de studerende, når de starter i psykiatrien og at de studerende har brug for en socialiseringsperiode. Hun anvender teorien fra Vindmøllemodellen og præsenterer studerende for begrebet pseudo-hverdagslivsaktiviteter og påpeger, at alt nu forgår i en psykiatrisk kontekst:

"...Og hvad skal de [studerende] gøre, når der er en patient, der spørger dem? Og det er jo de første 14 dage, der er det der nye rum, de kommer i, hvor de ikke ved, hvor de skal gøre af sig selv. Som netop binder sig fast her. Jamen, det er også en socialiseringsperiode og det er et rum, de er i. Men pseudo-hverdagslivsaktiviteter, som jeg i øvrigt også præsenterer for dem, qua modellen. Der er en masse ting, som I godt kan, I skal bare vide, at I aldrig nogen sinde har været i det her rum før. Så I ved ikke, hvor tingene står. I ved ikke, hvad det er for nogen mennesker, I ved ikke hvilke opgaver, der i bund og grund er bundet til det her" (MIC,260-266:9).

Således sætter den kliniske vejleder, ved hjælp af Vindmøllemodellen ord på, at de studerende har brug for en socialiseringsperiode.

3.2.1.2 Psykiatrisk sygepleje og pseudohverdagslignende aktiviteter

En klinisk vejleder giver udtryk for, at studerende kan have svært ved at se sygeplejen i det tværfaglige felt. Vindmøllemodellen er et brugbart redskab i den problemstilling, hvilket skærper den kliniske vejleders egen opmærksomhed på sygeplejeidentiteten, som studerende har brug for at kunne spejle sig i:

"Nu arbejder jeg jo også på en børnepsykiatrisk afdeling, og jeg hører også fra studerende, at de siger - jamen det her - der er jo de første 14 dage - det er jo ligesom et fritidshjem. Eller en SFO og hvor er sygeplejen. Så den[Vindmøllemodellen] kan også hjælpe med at skærpe min bevidsthed om at have fokus, hvor er det sygeplejen er [...] jeg bliver også hvirvlet ind i den pædagogiske verden osv. Og nogle af de helt specifikke sygeplejeting, der er - så skal man lige 1,2,3, så ordner man lige hurtigt noget medicin og det ser den studerende måske ikke lige. Det er i hvert fald et tydeligt bevis på sygeplejen. Men i sygeplejen ligger der også mange pædagogiske ting. Så jeg vil sige, at modellen her hjælper også til at skærpe min bevidsthed i forhold til at have fokus på den sygeplejefaglige del. For den har de studerende brug for, at få en sygeplejefaglig identitet, når de er på afdelingen." (BUC,130-139:27).

Således har Vindmøllemodellen med begrebet pseudo-hverdagslignende aktiviteter styrket den kliniske vejlederes sygeplejefaglige bevidsthed.

En gruppe kliniske vejledere har en dialog om betydningen af pseudo-hverdagslivsaktiviteter som f.eks. at tømme opvaskemaskinen. En klinisk vejleder sammenligner det at tømme en opvaskemaskine med instrumentel sygepleje, mens en anden benævner det miljøterapi. En tredje klinisk vejleder giver udtryk for, at en studerende selv gjorde opmærksom på, hvad den psykiatriske sygepleje er i forhold til opgaver på det kliniske undervisningssted:

"Jeg synes, at [...]man er blevet opmærksom på fra starten af, at fortælle de studerende om alle de her disjuncture, de her hverdagslivsaktiviteter, som opvaskemaskine-tømmning, at det egentlig var instrumentel sygepleje, som vi snakkede om og få sat noget teori på de her ting, som går lidt hverdagsagtigt.

Jeg ville sige, at det er miljøterapi.

Der var en sygeplejestuderende, der fortalte, at det kunne hun godt se det som, og det udvider faktisk så for de andre, at de nemmere kunne se, hvad psykiatrisk sygepleje det var derefter og det har jeg brugt ved de næste hold, der er kommet. Så de har faktisk været med til næsten at – det der med, at de synes, at de har haft svært ved at se psykiatrisk sygepleje – hvad det er, - at det er næsten forsvundet. Bare de har fået den lille viden og kunne sammenligne med. Det er jo lidt interessant. Det var de studerende der fandt det." (MIA,82+91-96:30+31+28).

Således er de kliniske vejledere blevet mere bevidste om læringspotentialer i hverdagslignende situationer i relation til at lære at udøve sygepleje ved at sammenligne hverdagslignende aktiviteter med instrumentel sygepleje, hvilket letter forståelsen for de studerende.

En anden klinisk vejleder er ligeledes blevet bevidst om læringspotentialer i hverdagslignende situationer:

"Så jeg tænker, at det måske også siger mig, at det er noget af det, jeg er blevet tydeligere på. Hvad er det, der er læring, jeg tror også nogle gang, at jeg er en pain in the ass når jeg kommer der og siger, jamen de skal bare med til og vi skal omtale det som læring. De er lige ved nogle gange at brække sig over ordet. Men det kan jeg godt bære. Fordi det er vi nødt til. og det er jeg blevet styrket i at sige, jamen det er hverdagsituationerne, vi skal gå efter - det er dem, der er læringspotentialer." (MIB,842-846:3)

At der er kommet fokus på de små aktiviteter i hverdagen understøttes af en anden klinisk vejleder, der netop er opmærksom på de helt små ting som læringsmuligheder for studerende, f.eks. hvordan man går ind ad en dør til en psykiatrisk patient. Den kliniske vejleder giver også udtryk for at have udviklet en mere anerkendende holdning til studerende:

"Jamen det bliver sådan lidt gentagelse. Fordi det der med at se alle rutinerne - altså der er virkeligheden, at mikrokosmos indeholder så mange små ting. Altså små ligegyldigheder, som hvordan man går ind ad en dør eller det der med - altså mange sådan små rutineting, at det er noget, der er læringsmulighed i. Altså, det er jeg da blevet mere opmærksom på. Den er jo i og for sig startet lidt, da jeg var på klinisk vejlederuddannelse. Der var én, der sagde - nogle gange ved de ikke engang, hvordan man kommer ind ad en dør! Og det var så holdningen. Det var vejleders holdning til de studerende, hvor jeg synes, at denne her [Vindmøllemodel], den har styrket mig i min holdning, der siger - jamen det der er interessant her, der kommer et menneske, som gerne vil lære noget her. Hvad er det menneske for noget og hvad kan det?" (GLA,694-702:73).

Således ser det ud til, at noget af det de kliniske vejledere har udviklet eller er blevet mere opmærksomme på, er at opdage og anvende de læremuligheder og potentialer, der er i hverdagssituationerne på afsnittene.

3.2.2. Sub-tema: Netværk - Fællesskab mellem kliniske vejledere

Der er fundet 22 udsagn, der viser, at de kliniske vejledere har udviklet både de eksisterende og nye fællesskaber med andre kliniske vejledere i den periode, hvor de har deltaget i LIP-projektet. De kliniske vejledere taler om flere typer af fællesskaber, som giver forskellige udviklingsmuligheder: eksisterende lokalt netværk/gruppe, projektarbejdsgruppen og arbejdsseminarerne. Sub-temaet refererer til otte forskellige interview, og der er udsagn fra 17 kliniske vejledere.

For oversigt over sub-temaets kategorier se Bilag 7.

3.2.2.1. Lokalt netværk eller grupper af kliniske vejledere

Nogle kliniske vejledere havde inden LIP tradition for at mødes på deres arbejdsplads. Projektet har bragt nye metoder og diskussioner ind i gruppen, også blandt kliniske vejledere, som ikke er med i projektet. Andre kliniske vejledere havde tilsyneladende ikke sådanne netværk eller grupper i forvejen, men har oplevet både socialt, personligt og fagligt udbytte af at deltage:

"Men den her gruppe er kommet til at arbejde meget mere sammen (...) og jeg ved ikke om det er noget, der har været med til at starte det, at vi også har været fælles om det her projekt, været ude hos hinanden, været af sted sammen, at det ligesom, er det der har gjort noget ved gruppen (...) Det er i hvert fald en ændring af vores arbejdsmetoder inden for de sidste par år i forhold til, hvad det har været før." (HI,672-677:92).

3.2.2.2 Projektarbejdsgruppen

Lokale projektarbejdsgrupper er samlet på tværs af de eksisterende fællesskaber i lokalområdet eller regionen. De kliniske vejledere udtrykker, at de har fået fælles, ny viden om begreber og teori, fælles drøftelser og erfaringer med anvendelse af forskellige metoder.

De kliniske vejledere i projektgruppen har oplevet, at det er givtigt at deltage i fokusgruppeinterviews, ud fra en semistruktureret spørgeguide. De fleste har fået fælles erfaringer med at udføre gensidige observationer hos vejledere i andre afsnit, det har udvidet deres perspektiver på og viden om, hvordan vejledning kan udføres i forskellige praksisfællesskaber:

"Jeg synes, vi har talt en del om, hvad kan man sige, fag etikken omkring det, at vi nu får en viden om hinandens måder at arbejde på - og personlige og faglige virke. At vi talte jo en del om, hvordan gør vi med den viden, og hvem taler vi med den om og hvordan. ... Fordi jeg oplever det i hvert fald udelukkende positivt, at vi har fået et fagligt udbytte, og vi er blevet klogere på hinanden, men på en god måde, det synes jeg har været vigtigt, at vi har haft de diskussioner også. Om etikken i det også. Fordi vi får en ny indsigt om hinanden, som vi ellers aldrig får." (HI, 247-256:88).

3.2.2.3. Arbejdsseminar

Arbejdsseminarer har givet vejlederne et fællesskabet med alle kliniske vejledere på arbejdsseminarerne i Øst, Vest og det samlede ved projektets start. Resultaterne af de nye fællesskaber eller udviklingen af de gamle beskriver vejlederne som at det modvirker ensomhed i vejlederrollen, styrker fællesskabsfølelse, øger fokus på faglighed, både sygeplejemæssigt og pædagogisk, skaber inspiration, ideer og energi:

"Jeg kan huske sidst, da vi gik fra arbejdsseminaret, der var jeg sådan ... jeg blev sådan helt inspireret - jeg tænkte, hold da op, hvor har vi et godt – altså tænk, hvor mange mennesker, man har sådan et arbejdsfællesskab med, og hvor kunne man udnytte hinandens viden så meget mere, hvils vi netop fik sådan noget mere struktureret – jamen noget tid eller hvordan – hvis man fik mulighed for at diskutere de der faglige ting, som der meget tit ellers ikke er tid til i hverdagen, fordi der er det sådan mere konkrete patientforløb og ikke så meget vores faglige virke. Det kommer selvfølgelig til udtryk i patientforløbene, man diskuterer, men der har man så heller ikke altid tid til at diskutere, vel. Men jeg fik den der følelse af, hvor er der megen viden her, som jeg så gerne ville blive - få mere at, til at man selv bliver klædt på arbejdsmæssigt. Det synes jeg var meget inspirerende, at høre mange om de andres erfaringer." (KF,432-441:75).

3.2.3 Opsummering af temaet udefra perspektiv

Temaet 'Udefra perspektiv' viser den udvikling de kliniske vejledere oplever, at der har været og som inkluderer andre end dem selv aktivt. Temaet viser, at elementer fra Vindmøllemodellen som 'uskrevne normer-og-regler', 'pseudo-hverdaglivsaktiviteter' og 'professionel socialisering' har givet mening for de kliniske vejledere, og at de har været i stand til at ændre deres tænkning og vejledningspraksis. Det betyder, at de kliniske vejledere har udviklet deres vejlederkompetence, samt at nye læringsmulighederne er blevet afdækket.

Derudover oplever de kliniske vejledere, at det er positivt og givtigt at deltage i projektets forskellige fællesskaber (projektarbejdsgruppe, fokusgrupper, arbejdsseminarer). De oplever, at fællesskabet styrker deres identitet som kliniske vejledere og kollegiale sammenhold. Det giver inspiration, ideer og energi samt et netværk, som mindsker vejlederens ensomhed i forhold til funktionen og giver mulighed for faglig og pædagogisk sparring, for at italesætte uddannelsesopgaven og synliggøre vejlederrollen og giver større viden om pædagogiske metoder og forskellige tilgange til klinisk vejledning af sygeplejestuderende. Nogle vejledere udtaler, at udbyttet allerede er blevet spredt både til andre kliniske vejledere udenfor projektarbejdsgruppen og til resten af praksisfællesskabet.

3.3 Tema: Deltage perspektivet

Evalueringsens tredje tema handler om de kliniske vejlederes erfaringer med at være deltagere i LIP-projektet. Temaet består af to sub-temaer; 'Medindflydelse og ejerskab' og 'Plus/minus udbytte af LIP-projektet' og af 14 hovedkategorier. Analysegruppen har kondenseret og tolket oplevelser fra KLINISKE VEJLEDERE, som giver udtryk for deres udbytte af at deltage i LIP-projektet og oplevelse af medindflydelse og ejerskab.

