

Følelser er fornuft

Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst

Johanne Alteren

**Avhandling for graden Philosophiae Doctor
Senter for praktisk kunnskap
Profesjonshøgskolen**

Høgskolen i Bodø

Høsten 2010

Johanne Alteren

Følelser er fornuft
Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst

2. utgave 2011
PhD i studier av profesjonspraksis
Nr. 1-2010

Copyright Johanne Alteren

ISBN: 978-82-497-0312-8

Trykk: Trykkeriet UiN

Universitetet i Nordland
8049 Bodø
Tlf: +47 75 51 72 00
www.uin.no

Alle rettigheter forbeholdes.

Sammendrag

Følelser er fornuft. Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst.

I denne studien undersøker jeg forholdet mellom den teoretiske og den praktiske opplæringen i sykepleierutdanningen. Jeg fokuserer på studentenes læringsprosess og deres erfaringer og utfordringer med å integrere ulike kunnskapsformer i yrkesutøvelsen. Sentralt i studien står forholdet mellom følelser og fornuft i studentenes læringsprosess. For å utdype begrepene følelser og fornuft og for å forstå forholdet mellom følelser og fornuft i studentenes læringsprosess støtter jeg meg teoretisk i særlig grad til Aristoteles og Nussbaum. Det er særlig deres forsøk på å gå opp grensene mellom kunnskapsformene episteme (teoretisk kunnskap), techne (ferdighetskunnskap) og fronesis (praktisk kunnskap) jeg støtter meg til.

Jeg gjorde feltarbeid ved fire sykehjem og fulgte syv sykepleierstudenter mens de hadde praksis der. Etter observasjonene hadde jeg samtaler med studentene om deres erfaringer og utfordringer i praksis.

Som sykepleielærer er jeg godt fortrolig med sykepleiefagets oppbygging i grunnutdanningen. Jeg var, før studien ble gjennomført, fortrolig med de vanskelighetene studentene har med å integrere teori og praksis i studiet og i læringsprosessene. Fokuset i denne studien er derfor særlig orientert mot denne utfordringen og studentenes håndtering av den.

Denne studien oppfatter jeg som et innspill til diskusjonen om sykepleierutdanningens form og oppbygging. Den sentrale utfordringen er å tilpasse studentenes læringsprosess til den erfaringen de gjør i sine egne anstrengelser med å integrere teori og praksis i spenningsfeltet mellom tekst og gjerning. Et sentralt anliggende i studien er at studentenes personlige opplevelser med pasientene må få større oppmerksomhet i sykepleiestudiet. Et underliggende spørsmål er derfor: Hvordan kan studentenes "stemme" bli synlig innenfor et utdanningssystem hvor sykepleie i hovedsak læres og utøves med grunnlag i teori?

Summary

Emotions are common sense. Nurse education between texts and experience.

In this study I examine the relationship between the theoretical and practical training in nursing education. I focus on the students' learning process, their experiences and challenges of integrating different forms of knowledge in professional practice. Central to the study is the relationship between emotion and reason in the students' learning process. To elaborate on the concepts of emotion and reason and to understand the relationship between emotion and reason in the students' learning process, I support my theory in particular to Aristotle and Nussbaum. In particular, I support my thesis on their attempts to move up the boundaries between the knowledge forms episteme (theoretical knowledge), techne (skill knowledge) and fronesis (practical knowledge).

I did field work at four nursing homes and followed seven nursing students while they were in practice there. After the observations, I had conversations with students about their experiences and challenges in practice.

As a nursing teacher, I am familiar with how the nursing profession's basic education is build up. I was, before the study was conducted, familiar with the difficulties students have to integrate theory and practice in study and learning processes. The focus of this study is particularly oriented towards this challenge and the students' handling of it.

This study I perceive as an input to the discussion on nursing education form and structure. The central challenge is to adapt the students' learning process to the experience they do in their own efforts to integrate theory and practice in the tension between text and deed. A central concern in the study is that students' personal experiences with the patients must receive greater attention in the nursing program. An underlying question is therefore: How can the students' "voice" be seen within an education system where nursing is mainly taught and practiced based on the theory?

Forord

I denne studien har jeg utforsket et område både av sykepleiefaget og grunnutdanningen jeg har vært opptatt av i mange år: Hvordan lærer sykepleierstudentene å utøve sykepleie. Jeg har fulgt syv sykepleierstudenter gjennom teoriundervisningen, treningen i klinikklaboratoriet på høghskolen og i praksis på sykehjem. I studien fokuserer jeg på samspillet mellom følelser og fornuft i læringsprosessen. Studentene beveger seg mellom følelser og fornuft i sine forsøk på å integrere kunnskap i yrkesutøvelsen. Denne avhandlingen er et bidrag til å belyse hvordan studentene lærer gjennom sine egne opplevelser og følelser. For å lære å utøve sykepleie må de arbeide med egne opplevelser og synliggjøre fornuften som er innebygget i dem. Dette kan skape utfordringer for sykepleierutdanningens studieplan og undervisningsprogram. Avhandlingen gir innspill til denne diskusjonen.

Jeg opplever det som et privilegium å få muligheten til å gjennomføre denne undersøkelsen. Jeg ønsker å rette en stor takk til min arbeidsgiver Høghskolen i Bodø som har stilt nødvendige økonomiske midler til rådighet. Jeg vil rette en spesiell takk til de syv sykepleierstudentene som sa ja til å dele erfaringer og utfordringer i studiet. Jeg vil også takke sykepleierhøghskolen og praksisstedene for at jeg fikk tillatelse til å være i avdelingene sammen med studentene.

Jeg vil takke hovedveileder professor Ruth H. Olsen og biveileder professor Jens-Ivar Nergård for gode, konstruktive og støttende tilbakemeldinger. Jeg vil takke for den nære og tette oppfølgingen i den kritiske fasen, da undersøkelsen skulle bli til tekst og et ferdig produkt. Kollegene mine ved Høghskolen i Bodø, Senter for praktisk kunnskap og Studiested Mo i Rana, har gitt meg oppmuntrende tilbakemeldinger, nyttige innspill og stilt kritiske spørsmål undervcis. Når det gjelder familie og venner er det så mange jeg ønsker å takke. Dere har bidratt på så mange ulike områder som har hatt betydning når jeg var i denne arbeidsprosessen. Jeg vil spesielt takke ektemannen min, Jarl Ørjan, for støtte og klokskap.

Alteren, august 2010

Johanne Alteren

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	iii
Summary	v
Forord.....	vi
Innholdsfortegnelse	viii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Teori og praksis i sykepleiefaget.....	2
1.2 Denne studien.....	7
1.3 Avhandlingens oppbygging.....	8
2.0 Å forske på egne og andres erfaringer	11
2.1 Tilgang til feltet.....	11
2.2 Ethiske overveielser	12
2.3 Sykepleier i hvit uniform.....	16
2.4 Forsker i et kjent felt	17
2.5 En dagvakt i sykehjemsavdelingen	20
2.6 Tilstedeværelsen i pleiesituasjonene	22
2.7 Studentens fortellinger	22
2.8 Analysen av samtalene	25
2.9 Teoriundervisning og trening i klinikklaboratoriet på høgsolen	28
2.10 Sykepleierstudentene som deltok i studien	29
3.0 Følelser og fornuft.....	31
3.1 Forholdet mellom følelser og fornuft	34
3.2 Følelsene i menneskets liv og virke	37
3.3 Kunnskapsformene episteme, techne og fronesis	43
3.3.1 Teoretisk-vitenskapelig kunnskap, episteme.....	45
3.3.2 Ferdighetskunnskap, techne	46
3.3.3 Praktisk kunnskap, fronesis.....	48
3.4 Å vise klokskap	49
4.0 Teoriundervisning og trening i klinikklaboratoriet på høgsolen	55
4.1 Introduksjon til sykepleiestudiet	56
4.2 Faktakunnskap.....	59
4.3 Sentrale teorier og modeller i sykepleien	60
4.4 Feilfri test i legemiddelhåndtering	65
4.5 Først teoriundervisning, så trening i klinikklaboratoriet.....	66
4.6 Knytte sammen teorien og handlingene	71
4.7 Egenopplevelsen i praktiske øvelser	74
4.7.1 Kommunikasjonsøvelser.....	75
4.7.2 Hjelp til å spise og drikke	78
4.8 Diagnoserelatert sykepleie	80
4.9 Praksisforberedende dag	82
4.10 Oppsummering	83
5.0 Praksis på sykehjemmet	85
5.1 Førstegangsoopplevelsen	89
5.1.1 Å hjelpe innenfor pasientens private sfære	89
5.1.2 Møte med det ukjente.....	91

5.2	Å tolke andre ut fra egne følelser	94
5.3	Tekniske og personlige ferdigheter	98
5.4	Kunnskap til å hjelpe pasienten.....	100
5.4.1	Å forlate pasienten	101
5.4.2	Å bli hos pasienten	103
5.5	Oppsummering	107
6.0	Følelser er fornuft.....	109
6.1	Utgangspunktet er følelsene	109
6.2	Læringsprosessen som en hermeneutisk bevegelse mellom følelser og fornuft	117
6.3	Bevegelsen mellom følelser og fornuft	123
6.4	Refleksjonens innhold	127
6.5	Mot og følelser	131
6.6	Å utvikle mot.....	133
6.7	Om å forstå kunnskapen i følelsene	137
6.7.1	Å utøve praktiske ferdigheter.....	137
6.7.2	Å kjenne på egne følelser	140
6.7.3	Å se og høre sykepleieren	142
6.7.4	Å tilnærme seg pasienten gjennom ett perspektiv.....	144
7.0	Følelsene og læring av sykepleiefaget	147
7.1	Den praktiske kunnskapen	147
7.2	Å sette ord på følelsene	153
7.3	Følelsene i sykepleieteoriene	157
7.4	Følelsene i sykepleiutøvelsen	160
7.5	Å synliggjøre fornuften i følelsene.....	165
7.5.1	Studentens refleksjonspartnere.....	165
7.5.2	Læreren og kontaktsykepleieren som refleksjonspartnere	167
7.5.3	Veiledningen med lærer og kontaktsykepleier.....	169
7.6	Å reflektere over følelsene	173
8.0	Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst.....	179
	Referanseliste	181
	Vedlegg	191
	Vedlegg 1 Søknad dekanus	
	Vedlegg 2 Informert samtykke for sykepleierstudentene	
	Vedlegg 3 Tillatelse fra høyskolen til å gjennomføre studien	
	Vedlegg 4 Søknad sykehjem	
	Vedlegg 5 Tillatelse fra sykehjem til å gjennomføre studien	
	Vedlegg 6 Melding til Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste	

1.0 Innledning

Som sykepleierstudent trente jeg på ulike praktiske ferdigheter¹ i klinikklaboratoriet² på høyskolen. Fokuset var å integrere teoretisk og praktisk kunnskap i utøvelsen av sykepleie. Jeg utviklet en forståelse om hvordan sykepleie skulle utøves og hva det vil si å ivareta pasientens behov. Gjennom den tiden jeg hadde til rådighet i klinikklaboratoriet, fikk jeg likevel ikke helt tak på hva det innebar eller hvordan jeg praktisk kunne ivareta pasientens behov i en pleiesituasjon. I den kliniske praksisen fulgte jeg opp pasienter, og jeg hjalp dem med det jeg trodde de hadde behov for i situasjonen. Jeg opplevde at jeg ble mer opptatt av pasientens ve og vel enn jeg skulle være og erfarte at det ikke var enkelt å hjelpe pasienten. Det oppsto mange følelser som på ulike måter kompliserte yrkesutøvelsen. Jeg lærte meg å hjelpe pasienter med ulike gjøremål uten alltid å være helt bevisst den teoretiske og praktiske kunnskapen som var grunnlaget for de valgene jeg gjorde.

I arbeidet som sykepleier i hjemmesykepleien, på sykehus og i sykehjem, ble forståelsen for hvordan jeg skulle utøve sykepleie ytterligere utfordret. Jeg opplevde at følelsene som oppsto i situasjonen med pasienten veide tyngre i beslutningsprosessen enn jeg hadde trodd da jeg var sykepleierstudent. Samtidig økte kravene til effektivitet. Følelsene som oppsto i situasjonen opplevde jeg var forstyrrende for hjelpen jeg skulle gi. Jeg opplevde at disse følelsene kanskje ikke hadde noe med utøvelsen av sykepleie å gjøre. Så kom kravene om å bruke mindre tid på hver pasient. Hvor lang tid jeg for eksempel brukte på å sette en injeksjon ble tidfestet.

¹ Flere begreper brukes om praktiske ferdigheter. Det er psykomotoriske ferdigheter (psychomotor skills), prosedyrer, teknikker, instrumentelle og håndverksmessige handlinger, manuelle ferdigheter, ferdighet og gjøremål. Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-sykepleierstudentenes læringssituasjon. 2001. I denne studien omfatter begrepet praktiske ferdigheter den spesielle handlingen som utføres og måten handlingene utføres på, samt å tilpasse handlingene til den enkelte pasients situasjon og omgivelsene der handlingene foregår.

² Klinikklaboratoriet er en sengeavdeling i høyskolen som er innredet tilnærmet lik en avdeling i en institusjon med vaktrom og skyllerom. Her trener sykepleierstudenten på ulike praktiske ferdigheter før han eller hun har praksis i klinikken. Studentene trener på hverandre. Ulike begreper anvendes om fenomenet klinikklaboratorium. Det er begrep som simultanavdeling, øvelsespost, læringslaboratorium, klinisk laboratorium, øvingsenhet, øvingslaboratorium, demonstrasjonsrom, praksissal og modellavdeling. Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-sykepleierstudentenes læringssituasjon. 2001.

Å hjelpe pasienten med utgangspunkt i en stoppeklokke kom i konflikt med forståelsen jeg hadde av hvordan jeg skulle utøve sykepleie. Ivaretagelsen av pasienten gikk på bekostning av den tekniske endringen med fokus på effektivitet. Jeg opplevde praksisen som en tingliggjøring og objektivisering av pasienten, noe som kom i konflikt med grunnsynet mitt å ivareta den enkelte pasientens behov.

En praksis hvor skillet mellom praksis og teknologi overses og praksisen teknologiseres, beskriver Skjervheim³ som *det instrumentalistiske mistaket*. I denne praksisen blir pasienten en kalkulerbar ting. Hvorvidt utøvelsen av praksis er vellykket er avhengig av hvor godt regnestykket er satt opp. En slik strategi kan fungere, sier Skjervheim. Men, sier Skjervheim, denne måten å handle på, kan ikke universaliseres. Skjervheim presiserer at den instrumentelle praksisen har sin rimelige plass, men også sine grenser.

I praksisen opplevde jeg at fokuset lå på teknikken og den teoretiske kunnskapen om diagnoser og problem. På denne måten ble jeg stadig mer fokusert på hva praksis forventet av meg som sykepleier. Jeg oppfattet at dette noen ganger ikke samsvarte med hva pasienten og jeg forventet av meg selv, og heller ikke slik jeg hadde forstått sykepleiens idègrunnlag og etiske retningslinjer. Som sykepleier stilte jeg meg stadig oftere spørsmålet om hva sykepleie er. For meg utviklet disse utfordringene og spørsmålene seg til et kompleks av problemstillinger. Jeg fulgte studentene og så at de opplevde det utfordrende å hjelpe pasienten.

1.1 Teori og praksis i sykepleiefaget

Som lærer søkte jeg å tilrettelegge for læringssituasjoner i klinikklaboratoriet og klinikken hvor studenten gjennom praktisk utøvelse av sykepleie kunne lære å integrere teori og praksis. Fagermoen⁴ beskriver to virkelighetsbilder som sykepleieren må forholde seg til. Det er den *fagteoretiske* og den *fagpraktiserende verden*.

Sykepleiens *fagteoretiske verden* er opptatt av generelle problemstillinger knyttet til helse og sykdom som sykepleieren befatter seg med. Kunnskapen er generell og anvendbar i mange situasjoner, uavhengig av hvilket praksisfelt sykepleieren arbeider innenfor. I den

³ "Det instrumentalistiske mistaket" i Mennesket. 2002.

⁴ Fagermoen, M.S. Sykepleie i teori og praksis. - et fagdidaktisk perspektiv. 1993.

fagpraktiserende verden forholder sykepleieren seg til mennesket i samspill med sitt miljø. Praksis er konkret, unikt og sammensatt. Den fokuserer på konkrete personer, interpersonelle relasjoner, opplevelser og følelser. Gjennom engasjementet sykepleieren har i yrkespraksisen er og uttrykker hun seg selv i yrkesutøvelsen. Hun kan derfor ikke adskille seg fra yrkesutøvelsen. Generelle og abstrakte teorier fra den fagteoretiske verden kan derfor i begrenset grad gi konkrete anvisninger for handlingsvalg i bestemte sykepleiesituasjoner. Hvis sykepleieren utøver en instrumentell praksis kan hun handle med grunnlag i den fagteoretiske verden, men hvis hun handler med grunnlag i den fagpraktiske verden har den fagteoretiske verden sine begrensninger. Da må den teoretiske kunnskapen justeres og endres og tilpasses situasjonen og visa versa. Den teoretiske kunnskapen kan stille spørsmål til yrkespraksis, noe som bidrar til at yrkesutøveren endrer forståelsen, forstår noe nytt. Utfordringen for sykepleierutdanningen blir å tilrettelegge for læringssituasjoner som forener den fagteoretiske verden med den fagpraktiske verden: Å forene gjerning og tekst. Denne foreningen er komplisert, så også integreringen av kunnskapsformene.

På tross av tilrettelegging og veiledning både fra lærere og sykepleiere, opplevde jeg at disse to verdene likevel ble stående delvis adskilte fra hverandre.

Hvordan sykepleierutdanningen kan tilnærme seg denne utfordringen er fortsatt et ubesvart og debattert spørsmål. Har sykepleierutdanningen et lite bevisst forhold til denne utfordringen eller blir problemet ikke tatt alvorlig nok? Baserer sykepleierutdanningen og praksisfeltet seg på samme forståelse av hva og hvordan sykepleie læres?

Fagermoen⁵ beskriver forståelsen av at teori er overordnet praksis som *teori for praksis modellen*. Hun peker på at på 80 og 90-tallet utviklet det seg et annet syn på forholdet mellom teori og praksis i sykepleiefaget. Dette andre synet beskriver hun som *teori i praksis modellen*. Her ses den fagteoretiske og den fagpraktiserende verden som ulike, men med likeverdige erkjennelseskategorier som gjensidig beriker og utfyller hverandre. Teori og praksis er komplementære; den ene er ikke overordnet den andre. Tradisjonelt har forholdet mellom teori og praksis blitt forstått som relativt enkelt og entydig.⁶ Den teoretiske kunnskapen har dessuten blitt oppfattet å være overordnet praksis.

⁵ Fagermoen, M.S. Sykepleie i teori og praksis. –et fagdidaktisk perspektiv. 1993.

⁶ Fagermoen, M.S. Sykepleie i teori og praksis. –et fagdidaktisk perspektiv. 1993.

Særlig gjennom de tre siste tiårene har det pågått en diskusjon i det sykepleiefaglige miljøet om sykepleien i spenningsfeltet mellom praksisdisiplin og faget som en vitenskapsbasert praksis. Sykepleiefaget ble i en lang periode påvirket og dominert av medisinsk kunnskap og spesialiseringen innenfor ulike medisinske fagområder. Samtidig drev Norsk Sykepleierforbund en årelang profesjonskamp. Vitenskapens lovmessigheter ble satt opp mot situasjonsbestemte omsorgshandlinger knyttet til praktiske oppgaver. Den teoretiske kunnskapen fikk en sentral og overordnet plass i fagutviklingen og i fagets kunnskapsteoretiske forståelse.⁷ Den teoretiske forståelsen av sykepleiefaget endret seg fra å være en omsorgsrasjonell praksisdisiplin til å bli en formålsrasjonell profesjon. Omsorg ble redusert til formålsrasjonelle handlinger, samtidig med at håndverket i sykepleien ble mer spesialisert. De personlighetsdannende elementene og den egenskapsorienterte sykepleie ble mindre fremtredende.⁸

I flere studier⁹ vises det til at sykepleie også tilegnes gjennom praktisk erfaring. Her hevdes det at vitenskapelig utformet sykepleieteori, hvor eksakthet og presisjon er karakteristisk, kommer i konflikt med praktisk utøvelse av sykepleie. Som Josefson¹⁰ påpeker, utvikles ikke "modning og menneskekänndom" seg tilfredsstillende nok i teoretiske studier. De utvikles i praksis. For å kunne møte denne kompleksiteten kreves det spørsmål om å gjøre en tolkning av problemene som ligger utenfor reglens domene. I et yrke som sykepleiernes, der "modning og menneskekänndom" er avgjørende i møte med pasientene, er regler og lovmessigheter derfor ikke nok. Sykepleierens dyktighet kan derfor ikke alene forklares ved hjelp av regler eller lovmessigheter slik vitenskapelig kunnskap synes å hevde. Sykepleie

⁷ Olsen, R.H. Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie. 1998.

⁸ Olsen, R.H. Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie. 1998.

Martinsen, K. Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. 2003.

⁹ Her henviser jeg til studier av:

Benner, P. From novice to expert. 1984.

Benner, P. Fra novise til ekspert. 1995.

Bjørk, I.T. Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting. 1999.

Heggen, K. Sykehuset som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanningene. 1995.

Kirkevold, M. "På tide å oppvurdere den praktiske kunnskapen?" 1989.

Kirkevold, M. Practical knowledge embedded in the nursing care provided to stroke patients. 1990.

Lawler, J. Behind the Screens. Nursing, Somology, and the Problems of the Body. 1991.

Lawler, J. Bak skjerm Brettene: sykepleie, somologi og kroppslige problemer. 1996.

Lillemoen, L. Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk oppførsel. 2008.

Olsen, R.H. Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie. 1998.

¹⁰ "Sjukskötterskan som ingenjör. Om synen på kunnskap i vården" i Arbetets rationaliteter. Om framtidens arbetsliv. 1987.

krever i tillegg til den vitenskapsbaserte kunnskapen en annen type kunnskap, lært og utviklet gjennom yrkesutøvelsen.¹¹ Diskusjonen om sykepleiefaget har de siste tiårene beveget seg fra fokus på teknikk og vitenskapeliggjøring av faget, til også å inkludere kontekstuelle forhold som en sentral del av sykepleien. Teori og praksis ses på som komplementære, og fokuset flyttes mot å forene den fagteoretiske og fagpraktiserende verden.¹²

I boken¹³ ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere,” beskrives en modell for kunnskapsbasert sykepleie og praksis hvor forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning integreres i den konteksten sykepleien utøves innenfor. Nyere forskning¹⁴ innenfor sykepleiefaget viser at sykepleierens dyktighet både inkluderer vitenskapsbasert kunnskap og kunnskap ervervet gjennom praktisk sykepleiearbeid. Begge kunnskapsformene har betydning for utøvelsen av faget. Boka holder likevel den vitenskapsbaserte kunnskapen som den gyldige og sikre kunnskapen i faget. Heggen og Engebretsen¹⁵ analyserer denne boken som et bidrag til sykepleien. De konkluderer blant annet med at forståelsen av kunnskap som uttrykkes i teksten er dobbelkommuniserende. I utgangspunktet virker kunnskapsbegrepet inkluderende

¹¹ Her henviser jeg til studier av:

Benner, P. From novice to expert. 1984.

Benner, P. Fra novise til ekspert. 1995.

Bjørk, I.T. Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting. 1999.

Heggen, K. Sykehuset som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanningene. 1995.

Josefson, I. Kunnskapens former. Det reflekterede yrkeskunnandet. 1990.

Kirkevold, M. "På tide å oppvurdere den praktiske kunnskapen?" 1989.

Kirkevold, M. Practical knowledge embedded in the nursing care provided to stroke patients. 1990.

Lawler, J. Behind the Screens. Nursing, Somology, and the Problems of the Body. 1991.

Lawler, J. Bak skjerm Brettene: sykepleie, somologi og kroppslige problemer. 1996.

Lillemoen, L. Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden. 2008.

Olsen, R.H. Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie. 1998.

¹² Fagermoen, M.S. Sykepleie i teori og praksis. - et fagdidaktisk perspektiv. 1993.

¹³ Boken er utgitt av Norsk Sykepleierforbund samarbeid med forfatterne Monica W. Nortvedt, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholdt og Liv Merete Reinart. 2007.

¹⁴ Her henviser jeg til studier av:

Benner, P. From novice to expert. 1984.

Benner, P. Fra novise til ekspert. 1995.

Bjørk, I.T. Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting. 1999.

Heggen, K. Sykehuset som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanningene. 1995.

Josefson, I. Kunnskapens former. Det reflekterede yrkeskunnandet. 1990.

Kirkevold, M. "På tide å oppvurdere den praktiske kunnskapen?" 1989.

Kirkevold, M. Practical knowledge embedded in the nursing care provided to stroke patients. 1990.

Lawler, J. Behind the Screens. Nursing, Somology, and the Problems of the Body. 1991.

Lawler, J. Bak skjerm Brettene: sykepleie, somologi og kroppslige problemer. 1996.

Lillemoen, L. Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden. 2008.

Olsen, R. Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie. 1998.

¹⁵ "Tvetdyg om kunnskapsbasert praksis: En dekonstruktiv nærlesning av arbeidsbok for sykepleiere". 2009.

fordi det ikke er bundet til et teoretisk paradigme. I boken, mener Heggen og Engebretsen, blir det brede synet på kunnskap også gradvis og implisitt innsnevret til et nytteorientert syn på kunnskap. De mener at boken bidrar til å usynliggjøre de siste tiårenes revitalisering av erfaringskunnskap innenfor profesjonsfagene, samt til å forenkle det komplekse forholdet mellom teori og praksis. Boken er gitt ut av Norsk Sykepleierforbund - sykepleiernes hovedorganisasjon. Gjennom boken gir Norsk Sykepleierforbund føringer både til sykepleieren og samfunnet om kunnskapsprofilen innenfor sykepleiefaget.

Rammeplanen for sykepleierutdanningen¹⁶ legger opp til at faget ikke kun læres gjennom teoretiske studier, men også gjennom å møte varierte erfaringer og læringssituasjoner i klinisk praksis. I dag er grunnutdanningen i sykepleie organisert slik at 50 % av utdanningen består av teoretiske studier og 50 % av praktiske studier. Studiet gir uttelling i en universitets- eller høyskolegrad, noe utdanningen ikke ga før rammeplanen av 1987. Mellom 1980 og 1987 ble 30 vektall av utdanningen godkjent i en universitets- eller høyskolegrad. Vektall som ikke ble akseptert var alle knyttet til praksisopplæringen i sykepleiestudiet. Underkjenningen av disse vektallene tilsa at kunnskap tilegnet gjennom praktiske studier ikke var likestilte med kunnskap tilegnet gjennom teoretiske studier, selv om praktisk kunnskap var anerkjent som nyttig og nødvendig i faget.

Å utøve sykepleie der sykepleieren integrerer teoretisk kunnskap, ferdighetskunnskap og praktisk kunnskap er komplisert. Interessen for å studere sykepleierstudenten når han eller hun trenes i å utøve sykepleie springer ut av det enkle forhold at grunnutdanningen fastlegger den enkelte sykepleiers faglige horisont. Gjennom utdanningen både utdannes og dannes studenten i en profesjon. Den kunnskap den enkelte sykepleier utvikler i løpet av grunnutdanningen, har betydning for hvordan sykepleieren møter pasientene. Et for ensidig fokus på tilnærming til læring gjennom teoretisk kunnskap i grunnutdanningen kan innebære at den praktiske yrkesforståelsen innsnevres på en faglig utilfredsstillende måte. Og et for ensidig fokus på tilnærming til læring gjennom praksisbasert kunnskap i grunnutdanningen kan innebære at den forståelsen fagets teoretiske kunnskap kan tilføre situasjonen uteblir. Teoretisk og praktisk kunnskap blir to verdener. Både egen erfaring og forskning viser dette kompliserte samspillet mellom teoretisk og praktisk undervisning i sykepleierutdanningen.

¹⁶ Rammeplanen for sykepleierutdanningen. Utdannings- og forskningsdepartementet. 2004.

Ifølge rammeplanen for sykepleierutdanningen¹⁷ skal utdanningen forene teori og praksis. Mitt utgangspunkt for denne studien er mine erfaringer med den kompliserte foreningen av den fagteoretiske verden med den fagpraktiserende verden og integreringen av ulike kunnskapsformer.

1.2 Denne studien

Den studien som her presenteres fokuserer særlig på hvordan sykepleierstudenten i første halvdel av grunnutdanningen lærer å utøve sykepleie. Studien støtter seg i særlig grad til Aristoteles¹⁸ og Nussbaums¹⁹ forståelse av ulike kunnskapsformer. Aristoteles utviklet en kunnskapsteori som blant annet skiller mellom ulike former for kunnskap. Han skiller mellom episteme (teoretisk-vitenskapelig kunnskap), techne (ferdighetskunnskap) og fronesis (praktisk kunnskap).

Kunnskapsformene episteme, techne og fronesis fremstilles i denne delen av teksten bare interimsmessig. Episteme bestemmer han som det evige og uforanderlige. Eksempel på episteme i sykepleien er naturvitenskapelig kunnskap som anatomi og fysiologi. Kunnskap i anatomi er kunnskap om normaltstanden i kroppen. Anatomien er opptatt av hvordan kroppen er bygget opp, mens fysiologien befatter seg med funksjonen til de ulike organene.

Techne er den håndverksmessige kunnskapen. Aristoteles poengterer at å skape og å handle ikke er det samme. Ferdighetskunnskap er innrettet mot å skape og tenkningen rundt hvordan noe skapes. Et eksempel på ferdighetskunnskap i sykepleien er når sykepleieren hjelper pasienten med forflytning. I tillegg til å bruke teoretisk kunnskap om pasientens sykdom, bruker han eller hun tenkningen til å finne ut hvordan de konkret skal utføre handlingen, slik at den oppleves mest mulig behagelig for pasienten.

¹⁷ Utdannings- og forskningsdepartementet. 2004.

¹⁸ Etikkk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikkk". 3. utgave 1999, 3. opplag 2006.

¹⁹ Jeg henviser til:

"The Discernment of Perception: An Aristotelian Conception of Private and Public Rationality" i Love's Knowledge Essays on Philosophy and Literature. 1990.

Känslans skärpa, tankens inlevelse. Essäer om etik och politik. 1995.

"Emotioner som värdeomdömen" i Tanke, Känsla og Identitet. 1997.

"The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

Fronesis er å handle klokt ut fra det spesielle og unike i situasjonen. Techne og fronesis utvikles, ifølge Aristoteles,²⁰ gjennom praksis. De tre kunnskapsformene henger sammen. Integrasjonen mellom dem er en prosess, hvor forhold som følelser og fornuft spiller en avgjørende rolle. Hvordan dette samspillet kommer til uttrykk og utvikler seg har avgjørende betydning for den samlede kunnskapen som kommer til uttrykk på sykepleiens ulike praksisarenaer. Fronesis utvikles gjennom ulike erfaringer der kunnskap om det generelle og det spesielle, enkelttilfellene, flyter sammen.

I avhandlingens empiriske del følger jeg syv sykepleierstudenter gjennom teoriundervisningen, treningen i klinikklaboratoriet i høyskolen og i klinisk praksis. I undersøkelsen fokuserer jeg på læringsprosessen og hvordan studenten lærer å integrere de ulike kunnskapsformene. Spørsmålene jeg stiller underveis i undersøkelsen er: Hvordan lærer sykepleierstudenten å utøve sykepleie? Hvilke forhold er det som sterkest påvirker sykepleierstudentens utfordringer med å utøve sykepleie? Hva er utfordringene når hun trener på å integrere teoretisk kunnskap, ferdighetskunnskap og praktisk kunnskap i utøvelsen av faget?

1.3 Avhandlingens oppbygging

I kapittel 2, *Å forske på egne og andres erfaringer*, beskriver og drøfter jeg veien og valgene jeg har tatt i denne studien. Grunnlaget for studien er sykepleierstudentens teoretiske og praktiske utdanning, og utfordringene hun står overfor når hun lærer å utøve sykepleie. Jeg har valgt feltarbeid som metode, og jeg er til stede i feltet som deltakende observatør. I de metodiske overveielser berører jeg spørsmål angående håndverksmessige problemer og erfaringer, og de vitenskapelige særtrekkene ved feltarbeid som metode.

Kapittel 3 handler om *Følelser og fornuft* i sykepleien. Jeg gir en redegjørelse for dominerende posisjoner og oppfatninger av følelser og fornuft når det gjelder å frambringe sann erkjennelse. Fornuften framstår ofte som menneskets ypperste evne på veien til erkjennelse og sannhet. Med utgangspunkt i Aristoteles og Nussbaums oppfatning av forholdet mellom følelser og fornuft, fokuserer jeg på følelsenes betydning i utviklingen av kunnskap. Jeg drøfter følelsenes betydning for handling og betydningen av å la seg berøre av

²⁰ Etik. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etik". 3. utgave. 3. opplag 2006.

pasientens uttrykk og situasjon. Teksten drøfter mulige forbindelseslinjer mellom teoretisk kunnskap (episteme), ferdighetskunnskap (techne) og praktisk kunnskap (fronesis) i sykepleierens praksis.

I kapitlene 4 og 5 presenteres avhandlingens *empiri*. Et av de overordnede målene i sykepleierutdanningen er at studenten lærer å integrere teori og praksis når hun utøver sykepleie. Teoriundervisningen, treningen i klinikklaboratoriet og praksisen i sykehjemmet er organisert med dette målet som utgangspunkt. I klinikklaboratoriet trener studenten på praktiske ferdigheter, ferdighetskunnskap. Fokuset i treningen er egenopplevelsen og den tekniske utførelsen. Teorien kan bli utgangspunktet for hvordan og hva studenten trener på. Egenopplevelsen har stort fokus, og studenten lærer å utøve sykepleie med utgangspunkt i seg selv.

I *praksisen på sykehjemmet* forteller studenten om utfordringene hun står overfor i læringssituasjonene. Studentens utfordringer handler om å forholde seg til følelsene som oppstår når og fordi hun skal hjelpe en person, og om utfordringene med å knytte sammen teori og praksis. I beslutningsprosessen tolker og handler studenten ut fra det hun føler er riktig for pasienten. Følelsene begrunnes i teoretiske og selverfarte forklaringer. Det finnes kunnskap i følelsene, en kunnskap studenten må utvikle og forstå. Studentens fortellinger dreier seg om å utføre praktiske ferdigheter for første gang, å tolke andre ut fra egne følelser, tekniske og personlige ferdigheter og kunnskap til å hjelpe pasienten.

Kapittel 6, *Følelser er fornuft*, er hovedkapitlet i drøftingen av materialet. Studenten tilnærmer seg læringssituasjonen gjennom forsøket på å forstå følelsene på et dypere plan. I dette kapitlet drøfter jeg hvordan studenten lærer gjennom egne følelser, og hvordan følelsene etter hvert blir kunnskap studenten handler etter og med referanse til. Jeg ser samspillet mellom følelser og fornuft som en hermeneutisk bevegelse, som en refleksjon. Det krever mot å stå i følelsene overfor pasienten og seg selv. Jeg er opptatt av den kunnskap studenten utvikler når hun står i disse følelsene. Til slutt drøfter jeg hvordan studenten lærer å utøve sykepleie gjennom å forstå følelsene. Aristoteles' og Nussbaums tekster om forholdet mellom følelser og fornuft er et sentralt tema.

I kapittel 7, *Følelsene og læring av sykepleiefaget*, drøfter jeg hvordan følelsene vektlegges i sykepleierutdanningen og hvilken betydning de kan ha i læring av sykepleie som et praktisk

ferdighetsområde. Jeg fokuserer særlig på refleksjonens betydning for å synliggjøre, utvikle og forstå kunnskapen i følelsene.

I kapittel 8, *Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst*, samler jeg trådene. Jeg drøfter og reflekterer over hvordan sykepleierutdanningen kan møte studentens tilnærming til læring. Hvordan kan studentens ”stemme” synliggjøres i sykepleierutdanningen?

I omtalen av sykepleierstudentene og sykepleierne har jeg valgt å bruke entall i størst mulig grad. Alle studentene som deltok i denne studien var kvinner. Jeg har derfor valgt å bruke hunkjønn når jeg benevner studenter og sykepleiere i entall. Jeg veksler mellom å omtale studentene i entall og flertall.

2.0 Å forske på egne og andres erfaringer

Som sykepleierstudent, sykepleier og senere som lærer, har jeg erfaring med kompleksiteten i utøvelsen av sykepleiefaget. Fokuset i denne studien er sykepleierstudentens læringsprosess og utfordringen med å integrere ulike kunnskapsformer i yrkesutøvelsen. Jeg valgte feltarbeid som metode. Hammersley og Atkinson²¹ beskriver feltforskning som en metode der forskeren, åpent eller skjult, deltar i folks dagligliv over en lengre periode. Jeg var til stede i praksissituasjoner som deltakende observatør på flere arenaer, og jeg hørte på hva de ulike aktørene sa og jeg stilte spørsmål.

Når jeg var sammen med studentene i feltet fikk jeg et tett innblikk i erfaringene og utfordringene deres. Denne nærheten hadde betydning for hvordan jeg forsto perspektivene de handlet ut fra og de tanker og følelser de begrunnet hjelpen de ga pasientene.

2.1 Tilgang til feltet

Feltet jeg var interessert i omfattet både sykepleierutdanningen, sykehjemmene og studentene. Prosessen for å få tilgang til studier av lærings – og treningsprosesser i sykepleierhøgskolen gikk gjennom tre trinn. Først via dekanus ved høgskolen, deretter studieleder ved den aktuelle avdelingen og til sist sykepleielæreren.

Det nødvendige første skrittet for å få tilgang til feltet er ofte en formell tillatelse fra toppen i organisasjonen.²² Dekanus var sykepleierutdanningens øverste leder ved høgskolen. Jeg sendte derfor en søknad (vedlegg 1), vedlagt informert samtykke for sykepleierstudentene (vedlegg 2). I neste trinn kontaktet jeg studieleder ved sykepleierhøgskolen. Jeg informerte om og avklarte praktiske forhold rundt gjennomføringen av studien. I trinn tre hadde jeg kontakt med sykepleielæreren. Hun informerte om studien i samlet klasse der jeg var til stede. Hensikten med besøket var å gi informasjon og å spørre om noen av studentene ønsket å delta. Praksisperioden hvor jeg skulle være sammen med dem foregikk på et sykehjem. Selv om jeg hadde tillatelse til å gjennomføre studien fra høgskolen (vedlegg 3), måtte jeg innhente

²¹ Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning. 1996.

²² Repstad, P. Mellom nærhet og distanse. 1998.

ny tillatelse for hvert enkelt sykehjem. Jeg sendte søknad om dette (vedlegg 4) vedlagt informert samtykke (vedlegg 2), til områdeleder for det aktuelle sykehjemmet og fikk nødvendig tillatelse (vedlegg 5) til å ta direkte kontakt med avdelingene og studentene for å avtale tid for når jeg kunne være sammen med dem i avdelingene.

Det var syv sykepleierstudenter, alle kvinner, som meldte seg frivillig til å delta i studien. Deres praksisperiode på sykehjem gikk over åtte uker fordelt på seks ulike sykehjemsavdelinger på fire forskjellige sykehjem. Praksisperioden i sykehjem var en av tre praksisperioder i andre og tredje semester. De andre to praksisperiodene i denne delen av utdanningen var hjemmesykepleie og helsefremmende og forebyggende arbeid.

2.2 Etske overveielser

Hvordan en undersøkelse utføres og valgene forskeren tar i prosessen, definerer Grimen²³ som det strukturelle grunnlaget for tillit. Grunnlaget for tillit mellom personer og deres tillit til rutiner eller fremgangsmåter for gjennomføringen av en undersøkelse bygger på måter personer tenker og handler på.²⁴ I det strukturelle grunnlaget ligger føringer for hvordan ulike gjøremål og arbeidsoperasjoner bør utføres for at det skal skje på en adekvat og god måte. Et eksempel på en slik struktur er etiske retningslinjer i forskningen.²⁵ I gjennomføringen av undersøkelsen vil studenten derfor ha en forventning til meg som person og en oppfatning av hvordan jeg vil handle og behandle henne og hennes erfaringer i forskningsprosessen.