Skema 10: Oversigt over temaet 'Deltage perspektiv'

Tema	Deltage perspektivet														
Sub-temaer	Medindflydelse og ejerskab					Plus/minus udbytte af LIP-projektet									
Hovedkategorier	Plus/minus ejerskab	At være aktiv	Skala 1-10	At være uundværlig	Projektlederens betydning	Arbejdsseminar	Logbog	Fokusgruppe-interview	lokale arbejdsgrupper	Deltagelse i projekt – den	Udvikling uanset projekt	Begrænset udbytte	Indflydelse på klinisk vejleder funktionen	Andre faktorer	observationsstudiet

Herunder udfoldes indholdet i de to sub-temaer.

3.3.1 Sub-tema: Plus/minus udbytte af LIP-projektet

Sub-temaet plus/minus udbytte af LIP-projektet består af ti hovedkategorier baseret på 99 kategorier. Der er empiri fra alle 12 interviews og udsagnene er baseret på udtalelser fra 41 forskellige kliniske vejledere.

For oversigt over sub-temaets kategorier se Bilag 8.

3.3.1.1 Arbejdsseminar

Disse fire kategorier handler om, at de kliniske vejledere oplever, at arbejdsseminarerne har samlet op på projektet og har styrket faglige og pædagogiske drøftelser i praksisfællesskabet. Se Bilag ?

3.3.1.2 Logbog

De næste 27 kategorier omhandler aktiviteten logbogsskrivning. En enkelt klinisk vejleder oplever, at udbyttet fra første logbogsskrivning til anden var stort, andre kliniske vejledere oplevede kun dårlig samvittighed i forbindelse med logbogsskrivning.

En klinisk vejleder fortæller om at logbogsskrivningen har givet bevidsthed om for-forståelsen:

"Ja, det var rigtig svært at komme i gang. Så synes jeg, at man var meget forudindtaget eller meget associerende eller reflekterende, måske også konkluderende på nogen ting. Altså jeg synes, at det var svært. Og lave det objektivt. Den korte version." (BUC,231-233:26).

Denne kliniske vejleder bliver opmærksom på egen for-forståelse; og hvor meget den egentlig 'farver' en klinisk vejleders perspektiv.

En anden klinisk vejleder fortæller om en optagethed af egen vejlederpraksis og er ikke så meget optaget af de studerendes læring.

"Jeg havde det så godt med at skrive logbog i den første periode, kan jeg huske, jeg nød det, at sætte mig hen der og så grave ned i, hvad det var, jeg var optaget af i den uge her. Jeg fokuserede ikke så meget på, hvad der var uopdaget læring, det kan jeg huske, men mere hvad var det, jeg var optaget af, hvad havde gjort indtryk på mig. Og jeg kan huske de to studerende, jeg havde i den periode, de var meget forskellige. En var knivskarp og var meget langt fremme i skoene. Og den anden var noget forvirret. Så der var stor forskel på de to. Og det kan jeg huske, at det synes jeg var rigtig guf. Men den anden gang, da havde jeg for travlt, da blev det noget japperi, og det blev ikke sådan særlig eksemplarisk, tror jeg. Nogle gange havde jeg slet ikke tid." (HI,163-170:93).

Den kliniske vejleder bliver i dette citat meget optaget af sin egen rolle og funktion som klinisk vejleder. Logbogsskrivningen har givet anledning til eftertanke.

3.3.1.3 Fokusgruppeinterview

De næste otte kategorier handler om de kliniske vejlederes deltagelse i fokusgruppeinterview. En vejleder fortæller om deltagelse i 2. fokusgruppeinterview:

"Jeg havde også tænkt forud for det her interview, ... at puha, faktisk i tråd med dig [navn nævnes], tænk hvis der nu ikke var sket noget med mig. Altså har jeg nu gjort mig nogle refleksioner og overvejelser i forhold til det her? Så de her har været sådan, tror jeg, en del af en proces at være med i det her, tage det med hjem og reflektere over, hvad er det egentlig, der er blevet sagt i dag, og hvordan skal jeg egentlig arbejde videre. Men også igen som sidste fokusgruppeinterview lære at høre, hvad de andre siger. Hvilke tanker de har gjort sig?" (BUC,1024-1030:27).

3.3.1.4 Deltagelse i projektet - den lokale projektarbejdsgruppe

De næste otte kategorier handler om de kliniske vejlederes oplevelse af at deltage i et landsdækkende projekt om læring. En vejleder fortæller:

"Det giver lidt mere anerkendelse til psykiatrien, synes jeg. At nu er der noget forskning omkring det. Du siger det der med, hvilket syn man har på klinisk læring. Her er så – det er nærmest håndgribeligt, vi kan vise, at der er altså vildt meget læring her. Også selvom det er små bitte ting. Eller noget pseudo- eller hverdagsagtigt. Så er de altså noget, du kan lære af. Så på den måde synes jeg, vi kan bruge det." (MIC, 644.48:7).

3.3.1.5 Udvikling uanset projekt

Nogle kliniske vejledere forholder sig kritisk til Vindmøllemodellen. Kliniske vejledere giver udtryk for at udvikling af vejlederrollen og vejledningsforløb sker løbende over tid, uden relation til eksempelvis Vindmøllemodellen, samt at Vindmøllemodellen er relativt svær at forstå og dermed at implementere. Her er 15 kategorier:

Vindmøllemodellen er meget teoretisk, to kliniske vejledere fortæller. Én siger:

"Jeg synes, at den [Vindmøllemodellen] har været meget svær, og jeg vil sige, at jeg synes, at den har været meget teoretisk, og når man står ude i dagligdagen, hvor det - tingene skal gå hurtigt, og hvornår er det nu

lige, det er det ene og hvornår er det nu, det er det andet. Så jeg synes ikke, at den har været nem at bruge. Jeg vil også sige, at da vi skulle skrive logbog, synes jeg, at det var rigtig svært at gå ind og sige, om jeg havde brugt det eller ej. Så for mig, blev det ikke det, som jeg tror, at var meningen.” (GLB, 100:27-31).

En anden fortæller, at Vindmøllemodellen er svær:

”Det vil jeg også sige, man ville kunne bruge den [Vindmøllemodellen] til det. Men den er bare lidt for - med de vinger – lidt for kompliceret, synes jeg. Men hvis du havde de fire kasser, om den studerende er bevidst eller ubevidst, og om personalet er bevidst og ubevidst, så man havde de fire kasser ligesom at kunne arbejde med, så kunne man måske mere smække de op den første dag. Fordi så kan det, netop den situation med den studerende i stuen, at hun ikke ved - der er ikke læringspotentiale – så kunne man måske ved at sætte dem ind i én af de kasser, gøre det mere bevidst. Men det gør også, at den skal være umiddelbar forståelig, ikke kun for sygeplejerskerne og de studerende, men også for social- og sundhedsassistenter og i det hele taget – et hug. Den skal kunne forstås. Vi er jo stadigvæk sådan lidt – er vi ikke det? – hvad er det egentlig, de vinger betyder, ikke?” (GLB, 59-67:105).

Disse kliniske vejledere oplever, at Vindmøllemodellen er en vanskelig model, og svær at anvende i hverdagen.

3.3.1.6 Begrænset udbytte

Disse 15 kategorier handler om kliniske vejlederes oplevelse af begrænset udbytte ved at anvende Vindmøllemodellen i vejlederfunktionen:

To kliniske vejledere taler sammen om LIP-projektets betydning. Den ene kliniske vejleder, som er nyansat i psykiatrien fortæller om, at hun har fået et nyt redskab at anvende i uddannelsen af studerende; men det vigtigste for hende har været egen læreproces i specialet.

”Bortset fra at jeg har fået et redskab, som jeg ikke havde før at bruge til vejledning, så synes jeg ikke, at det er så meget, det at være med i projektet, som har lært mig specielt meget. Jeg har lært rigtig meget af at være ansat herude i to år. Og da jeg startede var jeg ret ny, så min læringsproces har været rigtig stor, fordi jeg har været ny og har skullet lære rigtig mange ting, men som vejleder kan jeg ikke se, at ... ”

”Det synes jeg heller ikke, den har for mig.”

”.. altså jeg synes, at man meget også vejleder i forhold til, hvordan ens egen personlighed er. Man bruger sig selv rigtig meget. Og jeg ved ikke, om det har ændret sig specielt meget på grund af det. Men vi har fået meget fokus på det og det.” (BA,198-202:94+95).

Den anden kliniske vejleder fremhæver det personlige aspekt, at vejledning af studerende handler om den kliniske vejlederes personlige kompetencer og ikke så meget om anvendelse af modeller.

Andre kliniske vejledere taler om, at Vindmøllemodellen og projektet i læring ikke har bidraget med revolutionerende nytænkning, her bliver anvendt andre strategier i uddannelse af studerende. To kliniske vejledere fortæller:

”.. men jeg har det altså også sådan lidt, at jeg tænker ikke – nu skal jeg selvfølgelig være varsom med min formulering – men altså jeg tænker – når vi snakkede om det der med i forhold til teorien, der er anvendt i

det og hvordan modellen er - der tænker jeg, at vi jo har noget teori, som vi bruger, altså jeg tænker ikke, at der på den måde sådan er noget revolutionerende for mig. Og det er ikke fordi, jeg vil lyde nedsættende omkring det, men det er ikke sådan, at jeg tænker, at her er noget nyt revolutionerende, som jeg egentlig godt vil tage til mig og gå ind og implementere, fordi jeg føler faktisk, at det jeg anvender i forvejen, er brugbart nok. Og det er ikke fordi, jeg ikke vil forny mig, men..”

”.. men det sætter sig måske ikke levende spor.” (SJA,681-687,701:66+67).

Disse kliniske vejledere er tilfredse med egen valgt teori, og finder ikke anledning til at implementere Vindmøllemodellen.

3.3.1.7 Indflydelse på klinisk vejleder funktion

De næste 14 kategorier handler om deltagelse i projektet, og om hvilken indflydelse dette kan have på den kliniske vejlederfunktion:

LIP-projektet har stået på i tre år, og det har været svært at holde engagementet bl.a. fordi del-resultater har været længe undervejs. Det er også oplevet at projektet ikke har givet så meget som en klinisk vejleder forventede. En klinisk vejleder siger:

”Det var stort set det samme, jeg ville sige, fordi det startede jo så fint ud med at der var den dialog og man får sådan et fællesskab og et tilhørsforhold, og dermed også et større engagement, og det er jo så også feset lidt ud og så har der været så mange ændringer.” (KF, 1049-1051:80).

Der er kliniske vejledere, der har været optaget af den teoretiske tilgang til fænomener og begreber i LIP-projektet. En klinisk vejleder fortæller at gammel viden om teori og begreber kommer til at styre hverdagen i vejledning af studerende:

”Noget af teorien fra Jarvis i modellen her, arbejder jo også med pendanten til vores arbejde i forsvarsmekanismer, med mestringsstrategier eller hvad vi nu vælger at kalde det. Og der synes jeg, at det har været svært at holde fast i den her med den mere pædagogiske tilgang til at forstå det. Der har min gamle viden omkring forsvarsmekanismer og min lidt mindre gamle viden omkring mestringsstrategier, som lappede ind over – det er ligesom om, det handler jo meget om de samme fænomener, men tolket på forskellige videnskaber måske.” (SJA,160-165:66).

En anden kliniske vejleder fortæller om den teoretiske tilgang:

”Når jeg f.eks. sætter mig med en studerende og siger, at nu skal du – nu har vi vejledningstime. Lad os nu sige, at jeg kalder det det. Så siger hun – hvad skal jeg – siger hun så. Eller den studerende - så siger jeg, det du skal, det er at du skal tænke tilbage på en situation her fra praksis, som du har været - som har sat en eller anden følelse i gang. Så bruger jeg jo straks en teoretiker, som tror på, at det er det, som man vejleder ud fra. At det sætter en følelse i gang, og så går man i gang med refleksionen i forhold til det. Men det kunne jeg godt have tænkt mig, at Linda havde eller den der gruppe havde været mere tydelig omkring. At hvem er det, vi anvender af teoretiker.” (GLA,281-287:72).

En tredje kliniske vejleder fortæller, hvis der ikke er behov for en ny teori, så fortsætter han/hun med den teori, der virker i dagligdagen med uddannelse af studerende:

"Det er underligt på den måde, at når man har noget, der fylder i teorien, så tænker jeg, så skal der også et stort savn eller en mangel til før, at man tager op på hylden for at række ud efter noget nyt. Altså for det skal jo helst være bedre og så længe man ikke ved, om det er bedre, hvorfor skulle man så kaste det andet fra." (HI,973-976:93).

Nogle kliniske vejledere giver her udtryk for, at de foretager et valg i forhold til teori i uddannelsen af studerende. Vindmøllemodellen fravælges og 'gammel kendt' teori bliver anvendt i uddannelsen af studerende. De kliniske vejledere har ikke noget bevis for, at Vindmøllemodellen er bedre.

3.3.1.8 Andre faktorer

Nogle kliniske vejledere oplever at de har været optaget af at den nye Den Nationale Studieordning for sygeplejestuderende (Undervisningsministeriet 2008), som er blevet implementeret i samme periode som LIP-projektet. Den nationale studieordning har bl.a. indebåret en ny modulbeskrivelse, hvor progression af læringsudbytte er meget mere i fokus, hvilket betyder at de nogle kliniske vejledere oplever at der ikke har været overskud til Vindmøllemodellen.

Her er 3 kategorier.

3.3.1.9 Observationsstudiet

Aktiviteten observationsstudie bliver omtalt i 27 kategorier. Denne aktivitet har været både en udfordring og grænseoverskridende for kliniske vejledere:

Noget af det sværeste eller mest irriterende, fortæller en kliniske vejleder, var, at der ikke lå en naturlig feedback i aktiviteten:

"Jeg ville godt have haft, at man kunne have snakket om det bagefter. Altså selvfølgelig snakkede vi, fordi den første studerende havde jo - som jeg havde en fornemmelse af - i hvert fald var en personlighedsforstyrrelse, hvor det jo også var en patient, men hvor [anden vejleders navn] jo også sagtens kunne give mig ret og hvor hun også sagde, - ja, det var en vanskelig vejledningssituation, jeg havde. Så på den måde fik vi snakket om det, men ikke sådan decideret [...]" (GLB, 345-350:100).

En anden klinisk vejleder blev meget optaget af 'at beskrive' og ikke 'at tolke':

"Ja, der skete det for mig i hvert fald, jeg hurtigere fortolkede det, jeg skulle skrive på, end at skrive det, som jeg skulle skrive i den, så fortolkede jeg på det." (SJB,369-370:63).

Denne kliniske vejleder fortæller både om det svære og udfordrende ved observationsstudiet, og så er hun også optaget af at beskrive og ikke at tolke:

"Det synes jeg faktisk også i forhold til der, hvor vi var ude og observere hinanden og virkelig - hold da op. Jeg var blevet udfordret virkelig på det der med at være objektiv - pas nu på, at jeg ikke sidder og får lavet alt for meget. Og det kunne være rigtig sjovt, altså det gjorde jeg ikke, for jeg fik det skrevet sidst. Det kunne faktisk være rigtig sjovt at se det igen og sige - lykkedes det så rent faktisk. Det er jo noget af det, vi også beder vores elever og studerende om at være objektiv så vidt muligt. Men formår vi det rent faktisk selv, eller er det der, man også kunne få en læresituation. Altså selv ved at sige, det skal vi gøre noget mere i. Det der med at observere og lade os observere. Jeg synes da, det var enormt grænseoverskridende et eller

andet sted. Der havde man pludselig en kollega, der kommer og sidder og kigger på én. Jeg ved godt, at hun ikke skulle bedømme det, men alligevel.” (MIB, 444-453:3).

Disse kliniske vejledere i talesætter, hvor vanskeligt det er at lade en kollega observere en vejledningssituation med en studerende. At være objektiv bliver problematiseret. Kan det lade sig gøre at være objektiv, i det hele taget? I tillæg hertil får de kliniske vejledere tanker om at blive bedømt af en kollega.

3.3.2 Sub-tema: Medindflydelse og ejerskab

I interviewguiden er der spurgt til de kliniske vejlederes oplevelse af deres medinddragelse i LIP-projektet, og deres oplevelse af ejerskab. 'Medindflydelse og ejerskab' består af fem hovedkategorier baseret på 49 kategorier. Der er empiri fra 11 interview. Kategorierne er baseret på udsagn fra 24 forskellige kliniske vejledere.

For oversigt over sub-temaets kategorier se Bilag 9.

3.3.2.1 Plus/minus ejerskab

Disse otte kategorier ser på spørgsmålet om ejerskab og medindflydelse og det viser sig, at der er en meget forskellig opfattelse af begreberne. En klinisk vejleder fortæller:

”Ja, det må jeg sige. Jeg har det sådan at ejerskab, det er ikke noget, jeg skal have. Jeg er deltager, jeg er ikke ejer.” (GLA, 885-891:71).

Kliniske vejledere skelner mellem ejerskab og deltagelse, og undlader at anvende ordet medindflydelse.

Andre kliniske vejledere fortæller, at ejerskab ikke kan opnås til LIP-projektet, når de kun er en lille del af projektet. En klinisk vejleder fortæller, at medindflydelse er andet og mere end at sætte et komma:

”Jeg synes jo på en eller anden måde, at strukturen – det kan godt være, at man kun synes, man har medindflydelse hvis man decideret kan sige, det komma satte jeg. Men sådan ser jeg det ikke. Jeg ser det som en struktur, hvor jeg hører med i strukturen.” (BA, 1285-1287:94).

De kliniske vejledere giver udtryk for, at medindflydelse handler om at 'sætte komma' i projektet – det kan tolkes som at de har et ønske om selv at kunne identificere eget bidrag til projektet.

3.3.2.2 At være aktiv i planlagte aktiviteter

De næste 15 kategorier handler om ejerskab og medindflydelse på LIP-projektet afhængigt af, om der har været igangværende aktiviteter som logbogsskrivning eller observationsstudier. Aktiviteter synes at motivere de kliniske vejledere for deltagelse i LIP-projektet. Aktiviteterne tyder på gejst og engagement hos de kliniske vejledere.

En klinisk vejleder fortæller om, hvordan engagementet i LIP-projektet varierer over tid, afhængigt af igangværende aktiviteter i projektet.

”Men vi var mest aktive i starten af projektet. Og det er som om, vi sådan er dalet ned i niveau, synes jeg efter det. Og jeg ved ikke, om det er en nødvendighed i sådan et projekt, at vi drosler ned for vores aktivitet. Selvfølgelig skal man holde op med at indsamle data på et eller andet tidspunkt, fordi de skal bearbejdes;

men måske kunne man gøre det på en anden måde. Sådan at vi var med eller vi var – at vi ikke droslede ned. For det er som om, man mister gejsten eller sådan interessen eller sådan noget. Når man ligesom er færdig med det, man skal gøre.” (HI,708-713:91).

En anden fortæller, at i perioder uden aktivitet, har været svært ”at holde gryden i kog”.

”For mig har det ligesom været en proces, hvor jeg startede med at være i hvert fald meget engageret. Og hvor har jeg været glad for at være med i et sådant projekt. Jeg syntes, det har været spændende at være med til temadagene, det har været spændende med teorien. Jeg synes ikke, at der har været mulighed nok for at holde gryden i kog. Og jeg har ikke kunne gøre det.” (SJA, 665-668:66).

Aktiviteterne i LIP-projektet synes at fastholde de kliniske vejlederes oplevelse af ejerskab og medindflydelse på projektet. Her kunne en pointe måske være, hvordan de lokale projektarbejdsgrupper har fungeret under LIP-projektet?

3.3.2.3 Skala 1-10

I spørgeguiden til 2. Fokusgruppeinterview var der et spørgsmål, der bad de kliniske vejledere om at vurdere/bedømme ejerskab/medindflydelse på en skala fra 1-10. Her er seks kategorier.

Oplevelsen af ejerskab svinger i denne kategori på en skal fra 1-10, fra to til ni. En kliniske vejleder, der giver to på skalaen, fortæller:

”Lige nu tror jeg godt det kunne være to, fordi jeg har svært ved at se linket? Fra nu af og til det slutter. Men jeg er også et meget pligtopfyldende menneske og det kan så godt være, at det bare er, fordi jeg ikke har set lyset, det er faktisk – det forventer jeg, at det må være fordi det er mig der ikke helt forstår, men jeg synes, det er lidt svært, hvor vi nu er samlet? Og så det videre.” (BA, 1215-1219:94).

To andre kliniske vejledere fortæller at det simpelthen er travlhed, der gør at de ikke vurderer ejerskab og medindflydelse til 10:

”Der er for travlhed, der gør, at det ikke scorer 10, fordi der er lagt op til rigtigt ejerskab. Der er lagt op til meget indlevelse og rigtigt meget et ønske, når jeg ser tilbage, at jeg har brugt det endnu mere. Sådan har jeg det lidt. Så jeg vil nok – ja der op omkring 9. Men jeg synes det er i orden... Jamen det vil jeg også sige.” (MIB, 1118:33).

En klinisk vejleder oplever, at der har været en klar invitation til ejerskab og medindflydelse på LIP-projektet; men de kliniske vejledere er presset i hverdagen:

”Ja, det tror jeg også. Åbenhed omkring at invitere til at eje, er stort – altså højt, men hvor meget vi selv har taget det til os, jeg tror den ligger lavere, sådan 3-4 stykker, fordi vi ikke tager tingene. Altså, vi tager den ikke, fordi vi er så presset hver dag.” (KF, 1002-1004:83).

Skala spørgsmålet kan ikke tolkes som et signifikant udtryk for kliniske vejlederes ejerskab og medindflydelse til LIP-projektet, da svarene ligger mellem to og ti.

3.3.2.4 At være uundværlig

De næste 12 kategorier beskriver, hvordan de kliniske vejledere er bevidste om, at de er uundværlige for LIP-projektet, fordi de bibringer projektet data, der skal sige noget om rollen og funktionen som kliniske vejledere.

En kliniske vejleder fortæller om sin mulighed for at anvende resultaterne fra LIP-projektet. At have lov til at anvende resultater, anser hun som ejerskab/medindflydelse:

"Jamen jeg sidder lige og tænker på, at noget af det, da vi fik de første data præsenteret med f.eks. hvad de kliniske vejledere krævede af sig selv, tænk at sidde så mange kliniske vejledere, som faktisk har så store forventninger til os selv. Altså, det syntes jeg er fuldt eller meget imponerende. Og jeg tænker også, at vi er blevet hørt langt hen ad vejen, for nu sidste gang, der handlede det lidt om, hvor tydeligt refleksionens betydning var og begrebsafklaring. I det har vi jo også været en del af og præsentere, at det var det, der var kommet fra os. Som har vist at det er den del, der fylder. Så jeg synes også – altså, jeg har også et ejerskab til det. Og jeg tænker også, hvis man ville, var der nogle områder, man fint kunne pille ud, og selv gå videre med, hvis det var det man ønskede sig. Det er jo et mega, det kan man jo sagtens lave et nyt projekt ud af, hvis det er det man vil. Og det har man jo næsten lov til. Så man har jo en stor andel i det." (BUC,877-886:26).

Der er enkelte kliniske vejledere, der sidestiller ejerskab og medindflydelse som afhængigt af, om de modtager et formelt papir fra projektstyregruppen der dokumentere at vedkommende har deltaget i projektet.

En klinisk vejleder giver udtryk for:

"Det er simpelthen ja. Jeg vil også sige, at det måske er også en lidt flad fornemmelse, hvis vi ikke får et eller andet. Jeg mener ikke en kop kaffe og en afskedsmiddag, det er ikke det, jeg mener. Jeg mener et papir, så man kan sige – det har jeg været med i tre år." (GLB, 867-870+908-910:105).

Ejerskab og medindflydelse bliver her set som muligheden for at anvende empirien fra projektet til egne undersøgelser eller opgaver. Implicit her må være en bevidsthed hos de kliniske vejledere om, at de deltager med at genere data til projektet. I tillæg hertil ses en opfattelse af at deltagelse i projektet er noget som skal tilføjes kliniske vejlederes CV.

3.3.2.5 Projektlederens betydning

De sidste otte kategorier beskriver hvor vigtigt det er, at projektlederen er tydelig og synlig og viser anerkendelse, nærvær og lydhørhed over for de kliniske vejledere.

En klinisk vejleder oplever projektlederens deltagelse og synlighed i LIP-projektet:

"Men hvis de er med i Lindas projekt, er det ikke så svært at tage til dig, hvis du ikke skal involvere dig i det og gøre det til dit eget. For mit vedkommende, jeg ville ikke involvere mig i noget, der ikke var mit. Det ville jeg ikke have tiden til, energien til eller overskuddet til. Det her bliver nødt til at være mit projekt i forhold til at gøre det sådan autentisk i min hverdag. Jeg føler ikke, at det her er L's projekt. Hun er selvfølgelig den, der har – hun er den, der har tænkt de første tanker og udbredt det, selvfølgelig 100 %. Men jeg har ikke

fornemmelsen – hun har også tilladt sig, at hun har bredt det ud og spredt det, så dermed mister hun også ejerskabet over det. Sådan tænker jeg det.” (BUC,922-929:27).

En projektleders personlige og faglige egenskaber har betydning for et aktionsforskningsprojekt. Projektlederen har mødt alle deltagerne i projektet i `øjnehøjde` og har tydeligt signaleret, at uden de kliniske vejledere var der ikke noget forskningsprojekt.