I samsvar med forskningens krav om personvern meldte jeg studien gjennom registreringssystemet til Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (vedlegg 6). Studentene ble forespurt muntlig, samlet i klassen med lærer til stede, og skriftlig gjennom informert samtykke (vedlegg 2). Jeg gjennomførte studien i tråd med Helsinkideklarasjonen,²⁶ Etiske retningslinjer for sykepleieforskning²⁷ og Forskningsetiske retningslinjer for

²³ Tillit og rutinar. 1996.

²⁴ Grimen, H. Tillit og rutinar.1996.

²⁵ Sykepleiernes samarbeid i Norden (SSN) Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. 2003.

²⁶ Helsinkideklarasjonen fra World medical association. [Internett] 15. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

²⁷ Sykepleiernes samarbeid i Norden (SSN) Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. 2003.

samfunnsvitenskap, jus og humaniora.²⁸ Prinsippet om frivillighet, deltakernes anonymitet og datas konfidensialitet var sikret og ivaretatt i henhold til regler om personvern.

For å gjennomføre studien i tråd med de ulike etiske retningslinjene informerte jeg studentene muntlig i samlet klasse og gjennom skriftlig informert samtykke (vedlegg 2). Jeg informerte om hensikten med studien, frivillig deltakelse, fremgangsmåten for undersøkelsen, anonymisering av studenten og materialet, hvordan observasjonene og intervjuene ville bli oppbevart og brukt, og om mulige konsekvenser deltakelsen i undersøkelsen kunne ha for studenten. Nedenfor beskriver jeg mer inngående hvordan jeg i gjennomføringen av studien forholdt meg til Helsinkideklarasjonen, de etiske retningslinjene og regler om personvern.

Jeg var med inn i pasientsituasjoner og observerte studenten i ferdigheter som for eksempel stell. Dette utføres innenfor pasientens private sfære. Pasienten var en del av situasjonen jeg observerte, men var ikke deltakere i forskningen. Jeg var i telefonisk kontakt med daværende sekretær i Regional komité for Medisinsk forskningsetikk Helseregion, REK, med spørsmål om denne studien var innenfor deres anliggende og om jeg skulle sende en søknad. Studien sorterte ikke under REKs domene. Det var fordi jeg ikke registrerte personidentifiserbare opplysninger om pasienten og eller at empirien ikke inneholdt personidentifiserbare opplysninger om pasienten.

Forskningsetiske overveielser handler også om pasienten og arbeidstakerne på sykehjemmene. Den etiske aktsomheten må gi seg utslag i en varhet for ulike situasjoner i avdelingen der det er naturlig at forskeren trekker seg ut eller ikke går inn og lar menneskelige hensyn gå foran opptattheten av empirien.²⁹ Dette ga meg et ansvar om å være følsom og oppmerksom nok til at jeg på eget initiativ trakk meg ut av, eller ikke gikk inn i situasjoner hvor det var tvil om pasienten eller sykepleieren ønsket at jeg var til stede. Det sentrale var å beskytte pasientens, studentens og kontaktsykepleierens integritet og selvfølelse. Øyenvitnesituasjoner ble derfor ved enkelte anledninger erstattet med samtaler med studenten hvor hun kunne fortelle hvordan hun opplevde situasjonen.

²⁸ Forskningsetiske komiteer. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. 2006.

²⁹ Heggen, K. Sykehuset som "klasserom". Praxisopplæring i profesjonsutdanningene. 1995.

Sykepleieren innhentet samtykke fra pasienten angående min tilstedeværelse i situasjonen. Hvis det var tegn til tvil om pasientens ønske, gikk jeg ikke inn. Ved en anledning vurderte sykepleier pasienten til å være for urolig og utrygg på gitte tidspunkt til at hun i det hele tatt ville spørre. Tilstedeværelse av en tredje person kan skape mer uro for pasienten. Som sykepleier og lærer innordnet jeg meg de institusjonelle retningslinjene i sykehjemmet som skal sikre en etisk forsvarlig virksomhet. En lærers tilstedeværelse i situasjoner er ikke uvanlig, og det tas også etiske hensyn hvis pasienten ikke vil ha vedkommende til stede. Sykepleieren informerte pasienten om studien og at ingen personidentifiserbare opplysninger om pasienten ville bli samlet inn. Jeg hilste på pasienten og fikk igjen samtykke om at jeg kunne være til stede når han eller hun fikk hjelp. I mange tilfeller var det avklart før jeg kom i avdelingen om jeg kunne være med inn til pasienten. Dette viser hvordan jeg som fagperson kunne påvirke hvilke data eller situasjoner jeg fikk tilgang til.

Som forsker hadde jeg et etisk ansvar for å tenke gjennom mulige konsekvenser deltakelsen i undersøkelsen kunne ha for studenten. Dette innebar situasjoner hvor jeg observerte studenten hjelpe pasienten og under samtalene etterpå, men også hvordan det kan oppleves å lese artikler og offentlige resultat. Publisering av ordrette og usammenhengende sitat tatt ut av sin sammenheng, kan medføre en stigmatisering av enkeltpersoner eller grupper.³⁰ Et enkeltsitat kan av den enkelte student oppleves å beskrive hva gruppen studenter uttrykker om et tema. Studenten kan oppleve at sitatet ikke helt dekker det han eller hun mener om saken.

Gjennom fortellingene studentene fortalte i samtalene etter observasjonene, delte de sårbare og følelsesmessige erfaringer med meg. Spørsmålet var også hvor mye hadde jeg rett til å grave i slike erfaringer for at jeg skulle få gode beskrivelser av deres utfordringer i klinisk praksis?

I litteraturen rettes det oppmerksomhet mot problemer knyttet til den makt som ligger i forskerrollen, og at kvalitativ forskning som metode automatisk og i seg selv ikke sikrer hensynet til informantene.³¹ Forskeren må være bevisst studentenes grense for hva de ønsker å fortelle om, fordi forskeren får tilgang til studentenes sårbare erfaringer og utfordringer. Mennesket er sin erfaring og historie og har en grense som beskytter dets sårbarhet.³² Dette er

³⁰ Kvale, S. Det kvalitative forskningsintervju. 2001.

³¹ Foss, C. og Ellefsen, B. "De utydelige overtramp? Etiske utfordringer ved kvalitative studier". 2004.

³² Martinsen, K. "Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyркene". 2002.

en grense en ikke skal røre ved fordi det har med integritet å gjøre. Integritet appellerer til den andre om oppmerksomhet, en vilje til beskyttelse av det sårbare, hvis det blir nødvendig.

Det var viktig at jeg var bevisst og oppmerksom på studentens integritet og grensen for overtramp. Jeg søkte å ivareta studentens integritet ved at hun, i samarbeid med kontaktsykepleieren, valgte hvilke situasjoner jeg kunne være med inn i. I samtalene etterpå valgte jeg å gå åpent inn og jeg ba henne om å fortelle fritt. På denne måten kunne studenten ha mer kontroll over hvilke erfaringer og utfordringer hun ønsket å dele med meg. Selv om studenten gjennom selv å velge hadde større mulighet til å sette sin egen grense, måtte jeg være oppmerksom og søkte å omskrive fortellingene slik at de ikke gjenga detaljerte beskrivelser som kunne skape forlegenhet, samt gjenkjennelse av pasienten og studenten. Å trække over integritetens grense er å trække på mennesket. Hvor grensen gikk, varierte fra student til student, og var noe jeg derfor måtte være særlig oppmerksom på.

Studenten hadde gitt samtykke til å være med i studien og gitt meg tillatelse til å bruke erfaringene og utfordringene hun delte med meg. Dette understreket det moralske ansvaret vi har for hvordan vi bruker fortellingene studentene forteller.³³ For å anonymisere studentene og fortellingene har jeg valgt å benevne studentene med andre navn.

Selv om studenten hadde gitt meg samtykke til å bruke informasjonen hun ga meg, visste hun ikke helt konkret hvordan jeg ville bruke det materialet jeg hadde samlet inn. Et generelt prinsipp er at hva vi velger å dele med andre, må vi ta ansvar for.³⁴ Studenten gjorde et valg om hva hun ville fortelle meg, og hadde derfor et ansvar for hva hun fortalte. Men i neste trinn er det jeg som formidler det studenten fortalte meg. Dette ga som sagt studenten samtykke til, men hun hadde ikke kontroll over de valgene jeg tok. Samtykket var basert på tillit. Det innebar blant annet at jeg måtte anvende den informasjonen jeg skaffet meg på en slik måte at det ikke skadet studenten. Jeg har derfor et ansvar for de historiene jeg har valgt å ta med for å beskrive hvordan hun lærer å utøve sykepleie. En utfordring ble å velge historier og omskrive dem slik at de formidler studentens utfordringer uten at det skader andre og tredje part, sykepleieren og pasienten. I studier hvor det er en tredje person, som her pasienter, har jeg også et spesielt ansvar overfor han eller henne. Jeg har et ansvar for å ivareta pasientens integritet og anonymitet i fortellingene jeg har valgt for å beskrive studentens

³³ Westad Hauge, K.J. "Fortellingen gjør pasienten synlig". 1999.

³⁴ Ghaye, T. "Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)". 2007.

utfordringer. Samtidig har jeg et ansvar for å formidle hva studenten opplevde var utfordringene når hun hjalp pasienten.

2.3 Sykepleier i hvit uniform

I planleggingen av feltarbeidet var det mange detaljer å tenke gjennom. Et eksempel var hvordan jeg skulle være kledd. Uniformen på sykehjemmene besto av en hvit bukse og overdel. Hele gruppen av pleiepersonale, uansett yrkesgruppe, var likt kledd og for utenforstående så alle like ut. Man kunne heller ikke se hvem de ulike pleierne var hvis de ikke hadde et navneskilt på uniformen og bruken av dette varierte. Det varierte også hvorvidt både navn og tittel sto på skiltet. Jeg valgte å kle meg i uniform for å vise erfaringslikhet med studenten og pleiepersonalet. Jeg hadde navneskilt med tittelen sykepleier under navnet. Erfaringslikheten kunne gjøre at pleiere og pasienter lettere tok kontakt med meg nettopp fordi de så hvem jeg var.

En avdelingssykepleier uttrykte bekymring for at jeg var kledd i hvitt og av den grunn var lik de andre pleierne. Hun opplevde det som et problem hvis noen ba om hjelp og jeg bare gikk forbi. Det kunne bli oppfattet som om personalet ikke ga hjelp når noen ba om det. I neste omgang kunne det gå utover hele pleiepersonalet på avdelingen. Vi avklarte problematikken og avtalte at jeg ikke skulle gå forbi hvis noen ba meg om hjelp. Da stoppet jeg opp, snakket med vedkommende og gikk så og hentet hjelp. Noen ganger, når pasientene spurte om hjelp til små ting som å hente avisen eller fylle på kaffe, kunne jeg hjelpe dem med det. Etter denne avklaringen ble avdelingssykepleieren og jeg enig om at jeg fortsatt kunne gå i uniform.

Lik uniform kan også gi et signal om systemtilhørighet. En erfaring om dette fikk jeg da noen arbeidskarer kom og henvendte seg til meg. De sa at de skulle opp på taket for å gjøre en jobb og spurte om jeg kunne låse opp døren for dem. Jeg svarte at jeg ikke kunne hjelpe dem fordi jeg ikke arbeidet der, men at jeg skulle finne noen som kunne. Reaksjonen deres var: Arbeider du ikke her, har du bare kledd deg ut?

Å være sykepleier i hvit frakk kan skape en form for tillit.³⁵ Fra kommunens side ga bakgrunnen som sykepleier en forventning om at jeg ville innordne meg de institusjonelle

³⁵ Heggen, K. Sykehuset som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanningene. 1995.

retningslinjene. I avdelingene hadde jeg fritt spillerom til å være med studenten og kontaktsykepleieren inn i ulike pleiesituasjoner. De fleste har et forhold til yrkesgruppen sykepleiere. Pasientene kunne derfor ha en forventning til meg, og en oppfatning av hvordan jeg ville handle og behandle dem og deres erfaringer. Denne tilliten ga meg tilgang til intime pleiesituasjoner som jeg ellers ikke ville ha fått. For eksempel opplevde jeg ikke noen pasienter som sa nei på forespørselen om jeg kunne få være til stede i pleiesituasjonene. Ved to anledninger uttrykte pasienter usikkerhet på forespørselen om min tilstedeværelse. På grunn av dette gikk jeg ikke inn i disse situasjonene.

Erfaringslikhet var en av grunnene til at jeg valgte å gå i uniform, men til uniformen lå det en forventning om å delta i pleieoppgavene, noe jeg ikke gjorde. Rollen jeg hadde var avklart på forhånd med avdelingene, og pleierne var inneforstått med den. Fra avdelingens side ble jeg betraktet som en lærer fra høyskolen. Det var ingen forventninger om at jeg skulle ha noe ansvar i pleien. Overfor pasienter, pårørende og andre ble jeg presentert som studentens lærer fra skolen. Dette skapte en distanse, men var samtidig en tilstrekkelig presentasjon. Jeg opplevde at det ikke var hensiktsmessig å gi pasienter, pårørende og andre som ikke var berørt av studien en inngående og detaljert forklaring om prosjektet mitt. Det opplevde jeg unaturlig i situasjonen fordi prosjektet ikke berørte dem. Men fordi de var til stede var de en del av studentens praksis. På den måten ga samtalene og kontakten med dem meg en innsikt i livet på sykehjemsavdelingen og studentens praksis.

2.4 Forsker i et kjent felt

I utgangspunktet opplevde jeg at sykehjemsavdelingene var "kjente og kjære". Jeg er sykepleier og arbeider som lærer ved grunnutdanningen i sykepleie. Jeg har selv vært sykepleierstudent, sykepleier og vært veileder for sykepleierstudenter. Jeg kjente derfor igjen rutiner og måter arbeidet i avdelingene var organisert på. Det ga en god følelse, og jeg hadde lyst til å sette i gang og arbeide. Opplevelsen av at avdelingene på denne måten var kjent, var en fordel for meg som feltforsker. Jeg brukte ikke tid på å se og forstå hva de ansatte gjorde og hvordan de arbeidet. Men selv om jeg utførte feltarbeidet i "kjente" avdelinger, var det mye i avdelingene som var nytt for meg.

I en artikkel fokuserer Nergård³⁶ på fremmede samfunn og kulturer, når han drøfter to kilder til fremmedhet som feltarbeideren kan møte i feltet. Den ene er den fremmedhet feltet representerer ved sin egenart. I mitt tilfelle var organisatoriske endringer og tilgang til praksiserfaringer en type fremmedhet feltet representerte. Den andre kilden til fremmedhet er den fortrolighet og tilhørighet til eget samfunn feltarbeideren bringer med seg som erfaring til feltet. Jeg kom med en forståelse om og erfaring fra feltet som sykepleierstudent, sykepleier og lærer ved sykepleierhøgskolen. Kildene til fremmedhet som Nergård³⁷ drøfter mener jeg er overførbare til feltarbeid i et kjent felt. Ikke alt i et kjent felt er kjent, og en utfordring er å være åpen for det fremmede i det kjente feltet. Egen erfaring kan, som Nergård³⁸ påpeker, bestemme den første forståelsen av feltet. Dette vil jeg utdype nærmere.

Det er flere år siden jeg arbeidet i sykehjem. Avdelingene hvor jeg gjorde feltarbeidet var ikke de samme som jeg hadde vært student eller ansatt i. Praksisen i avdelingene var på mange områder likt organisert som da jeg var sykepleierstudent og lærer. Studenten hadde fortsatt en kontaktsykepleier som hun fulgte i arbeidet. Men når det gjaldt sykepleierstudentens praksissituasjon, og tilgang til erfaringer i praksis, var det annerledes enn da jeg var sykepleierstudent for omlag 20 år siden. Antall timer i praksis var endret, metoder og form for veiledning var endret, krav til skriftlig arbeider var forskjellig, og sammensetningen av personalet og organisering i avdelingen og oppgave- og arbeidsfordelingen var endret. Sykepleierens funksjon og ansvar hadde endret seg, samt delegering av arbeidsoppgaver fra legene. På grunn av disse forskjellene kunne jeg ikke ta for gitt at det eksisterte "gjensidig felleskunnskap" mellom meg og informantene, samtidig som dette nye ga meg mulighet til å fordype meg i en virkelighet som ikke var helt min egen.³⁹ Og selv om studenten og jeg hadde ulike erfaringer, var jeg ikke helt fremmed i deres praksissituasjon. På grunn av mine egne opplevelser og erfaringer beveget jeg meg mellom noe kjent og noe ukjent.

På tross av kjennskapet til feltet som jeg beskriver, opplevde jeg at jeg i begynnelsen av feltarbeidsperioden måtte bli kjent med rollen som forsker. Det var en utfordring å finne meg til rette og å bli komfortabel med rollen som observatør. Å sitte på en stol uten å hjelpe til var uvant. Jeg følte at jeg bare satt uvirksom med hendene i fanget. Å være komfortabel i rollen som observatør hadde betydning for utviklingen av min forståelse av hvordan studenten lærer

³⁶ Nergård, J-I. "Feltarbeid som kulturmøte". 2001.

³⁷ "Feltarbeid som kulturmøte". 2001.

³⁸ Nergård, J-I. "Feltarbeid som kulturmøte". 2001.

³⁹ Wadel, C. Feltarbeid i egen kultur. 1991.

å utøve sykepleie. Jeg hadde nå en annen rolle enn den kjente som sykepleier i en sykehjemsavdeling med klare arbeids- og ansvarsforhold. Denne nye rollen som forsker hadde betydning for at jeg opplevde at feltet var ukjent, selv om det var kjent. Fokuset var et annet og nettopp det å være observatør og ikke delta i pleien var den rollen jeg skulle ha i avdelingen. Hensikten med å være der som forsker var en annen enn å være der som aktiv sykepleier. Jeg skulle få et grunnlag for å forstå hvordan sykepleierstudenten lærer å utøve sykepleie.

En kontaktsykepleier og en student ga uttrykk for at de syntes det var vanskelig at jeg var i avdelingen. De opplevde ”observasjonsangst”. Det vil si at de tenkte at jeg var i avdelingen for å se og kontrollere hva de gjorde og ikke gjorde. De opplevde dette noe utrygt i begynnelsen av de åtte ukene, men det gikk over etter kort tid. I denne situasjonen var det viktig å avklare hvilken rolle jeg hadde.⁴⁰ Vi hadde en samtale om dette hvor min tilstedeværelse ble tydeliggjort. Jeg var ikke lærer og skulle ikke evaluere eller sette karakter på virksomheten til studenten. Jeg henviste også til informert samtykke som innebar at informasjonen knyttet til sykepleierstudentens utfordringer i praksis ikke ville bli formidlet til noen på sykepleierhøgskolen, men forbli hos meg. Hvis studenten så på meg som kontrollør gjennom hele praksisperioden kunne det skapt en vanskelig situasjon. Hun kunne ha utviklet en motstand mot å dele erfaringer og opplevelser med meg.

Dialogen i feltet ble styrt av et ønske om at jeg skulle komme fram til en økt forståelse av hvordan sykepleierstudenten lærer å utøve sykepleie. En kritikk mot forforståelsen er at vi i den er underlagt makt og fordommer som vil styre våre tolkninger.⁴¹ Forforståelsen har betydning for hva og hvordan jeg forstår, men den handler også om kunnskap om og interesse for den verden jeg lever i. Jeg får tilgang til verden også gjennom forforståelsen. Jeg forstår derfor hvordan studenten lærer å utøve sykepleie med utgangspunkt i meg selv. Et annet perspektiv i dette var spørsmålet om kvaliteten på empirien. Ville studenten opptrådt annerledes når jeg var til stede, enn når jeg ikke var til stede?

En endring av adferd med bakgrunn i at informantene vet de blir studert, defineres i litteraturen som forskningseffekt.⁴² I undersøkelsen var det sykepleierstudentens fortolkninger

⁴⁰ Mevik, K. ”Mellom praksis og forskning”. 1997.

⁴¹ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

⁴² Repstad, P. Mellom nærhet og distanse. 1998.

av sine handlinger som var utgangspunktet for analysen. Disse fortolkningene ligger ikke tilgjengelig som noe forskeren bare kan dra ut i feltet og samle inn. Forståelsen av hvordan sykepleierstudenten lærer skapes av forskeren som et ledd i arbeidet han eller hun utfører i feltet.⁴³ Det jeg forsto i gjennomføringen av feltarbeidet var et ledd i arbeidet jeg utførte i feltet. En studie som søker å forstå hvordan sykepleierstudenten lærer krever at forskeren er bevisst på hva og hvordan han eller hun forstår med utgangspunkt i seg selv. Dette er et kritisk punkt i forskning på andres erfaring. Det er i tolkningen forskeren avgjør hvordan den andres erfaring blir presentert.

I denne studien var jeg forsker i et kjent felt, selv om noe var annerledes og fremmed. Det krevde at jeg var selvkritisk til min forståelse og tolkning av det som viste seg i feltet. Å forske i eget yrkesfelt krevde en bevisstgjøring av egen selvforståelse, noe som gjelder alle forskere som forsker på andres erfaringer. Min erfaring fra feltarbeidet var at gjennomarbeidede erfaringer fra sykepleien gjorde at jeg kunne konsentrere meg om studentens gjøremål uten å bli for mye avledet av utenforliggende forhold. Det er dette Meløe⁴⁴ påpeker når han skriver at en forskning som vil holde seg tett inntil sykepleiens egen forståelse og fordype denne forståelsen, er sjanseløs hvis ikke forskeren selv allerede har en god del egne og godt gjennomarbeidede erfaringer fra sykepleien. Jeg erfarte at utgangspunktet mitt som sykepleierstudent, sykepleier og lærer kunne være en styrke når det gjaldt begrepsutvikling og forståelse av hvordan studenten lærer å utøve sykepleie.

2.5 En dagvakt i sykehjemsavdelingen

For å kunne forstå hvordan studenten lærer å utøve praktisk sykepleie, måtte jeg sette meg inn i det perspektivet hun handlet ut fra og de tanker og følelser hennes arbeidsstrategier ble begrunnet med. Dette kunne skje gjennom nærhet,⁴⁵ ved at jeg var sammen med og lyttet til det hun hadde å fortelle meg. Jeg var derfor sammen med henne mens hun hjalp pasientene. En dag i praksis kunne ha følgende innhold.

Dagvaktene startet med at den ansvarlige fra natten ga rapport om pasientenes tilstand og nattens forløp. Etter rapporten fordelte pleierne oppgavene seg i mellom. Studentens dag

⁴³ Wadel, C. *Feltarbeid i egen kultur*. 1991.

⁴⁴ Meløe, J. "4. Vitenskapsteori". 2005, s. 69.

⁴⁵ Fog, J. "Den moralske grund i det kvalitative forskningsinterview". 1992.

begynte ofte med at hun hjalp en til to pasienter med morgenstellet. Hun kunne gjøre det alene eller sammen med en sykepleier. Pasientens tilstand og situasjon hadde betydning for omfanget av hjelpen. Den kunne variere fra hjelp med alt i stellet, til noe tilrettelegging, som for eksempel å vri opp kluten og/eller hjelpe pasienten med forflytning. I stell hvor pasienten fikk hjelp i sengen, kunne studenten ha hovedansvaret, eller hun var sykepleierens assistent og gikk henne til hånd.

Etter stellet, serverte studenten frokost. Hun deltok ved å servere mat og drikke til pasientene som satt i frokostrommet, eller ved å hjelpe en pasient med å spise og drikke. De dagene studenten og sykepleieren hadde ansvaret for medisinen, ble denne delt ut under frokosten. Etterpå hadde personalet en pause. Da tok de en kopp kaffe, eventuelt noe å spise. Under pausen oppsummerte de morgnens forløp og hvilke arbeidsoppgaver som gjensto. Sykepleieren og studenten planla dagen frem mot middag. De hjalp pasientene for eksempel med bading, stell av sår, fulgte en pasient til time på kirurgisk poliklinikk på sykehuset, spaserte og/eller snakket med de eldre, hjalp dem på toalettet, eller serverte drikke og frukt. Det kunne også være forefallende oppgaver som for eksempel rydding av rom, og å fylle opp med toalettpapir og papirhåndkle på rommene. De dagene de hadde ansvaret for medisineringen og for dosering i uke - dosettene, ble hovedoppgaven fram til middag dosering av medisin. Hvis studenten og sykepleieren hadde ansvaret for legevisitten, gikk det meste av dagen med til forberedelse av visitten, gjennomføring av denne og etterarbeidet.

De fleste dagene jeg var i avdelingene var jeg sammen med studenten på dagvakt. Da kom jeg etter rapporten fra nattevakten. Ved et par anledninger kom jeg etter klokken tolv og jeg var en gang til stede på ei kveldsvakt. Jeg var sammen med studenten tre til fem dager i løpet av praksisperioden på åtte uker. De fleste gangene var også en sykepleier sammen med studenten.

I tiden på avdelingen fulgte jeg etter studenten og observerte henne i ulike situasjoner. Eksempel på slike situasjoner var stell og setting av injeksjoner. Jeg var 30 dager i feltet og hadde 22 samtaler med studentene. Etter endt arbeidsdag skrev jeg notater. Det var feltnotater og egne notater. Feltnotatene handlet om hva studenten var med på den aktuelle dagen. Egne notater omhandlet mine refleksjoner og overveielser knyttet til sykehjemsavdelingen. På slutten av dagen trakk studentene og jeg oss bort fra avdelingen, og vi hadde samtaler om erfaringene og utfordringene de hadde i praksis.

2.6 Tilstedeværelsen i pleiesituasjonene

Tilstedeværelsen i pleiesituasjonene ga meg kunnskap om studentens læringssituasjon og erfaringer og utfordringer hun sto overfor når hun utøvde sykepleie. Denne kunnskapen hadde betydning når studenten fortalte om utfordringene i læringssituasjonene, for spørsmålene jeg stilte under samtalene og når jeg utdypet fortellingene jeg har valgt å bruke. Observasjonene kunne også bekrefte erfaringer jeg hadde som sykepleierstudent, sykepleier og lærer.

Fordi jeg observerte studenten i ulike pleiesituasjoner, hadde jeg et innblikk i og en forståelse av hvordan læringssituasjonene i sykehjemmet kunne være. Når studenten fortalte om ulike læringssituasjoner hjalp tilstedeværelsen meg til å se for meg pleiesituasjonen hun fortalte om. Dette var til hjelp både når hun fortalte om situasjoner hvor jeg hadde vært til stede og situasjoner hvor jeg ikke hadde vært til stede.

Observasjonene av pleiesituasjonene gjorde også at jeg hadde et grunnlag å stille studenten utdypende spørsmål angående situasjonen og utfordringene hun sto overfor. Spørsmål jeg stilte kunne være spørsmål om hva studenten forsto og eller tenkte når hun valgte å hjelpe pasienten på den måten hun gjorde. Det kunne også være spørsmål for å avklare om jeg forsto hva studenten ønsket å formidle.

Kunnskapen observasjonene av pleiesituasjonene ga meg brukte jeg også for å utdype innholdet i og lage en sammenheng i fortellingene. Jeg brukte kunnskapen til å beskrive og utdype pleiesituasjonene studenten fortalte om. På denne måten hadde tilstedeværelsen i pleiesituasjonene betydning for forståelsen av studentens læringsprosess.

2.7 Studentens fortellinger

Samtidig med at jeg avtalte tidspunktet for samvær med studenten i avdelingen, informerte jeg om gangen i feltarbeidet. Det dreide seg spesielt om gjennomføringen av samtalen og hva som var fokus eller tema for denne. Jeg gjorde dette for å forberede studenten og for at hun skulle tenke igjennom hva hun ville ta opp. Jeg ba studenten fortelle hva hun erfarte i de konkrete situasjonene som jeg hadde observert, og om andre situasjoner fra praksisfeltet.

Samtalen er en sentral vei til kunnskap.⁴⁶ Når vi samtaler forsøker vi å forstå den tilværelsen vi lever i gjennom en dialog med oss selv. Tanken om dialogen går ut fra at alle mennesker tolker den verden de lever i.⁴⁷ Å tolke betyr at vi ut fra egne forutsetninger forsøker å forstå verden og gi den mening innenfor en kultur og et samfunn som har sine historiske, politiske og økonomiske rammer. Vi tolker derfor verden på vår måte ut fra hvem vi er, og i den situasjonen vi er i. Det var derfor av betydning at samtalene med studenten forløp som en dialog hvor studenten fikk fram sine utfordringer og sin forståelse av ulike hendelser.

Studenten visste at jeg ønsket å få tilgang til hennes erfaringer og utfordringer, og at fortellingene hennes skulle brukes til å beskrive læringsprosessen hun var i. Studenten presenterte sine erfaringer og utfordringer i en spesiell konversasjon, samtale, med meg som forsker.⁴⁸ Dette, og situasjonen det fortelles i, har betydning for hennes valg av fortelling. Riessman⁴⁹ påpeker at fortellingen derfor kan være konstruert, forfattet, retorisk, full av antakelser og at hendelsen er tolket. Studenten ville derfor ikke bare presentere sine erfaringer og utfordringer i praksis fra en nøytral posisjon, men som deltaker i en undersøkelse.

Vi kan forstå fortellinger på ulike måter. Martinsen⁵⁰ refererer til Bjerg når hun bruker begrepene *grunnfortelling* og *enkeltfortelling*. Mennesket skaper ikke grunnfortellingen, men fødes inn i den, sier hun. Før vi selv skaper historie, har vi en historie i form av familie, slekt og kultur. Vi blir fortalt, før vi kan fortelle vår egen historie. Et menneske får gradvis sine egne enkelthistorier som virker inn i grunnfortellingen og setter den i bevegelse. På den måten er vi deltakere i historien i et vekselforhold mellom å bli fortalt, gjennom grunnfortellinger, og selv å fortelle, gjennom våre enkeltfortellinger.

Når studenten fortalte om erfaringer og utfordringer i praksis vekslet hun mellom grunn- og enkeltfortellingen. I denne bevegelsen skapte studentens erfaringer fortellinger, som igjen utviklet hennes erfaringer og kunnskap, og nye fortellinger. Erfaringene studenten opplevde i praksis, og valgte å dele, var av profesjonell eller personlig karakter som hun syntes var interessant eller problematisk. I refleksjonen som ble skapt, ble fortellingene satt inn i en sammenheng, fordi den fortalte noe nytt som ble forstått på bakgrunn av det velkjente.

⁴⁶ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

⁴⁷ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

⁴⁸ Riessman, C.K. Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Volume 30. 1993.

⁴⁹ Riessman, C.K. Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Volume 30. 1993.

⁵⁰ Martinsen, K. Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. 2003.

Forståelsen som da ble utviklet kunne bli nyttig for å endre praksis, eller nye måter å møte utfordringene i praksis på. Min hensikt med å be studentene fortelle fra yrkespraksis var ikke at de skulle få innsikt i egen praksis, men at jeg skulle få et grunnlag for å forstå læringsprosessen.

Jeg åpnet samtalene med å spørre om studenten kunne fortelle om en erfaring eller en utfordring hun sto eller hadde stått overfor i praksis. Jeg valgte å gå åpent inn i samtalene og ba henne fortelle fritt. Jeg søkte å tilrettelegge for en dialog, som kunne øke forståelsen av selve læringsprosessen.⁵¹

Studenten fortalte om hva hun gjorde i møte med pasientene. Hun fortalte om personlige utfordringer og hvordan hun valgte å handle. Dagligspråket er fortellingens språkform.⁵² Derfor inngår fortellingen alltid i en levende sammenheng og er en del av studenten selv. Fortellingene utvikles og fortelles ut fra hvem studenten er, med de erfaringer og kunnskaper hun har. Riessman⁵³ påpeker at i samtalen fremstiller ikke bare studenten seg selv, men også hvordan hun vil at jeg skal kjenne henne. Fortellingene handlet derfor om flere ting, ikke bare om tidligere handlinger, men også om hvordan studenten forsto disse handlingene, og om hvordan hun ønsket å bli forstått og hva hun ville formidle. Når studenten fortalte hvordan hun tolket og forsto sine gjøremål, viste hun samtidig noe viktig ved den læreprosessen hun gjennomgikk. Hun beskrev prosessen hun var i og hvordan hun kom fram til valgene hun gjorde i de ulike situasjonene.

I rommet hvor sykepleierstudenten trente praktisk sykepleie, utviklet studenten og jeg en nær relasjon. Jeg gjenkjente mange av studentens erfaringer og utfordringer i praksis. Fordi fortellingene er et reservoar for følelser,⁵⁴ fikk jeg også tilgang til sårbare sider ved studenten. Hun kunne blottstille ulike sider ved seg selv, som for eksempel sin kunnskap eller mangel på kunnskap, handlinger, dømmekraft og valg hun tok overfor pasientene. Studenten og jeg levde med i historiene og var engasjerte. Fortellingen bekreftet tidligere erfaringer, og gjennom dialogen prøvde vi å møte utfordringene og utøve moralsk rette handlinger. Vi kunne derfor også ta lærdom av det studenten fortalte. Utviklingen av denne relasjonen, hvor vi kom nær hverandre i felles erfaringer, skapte trygghet, en trygghet som var basert på tillit.

⁵¹ Olsen, R.H. og Finstad, H.H. Snakk om erfaring. 2003.

⁵² Martinsen, K. Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. 2003.

⁵³ Riessman, C.K. Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Volume 30. 1993.

⁵⁴ Martinsen, K. Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. 2003.

Tillit ga rom for nærhet, åpenhet og spontanitet i studentens fortellinger, og i min forståelse av utfordringene hun delte med meg.

Fortellingene kan handle om følelsesmessige forhold, og det som gir mening er mange ganger knyttet til fortellerens følelser og står sentralt.⁵⁵ Gjennom å fortelle skapes det en mening og sammenheng i utfordringene studenten erfarte. Meningen og sammenhengen i utfordringene i den kliniske praksisen, synliggjorde studentens utfordringer og utøvelsen av kunnskap i læringsprosessen. En tilgang til hennes kunnskap gjennom fortellingen, kunne også gjøre oss engasjert i hva den besto av. Hva som var vesentlig for studenten kunne dermed bli klarere for dem selv og meg som forsker. Den relasjonen vi utviklet ga meg nærhet, ikke bare til studenten, men også til fortellingene. Det ga meg et tett innblikk i hvordan hun lærer å utøve sykepleie.

2.8 Analysen av samtalene

Jeg tok opp alle samtalene med studentene på lydbånd. Når jeg lyttet til opptakene stilte jeg to spørsmål. Det ene var: Hva handler samtalen om? Det andre var: Hva er studentens erfaringer og utfordringer? Jeg lyttet først gjennom hele samtalen uten å notere. På den måten kunne jeg danne meg et helhetsinntrykk av samtalen. Når jeg igjen lyttet, prøvde jeg å danne meg et bilde av det sentrale i studentenes fortellinger. Med utgangspunkt i min første forståelse av hva samtalen handlet om, lyttet jeg til samtalen på nytt. I neste runde tolket jeg disse beskrivelsene i relasjon til min første forståelse av samtalens innhold og til hele samtalen. I denne prosessen ble beskrivelsene omformulert og tydeliggjort.

Hva er det jeg skal forstå i teksten? Jeg skal forstå tekstens egen mening, forstått på en dynamisk måte som den tankeretning teksten åpner for.⁵⁶ Jeg skal gjennom tolkningsprosessen beskrive en verden som konkretiserer det samtalene refererer til. Ricoeur⁵⁷ sier at å forstå en tekst er å følge dens bevegelse fra hva den sier til hva den handler om.

⁵⁵ Ghaye, T. "Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)". 2007.

Riessman, C.K. Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Volume 30. 1993.

Ådlandsvik, R. "Den narrative vending". 2005.

⁵⁶ Ricoeur, P. Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning. 1976.

Ricoeur, P. Fortolkningsteori. 1979.

⁵⁷ Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning. 1976.

Fortolkningsteori. 1979.

Denne arbeidsprosessen foregikk som en kontinuerlig bevegelse frem og tilbake mellom helheten og delene, mellom fenomenet som ble tolket og omgivelsene, og mellom fenomenet og forforståelsen. Denne bevegelsen mellom helhet og del omtales ofte som den hermeneutiske sirkelen.⁵⁸ Bevegelsen gikk mellom det jeg forsto, forforståelsen, og den nye forståelsen som oppsto når jeg lyttet gjennom samtale på nytt. I tolkningen prøvde jeg å forstå hva fortellingene handlet om, og hva som var studentens utfordringer. En forutsetning for å kunne forstå og tolke meningen med en tekst, er kjennskap til dens plassering i en kulturell og historisk sammenheng. Hermeneutikken tar utgangspunkt i at det alltid vil foreligge noe kunnskap om emnet, som hverdagsviten, vitenskapelige teorier og eller personlige erfaringer, som det er umulig å abstrahere fra. Denne kunnskapen blir i hermeneutisk sammenheng kalt for forforståelse og er en forutsetning for hele tolkningsarbeidet. Min tolkning av samtale vil derfor være påvirket av forforståelsen gjennom hele prosessen.

Tolkning av virkeligheten kan også foregå ved hjelp av uttrykkene det kjente og det ukjente.⁵⁹ Noe i studentens samtaler var kjent for meg, mens noe var ukjent. Det kjente, forforståelsen, var utgangspunktet når jeg møtte noe som var ukjent. Jeg tolket det ukjente i relasjon til det kjente, slik at det ukjente ble kjent. I den hermeneutiske bevegelsen måtte jeg prøve å være åpen for å se det nye, ukjente, i samtale med studenten. Vi må glemme oss selv, og åpne opp for en annen persons tolkning av det samtalen handler om.⁶⁰ Det vil si at jeg setter studentens mening i sammenheng med mine egne. Deretter setter jeg mine meninger i sammenheng med studentens. Jeg skulle med andre ord holde min mening tilbake, samtidig som jeg brukte den til å tolke og forstå studentens fortellinger.

I bevegelsen mot å forstå sykepleierstudenten, dannet jeg meg først en foreløpig mening om hva samtale handlet om, helheten. Denne første meningen, sier Gadamer,⁶¹ viser seg fordi man lytter til samtale med en forventning om at den skal ha en bestemt mening. Å forstå hva studenten fortalte om i samtale innebærer, ifølge Gadamer,⁶² å utarbeide et for-utkast som er et utgangspunkt for den videre utviklingen av forståelsen. Dette for-utkastet ble hele tiden redigert i lys av det som åpenbarte seg etter hvert som jeg kom lenger inn i samtalen

⁵⁸ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

⁵⁹ Gustavsson, B. "Inledning". 2004.

⁶⁰ Grennes, K. "Kroppen som filosofens "sted". 1984.

Gustavsson, B. "Inledning". 2004.

⁶¹ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

⁶² Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

tema. Jeg utarbeidet stadig nye utkast som beskrev studentenes læringsprosesser. Forståelsens vedvarende oppgave er å utarbeide riktige utkast som først bekrefte i møte med saken.⁶³ - det samtalene handler om.

Når jeg lyttet til samtalene og temaene ble gjentatt, tilførte fortellingene mer til temaene jeg utarbeidet. Dette gjorde temaene mer generelle. Fortellingene utdypet hverandre og det dannet seg et mønster, og historiene bygget opp og spisset hverandre.

På veien mot forståelsen kunne egne følelser ta fokuset bort fra innholdet i samtalene og det studenten ønsket å formidle. Hennes fortellinger berørte meg. Jeg er selv sykepleier og har flere ganger vært i situasjoner hvor jeg har opplevd maktesløshet. Denne egenfølelsen kunne jeg dele med studenten. Jeg tror den hadde betydning for den første forståelsen av hva noen av samtalene handlet om. Å bli sterkt berørt kan skape en situasjon hvor det er vanskelig å skille mellom egne følelsesmessige reaksjoner og faktiske moralske problemer knyttet til intervjusituasjonen.⁶⁴ Jeg kunne bli overrumplet av egne følelser i møtet med det studenten fortalte. Å gå ut av samtalene, for så å vende tilbake, var en måte å bearbeide samtalene på. Med mer tid og avstand, og spørsmålsstilling til teksten i samtalene, kunne forståelsen av hva de handlet om endre seg.