3.3.3 Opsummering af temaet 'Deltage perspektivet'

De kliniske vejledere finder både teori af Jarvis og Vindmøllemodellen vanskelige at tænke i og anvende. I en travl og uforudsigelig dagligdag anvender de kliniske vejledere af og til gammel kendt teori i stedet for. De kliniske vejledere har et ønske om at Vindmøllemodellen bliver mere dansk i udtryksformen. Dette har haft betydning for udbyttet af projektet, indflydelse på funktionen som klinisk vejleder og udvikling af den.

De kliniske vejledere giver udtryk for, at den lange projektperiode og ventetid på del-resultater fra observationsstudiet og logbogsskrivningen har haft negativ indflydelse på engagementet i projektet.

De kliniske vejledere omtaler ydre omstændigheder som ny studieordning for studerende, som andre faktorer, der konkurrerer om deres ressourcer.

De kliniske vejlederes kommentar tyder på at når de kliniske vejledere er aktive og deltager i projektet f.eks. ved at skulle observere hinanden eller skrive log-bog, så bidrager det til at de føler engagement i projektet. Men det ser ud til at i de perioder i projektet, hvor arbejdet mest har ligget i projektstyrergruppen, der er projektet kommet i baggrunden for de kliniske vejledere. Måske kunne de lokale arbejdsgrupper have haft en rolle i at fastholde projektets nærværelse for de kliniske vejledere.

Det skal nævnes, at der i interviewguiden ikke er blevet spurgt til, at de kliniske vejledere skulle forholde sig kritisk til det at deltage i LIP-projektet, hvilket betyder, at de kritiske udsagn er fremkommet på trods af, at det ikke er en del af interviewguiden.

Slutteligt tyder det på, at projektlederens evne til synlighed, nærvær og anerkendelse af de kliniske vejledere er af stor betydning for et projekt generelt, og måske særligt, når projektet strækker sig over en treårig periode.

4. Metode kritik/begrænsninger ved undersøgelsen

I dette afsnit vil vi gøre opmærksom på nogle begrænsninger der er ved undersøgelsen.

I forhold til at det var meningen, at der skulle gennemføre fokusgruppeinterview, skal det nævnes, at der er fire interview med kun to deltagere, hvilket er få deltagere i forhold til at skabe mulighed for diskussioner og meningsudvekslinger. Det har i nogle interview medført, at deltagerne ikke udveksler meninger, men i stedet bekræfter hinanden. Dog viste tendensen til at bekræfte hinanden sig også i interview med mange deltagere. Der er forskellige grunde til, at der relativt mange interview med få deltagere, f.eks. at deltagerne ikke har haft mulighed for at møde op. I et interview med tre deltagere viste det sig, at der var plads til uenighed og til at stille hinanden spørgsmål. Det ser ikke ud til at antallet af kategorier nødvendigvis hænger sammen med antallet af informanter, da interviewet fra MIB med to deltagere ligger over gennemsnittet på 50 kategorier med sine 84 kategorier. Udover interviewenes indholdsmæssige

tyngde kan det antal af kategorier, der blev udledt fra hvert interview, også være afhængig af hvem, der har analyseret interviewet. På trods af at der er forsøgt at skabe fælles sprog og forståelse af analyseprocessen, ser det ud til, at antallet af kategorier også er relateret til hvem, der har forestået analysens første fem faser af et givent interview.

Inklusionskriterierne for deltagelse i 2. fokusgruppeinterview kan diskuteres. Ideen med interviewet var at evaluere LIP-projektet, derfor kan man sætte spørgsmålstegn ved betydningen af at cirka halvdelen af informanterne har haft fravær fra fire eller flere af de mulige 11 aktiviteter på tidspunktet for afholdelse af 2. fokusgruppeinterview. Herunder er der ni kliniske vejledere, der aldrig har skrevet logbog og ti kliniske vejledere, der ikke har observeret. I tillæg hertil bør nævnes, at der undervejs i projektet er kommet nye kliniske vejledere til.

Det kan ligeledes overvejes, hvilken betydning det har haft for interviewene, at det er medlemmer af projektstyrergruppen, der primært har været moderatorer og assistent i deres egen lokale projekt arbejdsgruppe. Hvilken betydning har moderators relation til informanterne?

5. Konklusion

Formålet med 2. fokusgruppeinterview var at afdække de kliniske vejlederes opfattelse af, hvilken betydning aktionsforskningsprojektet har haft for udviklingen af læringsmiljøet i psykiatrien – herunder udvikling af læremuligheder, vejlederkompetence og læringsbegreber.

Analysen af 2. fokusgruppeinterview udmøntede sig i tre temaer 'Indefra perspektiv', 'Udefra perspektiv' og 'Deltage perspektiv'.

Delkonklusion for temaet 'Indefra perspektiv': LIP-projektet har skabt udvikling hos de kliniske vejledere gennem refleksion og selv-refleksion ved f.eks. gennem projektets aktiviteter at give dem anledning til at tænke over forskellige facetter i deres funktion som kliniske vejledere. Logbogskrivningen har gjort en forskel i forhold til at overveje vejledning mere systematisk, hvilket er blevet anvendt efterfølgende i vejledning af studerende.

Observationsstudiet har dels givet en indsigt i, hvordan det må føles at blive observeret, når man er studerende og mere klarhed over de kliniske vejlederes egen rolle som vejledere.

Vindmøllemodellen er blevet anvendt til at tænke højt med de studerende, og til at hjælpe med at sætte ord på det, der er svært for de studerende.

De kliniske vejledere har også udviklet sig i forhold til personlige, faglige og pædagogiske/metodiske kompetencer. Det har givet sig udslag i, at de føler sig mere selvsikre i rollen som vejledere, og at rollen er blevet fagligt mere klar og tydelig for vejlederne selv. Desuden har Vindmøllemodellen kunne bruges som en metode til at udvide perspektivet for hvilke faglige læringsmuligheder, der er i psykiatrien – både for studerende og for de kliniske vejledere selv.

I forhold til lærings-, undervisnings- og vejledningsstrategier har projektet udviklet de kliniske vejlederes forståelse for og indsigt i betydningen af deres valgte strategier. F.eks. er nogle vejledere blevet opmærksomme på, hvor væsentligt det er at være tæt sammen med de studerende i praksis, og at lade de

studerende øve sig sammen med dem. Det er også blevet tydeligt, at der har været uudnyttede læringspotentialer, fordi vejledning af studerende typisk ikke har været forberedt af hverken den studerende eller vejlederen. Vejlederne nævner selv, at der her er noget at arbejde med fremover.

Desuden er de kliniske vejledere blevet mere opmærksomme på at eksplicitere med ord, hvad de studerende kan forvente at der vil foregå på det kliniske uddannelsessted og hvad der bliver forventet af dem som studerende. Der er også kommet fokus, på hvor væsentligt det er at lære de studerende at kende ved at lytte til dem. Desuden kan Vindmøllemodellen anvendes til at vurdere hvilken viden, for-forståelse og erfaringer de studerende har og hvor/hvad de har behov for at lære. Til sidst er det også blevet tydeligere for vejlederne, at før-vejledning kan hjælpe de studerende til at se de læremuligheder, der er i de små hverdagslignende aktiviteter.

Delkonklusion for temaet 'Udefra perspektiv': temaet viser den udvikling, de kliniske vejledere oplever at der har været, og som inkluderer andre end dem selv aktivt. Temaet viser, at elementer fra Vindmøllemodellen som 'uskrevne normer-og-regler', 'pseudo-hverdagslivsaktiviteter' og 'professionel socialisering' har givet mening for de kliniske vejledere, og at de har været i stand til at ændre deres tænkning og vejledningspraksis. Det betyder, at de kliniske vejledere har udviklet deres vejlederkompetence, samt at nye læringsmuligheder er blevet afdækket.

Derudover oplever de kliniske vejledere, at det er positivt og givtigt at deltage i projektets forskellige fællesskaber (projektarbejdsgruppe, fokusgrupper, arbejdsseminarer). De oplever, at fællesskabet styrker deres identitet som kliniske vejledere og deres kollegiale sammenhold. Det har givet inspiration, ideer og energi samt et netværk, dette mindsker vejlederens oplevelse af ensomhed i forhold til funktionen. Det har givet mulighed for faglig og pædagogisk sparring og for at italesætte uddannelsesopgaven og synliggøre vejlederrollen. Samlet opleves en større viden om pædagogiske metoder og forskellige tilgange til klinisk vejledning af sygeplejestuderende. Nogle vejledere udtaler, at udbyttet allerede er blevet spredt, både til andre kliniske vejledere udenfor de lokale projektarbejdsgrupper og til resten af praksisfællesskaberne.

Delkonklusion for temaet 'Deltage perspektiv': de kliniske vejledere finder både teori af Jarvis og Vindmøllemodellen vanskelige at tænke i og anvende. I en travl og uforudsigelig dagligdag anvender de kliniske vejledere af og til gammel kendt teori i stedet for. De kliniske vejledere har et ønske om at Vindmøllemodellen bliver mere dansk i udtryksformen. At der er fremmedord i Vindmøllemodellen har haft en negativ betydning for udbyttet af projektet, indflydelsen på kliniskvejlederfunktionen og udvikling af denne. De kliniske vejledere giver udtryk for, at den lange projektperiode og ventetid på del-resultater fra observationsstudiet og logbogsskrivningen har haft negativ indflydelse på engagementet i projektet. Det tyder på, at det at være aktiv i et projekt har direkte betydning for om og i hvilket omfang de kliniske vejledere har følt engagement i projektet. Ydre omstændigheder som f.eks. den nye nationale studieordning er en faktor der nævnes som noget der tager de kliniske vejlederes ressourcer.

Det skal nævnes, at der i interviewguiden ikke er blevet spurgt til, at de kliniske vejledere skulle forholde sig kritisk til det at deltage i LIP-projektet, hvilket betyder, at de kritiske udsagn er fremkommet på trods af, at det ikke er en del af interviewguiden. Slutteligt tyder det på, at projektlederens evne til synlighed, nærvær og anerkendelse af kliniske vejledere er af stor betydning for et projekt generelt, og måske særligt, når projektet strækker sig over en treårig periode.

Alle tre temaer tyder på at LIP-projektet har bidraget til udvikling af vejlederkompetencer for de kliniske vejledere og udvikling af læringsmiljøet. Der ses også en tendens til at Vindmøllemodellen i en 'dansk' udgave eller elementer fra modellen med fordel kunne implementeres systematisk i både praksisfællesskabet og i organisationerne. Det har ikke været muligt at se nogen udvikling af læringsbegreber i materialet fra 2. fokusgruppeinterview.

Til sidst kan nævnes, at materialet indeholder kategorier, der ikke er med i temaerne, men som viser, at de kliniske vejledere gennem LIP-projektet har fået ideer til nye tiltag og anvendelse af Vindmøllemodellen. F.eks. taler to vejledere om, at det ikke kun er studerende, der kan lære af, at hverdagslignende aktiviteter ekspliciteres mundtligt. Den ene vejleder siger:

"Jeg tænker da nogle gange over også at have fokus på børnene i de små situationer, som de studerende. Altså have fokus på, hvor det også er, at de kan lære noget, hvor de måske også bare tidligere havde tænkt – nå, men det her, det er bare en almindelig spisesituation, så pensle ud..." (BUC,387- 389:27).

En anden vejleder siger:

"... og jeg kan ikke lade være med at tænke, om det også sådan breder sig ud til patienterne, når der har været nogle oplevelser, at man så nærmest tør stille patienterne det spørgsmål – hvad kan vi lære af det... Så kan man sige, at det er sådan en blanding mellem noget kognitivt terapi, men dybest set også det samme spørgsmål, man stiller som til Vindmøllemodellen." (MIB,322–327:33).

En klinisk vejleder forslår, at Vindmøllemodellen med fordel kunne implementeres i den klinikforberedende undervisning af sygeplejestuderende (GLA,494-498+1038-1042:73), mens en anden forslår, at Vindmøllemodellen skal være obligatorisk på klinisk vejlederuddannelse (GLA, 667-671:72).

6. Referencer

- Graneheim, U. H. and B. Lundman (2004). "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness." **24**: 105-112.
- Kragelund, L. (2006). Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje en kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri Ph.d.-afhandling. Kbh., Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Kragelund, L. (2007). Kategoriseringsmodel for sygeplejestuderendes læreprocesser. Kbh., Forskningsprogrammet Kompetenceudvikling i et livslangt perspektiv og Psykiatrien Region Sjælland.
- Kragelund, L. (2011). "The Windmill of Learning Processes: A learning and teaching tool for student nurses and mentors." *Nurse Education Today* **31**(1): 54-58.
- Kragelund, L., m.fl. (2008). *Projektbeskrivelse for aktionsforskningsprojektet Udvikling af læringsmiljø i psykiatrien: læremuligheder, kompetenceudvikling & innovation*. København, Nationalt Center for Kompetenceudvikling ved Danmarks Pædagogiske Universitetsskole. Aarhus Universitet
- Kruse, E. (2007). Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og andre beslægtede fag, Dansk psykologisk Forlag.
- Launsø, L., Rieper, O. (1995). Forskning om og med mennesker, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Lindseth, A. (2005). Zur Sache der Philosophischen Praxis. Philosophieren in Gesprächen mit ratsuchenden Menschen, Karl Alber Freiburg/München
- Undervisningsministeriet (2008). Bekendtgørelsen om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje. Undervisningsministeriet. København.

7. Bilagsfortegnelse

7.1 Bilag 1: Spørgeguide til 2. fokusgruppeinterview

7.2 Bilag 2: Oplysninger om forskel mellem deltagere ved 1. og 2. fokusgruppeinterview

7.3 Bilag 3: Sub-temaet 'Refleksion og selvrefleksion'

7.4 Bilag 4: Sub-tema 'Kompetenceudvikling'

7.5 Bilag 5: Sub-tema 'Læring, undervisnings- og vejledningsstrategier'

7.6 Bilag 6: Sub-tema 'At lære studerende at være sygeplejerske og at udøve sygepleje'

7.7 Bilag 7: Sub-tema 'Netværk – fællesskab mellem de kliniske vejledere'

7.8 Bilag 8: Sub-tema 'Plus/minus udbytte af deltagelse i LIP-projektet'

7.9 Bilag 9: Sub-tema 'Medindflydelse og ejerskab'

Bilag 1: Spørgeguide til 2. fokusgruppeinterview



Aktionsforskningsprojekt

Spørgeguide til Fokusgruppeinterview 2

Formål: At afdække de kliniske vejlederes opfattelse af, hvilken betydning aktionsforskningsprojektet har haft for udviklingen af læringsmiljøet i psykiatrien – herunder udvikling af læremuligheder, vejlederkompetence og læringsbegreber.

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 som muligt

	Tema (over- og undertemaer)	Hovedspørgsmål	Under/hjælpespørgsmål
1.	Optimering af de studerendes læring	Drøft hvilke erfaringer I har med at anvende kategoriseringsmodellen ?	Hvordan har modellen påvirket jeres bevidsthed om at spørge til, hvilke læringsmuligheder, den studerende ser – eller ikke ser? Hvordan har modellen påvirket jeres bevidsthed om, hvad den studerende har brug for støtte og vejledning til?
2.	Udnyttelse af de eksisterende læremuligheder i praksis	Drøft, på hvilken måde kategoriseringsmodellen har medvirket til at synliggøre og anvende eksisterende læremuligheder i praksis?	Hvilke betydninger har den haft for jeres syn på læringsmuligheder i? Hvordan har den påvirket jeres bevidsthed om at udnytte læringsmuligheder i jeres praksis? Hvilke andre faktorer (end kategoriseringsmodellen) kan have haft betydning for disse ændringer i udnyttelsen af de eksisterende læremuligheder?
3.	Udvikling af de kliniske vejlederes kompetencer som vejledere	Drøft hvilket udbytte/ hvilke erfaringer I har opnået ved at deltage i projektet – På hvilken måde har projektet inspireret jer til ændring/udvikling • I jeres syn på begrebet vejledning • Af jeres egen praksis omkring	Hvilket udbytte har I fået af : ▪ at deltage i første fokusgruppeinterview? ▪ det at skrive logbog? ▪ jeres gensidige observation af vejlederpraksis? ▪ projektets

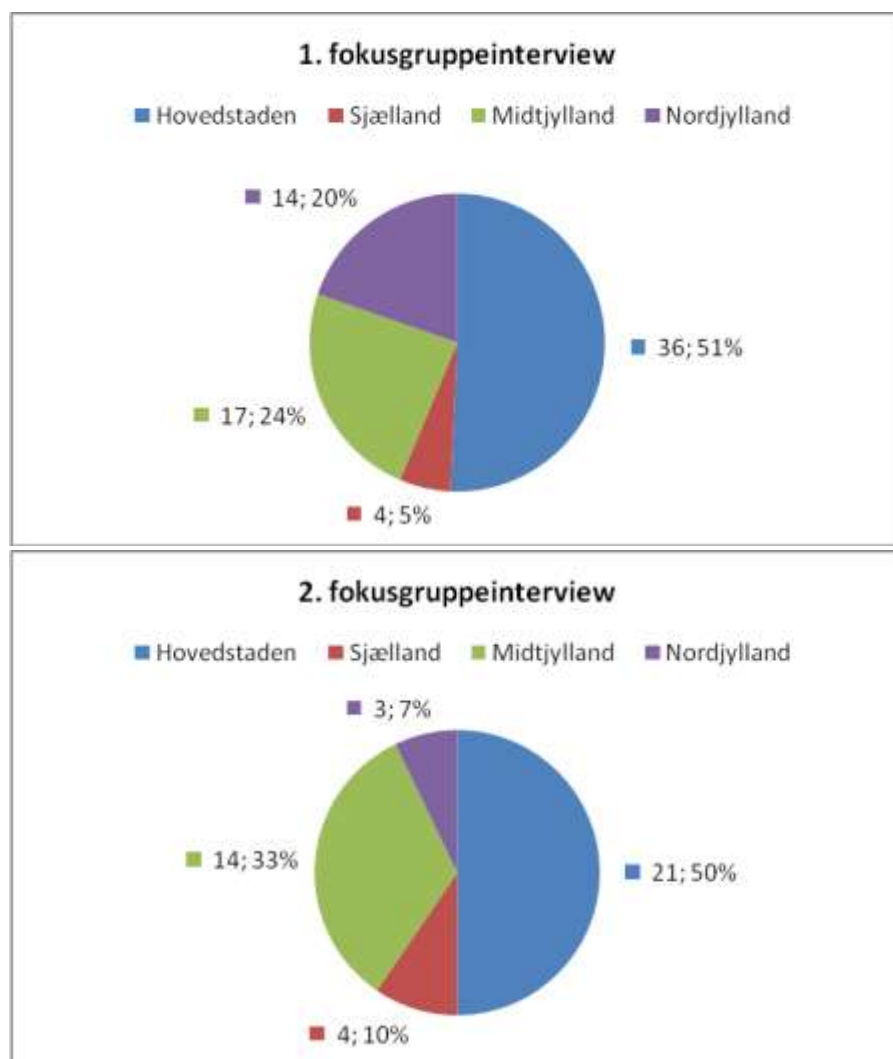
		vejledning?	arbejdsseminarer indtil nu? Hvilke muligheder og udfordringer har disse aktiviteter været forbundet med? På hvilken måde har det udviklet jeres forudsætninger for at være klinisk vejleder • pædagogisk? • sygeplejefagligt? • personligt? • andet (IT, vilkår)?
4.	Uddannelsesstedernes læringsmiljø	Drøft på hvilken måde og i hvilket omfang anvendelse af kategoriseringsmodellen har påvirket læringsmiljøet i jeres afsnit?	Beskriv nogle eksempler. Drøft om jeres deltagelse i projektet indirekte har medvirket til at læringsmiljøet er ændret i afsnittet?
5.	Udvikling af begreber om klinisk læring	På hvilken måde har projektet medvirket til at udvikle eller ændre jeres syn på klinisk læring i psykiatrien ? Drøft om jeres forståelse af begrebet klinisk læring er dækket af modellen?	Hvilke facetter i modellen har været særligt fremtrædende? Nogle mere end andre? Drøft om I er blevet opmærksomme på andre faktorer af betydning for den kliniske læring , som ikke indgår i modellen
6.	Dobbeltrolle som kliniske vejleder og psykiatrisk sygeplejerske	Det fremgår af svarene fra 1.fokusgruppeinterview og logbøgerne at en stor del af de kliniske vejledere oplever det som en særlig udfordring, at fungere både som klinisk vejleder og psykiatrisk sygeplejerske. Har deltagelse i projektet ændret noget ved egen oplevelse af funktionerne?	A. Kollegernes opfattelse? B. Ledelsens opfattelse?
7.	Oplevelse af deltagelse i	Drøft hvilke oplevelser I har af	Hvordan har I oplevet mulighed

	projektet	medinddragelse i projektforløbet? Hvilken betydning har den lokale projektarbejdsgruppe haft for jeres udbytte af projektet? Drøft hvilke tanker interviewet har sat i gang hos jer omkring læringsmiljø og læringsmuligheder – også fremadrettet – innovation ?	for medindflydelse i de beslutninger der truffet undervejs i projektet? På en skala fra 1 – 10 hvor ligger I så i forhold til et ejerskab for projektet? Hvad kendetegner de ejerskabsfølelser, I sidder inde med? Beskriv nogle eksempler?
8.	Afrunding af interviewet	Hvordan har det været at deltage i dagens interview?	Er der noget omkring udvikling af læremuligheder, jeres vejlederkompetencer og modellens begreber, som ikke er blevet belyst under interviewet? Ideeer – overvejelser?

Bilag 2: Oplysninger om forskel mellem deltagere ved 1. og 2. fokusgruppeinterview

Ved 1. fokusgruppeinterview kan deltagerne karakteriseres ved at der uddannelsesmæssigt er 49 af de 71 kliniske vejledere der har klinisk vejlederuddannelse og 12 har en fuld diplomuddannelse. Desuden er der 4 med en kandidatuddannelse. De vejleder i gennemsnit 3,1 sygeplejestuderende af gangen (min:1, maks:12). Ved 2. fokusgruppeinterview kan deltagerne karakteriseres ved at der uddannelsesmæssigt er 31 af de 42 kliniske vejledere der har klinisk vejlederuddannelse og 9 har en fuld diplomuddannelse. Desuden er der 2 med kandidatuddannelse. De vejleder i gennemsnit 3,3 sygeplejestuderende af gangen (min: 1, maks:12).

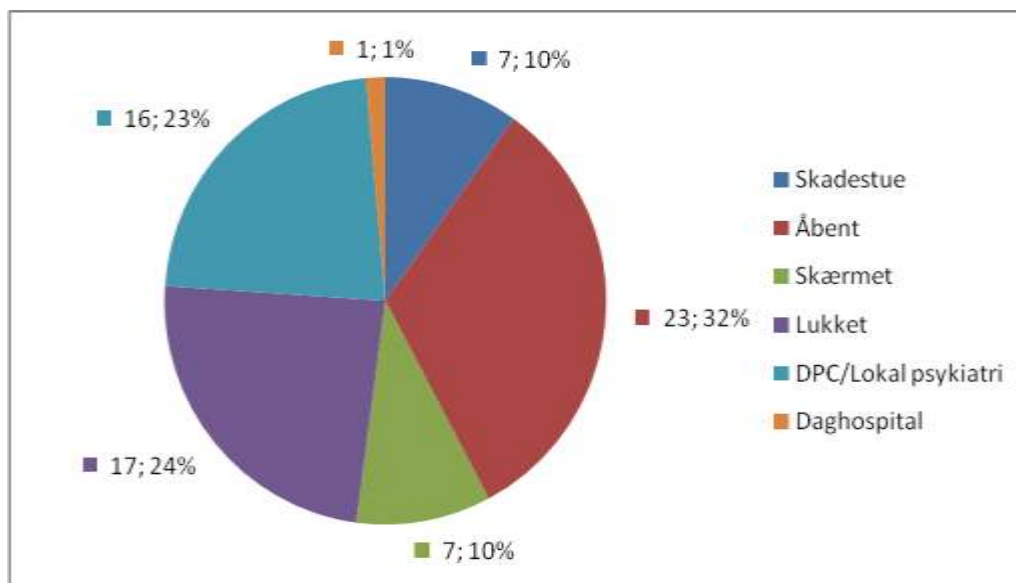
Fordeling på de fire regioner der er illustreret herunder, viser både antallet af kliniske vejledere og en procentfordeling fra hver region. Som det kan ses har region Hovedstadens psykiatri opretholdt en procentfordeling på ca. 50%, mens Region Nordjylland har haft et frafald på 11 vejledere og dermed også procentmæssigt er reduceret fra 20% til 7%. Region Sjælland har været konstant med 4 deltagere og Midtjylland er procentmæssigt gået fra 24% til 33%, med et frafald på 3 deltagere.