Den hermeneutiske bevegelsen er i prinsippet uendelig, men blir avsluttet når en mening i samtalen kommer fram som synes rimelig og gyldig, uten å virke selvmotsigende. Med forståelsen utvikles en innholdsmessig enighet om hva samtalen handler om.⁶⁵ Det vil si at jeg anerkjente den saklige gyldigheten i det studenten fortalte om. Da forstår vi det som framstilles med en fullstendig, enhetlig mening.⁶⁶

For å utarbeide beskrivelser av hvordan sykepleierstudenten lærer, anvendte jeg begreper Mevik⁶⁷ beskriver som erfaringsfjerne begreper. For å kunne anvende disse, måtte jeg i denne prosessen få tak i sykepleierstudentens erfaringsnære begrep. Det er de ordene hun bruker for å beskrive og forklare det hun ser, hører, tenker og fortolker i sitt hverdagsliv. Erfaringsfjerne begrep, som beskriver en praksis, kan i andre sosiale sammenhenger være erfaringsnære. Jeg

⁶³ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalget hermeneutiske skrifter. 2003.

⁶⁴ Lamark, H. og Morlandstø, L. Hederlig menneske og god journalist. 2002.

⁶⁵ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

⁶⁶ Gadamer, H-G. Sanning och metod (i urval). 4. Hermeneutisk erfarenhet. 1997.

⁶⁷ "Mellom praksis og forskning". 1997.

møtte sykepleierstudenten i en profesjonell arbeidssituasjon, og hun kunne anvende både erfaringsfjerne, teoretiske begrep fra sykepleievitenskapen, og erfaringsnære begrep når hun beskrev læringssituasjonene. Jeg måtte få tak i sykepleierstudentens utgangspunkt og finne ut hva hun allerede visste og måtte vite for å agere profesjonelt.

Dialogen styres av et ønske om å komme fram til en høyere grad av sannhet om emnet.⁶⁸ Chrohnbach⁶⁹ hevder at en hermeneutisk definisjon på validitet er knyttet til å undersøke. I forlengelsen av et slikt resonnement kan en hevde at kvalitative data ikke utleder kunnskap som er absolutt usann eller absolutt sann, men forskningen har til hensikt å bidra til ny viten og forståelse. I den hermeneutiske analyseprosessen tolket jeg studentens fortellinger for å synliggjøre utfordringene hun sto overfor.

I dialogen beveget jeg meg som kjent mellom beskrivelsen av samtalen, hele samtalen og studiens problemstilling. Jeg reflekterte over om det overordnede temaet i samtalen var i tråd med problemstillingen. Jeg hadde også flere samtaler med noen av studentene for å tydeliggjøre innholdet i det de fortalte. Fokuset var det samme som tidligere og dreide seg om forholdet mellom følelser og fornuft.

2.9 Teoriundervisning og trening i klinikklaboratoriet på høyskolen

Etter hvert i analyseprosessen ble det mer og mer tydelig for meg at å lære å utøve sykepleie i ikke uvesentlig grad handler om forholdet mellom det jeg kaller følelser og fornuft. Hvordan forberedes studenten til den kliniske praksisen hvor hun er i læringsprosessen hvor dette spenningsforholdet viser seg?

Ifølge studieplanen⁷⁰ skal den teoretiske innføringen danne et faglig og moralsk grunnlag for hennes praksis i klinikken. Hvordan kommer samspillet mellom følelser og fornuft til uttrykk i studieplanen og treningen i klinikklaboratoriet?

I min gjennomgang av teoriundervisningen og treningen i klinikklaboratoriet søkte jeg å besvare følgende spørsmål: Hva består undervisningen av? Hvordan er undervisningen lagt

⁶⁸ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

⁶⁹ Essentials of psychological testing. 1970.

⁷⁰ Studieplanen for Bachelor i sykepleie. 2004.

opp for å forberede studenten på praksis? Hva vil Høgskolen at studenten skal kunne før hun begynner i praksis?

Studieplanen og timeplanen hvor treningen i klinikklaboratoriet var beskrevet, ble analysert etter at studenten hadde vært i praksis på sykehjemmet. Da hadde hun gjennomført treningen i klinikklaboratoriet. Jeg var derfor ikke sammen med studenten og observerte henne når hun trente på praktiske ferdigheter i klinikklaboratoriet. For å kunne beskrive studentens erfaringer og utfordringer når hun trente i klinikklaboratoriet, opplevde jeg at jeg trengte mer kunnskap. Jeg gikk derfor til en studie⁷¹ som jeg utførte som hovedfagsstudent ved Universitetet i Oslo. I gjennomføringen av denne studien observerte og intervjuet jeg sykepleierstudenter når de trente på å gi hjelp til å spise og drikke i klinikklaboratoriet og i sykehjem.

Beskrivelsen av teoriundervisningen og treningen i klinikklaboratoriet på høgskolen er også basert på egne og kollegers erfaringer med undervisningen. Underveis hadde jeg samtaler med lærere og studenter om hensikten med undervisningen og hvordan den forberedte studenten på praksisperioden.

2.10 Sykepleierstudentene som deltok i studien

Jeg følger sykepleierstudentene gjennom deres første halvannet år av sykepleierutdanningen, 1.-3. semester. I løpet av denne tiden følger de teoriundervisningen på høgskolen, trener på praktiske ferdigheter i klinikklaboratoriet og har klinisk praksis over åtte uker på sykehjem. Sykepleierstudentene begynner på sykepleierhøgskolen en dag i slutten av august. De er i klasse med 47 andre studenter. Sykepleierstudentene benevnes med navnene: Trine, Vigdis, Lise, Sara, Hilde, Anne og Bente. Sykepleierstudenten kan ha arbeidet som assistent på et sykehjem med ansvar for renhold og for å hjelpe pasienter i spisesituasjonen. Hun kan også ha arbeidet som assistent i en barnehage, i skolefritidsordningen, i psykisk helsearbeid eller vært au-pair i ett år.

Når jeg beskriver sykepleierstudentenes praksis på sykehjemmet presenterer jeg fortellinger som på ulik måte formidler studentenes utfordringer. Disse fortellingene ble valgt fordi de

⁷¹ Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-studentenes læringssituasjon. 2001.

handler om temaer som gjelder alle studentene i utvalget. For å utdype og lage en sammenheng i fortellingene har jeg beskrevet noen av læringssituasjonene jeg observerte. Fortellingene er omskrevet for å fjerne identifiserbare detaljer om studenten, pasienten og praksisplassen. De ble også omarbeidet fra å være fortellinger som gjaldt den individuelle studenten til å gjelde fortellinger som gjaldt alle studentene i utvalget. Fortellingene må derfor ses på som kollektive eller samlede fortellinger som representerer de individuelle fortellingene. Fortellingene presenteres under overskriftene: førstegangsopplevelsen, å tolke andre ut fra egne følelser, tekniske og personlige ferdigheter og kunnskap til å hjelpe pasienten.

Fortellingene handler om hvordan studenten skal forholde seg til pasientene, og hvordan hun teknisk kan hjelpe dem. Å lære å utøve sykepleie er å være i bevegelse mellom følelser og fornuft. Studenten fortalte om følelser hun fikk når og fordi hun skulle hjelpe et annet menneske. Studenten uttrykte følelsene ved for eksempel å vise redsel, usikkerhet, undring og sansing.

3.0 Følelser og fornuft

Utøvelsen av sykepleie krever ulike former for kunnskap. Det krever teoretisk-vitenskapelig kunnskap, ferdighetskunnskap og praktisk kunnskap. Denne undersøkelsen viser at studenten utvikler teoretisk-vitenskapelig kunnskap og ferdighetskunnskap gjennom teoriundervisningen og treningen i klinikklaboratoriet på høgskolen. Der trener hun på ulike praktiske ferdigheter, og hun lærer å gjøre og å sanse pasienten i situasjonen. Praktisk kunnskap utvikler studenten når hun trener på medstudenten i klinikklaboratoriet eller er sammen med pasienter i sykehjemmet.

For å utvikle kunnskap om og øke forståelsen av samspillet mellom følelser og fornuft i studentens læringsprosess og følelsenes betydning i beslutningsprosessen, gikk jeg til tekster av Aristoteles⁷² og Martha Nussbaum.⁷³ Jeg gikk til de tekstene som omhandler Aristoteles og Nussbaums oppfatning av forholdet mellom følelser og fornuft, og deres forståelse av kunnskapsformene episteme (teoretisk-vitenskapelig kunnskap), techne (ferdighetskunnskap) og fronesis (praktisk kunnskap) i utøvelsen av en yrkespraksis.

En sykepleier har omsorg for en slagpasient. Mannen er i 50-årene og har ligget i avdelingen en tid. Han er hemiparetisk og spastisk i venstre side,⁷⁴ og han har en uttalt dysfasi.⁷⁵ Han har tendens til hypersensitivitet i venstre side og smerter ved utløsning av spasmer. Den aktuelle dagen skal han for første gang på flere dager opp og mobiliseres. Han nøler, men nikker etter en stund bekreftende på spørsmål om dette også er hans ønske. Allikevel, sykepleieren kan føle hans ambivalens og ser klare uttrykk for mismot og engstelse hos pasienten. Hun kan også ane et ønske om at noen tar en avgjørelse på hans vegne. Hun ser at han er nølende, og hun vet hvor redd han er for smertene. Samtidig vet hun at immobilisering i neste omgang kan føre til økte smerter og kontrakturer.⁷⁶ Blir han sengeliggende flere

⁷² Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave. 3. opplag 2006.

⁷³ Disse tekstene omhandler:

"The Discernment of Perception: An Aristotelian Conception of Private and Public Rationality" i Love's Knowledge. Essays on Philosophy and Literature. 1990.

Känslans skärpa, tankens inlevelse. Föreläsningar om etik och politik. 1995.

"Emotioner som värdeomdömen" i Tanke Känsla Identitet. 1997.

"The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

⁷⁴ Lettere lammelse og krampe i den venstre kroppshalvdelen.

⁷⁵ Manglende evne til å gi språklig uttrykk for tanker og forestillinger.

⁷⁶ Sammentrekning, feilstilling som følge av forkorting av muskler.

dager, vil hans situasjon gradvis bli forverret. Det virker også negativt inn på hans selvrespekt dag etter dag å være så totalt passivisert. Hun er usikker: Hvor mye er det hans reelle ønske å komme opp av sengen, og hvor mye er det et press fra behandlingsapparatet og omgivelsene? Sykepleieren velger å hjelpe han opp. Hun forklarer ham viktigheten av mobilisering og beroliger han med hensyn til smertene. Med hendene demper hun varsomt spasmene, vurderer hele tiden smerteterskelen og gjør situasjonen optimalt behagelig for pasienten.⁷⁷

Sykepleieren hjelper pasienten opp av sengen. Denne beslutningen bygger på de tanker og følelser hun gjør seg i situasjonen. Aristoteles omtaler forholdet mellom følelser og fornuft i en handling på følgende måte:

”et utgangspunkt for handling er en beslutning – det vil si det hvorfra bevegelsen utgår, ikke det for hvis skyld handlingen utføres – og utgangspunktet for en beslutning er vår streben og vår mening med det som gjøres. Derfor kan en beslutning ikke finne sted uten fornuft og tenkning eller uten moralsk holdning.”⁷⁸

I beslutningen er det i følge Aristoteles⁷⁹ med andre ord to ting som beveger: Det er streben, som også kan bety vilje og er nær knyttet til følelser. Så er det tenkningen som angår handlingen. Streben skaper en følsomhet for situasjonen og tenkningen overveier midlene til målet. Beslutningen definerer Aristoteles som en overveid streben og en tenkning som krever klokskap som kan tøyte følelsene.⁸⁰ Beslutningen handler dermed om forholdet mellom følelser og fornuft. Sykepleieren har kunnskap om at pasienten har vondt og at han får mer vondt når han kommer opp av sengen. Pasienten gir uttrykk for at han kvier seg hvis han må stå opp. Sykepleieren har kunnskap om konsekvensene for pasienten hvis han ikke står opp. Konsekvensene for pasienten er smerte og smerte som kan vedvare. Sykepleieren overveier pasientens situasjon ut fra sin fortrolighet med pasientens situasjon og pasientens uttrykk for situasjonen. I overveielsen gransker og analyserer sykepleieren hvordan og på hvilken måte målet kan oppnås.

⁷⁷ Denne fortellingen er hentet fra artikkelen: ”Følelser, omsorg og fornuft” av Per Nortvedt i Kirkevold, Nortvedt og Alsvåg, red. Klokskap og kyndighet. 2002. s. 230.

⁷⁸ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles’ filosofi, også kalt ”den nikomakiske etikk”. 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 59.

⁷⁹ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles’ filosofi, også kalt ”den nikomakiske etikk”. 3. utgave. 3. opplag 2006.

⁸⁰ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles’ filosofi, også kalt ”den nikomakiske etikk”. 3. utgave. 3. opplag 2006.

Sykepleieren opererer ut fra ulike forståelsesformer av pasientens situasjon. I aristotelisk forstand kan vi her skille mellom sykepleierens ulike kunnskapsformer som alle er operative i situasjonen: episteme, techne og fronesis. Episteme er viten eller kjennskap til for eksempel sykdomslære, anatomi og fysiologi. Denne kunnskapen utvikles fra "evige sannheter" som er nødvendige og derfor ikke kan være annerledes. Techne omfatter de typer av kunnskap eller kunst som er en forutsetning for produksjon av alle slag, en håndverksmessig kunnskap. Klokskap bygger på episteme og techne. Gjennom erfaring og øvelse utvikles sykepleierens evne til å overveie praktiske spørsmål og treffe en beslutning. Kunnskapen som utvikles kalles praktisk kunnskap, klokskap, fronesis og danner forutsetningene for handling i Aristoteles betydning. Alle tre kunnskapsformene er sammenved i overveielser.

Sykepleieren får samtykke av pasienten og hun hjelper han opp av sengen. I denne handlingen anvender hun kunnskap om pasientens sykdom, episteme, og utøver et grep som hjelper pasienten og samtidig reduserer smertene hans i situasjonen, techne. Hun blir også følelsesmessig berørt, og det skaper en refleksjon som knytter fornuft og følelser sammen, en utvikling av den praktiske kunnskapen, fronesis.

Praktisk kunnskap gjelder det spesielle og unike for pasienten i den situasjonen han eller hun er i. Å være lydhør for det individuelle og unike mennesket er en ferdighet i seg selv som blir til over tid og gjennom trening. Det er en bevegelse mellom reglene og de konkrete svarene, de allmenne begrepene og de unike tilfellene. Vi kan stå overfor et menneske og vi kan se hva det uttrykker i situasjonen. Denne kunnskapen blir en del av vurderingen før vi tar en beslutning om hvordan vi vil handle. Den praktiske kunnskapen gjør sykepleieren i stand til å skille ut relevante og irrelevante sider ved pasienten og situasjonen når hun tar valg om hvordan hun vil hjelpe han eller henne. Målet for handlingen er å handle rett til pasientens beste og vår streben sikter mot rett handling, sier Aristoteles.⁸¹ For sykepleieren står ikke fornuften i noe motsetningsforhold til det hun opplever i situasjonen. Det er sammenvevingen av følelser og fornuft, av kunnskapsformene, som gjør at hun berøres og velger den konkrete fremgangsmåten i møte med pasienten.

"Følelser og fornuft" handler om det rommet sykepleieren står i når følelser og fornuft veves sammen i den profesjonelle yrkesutøvelsen. Det handler om forholdet mellom følelser og

⁸¹ Aristoteles. Etik. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etik". 3. utgave. 3. opplag 2006.

fornuft. Synet på forholdet mellom følelser og fornuft som grunnlag for handling er sammensatt.

3.1 Forholdet mellom følelser og fornuft

I vestlig filosofisk tradisjon har følelser og fornuft ofte blitt betraktet å stå i et motsetningsforhold til hverandre.⁸² Følelsene står i denne tradisjonen for det subjektive og usikre, mens fornuften står for det objektive og rasjonelle. I vår søken etter sann erkjennelse om verden betraktes følelsene som noe underordnet og annenrangs i forhold til fornuften. Fornuften er følgelig menneskets dominerende evne på veien til sann erkjennelse. Den norske filosofen Vetlesen⁸³ er opptatt av den betydningen følelser har for vår fornuft og som utgangspunkt for våre handlinger.

Ved å sammenligne følelser og sansning viser Vetlesen⁸⁴ mistroen mange filosofer har til følelser. Et felles utgangspunkt for filosofene er at de oppfatter sansningen som en mindre pålitelig kilde til erkjennelse enn vår fornuft.⁸⁵ Innenfor den naturvitenskapelige tradisjonen oppfattes sansene ofte som en kilde til å villed oss og at de slik kan forføre vårt bilde av virkeligheten. Vetlesen⁸⁶ bruker et eksempel fra Descartes:

”En kjepp vi stikker ned i vannet og som ser ut som den er bøyd i en vinkel i det punktet der kjeppens nedre halvdel forsvinner under vannet. Mine sanser, her: synsevnen, forteller meg at kjeppen er bøyd på midten; men i virkeligheten er den like rett som før jeg stakk den ned i vannet. For Descartes viser dette eksemplet at sansene kan gi meg helt gal informasjon om virkeligheten.”

Sansene kan være en upålitelig kilde til erkjennelse. Det samme gjelder følelsene. Begge kan gi oss uriktige bilder av virkeligheten og dermed være en feilkilde til sann kunnskap om verden omkring oss.

⁸² Vetlesen, A.J. ”Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi” i Følelser og moral. 1996.

⁸³ ”Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi” i Følelser og moral. 1996.

⁸⁴ ”Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi” i Følelser og moral. 1996.

⁸⁵ Vetlesen, A.J. ”Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi” i Følelser og moral. 1996.

⁸⁶ ”Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi” i Følelser og moral. 1996. s. 11.

Et annet forhold mellom følelser og fornuft Vetlesen⁸⁷ tar opp er oppfatningen om at fornuftens oppgave er å temme følelsene. Sansning og følelser kan noen ganger både trenge å bli supplert og korrigert av fornuften. I situasjoner hvor følelsene forfører vår erkjennelse, må de bringes under kontroll slik at vi ikke er i følelsenes vold. Å være i følelsenes vold innebærer at de overskygger fornuften. Fornuften er et viktig korrektur til følelsene. Den har en rettleidende funksjon i forhold til følelsene. Men selv når fornuften rettleider følelsene og vi handler annerledes enn følelsene tilsier, handler vi da kun ut fra fornuften?

Sykepleieren ser at pasienten har vondt, og hun vet at når hun hjelper han opp av sengen vil smertene øke. Denne innsikten er både påvirket av følelser og fornuft. Sykepleieren ser også noe annet i situasjonen. Hun ser at pasienten kan utvikle kontrakturer, og hun vet at smerten vil øke hvis pasienten ikke kommer opp av sengen. Når fornuften justerer sykepleierens første følelser i situasjonen trer et annet bilde frem. Det er et mer komplett bilde av situasjonen der følelsene smelter sammen med kunnskap og fornuft. For sykepleierens opplevelse av situasjonen er også den omtanke for pasienten som vokser ut av kunnskapen om konsekvensene av at pasienten ikke er i bevegelse. Sykepleieren ser pasienten i forhold til tidligere og nye observasjoner, kunnskap og erfaring. Ut fra dette danner hun seg et helhetsinntrykk av pasientens situasjon, noe som får betydning for de valg hun gjør. I situasjonen handler sykepleieren både ut fra fornuft og følelser. Og det er bare når omtanken for pasienten flyter sammen med den medisinske innsikten at sykepleieren i egentlig forstand handler profesjonelt.

Et tredje forhold ved følelsene Vetlesen⁸⁸ tar opp er forholdet mellom å føle noe eller for noe og å ta stilling til det en føler eller føler for. Sykepleieren står overfor en pasient og hans behov. Hun lar seg berøre av det hun ser og forstår av pasientens situasjon. Hun tar stilling til at denne pasienten står i fare for å bli immobilisert og trenger hennes hjelp. Deretter hjelper hun pasienten ut fra det hun tror er hans behov i situasjonen. Å handle med følelsene som grunnlag kan disponere for partiskhet, og partiskhet kan komme i konflikt med prinsippet om rettferdighet. Sykepleieren kan i denne sammenhengen sies å være partisk med pasienten når hun hjelper han opp. Men å hjelpe ham opp, er også nødvendig for at pasienten skal få den hjelpen han har behov for. Gjennom partiskhet viser sykepleieren et ansvar for denne pasienten. Overfor en annen pasient med et liknende problem, kan sykepleieren komme til å

⁸⁷ "Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi" i *Følelser og moral*. 1996.

⁸⁸ "Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi" i *Følelser og moral*. 1996.

velge andre løsninger. Dette kan oppfattes som forskjellsbehandling. De ulike situasjonene sykepleieren står i, fordrer alltid noe likt og noe ulikt. Det like er det som er felles for trening av slagpasienter.

I denne sammenhengen er de ulike valg av strategier ikke nødvendigvis et uttrykk for at sykepleieren forskjellsbehandler. Pasientene har alltid ulike behov. Sykepleierens evne til å la seg berøre og overveie ulikt i den enkelte situasjonen, gjør at pasienten likevel ikke opplever at de blir forskjellsbehandlet. De kan oppleve at deres individuelle behov blir ivaretatt, og fordi deres individuelle behov blir ivaretatt, tar sykepleieren ikke parti med en enkelt pasient. Selv om veien til målet er ulikt for pasientene, kan de oppleve at akkurat de er blitt ivaretatt. De mottar hjelp på en god måte. Sykepleieren behandler dem likt, men på forskjellige måter.

I dette eksemplet står sykepleieren overfor enkeltpasienten. På et mer overordnet nivå hvor beslutningene skal tas og flere pasienter er involvert, kan avgjørelsene ha et annet utgangspunkt. Utgangspunktet blir det som er felles og generelt for gruppen pasienter. Hva er generelt og felles for gruppen av slagpasienter? I utarbeidelsen av overordnede mål og handlingsplaner, kan det settes et mål om at pasienten skal opp av sengen etter en viss tid etter et slag. Disse planene utarbeides uten å ta hensyn til individuelle behov som for eksempel graden av smerte. I situasjoner hvor vi velger behandlingsstrategi ut fra det som generelt regnes som det beste, blir ikke alle nødvendigvis ivaretatt.

Aristoteles⁸⁹ har et nyansert bilde av forholdet mellom følelser og fornuft. Han angriper ideen om at de rasjonelle valgene kun har fornuften som rettesnor uten innflytelse av våre følelser. Han skiller derfor ikke klart mellom følelser og fornuft. Følelser er ikke bare en kroppslig tilstand. De fungerer også som utgangspunktet for fornuften. De bringer oss i affekt og viser at vi er berørbare og bevegelige. Det er gjennom følelsene at vi engasjerer oss i verden. Følelsene rommer nøkkelen til de gode handlingene. De er et uttrykk for oppmerksomhet eller lydhørhet som er rettet mot et objekt. Følelser kan dermed forandres gjennom endret oppfatning av andre. Følelser kan både være rasjonelle og irrasjonelle, sanne eller falske. Det henger ifølge Aristoteles sammen med situasjonens karakter.

⁸⁹ Etik. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etik". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

Mennesket bruker fornuften både til å tenke ut hvordan det vil handle, og hvordan det vil forholde seg til sine følelser overfor den andre.⁹⁰ Vi bruker fornuften til å tolke det vi ser og sanser. I vurderingen av hvordan vi vil handle, veksler vi mellom følelser og fornuft. Følelsene lenker sammen flere fantasiforestillinger eller fornemmelser. På den måten skaper følelsene en enhet av mangfold. Våre tanker ledes av følelsene, også i de tilfellene der tanken selv er abstrakt. I vår søken etter sann kunnskap, der følelsene kan gi et uriktig bilde av virkeligheten, har spørsmålene i diskusjonen handlet om hvordan fornuften kan få full kontroll over våre følelser, og hvordan tenkningen kan bli et mest mulig effektivt redskap for denne anstrengelsen. Aristoteles⁹¹ er opptatt av at våre holdninger og vårt følelsesliv drar oss i samme retning som vår tenkning. Spørsmålet blir dermed hvordan følelseslivet og tenkningen kan virke harmonisk sammen.

Vetlesen⁹² peker på at følelser tradisjonelt sett ikke bare er blitt betraktet som annenrangs av "filosofiske" grunner. Den lave statusen, mener han, må også ses i et større kulturhistorisk perspektiv. Ved å assosiere følelser med natur, nødvendighet, kropp, seksualitet og kvinnelighet, har filosofene helt fram til vår egen tid kunnet opprettholde en nedvurdering av følelsene. Dette er en diskusjon jeg ikke vil gå inn på i denne avhandlingen. I stedet vil jeg utdype forholdet mellom følelser og fornuft i den sammenhengen sykepleiestudentene befinner seg i under grunnutdanningen i sykepleie. Dette gjør jeg med utgangspunkt i Aristoteles⁹³ og tanken om følelser som absolutt tilstedeværende i menneskets liv og virke.

3.2 Følelsene i menneskets liv og virke

Mennesket er, ifølge Aristoteles,⁹⁴ et strebende så vel som et tenkende vesen. Det er i våre praktiske livsgjerninger disse to sidene forenes. Det er følelsene som gjør oss til mennesker og binder oss til verden. Vi kan derfor ikke komme utenom følelsene. Menneskets særpregede måte å leve livet på er å ha "*et handlingsliv knyttet til det i oss som har meninger.*"⁹⁵ Allerede ved vår blotte eksistens, ved bare det å være til, befinner vi oss i en stemt og engasjert

⁹⁰ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave. 3. opplag 2006.

⁹¹ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. "Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi" i Følelser og moral. 1996.

⁹³ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

⁹⁴ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

⁹⁵ Aristoteles, Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 10.

posisjon som mennesker, og vi handler ut fra det som gir mening. Gjennom våre handlinger søker vi å tilfredsstille grunnleggende behov for ernæring og vekst, sansning, streben og tenkning. Det som hjelper oss til å leve et godt liv er moralske og intellektuelle dyder som gavmildhet og besindighet, visdom, intelligens og klokskap. Men avgjørende for utfallet knyttet til et godt liv, er vår takling av sinnsbevegelser som for eksempel sinne og frykt. Det er våre moralske kvaliteter eller holdninger som får oss til å forholde oss på en god eller dårlig måte til sinnsbevegelserne. En holdning kan kalles en dyd hvis den leder oss inn på den gyldne middelvei. Det er stedet der et harmonisk samspill mellom det strebende og det tenkende mennesket er sikret.

Moralsk dyd er en egenskap som er dannet av vaner og holdninger. Dannelsen skjer gjennom en tilegnelse av sedvaner som personlige vaner og holdninger. Det utvikles til et mer eller mindre velintegreert system av å være, føle og handle på bestemte måter. Dette systemet av holdninger kan beskrives som en persons karakter. Moralsk dyd er ikke medfødt, men dannes gjennom moralsk læring. Den moralske dannelsen skjer når våre evner øves opp på den rette måten, slik at en medfødt evne, som i utgangspunktet bare er en mulighet, blir virkeliggjort og fungerer på sitt beste. For at evnene skal virke på sitt beste kreves det at den øves opp og festner seg til personligheten som en vane eller holdning. Når evnen virker på sitt beste, utgjør den en dyd. En moralsk dyd er en holdning, en persons karakter, som disponerer en til å forholde seg godt eller dårlig til følelsene, og derigjennom til handlingene.

En persons karakter kan forstås som et system av mer eller mindre velintegreerte vaner og holdninger som blir dannet gjennom deltakelsen i etablerte sedvaner innenfor en sosial gruppes kulturtradisjon.⁹⁶ Moralske holdninger læres med utgangspunkt i gode eksempler på riktige handlinger som overføres på andre situasjoner som er relevant like. Aristoteles⁹⁷ antar at det er en gjensidig avhengighet mellom moralske dyder og moralsk gode og rosverdige handlinger, og tilsvarende mellom moralske laster og moralsk dårlige og lastverdige handlinger. Den som utfører visse typer moralsk riktige og gode handlinger, styrker tilsvarende typer moralske holdninger, og disse disponerer i sin tur personen til å overveie og å treffe beslutninger i samme retning i fremtiden. Det er denne tanken som ligger bak når Aristoteles hevder at man må handle modig for å bli modig og rettferdig for å bli rettferdig. På

⁹⁶ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

⁹⁷ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

tilsvarende måte med de andre dydene: En umoden person vil kanskje til å begynne med ikke vite hva det vil si å handle modig. Gjennom oppdragelse og dannelse kan personen ta etter andre modne mennesker og utvikle sine evner til moralske og intellektuelle dyder. De utvikler evnen og blir i stand til å overveie og å avgjøre hva som er moralsk riktig eller godt å gjøre.

Moralske dyder bestemmer Aristoteles som en holdning som har med følelser og handlinger å gjøre, hvor både for mye og for lite utgjør en last, mens dyden består i å finne og gjennomføre en mellomting eller middelvei.

"Dyd er altså en holdning som har med våre beslutninger å gjøre, som holder seg til en middelvei i forhold til oss, bestemt av en mening, nemlig den som den kloke ville bestemme den ved. Det er en middelvei mellom to laster, den ene som skyldes for mye, og den andre som skyldes for lite. Og videre er det en middelvei i den forstand at lastene enten ikke kommer opp til eller de overstiger det tilbørlige når det gjelder følelsene og handlingene, mens dyden både finner og beslutter seg til mellomtingen. Derfor er dyden, ifølge sitt vesen og den definisjon som uttrykker hva den egentlig er, en middelvei, men med hensyn til hva som er best og rett er den en ytterlighet".⁹⁸

Den som har dyd, har en holdning som disponerer for å føle lyst og smerte og følelser som for eksempel frykt og selvtillit i de riktige sammenhengene. Det vil si i de riktige situasjonene overfor de riktige personene, ut fra de riktige motivene, ved de riktige handlingene, slik man bør gjøre, ifølge Aristoteles.⁹⁹ De moralske dydene utvikles under fornuftens veiledning, og fornuften må støtte seg på følelsene og de moralske holdningene når den overveier de ulike handlingene og treffer en avgjørelse mellom dem, middelveien. Klokskapen utvikles innenfor rammen av en sosial og politisk helhetsforståelse og de overveielser og avgjørelser som treffes i enkeltsaker, forstås innenfor rammen av denne helheten. Klokskapen forutsetter modning av en sosialt orientert holdning.

I eksemplet over, berøres sykepleieren av sin egen forståelse av at pasienten har smerter. Denne berøring er et resultat av samspillet mellom sykepleierens følelser og fornuft. For å hjelpe pasienten, overveier og vurderer hun hva hun må gjøre og hvordan. Sykepleierens

⁹⁸ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 26.

⁹⁹ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

kunnskap trenger følelsenes responsivitet for at hun skal være på høyde med situasjonen.¹⁰⁰ En håndtering av en pasientsituasjon forutsetter at sykepleieren forstår sammenhengen situasjonen oppstår i og kan velge å gjennomføre rett avgjørelse i det enkelte tilfellet.

Når et menneske er følelsesmessig stemt og engasjert, fungerer det i følge Aristoteles¹⁰¹ adekvat. Det vil si at det i livet sitt bruker de evnene det er utstyrt med, og inntar bestemte holdninger til sine egne følelser og sinnsbevegelser. Vi er i en viss forstand alltid tvunget til å forholde oss til våre følelser. Gjennom følelsene befinner vi oss i verden på en slik måte at den fremtrer i bevisstheten. Følelser kan med andre ord aldri sjaltes vekk, aldri ekskluderes, bare undertrykkes eller overses.¹⁰² Som menneske kan vi derfor aldri være emosjonelt avstengt. Vi orienterer oss mot noe gjennom følelsene. De hjelper oss til å se det moralsk betydningsfulle i en situasjon.

Følelsene er ikke bare en del av vårt private liv. De er også en del av vårt yrkesliv, og bør derfor, ifølge Nussbaum,¹⁰³ få mer oppmerksomhet som en ressurs i menneskets liv og virke. Nussbaum¹⁰⁴ er opptatt av våre følelser i yrkeslivet og hun utvikler en modell for hva følelser er og hvilke tanker følelsene er fylt av. Hensikten med modellen er å synliggjøre følelsene og den betydning de har for våre liv. Nussbaum bygger i store trekk på Aristoteles filosofi.

For å si hva følelser er, gjør Nussbaum¹⁰⁵ rede for hva følelser ikke er. Følelser er ikke tankeløs energi, eller tankeløse strømmer i blodet. Følelsene, som Nussbaum¹⁰⁶ beskriver dem, handler om noe. De karakteriseres ved å ha en hensikt og være rettet mot noe. De er intensjonale. Følelser, som for eksempel sorg, frykt og sinne, har fokus på det spesifikke. Hvordan følelsene kommer til uttrykk, har å gjøre med hvordan personen det gjelder ser objektet¹⁰⁷ følelsen er rettet mot. Det vedkommende da opplever stemmer ikke nødvendigvis med hendelsen slik den faktisk er. Et menneske som tror at en person er død, kan føle sorg

¹⁰⁰ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

¹⁰¹ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

¹⁰² Nyeng, F. Følelser i filosofi, vitenskap og dagligliv. 2006. s. 126.

¹⁰³ "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

¹⁰⁴ "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

¹⁰⁵ "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke, Känsla og Identitet. 1997.

"The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

¹⁰⁶ "The Discernment of Perception: An Aristotelian Conception of Private and Public Rationality" i Love's Knowledge. Essays on Philosophy and Literature. 1990.

¹⁰⁷ Nussbaum, også Aristoteles, bruker begrepet objekt (objects) om den følelsen er rettet mot. Begrepet kan gi assosiasjoner til tingliggjøring av mennesket, en man holder eller tar avstand fra. En person er ikke et objekt. Begrepet har å gjøre med den eller de en person retter sine følelser mot.

over denne personen, selv om personen ennå ikke er død. Følelsene involverer i så måte også tro eller en oppfatning av den følelsen er rettet mot. Mennesket vil ikke føle sorg uten at det tror at et stort tap har funnet sted, eller oppleve frykt uten at det tror at en betydningsfull hendelse vil eller har funnet sted, sier Nussbaum. Hva personen tror om objektet er avgjørende for følelsens identitet. En oppfatning av andre er involvert i følelsene og inkluderer fakta og måter å evaluere følelsene på. Å se noe i verden og å ta det til seg som sant, synes å være en prosess hvor fornuften skiller ut hvilken oppfatning vi har om situasjonen. Nussbaum¹⁰⁸ definerer fornuften som en hjelp til å ha, eller få, en oppfatning om hvordan saker og ting er.

Følelsene involverer også et element av anerkjennelse.¹⁰⁹ Evaluering eller anerkjennelse av følelsene gjøres med utgangspunkt i personen det gjelder. For eksempel sørger vi når mennesker som betyr noe for oss dør, fordi de former og er en del av vårt eget liv, mål og planer. Når mennesket sørger over fremmede, handler disse følelsene om de delene av verden som igjen er deler av personens oppfatning av verden og livet. Vi tror og opplever at ting utenfor vår kontroll kan ha betydning for oss. Disse følelsene knytter oss til en verden vi elsker og er en del av, men de kan også overraske oss. Følelser har å gjøre med verdi. Mennesket ser objektet som følelsen er rettet mot som noe som har verdi og som har betydning for han eller henne. Verdien i objektet synes å være av et spesielt slag, og betraktes som viktig på grunn av den rollen det spiller i personens eget liv. På den måten er følelser lokalisert, og de har en hensikt og betydning for personens egne mål. Følelser har å gjøre med den handlendes velbefinnende og innbefatter alt som den handlende tillegger verdi. Nussbaum¹¹⁰ viser i denne redegjørelsen at kognitive elementer som å vurdere, utgjør en essensiell del av følelsens identitet, og hva som skiller dem fra kroppslige drifter og objektløse sinnsstemninger. Gjennom redegjørelsen om de kognitive elementene i følelsene og hva følelsene handler om, konkluderer Nussbaum¹¹¹ med at følelser har likheter med fornuften.

¹⁰⁸ "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke Känsla Identitet. 1997.

¹⁰⁹ Nussbaum, M. Känslans skärpa, tankens innlevelse. Essäer om etik och politik. 1995.

Nussbaum, M. "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke Känsla Identitet. 1997.

¹¹⁰ Känslans skärpa, tankens innlevelse. Essäer om etik och politik. 1995.

"Emotioner som värdeomdömen" i Tanke, Känsla og Identitet. 1997.

¹¹¹ Känslans skärpa, tankens innlevelse. Essäer om etik och politik. 1995.

"Emotioner som värdeomdömen" i Tanke, Känsla og Identitet. 1997.

Vår forståelse av en situasjon kan bli mangelfull i vesentlig forstand dersom følelser overses eller undertrykkes. Det kan resultere i at vi ikke ser eller oppfatter alle sider ved situasjonen. Sykepleieren forstår gjennom følelser og berørhet, at pasienten har smerter og er ambivalent i forhold til det å stå opp av sengen. Denne observasjonen får betydning for måten hun hjelper ham på. Hun tilpasser det hun gjør i forhold til pasientens smerteterskel. Hvis sykepleierens følelser overses eller undertrykkes i situasjonen, vil hun trolig ikke se eller ikke ta innover seg at pasienten har vondt eller er ambivalent. Denne manglende kunnskapen om pasientens situasjon vil kunne påvirke sykepleierens forståelse av situasjonen og sannsynligvis måten hun velger å hjelpe ham opp av sengen på. Manglende følelse for pasientens uttrykk hos sykepleieren kan i denne situasjonen påføre pasienten mer smerte og ubehag. Det kan bli en smertefull opplevelse for pasienten å stå opp, noe som i neste omgang kan gjøre at han vegrer seg ennå mer for å stå opp neste gang.

Sykepleiere berøres av pasientenes uttrykk på ulike måter. Hva den enkelte av dem berøres av, beror på hvem sykepleieren er og hva slags kunnskap og erfaring han eller hun har. Den sykepleieren som ikke ser og berøres av pasientens uttrykk i en konkret situasjon, står i fare for å ikke få tak i det spesifikke i situasjonen. Hun vil ikke få øye på pasientens smerter. Ved ikke å se og ta hensyn til pasientens smerteterskel når hun hjelper han opp av sengen, står pasientens ve og vel på spill. Men også den motsatte situasjonen kan inntreffe. Sykepleieren kan bli så opptatt av ikke å påføre pasienten smerter at hun velger ikke å hjelpe ham opp av sengen. Fokuset til sykepleieren blir primært pasientens smerter. Han har smerter når han ligger i sengen, og smertene vil øke hvis hun hjelper ham opp av sengen. Sykepleieren kan i denne situasjonen bli så blendet av følelsene knyttet til smerten (som hun nærmest kjenner på sin egen kropp) at hun ikke ser sammenhengen mellom det hun vet er rett og det hun vet hun bør gjøre i situasjonen. Følelsene kan i så måte skape faglig og moralsk blindhet.¹¹² Sykepleieren ser bare at hun vil påføre pasienten mer smerter ved å hjelpe ham opp av sengen, men hun ser ikke de faglige konsekvensene valget av denne handlingen kan få. Hun berøres av egne følelser og taper synet av den individuelle pasienten. Nussbaum¹¹³ trekker frem følelsenes tendens til å ta over menneskets personlighet og hvordan følelsene med overveldende kraft kan drive personen til å handle. Nussbaums påstand er at følelser kan endre menneskets opprinnelige følelse til en annen følelse, for eksempel fra håp til sorg. På denne måten er følelser former for vurderende holdninger som kan endre et menneskes liv og

¹¹² Nussbaum, M. "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke, Känsla og Identitet. 1997.

¹¹³ "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke, Känsla og Identitet. 1997.

holdning til livet, uten at personen har kontroll over det. Sykepleierens valg om ikke å hjelpe opp av sengen, gjør kanskje godt for pasienten på kort sikt, men kan forverre hans helsetilstand i fremtiden.

Følelsene som oppstår når en person er stilt overfor en hendelse, noe eller noen, kan være like mye orientert mot personen selv som den andre.¹¹⁴ ”Altruistiske følelser som *sympati* og *medlidenhet* har sitt grunnlag i omtanke for andres ve og vel, mens personlige følelser som det å like noen har sitt grunnlag i utvalgte trekk ved den andre personen. Implikasjonen er at altruistiske følelser har evnen til å overvinne den subjektivismen og partiskhet som hefter ved personlige følelser, og slik utgjøre en pålitelig motivasjonell basis for moralsk handling.”¹¹⁵

På denne måten, ved å forstå pasientens smerter kan sykepleieren klare å holde en avstand til pasientens smerter, selv om det er pasientens smerteuttrykk hun berøres av. Sykepleieren kan også ha egne erfaringer med smerter. Denne erfaringen kan skape en forståelse som korresponderer med pasientens smerteopplevelse. Å møte en følelse, en opplevelse eller en tilstand er ikke det samme som å overta den.¹¹⁶

”I empatisk respons fastholdes en anerkjennelse av den andre i hans eller hennes annerledeshet fra meg selv.”¹¹⁷

Vi kan forstå en annen persons følelse uten selv å føle det samme. Når jeg sier at jeg skjønner hva du føler, så betyr det at jeg kan forestille meg hva du føler.

3.3 Kunnskapsformene *episteme*, *techne* og *fronesis*

I ”Den nikomakiske etikk”¹¹⁸ deler Aristoteles kunnskapen inn i en teoretisk, og to praktiske former. Den teoretiske kunnskapen, *episteme*, er begrunnet viten. Man vet hvorfor noe er som det er og kan redegjøre for det. De to praktiske formene for kunnskap har sitt utgangspunkt i våre handlinger, *poiesis* og *praxis*. Kunnskapsformen *techne* er knyttet til *poiesis* og dreier seg

¹¹⁴ Vetlesen, A.J. ”Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi” i *Følelser og moral*. 1996.

¹¹⁵ Vetlesen, A.J. ”Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi” i *Følelser og moral*. 1996, s. 28.

¹¹⁶ Vetlesen, A.J. ”Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi” i *Følelser og moral*. 1996.

¹¹⁷ Vetlesen, A.J. ”Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi” i *Følelser og moral*. 1996, s. 55.

¹¹⁸ Aristoteles, *Etikk*. Et hovedverk i Aristoteles’ filosofi, også kalt ”den nikomakiske etikk”. 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

om teknikker eller kunnskap som gjør oss i stand til å produsere på den mest kyndige måten. Aristoteles poengterer at framstilling og handling ikke er det samme. Kyndighet er innrettet mot framstilling og tenkning omkring hvordan noe skal fremstilles.

*”All kunnen har å gjøre med tilblivelse og går ut på å utøve en kunnen og spekulere ut hvorledes noe blir til”.*¹¹⁹

Den andre formen for praktisk kunnskap er moralsk kunnskap eller fronesis, klokskap. Fronesis gjelder mer enn å utøve en ferdighet med et godt håndlag. Det gjelder også å kunne overveie vel i situasjonen.

*”Klokskap må da nødvendigvis være en holdning med en sann mening angående menneskelige goder oppnåelig ved handling”.*¹²⁰

Fronesis kommer til uttrykk når sykepleieren anvender og utvikler sin erfaring gjennom refleksjon, og optimalt kan anvende kunnskapen overfor enkelttilfellene.

*”Klokskap gjelder heller ikke bare de allmenne, den må også gi kjennskap til enkelttilfellene, for den gjelder handling, og handlingen gjelder enkelttilfeller.”*¹²¹

For Aristoteles er det gode omdømmet, fortrefeligheten i handlingene, som er det sentrale.

En nærmere undersøkelse av kunnskapsformene viser at de ikke er så strengt avgrensede kategorier som tredelingen skulle tilsi. I kunnskapsformene beskrives subjektiv og objektiv kunnskap, og det er en overlapping og sammenveving mellom dem. Fordi mennesket er bærer av kunnskapen, blir den en integrert del av oss. Kunnskap tolkes og forstås i en personlig og sosial sammenheng, og kan i så måte ses på som et forhold mellom det subjektive og objektive.¹²²

¹¹⁹ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 61.

¹²⁰ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 62.

¹²¹ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 64.

¹²² Gustavsson, B. Kunnskapsfilosofi. Tre kunnskapsformer i historisk belysning. 2000.

3.3.1 Teoretisk-vitenskapelig kunnskap, episteme

Teoretisk-vitenskapelig kunnskap er den kunnskapen som kan artikuleres språklig.

"Viten er altså en bevisberedt tilstand... For det er først når man på en eller annen måte er overbevist og når man kjenner utgangspunktet for dette, at man har viten, for hvis man ikke kjenner disse bedre enn konklusjonen, så har man viten bare tilfeldigvis. La da viten være bestemt på denne måten".¹²³

I sykepleien er kunnskap som anatomi og fysiologi, og konsekvenser av immobilitet, som økte smerter og kontrakturer eksempel på teoretisk-vitenskapelig kunnskap. Kunnskap fra psykologien om hvordan totalt passivisering kan virke på pasientens selvrespekt, er et annet eksempel. Annen teoretisk-vitenskapelig kunnskap innenfor sykepleieutøvelsen er blodprøvesvar, svar på ulike prøver som for eksempel vevsprøver og røntgen. Kunnskap om farmakologi, virkestoffets virkning og bivirkning er også et eksempel.

Episteme omhandler det vi vet, det som *"umulig kan forholde seg på en annen måte... Det vi vet, er altså til med nødvendighet. Men dermed er det evig. For alt det som nødvendigvis og ubetinget er til, er evig, og det evige er ikke blitt til og kan ikke forgå".¹²⁴*

Den teoretisk-vitenskapelige kunnskapen kjennetegnes som kunnskap om årsaksforhold. Vi kan forklare hvordan årsak og virkning forholder seg til hverandre - for eksempel de fysiske konsekvensene immobilitet har for menneskets kropp. Anvendelsen av denne kunnskapen, viten, innebærer begrunnet mening, *"for det man vet, kan bevises".¹²⁵* Utgangspunktet for det man vet, er fornuften, som kan omhandle den kunnskapen sykepleieren har i anatomi, fysiologi og sykdomslære. Videre uttrykker Aristoteles at all lærdom utgår fra det som allerede er kjent. Det betyr at det man vet kan læres, og teoretisk-vitenskapelig kunnskap kan derfor læres bort.

¹²³ Aristoteles. Etik. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etik". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 60.

¹²⁴ Aristoteles. Etik. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etik". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 60.

¹²⁵ Aristoteles. Etik. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etik". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 62.

Den teoretisk-vitenskapelige kunnskapen gir med andre ord sykepleieren viten om uforanderlige, generelle og allmenne forhold. I det ligger klare retningslinjer for hvordan tingene forholder seg til og påvirker hverandre. Et eksempel fra fortellingen innledningsvis, er kontrakturer som øker smerten. Økt smerte hos pasienten kan passivisere og forverre hans fysiske og psykiske tilstand. I vurderingene må sykepleieren anvende den teoretiske kunnskapen hun holder for sann og argumentere for den i situasjonen. Sykepleieren uttrykker en usikkerhet om hvorvidt det er riktig å hjelpe pasienten opp av sengen. I refleksjonen trekker hun også inn vurderingen av om hans reelle ønske kommer i konflikt med behandlingsapparatet og omgivelsenes ønske. Eksemplet viser at vurderingen av pasientens situasjon ikke gjøres isolert fra institusjonens samfunnsmessige hensikt og mål. Behandlingsapparatets og omgivelsenes ønske og mål kan også komme i konflikt med pasienters ønske og behov i enkelte situasjoner.

Grunntanken i den greske antikken, blant annet hos Aristoteles, var at mennesket ved hjelp av sin tankevirksomhet og gjennom å gjøre undersøkelser kan skaffe seg kunnskap om tilværelsen. For å fremstille ny kunnskap undersøker vi ulike sider av virkeligheten som tidligere ikke er kjent. Vitenskapelig kunnskap utvikles gjennom forskning, og kunnskapsbasen vokser ved at ny kunnskap legges til gammel kunnskap, eller at perspektivet på kunnskap forandres. Gustavsson¹²⁶ beskriver tre kjennetegn som anses som tradisjonelle for utviklingen av denne kunnskapsformen. Først handler det om hvordan vi skaffer oss viten om det vi undersøker ved hjelp av erfaring, iakttagelse og observasjoner. Deretter valg av metode som er det andre kjennetegnet. Metoden er et hjelpemiddel for hvordan vi skal gå fram i forskningsprosessen, og den gir føringer for hvilken type kunnskap vi kan utvikle. Det tredje kjennetegnet på utvikling av teoretisk-vitenskapelig kunnskap er teori. Teorien danner et perspektiv og en ramme rundt de spørsmål vi stiller i en studie og de svar vi har mulighet for å finne.

3.3.2 Ferdighetskunnskap, techne

Når sykepleieren vurderer pasienten og situasjonen, og tar en beslutning om å hjelpe han opp av sengen bruker hun, i tillegg til teoretisk kunnskap, tenkningen for å finne ut hvordan hun konkret skal utføre handlingen mest mulig smertefritt. Sykepleieren observerer forhold som

¹²⁶ Kunnskapsfilosofi. Tre kunnskapsformer i historisk belysning. 2000.

smerte, lettere lammelse og krampe i pasientens venstre kroppshalvdel. Denne kunnskapen får betydning for hvordan hun hjelper han opp. Før hun begynner forklarer hun viktigheten av mobilisering, og hun beroliger pasienten med hensyn til smertene. De reduseres ved å dempe spasmene, og sykepleieren observerer og vurderer pasientens smerteterskel når hun velger måten hun hjelper han ut av sengen på. Gjennom en kombinasjon av kunnskap og teknikk, gjør hun situasjonen optimalt behagelig. Teknikken og tenkningen som kom i forkant av den kalles hos Aristoteles for ferdighetskunnskap, *techne*.

"Kunnen er som sagt en viss holdning med en sann mening angående skaping, og ukyndighet er det motsatte, nemlig en holdning med en feilaktig mening angående skaping. Begge har de å gjøre med det som kan være annerledes".¹²⁷

Denne kunnskapen er den ene av de to praktiske formene for kunnskap med utgangspunkt i menneskets handlinger, ifølge Aristoteles sitt tredelte kunnskapssystem.

Den omhandler *"det som kan være annerledes"* og *"blant det som kan være annerledes, finner vi både de ting som er skapt og de ting som utføres ved handling."*¹²⁸

Ferdighetskunnskap, *techne*, er kunnskap bundet til og av den praktiske situasjonen. Denne type kunnskap har i nyere tid fått navn som taus kunnskap, reflekterende praksis og situert kunnskap.¹²⁹ Selve teknikken, for eksempel det en sykepleier trinn for trinn skal gjøre, lærer hun ved å øve på en ferdighet i en konkret praksis. Kunnskap blir anvendt og utprøvd gjennom det pleieren velger å gjøre i situasjonen. Sykepleieren forstår hva hun gjør, og tenkningen rundt det hun gjør er med henne under gjennomføringen av ferdigheten. Hun har trent på forflytningsteknikk, både som student i høgsolen og på arbeidsplassen. I tillegg til å bruke hendene og teknisk hjelpe pasienten ut av sengen, tilpasser hun teknikken slik at spasmene dempes, og hun vurderer og justerer hele tiden teknikken ut fra pasientens smerteterskel. Sykepleierens gjennomføring av ferdigheten viser at kunnskapsformene sammenveves når hun hjelper pasienten opp av sengen.

¹²⁷ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 61.

¹²⁸ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 60.

¹²⁹ Gustavsson, B. Kunnskapsfilosofi. Tre kunnskapsformer i historisk belysning. 2000.

3.3.3 Praktisk kunnskap, fronesis

Moralsk kunnskap eller fronesis, klokskap, er den tredje av Aristoteles kunnskapsformer. Klokskap er en holdning om det gode for mennesket, og den gode handling er selv et mål, sier Aristoteles.

*”Det er dermed klart at klokskap er en dyd, ikke en kunnen. Ettersom det finnes to deler av sjelen som har meninger, må klokskapen være dyden ved en av disse to, nemlig ved den som danner antagelser. For antagelse gjelder det som kan være annerledes, og det er jo dette klokskapen også gjelder. Men den er ikke bare en holdning med en mening. Et bevis på det er at en slik holdning kan glemmes, men ikke klokskapen”.*¹³⁰

For Aristoteles er den kloke handling den som ikke utledes av en bestemt prosedyre, teori eller praksis. Den forutsetter konkret kunnskap og erfaring, men er ikke utledet av dem. Det er den gode handlingen som uttrykker god dømmekraft - som ofte i ettertid viser seg å være den riktige.

En person som viser god dømmekraft, kan overveie vel og handle klokt. Ved å ha kjennskap til enkelttilfeller er mennesket i stand til å treffe de beste handlingsvalg i ulike situasjoner. Vi får kjennskap til enkelttilfellene gjennom erfaring.¹³¹ De som kan faget på et overordnet nivå er flinke, sier Aristoteles, men klokskap krever noe mer. Følsomheten for og evne til å sette seg inn i enkelttilfellene skaper klokskap og utvikler den faglige dømmekraften. I situasjonen med pasienten får sykepleieren følelsen av at han er ambivalent, og hun ser klare uttrykk av mismot og engstelse. Hun ser at pasienten er nølende og hun vet hvor redd han er for smertene. For å kunne hjelpe pasienten må sykepleieren ikke bare kjenne håndverket og ha tilfredsstillende vitenskapelig kunnskap om hvordan menneskekroppen fungerer. Hun må også besitte en praktisk kunnskap, om det individuelle ved pasienten, som gjør henne i stand til å hjelpe i vanskelige situasjoner.

”Når vi taler om skjønn og forstand og klokskap og fornuft, så er det de samme vi tiltror å ha skjønn og fornuft og som er kloke og forstandige. For alle disse evner gjelder det endelige,

¹³⁰ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 62.

¹³¹ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

dvs. enkelttilfellet, og at man er forstandig og har godt skjønn eller "medskjønn" vil si at man er i stand til å bedømme de ting som den kloke tar stilling til."¹³²

Videre skriver Aristoteles: *"Alt det som kan utføres ved handling, hører til blant enkelttingene, en konkret situasjon og de endelige ting. For ikke bare må den kloke kjenne til disse, men også forstand og skjønn gjelder det som kan utføres ved handling, og disse er endelige ting.*"¹³³

Sykepleieren opererer i en konkret praksis og derfor med noe som kan være annerledes, noe som er foranderlig og situasjonsbestemt. Pasienten har smerter, og han vil få økende smerter når han kommer opp av sengen. Samtidig er det viktig for pasientens rehabilitering å bli aktiv for å forebygge kontrakturer og ytterligere smerter. Hva som er pasientens beste kan ses i et kort og langt perspektiv. I det korte perspektivet beskyttes pasienten mot smertene der og da, ved å la ham ligge i sengen. Men dette øker smertene på et senere tidspunkt. Å se og vurdere pasientens situasjon har betydning for rehabiliteringen. Sykepleieren må anvende kunnskap og tilpasse den til situasjonen. Når hun handler til pasientens beste, utøver hun klokskap.

Den faglige dømmekraften, klokskapen, som utvikles gjennom erfaring, er en personlig kunnskap. I en konkret situasjon er mennesket i en bevegelse fra det generelle til det individuelle, og fra det individuelle til det generelle. Sykepleierens evne til å se den enkelte pasienten beror på utviklingen av en personlig kunnskap. En dyktig sykepleier innehar praktisk kunnskap om den enkelte. Oppøvelsen av praktisk kunnskap, hvor sykepleieren beveger seg mellom det generelle og enkelttilfellene tar tid, sier Aristoteles.¹³⁴ Denne kunnskapsformen er ikke entydig og den ligger ikke ferdig i situasjonen.

3.4 Å vise klokskap

Praktisk kunnskap er innsikt i det spesielle og unike i situasjonen, hvor vi ofte stilles overfor menneskelige dilemmaer. Svenaesus¹³⁵ drøfter dette. Fordi den også er av moralsk karakter,

¹³² Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 67.

¹³³ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 67.

¹³⁴ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

¹³⁵ "Fronesis - en hermeneutisk dygd" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

kan ikke fronesis bestå av allmenne regler utviklet gjennom en vitenskapelig metode. Det finnes ingen teori om de gode handlinger og livet på samme måte som det finnes teori om årsakssammenhengen mellom hvordan kroppen vår er bygget opp og fungerer, anatomi og fysiologi. Sannheten om den rette handling i møtet med det andre mennesket, må ha en annen base enn den vitenskapelige kunnskapen som Aristoteles så i det deduktive vitenskapsidealet episteme.¹³⁶ For å få svar på hvordan sykepleieren skal handle i en vanskelig situasjon, bruker hun ikke bare hypoteser av det teoretiske slaget. Når hun vurderer ut fra både den generelle kunnskapen, episteme, og enkelttilfellene, og handler med utgangspunkt i dette, viser sykepleieren klokskap.

I forståelsen av pasientens tilstand er det vanskelig å skille den ene kunnskapen fra den andre. Teori innbefatter praksis og praksis innbefatter teori. Sykepleieren kan forstå mye av kroppens reaksjoner gjennom vitenskapelig kunnskap. Hun kan dermed også gi riktig hjelp. Men vitenskapelig kunnskap kan ikke fortelle hva pasienten opplever. Det må erfares. For å kunne hjelpe pasienten på en god måte, oppnår sykepleieren derfor ikke full forståelse av situasjonen gjennom den vitenskapelige kunnskapen, episteme. Forståelsen nås heller ikke fullt ut gjennom sykepleierens håndverksmessige kunnskap, techne, eller kun gjennom kunnskap om enkelttilfeller. Kjennskap til enkelttilfellene utvikles som nevnt gjennom erfaring. Derfor vil unge mennesker, ifølge Aristoteles,¹³⁷ normalt ikke ha kjennskap til enkelttilfellene i samme grad som eldre mennesker. Men alder er ikke noen tilstrekkelig betingelse det heller, for noen fortsetter å være umodne livet ut. En sykepleier kan ha all tilgjengelig teoretisk-vitenskapelig kunnskap, uten at hun nødvendigvis blir klok av det. For unge mennesker er det, ifølge Aristoteles, lettere å oppnå teoretisk enn praktisk innsikt. På den andre siden kan man ikke gjøre kloke vurderinger uten eksakt kunnskap. Noen mennesker blir eldre og rik på erfaring, men ikke alle blir kloke.

Hva kan sykepleieren få øye på hvis hun ser med bakgrunn i vitenskapelig og håndverksmessig kunnskap, og hva får hun ikke øye på? Sykepleieren kan se en mann som har hatt slag og har lettere lammelser og kramper i venstre kroppshalvdel. Hun vet at pasienten kan ha smerter, og hun vet at ved immobilitet kan pasienten utvikle kontrakturer. Det kan også være smertefullt. En sykepleier uten dømmekraft kan gå inn på rommet og hjelpe pasienten opp av sengen ved hjelp av teknikken som skal anvendes overfor pasienter

¹³⁶ Svenaeus, F. "Fronesis – en hermeneutisk dygd" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

¹³⁷ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

med slag, og som hun har trent på. I en slik situasjon ser eller tar sykepleieren likevel ikke nødvendigvis inn over seg pasientens uttrykk. Uten å inneha vitenskapelig kunnskap om hvordan kroppen virker, vet hun ikke at kontrakturer kan forandre store smerter. Hun ser kanskje ikke at pasienten nøler, og hun ser kanskje ikke hans klare uttrykk av mismot og engstelse. Hun vet heller ikke at pasienten har mye smerter og er redd for at smerten vil øke når han kommer opp av sengen. Kunnskap om et eller to av kunnskapsområdene er dermed ikke nok til å hjelpe pasienten på en god måte. For at sykepleieren skal kunne utvise god dømmekraft over for pasienten må hun bevege seg mellom alle tre kunnskapsformene og binde følelser og fornuft sammen. Muligheten for å nå fram til forståelsen av situasjonen er, ifølge Svenaeus,¹³⁸ å se og forstå at det gode liv står på spill for pasienten. Sykepleieren må derfor forstå mer enn kunnskap om hvordan kroppen fungerer og teknisk kunnskap om hvordan pasienten hjelpes til et godt leie. Det er likevel den sykepleiefaglige og medisinske innsikten som gjør sykepleieren i stand til å være omtenkstom på en adekvat måte i situasjonen.

Å forstå et menneske er å forstå noe mer enn det du møter der og da i situasjonen.¹³⁹ Henriksen og Aarflot¹⁴⁰ peker på at det sykepleieren fester oppmerksomheten på i situasjonen, har konsekvenser for den hjelpen hun gir og måten hun kan gi hjelpen på. Hvis sykepleieren fester sin oppmerksomhet på det som ligger innenfor den tiden og det rommet hun og pasienten akkurat da har sammen, vil hun lett miste av syne mye av det som kan være viktig og avgjørende for pasientens situasjon. Hvis sykepleieren er villig til å se at pasienten er noe mer enn et menneske som trenger smertelindring, vil han muligens finne det lettere å snakke om det som betyr noe for han, og som er avgjørende for måten han opplever sin situasjon på. Da skjer det en utvidelse av den tiden og det rommet som pasienten og sykepleieren deler. I denne situasjonen kan sykepleieren også bli konfrontert med seg selv¹⁴¹ og møte egne erfaringer og verdier. Det kan også være at møtet gjør sykepleieren oppmerksom på noe hun ikke har nok kunnskap om, noe hun ikke mestrer, eller et eller annet felt der hun står overfor sine egne begrensninger på en ny måte. Dette er eksempel på det som kan lede til god dømmekraft. Forskjellen i forståelseshorisonter mellom sykepleier og pasient kan naturligvis også være avhengig av andre forskjeller enn hvordan de forholder seg til sykdommen. Kjønn

¹³⁸ "Fronesis – en hermeneutisk dygd" i Erfarenhetens rom och vägar. 2003.

¹³⁹ Henriksen, J.-O. og Aarflot, H.M. "Å møte en annen. Kapittel 10" i Møte mellom pasient og sykepleier. 2002.

¹⁴⁰ Henriksen, J.-O. og Aarflot, H.M. "Å møte en annen. Kapittel 10" i Møte mellom pasient og sykepleier. 2002. s. 167.

¹⁴¹ Henriksen, J.-O. og Aarflot, H.M. "Å møte en annen. Kapittel 10" i Møte mellom pasient og sykepleier. 2002. s. 168.

og etnisitet er eksempler på forskjeller som må overbygges for å skape en forståelse som skal tjene pasientens behov for hjelp. Dessuten befinner møtet seg alltid i en politisk og økonomisk kontekst som preger, og noen ganger deformerer forståelsen.

Situasjonen hvor sykepleieren hjelper pasienten opp av sengen skjer i en profesjonell sammenheng. Møtet har derfor en hensikt eller en overordnet målsetting. Jeg vil beskrive situasjonen mellom dem som en hermeneutisk prosess, der det tolkende møte mellom to forståelseshorisonter utgjøre selve essensen. Mitt utgangspunkt for dette er Svenaeus¹⁴² sin beskrivelse av medisins og omsorgens hermeneutikk. I artikkelen¹⁴³ benytter forfatteren medisinen som eksempel, men det kan lett overføres til andre omsorgsyrker, som for eksempel sykepleie. Svenaeus beskriver møtet som en hermeneutisk tilnærming hvor de tre kunnskapsformene episteme, techne og fronesis er integrert. Han analyserer den praktiske kunnskapen, fronesis, som beskrevet hos Aristoteles, med utgangspunkt i den filosofiske hermeneutikken, som den er beskrevet hos Gadamer.¹⁴⁴ Forfatterens anliggende er at fronesis, klokskapen, som den praktiske kunnskapens dygd, er et spørsmål om tolkning. En tradisjon som vi kan vende oss mot for å analysere den praktiske kunnskapens egenart er derfor, mener han, den hermeneutiske filosofien.

Sykepleieren og pasienten har to ulike forståelseshorisonter som må overbygges i møtet. Verken pasienten eller sykepleieren er bare pasient og sykepleier i den aktuelle situasjonen. De er mennesker med hver sin livshistorie, hver sine erfaringer, hvert sitt nettverk og hver sin tilgang til erfaringer og ressurser. Alt dette preger dem, og det vil i større eller mindre grad også prege møtet mellom dem. Pasienten har hverdagerfaringer om sykdommen, og sykepleieren har kunnskap om sykdommen og pasientens situasjon. Avstanden mellom deres forståelseshorisonter bunner i de ulike måtene de kan forholde seg til sykdommen på. Pasienten er den som er rammet av sykdommen, lever med sykdommen til daglig og har den innpå livet. Sykepleieren befinner seg på en viss avstand til pasientens opplevde perspektiv, men har på den andre siden kunnskap om sykdommen og problemer den kan påføre pasienten. Medisins, her sykepleierens, og omsorgens hermeneutikk kan altså sies å bestå av en tolkende dialog mellom omsorgsgiveren og pasienten, der legen eller sykepleieren

¹⁴² ”Fronesis – en hermeneutisk dygd” i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

¹⁴³ Svenaeus, F. ”Fronesis – en hermeneutisk dygd” i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

¹⁴⁴ Svenaeus, F. henviser til Gadamer's hovedverk *Sanning og metode, Wahrheit und Methode*. 1960.

forsøker å forstå pasientens situasjon for å kunne hjelpe ham til et friskere liv.¹⁴⁵ Forståelsen har her en empatisk side. En viktig del av dialogen er å forsøke å forstå pasientens situasjon slik at man nærmer seg hans forståelseshorisont på en gjenkjennende måte. Men dialogen rommer også at sykepleieren i møte mellom de ulike perspektivene, forsøker å etablere en forståelse for pasientens tilstand som bunner i en forståelse av sykdommen.

Sykepleieren må i hvert enkelt tilfelle se etter hva som passer for den enkelte situasjon og pasient. Dette krever at vedkommende er lydhør overfor det som særpreger møtet. Der må sykepleieren la enkelttilfellet forme hennes beslutning, snarere enn omvendt, og ikke tre retningslinjer og teori ned over pasient og situasjon. I eksemplet ser sykepleieren den individuelle pasienten, og hun sanser, føler, hva han uttrykker i situasjonen. Denne kunnskapen sammenveves med den vitenskapelige og teoretiske kunnskapen, ferdighetskunnskapen og blir en del av hennes vurderinger, før hun tar en beslutning om å hjelpe ham opp av sengen.

¹⁴⁵ Svenacus, F. "Froensis – en hermeneutisk dygd" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

4.0 Teoriundervisning og trening i klinikklaboratoriet på høgskolen

Sykepleierutdanningen har en nasjonal rammeplan som blant annet angår mål og formål for utdanningen.¹⁴⁶ Rammeplanen er forpliktende og gir rettleiding for hvordan den enkelte sykepleierutdanningen organiserer og tilrettelegger studieprogrammet innenfor de grenser rammeplanen fastsetter. Dette er for å sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at utdanningen framstår som enhetlig og gjenkjenkelig, uavhengig av institusjonen.

I rammeplanen er forventningen til kompetanse hos sykepleieren etter endt utdanning beskrevet med begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap.¹⁴⁷ Handlingskompetanse knyttes til områder der utdanningen har ansvar for å bidra til at yrkesutøveren skal fungere selvstendig. Handlingsberedskap knyttes til områder der utdanningen bidrar til at nyutdannede sykepleiere har kunnskap om feltet, men mangler nødvendig erfaring og mer spesialisert opplæring til å kunne handle selvstendig.

Hensikten er at det skal være forutsigbart for arbeidsgiveren hvilken kompetanse sykepleieren har, hvilke arbeidsoppgaver de kan utføre selvstendig og hvilke arbeidsoppgaver de har behov for opplæring i når de ansettes. Rammeplanens¹⁴⁸ beskrivelse av mål innenfor disse to begrepene er generelle og overordnet. På bakgrunn av rammeplanen utarbeider den enkelte utdanningsinstitusjonen en studieplan¹⁴⁹ som beskriver utdanningens mål og oppbygging. Studieplanene ved de ulike sykepleierutdanningene i Norge er derfor ulike. Studentene som deltok i denne studien utdannes innenfor en av disse. Studieplanen beskriver hvordan utdanningen er organisert når det gjelder teoriundervisningen og praktiske studier. I studieplanen skal det dessuten gis en presisering og konkretisering av sykepleierens handlings- og beredskapskompetanse. Studieplanen legger med andre ord rammer for utdanningsforløpet og undervisningsprogrammet for studenten.

¹⁴⁶ Rammeplanen for sykepleierutdanningen. Utdannings- og forskningsdepartementet. 2004.

¹⁴⁷ Rammeplanen for sykepleierutdanningen. Utdannings- og forskningsdepartementet. 2004. s. 5.

¹⁴⁸ Utdannings- og forskningsdepartementet. 2004.

¹⁴⁹ Studieplan for Bachelor i sykepleie. 2004.

I dette kapitlet gjennomgår jeg de emnene fra studieplanen¹⁵⁰ som studenten får undervisning om på sykepleierhøgskolen. Jeg beskriver høgskolens læringsmål¹⁵¹ og utdyper skolens forventninger til studentene som deltok i denne studien. Jeg drøfter på hvilke måter emnene og fagene er praksisforberedende og hvordan læringssituasjonene er tilrettelagt for at studenten skal kunne bevege seg mellom teori og praksis, både i de skriftlige arbeidene og når hun hjelper medstudenten i klinikklaboratoriet.

Når jeg analyserte studieplanen og timeplanen for studentene som deltok i denne studien hadde de vært gjennom teoriundervisningen og treningen i klinikklaboratoriet. For å utdype beskrivelsene av teoriundervisningen og treningen i klinikklaboratoriet bruker jeg derfor situasjonsbeskrivelser og sitat fra studien jeg gjennomførte som hovedfagsstudent ved Universitetet i Oslo,¹⁵² samt egne erfaringer som student og lærer fra klinikklaboratoriet. Beskrivelsene og sitatene samsvarer med egen erfaring som lærer fra teoriundervisningen og treningen i klinikklaboratoriet, både for studentene som deltok i denne studien og fra tidligere og senere studentkull i sykepleierutdanningen.

For å tydeliggjøre at utsagnene som anvendes i dette kapitlet er basert på min tidligere studie og egne erfaringer, bruker jeg begrepet studenten som jeg benevner i hunkjønn. For å få et bedre språk og gjøre utsagnene mer forståelige, er de skrevet om, uten at innholdet er endret. Utsagnene presenterer jeg som sitat og skriver dem i kursiv.

4.1 Introduksjon til sykepleiestudiet

Den første uken av utdanningen består av generell informasjon om studiet og høgskolen, og ulike sosiale arrangement. Studenten får innføring i fronter, studieplanen, datalaboratoriet og det interne reglementet. Bibliotekaren forteller om biblioteket og hva biblioteket kan bistå med. Studentforeningen informerer om studentforeningen og studentmiljøet. I tillegg til at studentene uformelt kan bli kjent med hverandre gjennom de sosiale aktivitetene, legger skolen opp til at studentene også formelt blir kjent med hverandre slik at de faglig skal kunne arbeide sammen uten at de nødvendigvis kjenner hverandre personlig.

¹⁵⁰ Studieplan for Bachelor i sykepleie. 2004.

¹⁵¹ Høgskolens læringsmål er beskrevet i Studieplan for Bachelor i sykepleie. 2004.

¹⁵² Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-studentenes læringssituasjon. 2001.

I introduksjonen til sykepleierstudiet presenterer høgsolen retningslinjer for hvilke metoder studentene skal arbeide etter i store deler av utdanningen. Gjennom hele studiet skal de arbeide sammen i grupper, både på skolen og i praksis. Det legges vekt på gruppearbeid og samarbeid, hvor kravet om obligatorisk oppmøte signaliserer at studenten har et individuelt ansvar for læringsgruppen.

Å arbeide i læringsgrupper er en undervisningsmetode høgsolen vektlegger. Lærerne deler studentene inn i læringsgrupper som består av inntil åtte studenter. Studenten skal arbeide i denne gruppen gjennom hele perioden hvor hun arbeider med mappeoppgavene.¹⁵³ Det vil si fram til uke 17 hvor hun begynner i praksis. Når studenten utarbeider den skriftlige besvarelsen hun skal levere inn til eksamenskontoret, deles gruppen i to.

Sammensetningen av læringsgruppen kan endres av studieleder. Det gjøres etter egne retningslinjer. Hensikten med læringsgruppene er at studentene gjennom arbeid og samarbeid i grupper kan lære av hverandres erfaring og kunnskap, og at de kan hjelpe hverandre i utviklingen av både faglige og menneskelige utfordringer. For å nå dette målet søker høgsolen å skape et miljø som gir rom for andres meninger og perspektiv der studentene aktivt kan ta del i de faglige diskusjonene og samarbeide mot et felles mål.

I introduksjonen får studentene i oppgave å presentere seg for hverandre. Hensikten er å skape et trygt læringsmiljø som gjør det lettere å ta ordet, komme med innspill og ytre meninger. En oppfordring til å ytre sine meninger, kan utfordre studenten til å bli bevisstgjort egne følelser.

I studieplanen legger sykepleierutdanningen vekt på veiledning og refleksjon som metoder for å knytte sammen teori og praksis. Gjennom veiledning og refleksjon skal erfaring utvikles og bearbeides. Erfaringsbasert kunnskap skal fremme utviklingen av skjønn, faglig og moralsk bevissthet og godt håndlag.

Studenten mottar veiledning fra læreren og kontaktsykepleieren både på skriftlige arbeider og i praksis på sykehjemmet. Læreren har ansvar for veiledningen og refleksjon i læringsgruppen. Når studenten har teoriundervisning har arbeidet i læringsgruppene fokus på

¹⁵³ Jeg utdyper eksamensformen mappeoppgave senere.

diskusjon og arbeid med ulike faglige oppgaver. I praksis på sykehjemmet vil gruppene i tillegg være et forum for diskusjon og refleksjon over ulike praksissituasjoner.

Lærerens ansvar er å veilede i forhold til de skriftlige og praktiske oppgavene, hjelpe studenten til å søke kunnskap og bistå i gruppeprosesser. Kontaktsykepleieren har ansvar for veiledning og refleksjon når studenten er på avdelingen i sykehjemmet. Hvordan de organiserer veiledningen avtales mellom sykepleieren og studenten.

Gjennom forelesning introduseres studenten for ny teori i samlet klasse. Teorien som presenteres inneholder basiskunnskaper eller kunnskap som egner seg for samtale og diskusjon i større grupper. Gjennom studentens deltakelse i læringsgruppene, i konkrete handlingssituasjoner med pasienter og i forelesningene, er høyskolens mål å stimulere henne til refleksjon over teori og praksis.

For å gi studenten en innføring i studiesituasjonen på høyskolen og hvilke forventninger høyskolen har til henne i de skriftlige arbeidene, gis det en innføring i studieteknikk, skriveprosess og oppgaveløsning. Å skrive er en utfordring for de fleste. Studentene har ulike erfaringer med skriftlig arbeid. Gjennom hele studiet skal studenten skrive oppgaver i form av refleksjonsnotater, pleieplaner og eksamener. I refleksjonsnotatene skal studenten beskrive og reflektere over en planlagt og gjennomført læringssituasjon. Ifølge vurderingskriteriene i studieplanen¹⁵⁴ skal studenten i refleksjonsnotatet integrere teori og praksis, reflektere over stoffet/situasjonen og egne og andres meninger/praksis. Hun skal også analysere og tolke på bakgrunn av faglige vurderinger, bruke pensumlitteratur og følge oppgavetekniske retningslinjer.

Undervisningen i skriveprosess og oppgaveløsning har som mål å gi studenten kunnskap om oppgaveskriving, kjennskap til høyskolens formelle krav og vurderingskriteriene for oppgavebesvarelsene. Det gis en innføring i høyskolens forventning når det gjelder de oppgavetekniske retningslinjene og en mal for hvordan hun teknisk kan gå fram for å løse en oppgave.

¹⁵⁴ Studieplanen for Bachelor i sykepleie. 2004. s. 11.

4.2 Faktakunnskap

Anatomi, fysiologi, biokjemi og mikrobiologi er et stort emne som studenten får forelesninger om i første semester av utdanningen. Ved hjelp av tradisjonelle forelesninger utdyper læreren pensumet og tilfører spesialistkunnskap til emnet. Høgskolens hensikt er at studenten får kunnskap og en relativt grundig forståelse av menneskets anatomi og fysiologi, samt grunnleggende mikrobiologi og ernæringsfysiologi.

Studenten opplever at:

Dette er faktakunnskap som jeg rett og slett må pugge for å lære. Emnet tar stor plass. Det er vanskelig, og så virker det veldig viktig. Det er et fag som sykepleien støtter seg på. Jeg må kunne fagene for å vite hvordan jeg kan hjelpe pasienten. Det er mye å lese og pugge.

Kunnskap i disse fagene skal gi studenten en grunnleggende forståelse om normaltstanden i kroppen til for eksempel nyre og urinveiene. Anatomien beskriver hvordan nyre og urinveiene er bygget opp, mens fysiologien beskriver hva som er deres funksjon og hvordan kroppen kvitter seg med avfallsstoffer. Denne kunnskapen gir innsikt i det generelle og allmenne ved normaltstanden i kroppen, uavhengig av de individuelle forskjellene. Kunnskap om nyre og urinveienes normaltstand er noe vi vet, og det kan ikke forholde seg annerledes. I denne kunnskapen ligger det klare retningslinjer for hvordan nyre og urinveiene er bygget opp og hvordan oppbyggingen og funksjonen forholder seg til og påvirker hverandre.

Denne kunnskapen får betydning når studenten møter pasienter med lidelser som springer ut av en anatomisk dysfunksjon. Med utgangspunkt i denne kunnskapen skal studenten derfor kunne beskrive og forklare normaltstanden til nyre og urinveiene overfor pasient og pårørende. Et annet eksempel på slik kunnskap, er kroppens behov for ernæring. I tillegg til at studenten tilegner seg kunnskap om hvordan kroppen er bygget opp, tilegner hun seg også kunnskap om hvilket behov kroppen har for ernæring, for eksempel for at et sår skal gro. Kunnskap i anatomi, fysiologi, biokjemi og mikrobiologi gir studenten et teoretisk utgangspunkt hvorfra hun kan observere og forstå endringer i kroppens normaltstand.

Fagene anatomi, fysiologi, biokjemi og mikrobiologi tilfører ikke bare kunnskap om normaltstanden, men gir også et grunnlag for å forstå andre fag som for eksempel

sykdomslære og sykepleie. Senere, i andre semester, rett før studenten skal ha praksis på sykehjem, får hun undervisning i sykdomslære og farmakologi. Studenten må lære å knytte sammen kunnskap om kroppens normaltilstander, medikamentlære og grunnleggende sykepleie.

4.3 Sentrale teorier og modeller i sykepleien

Parallelt med teoriundervisningen i anatomi, fysiologi, biokjemi og mikrobiologi følger studenten forelesninger om og arbeider med fag som kommunikasjon, samhandling og tverrkulturell forståelse, psykologi, funksjonshemming, perspektiv på helse og sykdom, sykepleiens historie, ulike sykepleieteorier, kunst og kulturdimensjonen i sykepleie, taushetsplikten, lov om helsepersonell, pasientrettighetsloven, etikk, førstehjelp, brannvern med praktiske øvelser og medikamentregning og medikamenthåndtering. Studenten arbeider med flere av disse fagene i fem mappeoppgaver.¹⁵⁵

I den første mappeoppgaven inngår kommunikasjon, samhandling og tverrkulturell forståelse, og psykologi. Studenten gjorde kommunikasjonsøvelser tidligere på høsten¹⁵⁶ og nå i mappeoppgaven arbeider hun med teorien. Det dreier seg om å utvikle ferdigheter i å kommunisere med andre, også fra andre kulturer enn den norske. Studenten arbeider teoretisk med utfordringer som kan oppstå i møte med pasienter og pårørende. Studenten forberedes på denne måten på de utfordringer hun kan møte i sykehjemmet når det gjelder kommunikasjon. Pasientene kommer fra ulike kulturer og sykepleieren møter dem både i hjemmetjenesten og i sykehjemmet. Psykologi er et fag som inngår i forberedelsene og skal gi en forståelse for menneskets normale utvikling og hvilke faktorer som kan påvirke den. Studenten skal utvikle god forståelse av hvordan kriser oppstår, og hun skal kunne utøve sykepleie til pasienter i krise, ved sykdom og død. I sykehjemmet bor det mennesker som har et langt liv med ulike erfaringer bak seg. Mange av dem har mistet noen av sine nærmeste. Studenten kan i løpet av praksisperioden oppleve at en eller flere av pasientene på sykehjemmet dør. Psykologifaget inngår i studentens forberedelser til å kunne forstå et menneske i krise, men også på det studenten kan forvente seg når hun kommer ut i praksis.

¹⁵⁵ I dette underkapitlet beskriver jeg fire av de fem mappeoppgavene. Mappeoppgave fire, grunnleggende behov, beskrives i underkapitlet: Først teori, så trening i klinikklaboratoriet.

¹⁵⁶ Se også under "Egenopplevelsen i praktiske øvelser".