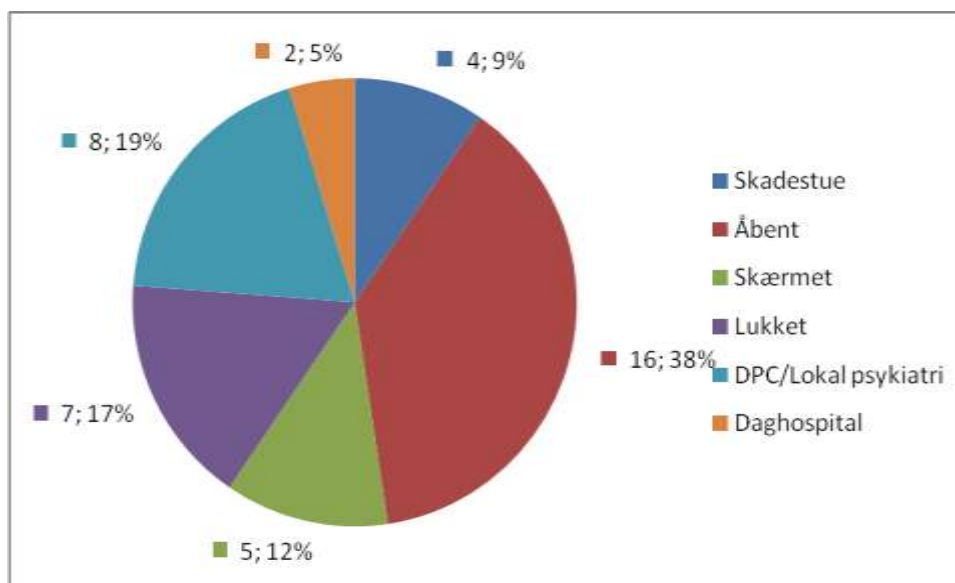
Figur 1: fordeling på regioner ved 1. fokusgruppeinterview og 2. fokusgruppeinterview

Fordeling af type af ansættelsessted ved henholdsvis 1. og 2. fokusgruppeinterview

Figur 3 og 4 viser ændringer i fordelingen af ansættelsessted ved 1. og 2. fokusgruppeinterview for de kliniske vejledere.



Figur 2: 1. fokusgruppeinterview



Figur 3: 2. fokusgruppeinterview

Bilag 3: Sub-temaet 'Refleksion og selvrefleksion'

Sub-tema	Refleksion og selvrefleksion			
Hoved-kategori	Logbogsskrivning	Observationsstudier	VMM	Andre
Kategorier:	Fik vejlederen til at reflektere over sin egen rolle - Det var da en øjenåbner for en selv (BUC 235-238 + 242: 27) Refleksion over egen rolle (BUC 244-246:26) hvad er det man selv bider mærke i, for det er jo det, der kommer på skrift. Tvinger en til at tænke sin vejleder praksis igennem (MIA 235-241: 124) At skrive logbog – tvinger til refleksion over egen praksis (MIA 359-365:30) Logbogsskrivning som refleksionsredskab (SJB 535-537:63) Skrivning øger eftertanke og dybe refleksioner (GLA 561-567: 71) Skrivefobi vanskeliggør systematisk dokumentation (GLA , 490-493:73) At skrive logbog i gang-sætter selvrefleksion og afdække IUD (GLA 516-517:72) Logbog er et redskab til gensidige ahaoplevelser (GLA , 554-556:73) Logbogsskrivning får kliniske vejledere til at reflektere dybere over deres vejledning af stud. efter læresituationen (ÅL 511-524: 16+19+20) At nyde at fordybe sig i egen vejledning via log-bogen (HI 118-124:93) At lære at fordybe sig via logbogen - at gøre noget man beder de studerende om (HI 130-132:92)	At få tilbagemeldinger fra observatøren giver selvrefleksion (BUC 336-341:27) Det var en stor gave til mig Dataindsamling via observationsstudier blev oplevet både vanskelige, konfronterende og sjove af de kliniske vejledere (ÅL 551-553:19+16) At skulle observeres giver refleksion over egne praksis (HI 221-228:130) At bliver observeret giver forståelse for, hvordan det er at være studerende (GLB 435-441:105) Klinisk vejleder erkender at hun er blind for sine egne iagttagelser. SÅ gensidig observationsstudier er godt (MIC, 447-448:6) Observation sætter fokus på studerende vilkår og rolle (SJA 422-423:66) Observationerne giver anledning til refleksion over vejlederstil (SJA 381-383: 66) Observationerne sætter fokus på at gode intentioner og hensigtsmæssig adfærd ikke altid hænger sammen (SJA 388-393:66)	En udfordring at afdække UKD (GLA 61.64: 73) Vindmøllemodellen præsenteres for fagligt svage studerende for at øge egen selvforståelse (GLA 170-171:72) Vindmøllemodellen giver klinisk vejleder mod til at tænke højt med studerende (GLA 162-163+ 167-168: 73) Kliniske vejledere er blevet mere bevidste om egne blinde vinkler. Det er en ny kompetence (ÅL 979-992: 16+19+20) også at italesætte de ting, der ligger. Vejleder inddrager modellen i egne refleksion over en svær situation, som både vejleder og studerende troede var en rutine situation (ÅL 51-57:20) Klinisk vejleder kan anvende Vindmøllemodellen i samarbejde med studerende til at sætte ord på svære læresituationer, forklare og give mening og skabe refleksion (ÅL 110-115:20) Vindmøllemodellen anvendes som analyseredskab for den kliniske vejleder (??? s 11 18 -20 :92) den lever inde i mit hoved i min vejledning af de studerende, det har været min arbejdsmodel og min måde at analysere læresituationer på Dele af Vindmøllemodellen er i vejlederens hoved og anvendes (GLB 33-47:105) Nye læringssituationer afdækkes med Vindmøllemodellen for	Arbejdsseminar har skabt refleksion og selvrefleksion over egen praksis (GLB, 425-433:100) Deltagelse i LIP skærper opmærksomheden på rolle som klinisk vejleder (SJA, 538-539:66) Mod og åbenhed for balance mellem kaos og kontrol (GLA, 140-147:73) vejleder er optaget af og angst for at blive kikket i skoene – giver sig selv mulighed for vækst Der er ikke samtidighed i læring (GLA, 242-246:73) fik viden som 20 årig – anvendt som 35 årig Læring afhænger af klinisk vejleders forforståelse (GLA 239.240: 72) Kliniske vejledere ser hele processen i projektet fra helikopterposition – de er blev taget alvorligt, har fået viden og energi. Oplever vemod, men også nye ideer til ad hoc gruppe om klinisk vejledning (ÅL 1534-1550: 16+19+20) Undren over ikke at være mere udviklingsorienteret (HI, 795-797:92) hvorfor var jeg s forstokket? Hvorfor kunne jeg ikke gøre det noget mere? Projektet har skabt øget

	Ro til at reflektere over sin egen praksis via logbogen (HI, 145-149:90) Logbog igangsætter refleksion og afdækker læremuligheder. (GLA 510-512: 72) Logbog skaber refleksion over egen vejlederrolle) GLB 195-202:100) Logbogsskrivning gav anledning til selvrefleksion (KF 295-297:82) Logbogsskrivning igangsætter refleksion, som kan overføres til vejledning af studerende (SJA, 274-278:67) Logbog giver anledning til refleksion hos vejl. (MIB, 428-439:33)		vejlederen (MIB 49-54:3) Klinisk vejleder er selv blevet mere opmærksom på læringsmuligheder, men viser ikke modellen til studerende (MIC 85-90:7) Klinisk vejleder anvender modellen i tankerne som teoretisk baggrundsviden (MIC 176-78: 6)	bevidsthed om vejlederrollen(GLB, 701-703:100) Refleksion over vejlederrollen (MIB 528-538:33) større bevidsthed om egen rolle og læring (MIB , 540-546:3)
--	--	--	--	---

Bilag 4: Sub-tema 'Kompetenceudvikling'

Sub-tema	Kompetenceudvikling		
Hoved-kategori	Personlig kompetence	Faglig kompetence	Pædagogisk/metodisk kompetence
Kategorier:	Vejleders personlige kompetencer spiller en stor rolle for at udnytte og optimere de studerendes læremuligheder (BA, 176-178:94) Observationerne har tydeliggjort vejlederens rolle som vejleder (BUC, 59-64:32) Kompetenceudvikling er både den enkeltes ansvar og lederens ansvar. (GLA, 955-58:71) (Deltagelse i LIP giver) personlig og faglig selvværdsfølelse (GLA, 736-39:71) At tage og anvende klinisk vejlederuddannelse er i sig selv et studium, som anerkendes mere gennem projektets fokus på vejlederfunktionen (ÅL,1144-48:20)	Hvad er sygeplejerskers spidskompetence i psykiatrien (MIB, 1219 – 1229:33) Deltagelse i projektet gør vejlederne bedre til at italesætte deres praksis (ÅL 584-596: 16+19+20) Projektet har været en øjenåbner for de kliniske vejleder om deres vejledningspraksis, de studerende, forhold i afdelingen og om lærings-muligheder (ÅL, 564-67: 20) VMM afdækker studerendes læremuligheder (GLA 179-191:71) vejleder er blevet bedre til at formidle professionen	VMM udvider perspektivet på læringsmuligheder (GLA, 126-136:72) VMM er i hovedet på vejlederen – udvikling af nye undervisnings strategier (HI 24-32:92) VMM har betydet kompetence til at anvende en bredere vifte af refleksive spørgsmål i vejledningen (BUC, 88-92:36) Klin. vejl lært noget nyt ved observation af kollega i praksis. At bevæge sig fra IUD til KBD) (GLA, 405-413: 71) Logbog og observation har udviklet bredden i vejlederkompetencen (BUC, 355-57:27) Kompetenceudvikling på hjemme-arbejdsdage (GLA 960-970:73) Det er kompetenceskabende at deltage i et aktions-forsknings-projekt som LIP (GLB,917-18:105) Skriftlighed giver AHA- oplevelser (GLA, 561-67:71) Vejleder ser frem til afsluttende seminar (MIB, 1293-1297: 3)

Bilag 5: Sub-tema 'Læring, undervisnings- og vejledningsstrategier'

Subtema	Læring, undervisnings- og vejledningsstrategier						
Hoved-kategori	Øv dig sammen med mig	Forberedt vejledning med aktivering af de studerende	Lad mig fortælle dig	Før, under og efter – vejledning	At lære den studerende at kende	Læremuligheder	Læringsmiljø
Kategorier	Opmærksomhed på at være mere sammen med studerende i praksis (Mia,504-520,31) Ny undervisningsstrategi: at være sammen med og lærer i pseudo-hverdagssituationer (BUC,157-163,27) Vejledning af studerende foregår ikke bed-side (HI,417-426,92) Læringsmuligheder opstår i dialog (GLA.224-226,72)	At de studerende skal lave oplæg til vejlederne (Mia,255-261,28) Fokus på undervisningsstrategier, der aktiverer de studerende (frem for selv at være den aktive) (BUC:552-557,36)(BUC,359-377,36) Vejledning skal være forberedt af både studerende og vejleder (MIA:534-538,29)(ÅL,332-339,16) VMM som et pædagogisk redskab (BUC,633-648,36)	Vi bliver nødt til at guide de studerende (MIA,559,21) At fortælle de studerende om mellemregningerne der ligger til grund for sygeplejehandlingerne (BUC,94-98,27) At gøre det tydeligt for studerende hvilke opgaver de har (SJA,432-435,66) Læring skal italesættes så den kliniske vejlederealificeres (MIB,638,33)(MIB,640-642,3) Vejlederen har ændret undervisningsstrategi til en gensidig strategi 'Reflekter med mig' (BUC,42-46,27)	Vindmøllemodellen i før, under og eftervejledning (GLA,389-398,71) (HI,108-109,130) Giver mere før-vejledning til nye studerende (HI,652-657,90) (MIC,66-73,6)(BUC,35-40,36)(ÅL,282-288,20) Vejleder anvender bevidst en ensidig lærerstrategi 'Øv dig uden mig' og så efter-refleksion (BA,84-87,95) VMM anvendes til hypotetisk kan ske (MIB,76-83,33) VMM bidrager til at tænke både i teori og praksis (MIB, 261-271,33)	VMM kan afdække studerendes behov for undervisning og refleksion (SJA,144-152,67) At blive opmærksom på blinde pletter gennem VMM (MIC,652-661,9) VMM kan bruges til at styrke studerendes refleksivitet (KF,104-111,111) VMM medbringes til samtaler med studerende (MIB,27-30,3) VMM støtter vejlederen i at få fornemmelse for studerendes nærmeste udviklingszone (MIB,60-65,33) Øget opmærksomhed på hverdagssituationer og spørger den studerende 'hvad er svært i denne situation?' (MIB,192-194,33) Vejleder er blevet bedre til at spørge til læresituationer – hvord sættes i spil (MIB,171-173,?) (MIB,153-161,33) At afdække de studerendes forforståelser (GLA,389-398,71) VMM som refleksionsredskab (SJA,156-158,67) VMM ændrer retorikken i samtale med de studerende (MIB,336-339,3) Læring kobles op på studerendes nærmeste udviklingszone (MIB,671-673,33) Vurdering af studerendes teoretiske basisviden og erfaring (GLA,79-98,71)(GLA,179-191,71) Klargøre studerendes niveau og hvilke krav der kan stilles (KF,196-203,83) Giver realistiske forventninger til studerende (MIB,69-74,3)	Vindmøllemodellen øger kliniske vejlederes bevidsthed om individuelt ubevidste læremuligheder og kollektivt ubevidste læremuligheder (glA,494-498,73) Kliniske vejlederes bevidsthed om læringsbehov hos studerende (glA,503-506,71) Vindmøllemodellen kan beskrive bevidst/ikke bevidst disjuncture (ba,605-609,94) Individuel ikke bevidst disjuncture kan benyttes til at optimere studerendes læring (ba,159-163,95) Vindmøllemodellen har betydet opmærksomhed på og bedre udnyttelse af eksisterende læremuligheder (ba,132-136,94 + ba, 138-139,95) Vindmøllemodellen anvendes til at sætte fokus på kollektiv bevidsthed om læremuligheder indenfor psykiatrisk sygepleje (sja,38-46,67) Kliniske vejledere søger kollektiv bevidsthed ift om studerende er i en ikke-rutine situation (sja, 247-249,63) Lip har bevirket at kliniske vejledere er blevet mere opmærksom på udnyttede læremuligheder mht at inkludere studerende mere i patientkontakten (kf,558-566,84) Kliniske vejledere er blevet mere opmærksom på at udnytte læremuligheder (kf,92-97,111) Kliniske vejledere inddrager læringsmodellen til at bevidstgøre studerende om flere læringsmuligheder i rutinesituationer efter 1-2 uger hvor studerende har fået egen erfaring fra praksis (mic,47-54,6)	Medinddrage sygeplejersker der har fulgt den studerende i evalueringen (mia,424-433,31) Videreformidling af vindmøllemodellen på personalemøder er godt for læringsmiljøet (mia,812-824,28) Kliniske vejledere samarbejder med pv om at omsætte projektets modeller og begreber til mere praktisk anvendelige reflekterende spørgsmål (mic,583-586,9) Kolleger skal også kende modellen for at skabe et bedre læringsmiljø (buc,498-499,26) Når kliniske vejledere spreder sin viden til kolleger i praksisfællesskabet kan deres bevidsthed om studerendes læringsmuligheder øges og de studerende kan blive inddraget mere i praksisfællesskabet (ål,758-768,20) Når praksisfællesskabet er velinformeret af kliniske vejledere kan de anvende modellens begreber til at synliggøre den studerende og deres egen bevidsthed om læringsforløb (ål,239-245,20) Evaluering af studerende deles med praksisfællesskabet (mib,920-923,33) Praksisfællesskabet tænker ens om læring (mib,385-397,33) Praksisfællesskabet prioriteres af kliniske vejledere (mib,399-403,3) Praksisfællesskabet glemmer lip (glA,637-639,72 + glA, 630-632,72) Vindmøllemodellen kan få kolleger til at forstå at der er faglige læremuligheder i pseudohverdagssituationer (buc,475-494,27) Information om projektforsøg og model til praksisfællesskabet og ledelse er vigtig for at skabe interesse og opbakning (ål,223-227,20) Vindmøllemodellen igangsætter diskurser i praksisfællesskabet (glA,650-653,73) Vindmøllemodellen skærper opmærksomheden på