I mappeoppgave to arbeider studenten med temaet sykepleie som fag og vitenskap. Her arbeider hun med sykepleiehistorien, sykepleiens utvikling fra kall til selvstendig yrke og vitenskap, sykepleieutøvelse og etikk, og sykepleieteoretikerne Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorothea Orem og Kari Martinsen.

Studenten får undervisning i begreper som perspektiv på helse, sykdom og funksjonshemming, livskvalitet, helse og sykdom og kunstdimensjonen i sykepleien. Hensikten er at studenten skal utvikle forståelse for forholdet mellom teori og teoretiske antakelser på den ene siden og praktiske og situasjonsbetinget yrkespraksis på den andre.

Læreren foreleser om begreper som helse, sykdom, livskvalitet og forholdet mellom disse. Innholdet i begrepene utdypes. I undervisningen forsøker læreren å vise at helse er et overordnet og helhetlig fenomen og noe annet enn fravær av sykdom. Undervisningen gir også innføring i overordnede begrep som for eksempel funksjonshemming og ulike perspektiv på helse og sykdom. Hva ligger for eksempel i begrepet funksjonshemming og hvordan forstås det i sykepleien? Studenten får undervisning i flere slike sentrale begrep i sykepleien.

Et spørsmål studenten stiller til denne undervisningen er:

Hvordan bruker jeg begrepene og modellene i praksis? Hva innebærer de i praksis? Når jeg er i praksis på sykehjemmet skal jeg hjelpe pasientene med for eksempel å spise og drikke, og jeg skal sette sprøyter. Jeg opplever ikke at for eksempel Orems sykepleiemodell lærer meg noe om hvordan jeg hjelper en pasient i spisesituasjonen. Men når det for eksempel gjelder anatomi og fysiologi, ser jeg at jeg kan få bruk for den teorien i praksis. Den handler om kroppen og hvordan den fungerer. Den teorien opplever jeg går mer direkte mot det vi sykepleiere skal gjøre når vi er i praksis. Jeg forstår hvorfor det er viktig å lære anatomi og fysiologi, og jeg forstår hva som forventes av meg.

Hensikten med sykepleiemodellene er ikke å styre sykepleierens gjøremål i konkrete situasjoner. Målet er å skape en felles forståelse av hva som kjennetegner sykepleie. Sykepleiemodellene kan grupperes ut fra modellenes teoretiske grunnlag. I pensumboken¹⁵⁷

¹⁵⁷ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. Grunnleggende sykepleie. Bind 4. 2005.

ved sykepleiestudiet beskrives Nightingale, Henderson og Orems modeller som behovsmodeller, mens Martinsens modell beskrives som en omsorgsmodell.

Sykepleiemodellene er bygd opp av strukturelle og funksjonelle komponenter. De strukturelle komponentene utgjør modellens fundament som består av verdier og grunnleggende antakelser som vedkommende teoretiker knytter til begrepene i sykepleiens metaparadigme. Her uttrykkes modellens grunnsyn på menneskets natur, forholdet mellom mennesket og omgivelsene, synet på helse og synet på sykepleie. Modellens funksjonelle komponenter er knyttet til begreper som inngår i sykepleiesituasjoner, og til relasjonene mellom disse begrepene. De funksjonelle komponentene beskriver sykepleiens mål, fokus og hensikt, sykepleierens rolle og metode, pasientens rolle, årsaken til at pasienten trenger hjelp og forventet resultat.

Sykepleiemodellene har i så måte til hensikt å favne hele virksomheten til sykepleien.¹⁵⁸ De er vide og generelle og handler om ulike sider ved sykepleie på et makronivå; på et overordnet og generelt plan. Sentrale sykepleiebegrep og forholdet mellom dem blir beskrevet i modellene. De gjør i store trekk rede for sykepleien slik den bør være, ikke slik den faktisk er. Modellene er normative. Dette skyldes at flere av modellene er utviklet på grunnlag av overordnet teori hvor hensikten er å beskrive modellens verdier, grunnleggende antakelser og sentrale fenomen som for eksempel egenomsorg. De bygger derfor i liten grad på rådende sykepleiepraksis. Men dette henger også sammen med at sykepleieteori har en lengre deskriptiv enn analytisk tradisjon.

Sykepleiemodellenes hensikt er også å klargjøre hva sykepleieren spesifikt skal befatte seg med. Det vil si hva sykepleieren skal rette blikket sitt mot i praksissituasjonen. Jeg bruker Orem sin modell for å gi et eksempel. Denne modellen vektlegger pasientens ressurser. Med dette fokus skal sykepleieren gå inn og hjelpe pasienten på de områdene hvor han eller hun trenger hjelp. På den måten kan modellen bidra til å styre sykepleierens oppmerksomhet i møtet med pasienter. I henhold til Orems modell skal sykepleieren samle inn informasjon om pasientens ressurser, som for eksempel hva pasienten selv kan gjøre i stedet. Sykepleieren hjelper med utgangspunkt i hva pasienten kan gjøre selv, med det mål at pasientens behov i stedet blir ivaretatt. Når sykepleierens oppmerksomhet rettes mot spesifikke

¹⁵⁸ Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. Grunnleggende sykepleie. Bind 4. 2005.

sykepleiefenomener, som for eksempel egenomsorg og pasientens ressurser, kan modellene bidra til å klargjøre hennes ansvarsområde. Modellene er tenkt å skulle sette sykepleie inn i en analytisk ramme.

Den tredje mappeoppgaven handler om juridiske rammer for helse- og sosialvesenet og etikk. I denne undervisningen er hensikten at studenten får en grunnleggende forståelse av juridisk tankegang, metode og lovgivning. Studenten skal tilegne seg kunnskap om grunnleggende rettslige områder for helsevesenet, slik som plikter og rettigheter for yrkesutøveren, pasientrettigheter og saksbehandlingsregler. Studenten forberedes på at sykepleie skal utøves innenfor bestemte juridiske rammer. Disse rammene er retningsgivende for den hjelpen pasienten får. I hjemmetjenesten gis hjelpen ut fra på forhånd fattede vedtak etter Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker, Forvaltningsloven.¹⁵⁹ Pasientene har rettigheter som sykepleieren plikter å innrette seg etter. Et eksempel er den rett til informasjon pasienten har krav på. Den som yter helsehjelp, i dette tilfellet sykepleieren, skal gi den nødvendige informasjonen til pasienten om den hjelpen han eller hun får, slik at vedkommende får innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som gis. Sykepleieren har også plikter overfor pasienten. Et eksempel er plikten til å føre journal for den enkelte. Formålet med Loven om helsepersonell m.v., helsepersonelloven,¹⁶⁰ er å bidra til sikkerhet for pasienten og å sikre kvalitet i helsetjenesten, samt tillit til helsepersonell og helsetjenesten. I praksis er det ikke bare pasienten som har rettigheter sykepleieren plikter å imøtekomme. Som arbeidstaker har sykepleieren også rettigheter som ulike trygdeytelser ved for eksempel svangerskap og sykdom. Arbeidstakers rettigheter kan i noen tilfeller komme i konflikt med pasientens.

Mappeoppgave fem¹⁶¹ omhandler sykepleietjenesten i kommunene med tilhørende rettsgrunnlag og etikk. Studenten skal få en grunnleggende forståelse av sykepleierens funksjon i kommunehelsetjenesten. Hun skal oppnå en reflektert tilnærming både til sin rolle i langtidsinstitusjon og til de utfordringer som ligger i å ha pasientens hjem som arbeidsplass, samt tilegne seg kunnskap om de juridiske rammene for kommunehelsetjenesten. Et av læringsmålene i praksis i sykehjem er at studenten får innsikt i sykepleierens ansvar og

¹⁵⁹ Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/alt/nl-19670210-000.html>

¹⁶⁰ Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/alt/nl-19990702-064.html>

¹⁶¹ Mappedoppgave fire, grunnleggende behov, beskrives i underkapitlet: Først teori, så trening i klinikklaboratoriet.

funksjonsområde. Undervisningen i dette temaet skal forberede henne på hva som ligger i sykepleierens rolle og hva sykepleieren har ansvar for i sykehjem. Den skal dessuten beskrive hvordan både selve tjenesten og samarbeidet med andre yrkesgrupper som fysioterapeuter og ergoterapeuter er organisert i kommunen. Også her skal innføringen i Lov om helsetjenesten i kommunene, Kommunehelsetjenesteloven,¹⁶² forberede henne på hvilke juridiske rammer hun arbeider innenfor.

Innholdet i etikkfaget fordeles på mappeoppgavene tre og fem som er juridiske rammer for helse- og sosialvesenet og sykepleietjenesten i kommunen. Her skal studenten utvikle et helhetlig syn på mennesket og respekt for menneskets integritet og rettigheter. Hun skal også utvikle forståelse for etiske dilemma på individnivå. Etikk er forberedende til praksis på den måten at studenten vet hva som er de aktuelle verdiene og normene i samfunnet og i helse- og sosialfagene. En utfordring studenten står overfor er ønsket om å handle til pasientens beste. Hva er pasientens beste? Hvordan skal hun avgjøre hva som er pasientens beste i situasjoner hvor ulike eller kryssende hensyn og vurderinger må tas? Disse verdiene og normene skal virke styrende for hvordan sykepleieren handler og behandler pasienten. Forståelse for ulike etiske dilemma sykepleieren kan stå i, når det gjelder pasienters behov, kan forberede studenten på kompleksiteten i praksis hvor ikke alle svar er gitt. Med bakgrunn i normativ etisk teori som pliktetikk, sinnelagsetikk, konsekvensetikk og omsorgsetikk, skal studenten vurdere og ta beslutninger til komplekse etiske problemstillinger.

I teoriundervisningen som dekker mappeoppgavene får studenten undervisning om utfordringene hun vil møte i sykehjemmet. I teoriundervisningen kan hun bare teoretisk forholde seg til pasienten. Hvordan pasienten hun vil møte faktisk er, blir derfor en ren teoretisk forutsetning. Det ideelle og den generelle pasienten er likevel utgangspunktet for undervisningen. I undervisningen søker lærerne å problematisere, for eksempel hvilke etiske problemstillinger studenten kan stå overfor i klinikken. Men teorien kan ofte ikke gi klare svar på hvordan hun kan handle i situasjonen. Generell teori kan gi et forenklet bilde av virkeligheten og kompleksiteten i de etiske problemstillingene studenten vil møte i praksis.

¹⁶² Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>

4.4 Feilfri test i legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering er et av sykepleierens ansvarsområde i sykehjemmet. I praksis gjøres det mange feil. Hvert år melder spesialisthelsetjenesten til Meldesentralen¹⁶³ om uheldige hendelser i håndteringen av legemidler. De utgjør i 2008 ca. 27 % av alle meldingene. I tillegg rapporterer sykehusene om lag 10 dødsfall årlig på grunn av svikt i legemiddelhåndteringen. For å øke sykepleierens kompetanse, og for å redusere feilene i praksis, må studenten gjennomføre en feilfri test i legemiddelhåndtering og regning, og håndtere legemidler når hun er i praksis i sykehjemmet. For å kunne begynne i praksis på sykehjemmet, må studenten ha bestått denne testen.

I praksis kan sykepleierne ikke gjøre feil når de håndterer legemidler. Feil medisinerer kan få konsekvenser for pasienten, som bivirkninger og død. Et krav er derfor at studenten må ha alt rett for å bestå medikamenttesten. Fordi testen skal være feilfri, bruker studenten mye tid på å forstå begrepene dose, mengde og styrke og å løse regneoppgaver. Hun er nervøs for ikke å bestå testen. Studenten løser ikke bare regneoppgaver, men får også undervisning i lovverk knyttet til sykepleierens ansvar¹⁶⁴ i legemiddelhåndtering, samt lovverk legemidler håndteres og organiseres innenfor i sykehjemmet.¹⁶⁵ I tillegg til forelesning og å løse regneoppgaver, legger studenten opp medisin i dosett i klinikklaboratoriet.

Før første forsøk får studentene veiledning i grupper. De har forskjellige problemer og utfordringer, og veiledningen har til hensikt å møte hver enkelt student og veilede dem på det de sliter med i regningen. Studenten vet at mange stryker på eksamen.

Det som gjør dette faget ekstra vanskelig er at jeg må ha alt rett for å bestå. På denne eksamenen godtas det ikke at jeg har noen feil. Jeg kan skjønne det. I praksis skal vi ikke gjøre feil. Feilmedisinering kan få store konsekvenser for pasienten, for eksempel

¹⁶³ Meldesentralen – helsetilsynet. [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_9445.aspx

¹⁶⁴ Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl/19990702-064.html>
Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl/19990702-063.html>

¹⁶⁵ Forskrift om legemiddelforsyning mv. i den kommunale helsetjenesten. [Internett] 13. mai 2010. (opphevet april 2008) Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/rettskildene/forskrift/F19871118-1153>
Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wif/ldies?doc=/sf/sf/sf-20091218-1839.html>

bivirkninger eller i verste fall at de dør. Men jeg synes det høres vanskelig og umulig ut, at jeg skal levere inn en prøve i matematikk hvor jeg har alt rett. Det har jeg ikke opplevd før.

Det varierer fra student til student etter hvilket forsøk hun består testen.

Høgskolen setter opp testene på eksamensplanen med ca en ukes mellomrom, så jeg må ikke vente lenge på neste forsøk. Jeg får vite resultatet samme dag som testen blir avlagt eller påfølgende dag. Jeg vet om jeg har feil. Jeg ser over svarene etterpå, og vi studenter sammenligner svarene. Så det er ingen overraskelse når sensuren kommer. På timeplanen er det lagt inn veiledning for de som har strøket. Da arbeider jeg meg gjennom feilene jeg har på den forrige testen, og så regner jeg alle oppgavene på nytt.

Studentene som ikke består testen får veiledning før neste forsøk. Veiledningen er også her, lagt opp slik at den enkelte student får veiledning på det vedkommende opplever er vanskelig. Det er lagt inn fire tester over relativt kort tid for å tilrettelegge slik at studenten har mulighet til å bestå testen før praksisperioden starter i uke 17.

I praksis håndterer studenten legemidler sammen med kontaktsykepleieren. Studenten regner ut hvor mange tabletter pasienten skal ha ut fra dosen legen har rekvirert. I regneoppgavene varierer det hva studenten skal finne svar på, om det er dosen, virkestoffet, mengden, antall tabletter eller milliliter, eller styrken, mengde virkestoff per enhet. Dette er for å teste ut om studenten forstår og har kontroll over hva hun skal gjøre når hun håndterer legemidler. Regneoppgavene er en forberedelse på slik håndtering, og hvordan hun finner ut antall enheter pasienten skal ha.

4.5 Først teoriundervisning, så trening i klinikklaboratoriet

Teoretiske studier om pasientens grunnleggende behov forbereder studenten på treningen i klinikklaboratoriet, deretter på de praktiske studiene i sykehjem. I undervisningen får studenten innføring i menneskets grunnleggende behov av fysisk, psykisk, sosial og åndelig art. Hun får undervisning om sykepleie ved livets slutt, og om roller og nettverk. Undervisningen bygger på faktafagene, og tar utgangspunkt i normaltilstanden. Menneskets grunnleggende behov er dermed behov faktakunnskapen viser til og begrunner som ”sann”.

Et grunnleggende behov som studenten får undervisning i er behovet for væske og ernæring. Hun får først en innføring om kroppens væske - og elektrolyttbalanse, ernæring og forhold som påvirker matvaner og næringsinntak og problemer som kan oppstå ved manglende ernæring. Etter denne innføringen får hun undervisning i tiltak sykepleieren kan utføre når det gjelder væske og ernæring.¹⁶⁶ Det er observasjoner, sykepleiemetode og tiltak. Forhold studenten skal observere er almenntilstanden, hud og slimhinner, urinen, høyde, kroppsvekt, kostvaner, opplevelse av måltidet samt prøver og undersøkelser. Eksempler på sykepleiemetoder og tiltak overfor pasienten er å undervise og å tilrettelegge for et terapeutisk miljø, og å ta initiativ til å utføre tiltakene. Her gir foreleseren eksempler på ulike tiltak studenten kan sette i verk for å hjelpe pasienten, slik at inntaket av væske og ernæring blir ivarettatt. Foreleseren beskriver også hvordan ferdighetene å gi hjelp til å spise og drikke og ernæring via sonde kan gjennomføres.

Etter den teoretiske undervisningen i de grunnleggende behovene trener studenten på de praktiske ferdighetene i klinikklaboratoriet. Det skjer fortløpende ved at hun får undervisning om et tema, for eksempel ernæring, og at hun så trener på ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke. Hensikten med at teori og treningen i klinikklaboratoriet er nært i tid, er at studenten skal kunne erfare størst mulig grad av faglig kontinuitet og progresjon. Denne undervisningen forbereder henne på hvordan og hva hun kan gjøre for å tilrettelegge og hjelpe pasienten i måltidet. Den teoretiske kunnskapen skal danne et grunnlag å trene ut fra, samt forstå betydningen av og pasientens behov for væske og ernæring. Dette til sammen skal danne et teoretisk og praktisk grunnlag for møtet med pasientene i sykehjemmet.

Min erfaring er at studentene kan ha ulike syn på om det er mest nyttig at teoriundervisningen kommer før eller etter treningen i klinikklaboratoriet. Noen studenter opplever at det er mest nyttig at teoriundervisningen kommer før treningen i klinikklaboratoriet.

*Jeg har så vidt begynt å lese til eksamen. Når jeg leser, opplever jeg at jeg har erfaring å henge teorien på med en gang. Det gjør det lettere å forstå teorien.*¹⁶⁷

¹⁶⁶ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. Grunnleggende sykepleie. Bind 2. 2005.

¹⁶⁷ Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-studentenes læringssituasjon. 2001. s. 72.

Andre studenter opplever at det er mest hensiktsmessig med teoriundervisning før treningen i klinikklaboratoriet.

Jeg synes vi lærer mye bedre når vi først har teori om problemstillingen vi skal trene på i klinikklaboratoriet. Fordi da sitter teorien så mye bedre. Jeg lærer mye av å trene på praktiske ferdigheter i klinikklaboratoriet og når teorien kommer først, og så praktiserer jeg, så blir jeg mer bevisst på teorien.¹⁶⁸

Når studenten trener på ferdigheter i klinikklaboratoriet, møter hun opp kledd i arbeidsdrakt i henhold til høgskolens retningslinjer. Det finnes retningslinjer både for arbeidsdrakten i klinikklaboratoriet og i praksisstudiene. Påkledningen er viktig av hygieniske og estetiske grunner. Hensikten er å kle seg slik at mulige smittekjeder brytes, samtidig som hun skal framstå som sykepleier. Studenten skal ikke bruke privat tøy, unntak er praksisstudier i hjemmesykepleie og psykisk helsearbeid, men bruke bukse og skjorte eller frakk i henhold til gjeldende regler ved de ulike praksisplassene. Til arbeidsdrakten hører sokker i nøytrale farger, og sko som kun benyttes på praksisstedet. Arbeidsdrakten skal skiftes daglig, og alltid ved tilsøling. Smykker er ikke tillatt å bruke, heller ikke synlig piercing. Langt hår skal samles og festes. Neglene skal være rene og korte, og neglelakk og kunstige negler tillates ikke. Studenten bør unngå sterke dufter som tobakk, snus, parfyme og tyggegummi. Lærerne påser og veileder studenten i henhold til det korrekte arbeidsantrekket.

Hensikten med treningen på praktiske ferdigheter i klinikklaboratoriet er at studenten blir kjent med utstyret som er aktuelt for ferdigheten, selve teknikken og hvordan ferdigheten trinnvis kan utføres. Et eksempel er å legge inn kateter på kvinner. Hvilket utstyr trenger studenten når hun legger inn et slikt kateter? Hvilken rekkefølge skal handlingene utføres i? Gjennom denne treningen er det ment at studenten skal utvikle teknikken i utførelsen av den praktiske ferdigheten. I tillegg til å utføre den med et godt håndlag, skal studenten vise omsorg for pasienten, ivareta de hygieniske prinsippene og gi en teoretisk begrunnelse for hvorfor hun handler slik hun gjør. Høgskolen forventer at studenten kan gi en teoretisk begrunnelse for sine gjøremål, for eksempel hvorfor kateterisering skal utføres som en steril prosedyre. Treningen på å utføre praktiske ferdigheter i klinikklaboratoriet er ment å være en

¹⁶⁸ Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-studentenes læringssituasjon. 2001. s. 72.

forberedelse, både praktisk og teoretisk, på de ferdighetene hun skal utføre overfor pasienter i sykehjemmet.

Før treningen starter, gjør læreren rede for hvordan den aktuelle praktiske ferdigheten, å legge inn kateter på kvinner, skal utføres. Beskrivelsen av utførelsen gjøres trinnvis i den rekkefølgen ferdigheten skal utføres. Etter gjennomgang på tavlen, demonstrerer læreren hvordan innlegging av kateter konkret kan utføres ved å bruke en dukke. Læreren viser og forklarer hvordan utstyret skal brukes og håndteres slik at de hygieniske retningslinjene blir fulgt. Etter lærerens demonstrasjon og eventuelle spørsmål fra klassen, fordeler studentgruppene seg på sengene i klinikklaboratoriet.

Når studenten legger inn kateter på dukken, kan hun gjenta ferdigheten flere ganger. Hun kan, mens hun trener, konferere med medstudentene og lærerne og hun kan bruke litteratur til å finne ut hvorfor og hvordan ferdigheten skal utføres når hun står overfor problemer. Lærerne veileder, svarer på og stiller spørsmål til refleksjon. På denne måten blir læringssituasjonene i klinikklaboratoriet en rendyrket studiesituasjon hvor all konsentrasjon og fokus er mot oppgavene som skal gjøres og studentens behov og læring. Denne situasjonen kan gi mulighet til å knytte sammen teori og handling i situasjonen, til å se og oppleve anvendelsen av teori i praksis, og å diskutere ulike konsekvenser handlinger kan få for pasienten. Treningen kan også gi studenten en følelse av å mestre og ha kontroll over de manuelle handlingene i ferdigheten. I klinikklaboratoriet trener studenten ut fra egne behov. Hun utforsker og prøver ut ferdigheten uten at det hun gjør får konsekvenser for pasienter.

Når studenten trener på denne måten, er hun i en situasjon der hun må tenke og hun arbeider relativt selvstendig. Hun planlegger gjennomføringen av ferdigheten, henter utstyret hun trenger, og under gjennomføringen av ferdigheten tar hun avgjørelser på hvordan hun vil handle. I klinikklaboratoriet hjelper studentene hverandre. En læringssituasjon hvor studenten ikke må ta hensyn til pasienten kan bli uhøytidelig og avslappende. Dette kan påvirke studentens gjennomføring hvor hun gjør flere feil enn hun ellers ville ha gjort.

Som en student forteller:

Jeg tar ikke like mye hensyn når jeg kjenner studenten jeg hjelper. Det blir ikke så farlig med det jeg gjør feil. Det er ikke alltid at jeg gjennomfører ferdigheten skikkelig.¹⁶⁹

Studentene som hjelper hverandre kjenner hverandre, noe som kan være med på å gjøre treningen morsom og avslappende. De arbeider sammen med fremtidige kolleger og læringssituasjonen kan oppleves som fri og sosial. Dette kan skape en forståelse av at hun vil møte mye nytt og ukjent i sykehjemmet, og at det er mye hun ikke kan når det gjelder utførelsen av praktiske ferdigheter. Men samtidig kan treningen gi henne erfaring med hvilke problemer pasienten hun vil møte i sykehjemmet kan ha. Studenten føler seg samtidig tryggere og mer forberedt til praksis i sykehjemmet.

En student uttrykker:

Hvis jeg skal hjelpe en pasient med lammelse, vet jeg nå at han har problemer med å svelge. Jeg kan også spørre han om han har svelgeproblemer fordi jeg kan noe om problematikken. Jeg stiller ikke helt blank.¹⁷⁰

Organiseringen fra høgskolen sin side, hvor det vektlegges at studenten har et teoretisk grunnlag før hun praktiserer sykepleie, kommer også til syne i klinikklaboratoriet. Den generelle teorien kan også der bli utgangspunktet for treningen. Denne måten å tilnærme seg læringen på, kan beskrives som en deduktiv tilnærming. Utgangspunktet for læringen blir det allmenne, og det kan trekkes slutninger for det enkelte individet med utgangspunkt i teorien. En fare ved en slik læringsform er at teorien styrer studentens tenkning om det hun observerer og hvordan hun kan agere overfor pasienten. Studenten kan søke etter å få bekreftet teorien. På denne måten kan teorien bli styrende for den praktiske utøvelsen av sykepleie og ikke av pasientens behov. Pasienten er fraværende i klinikklaboratoriet og studenten forberedes i liten grad på kompleksiteten hun møter i sykehjemmet. Men i klinikklaboratoriet får hun prøve ut ulike tilnæringsmåter og utføre praktiske ferdigheter på andre, før hun møter pasienten.

¹⁶⁹ Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-studentenes læringssituasjon. 2001. s. 74.

¹⁷⁰ Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-studentenes læringssituasjon. 2001. s. 74.

4.6 Knytte sammen teorien og handlingene

Et læringsmål gjennom hele utdanningen er at studenten skal integrere kunnskap fra ulike fagområder: sykepleiefaget, medisinske, naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige emner og kunne begrunne sine profesjonelle gjøremål overfor pasienten og andre yrkesutøvere. Høgskolens hensikt med å tilrettelegge for læringssituasjoner i klinikklaboratoriet med teoriundervisningen nært i tid, er at studenten, i tillegg til å trene på de manuelle bevegelsene, også kan trene på å knytte sammen teori og praktiske ferdigheter. I praksis forventes det at studenten kan begrunne det hun gjør.

For eksempel: Hvorfor stelle pasienten ved vasken og ikke i sengen? Begrunnelsen for valget av denne tilnærmingen skal gjøres med bakgrunn i teori fra de ulike fagområdene, pasientens tilstand og situasjonen pasienten befinner seg i. Studenten må forklare sitt valg ut fra for eksempel pasientens sykdom, symptomer og det pasienten uttrykker overfor henne. Selv om studenten får informasjon fra personalet ved avdelingen om at pasienten vanligvis stelles i sengen, er det ikke en tilstrekkelig forklaring for studentens valg av hvordan pasienten skal hjelpes i morgenstellet. Studenten må for å lære å utøve sykepleie selv vurdere pasientens tilstand og diskutere med veilederen det studenten tror er best for pasienten.

Å trene på å integrere kunnskap er tenkt å skulle forberede studenten på kompleksiteten og betydningen hennes faglige agering kan ha for pasienten. Å trene på praktiske ferdigheter er, fra høgskolens side, en viktig faktor i utvikling av disse og et ledd i forberedelsene til praksisstudiene i sykehjem. Et annet element i treningen er å reflektere over teori og praksis ved å tilrettelegge for situasjoner hvor en slik refleksjon kan finne sted.

Studenten opplever at:

Når jeg trener i klinikklaboratoriet stopper jeg opp, tenker over og diskuterer handlingene med medstudentene og læreren mens jeg trener. Jeg stopper opp og reflekterer uten at det får noen konsekvenser for pasienten. Jeg opplever at det er nyttig for disse diskusjonene gjør at jeg kan prøve ut ulike tilnærminger, og jeg kan endre og komme på forslag på tiltak som kan bedre situasjonen for pasienten.¹⁷¹

¹⁷¹ Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie. 2001. s. 73.

I treningen i klinikklaboratoriet og i veiledningen søkes det å gi rom for refleksjon over teori og handling. Gjennom refleksjon skal studenten bevisstgjøres på den teoretiske kunnskapen som ligger til grunn for måten hun utfører hjelpen på. En bevisstgjøring av refleksjonens betydning for handlingene og erfaringskunnskapen til studenten skal gi henne et utgangspunkt å arbeide ut fra i praksis.

Teoriundervisningen studenten har før trening og læring i klinikklaboratoriet kan hun oppleve både som relevant og irrelevant. Relevant teori, faktakunnskap, er teori om problemer pasienter med forskjellige diagnoser har og hvilken hjelp de av den grunn har behov for. Denne teoriundervisningen opplever studenten som nyttig og hun opplever at hun kan bruke den når hun trener i klinikklaboratoriet.

En student forteller:

Jeg tenker over pasientens diagnose og over hvilke problemer han har. Hvis det er hjerneslag, da vet jeg at han er lam på den ene siden. Da passer jeg på først å gi drikke. Grunnen er at han skal få noe vått i halsen for å sette i gang slimproduksjonen.¹⁷²

Teorien kan gi retningslinjer for hvordan studenten kan hjelpe pasienten som hun opplever er nyttige. Men hun har problemer med hvordan hun skal følge disse retningslinjene når hun hjelper pasienten.

Som en student uttrykker:

Det er mye å tenke på, og pasienten og situasjonen er ikke slik jeg forestilte meg den.

Møtet med treningen i klinikklaboratoriet er vanskeligere og læringssituasjonene oppleves som kompliserte, selv om pasienten ikke er til stede. Men studenten opplever at teori hun tidligere fant nyttig ikke alltid er like enkel å knytte sammen med og i praksis.

Om forholdet teori og praksis forteller studenten:

¹⁷² Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie. 2001. s. 72.

Det jeg lærer i teoriundervisningen virker greit og klart. Men når jeg kommer til klinikklaboratoriet og skal trene, oppstår det problemer. Det er mange ubesvarte spørsmål og jeg opplever at teorien ikke er så klar likevel.

Teorien kan nå oppleves å være mangelfull og ikke gi klar retning for hjelpen hun skal gi til pasienten. Studenten mener hun trenger retningslinjer for hvordan hun skal utføre enkelthandlinger. Allerede i klinikklaboratoriet møter studenten på problemer med å anvende teorien. Problemet ligger ikke i at teorien er vanskelig å forstå, men at mye av det hun erfarer i klinikklaboratoriet gir teorien ikke svar på. Den hjelper henne ikke til å forstå hva som kan være riktig beslutning eller handling. Hun må beslutte med grunnlag i det hun opplever er riktig. Hun har ingen teori å vise til. Teoretisk kunnskap om sykepleiemodeller og prinsipper og retningslinjer for yrkesutøvelse passer ikke inn. De gir liten mening i valg av handling. Det hun har lest føles unyttig, og fjernt fra det hun trenger av kunnskap for å kunne begrunne sine handlinger.

Studenten forteller:

Jeg opplever at noe av teorien verken er relevant eller praktisk nyttig når jeg skal hjelpe pasienten. Teoriundervisningen er ikke alltid adekvat til de problemene pasienten jeg møter i klinikklaboratoriet har. I denne sammenhengen savner jeg mer faktakunnskap og informasjon om hvilke problemer en pasient har, og hvordan jeg kan hjelpe og tilrettelegge for dem, for eksempel for en pasient som har slag.

Det er ikke lett å knytte sammen sykepleieteori og handling. Derimot oppleves faktakunnskapen som enklere. Her får studenten vite hva pasientens symptomer er et uttrykk for. Det gjør studenten trygg på hva hun ser og at hun forstår det hun ser på en riktig måte. Den blir en kunnskap som verdsettes og blir nyttig i yrkesutøvelsen.

Faktakunnskap kan for eksempel gi informasjon om fysiske problemer, men ikke om hvordan pasienten opplever problemet. Det er det kun pasienten som kan svare på. Og her blir det problematisk. Det er ikke alltid lett å sette det pasienten sier i relasjon til teoretiske forklaringer, hvis ikke det pasienten sier stemmer med det som står i boka.

I praksisfeltet kjenner personalet pasienten og vet hvilke problemer pasienten har og hvordan disse oppleves. Denne informasjonen blir for studenten faktakunnskap. Det personalet forteller henne kan hun bruke som grunnlag for å hjelpe pasienten. Informasjon gir trygghet på at hun handler riktig. Hun må stole på det personalet formidler så lenge hun ikke selv kan samarbeide med pasienten ut fra det pasienten uttrykker.

Å bruke informasjon fra personalet om hvordan pasienten skal hjelpes som faktakunnskap gjør at studenten kommer i en læringssituasjon hvor hun handler med grunnlag i andres meninger, ikke hvordan hun selv oppfatter situasjonen. Hun ser pasienten med personalets blikk. På den ene siden kan det gi studenten god forståelse av hvordan hun skal hjelpe pasienten. På den andre siden vil handlinger med grunnlag i andres anbefalinger ikke stimulere og trene studenten til å utføre sykepleie ut fra det pasienten uttrykker i situasjonen. Studenten får ikke trent opp sitt eget blikk og trent på å handle med grunnlag i egen fortrolighet med situasjonen.

4.7 Egenopplevelsen i praktiske øvelser

Treningen i klinikklaboratoriet er organisert slik at studenten tidlig i utdanningen gjør ulike kommunikasjonsøvelser, mens hun i perioden før hun skal ut i første kliniske praksis trener på praktiske ferdigheter som for eksempel stell og setting av injeksjoner. Rollespill er en vanlig metode i denne treningen, hvor studentene istedenfor å trene på en pasient, trener på hverandre.

I tillegg til at studenten får trene på de manuelle ferdighetene og fokusere på å knytte teori og praksis sammen, er hensikten med rollespill at studenten kan fokusere på seg selv, utfordre egne følelser, og fokusere på de opplevelsene og erfaringene hun får når hun spiller sykepleier og pasient.

Å spille pasient og å bli hjulpet av medstudenten, er tenkt å skulle gi studenten erfaring med hvordan det er å være pasient. En slik innsikt i pasientens verden er tenkt å skulle gjøre studenten mer oppmerksom og vår overfor pasienten, noe som også kan øke forståelsen for hva pasienten kan oppleve.

I situasjonen som pasient kan studenten erfare at det er ubehagelig å bli glemt, at det er viktig hvilken informasjon hun får, og måten informasjonen blir gitt på. Samtidig som denne utfordringen kan gjøre at hun blir mer kjent med seg selv, kan studenten få erfaring med medstudenten sin opplevelse, og hvordan hun opplever det at studenten gjør noe med kroppen hennes. De kan gjennom denne nærheten, knytte seg nærmere til hverandre. Erfaring med hvordan det er å ta imot hjelp kan få betydning for måten studenten utfører handlingene på. Gjennom å hjelpe hverandre og å samtale om det de opplever kan studenten utvikle en bevissthet om hvordan det føles å bli hjulpet på ulike måter og hvordan hun kan justere handlingene ut fra pasientens behov.

For å beskrive hvordan høyskolen tilrettelegger treningen i klinikklaboratoriet med fokus på studentens egenopplevelse, beskriver jeg ulike læringssituasjoner hvor studenten trener på kommunikasjon og når hun hjelper medstudenten med å spise og drikke.

4.7.1 Kommunikasjonsøvelser

Ferdigheter i kommunikasjon med andre har betydning for å kunne hjelpe pasienter. Det gjelder både kunnskap om nonverbal og verbal kommunikasjon. Tilbakemeldinger og klager til Pasientombudet handler i stor grad om hvordan pasienter opplever å bli møtt og ivaretatt, med andre ord hvordan helsepersonell kommuniserer med dem. Studenten får undervisning om kommunikasjonsprosessen, trygghetsskapende og terapeutisk kommunikasjon, aktiv lytting, om samtalen og tverrkulturell kommunikasjon. Læreren foreleser først om denne teorien i klasserommet, før studenten øver på ulike tilnærminger til pasienten i klinikklaboratoriet.

Studentene deles opp i grupper på tre. I øvelsene tar de på hverandre, de forteller om noe som berører dem og de handler overfor pasienten ut fra ulike case. Innledningsvis, før øvelsene starter, tar lærerne opp spørsmålet om taushetsplikt. Det er for å skape trygghet om at alt som sies og gjøres under øvelsene skal holdes innenfor gruppen.

Lærerne informerer om øvelsene og hvordan de er lagt opp. Rollene går på omgang, og en av studentene er observatør. Hun noterer ned hva hun ser i situasjonen, for eksempel kroppsspråket til de to andre.

I den første øvelsen tar studenten på medstudenten. Hun begynner med å ta på hendene til medstudenten, så på låret og ryggen, og så stryker hun den andre på kinnet. Studenten tar på medstudenten på forskjellige måter, forsiktig og eller hardt. Mens hun trener stopper hun opp, og kjenner etter hvordan det oppleves å bli tatt på. Hun kjenner på egne følelser og egne grenser. Opplever studenten det annerledes å bli strøket på kinnet sammenlignet med å bli tatt på låret? Hva er det som gjør at det eventuelt oppleves forskjellig å bli strøket på kinnet enn å bli tatt på låret, er spørsmål som blir tatt opp til drøfting i gruppen. Noen studenter opplever at øvelsene i seg selv går over en grense.

I den andre øvelsen forteller studenten om noe som berører henne. I praksis møter hun mennesker hun ikke kjenner. Som pasient forteller studenten om forhold som er vanskelige og personlige. I denne øvelsen er hensikten at studenten får oppleve hvordan det er å fortelle om noe som er privat, til en hun ikke kjenner så godt. Også her skal studenten kjenne på egne følelser.

I den tredje øvelsen spiller studentene rollene som pasient og sykepleier. En oppgave kan være at sykepleieren hjelper en pasient i morgenstellet. Pasienten kan ikke uttrykke seg verbalt. Sykepleieren steller pasienten, og pasienten kjenner på hvordan pleieren handler.

I undervisningen i kommunikasjon forberedes studenten på at pasientene hun møter kan ha ulike problemer på dette området. Mange kan ikke snakke tydelig og kan være for dårlige til at de kan innlede en samtale. Pasientene kan ha problemer med å gi uttrykk for sine behov, og tilbakemeldingen til studenten gis ved hjelp av kroppsspråket. På den måten uttrykker pasientene hva de vil, forventer, føler og verdsetter i situasjonen. Manglende verbal kommunikasjon stiller derfor andre krav til studenten i situasjonen når hun hjelper pasienter som ikke har språket inntakt. Hva pasientene uttrykker må tolkes ut fra kunnskap, egne observasjoner og skjønn, og studenten må selv avgjøre hva som er til beste for dem.

Å øve på kommunikasjon og oppleve dens mange sider kan gi erfaring om at pasienter med ulike problemer gir varierte tilbakemeldinger. Når studenten trener på denne måten hvor hun får kjenne på egne grenser, utfordres hun på forskjellige måter. For noen er det kanskje den første erfaringen med å bli hjulpet med oppgaver en tar som en selvfølge at en selv kan gjøre, og å dele personlige og private tanker med noen en ikke er fortrolig med. Hun må utlevere noe av seg selv med håp om og ikke bli avvist.

Noen studenter kan kommentere øvelsene med at: *Det var ubehagelig å bli tatt på. Mens andre studenter mener at å berøre andre er elementært, og å lytte er noe jeg kan. Dette har jeg ikke behov for å øve på.*

Uttalelsene viser at skal studenten lære av erfaringene fra øvelsene må erfaringene diskuteres og settes i et utvidet perspektiv. Det kan få konsekvenser for hvordan studenten møter og hjelper pasientene hvis hun går ut i praksisfeltet med tro på at å ”lytte er noe jeg kan” og ”det er ubehagelig å bli tatt på”. Hvilke konsekvenser kan ubearbeidede opplevelser få for studenten selv og pasienten i pasientsituasjonene? Hvis studenten tror at hun kan lytte, kan hun lytte, eller vil troen på at hun kan lytte stenge for slik at hun ikke ser pasientens behov for sykepleie? Eller hvis studenten møter pasienten med en ubearbeidet følelse om at det er ubehagelig å bli tatt på. Vil studenten kunne hjelpe pasienten med morgenstellet hvor hun opererer innenfor pasientens private sfære? Hensikten med disse øvelsene er at studenten skal erfare hvordan og hvilke utfordringer det ligger i å kommunisere med pasienten. Disse erfaringene er tenkt skal hjelpe studenten når hun kommuniserer med pasienten. Det er kunnskap i studentens opplevelse av ubehag. En kunnskap som må synliggjøres og utvikles, slik at studenten lærer å hjelpe pasienten på en god måte. En fare hvis erfaringene forblir ubearbeidet er at erfaringene kan lære studenten å holde avstand til pasienten. Følelsen om at å utlevere noe av seg selv kan være ubehagelig kan bli den rådende følelsen i handlingene.

Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient mens hjelpen gis, er en situasjon der pasienten gjennom tilbakemeldingen gir informasjon, og der studenten innhenter informasjon om pasienten. Dette er av betydning for at studenten skal kunne gi vedkommende den hjelpen hun har behov for. Det avgjørende for om pasienten blir møtt og hjulpet ut fra det pasienten selv erfarer, er hva studenten mener hun trenger av informasjon. Er det faktisk kunnskap som gir studenten følelsen av å ha forstått riktig, eller er det informasjon som hjelper studenten til å forstå hva og hvordan pasienten erfarer sin situasjon? Hvilken informasjon som gir grunnlag for beslutninger om hvordan hjelpen skal gis er et tema som bør tas opp til diskusjon i undervisningen.

4.7.2 Hjelp til å spise og drikke

Når studenten trener på å spise og drikke i klinikklaboratoriet, spiller studenten ulike case, for eksempel at sykepleieren hjelper en pasient som har lammelser i venstre side og har problemer med å tygge og svelge. Hva kan pasienten gjøre når han er lam, hvordan er pasienten og hva skal studenten hjelpe pasienten med, er spørsmål studenten skal forholde seg til. I denne situasjonen skal studenten spille lam, men glemmer seg og hjelper til. Hun klarer ikke å svelge og samle opp mat i munnen. Studenten synes det er vanskelig å spille en pasient med lammelse i venstre side.

Hun forteller:

Jeg klarer ikke å være lam i halve tungen. Hvis halve tungen er lam, vil maten samle seg opp på den siden av munnen. Men det klarer jeg ikke.¹⁷³

Studenten trener på mange pasientcase og opplever at hun ikke klarer å spille rollen fullt ut, og øvelsene erfares ganske like.

Jeg synes pasientproblemene er lite reelle og det blir ingen komplekse situasjoner å trene på.

Studenten opplever at det må være annerledes å hjelpe medstudenten i klinikklaboratoriet sammenlignet med å hjelpe en pasient i sykehjemmet. Det er fordi hun hjelper en medstudent som ikke er syk istedenfor en pasient som er det og trenger hjelp. Å gi mat og observere om pasienten svelger, opplever ikke studenten som noen stor utfordring, men en enkel ferdighet. Samtidig opplever studenten at treningen er vanskelig fordi hun som sagt ikke hjelper pasienter som er syke og trenger hjelp. Hun mener det vil bli enklere å jobbe på sykehjemmet fordi hun da er seg selv, en sykepleiestudent som ikke har gått inn i en påtatt rolle.

Øvelsene viser at normaltilstander hos en pasient oppleves ukomplisert for studenten. Og den viser også at det er umulig å ”spille syk”. Det er en tilstand som må oppleves, og det er kun den som opplever tilstanden som kan fortelle hvordan det er å leve med sykdommen. Uttalelsene viser også at studenten opplever at det er komplisert å hjelpe fordi pasienten ikke

¹⁷³ Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-studentenes læringssituasjon. 2001. s. 69.

er til stede i klinikklaboratoriet. Med pasientens manglende tilstedeværelse opplever studenten at hun mangler en kilde til kunnskap som er nødvendig for å kunne hjelpe han eller henne.

Når studenten spiller blind, opplever hun derimot at pasientens problemer blir virkelige. Hun har bind for øynene og kan ikke se og mister kontroll over situasjonen. Hun blir helt avhengige av sykepleierens hjelp.

Studenten forteller:

Når jeg spiller blind, smaker ikke maten så godt. Det er en ekkel opplevelse og ikke ha kontroll over situasjonen. Jeg ser ikke hvor brødsnivene er i forhold til munnen. Jeg må føle meg frem etter glasset og tallerkenen på matbrettet. Jeg vet heller ikke om det er noen i rommet.¹⁷⁴

I denne situasjonen hvor studenten opplever at hun klarer å spille en pasient som har et reelt behov for hjelp, synes det som om studenten som spiller sykepleieren er mer oppmerksom på pasienten og på hva hun trenger hjelp til. Pasienten blir mer synlig som en kilde til kunnskap nødvendig for å kunne hjelpe han eller henne.

Det mest lærerike for studenten i klinikklaboratoriet, er å spille pasient. Hun erfarer sykepleierens handlinger på egen kropp.

Som pasient føler jeg sykepleierens handlinger på kroppen. Å få hjelp til å spise og drikke er så lite appetittvekkende at jeg mister matlysten. Jeg sitter der og er tørst, og så begynner sykepleieren med brødsnivene. Det er ekkelt ikke å kunne ta i maten selv, men istedenfor få maten oppå ei skje eller at noen har tatt på brødsnivene. Jeg liker å spise ganske fort. Så ikke å klare å spise selv er så ubehagelig at jeg mister helt matlysten. Før tenkte jeg ikke over at det kan føles uappetittlig at noen gir meg mat.¹⁷⁵

¹⁷⁴ Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-studentenes læringssituasjon. 2001. s. 70.

¹⁷⁵ Alteren, J. Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-studentenes læringssituasjon. 2001. s. 70.

Denne ubehagelige følelsen virker foruroligende på studenten. Hun gruer seg for å møte pasienter som har problemer med å spise og drikke i sykehjemmet. Hun lurer på hvordan hun kan gi tilfredsstillende hjelp, når hun selv opplever at det er så ubehagelig å motta den. Studenten har rollen som pasient før hun har rollen som sykepleier.

Studenten uttaler:

Den ubehagelige følelsen i kroppen gjør at jeg tenker mer over hva jeg gjør når jeg er sykepleier.

Uttalelsen viser at studenten anvender erfaringen hun har med å være pasient når hun skal hjelpe medstudenten. Studenten hjelper med grunnlag i en ubehagelig følelse i kroppen, og at det hun skal gjøre overfor pasienten oppleves ubehagelig. For en pasient som er syk kan det føles godt å få hjelp til for eksempel stell. Denne opplevelsen kan være vanskelig å kjenne hvis studenten ikke er eller har vært syk. Samtidig kan en som er syk erfare det ubehagelig å få hjelp, noe studenten opplever når hun spiller blind. Utfordringen for utdanningen er å løfte disse erfaringene og å sette dem i et utvidet perspektiv, slik at studenten kan utvikle en nyansert forståelse på hvordan det kan oppleves å få hjelp og hvordan hjelpen kan gis.

4.8 Diagnoserelatert sykepleie

Etter teoriundervisningen om grunnleggende behov og treningen på praktiske ferdigheter i klinikklaboratoriet, går studenten inn i en periode med teoriundervisning om temaene sykdomslære, sykepleie, farmakologi, og smittevern og hygiene. I sykdomslære handler det om sykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdommer, sirkulasjon som hjertesvikt, hjerneslag, parkinsons sykdom, infeksjonssykdommer hos eldre som urinveisinfeksjon og lungelidelser, osteoporose, smerte, kroniske smerter hos eldre, reumatiske lidelser, depresjon, angst, aldersdemens, sykdommer som fører til demens og den traumatiske krisen. Dette er vanlige sykdommer blant befolkningen som studenten sannsynligvis vil møte når hun er i praksis på sykehjemmet.

Parallelt med undervisningen i sykdomslære følger studenten forelesninger om sykepleie til de sykdommene som er beskrevet ovenfor. Et eksempel er apoplexi, hjerneslag. Studenten får

undervisning om diagnosen apoplexi, hvilken og hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten og hvilke medikamenter som pasienter som har hatt hjerneslag kan få. Studenten opplever at det kunne vært en fordel for deres læring hvis de hadde hatt denne teoriundervisningen før treningen i klinikklaboratoriet.

Denne teoriundervisningen kunne vi hatt før treningen i klinikklaboratoriet. Da hadde vi visst mer om sykdommen og hvilke sykepleietiltak som er hensiktsmessige overfor de ulike sykdommene og problemene pasienten har, for eksempel hjerneslag.

Forelesningene i farmakologi omhandler ulike medikamentgrupper, virkninger, bivirkninger og interaksjonen av medikamentene, legemidler til eldre og forskrifter om legemiddelforsyning. Studenten får også forelesninger om smittevern og hygiene som omhandler organisering og lovgivning, grunnleggende smitteverntiltak og prøvetaking.

Studenten har undervisning i disse temaene før praksis i sykehjemmet. Eksamen, en individuell skriftlig skoleeksamen, har hun etter praksis i sykehjem, hjemmesykepleie og helsefremmende og forebyggende arbeid. Hensikten med praksisen mellom teoriundervisningen og eksamen, er at studenten skal arbeide med å anvende teorien når hun er i praksis på sykehjemmet, slik at hun kan gjenkjenne symptomene på sykdom, og at hun kan følge opp pasienter i forhold til de vanligste sykdommene.

I praksis på sykehjemmet skal hun dessuten lære å se sammenhengen mellom pasientens tilstand og sykdommen, og medikamentene han eller hun tar. Målet er å kunne administrere, observere og rapportere om virkninger og bivirkninger av medikamentell behandling, og iverksette sykepleietiltak overfor pasienten. Det forventes at studenten har innsikt i de vanligste sykdommenes symptomer og behandling, og i de vanligste prøvene og undersøkelsene før hun har praksis i klinikken.

I praksis i kommunehelsetjenesten skal studenten trene på å planlegge, begrunne og dokumentere sykepleie til den enkelte pasient, og gjennom hjelpen hun gir, skal hun utvikle forståelse for pasientens opplevelse og beskrivelser av det å være syk. I praksisperioden skal hun dessuten tilegne seg grunnleggende kunnskap om smittevern og få kunnskap om organisering og lovverk i forbindelse med hygieniske tiltak i helsevesenet. Etter endt praksisperiode forventer høyskolen at studenten integrerer kunnskaper fra sykepleiens faglige,

medisinske og naturvitenskapelige grunnlag og begrunner sykepleien til den enkelte pasient. Undervisningen har også her fokus på teori som bakgrunn for handling.

Undervisningen i diagnoserelatert sykepleie viser til sammenhengen mellom sykdomslære og sykepleie, og å forstå og gjenkjenne symptomene på sykdom. Faren ved å ta utgangspunkt i pasientens diagnose er at det kan gi føringer hvor studenten tar beslutninger med teorien som utgangspunkt, noe som kan utelate pasientens perspektiv.

4.9 Praksisforberedende dag

Det nærmer seg første praksisperiode for studenten. I løpet av dette tre kvart året har hun også fått informasjon om Norsk Sykepleierforbund og fra internasjonalt kontor. Studenten får vite at det er mulig å ta noen av de senere praksisperiodene utenlands, og hun har bestått de eksamener hun må bestå for å kunne gå ut i praksis. Praksis i sykehjem og hjemmesykepleie har samme fokus og lik læreplan og bygger på hverandre.

Tanken er at de to periodene til sammen skal gi den forventede utviklingen hos studenten. Den handler om at studenten skal lære sykepleieforsvarlig praksis, som innebærer å vise respekt for pasientens rom og privatliv, ivareta pasientens grunnleggende behov, ivareta og forebygge svikt i pasientens grunnleggende behov og få innsikt i sykepleierens ansvar og funksjonsområde.¹⁷⁶ Hovedfokus er ivaretagelse av menneskets grunnleggende behov og forebygging av svikt i disse, samt bevisstgjøring og tilegnelse av yrkesetiske holdninger.¹⁷⁷

Før studenten begynner praksisperioden i sykehjem, arrangerer høgskolen en praksisforberedende dag. Hensikten med denne er at overgangen fra skole til praksissted ikke skal bli så stor, og å forberede studenten på det hun skal ut i. Hun får informasjon og får vite hva som forventes av henne som student. Læreren informerer om praksisplassen, omsorgskontoret, om det å arbeide i hjemmetjenesten og på sykehjem, og om helsesøstertjenesten.

Studenten møter læreren som skal følge henne opp, og de gjennomgår høgskolens rammer for praksis. Det vil si arbeidstid, læreplan, evalueringssamtaler, veiledning fra skolen og skriftlig

¹⁷⁶ Læreplan for praksisstudiene i sykehjem. Bachelor i sykepleie. 2. og 3. semester. 2006.

¹⁷⁷ Studieplanen for Bachelor i sykepleie. 2004.

arbeidskrav i sykehjem. Studenten og læreren samtaler om fokus og læringsmål for praksisen på sykehjemmet. Perioden har to fokusområder: Det er sykepleie overfor pasienter og kvalitetssikringssystemet i avdelingen. I løpet av praksisperioden skriver studenten to arbeidskrav som omhandler disse temaene.

Det ene arbeidskravet omhandler sykepleiedokumentasjon hvor studenten skriver en pleieplan. Studenten samler inn informasjon om en pasient som hun følger i fem dager. Datainnsamlingen skal inneholde informasjon om grunnleggende behov og oversikt over laboratorieprøver, undersøkelser og medikamenter pasienten bruker. Studenten skal reflektere over hvilke metoder hun bruker når hun samler inn informasjon om pasienten. Ut fra datasamlingen skal hun skissere pasientens behov for sykepleie. Hun skal velge ut to av pasientens behov og eller problem hvor de i samråd med pasienten utarbeider en administrativ pleieplan. I arbeidskravet skal hun drøfte om tiltakene hun utfører er i samsvar med pensumlitteraturen. Oppgaven skal leveres til en medstudent som skal gi skriftlig tilbakemelding og eller vurdering, og den skal leveres til læreren etter avtale.

Det andre arbeidskravet er et refleksjonsnotat om sykepleieforsvarlig praksis. Studenten skal ta utgangspunkt i en av læreplanens temaer og se kritisk på om de sykepleiefaglige rutine i avdelingen er i samsvar med kunnskapsbasert praksis.¹⁷⁸ I arbeidskravet skal hun gi forslag til hvordan rutiner eventuelt kan forbedres. Oppgaven skal presenteres for medstudentene i læringsgruppene, og legges fram for kontaktsykepleieren.

Studenten og læreren går også gjennom læreplanen for praksisstudier i sykehjem. I læreplanen beskrives læringssituasjoner studenten kan møte på sykehjemmet mer i detalj. Denne læreplanen bruker studenten, kontaktsykepleierne og lærerne som et hjelpemiddel og utgangspunkt for evalueringen av studenten i praksis.

4.10 Oppsummering

Et av de overordnede målene i sykepleierutdanningen er at studenten lærer å integrere teori i den praksis hun utøver overfor pasienter. For å nå dette målet har hun teoriundervisning før

¹⁷⁸ Læreplan for praksisstudier i sykehjem. Bachelor i sykepleie. 2. og 3. semester. 2006.

hun trener på ulike praktiske ferdigheter i klinikklaboratoriet. I undervisningen søker høgsolen å formidle teorien med pasienten som utgangspunkt.

Teoriundervisningen formidler også hva studenten vil kunne møte av erfaringer og utfordringer i praksis. Det kan dreie seg om hvordan pasientene er, hvilke sykdommer de kan ha og hvilke behov for hjelp som da kan oppstå.

Høgsolen definerer praksisen for studenten, hvor det legges vekt på det ideelle og det som er optimal sykepleie. Fokuset i undervisningen og treningen i klinikklaboratoriet er studentens egne følelser og behov, og teknikken og retningslinjene studenten skal følge for å utføre ferdigheten riktig. Høgsolen fokuserer på pasientenes behov, ved å gå gjennom studentens egne opplevelser.

I klinikklaboratoriet legger høgsolen til rette for læringssituasjoner hvor studenten kan trene på, ikke bare de manuelle handlingene, men også på å knytte sammen teori og handling. Studenten trener med teorien som utgangspunkt, og den gir retning for hva det skal trenes på. Teorien kan gi et forenklet bilde av virkeligheten og kompleksiteten i de etiske problemstillingene studenten står i og må handle ut fra. Studenten kan få en forståelse av at teorien skal gi retning for handlingene hun skal utføre overfor pasienten. Den teorien som gir studenten mening er kunnskap som kan beskrives som å vite om kunnskap. Den er klar og tydelig.

I undervisningen får studenten forelesninger om for eksempel diagnosen apopleksi, hjerneslag, og så undervisning om sykepleie til pasienter med hjerneslag. Med denne klare koblingen mellom diagnose og sykepleietiltak lærer studenten å hjelpe pasienten med utgangspunkt i teorien. Teori som på denne måten gir retning for hvordan hun skal handle opplever studenten som meningsfull. Hun klarer å forholde seg til teori som hun ser hun får bruk for når hun hjelper pasienten. Men samtidig forberedes hun på at det blir annerledes å hjelpe en pasient, sammenlignet med medstudenten i klinikklaboratoriet.

5.0 Praksis på sykehjemmet

I dette kapitlet gjennomgår jeg fortellingene som på ulike måter formidler studentenes utfordringer når de lærer å utøve sykepleie. Studentene presenteres med navnene: Trine, Vigdis, Lise, Sara, Hilde, Anne og Bente. Fortellingene presenteres under overskriftene:

- Førstegangsopplevelsen
- Å tolke andre ut fra egne følelser
- Tekniske og personlige ferdigheter
- Kunnskap til å hjelpe pasienten

Fortellingene er skrevet i kursiv.

Teoriundervisningen fra skolen gir studenten retningslinjer for hva og hvordan hun kan hjelpe pasienten i praksis. Den gir et mentalt bilde på hva hun må gjøre når hun skal utøve sykepleie. Studenten møter opp til praksis på sykehjemmet.

Den første dagen får studenten tildelt en kontaktsykepleier. Vanlig praksis ved sykehjemmet er at nye studenter følger kontaktsykepleieren, observerer og imiterer henne når hun arbeider, og går henne til hånd når hun ber om hjelp.

Kontaktsykepleierens oppgave er den daglige tilretteleggingen av læringssituasjoner, veiledning og oppfølging av studenten. Studenten blir vist rundt på avdelingen og sykehjemmet, og hun hilser på noen av de ansatte. Før hun går hjem, avtaler hun med kontaktsykepleieren når hun skal møte neste dag.

Å være sammen med en sykepleier og følge han eller henne har en lang tradisjon innenfor sykepleierutdanningen. Ordningen med kontaktsykepleier har likheter med ordningen med mesterlære.¹⁷⁹ Mesterlære er : *”utdanning i en kunst, et fag eller håndverk i henhold til en lovmessig kontrakt, som beskriver forholdet mellom mester og lærling og forholdets varighet*

¹⁷⁹ Nielsen, K. og Kvale, S. ”Mesterlære som aktuell læringsform” i Mesterlære. Læring som sosial prosess. 1999. s. 18.

og betingelser”.¹⁸⁰ Mesterlære fremhever betydningen av læremesterens rolle i læringen, mens i ordet ”lærlingutdanning” understrekes lærlingens læring i tråd med det engelske apprenticeship. Apprenticeship oversettes ofte som kontaktsykepleier. Mesterlære kjennetegnes ved at selve læringen og bruken av det lærte er integrerte prosesser.

Når studenten er sammen med kontaktsykepleieren følger hun henne i det arbeidet hun har ansvaret for i avdelingen. Studenten er med sykepleieren og observerer henne når hun hjelper pasienten for eksempel i morgenstellet eller når hun setter en injeksjon. Det kan være at studenten utfører oppgaven hun skal gjøre, og sykepleieren observerer eller visa versa. Når studenten observerer hva sykepleieren gjør og hvordan hun hjelper pasienten, er sykepleieren læremesteren. Hensikten med å observere sykepleieren i yrkesutøvelsen er at når studenten skal hjelpe pasienten har hun med seg observasjonene hun har gjort inn i situasjonen, og kan imitere sykepleierens gjøremål. Når sykepleieren observerer studenten er det for å kontrollere om hun utfører oppgaven riktig, og for å få et grunnlag til veiledning.

I situasjonen forklarer sykepleieren og viser studenten hvordan hun kan utføre oppgaven. Først etter at arbeidsoppgavene er utført kan studenten få tilbakemelding fra pasienten eller sykepleieren om hvordan hjelpen ble gitt. Det er sjelden en pasient gir utdypende tilbakemelding på hjelpen. Studenten er derfor avhengig av å spørre. Tilbakemelding fra sykepleieren følger som regel umiddelbart etter at arbeidet er avsluttet.

Tilbakemeldingen fra sykepleieren skal ha utgangspunkt i målsettingen for studieperioden og læreplanen. Høgskolens læreplan for sykehjemspraksis er et utgangspunkt for valg av læringssituasjoner i forhold til praksisperiodens målsetting og i forhold til det enkeltes praksisstedets spesialitet og egenart. Læreplan for praksisstudier i sykehjem¹⁸¹ beskriver ulike læringssituasjoner og gir retning for hva studenten skal lære i denne praksisperioden.

Med utgangspunkt i læreplanen samarbeider studenten og kontaktsykepleieren om hvordan de skal tilrettelegge for de ulike læringssituasjonene. Her åpnes for samtaler om hvor studenten er i læringen, og hva hun kan og hva hun bør arbeide videre med. Studentens erfaringer kan også være utgangspunktet for en utveksling av perspektiver omkring de erfaringene hun gjør i

¹⁸⁰ Nielsen, K. og Kvale, S. ”Mesterlære som aktuell læringsform” i Mesterlære. Læring som sosial prosess. 1999. s. 19.

¹⁸¹ Læreplan for praksisstudier i sykehjem. Bachelor i sykepleie. 2. og 3. semester. 2006.

ulike situasjoner med pasienten. Læreplanen danner også grunnlaget for vurdering av studentens måloppnåelse i praksis.

Forholdet mellom sykepleieren som mester og studenten som novise beskriver Nielsen og Kvale¹⁸² som den *personsentrerte* mesterlære. I den *personsentrerte* mesterlære synliggjør kontaktsykepleieren det som skal gjøres gjennom sin håndtering av praksis.

Nielsen og Kvale¹⁸³ trekker frem fire hovedtrekk i teorien om mesterlære og læring. Det er *praksisfellesskap, tilegnelse av faglig identitet, læring gjennom handling og evaluering gjennom praksis.*

I praksisfellesskapet *”finner mesterlære sted i en sosial organisasjon og i sin tradisjonelle form som et faglig fellesskap i håndverksproduksjon. Gjennom legitim, perifer deltakelse i fellesskapets produktive virksomhet tilegner lærlingen seg gradvis håndverkets vesentlige ferdigheter, kunnskaper og verdier ved å gå fra perifer deltakelse til å bli et fullverdig medlem av faget.”*¹⁸⁴

*”Innlæringen av et fags mange ferdigheter er trinn på veien mot å beherske faget, og er som sådan avgjørende for at vedkommende skal oppnå fagidentitet,”*¹⁸⁵ en tilegnelse av faglig identitet.

*”Mesterlære medfører en kompleks og differensiert struktur hvor det er mulig å observere og imitere det arbeidet som mesteren, fagarbeiderne og de andre lærlingene utfører.”*¹⁸⁶

I mesterlære strebes det mot evaluering gjennom praksis. *”Evalueringen finner hovedsakelig sted i arbeidssituasjonen ved kontinuerlig å prøve ut ferdigheter og motta tilbakemelding fra*

¹⁸² ”Mesterlære som aktuell læringsform” i Mesterlære. Læring som sosial prosess. 1999. s. 17-33.

¹⁸³ ”Mesterlære som aktuell læringsform” i Mesterlære. Læring som sosial prosess. 1999. s. 19.

¹⁸⁴ Nielsen, K. og Kvale, S. ”Mesterlære som aktuell læringsform” i Mesterlære. Læring som sosial prosess. 1999. s. 19.

¹⁸⁵ Nielsen, K. og Kvale, S. ”Mesterlære som aktuell læringsform” i Mesterlære. Læring som sosial prosess. 1999. s. 19.

¹⁸⁶ Nielsen, K. og Kvale, S. ”Mesterlære som aktuell læringsform” i Mesterlære. Læring som sosial prosess. 1999. s. 19.

måten produktene fungerer på og fra kundenes reaksjoner. En tradisjonell mesterlære avsluttes med en formell prøve for å få svennebrev (eller fagbrev).”¹⁸⁷

Studenten lærer med andre ord mer enn sykepleiefaglig forsvarlig praksis og å ivareta pasientens grunnleggende behov. Hun tilnærmer seg også læring gjennom å delta i et praksisfellesskap med forventninger om at hun skal lære å utøve yrket gjennom å imitere det kontaktsykepleieren og andre gjør i utøvelsen av faget, samtidig som målsettingen stiller forventninger om å ta ansvar for egne handlinger og de valg hun gjør. Gjennom denne måten å organisere og strukturere praksisen på får studenten lære yrkesutøvelsen ved å delta i gjøremål og i praksisfellesskapet. Denne organiseringen skal også sikre faglig fellesskap, tilegnelse av fagidentitet, læring gjennom handling og evaluering.

Måten å organisere og strukturere studentens praksis på som beskrevet over, vil jeg med Nielsen og Kvale¹⁸⁸ beskrive som den *desentrerte* tilnærmingen til mesterlære. Fokuset i denne tilnærmingen er hvordan praksisfellesskapets organisering og struktur skal sikre studenten en deltakelse som sikrer hennes mulighet både til å observere og til å delta i håndteringen av praksis.

Da jeg var i praksisfeltet fulgte jeg studenten i det arbeidet hun hadde på planen denne dagen. Etterpå samtalte vi om erfaringer og utfordringer hun opplevde i avdelingen. Jeg var til stede i praksisfeltet som forsker. Jeg forsket på hvordan hun tilegnet seg profesjonsutøvelsen gjennom teoretiske studier og yrkesutøvelsen. Læring gjennom handling var i fokus. Jeg observerte studenten når hun observerte og imiterte kontaktsykepleieren i det arbeidet hun utførte i avdelingen. Spørsmålene jeg stilte studenten i samtalene var motiverte av at jeg selv skulle forstå mer av hennes læringsprosess. Samtidig gjorde metoden jeg brukte samtalen mellom studenten og meg til en læringssituasjon for henne. Ved å fortelle om utfordringene satt hun ord på praksisen sin, og når jeg stilte spørsmål utdypet hun fortellingen sin. Denne dialogen kunne gjøre at ikke bare jeg, men også studenten kunne øke forståelsen for den læringssituasjonen hun var i.

¹⁸⁷ Nielsen, K. og Kvale, S. ”Mesterlære som aktuell læringsform” i Mesterlære. Læring som sosial prosess. 1999. s. 19.

¹⁸⁸ ”Mesterlære som aktuell læringsform” i Mesterlære. Læring som sosial prosess. 1999.

5.1 Førstegangsopplevelsen

Jeg møtte studenten i avdelingen på sykehjemmet.

Jeg er spent på hvordan praksisperioden på sykehjemmet vil bli. Det er nå det blir alvor. Jeg skal hjelpe pasienter som er syke. I klinikklaboratoriet på skolen trente vi på hverandre. Hvis det var noe jeg ikke fikk til når jeg trente der, kunne jeg be pasienten om å hjelpe til. Medstudenten var frisk og hadde ikke problemer verken med å svelge eller å løfte armen. Å be pasientene om å løfte armen når de ikke kan det, er noe annet. Jeg er nå i det virkelige praksisfeltet og pasienten trenger hjelp.

Jeg har valgt ut to situasjoner hvor studenten gjør rede for utfordringene med å ha fokus på pasienten samtidig som hun skal gjennomføre en teknisk arbeidsoperasjon for første gang. I den ene situasjonen hjelper Trine fru Nilsen i stellet. I den andre møter Vigdis det ukjente, døden. Hun er med og observerer kontaktsykepleieren og en hjelpepleier som steller herr Pedersen, som er død.

I den operative situasjonen skal den teoretiske kunnskapen være operativ i behandlingen av virkelige pasienter. Utfordringene i denne situasjonen handler på den ene siden om studentens følelse av at det kan være ubehagelig å hjelpe pasienten, samtidig som hun ønsker å hjelpe. På den andre siden handler det om opplevelsen av at pasienten har behov for hennes hjelp.

5.1.1 Å hjelpe innenfor pasientens private sfære

Kontaktsykepleieren og Trine planla å hjelpe fru Nilsen med morgenstellet. Trine skulle lede stellet, mens kontaktsykepleieren var assistent. Jeg var med som observatør. Trines erfaringer med å stelle pasienter hadde hun fra treningen i klinikklaboratoriet på høghskolen. I tillegg hadde hun hatt ansvaret for små barn da hun var assistent i en barnehage og i en skolefritidsordning og som au-pair.

Å stelle små barn opplever jeg annerledes enn å skulle hjelpe et voksent menneske med morgenstellet. Det er naturlig. Når jeg nå skal hjelpe fru Nilsen er jeg redd jeg skal oppleve at det blir ekkelt både å hjelpe henne med stellet og å følge henne på toalettet. Det oppleves unaturlig fordi teknisk sett så er jo det å stelle seg noe man skal klare selv. Jeg tenker at det å

hjelp henne med noe hun egentlig kan gjøre selv, er som å trenge meg på et annet menneske. Jeg føler at hun vil oppleve det ubehagelig at jeg er til stede og hjelper henne eller at jeg ser på når hun blir vasket.

Trine har tenkt over denne situasjonen siden hun trente i klinikklaboratoriet, og hun gruer seg.

Å grue seg handler om studentens følelser overfor den situasjonen hun skal inn i. Det dreier seg ikke bare om henne selv, men også kontaktsykepleieren og en pasient som er i en spesiell og sårbar situasjon. Fru Nilsen har behov for hjelp i morgenstellet. Trine skal hjelpe henne med det. Hun vet at dette er en del av en tilrettelagt læringssituasjon i praksis, og at hun ikke har all den kunnskap og kompetanse som situasjonen krever av henne.

Med grunnlag i teoriundervisningen og treningen i klinikklaboratoriet vet Trine at for å kunne hjelpe på en god måte, er hun og fru Nilsen avhengig av hverandre. Fru Nilsen trenger hjelp, men har samtidig en viktig nøkkel til hvordan det kan og bør skje. Trines bidrag er den innsikt i fru Nilsens situasjon hun så langt har skaffet seg i studiet. Nå skal denne kunnskapen operasjonaliseres og innrettes mot en konkret utfordring.

Sykepleieren har ansvaret for at pasienten får riktig hjelp. Hun har også ansvaret for studenten og at hun lærer å hjelpe pasienten i morgenstellet. Når studenten skal hjelpe pasienten gir sykepleieren henne ansvaret, et ansvar Trine kjenner på og som hun opplever er et stort ansvar.

Trine forberedte seg på å hjelpe fru Nilsen med morgenstellet. Kontaktsykepleieren var sammen med henne.

Jeg gikk og hentet det utstyret jeg trengte, og så gikk jeg inn til pasienten og fortalte at jeg skulle hjelpe til med morgenstellet. Fru Nilsen har ingen problemer med å snakke og sier fra om hvordan hun vil ha det. Hun er lett å snakke med. Jeg gjorde meg klar og vasket hendene, tok på meg stellefrakken og heiste opp sengen. Fru Nilsen vasket ansiktet og hendene selv. Jeg vred opp vaskekluten og ga henne håndkleet sånn at hun fikk tørket ansiktet. Kontaktsykepleieren og jeg hjalp henne av med nattskjorten, og jeg vasket henne på brystet og under armene. Vi hjalp henne med å snu seg, og jeg vasket og tørket henne på ryggen. Vi hjalp henne med å smøre litt fuktighetskrem både i ansiktet og på kroppen. Så hjalp vi henne

på med t-skjorten. Fru Nilsen skulle ligge mer den dagen og ville ikke ha noe på seg under t-skjorten. Jeg tok på meg hansker og vasket og tørket henne nedentil. Fordi hun hadde hudfolder, smurte jeg henne med salve. Så vasket jeg henne bak. Til slutt satt vi henne godt til rette i sengen, la dynen rundt henne og senket sengen. Vi ryddet rommet og tok med oss skittentøyet, avfallet og vaskefatet til skyllerommet. Jeg vasket hendene.

Trine beskriver morgenstellet i den rekkefølgen arbeidsoperasjonene ble utført. Hvilke operasjoner og i hvilken rekkefølge de gjøres i er ikke tilfeldig. De praktiske grepene bygger på kunnskap om hygiene når studenten vasker hendene, etikk når studenten skjermer pasienten, kommunikasjon når studenten forteller pasienten at hun skal hjelpe henne. Kunnskap både fra naturvitenskapelige, samfunnsvitenskapelige og sykepleiefaglige områder kommer til anvendelse i praksis.

Fru Nilsen var velartikulert og deltok fysisk aktivt under hele stellet. Hun ga uoppfordret Trine tilbakemelding på hvordan hun opplevde handlingene hennes på kroppen, og hvordan hun opplevde at gjennomføringen av stellet hadde gått. Etter at Trine hadde hjulpet fru Nilsen i morgenstellet syntes hun at gjennomføringen gikk mye bedre enn hun på forhånd hadde trodd.

Fru Nilsen var veldig hyggelig. Hun tok imot meg og var snill. Hun trengte hjelpen jeg ga henne og var lett å snakke med. Hun sa at jeg var flink.

Denne avsluttende tilbakemeldingen fortalte Trine at fru Nilsen opplevde hjelpen som god, og den viser at også pasienten er studentens læremester. Tilbakemeldingen gir en god følelse av å mestre, både å være i et mellommenneskelig forhold til pasienten og å utføre sykepleie på en god måte for pasienten.

5.1.2 Møte med det ukjente

For første gang skulle Vigdis være med inn og se et menneske som var dødt. Hun lurte på hvordan hun ville oppleve det.

På morgenrapporten fikk vi vite av nattevakten at herr Pedersen døde klokken sju og at han skulle stelles på avdelingen før han skulle legges i kisten. Legen var kontaktet, men hadde ikke vært der ennå og bekreftet at han var død. Jeg syntes at dette var en ganske spesiell situasjon, og lurte på hvordan jeg ville oppleve det at Pedersen var død. Jeg visste ikke hvordan jeg kom til å reagere, fordi jeg ikke hadde sett et dødt menneske før.

Vigdis var spent. Situasjonen var ny for henne.

Døden fremsto i denne sammenhengen som noe ukjent og utfordrende. Det var noe nytt, noe jeg ikke hadde opplevd før. Døden er tabu i samfunnet i dag. Det er få mennesker som har sett døde. Døden blir skjult så godt. Vi får se den døde i kirken i et kort øyeblikk, men får ikke noe forhold til en død kropp. I gamle dager lå de døde på likstrå i stua før begravelsen. Pårørende og andre kunne gå inn og ut av rommet og tilbringe tid i lag med den døde.

Vigdis og kontaktsykepleieren gikk inn på rommet til herr Pedersen.

Det var mange pårørende inne på rommet hans. Mange av dem var helsepersonell, og jeg opplevde at de var veldig snille og tok imot meg. De fikk vite at jeg var sykepleierstudent og at jeg ikke hadde sett en som var død før. De syntes det var helt greit at jeg så den døde. Jeg syntes det var godt å få være med inn på rommet og få vite med meg selv hvordan jeg reagerte og følte det i situasjonen med en som var død. Det var ikke noe farlig, og det var ikke noe ekkelt. Det var en veldig god opplevelse. Han var så fin som død. Det så ut som han sov og slappet veldig godt av. Han var fin i ansiktet. Kontaktsykepleieren sa etterpå at han så veldig fin ut som død. Denne opplevelsen var spesiell for meg og noe jeg vil huske. Herr Pedersen var en mann som slet i veldig mange år. Han hadde mye vondt, så det var godt for han å slippe og slite noe mer. Han bare sovnet helt stille inn. Det var nok en fin død. Jeg opplevde denne situasjonen som veldig alvorlig. Jeg var derfor redd for at jeg skulle begynne å gråte. Men, det var ikke passende eller rett å gråte med masse pårørende i rommet. Jeg følte med dem som hadde mistet noen og levde meg inn i den situasjonen å miste et menneske som sto deg nært. Det vanskeligste med døden var å takle de pårørende, fordi det var vanskelig å fortelle at noen var død.

Da kontaktsykepleieren og en hjelpepleier skulle stille herr Pedersen, fikk jeg lov til å være med. De hadde ansvaret for selve stedet. Jeg fikk lov å hjelpe til med ting jeg kunne gjøre som

for eksempel å gi dem ekstra håndklær. Under stellet kjente jeg på huden hans. Den var litt kald. Det var tre timer siden han døde. Jeg kjente at huden, vet ikke helt hvordan jeg skal forklare det, var litt fast. Jeg fikk lov til å kjenne både på armene, på brystet og på ansiktet. Sammenlignet med gjennomføringen av et morgenstell, var dette stellet litt ekstra, som tamponering og lapp på stortåa, men ellers var stellet det samme. Det føltes naturlig. Likevel var stellet annerledes enn andre prosedyrer som for eksempel innlegging av kateter. Når man steller en død er det mange småting å ta hensyn til. Det var viktig å passe på at herr Pedersen ble stelt fint. I denne situasjonen kunne man ikke glemme noe, fordi stellet måtte gjøres perfekt. Hvis jeg for eksempel skal legge inn et kateter på en kvinne og jeg legger det inn feil, kan jeg ta det ut igjen og prøve på nytt. Det er vel det som er den store forskjellen. Å stelle en død kan jeg bare gjøre en gang, mens å legge inn kateter kan jeg gjøre flere ganger.

Jeg har som sagt aldri opplevd en død før. Det var første gang, og jeg var litt nervøs. Jeg var spent på min egen reaksjon; om jeg ville ta til tårene, eller om jeg ville synes at det var veldig ekkelt. I en sånn situasjon kunne det vært naturlig å ta til tårene. Men, det var liksom bare helt greit. Det var en oppgave som skulle løses det også. Det blir en del av livet. Herr Pedersen bodde i den andre delen av avdelingen og jeg hadde ikke hatt noe med ham å gjøre. Jeg syntes det var litt greit at det ikke var noen jeg hadde hatt kontakt med. Hvis jeg hadde kjent ham tror jeg døden hadde kommet nærmere inn på meg. Siden han bodde i den andre delen av avdelingen opplevde jeg at jeg hadde mer distanse til at han var død. Det var en person som jeg ikke hadde noe forhold til. Jeg kunne jo ikke reagere på at han var annerledes da han levde, fordi jeg ikke kjente ham. Jeg opplevde at dette ble en ganske myk start. Det var godt å være med og få se en død person, fordi en dag så kommer jeg inn på et rom hvor det ligger noen som er døde. Nå har jeg opplevd forskjellen og jeg brøt en barriere.

Ved å være delaktig i stellet får studenten erfaringer som gjør at hun vet noe mer om døde mennesker og hvordan de skal stelles før de legges i kisten. Det bryter en barriere. Vigdis vet at neste gang hun skal være med å stelle en død vil hun føle seg trygg i situasjonen. Hun vet at hun vil mestre den.

5.2 Å tolke andre ut fra egne følelser

På morgenrapporten sa kontaktsykepleieren at hun og Lise kunne hjelpe fru Eriksen med morgenstellet. Sykepleieren, som ledet morgenrapporten, informerte om at fru Eriksen skulle ha klexane, blodfortynnende, og spurte om de kunne sette sprøyten på henne. Kontaktsykepleieren sa at det kunne de gjøre. De gikk til skyllerommet og lintøyrommet og hentet vaskefat, håndklær og forskjellig utstyr som de tok med seg til pasienten. *Vi venter med å hente sprøyten til vi er ferdig med stellet*, sa kontaktsykepleieren. De gikk til fru Eriksens rom og banket på døren. Det var ingen som svarte. De ventet et øyeblikk, gikk inn i rommet og lukket døren etter seg.

Fru Eriksen bodde på enerom med eget bad. Det var varmt der og gardinene var trukket for. Pasienten så på sykepleieren og Lise når de kom inn. De hilste og sykepleieren fortalte hva de skulle hjelpe henne med.

Fru Eriksen snakket ikke, men svarte ja og nei på spørsmål ved hjelp av å nikke eller riste på hodet. Kontaktsykepleieren og Lise tilrettela for å hjelpe henne med stellet i sengen. De satt nattbordet inntil og la håndklær og utstyr på det. Sykepleieren hevet sengen og de tok ned sengehesten. Lise sto på motsatt side og assisterte. Sykepleieren laget til vann. Hun vred opp kluten og ga den til fru Eriksen som tok i mot og vasket ansiktet. Fru Eriksen vasket hendene, under armene og foran på kroppen. Sykepleieren hjalp med å vri opp kluten og ga henne kluten og håndkleet. Lise sto og så på dem. Deretter hjalp Lise og sykepleieren med å snu fru Eriksen, og sykepleieren vasket henne på ryggen og nedentil. Etter at de hadde hjulpet henne med stellet, hentet sykepleieren klær til fru Eriksen. Hun tok opp ett og ett plagg og spurte fru Eriksen om hun ville ha det på seg. Pasienten nikkete. Under påkledningen løftet fru Eriksen opp armene og hun, sykepleieren og Lise beveget seg i takt for å hjelpe til med klærne.

Det var stille i rommet. Når noe ble sagt, var det når sykepleieren fortalte fru Eriksen hva de skulle gjøre. Fru Eriksen fulgte sykepleieren og Lise med øynene og svarte når sykepleieren fortalte henne noe. De hjalp å legge fru Eriksen i et godt leie i sengen, og hun nikkete til spørsmålet om hun lå godt. Sykepleieren senket sengen. De ryddet rommet, vasket hendene og tok med seg skittentøyet og avfallet til skyllerommet. Før de forlot rommet trakk de fra gardinene, og lot døren stå åpen etter seg når de gikk ut. Sykepleieren og Lise vasket hendene og gikk til medisinerrommet. Sykepleieren låste sprøyten med klexane ut av medisinskapet og

signerte for at hun ga fru Eriksen sprøyten. Lise sto og fulgte med. De gikk til fru Eriksen, og sykepleieren fortalte henne at hun skulle sette sprøyten i mageskinnet og gjorde det. Deretter vasket de hendene, tok med seg utstyret og gikk til skyllerommet.

I samtalen etterpå forteller Lise meg at hun reagerte på kontaktsykepleieren sin måte å behandle fru Eriksen på.

Jeg synes mange av pasientene blir behandlet litt feil. Jeg synes kontaktsykepleieren kan være ganske hard mot fru Eriksen. Hun kan stå og snakke over henne. Jeg mener man hele tiden bør tenke over hva man gjør, tenke helhetlig. Hvor opptatt er hun av de som bor her? Jeg har ennå ikke møtt noen her på avdelingen som vet at fru Eriksen er frisør. Hun vet altså lite om henne. Er dette bare en jobb hun skal utføre, hjelpe henne i morgenstellet, gi henne mat?

Lise var kritisk til at sykepleieren ikke informerte fru Eriksen før hun hevet og senket sengen, og at sykepleieren ikke vasket innstikkstedet før hun satt injeksjonen. Lise sa at sykepleieren burde skjønne at hun gjorde feil. Om å senke og heve sengen forteller hun:

Jeg følte med fru Eriksen. Jeg vet hvor ubehagelig det er å ligge i sengen når den går ned. Hun var veldig redd. Jeg har selv ligget i den sengen og har prøvd det å bli hevet og senket. Fordi noen av pasientene blir veldig redde, så skal heving og senking av sengen gjøres på en slik måte at det oppleves trygt for dem. Her reagerte pasienten. Det var babyslaget med armene og du så uttrykket i ansiktet hennes. Jeg synes det er unødvendig å skape en sånn situasjon for pasienten.

Hun var også kritisk til at sykepleieren ikke vasket injeksjonsstedet før hun satt injeksjonen.

Hun vasket ikke huden på innstikkstedet før hun satt den subkutane sprøyten. På skolen lærte vi at vi skulle vaske først. Det er forskjellig fra sykepleier til sykepleier hva de vil at jeg skal gjøre. I lærebøkene står det at huden skal vaskes først. Jeg vasker, hvis jeg ikke får beskjed fra en sykepleier som har gått i yrket i 20 år om at jeg ikke skal vaske. Teorien gir meg grunnlag for å se og forstå hvordan jeg skal hjelpe pasienten.

Når Lise var med sykepleieren inn på rommet til fru Eriksen, så hun feil som ble gjort og at feilene fikk konsekvenser for pasienten, som for eksempel smerte. Hva visste Lise om

bakgrunnen for sykepleierens valg av handling i situasjonen og hvilke slutninger trakk hun? Lise mener at hvordan pleierne hjelper pasienten har med holdningene deres å gjøre.

Enkelte av pleierne er ganske negative i forhold til jobben sin. Man er på jobb fordi man har respekt for det man gjør og de man arbeider for. I forrige uke opplevde jeg noe som gjorde at jeg tenkte: det her liker jeg ikke. Det var seks pleiere på vakt. Vi satt på pauserommet. Der var det en dårlig stemning og det virket som om ingen av de seks kunne snakke sammen. Ingen av dem sa noe. Jeg tenkte at jeg ikke kunne bli sittende der så lenge. Til slutt måtte jeg gå ut. Denne mangelen på kommunikasjon kan gå utover pasienten.

Hva gjorde Lise med det hun så og hørte?

Jeg ble sint. Jeg ga uttrykk for det. Jeg er ikke redd for å si ifra. Jeg var med på et sårstell og så på at kontaktsykepleieren stelte såret. Når du skal rense et sår skal du unngå å dra bakteriene rundt i såret. Hvis du drar tupferne rundt i såret så gjør du ikke det. Hun dro bakteriene rundt i såret. Jeg ble så paff og spurte henne: hva er det du gjør? Du skal ikke dra tupferne rundt i såret. Jeg tror jo at de kan det, spesielt hvis de er sykepleiere.

Lise sa ifra om hvordan ferdigheten ikke skulle utføres, men hun undret ikke på hvorfor sykepleieren stelte såret som hun gjorde. Hun vet ikke om bakgrunnen for måtene sykepleieren agerer og hennes faglige beveggrunner.

Jeg prater til pasienten og sier hele tiden hva jeg skal gjøre. Pasienten skal informeres for å være forberedt på hva som skal skje, slik at det jeg skal gjøre ikke kommer overraskende på dem. Jeg lærer utrolig mye om hva jeg ikke skal gjøre. Og så må jeg hele tiden ta det i meg, fordi jeg merker at jeg kan glemme å si ifra når jeg senker sengen. Jeg er veldig oppmerksom på det overfor enkelte. Men når det gjelder andre, så kan jeg glemme å informere dem.

Sara forteller om en situasjon hvor hun opplevde at teorien hun fikk undervisning i på høgskolen ikke alltid var nok til å møte pasientens behov.

I et morgenstell erfarte jeg dette. Jeg og kontaktsykepleieren skulle hjelpe fru Dal med morgenstellet. Vi skulle ta en blodprøve og jeg skulle servere fru Dal middag. Fru Dal er klar og orientert, og hun har ingen problemer med å kommunisere. Hun står og går ved hjelp av

støtte fra en person. Jeg var sammen med kontaktsykepleieren og observerte henne når hun hjalp fru Dal. Vi gikk inn til fru Dal etter at vi hadde planlagt og forberedt oss på det vi skulle gjøre. Vi hadde hentet utstyr for å ta blodprøven, og vi hadde vært på skyllerommet og på lintøyrommet og hentet det vi trengte for å hjelpe henne i stellet. Fru Dal trenger noe tilrettelegging, som hjelp til forflytning og at hun får tak i det hun trenger for å vaske seg, for eksempel håndkleet. Sykepleieren hjalp henne ut av sengen og fulgte henne til badet. Etter at hun var ferdig på toalettet, hjalp hun henne over til en stol foran vasken. Fru Dal vasket og kledde på seg, og sykepleieren gikk henne til hånde. Når sykepleieren hjalp fru Dal, sa hun ikke noe. Hun spurte ikke om hvordan pasienten ville at hun skulle hjelpe henne, og hun informerte ikke om hva hun skulle gjøre. Hun bare hjalp henne uten å si noe. Når hun hjalp fru Dal med forflytning, for eksempel fra toalettet til stolen foran vasken, tok hun henne i armen når hun skulle reise seg. Jeg synes hun tok litt hardt i henne. Hun kan være mer forsiktig. Jeg vet fra andre pasienter at hvis vi bare drar dem i armen kan de bli aggressive.

Etter stellet skulle sykepleieren ta en blodprøve av fru Dal. Hun fortalte pasienten hva hun skulle gjøre, vasket hendene, la til rette utstyret, hjalp fru Dal til å sette seg til rette i stolen og tok blodprøven.

Jeg syntes synd i fru Dal. Hun var ikke helt med i dag fordi hun ikke holdt armen ned. Og mens sykepleieren tok blodprøven, sa hun plutselig til fru Dal: ja, nå må du sitte i ro ellers så blir du straffet. Jeg rygget, og hun hørte at jeg reagerte.

Når vi kom ut av rommet fortalte sykepleieren meg hvorfor hun sa til fru Dal at hun kunne bli straffet hvis hun ikke satt i ro. Hun fortalte meg at hun og fru Dal bruker å snakke med hverandre på den måten. Ofte får de seg en god latter. De bruker altså å tulle. Jeg ble litt flat, for poenget er at jeg ikke visste at hun pleier å være med på notene. Sykepleieren fortalte at fru Dal har bodd på sykehjemmet i 3,5 år. Det var hun som tok imot henne da hun flyttet inn, og hun har fulgt henne opp over flere år. Sykepleieren opplever at de har fått god kontakt, og at hun kan ha en annen tone overfor fru Dal sammenlignet med mange av de andre pasientene. Det gjelder også når hun hjelper henne med stellet. Fordi de kjenner hverandre så godt som de gjør, trenger de ikke snakke om hva og hvordan fru Dal vil ha hjelpen. Men, da hun stakk henne gjorde hun henne vondt. Hun måtte lete for å finne en blodåre å stikke i. Det er veldig vondt. Som sagt, fru Dal var ikke med i dag. Sykepleieren beklaget overfor fru

Dal at hun måtte lete etter blodåren. Hun fortalte meg etterpå at det enkelte ganger kan være vanskelig å ta blodprøve av fru Dal fordi blodårene hennes har en tendens til å rulle bort.

Sara mener at sykepleieren var litt hard mot fru Dal når hun hjalp henne med forflytning, og at hun påførte henne smerte når hun tok blodprøven. Hva gjorde hun med observasjonene? Med kroppsspråket formidlet Sara til sykepleieren at hun reagerte i situasjonen hvor hun tok blodprøven. Sykepleieren så dette og tok det opp med Sara som fikk vite hvorfor hun snakket slik hun gjorde til fru Dal. Sara så også at sykepleieren beklaget overfor fru Dal at hun måtte lete etter blodåren.

Det var middagstid og jeg og kontaktsykepleieren skulle servere pasientene middag. Jeg fikk i oppgave å gå inn til fru Dal med middagen. På tallerkenen hennes var det mye gulrøtter. Når jeg kom inn og plasserte tallerkenen på bordet foran henne, spurte hun: hvor er gulrøttene? Det ligger en stor haug på venstre side, svarte jeg. Når jeg så kom tilbake for å hente brettet, så jeg at hun nesten ikke hadde spist noen av gulrøttene. Jeg lurte på hvorfor. Kanskje hun ikke likte gulrøtter? Hun får det veldig ofte, og jeg lurte på hvorfor hun gjør det? Det kan ikke være bra å spise så mye gulrøtter. Jeg grublet på det her med gulrøttene, og til slutt måtte jeg spørre sykepleieren. Jeg fortalte henne om opplevelsen. Da sa hun at fru Dal er veldig glad i gulrøtter og ønsker å få det ofte. Pasienten har dårlig matlyst så de tilrettelegger slik at hun får gulrøtter så ofte hun vil. Men, sier kontaktsykepleieren, hun har neglect, synsutfall på venstre side, så hun ser ikke gulrøttene hvis de ligger på den siden. Jeg fikk dårlig samvittighet og tenkte at jeg skulle ha vært der og snudd tallerkenen for henne. Så tenkte jeg stakkars dame, som ikke hadde fått gulrøtter på en hel dag. Hun som liker det så godt. Det var fint å få en bekreftelse på hvorfor hun ikke spiste de gulrøttene. Hun spurte etter dem, og oransje lyser ganske mye opp. Så jeg syntes det var litt rart at hun ikke så dem.

5.3 Tekniske og personlige ferdigheter

Når studenten hjalp pasienter med ulike sykepleierferdigheter, opplevde hun det ulikt om hun hjalp en pasient med et stell eller om hun satt en injeksjon. Hilde definerte et stell og å gi hjelp til å spise og drikke som personlige ferdigheter, mens hun oppfattet at å sette en injeksjon eller å ta blodprøver var tekniske ferdigheter. Hun gjorde dette skillet ut fra hvilke krav hun opplevde ferdigheten stilte til henne som hjelper.

Teorien var mer til hjelp i begynnelsen av praksisperioden hvor læringen i praksis var teknisk fokusert. Fokuset var på å lære ferdigheter som blodprøvetaking og setting av injeksjoner. Utførelsen av tekniske ferdigheter var noe jeg kunne lese meg til. Med det mener jeg at det er veldig klare retningslinjer på hvordan utførelsen skal gjøres, og jeg trenger ikke kjenne pasienten. Jeg opplevde ikke utførelsen av disse ferdighetene som kompliserte.

Å lære ferdigheter som stell og å gi hjelp til å spise og drikke, opplevde hun som mer komplisert.

Disse ferdighetene gikk mer på sånne personlige ting. Fokuset ble mer på menneskekunnskap. Det er noe jeg ikke kan lese meg til, men erfare. Teorien beskriver hvordan kroppen fungerer og hvordan ferdigheten som for eksempel å gi hjelp til å spise og drikke skal utføres. Denne teorien var det ikke lett å bruke i situasjonen hvor jeg ga hjelp. Her måtte jeg lære meg å se an pasienten og dagsformen til vedkommende. Jeg måtte se dem litt over tid, se hvordan de fungerte, hva de fikk til og hva de ikke fikk til. Det er alle de små individuelle forskjellene, og det krever at jeg kjenner pasienten. Å bli kjent med pasienten tar tid. Det er ikke ett rom eller ett stell som er likt et annet. Det er mange små tilpasninger som er gjort over tid. Jeg opplevde det vanskelig å anvende teori for eksempel om hygiene og anatomi og fysiologi i utførelsen av disse ferdighetene.

Hilde ga uttrykk for at hun oppfattet at tekniske ferdigheter, eksempelvis blodprøvetaking, primært dreide seg om å få utførelsen til å sitte i fingrene og i kroppen. Hvordan hun skulle forholde seg til pasienten når hun ga hjelp til å spise og drikke, kunne variere fra dag til dag og studenten måtte føle seg frem. Hun opplevde at hun måtte kjenne pasienten, hvordan han eller hun ville at hjelpen skulle utføres. Når studenten utførte personlige ferdigheter opererte hun innenfor pasientens private sfære. Å utføre tekniske ferdigheter krevde ikke at studenten måtte kjenne pasienten eller de opererte ikke innenfor pasientens private sfære. Når hun kjente pasienten, ble hun mer oppmerksom og observant på pasientens uttrykk og de nonverbale og verbale tilbakemeldingene han eller hun ga. Det kommer til uttrykk i fortellingen nedenfor hvor studenten hjalp en sengeliggende dame med å spise og drikke.

Jeg merket at hun ble mer urolig hvis jeg på forhånd ikke fortalte henne hva jeg skulle gjøre. Uroen i kroppen hennes, og jamringen, ble annerledes etter hvor mye jeg informerte. Dette var nyanser som jeg lærte meg over tid. Jeg hørte at hun ynket seg og ble mer urolig når jeg

gikk ut av rommet. Når jeg kom inn igjen, så ble hun roligere og mer lyttende i forhold til hva jeg gjorde. Jeg fortalte henne for eksempel hva som var på brødsleven, og om det var varm eller kald drikke. Jeg var mer omtenkstom. Jeg lærte. Det var andre pasienter på avdelingen som var svaksynte og hørte dårlig, men som kunne snakke for seg. Jeg fikk tydeligere tilbakemelding fra dem, både gjennom kropp og språk, på hva jeg måtte informere om.

Når studenten utførte tekniske ferdigheter kunne hun holde en viss avstand til pasienten og forberede seg på hvordan hun kunne hjelpe. Da opplevde hun å kunne lese og anvende teorien direkte i situasjonen. I gjennomføringen var det viktig at det hun skulle gjøre satt i hendene. Når studenten utførte ferdigheter hvor hun opererte innenfor pasientens private sfære, opplevde hun at hun ikke kunne forberede seg på alt. Pasientens problemer og behov kunne variere fra dag til dag. Det gjorde situasjonen uforutsigbar, og studenten opplevde at hun ikke direkte kunne anvende teorien som hun hadde lest seg til. Mestring av situasjonen krevde at hun hadde erfaring og at kunnskapen hun anvendte ble utviklet gjennom denne erfaringen. Denne uforutsigbarheten skapte en utrygghet, og studenten visste ikke hva hun kunne vente seg i situasjonen hvis hun ikke kjente pasientens rutiner og behov.

5.4 Kunnskap til å hjelpe pasienten

Anne og kontaktsykepleieren var enige om at Anne skulle hjelpe fru Hansen med å spise og drikke. Hun kunne ikke uttrykke seg verbalt og kunne på grunn av forkorting av muskler og feilstilling i liten grad bevege armer og bein. Det var en utfordring for henne å forstå hva fru Hansen ville. Situasjonen ble vanskelig for Anne, samtidig som hun så at pasienten hadde behov for hennes hjelp. Men hun opplevde at hun ikke forsto hvordan hun skulle hjelpe henne, og valgte å gå ut av rommet.

I en annen situasjon skjermte Bente en mannlig pasient som var urolig ved å følge han inn på rommet hans. Han hadde hatt hjerneslag og hadde afasi og problemer med å uttrykke seg. Det var en utfordring å forstå hva pasienten følte og tenkte, men hun ble i situasjonen som oppsto.

5.4.1 Å forlate pasienten

Fru Hansen var sengeliggende og Anne skulle hjelpe henne med å spise og drikke mens hun satt i sengen. Hun sa til kontaktsykepleieren at hun syntes det var vanskelig å hjelpe fru Hansen, men at hun skulle prøve. Hun tilberedte frokosten på et brett og tok med bestikk og en serviett før hun gikk inn til fru Hansen og satt brettet fra seg på nattbordet.

Anne plasserte nattbordet og stolen nær sengen og satt i høyde med fru Hansen. Pasienten satt i sengen med øynene lukket. Anne ga henne biter med brød ved hjelp av kniv og gaffel. Hun ga henne drikke. Fru Hansen tygget og svelget. Innimellom sovnet hun før hun svelget maten. Anne la fra seg bestikket på brettet, reiste seg fra stolen og gikk ut av rommet. Hun fant kontaktsykepleieren og sa til henne at hun ikke visste hvordan hun skulle hjelpe, eller om det hun gjorde var i orden og hvor mye hun skulle presse i fru Hansen mat og drikke. Sykepleieren sa at hun kunne gå inn og hjelpe henne.

Jeg var veldig vår overfor fru Hansen. Jeg følte mer på henne; på hvordan pusten hennes var, fargen i huden og hosten hennes under måltidet. Hvis noe skulle skje ville jeg følt meg så vanvittig hjelpeløs. Jeg var så redd for at noe skulle skje når jeg var alene. Jeg var redd hun skulle sette maten i halsen og at maten skulle komme opp igjen. Eller egentlig ikke. Jeg syntes det var så vanskelig og skulle tvinge i henne mat. Hun hadde ligget i sengen i fem år. Hun hadde ikke noe språk eller motorikk. Men mat skulle hun ha. Jeg vet det var for å gjøre henne godt, men jeg synes det var vanskelig. Jeg tror hun bare er der, og så skal vi holde liv i henne og bare forer på, mater, mater og mater. Og så var jeg redd for at maten skulle sette seg i halsen hennes og at det var min skyld. Jeg klarer ikke å tvinge i noen mat og drikke som de ikke vil ha. Jeg var redd hun skulle få mat i halsen og rett og slett ikke få puste. Noen ganger når jeg gir henne hjelp, åpner hun munnen og andre ganger åpner hun ikke munnen. Jeg vet ikke om det er dagene som gjør at hun åpner munnen eller om det er fordi hun er sulten. Fordi jeg ikke visste hva hun vil, så jeg på hjelpen som et overgrep. Jeg gjør det ikke.

Etter en stund la Anne fra seg bestikket på tallerkenen og gikk ut av rommet. Anne tok denne avgjørelsen fordi fru Hansen ikke åpnet munnen.

Når hun knep igjen munnen tolket jeg det som et nei. Hun var ikke sulten. Samtidig var jeg usikker på om hun likevel var sulten og ville ha mer mat.

Når fru Hansen ikke åpnet munnen tok Anne det som et tegn på at hun ikke ville ha mat. Anne ville ikke tvinge noen til å spise.

Hvis de ikke vil ha mat, klarer jeg ikke å tvinge noen til å spise og drikke. Jeg synes det er ubehagelig selv å bli matet. Hvorfor skal andre synes at det er bedre enn jeg? Jeg klarer ikke å hjelpe noen med å spise og drikke som ikke er tydelige i kommunikasjonen. Jeg kan ikke gi fru Hansen mat hvis hun ikke holder munnen åpen.

Det finnes ikke noe vedtak på å tvinge i henne mat. Det er uforsvarlig å stappe mat i munnen på en pasient som jeg ikke kjenner. Jeg vet ikke om fru Hansen har hosterefleks, om hun svelger maten eller hvor maten eventuelt havner. Hvis hun ikke har hosterefleks, kan maten i verste fall gå ned i lungene. Jeg kjenner ikke pasienten. Jeg har vært her i for kort tid, og jeg har ikke vært hos henne daglig. Fru Hansen har bodd på sykehjemmet i 11 år. De andre pleierne har fulgt henne over år og kjenner henne. De kan hjelpe henne, ikke jeg som er ny.

Anne visste at som sykepleier hadde hun ansvar for at fru Hansen fikk i seg nok mat og drikke. Samtidig opplevde hun at hun ikke kunne hjelpe henne. Hun sa at teknisk sett så kunne hun hjelpe en annen i spisesituasjonen. Men hun var redd fru Hansen skulle kaste opp eller sette maten fast i halsen mens hun hjalp henne. Hun var redd for å gjøre noe som kunne føre til at hun ikke fikk puste. Anne sa *at hvis fru Hansen ikke fikk puste, så kunne hun ikke hjelpe henne*. Hun forteller at i en slik situasjon hvor en pleier ikke kan hjelpe en pasient, er det viktig å diskutere utfordringen med kollegaene og legen. Anne mener at hvis ikke hun kan hjelpe henne, kan andre som kjenner henne gjøre det.

Det er ikke bare for en student og hjelpe en pasient som ikke kan uttrykke seg. Jeg kan hjelpe de jeg opplever jeg klarer å hjelpe.

Etter at Anne hadde gått ut av rommet gikk hun og fant kontaktsykepleieren. Anne fortalte at hun ikke kunne hjelpe fru Hansen. Hun fikk det ikke til. Sykepleieren sa at hun kunne overta.

Anne hadde fortalt kontaktsykepleieren at hun syntes det var vanskelig å hjelpe pasienter som hadde problemer med å uttrykke seg, med å spise og drikke. For å tilrettelegge for henne hadde de snakket sammen og blitt enige om hvordan hun kunne nærme seg denne utfordringen i praksis. Tilretteleggingen gikk ut på at Anne skulle prøve seg frem. Hun kunne

gå inn i situasjonen og prøve. Hvis hun opplevde at det ble vanskelig å være der, kunne hun trekke seg ut. Kontaktsykepleieren hadde uttrykt overfor Anne at hun skulle føle seg trygg før hun måtte være i situasjonen. Anne forteller at når kontaktsykepleieren hjelper fru Hansen bruker hun god tid.

Hun venter til fru Hansen får funksjonene i gang. Hvis pasienten ikke får funksjonene i gang så gir hun seg. Hvor mye mat fru Hansen spiser kan variere fra måltid til måltid, og fra dag til dag. En pårørende som hjelper henne kan bruke en time. Da rapporterer de om at hun spiste godt.

5.4.2 Å bli hos pasienten

Bente gjorde rede for en situasjon hvor herr Nilsen ønsket å forlate sykehjemsavdelingen, men hvor dette av mange grunner ikke var mulig. Personalet kunne ikke la ham gå ut på egen hånd, fordi han hadde problemer med å orientere seg for tid og sted. De var dessuten redd for at han skulle gå seg bort eller komme ut for en ulykke.

Jeg var på seinvakt. Herr Nilsen var urolig. Han har nettopp hatt hjerneslag og han har afasi. Han klarer å si noen ord, men det er ikke mange. Når han prater, kan det bli mye babling. På kveldene brukte han å bli urolig. Da vandret han frem og tilbake i avdelingen. Den kvelden jeg skal fortelle om, hadde han hatt besøk. Situasjonen oppsto etter at de besøkende hadde dratt. Også denne kvelden ble han urolig og vandret frem og tilbake i avdelingen. Han var på jakt etter utgangsdøra. Personalet gikk derfor og låste den. Det er ikke lov å låse utgangsdøra til en ordinær sykehjemsavdeling. Men vi var underbemannet og hadde ikke mulighet til å springe etter ham hvis han gikk ut og ble borte. Det brukte han å gjøre. Nå fikk han ikke opp utgangsdøra. Han ga likevel ikke opp og prøvde gjentatte ganger. Han la seg ned på golvet.

Den første som så at herr Nilsen var urolig og ville gå ut av avdelingen var Bente, og hun handlet med en gang. Før hun gikk inn i situasjonen sa hun til kontaktsykepleieren: *Jeg tror vi må få ham inn på rommet.* Kontaktsykepleieren sa seg enig.

Jeg mener mennesket har noe i seg som gjør at det handler når det oppstår en situasjon som krever det.

Hun så et menneske som trengte hjelp, og mente at han ikke kunne ligge på golvet foran inngangsdøra der andre pasienter og pårørende gikk inn og ut. *Det har verken han eller de andre pasientene godt av.* Bente opplevde at de andre pasientene ble skremt.

Herr Nilsen hadde det ikke bra og det ble derfor viktig å få ham inn på rommet sitt hvor han hadde tingene sine. Det kunne gjøre ham roligere.

Det var andre pasienter på avdelingen og de ønsket å gå ut å røyke. Kontaktsykepleieren og jeg hjalp derfor herr Nilsen bort fra døra og fulgte ham til en sofa hvor han kunne sette seg ned. Da begynte han å rope om hjelp. Ropene kom med korte mellomrom. Vi valgte å skjerme ham mot de andre pasientene og fulgte ham inn på rommet. Det var fordi de andre pasientene ikke skulle bli redde og for at han sjøl skulle kunne hente seg inn igjen. Inne på rommet ble han voldelig utagerende. Han tok tak i armen min og holdt meg fast, i vertfall i 20 minutter, før grepet løsnet. Da begynte han å slå, bite og sparke. Vi hjalp ham oppi sengen og prøvde å roe ham ned ved å holde ham der. Vi pratet rolig med ham, men det var ingenting som nådde inn. Han satt og ropte om hjelp hele tiden. Det var ikke ett minutt mellomrom mellom ropene. Dette holdt han på med i vertfall i tre kvarter. Så ble han roligere og vi fikk lagt ham i sengen. Jeg satt meg på sengekanten og holdt hånden min på armen hans. Så gikk kontaktsykepleieren og jeg ut av rommet. Da kom han etter. Jeg snudde meg, og vi fulgte ham inn på rommet igjen. Da han igjen kom inn på rommet, roet han seg med en gang. Han gikk til sengen og la seg i fosterstilling. Han lå og fulgte oss med øynene og etter en stund sovnet han. Etter to timer sto han opp og kom ut i avdelingen igjen. Han fortalte om en drøm han hadde hatt. Han hadde vært så sint, sa han. Dette gjør veldig inntrykk på meg. Det har med å holde og å tvinge og gjøre. Jeg så at han var redd. Jeg så redselen i øynene hans og jeg forsto ikke hva han følte eller tenkte. Han kunne ikke kommunisere hva han var redd for. Han reagerte med å slå og å holde personalet, og vi måtte holde ham til han hadde roet seg. For hvis ikke ville han skadet seg. Det var ikke han som var vanskelig, men situasjonen.

Bente sier at hun opplevde det skremmende å bli holdt fast. Men samtidig sier hun:

Han var jo så redd. Jeg ville være der for ham og prøve å roe ham så mye ned at han løsnet grepet. Jeg har arbeidet med psykisk helsearbeid. Jeg vet at det aldri er personlig. Det diskuterte vi i undervisningen om demens og uro. De tar bare den første og beste som er der og holder fast. De kan være voldelig utagerende, men det er aldri personlig. Selv om jeg var

redd, forholdt jeg meg rolig fordi det ikke var meg han var ute etter. Det er ikke noen god følelse å bli holdt fast, fordi du aldri vet hva de kan finne på. Han er så sterk så jeg var jo redd. Det var om å gjøre og ikke vise det. Jeg ville være en trygg person som var der, rolig og tydelig. Han hadde ikke kontroll. Jeg tror bare han var redd. Han ble stengt inne. De fleste reagerer med sinne og redsel når de blir sperret inne. De gjør alt for å overleve. I situasjonen hjalp det å vite at det man gjør hjelper pasienten. Det gir en god følelse å hjelpe.

Bente har erfaring fra psykisk helsearbeid, arbeid med ungdom. Hun forteller at hun har erfaring med at å skjerme pasienten fra omgivelsene hjelper voldelige, utagerende pasienter. Når herr Nilsen ble skjermet så hun at han etter hvert roet seg ned. Til slutt sovnet han. Bente sier at mange ganger kan det være godt for et menneske at andre tar kontrollen for dem. De kan da kjenne at de har nærhet.

Selv om du kjemper imot, er det noen som vil deg vel. Du merker det i håndlaget, måten det holdes på. Han sovnet etterpå. Jeg var inne på rommet og så til ham. Det var sånn fred over ham. Da han våknet var han så blid. Det var veldig godt. Han fortalte om den drømmen han hadde hatt.

Bente har også erfart at psykotiske pasienter som våkner etter et anfall forteller om situasjonen som en drøm de har hatt. Hun tror ikke at han hadde roet seg hvis han hadde fått ligge på golvet. Det hadde, mener hun, blitt veldig vondt og nedverdiggende for pasienten. Bente mener at det var erfaringen hun hadde fra før som gjorde at hun var så trygg, og at hun handlet slik hun gjorde.

Hun så seg selv som pasient og stilte seg spørsmålet: *hvordan ville jeg hatt det hvis jeg hadde vært så redd? Omsorg, å kjenne en annen kropp som vil deg vel. Det har jeg tro på.*

Bente fikk bekreftelse på handlingene fra kontaktsykepleieren som sa at hun hadde gjort ei korrekt vurdering. Hun som sykepleier ville gjort det samme. Under handlingsforløpet sa kontaktsykepleieren til studenten at hvis hun følte seg utrygg skulle hun gå ut av situasjonen.

Men studenten sier: *Jeg følte meg ikke utrygg. Jeg følte at når jeg hadde gått inn i situasjonen så var det viktig for meg å fullføre den. Både for meg og pasienten. Hvis det skulle komme inn et nytt menneske kunne det blitt tungt.*

Når man ser forvirring hos pasienten må man bare gripe inn, uttrykker Bente.

Som sykepleier har man et ansvar for nettopp å gripe inn. Det er mennesker som trenger hjelp og tvang er den ytterste formen for omsorg. Man skal ikke utføre tvang. Men det var nødvendig å få ham inn på rommet. Hva hadde konsekvensene blitt hvis det ikke hadde blitt gjort noe? Vi hadde ansvar for å ivareta pasienten og han skulle inneha respekt. Hva hvis han våknet og så alle menneskene rundt seg? Hva ville det gjort med ham? Han visste at han ikke hadde språk og ikke kunne forklare seg, samtidig som han var redd. Hvis han hadde våknet opp på golvet midt mellom masse mennesker, kunne han ha mistet respekten for seg selv. Kanskje han etterpå ikke ville vise seg ute i fellesarealet. Kanskje han ville føle skam. Det jeg vet i fra før er at de har best av å komme for seg selv og få våkne til for seg selv. Det er fordi at da blir det ikke så nedverdiggende og de har sin egen integritet i behold. Jeg vil ikke gjøre noen vondt. Det er ikke derfor man handler med tvang. Det er for pasientens beste. Jeg opplevde at det var tvang brukt på rett måte. Det er vår jobb å hjelpe pasienten til å ivareta sin integritet.

Situasjonen med herr Nilsen var en sterk og vond erfaring for Bente. Samtidig var det en erfaring av å lykkes med å beskytte pasientens integritet i en meget utfordrende situasjon, og å være til hjelp for pasienten. Hun opplevde at det var greit og stå oppi situasjonen. *Jeg ble en erfaring rikere.* Hun erfarte at hun ikke liker tvang og at man bør prøve andre tiltak først. Hun så at han var redd.

Når vi holdt ham nede følte jeg på alle kreftene han brukte for å komme løs.

Bente følte på kroppen hvordan en som ikke har språk og er forvirret kan være når han er så fysisk sterk. Hun følte hvor mye krefter man som menneske kan hente fram når man blir redd.

Herr Nilsen er en høy og kraftig mann som liker å være fysisk aktiv. Et tiltak for å forebygge uroen er å ta ham med ut på tur. Det fordrer at det er flere personale, fordi de må være to hvis de skal gå ut. Bente påpeker at et ekstra personale som kan ha ekstra tilsyn med ham kan forebygge uroligheter. Dette var noe de hadde hatt tidligere på avdelingen. Når pasienten ble roligere ble ekstravakten tatt bort. Personale med riktig kompetanse, som for eksempel videreutdanning i psykisk helsearbeid, til å møte pasientens problemer mener studenten også er viktig. Men, per i dag var det ingen på avdelingen som hadde denne kompetansen.

Riktig kompetanse skaper trygghet og ivaretar både personalet og pasienten. Nå låser personalet inngangsdøren til avdelingen og pasienten stenges dermed inne på avdelingen.

Bente mener det ikke er rett å gjemme seg bak problemet med å si at det ikke er personale nok. Det handler også om riktig kompetanse. *Ved å skjule oss gjemmer vi et problem.* Andre tiltak Bente mener er viktig for å forebygge pasientens uro er medisinerer. Herr Nilsen hadde fått ny medisin og med god effekt.

5.5 Oppsummering

I praksisen på sykehjemmet står studenten overfor flere utfordringer. De utfordringene jeg har trukket frem peker ut fire temaområder:

Det første er utfordringen når hun hjelper pasienten med noe for første gang. På den ene siden er det den følelsesmessige uroen knyttet til ubehaget ved å hjelpe pasienten, og på den andre siden behovet pasienten har for studentens hjelp.

Den andre utfordringen går ut på å tolke andre ut fra egne følelser. Det dreier seg om situasjoner hvor studenten reagerer på måten sykepleieren behandler pasienten på. Utfordringene for studenten er å forholde seg til og bearbeide sine følelsesmessige reaksjoner og samtidig forstå hvorfor sykepleieren utøver sykepleie som hun gjør. Studenten tolker sykepleierens gjøremål med utgangspunkt i teorier, og sin forståelse av hva som er riktig for pasienten.

Den tredje utfordringen handler om studentens utfordringer i yrkesutøvelsen. Hvilken type ferdighet de utfører, fordrer ulike faglige krav, nærhet og kjennskap til pasienten.

Den fjerde utfordringen handler om studentens kunnskap og erfaring med å kunne stå i en situasjon og hjelpe pasienten.

Alle situasjonene viser at studenten beveger seg mellom følelser og fornuft når hun lærer å integrere kunnskap i yrkesutøvelsen. Hun tolker ut fra det hun føler er riktig for pasienten. Følelsen begrunnes i teoretiske og selverfarte forklaringer. Hun legitimerer forståelsen og

handlingene som fornuftige og god for pasienten. Beskrivelsene viser at det finnes kunnskap i følelsene, en kunnskap studenten mener er fornuftig og derfor må utvikle og forstå for å kunne hjelpe pasienten på en god måte.

6.0 Følelser er fornuft

Dette kapitlet handler om samspillet mellom følelser og fornuft. I drøftingen beveger jeg meg fra studentens egne følelser, som utgangspunkt for hennes virksomhet, til hvordan hun gjennom ulike tilnærminger til pasienten kan synliggjøre den kunnskap som er lagret og innbakt i følelsene som ledsager henne i omgangen med pasientene.

Det er ved å øve seg i å håndtere samspillet mellom følelser og fornuft at studenten kan synliggjøre og utvikle kunnskap som er innebygd i følelsene. I drøftingen argumenterer jeg for læringsprosessen som en hermeneutisk bevegelse mellom følelser og fornuft. Jeg er opptatt av hvordan følelser og fornuft samspiller i denne bevegelsen. Jeg vil særlig dvele ved studentens mot til å møte og stå i følelsene overfor pasienten og seg selv, og hvordan studenten utvikler mot. Studenten vil i ulike læringssituasjoner gjennom ulike tilnærminger til pasienten utvikle og forstå kunnskapen i følelsene.

6.1 Utgangspunktet er følelsene

Erfaringene og utfordringene studenten står overfor, skaper bestemte opplevelser og følelser hos henne. Når studenten skal hjelpe pasienten med morgenstellet, sette en injeksjon for første gang eller ivareta pasientens integritet, bringer studenten med seg bestemte følelser til sine møter med pasientene. Nye følelser kan oppstå, og noen kan endre seg etter at studenten har gått ut av møtene med pasientene. Følelser som å grue seg, redsel og mestring er en del av læringssituasjonen. Hvem handler disse følelsene om?

Nussbaum¹⁸⁹ mener de i første rekke handler om den som har følelsen. Studenten føler for eksempel redsel når pasienten med utfordrende adferd holder henne fast, eller når hun gruer seg til å hjelpe pasienten i morgenstellet. Det er studenten som har følelsen, er redd eller gruer seg, og det er hun som må lære å forholde seg til denne følelsen når hun står i situasjonen med pasienten. Følelsene preger studenten og hele læringsforløpet. Utgangspunktet for hvordan hun velger å hjelpe pasienten er følelsene i forhold til pasienten.

¹⁸⁹ Nussbaum, M. "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

I vurderingen av hvordan hun vil hjelpe pasienten befinner hun seg derfor i en meget kontant forstand mellom følelser og fornuft. Aristoteles¹⁹⁰ hevder at hensiktsmessig kunnskap trenger følelsens responsivitet. I det nære samspillet mellom følelser og fornuft, synliggjør følelsene kunnskapen for oss.¹⁹¹ Mitt anliggende er at følelsene ikke bare synliggjør kunnskap for oss, men at det i følelsene også er kunnskap som må synliggjøres og utvikles for at studenten skal kunne hjelpe pasienten på en god måte.

Følelsene kan sies å uttrykke oppmerksomhet eller lydhørhet som er rettet mot – i dette tilfellet - en pasient.^{192, 193}. Studentens følelse av redsel, eller at hun gruer seg, er innrettet og har fokus mot pasienten. I oppmerksomheten eller lydhørheten i følelsen, ligger det allerede en forståelse av pasienten. Hvordan studenten ser pasienten inneholder derfor også en oppfatning av pasienten som følelsen er rettet mot. Studenten er i et av eksemplene over redd mannen kan skade henne. Oppfatningen om at mannen kan skade henne er avgjørende for følelsen, som i dette eksemplet er redsel.

Følelsene kan også være rettet mot flere enn ett subjekt.¹⁹⁴ Nussbaum skiller mellom den som har følelsen og den eller det følelsen er rettet mot. I læringssituasjonene studenten beskriver er sykepleieren, pasienten og pårørende alle eksempler på slike mangesidige områder for oppmerksomhet. Studenten retter følelsene mot alle tre. Deres oppgaver og ansvar i de ulike læringssituasjonene har betydning for hvem av disse subjektene følelsene er rettet mot i øyeblikket. Når studenten hjelper pasienten i morgenstellet for første gang, er følelsen rettet mot pasienten. Når studenten observerer sykepleieren som hjelper pasienten, er følelsen rettet både mot pasienten og sykepleieren. Studentens følelser er med andre ord rettet mot den hun har sitt blick, sin oppmerksomhet rettet mot i en aktuell situasjon.

Hvem har studenten blick for i pleiesituasjonen? Hun ser pasienten, sykepleieren og pårørende. Men studenten ser også seg selv. Hun kjenner sine egne følelser som uartikulert

¹⁹⁰ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

¹⁹¹ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

¹⁹² Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

Nussbaum, M. "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

¹⁹³ Aristoteles og Nussbaum bruker begrepet objekt (objects) om den følelsen er rettet mot. Begrepet kan gi assosiasjoner til tingliggjøring av mennesket, en man holder eller tar avstand fra. Begrepet har å gjøre med den eller de som studentene står overfor og må forholde seg til i læringssituasjonene.

¹⁹⁴ Nussbaum, M. "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

ubehag eller behag når hun er usikker på om hun har kunnskaper nok til å hjelpe pasienten, eller når hun opplever at hun mestrer gjennomføringen av en ferdighet. Det er det studenten føler usikkerhet eller mestring overfor, som først står i forgrunnen.