					Som evalueringsredskab (MIA,124,33) Få et nuanceret syn på en studerende (MIA,203-209,31)	Vindmøllemodellen kan øge studerendes, kliniske vejlederes og fast personales opmærksomhed på læringsmuligheder (mic,31-38,9) Opmærksomhed på ikke-bevidste læremuligheder (hi,769-772,130) At blive opmærksom på uudnyttede læremuligheder (hi,191-197,90) Lip har bevirket at kliniske vejledere er blevet mere opmærksom på uudnyttede læremuligheder for at inkludere studerende mere i patientkontakten (kf,558-566,84) Kliniske vejledere må argumentere med studerende og sygeplejersker for at synliggøre læremuligheder i rutineopgaverne som banalt at skifte plaster (mic,737-742,9) Kliniske vejlederes rolle er at gøre studerende opmærksom på de små detaljer (mic,162- 163,7) Kliniske vejledere har udviklet kompetence i at udnytte læremuligheder bedre (buc,737-738,26) Gennem observation kan man identificere nye læremuligheder (buc,304-310,36) Observationerne skaber øje for nye læremuligheder (buc,292-236,36) Logbogsskrivning afdækker uudnyttede læremuligheder (gla,500-503,71) Vindmøllemodellen er svær at forstå/implementere (gla,650-653,73) Projektet har ingen betydning haft for at udnytte eksisterende læremuligheder (ba,159-163,95) Vindmøllemodellen hjælper med at prioritere mellem adskillige læremuligheder (gla,494-498,73) Vindmøllemodellen afdækker læremuligheder gla,49 4-498,73)	praksisfællesskabet (gla,650-653,73) Ønsker at anvende vindmøllemodellen i praksisfællesskabet (mib,115-120,3) Vindmøllemodellen kan understøtte læring i praksisfællesskabet (mib,141-143,3) Vindmøllemodellen ønskes implementeret i praksisfællesskabet (mib,122-137,33) Vindmøllemodellen kan hjælpe studerende med at koble teori og praksis i miljøterapeutisk sammenhæng (sja,141- 144,67) Læringsmiljøet forbedres når vindmøllemodellen anvendes (mib,575-587,39) Logbogsskrivning har bevidstgjort kliniske vejledere om at jo større engagement studerende viser jo mere anvendes vindmøllemodellen (sja,324- 336,67) Følgelse af ansvar for projektets resultater bliver anvendt i afsnittet uden at vide hvordan det skal gøres (buc,1057-1067,36) Kolleger gider ikke høre om vindmøllemodellen som teori men kan anvende og værd sætte den i oversat form (buc,527-532,27) Kliniske vejledere overvejer hvordan de skal holde fokus på at anvende modellen med kolleger og studerende som hjælp til læring om 1 år (ål,1561-1569,16+19) Formidlingsopgave- studerende skal være en del af det kollektive praksisfællesskab (gla,126- 136,72) Vindmøllemodellen bruges som argumentation for at inddrage de studerende som deltagere i miljøet (udnytte hverdagslignende aktiviteter som læremuligheder (buc,516- 523,27) Vindmøllemodellen har skabt opmærksomhed på hvad der kan ligge i at være bange for eller have svært ved at gå ind til en patient (mia,74-75,31) Vindmøllemodellen har bevidstgjort kliniske vejledere ift at give studerende tryghed og nærvær (sja,25-32,66) Det er lettere at bevare engagement i projektet i de afsnit som har en god kultur og tradition med informere hinanden (ål,1192- 1202,16+20)
--	--	--	--	--	--	--	--

						Vindmøllemodellen stiller gode spørgsmål (gla,503-506,71) Vindmøllemodellen kan anvendes til at holde fokus på læremuligheder (kf,130-135,111) Vindmøllemodellen giver svar på: hvad har vi lært i dag (mib,36-42,33) Vindmøllemodellen gør læringssituationer tydelige for studerende (mib,43-47,33) Organisering af kontaktpersoner til patienter rummer flere læringmuligheder (mic,110-115,9) Vejledning læres i praksis (ba,206-208,94) Nye læringsudfordringer i distriktpsikiatrisk center (mib,97-103,33)	Hvis kulturen i en afdeling er at personalet er nysgerrigt er det lettere for kliniske vejledere at dele sin viden på personalemøder (ål,800-803,19) Usikkert om projektet har haft betydning for læringsmiljøet i hele vejledergruppen (ba,456-462,95) Det har muligvis haft betydning for deltagende kliniske vejledere læringsmiljø at være med i projektet (ba,456,462,95) Bevægelse: kollektiv ubevidst til bevidst disjuncture (mib,736-739+761-764,3 + 728-773,33) Faglighed italesættes og skaber mono-og tværfaglig bevidsthed (mib,223-240,36) Hele tiden nye læringsperspektiver (mib,595-610,33) Læringsmiljø skal på den politiske dagsorden (gla,899-903,73) Kliniske vejledere's forforståelse om læreprocesser (gla,625-628,71)
--	--	--	--	--	--	--	---

Bilag 7: Sub-tema 'Netværk – fællesskab mellem de kliniske vejledere'

Sub-tema	Netværk – fællesskab mellem de kliniske vejledere		
Hoved-kategori	Lokalt netværk /gruppe af kliniske vejledere	Projektarbejdsgruppen	Arbejdsseminarer
Kategorier:	Oplever fællesskab, hvor de kan blive inspireret og få ideer fra andre (ÅL 322-323, 16) At lære hinanden at kende i praksisfællesskabet – (GLA, 471-479: 71) Dele bekymringer og frustrationer, ikke være alene, personligt og fagligt fællesskab Projektet har haft indflydelse på samarbejdet i gruppen af kliniske vejledere (s 14 l 37 38, s 15 l 1-3: 92) Styrkelse af det kollegiale samarbejde (mellem kliniske vejledere) (HI 530-535:92) Udvikling af sociale og faglige relationer (HI, 247-256:88) Projektet har styrket det kollegiale sammenhold (HI, 244-245:91) Styrkelse af det kollegiale samarbejde (HI 545-546:92) fælles om nogle ting vi gjorde hver for sig Kollegialt fællesskab med andre kliniske vejledere til erfaringsudveksling og evaluering af vejledning (MIC, 411-420:9)	Deltagelse i projektet har været "helt kanon" Udbyttet er erfaringsudveksling, kendskab til andre kliniske vejledere og deres dilemmaer. Er blevet bedre til at argumentere og italesætte vejlederes funktion og vilkår (ÅL 1116- 1123: 19 + 20) De kliniske vejledere har lært flere vejledere at kende og får nye inputs og inspiration af at deltage i fokusgruppeinterviews (ÅL 1464-1473: 16+20 +A) Projektet har skabt mulighed for faglig sparring ved at lære andre kliniske vejledere at kende (BUC, 1002-1011:36) Sociale aspekter oplever at projektet giver mere opmærksomhed (til et vældigt usynligt arbejde) Og mulighed for fællesskab med andre kliniske vejledere (ÅL 309-11: 20) Ejerskab til LIP afhænger af muligheden for samarbejdet med andre kliniske vejledere om LIP (SJA, 672:66) Styrkelse af det kollegiale samarbejde/ fællesskab på tværs af subspecialer (HI, 536-539:93) Fællesskab mellem kliniske vejledere giver inspiration, ideer og energi (MIC, 958.961:7)	Arbejdsseminarer er et fagligt åndehul, der styrker fællesskabsfølelsen (KF, 432-441:75) Profitere af at have et fællesskab med andre om vejledning både i hverdagen og på arbejdsseminarer (ÅL 325-330:19) Vigtigt at praksisfællesskabet mødes (på arbejdsseminarer fx) GLA, 518 – 520: 72) Givtigt at tale med nogen (på arbejdsseminaret),der gør samme arbejde anderledes (HI , 238-242: 130) Arbejdsseminarer giver kliniske vejledere indsigt i og mulighed for at drøfte forskellige tilgange til vejledning (ÅL, 315-319:19) synliggør forskelligheder og spændvidde i vejlederpraksis. Arbejdsseminar giver netværk til andre vejledere (GLB, 420 – 423:105) Arbejdsseminarer prioriteres højt af kliniske vejledere pga. gode diskussioner, men ikke alle fik mulighed for at deltage (MIC,464,467:6)

Bilag 8: Sub-tema 'Plus/minus udbytte af deltagelse i LIP-projektet'

Subtema	Plus/minus udbytte af deltagelse i læringsprojektet								
Hoved Kategori	Arbejdsseminarer	Logbog	Observationsstudier	Fokusgruppeinterview w	Deltagelse i projekt – lokale projektgruppe	Udvikling uanset projekt	Begrænset udbytte	Indflydelse på klinisk vejleder funktionen	Andre faktorer
Kategorier:	Inspireret af at deltage i arbejdsseminarer (mia, 331-32:29) På arbejdsseminarer kommer man i dybden med forudsætninger og måder at arbejde på i hverdagen (mia 342-43:28) Arbejdsseminarer har samlet op på projektet for vejlederen (glb, 448-49:100) Arbejdsseminarer styrker faglige og pædagogiske drøftelser i praksisfællesskabet (hib, 362-67:3)	Supersjovt at skrive logbog – også en udfordring (mib, 410-16, 33) Logbog øger bevidstheden om læresituationer, det er svært at tage sig sammen til at skrive modstand på logbog (mib, 420-26:3) Ville akt. Projektet have været lige så spændende, hvis vejledere ikke skulle aflevere empiri? Det er mere proces end resultat (mib, 1049:33) Aktionernes skriftlighed (logbog og obsnotater) er væsentlige (mib, 1075-77:3) Logbogsskrivning langsommelig, men gav godt udbytte. Vejledere overvejer at skrive igen. (mic, 506-09:7) Klinisk vejleder sammen med stud., inddrog vindmøllemodellen, dejligt men svært at nå hver uge.(mic, 537-542:6) Kliniske vejledere kan se perspektivet i at skrive logbog og anvende dem på vejledermøder (mic, 548-54:6)	klinisk vejleder præsenterer bevægelse ift kud for kollega og iud hos studerende (glb, 369-75:72) Klinisk vejleder har haft udbyttet af efterfølgende dialog med den obser-verede kliniske vejleder (sjb, 427-31:64) Lærerigt at se hvordan en kollega arbejder (s 5, linje 15-22: 92) Kliniske vejledere kunne lægge mere ansvar over på studerende (sjb, 447-51:67) Klinisk vejleder opdager uudnyttede lærings-muligheder ved observation af kollegas vejledning (mic 470-74:33) Observation er en dyna-misk proces og øger klarsynet i læresituationer (mib, 452-60 og 470-5:33) At komme i en anden praksis (mia, 124-200:?) Gensidige observations-studier var spændende, selvom vejlederne ikke "måtte" snakke om det efterfølgende (mic, 360-64:6+9) Observationsstudier var udviklende både for observatør og observant (mic, 386-90:7) Observationsstudiet blev hurtigt trygt nok for den kliniske vejleder til en udbytterig sparring med en vejlederkollega (mic, 435-40:9) Observationer skærper opmærksomheden. Det er givende at få respons fra en kollega på egen vejledning. (kf, 412-15: 81) Relationen mellem klinisk vejleder og studerende er væsentlig. (sjb, 532-36:67) At lære at se hvordan andre vejleder (hi, 161-64:92)	Dialogen i fokusgruppeinterview har givet deltagerne stort udbytte (ål, 1415:20) Bekymring for ikke at kunne se nogen progression i egne udvikling ved 2.interview (buc,1024-30:27) Ubegrundet bekymring for ikke at kunne bidrage ved 2. Interview (buc, 1021-22:32) Forskel på hvor let samtalen flød i første og andet interview- i 2. Interview var der mere eftertænksomhed (buc, 1034-37:26) Deltagelse i 2. Fokusgruppeinterview w har givet klinisk vejleder fornyet energi på lip (kf,1090-92:80) Klinisk vejleder får udbytte af at mødes og gøre status over projektindsats og så inspiration til at inddrage studerende igen. (mic, 404-09:7) Klinisk vejleder synes projektdeltagelse har haft stor betydning uanset hvem hun har været sammen med om det fælles arbejdsområde (mic,893-902:6) Konkrete resultater fra lip bevirker læring for kliniske vejledere(s 8, linje 28-30:90)	Deltagelse i projektet har skærpet bevidstheden om det at være klinisk vejleder (mia 607-16:124) At den lokale projektarbejdsgruppe har været integreret del af klinisk vejleder har været en fordel mht. Information men en bagdel ift udvikling af gruppen (ål, 1421-36:16+20+19) Oplevelse af at have sagt det, der skulle siges i den lokale arbejdsgruppe (buc, 997-1000:36) Legalt at stille spørgsmål for at forstå (mib, 965-71:33) At projektet har fokus på psykiatrien gør det lettere at omsætte og anvende i praksis (mib,1159-60:33) Stolthed over psykiatrien (at projekter foregår her) mib, 1159-60:33) Klinisk vejleder oplever at læringsprojektet betyder forskningsmæssig anerkendelse af læringsmulighederne i psykiatrisk sygepleje (mic, 644-48:7) Projektets hjemmetside har inspireret klinisk vejleder til at formidle mere til personalet i eget afsnit (mic, 482-88:6)	Der skal følges op på vindmøllemodellen, hvis den skal være brugbar (sjb, 66,210-212) Vindmøllemodellen er uforståelig til at blive anvendt på en afdeling (glb, 05,128-135) Vindmøllemodellen er uforståelig til at blive anvendt på en afdeling (glb, 105,153-155) Hvis vindmøllemodellen var mere enkel kunne den anvendes til at formidle tavs viden (glb, 105,117-120) (glb, 105,106-113) Begreberne i vindmøllemodellen er svære at forstå/anvende (glb, 100,84-87). Vindmøllemodellen skal forenkles for at kunne anvendes (glb, 100+105,69-82) Vindmøllemodellen skal gøres enkel for at kunne anvendes (glb, 105,59-67) Vindmøllemodellen er for teoretisk til at kunne anvendes i dagligdagen (glb, 100,27-31). Modellen mangler at tydeliggøre hvis ansvar/oppager der ligger hos henholdsvis de studerende og hos vejlederen (buc,27+32,619-625). Vindmøllemodellen tager ikke stilling til kontekstafhængig-hed og resulterer i at fokus forsvinder i vejledning (glb, 73,339-343) Vindmøllemodellen er ikke kommet ind under huden på vejlederen (hi,90,923-925). Vindmøllemodellen viser kun den studerende-mangler både patient og vejleder (ba, 132+95,781-793). Vindmøllemodellen tager ikke højde for kliniske vejlederes bevidste/ikke-bevidste disjuncture (ba, 94+95,769-774). Vindmøllemodellen kan virke som en begrænsning for kliniske vejledere (ba, 132,691-698). Udvikling af vejledningsforløb og klinisk praksis sker løbende over tid – uden relation til vindmøllemodellen (ål,19,184-187)	De kliniske vejlederes serviceniveau har sammenhæng med ønsket om gode evalueringer (sjb, 67,493-495) Kliniske vejledere har anvendt refleksionsmodellen frem for vindmøllemodellen (sjb, 67,93-94). Kliniske vejledere oplever ikke lip som revolutionerende nytænkning (sjb, 67,681-687). Lip sætter ikke levende spor(sja, 66,701). Kliniske vejledere forholder sig kritisk til vindmøllemodellen og finder en udfordring i at afdække ubevidst kollektiv disjuncture (glb, 73,61-64). Vejning læres i praksis(ba, 95+94,198-208) Deltagelse i projektet har haft begrænset betydning (ba, 95+94,198-208) Vejledersens personlighed spiller en stor rolle (ba, 95+94,198-208). Kliniske vejledere er optaget af at gøre "det rigtige" frem for at have fokus på egen vejledning (ba, 94,230-233). At forholde sig kritisk til implementering (glb, 72,899-903). Vejleders personlige kompetencer omfattes ikke af modellen – spiller en stor rolle for læring i klinikken (ba, 132+95,562-580). Kendskab til vindmøllemodellen har ikke ændret klinisk vejleders praksis (kf, 80,43-45) At genkende sig selv i nogle resultater og ikke i andre (buc, 892-902:36) fx klinisk vejleders tidsmæssige vilkår for vejledning i egen praksis. Processen har været spændende men udbyttet nok mindre (sjb, 694-97:66) At få det bedste ud af et påtvunget projekt (hi, 588-91:91)	Det har været svært at holde fokus og begejstring for projektet over så lang tid (ba, 95,1131-1138). Projektet er opfattet som afhængig af den enkelte vejleder (ba, 95,1131-1138). Udbyttet af og fællesskabsfølelsen i projektarbejdsgruppen er aftaget i projekterperioden (kf, 80,1049-1051). De kliniske vejledere oplever lang tid mellem aktioner i projektet – svært at forblive engageret. Projektet skal være topstyret (mic,7+6-9,329-343) Kliniske vejledere har ikke ændret noget for mig. Jeg har fået nogle andre arbejdsvilkår af andre grunde (mic,7,788-792). Kliniske vejledere har i forvejen et godt læringsmiljø, projektet har ikke gjort en forskel (mic,a+7,616-622). Deltagelse i projektet har ikke medvirket til at udvikle vejledernes vejleders kompetencer, vejledersens forventninger er ikke blevet indfriet (ba, 95,343-344). At vente på resultater, så det er til at forholde sig til modellen (hi,90,881-891). Projektets fokus på læring har skabt forandring – men det er måske ikke mæltig (buc,32,592-594). Fastholdelse af projektet/vindmøllemodellen (glb, 105,413-416). Udover projektet, så har indførelsen af kliniske studieplaner gjort uddannelsen mere målrettet (buc,27,656-663). Det er svært at koncentrere sig om interviewet på grund af ydre ting som fyrrsrunder (sjb, 66,728-731). Man udvikler sin funktion over tid uanset projekt eller ikke projekt (buc,27,712-719). Andre faktorer end lip (glb, 105,626-631)+ (glb, 105,638-649). Vejleder kursus øger fokus på læringsbegrebet (mib, 3,309-316).	Andre faktorer end lip (glb, 105,638-649), (glb, 105,626-631) Eksamen har gjort at den kliniske periode tages alvorligt af de studerende (buc,26,665-666) De studerende har ikke overskud til at få et tilhørsforhold til vindmøllemodellen (sjb, 67,199-202)

Bilag 9: Sub-tema 'Medindflydelse og ejerskab'

Sub-tema	Medindflydelse og ejerskab				
Hoved-kategori	Plus/minus ejerskab	At være aktiv	Skala 1-10	At være uundværlig	Projektlederens betydning
Kategorier	Oplevelse af ikke at have ejerskab, fordi man er en lille del af projektet (buc,36,851-853) Ejerskab til projektet kan ikke opnås, når man kun er en lille del af projektet (buc,36,909-911,915-920) At føle sig som en lille del af projektet giver ikke ejerskab (hi,92,582-586) Opsamling og opdatering i de lokale arbejdsgrupper skaber ejerskab (glb, 100,793-794) Den kliniske vejleder oplever ikke ejerskab til vindmøllemodellen (sja, 67, 186-187) Medindflydelse er andet og mere end at "sætte et komma" i et projekt. (ba, 94,1285-1287). Ejerskab er knyttet til om man får papir på deltagelse i projektet (glb, 105,806-813) Oplevelsen af ejerskab kræver formelle papir på at man har deltaget i projektet (glb, 105,867-870) (glb, 105,908-910)	Sammenhæng mellem styring af projektet og dets muligheder for gennemførelse (sjb, 63,661-662) Sammenhæng mellem ejerskab til projektet og anvendelse af vindmøllemodellen (sjb, 64,625-628) Ejerskab til projektet afhænger af grad af tilstedeværelse/fravær fra arbejde (sjb, 63,612-614) Projektet er relevant, når man har konkrete opgaver (hi,92,652-655). Interesse for projektet kræver aktiv deltagelse (hi,90,650-651). Manglende inddragelse betyder nedsat gejst i forhold til projektet (hi,91,708-713) Ejerskab til lip føltes større jo længere vi kommer mod målet. (kf 111, 1024-1025). Ejerskab til lip afhænger af muligheden for at "holde gryden i kog". (sja, 66,665-668). Ejerskab til lip afhænger af anvendelsen i hverdagen. (sja, 67,655-658) Ejerskabet til lip er aftaget i forløbet (sja, 66,652-653) Kliniske vejledere engagement i projektet varierer – var meget engageret da de skrev logbog/dagbog. (mic,7,848-850) Vindmøllemodellen kommer hele vejen rundt (om en situation) (mib, 695-98, 3) Klinisk vejleder anvender vindmøllemodellen eksplicit (kf, 60-63:111) Vindmøllemodellen har været mest nærværende under datagenereringen (kf, 74-78;75)	Invitation til medindflydelse, men er ikke modtaget i tilstrækkelig grad. (kf, 83,1002-1004) Engagement og medindflydelse grad 5. (mic,7,878-879). Kliniske vejledere er bevidst om hendes egen andel er begrænset, men hun oplever ejerskab og medindflydelse – grad 6 – i kraft af egne bidrag. (mic,9,863-870) Ejerskab (mib33 og 3, 1023-1026) Ikke alle kliniske vejledere har været lige engagerede. (ba, 95,1204-1207) Ikke alle kliniske vejledere har været lige engagerede. (ba, 95,1204-1207) Ejerskab til lip (mib 33 og 3, 1118) Engagement og medindflydelse grad 5. (mic,7,878-879).	Kliniske vejledere er vigtige for projektet (mib, 3,983-987) Delresultaterne i projektet er vigtige (mib, 3,973-977) (mib, 3,1277-1278) (mib, 3,1293-1297) At man bliver hørt på og at det man siger fører til ændringer skaber ejerskabsfølelse. (glb, 100,798-804) Oplevelsen af at have en stor andel i et projekt fordi man har ret til at anvende resultaterne (buc,26,877-886). Oplevelse af ejerskab fordi data fra kliniske vejledere er uundværlige (buc,27,853-855) Man er involveret i projektet fordi man leverer data – men ikke i processen (buc8,36,840.846) At levere data er at have medindflydelse (buc,27,822-828) De kliniske vejledere er blevet bevidste om at deres dataindsamling er grundlaget for projektet og dermed oplever de ejerskab til projektet (ål,20,1281-1289) Kf har haft medindflydelse på projektet ved at bidrage med deres logbog og gensidige observationer (ål,19,1231-1333) Ejerskab – kf er nøglepersoner (mib, 33,999-1000)	Medinddragelse i aktionsforskning (mib, 3,947-950) Medinddragelse – I er en vigtig person. (mib, 33,952-956, 1010-1016,1023-1026) (mib, 3,947-950,1004,1293-1297) Ejerskab til lip (mib, 33,1010-1016) (mib, 3,1004-1004) Ejerskab (mib33 og 3, 1023-1026) At der handles på det man siger, skaber ejerskab (glb, 100,848-849) Ejerskab giver det mening at deltage i projektet (buc,27,922-929).