Når studenten har tenkt over eller kjent etter de ubehagelige eller behagelige følelsene, kan hun få kunnskap om hva følelsene usikkerhet og mestring handler om. Hvem studenten ser, det følelsene er rettet mot, kommer til uttrykk i studentens beskrivelser av hva følelsene handler om. Når hun beskriver hvordan hun gruer seg til å hjelpe pasienten med morgenstellet for første gang, er denne følelsen ikke bare rettet mot pasienten, men også mot henne selv. Følelsen å grue seg handler her om to forhold: Om studenten selv, særlig hennes opplevelse av manglende kunnskaper til å hjelpe pasienten med stellet, og hvordan hun kan hjelpe pasienten.

I læringssituasjonene er studentens følelser rettet mot minst to subjekter hvorav det ene subjektet er studenten selv. Benner¹⁹⁵ fokuserer på læring og utvikling av sykepleie som en del av forholdene som kjennetegner klinisk praksis. I forskningsarbeidet studerer hun utviklingen av sykepleierens personlige dømmekraft. Denne dømmekraften gir retning til sykepleierens valg i de ulike konkrete situasjonene. Utviklingen hos sykepleieren går fra regler og å handle usikkert og stivt til å utøve sykepleie med sikkerhet. I Benners undersøkelse fokuseres det ikke på sykepleierens fokus på egne følelser. Men den viser at når sykepleieren er novise og nybegynner og utvikler seg faglig, kan fokuset i situasjonene også være rettet mot andre forhold i situasjonen enn pasienten. Det er ofte forhold som handler om sykepleieren selv.

Hvordan følelsene kommer til uttrykk hos studenten, har å gjøre med hvordan hun ser pasienten følelsen er rettet mot.¹⁹⁶ Bente observerer at herr Nilsen blir urolig og vandrer rundt i avdelingen på jakt etter utgangsdøra. Hun kjenner igjen denne situasjonen fra tiden hun arbeidet i psykisk helsearbeid. Erfaringen viser henne at pasienter som er urolig og vandrer kan være redd, og hvis de er redd kan de bli voldelig utagerende. Situasjoner som denne ble også diskutert i undervisningen om demens og uro. Studenten vet hvilken utvikling pasientens uro kan få, en utvikling som hun også etter hvert får bekreftet. Dette skaper følelser hos Bente

¹⁹⁵ From novice to expert. 1984.

Fra novise til ekspert. 1995.

¹⁹⁶ Nussbaum, M. "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

og hun gir uttrykk for at hun er redd. Pasienten ønsker å gå ut av avdelingen og han finner utgangsdøra låst. Han blir nektet å gå ut og han prøver flere ganger å få opp utgangsdøra. Pasienten opplever at han blir stengt inne mot sin egen vilje og det opprører han. Han blir sint. Den opplevelsen pasientens væremåte skaper hos studenten, er nødvendigvis ikke et objektivt og nøyaktig uttrykk for hvordan pasienten opplever egen væremåte. Følelsen som oppstår hos studenten kan derfor handle om noe annet enn det pasienten uttrykker.

For å forstå kompleksiteten i det vi ser, bruker jeg Merleau-Pontys¹⁹⁷ redegjørelse for hvordan vi ser noe som noe bestemt. Eksemplet han bruker er hvordan og hva vi ser når vi betrakter et maleri, for eksempel av en fjellheim. Hvordan vi ser fjellheimen og hva vi ser av den, beror på hvem vi selv er med de bestemte erfaringene og perspektiv vi har. Vi kan se selve fjellheimen, men vi kan også se forhold vi assosierer eller forbinder med fjellheimen. På tilsvarende måte ser studenten en mann som er urolig og med utfordrende adferd. Men hun ser også pasientens blick som uttrykker redsel. Studenten har erfaring fra psykisk helsearbeid med pasienter som er urolige og som har utfordrende adferd. Hun vet fra liknende situasjoner at pasienten er redd, noe hun nå også ser i øynene hans. Erfaringen hun har fra psykisk helsearbeid er at hun kan hjelpe pasienten ved å gå inn i situasjonen, bli i situasjonen og skjerme pasienten fra omgivelsene. Men selv om studentens erfaring er at pasienten ikke skader andre, skaper situasjonen likevel en usikkerhet hos henne. Hun observerer pasienten og hun reflekterer over styrkeforholdet mellom seg selv og ham. Hun opplever at han er stor og sterk og at hun er liten. Dette styrkeforholdet skaper en følelsesmessig utfordring. Det skaper en utfordring som hun står overfor i situasjonen og må lære å forholde seg og å handle i forhold til.

Pasienten studenten ser skaper en usikkerhet og redsel for at han skal skade henne. Er studentens opplevelse noe annet enn det pasienten opplever? Opplever pasienten at han er stor, sterk og har utfordrende adferd? Pasienten har problemer med å uttrykke seg verbalt. Tilbakemeldingen fra pasienten på hans opplevelse av situasjonen får studenten gjennom å observere kroppsspråket hans. Studenten ser på øynene hans at han er redd og at denne redselen gjør ham, for henne, fysisk liten. Merleau-Ponty poengterer at vi ikke kan se noe annet enn det vi fikserer med blikket.¹⁹⁸ Studenten observerer og blir dratt inn i pasientens

¹⁹⁷ Øyet og ånden. 2000.

¹⁹⁸ Øyet og ånden. 2000.

rom, men hun fikserer blikket på uttrykket for redsel i øynene hans. Hva vi fikserer med blikket har betydning for de følelsene vi møter i situasjonen.

Hvordan studenten ser pasienten og hva hun fikserer blikket på, får derfor betydning for om hun velger å se en stor og sterk pasient som kan skade henne eller en pasient som er redd. Hun har erfaring med at pasienten blir redd når han blir stengt inne. Når pasienten er redd tar han tak i den første og beste og holder dem fast. Studenten forholder seg rolig fordi hun vet at det ikke er henne pasienten er ute etter. Hennes erfaringer tilsier at skjerming og et fast og godt håndlag, når de tar i og holder pasienten, hjelper ved slik utfordrende adferd. Pasienten faller ofte til ro av denne holdingen og sovner ofte etter hvert. Hvordan hun ved hjelp av denne kunnskapen og erfaringen tolker pasientens redsel får betydning for valget hun tar om å skjerme han fra omgivelsene. Studenten velger ikke sin følelse. Følelsen er spontan og autentisk. Samtidig kan det være god dybde og forstand i en slik autentisk opplevelse, og det er det fordi den også er basert på erfaring og fornuft.

Kunnskapen som kommer til anvendelse i situasjonen er innlemmet i studentens kropp. Gjennom det vi ser, og ved å være i bevegelse i verden, innlemmer vi verden, kunnskap og erfaring i kroppen - i den *levende* kroppen.¹⁹⁹ Gjennom kroppens interaksjon og kommunikasjon med verden får vi tilgang til verden. En forandring av kroppen medfører derfor også en forandring av verden.

Et eksempel Merleau-Ponty²⁰⁰ bruker for å illustrere den levende kroppen er å lære å sykle. Når vi lærer å sykle opphører sykkelen å være en ting, men blir i stedet midlet for å utvide og omdanne verden. Sykkelen blir innlemmet i kroppen sammenvevet med den kunnskap som sitter i kroppen. På samme måte utvikler studenten kunnskap ved å være i erfaringen og å arbeide med følelsene som oppstår i situasjonen.

Når Bente holder pasienten i hånden blir hun den som gir ro og trygghet til han. Hun gjør det fordi hun føler det er riktig akkurat i denne situasjonen. Kunnskapen i følelsene synliggjøres i handlingen. Men skal den innlemmes og sammenveves i kroppen med tidligere kunnskap og

¹⁹⁹ Bengtsson, J. og Løkken, G. "Maurice Merleau-Ponty: Kroppens verdslighet og verdens kroppslighet" i Pedagogikkens mange ansikter. Pedagogisk idéhistorie fra antikken til det postmoderne. 2004.

²⁰⁰ Bengtsson, J. og Løkken, G. "Maurice Merleau-Ponty: Kroppens verdslighet og verdens kroppslighet" i Pedagogikkens mange ansikter. Pedagogisk idéhistorie fra antikken til det postmoderne. 2004.

erfaring må den bevisstgjøres som kunnskap. Bente må se at følelsen i situasjonen legger føring for hennes valg og uttrykker hennes forståelse og kunnskap.

Følelsene omfatter ikke bare en bestemt måte å se pasienten på. De omfatter også hva den som har følelsene, studenten, tror om pasienten.²⁰¹ Når Trine skal hjelpe pasienten med morgenstellet for første gang, tror hun at pasienten vil oppleve det ubehagelig at hun er til stede og hjelper henne, eller at hun ser på når hun blir vasket. Det at hun tror pasienten vil oppleve hennes tilstedeværelse ubehagelig, gjør at hun gruer seg.

Hva studenten tror om pasienten er avgjørende for følelsenes identitet og dermed den verdi de tilskrives.²⁰²

Studenten ser ikke pasienten og handlingsforløpet kun som en "ting".²⁰³ Hun ser en pasient som trenger hjelp i morgenstellet. Samtidig som studenten gruer seg for å hjelpe pasienten, har det betydning for hennes læringsløp at hun får erfaring med å hjelpe pasienten i morgenstellet. Å være i denne læringssituasjonen får betydning og har i så måte en mening for henne. Den studenten retter følelsen mot, her pasienten, får derfor betydning for studentens læring.

Følelsene kan ha en hensikt eller intensjon for den det gjelder.²⁰⁴ Hvilken hensikt eller intensjon kan følelsene ha for studenten?

Følelsenes hensikt kan både være faglige og personlige.²⁰⁵ Når studenten går inn i situasjonen og hjelper pasienten med morgenstellet eller skjærer han fra omgivelsene, utfordres hun følelsesmessig både faglig og som privatperson. I læringssituasjonene er hensikten faglig.

²⁰¹ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

Nussbaum, M. "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke Känsla Identitet. 1997.

Nussbaum, M. "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

²⁰² Nussbaum, M. "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

²⁰³ Skjervheim, H. "Det instrumentalistiske mistaket" i Mennesket. 2002.

²⁰⁴ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

Nussbaum, M. "The Discernment of Perception: An Aristotelian Conception of Private and Public Rationality" i Love's Knowledge. Essays on Philosophy and Literature. 1990.

Nussbaum, M. "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

²⁰⁵ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

Nussbaum, M. "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

Studenten skal lære å utøve sykepleie. Men i utøvelsen berøres også studenten som privatperson. Læringsprosessen skiller ikke mellom studenten som privat- og fagperson. Studenten uttrykker seg selv i yrkesutøvelsen.

Nortvedt²⁰⁶ beskriver forholdet helsepersonell og pasienten står i som et behandler-hjelpforhold. Dette forholdet dreier seg om, sier Nortvedt²⁰⁷, *”ulike hensyn av faglig og etisk art fra helsepersonells side og overveielser og helseopplevelser fra pasientens side i forhold til mestring av sykdom, lidelse og helsesvikt”*.

Å ta hensyn til pasienten med utgangspunkt i seg selv og sine følelser som fag og privatperson, kan stille studenten overfor kompliserte moralske utfordringer. Studenten skjerner pasienten som er urolig fra omgivelsene ved å følge ham til rommet. Pasienten setter seg til motverge og studenten og kontaktsykepleieren må bruke makt i situasjonen. Studenten har negative følelser for bruk av tvang. Hun liker ikke tvang. Tvang skal ideelt sett ikke brukes fordi det frarøver pasienten hans eller hennes integritet og selvbestemmelse. I situasjonen vurderer hun likevel tvang som den ytterste form for omsorg, og nødvendig for å ivareta pasientens integritet. Studenten utfører med andre ord en handling som hun har dårlige følelser for, samtidig som handlingen i denne situasjonen vurderes å være nødvendig og god for å kunne hjelpe pasienten. Pasientens integritet tillegges større betydning enn studentens umiddelbare og autentiske motstand mot tvang. På den måten kan den personlige opplevelsen skilles fra den faglige.

Følelsene som er rettet mot pasienten kan være i overensstemmelse med studentens egne følelser, men kan også være i konflikt med dem. Hvordan studenten må handle kan med andre ord komme i konflikt med hennes følelser overfor pasienten og situasjonen hun står overfor. Studenten må lære å handle overfor pasienten på en måte som kan være følelsesmessig belastende for henne selv, men som må gjøres av hensyn til pasientens beste. Nortvedt²⁰⁸ beskriver hensynet helsepersonell må ta overfor pasienten som objektive og subjektive hensyn. Med objektive hensyn menes:

²⁰⁶ ”Følelser og fornuft – etisk teoridebatt med relevans for helsefagene” i Etikk for helsefagene. 2006.

²⁰⁷ ”Følelser og fornuft – etisk teoridebatt med relevans for helsefagene” i Etikk for helsefagene. 2006. s. 36.

²⁰⁸ ”Følelser og fornuft – etisk teoridebatt med relevans for helsefagene” i Etikk for helsefagene. 2006.

*”etiske overveielser som har til hensikt å minimalisere lidelse eller bedre pasientens helsetilstand, selv om dette vil innebære tiltak som kan være subjektivt belastende på kort sikt, det vil si innebære smerte, ubehag, ulike grader av anstrengelse.”*²⁰⁹

Med subjektive hensyn mener han: *”fra helsepersonellens side tiltak som søker å ta hensyn til pasientens umiddelbare opplevelse av sykdom og helsesvikt, i en forståelse av hva tilstanden innebærer for den syke her og nå.”*²¹⁰

I læringssituasjonen hvor studenten ivaretar pasientens integritet ved å skjerme ham fra omgivelsene, velger hun å ta ham inn på rommet, selv om hun gjør det mot hans vilje. Dette gjør hun for å ivareta hans integritet, noe hun vurderer å være til pasientens beste. Studenten vet at hun gjør dette mot pasientens egen vilje og hun opplever at dette er etisk problematisk. Det berører hennes holdninger og syn på bruk av tvang i forhold til mennesket hun hjelper.

Som Nortvedt²¹¹ uttrykker det: *”de faglige hensyn kan fra et objektivt synspunkt (pasientens beste) være etisk legitime, men fra et subjektivt synspunkt (pasientens erfaring av ubehag og lidelse), like fullt være etisk problematisk.”*²¹²

Veien mot faglige valg som er til pasientens beste er ikke alltid rettlinjet. Studenten må lære å ta valg i etiske problematiske situasjoner hvor hennes følelser kan være i konflikt med hva som er til det beste for pasienten. Følelsene skiller ikke mellom fag og privatperson og berører derfor også studenten som den personen hun er.

Følelsene har betydning for hvem og hva studenten ser, hvordan studenten ser pasienten, hvordan hun tolker pasientens uttrykk og for hennes valg av tiltak. Følelsene er derfor utgangspunktet for læringsprosessen og setter sitt preg på hele prosessen. Studenten preges og utfordres av følelsene og må derfor lære å utvikle og forstå den kunnskap som er i følelsene. Denne kunnskapen synliggjøres i utøvelsen og kan utvikles i refleksjonen over samspillet mellom følelser og fornuft.

²⁰⁹ Nortvedt, P. ”Følelser og fornuft – etisk teoridebatt med relevans for helsefagene” i Etikk for helsefagene. 2006. s. 35.

²¹⁰ Nortvedt, P. ”Følelser og fornuft – etisk teoridebatt med relevans for helsefagene” i Etikk for helsefagene. 2006. s. 35.

²¹¹ ”Følelser og fornuft – etisk teoridebatt med relevans for helsefagene” i Etikk for helsefagene. 2006.

²¹² Nortvedt, P. ”Følelser og fornuft – etisk teoridebatt med relevans for helsefagene” i Etikk for helsefagene. 2006. s. 36.

6.2 Læringsprosessen som en hermeneutisk bevegelse mellom følelser og fornuft

I lærings situasjonene møter studenten pasienter og hun velger hvordan hun vil hjelpe ham eller henne. Henriksen/ Aarflot²¹³ og Svenaeus²¹⁴ beskriver denne situasjonen som et møte mellom to personer med ulike forståelseshorisonter. I dette møte må de to ulike forståelseshorisontene overbygges, slik at helsepersonell utvikler en forståelse for pasientens situasjon. For å få tak i pasientens perspektiv i dette møtet, er sykepleieren til stede hos pasienten både rent fysisk og mentalt.

Tilstedeværelsen har i så måte både en fysisk og en psykologisk komponent.²¹⁵ Sykepleieren er fysisk nær og står ansikt til ansikt med pasienten. Den psykologiske komponenten inkluderer sosial, følelsesmessig, intellektuell, etisk og åndelig tilstedeværelse. Tilstedeværelse som begrep handler med andre ord om øyne som ser, hender som kjenner og føler, en nese som lukter, ører som lytter til pasientens eget syn og pårørendes erfaringer, personer som tenker, tyder og skjønner ut fra situasjonen og som lytter til hjertets stemme.²¹⁶ Dette krever lydhørhet, oppmerksomhet, tanke- og følelsesmessige nærhet²¹⁷ til pasienten.

Aristoteles²¹⁸ sier at valgene vi tar i situasjonen, tas under innflytelse av følelsene. Følelsene er derfor alltid en del av de rasjonelle valgene vi mennesker tar. Fornuften bruker vi både til å tenke ut hvordan vi vil handle og hvordan vi vil forholde oss til følelsene overfor andre.²¹⁹ Å utøve sykepleie innebærer at utøveren makter dette samspillet mellom følelser og fornuft. Hvordan samspiller følelser og fornuft i lærings situasjonen til studenten?

Studenten er i en lærings situasjon hvor hun gjennom å hjelpe pasienter skal utvikle kunnskap og forståelse om deres situasjon. Det er middagstid og Sara skal servere pasienten. Hun får i oppgave å gå inn og plassere tallerkenen på bordet foran en pasient. I denne

²¹³ "Kapittel 10. Å møte en annen" i Møte mellom pasient og sykepleier. 2002.

²¹⁴ "Fronesis – en hermeneutisk dygd" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

²¹⁵ Watson, J. "Watsons Philosophy and Theory of Human Caring in Nursing" i Conceptual models for nursing practice. 1989.

²¹⁶ Alvsvåg, H. "Klinisk skjønn. Kapittel 13" i Møte mellom pasient og sykepleier. 2002.

²¹⁷ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

²¹⁸ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

²¹⁹ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

lærings situasjonen møtes studenten og pasienten gjentatte ganger hvor de utveksler mening, opplevelser og kunnskap.

For å utvikle en forståelse for pasientens situasjon, må, som Henriksen/Aarflot²²⁰ og Svenaeus²²¹ drøfter, studentens og pasientens ulike forståelseshorisonter overbygges. Pasienten har hverdagerfaringer om sykdommen, og studenten har den kunnskapen og innsikten i pasientens situasjon som hun så langt har skaffet seg i studiet. Avstanden mellom forståelseshorisontene, mener Henriksen/Aarflot og Svenaeus, bunner i de ulike måtene studenten og pasienten kan forholde seg til sykdommen på.

Når Sara serverer pasienten middagen observerer hun at pasienten får mye gulrøtter. Pasienten spør også etter disse gulrøttene. Sara forteller pasienten hvor gulrøttene er på fatet. Når studenten kommer tilbake for å bære ut brettet, observerer hun at pasienten nesten ikke har spist noen av gulrøttene. Hun undres over dette, og studenten får følelsen av at det er noe som ikke stemmer. Men hun vet ikke hva det er.

Når Sara bærer ut tallerkenen og observerer at pasienten har spist lite gulrøtter, blir følelsen av at det er noe som ikke stemmer tydeligere. For å finne ut av hva følelsen handler om spør hun kontaktsykepleieren, og de utveksler kunnskap og erfaring om pasienten.

Studenten tolker erfaringen hun nylig har gjort, opp mot tidligere observasjoner og samtaler med pasienten. Dialogen med sykepleieren øker hennes forståelse av pasienten og hun kan gjenkjenne beskrivelser fra sykdomslæren. Demens kan medføre synutfall. Pasienten kan ikke se gulrøttene fordi hun ikke har sidesyn. Kunnskapen gjør det enkelt å forstå hvorfor pasienten ikke spiste gulrøttene. Episoden gjør at studenten ser sammenhengen mellom forskningsbasert kunnskap om demens og symptomer og pasientens praktiske hverdag, og får bekreftet betydningen av å være i besittelse av kunnskap som kan forklare pasientens problemer. Naturvitenskapelig kunnskap blir nyttig for å forstå og handle adekvat.

Læringsprosessen hvor studenten beveger seg inn i pasientens situasjon ved å observere og samtale med pasienten, og ut av pasientens situasjon ved å søke å forstå det observerte, kan

²²⁰ ”Å møte en annen. Kapittel 10” i Møte mellom pasient og sykepleier. 2002.

²²¹ ”Fronesis – en hermeneutisk dygd” i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

beskrives som en tolkende dialog mellom studenten og pasienten, der studenten forsøker å forstå pasienten for å kunne hjelpe.

Aristoteles²²² beskriver dialogen mellom studenten, pasienten og sykepleieren som en prosess hvor fornuften tar opp og spiller sammen med følelsene. Samspillet mellom følelsene og fornuften utvikles som et ledd i studentens kunnskap om pasienten foran seg. Svenaeus²²³ beskriver prosessen hvor studenten tolker dialogen med pasienten som en hermeneutisk prosess der det tolkende møte utgjør selve essensen.

Jeg ser samspillet mellom følelser og fornuft i læringssituasjonen som en arbeidsprosess og en vei studenten må gå for å forstå pasienten. Et viktig resultat av denne arbeidsprosessen er å artikulere og dermed bevisstgjøre den kunnskapen som allerede er innebygget i følelsene. Denne veien mot økt forståelse av pasienten oppfatter jeg også som en hermeneutisk bevegelse i Gadamer's forstand.²²⁴

Vi søker å finne mening i det vi allerede intuitivt står overfor, sier Gadamer.²²⁵ En sentral vei til slik kunnskap er dialogen med oss selv og andre. Alle mennesker tolker den verden de lever i.²²⁶ Å tolke betyr i vår sammenheng at studenten ut fra sine forutsetninger forsøker å forstå pasienten i den situasjonen hun selv er i. Denne prosessen foregår som en kontinuerlig bevegelse frem og tilbake mellom helheten og del, mellom fenomenet som tolkes og omgivelsene, mellom fenomenet og forforståelsen. Bevegelsen går mellom det studenten forstår, forforståelsen, og den nye forståelsen som oppstår når studenten er i dialog med seg selv og pasienten.

Den hermeneutiske bevegelsen er i prinsippet uendelig, men blir avsluttet når meningen med det pasienten uttrykker synes rimelig og gyldig, for eksempel når studenten forstår hvorfor pasienten ikke spiser gulrøttene. Med forståelsen utvikles en innholdsmessig enighet om hva pasienten uttrykker.²²⁷ Studentene anerkjenner gyldigheten i det pasienten uttrykker. De forstår det som framstilles som en fullstendig enhetlig mening. Mening blir til forståelse når de elementene som lar seg bestemme ut fra helheten, selv bestemmer den samme helheten.

²²² Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

²²³ "Fronesis - en hermeneutisk dygd" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

²²⁴ Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

²²⁵ Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

²²⁶ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

²²⁷ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

For at studenten skal forstå hva pasienten uttrykker, må det pasienten uttrykker gi en mening som kan skape en felles forståelse av saken, for eksempel at studenten må forstå at pasientens synsutfall gjør at tallerkenen må plasseres slik at hele dens innhold blir sett. Deres felles sak er at pasienten skal se maten på tallerkenen.

Gjennom denne hermeneutiske bevegelsen kan studenten øke forståelsen av pasientens situasjon. Hva er det studenten må forstå?

Hun må i mitt case forstå hvorfor pasienten har spist lite gulrøtter, og hun må ha kunnskap om pasienten som enkeltindivid for å kunne forstå dette. Skillet mellom kunnskapsformene episteme, techne og fronesis, kan hjelpe oss til å forstå dette komplekse samspillet mellom kunnskap og praksis.

For å kunne plassere tallerkenen foran pasienten slik at pasienten ser gulrøttene, må studenten ha kunnskap om synsutfall. Denne kunnskapen kan gjelde for mennesker med demens og andre sykdommer. Men for at studenten skal vite hvordan hun skal plassere tallerkenen foran pasienten, gulrøttene til høyre, vurderes og ses denne kunnskapen i sammenheng med problemene til denne pasienten.

I denne lærings situasjonen spiller fornuften på lag med følelsene. De tar seg inn i oss på en kognitiv måte, gjennom oppmerksomheten og oppfatningen av hva som er viktig for oss.²²⁸ Å se noe i verden og å ta det til seg, synes derfor å være en prosess som fordrer fornuftens spørsmål om å skille ut det som er viktig i denne pasientsituasjonen.

Nussbaum²²⁹ definerer fornuften som en hjelp til å ha en oppfatning om hvordan saker og ting er. I samspillet mellom følelser og fornuft, tolkes og integreres kunnskap. Kunnskap som er relevant for pasienten, den individuelle pasienten, synliggjøres og utvikles. Når studenten forstår at det er viktig for pasienten å få gulrøtter, og forstår hvordan tallerkenen må plasseres for at hun kan se gulrøttene, har studentens forståelse for pasientens situasjon økt. Studenten vet at hun kan hjelpe henne på en god måte.

²²⁸ Nussbaum, M. "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke Känsla Identitet. 1997.

²²⁹ "Emotionser som värdeomdömen" i Tanke Känsla Identitet. 1997.

I kompliserte læringssituasjoner der pasienten har problemer med å uttrykke seg verbalt, kan ikke studenten og pasienten utveksle opplevelsen av situasjonen gjennom samtalen. Hun mottar heller ikke tydelig tilbakemelding fra pasienten på den hjelpen hun gir. Studenten opplever at pasientens uttrykk gjennom kroppsspråket kan være vanskelig å forstå. Det er utfordrende å forstå pasienten fordi det er kunnskap om pasienten hun ikke får tak i. Den kunnskapen hun har er ikke tilstrekkelig til å kunne vurdere pasientens behov. Spørsmålet er om studenten i kompliserte læringssituasjoner øker forståelsen for pasientens situasjon, og hva studenten eventuelt øker forståelsen for. Et tredje spørsmål er om studenten i dialog med pasienten og sykepleieren øker forståelsen av pasienten?

Hvilken kunnskap synliggjøres for studenten i kompliserte læringssituasjoner? Anne velger å avbryte måltidet fordi hun føler at hun ikke mestrer situasjonen. Hvilken kunnskap er det hun har som gjør at hun oppfatter situasjonen som farlig både for seg selv og pasienten?

Anne har anatomiske kunnskaper som gjør at hun vet at maten kan gå i luftrøret. Pasientens hosting tar hun som en advarsel. Hun ser at pasienten lukker munnen. Det tar hun som et tegn på at situasjonen er ubehagelig for pasienten. Hun får følelsen av at det ikke er riktig av henne å fortsette å gi pasienten frokost. Det føles galt både etisk og faglig. Hun kan risikere å skade pasienten og det hun gjør kan oppleves av pasienten som et overgrep. Hun velger derfor å avbryte måltidet og be sykepleieren om hjelp.

Sykepleieren kommer inn og overtar. Pasienten spiser. Anne ser på og legger merke til at sykepleieren tar seg god tid. Det er det hun ser. Men hun vet ikke hva sykepleieren ser hos pasienten eller hvordan sykepleieren gir henne maten. Sykepleierens teknikk vises i håndlaget, men den kan ikke imiteres fordi den utledes av sykepleierens egen forståelse av pasienten. Sykepleieren viser at hun er fortrolig med pasientens situasjon og vet både at pasienten trenger hjelp, hvordan hjelpen skal gis og når pasienten er klar til å få mat i munnen. Handlingen demonstrerer hennes episteme, techne og fronesiskunnskap.

Anne viser til anatomiske og fysiologiske kunnskaper og etiske overveielser. Det er kunnskapen i hennes følelser som gjør at hun forlater rommet. Hun vet ikke at pasienten hoster fordi det er noe hun selv gjør feil. Hun plasserer problemet hos pasienten. Sykepleieren demonstrerer at det er Annes manglende kjennskap til pasienten som utløser hosteanfallet og pasientens avvisning. Observasjon av samarbeidet mellom sykepleieren og pasienten

bekrefter at pasienten gjerne ville ha mat, og at sykepleieren mestrer det Anne selv ikke mestret.

Denne situasjonen viser hvordan sykepleieren fremstår som mesteren. Spørsmålet blir om og hvordan sykepleieren skal overføre sin kunnskap til studenten?

Kan studenten gjennom å bli bevisst sin kunnskap i følelsen hun har når hun forlater rommet bedre forstå hvilken kunnskap hun mangler? Kan hun lære å hjelpe pasienten med å spise og drikke under veiledning av sykepleieren og ved å prøve å imitere det sykepleieren gjør?

I håndteringen av pasienten viser studenten at hun forstår at hun ikke vet hvordan hun teknisk kan hjelpe pasienten selv om hun har anatomisk og fysiologisk kunnskap om svelgproblematikk. Men den er ikke utfyllende nok til at studenten kan hjelpe pasienten. Tolkningen og integreringen av kunnskap får også betydning for studentens følelse om manglende mestring. Hvordan studenten velger å handle i spisesituasjonen beror på følelsen av manglende mestring. I observasjon av sykepleieren synliggjøres hennes manglende kunnskap til å hjelpe pasienten. Studentens egen opplevelse av manglende mestring blir utslagsgivende for hvordan hun handler i situasjonen.

Nussbaum²³⁰ trekker frem følelsenes tendens til å ta over menneskets personlighet, og hvordan følelsene kan drive personen til å handle. Den springer ut av studentens egen situasjon. Den kunnskapen studenten utvikler om teknikk, basert på anatomi og fysiologi, klarer hun ikke å knytte til pasienten. Opplevelsen av manglende mestring forsterkes, og studenten blir utrygg og usikker i situasjonene med pasienten. Utrygghet og usikkerhet kan også virke begrensende på integrering av kunnskap og utvikling av kunnskap adekvat for situasjonen.

Kunnskap som kan knyttes til pasienten, blir mer usynlig for studenten. Hun er i en hermeneutisk bevegelse, men kunnskapen studenten utvikler forsterker følelsen eller opplevelsen av manglende mestring. Studenten kommer slik ofte i en negativ læringsprosess. Hun føler at noe er galt, men forstår ikke hvorfor og hvordan hun skal forholde seg til

²³⁰ ”Emotioner som värdeomdömen” i Tanke Känsla Identitet. 1997.

pasienten. Resultatet kan bli som Anne viser, at en forlater situasjonen med risiko for ikke å lære det som må læres for å handtere en slik situasjon.

Manglende synliggjøring av kunnskap om det særegne og unike ved pasienten har betydning for hvordan studenten kan anvende den teoretiske og eller tekniske kunnskapen. Hvordan hun forstår betydningen av teoretisk kunnskap er nødvendigvis ikke relevant i den gjeldende pasientsituasjonen. Den manglende relevansen teoretisk kunnskap kan få i situasjonen kan villedde studenten.

Det grunnleggende for læringen blir at studenten ikke stopper opp ved enkeltdelene, men ser de i forhold til helheten. Uten å forstå relasjonen mellom egen fornuft og følelsene i situasjonen, hvordan pasienten kan hjelpes på en god måte, kan studenten ikke finne ut av følelsen som førte til beslutningen.

Studenten kan gjøre valg der følelsene driver henne til å handle uten at hun finner ut hva følelsen handler om. Læringssituasjonene er komplekse, og de virker hemmende og skremmende for studenten når hun utøver sykepleie. Følelsen av uoverkommelighet kan også bli en begrensning for studenten i den hermeneutiske bevegelsen hvor hun skal synliggjøre og utvikle kunnskapen i følelsene.

Studentens læringsprosess er en hermeneutisk bevegelse mellom følelser og fornuft. Gjennom denne bevegelsen tolker og integrerer hun kunnskap. For å vite hvordan hun skal forholde seg til pasienten og hvordan hun teknisk kan hjelpe pasienten, må hun synliggjøre, utvikle og forstå den kunnskapen som er skjult i følelsene. Studenten må derfor kontinuerlig befinne seg i samspillet mellom følelser og fornuft. Er så denne bevegelsen mellom følelser og fornuft en ren refleksjon?

6.3 Bevegelsen mellom følelser og fornuft

Refleksjon er en måte å tilnærme seg bevegelsen mellom følelser og fornuft på. Hos Dewey²³¹ og Schön²³² vektlegges refleksjon i læring og utvikling av kunnskap. Det er ved å være i

²³¹ "The relation of theory to practice in education" i The third Yearbook of the National Society for the Scientific Study of Education: Part I: The relation of theory to practice in the education of teachers. 1904. "Chapter 3: Having an Experience" i Art as Experience. 2005a.

refleksjonen at vi beveger og utvikler oss fremover. Refleksjonen innebærer å være i en åpen og dynamisk prosess som har å gjøre med saker som ikke har ferdige løsninger eller klare formuleringer.²³³

Utfallet av hjelpen studenten gir pasienten er ikke gitt på forhånd. Refleksjonen er noe som leder til handling, mer enn den konkluderer. Studenten kan ikke forutse hvordan prosessen vil ende, om og hvordan hjelpen vil hjelpe pasienten. Vi kan derfor ikke forutse hvor refleksjonsprosessen leder oss hen, og resultatet av refleksjonen er derfor ikke forutsigbar. Den endres med tiden og situasjonen.

Dewey's teori om erfaringslæring fokuserer blant annet på hvordan vi utvikler oss som et resultat av aktiv bearbeidelse, refleksjon, over erfaring. Refleksjonen er i seg selv en kilde til ny erfaring. I den aktive bearbeidelsen av erfaring befinner vi oss i et vekselspill mellom praksis og teori der hensikten er å integrere kunnskapsformene episteme, techne og fronesis. Men det motsatte gjelder også. Hvordan vi lærer og utvikler oss er i Schön's²³⁴ teori om refleksjon i handling, reflection-in-action, et spørsmål om hvordan den menneskelige bevisstheten virker når vi handler.

Spørsmålet blir hvordan vi gjennom å reflektere kan anvende vår tause kunnskap. Schön²³⁵ bruker begrepet "knowing-in-action" når han refererer til den tause kunnskapen vi bruker når vi utfører fysiske ferdigheter som for eksempel å sykle. Vi har vanskeligheter med å artikulere denne kunnskapen. Slik kunnskap er innebygget i selve handlingen å sykle, sier Schön. Schön²³⁶ mener vi likevel reflekterer mens vi står i situasjonen der vår tause kunnskap kommer til anvendelse. For å prøve å forstå på hvilken måte "knowing-in-action" har bidratt til resultatet av det vi gjør, tenker vi over hva vi gjør. Vi kan reflektere over handlingen, eller vi kan ta en pause mens vi handler og reflektere over de handlingene vi allerede har gjennomført. Vi er da ute av handlingstvungen og har mer ro og tid til refleksjon. Alternativt kan vi reflektere i en handling vi er i ferd med å utføre uten å avbryte den. Vi kan da

Erfaring og Opdragelse. 2005b.

²³² "Teaching Artistry Through Reflection-in-Action. Chapter 2" i *Educating the Reflective Practitioner*. 1987.

²³³ Dewey, J. "Chapter 3: Having an Experience" i *Art as Experience*. 2005a.

Schön, D.A. "Teaching Artistry Through Reflection-in-Action. Chapter 2" i *Educating the Reflective Practitioner*. 1987.

²³⁴ "Teaching Artistry Through Reflection-in-Action. Chapter 2" i *Educating the Reflective Practitioner*. 1987.

²³⁵ "Teaching Artistry Through Reflection-in-Action. Chapter 2" i *Educating the Reflective Practitioner*. 1987.

²³⁶ "Teaching Artistry Through Reflection-in-Action. Chapter 2" i *Educating the Reflective Practitioner*. 1987.

fremdeles endre handlingen i situasjonen vi er i, eller vi kan gjenskape det vi gjør, mens vi gjør det.

Refleksjon over handlingen kan utvikle vår evne til refleksjon i selve handlingen. En refleksjon over "knowing-in-action" går bak de tilgjengelige reglene, fakta og teori. I refleksjonen strukturerer yrkesutøveren noen av strategiene, teoriene eller måten han eller hun kan møte utfordringene på. Han eller hun prøver ut de ulike måtene å møte utfordringene på, og de kan utføre små eksperiment for å teste sin nye måte å forstå situasjonen på. Refleksjon i handling er for Schön som en reflektert dialog med elementene og dimensjonene som er i situasjonen vi reflekterer over. Schön²³⁷ argumenterer for at "knowing-in-action" og "reflection-in-action" er en del av erfaringene, tenkningen og handlingene våre. Gjennom refleksjonen lærer vi nye måter å bruke den kyndighet, taus kunnskap, som vi allerede har.

Underveis i læringsprosessen observerer, vurderer og integrerer studenten observasjoner og kunnskap hun har om situasjonen hun står overfor. Hva slags bevegelse befinner hun seg i når hun reflekterer over sin praksis? Hun befinner seg både i en fysisk og tankemessig bevegelse. Den fysiske bevegelsen består i å bevege seg inn og ut av praksisrommet med pasienten, og inn og ut av samtalen med sykepleieren. Denne fysiske bevegelsen er nødvendig for å kunne utføre den oppgaven hun skal utføre. Studenten har et ansvar for pasienten, og er i kontakt med ham flere ganger. Hun kan observere pasienten og situasjonen han eller hun er i.

I ansvaret for å hjelpe pasienten ligger det minst to forhold som er av betydning for studentens refleksjon. Den ene er den gjentatte kontakten studenten får med pasienten ved at hun fysisk beveger seg inn og ut av rommet. Det andre er utveksling av mening, opplevelser og kunnskap som skjer samtidig. Den gjentatte kontakten gir ulike muligheter for utveksling av opplevelser og kunnskap om situasjonen, samt at studenten observerer pasienten og pasientens situasjon. Dette gjør at studentens refleksjon over de observasjonene hun gjør ikke stopper opp ved et punkt, men er under kontinuerlig utvikling. Hvis studenten ikke har ansvaret for å følge opp pasienten som er urolig, vil hun heller ikke få mulighet til å observere hans fortsatte uro og redsel. Refleksjon som utvikler kunnskap om pasienten, vil da stanse opp eller kanskje ikke begynne. Kunnskapsutviklingen vil kunne stoppe i det som kanskje er begynnelsen av refleksjonen.

²³⁷ "Teaching Artistry Through Reflection-in-Action. Chapter 2" i *Educating the Reflective Practitioner*. 1987.

Hvis studenten trekker seg ut og ikke hjelper pasienten til han har roet seg, beveger hun seg heller ikke inn i den tankemessige bevegelsen som er av betydning for å utvikle kunnskap om pasienten, den praktiske kunnskapen, fronesis.²³⁸ Hun vil ikke følge ham inn på rommet med en fast hånd, bli holdt fast eller klare å legge ham til rette i sengen, slik at han sovner. Hun får heller ikke del i hans opplevelse av situasjonen. Manglende kontakt med pasienten gir henne med andre ord manglende observasjoner og tilbakemeldinger om hvordan pasientens uro utvikler seg. Studenten får ikke erfaring og kjennskap til å sette seg inn i enkelttilfellet.

Den fysiske og tankemessige bevegelsen i situasjonen stopper ikke med pasienten. Studenten beveger seg mot sykepleieren eller andre i praksisrommet og utveksler kunnskap og erfaring om pasienten. Dialogen med sykepleieren kan ytterligere utvikle hennes kunnskap om hvordan hun kan hjelpe pasienten. Dialogen handler om hva de kan gjøre og hvordan for å hjelpe pasienten. De er enig om å skjerme han på rommet sitt, og begrunner handlingene med kjente omgivelser som kan gjøre han roligere. Underveis i hendelsesforløpet utveksler de kunnskap, erfaringer og meninger om handlingene de utfører og hva de videre kan gjøre for å hjelpe pasienten. Sykepleieren uttrykker også overfor studenten at hvis hun føler seg utrygg skal hun gå ut av situasjonen. Studenten vurderer at det er viktig at hun følger opp pasienten og blir i situasjonen. Studenten og kontaktsykepleieren er sammen under hele hendelsesforløpet. Bente får tilbakemelding fra kontaktsykepleieren om at hun gjør en korrekt vurdering. Studenten får gjennom denne tilbakemeldingen en bekreftelse på at hun mestrer situasjonen og har kunnskap til å hjelpe pasienten.

Ved å være i den fysiske og tankemessige bevegelsen beveger studenten seg mot økt forståelse av pasientens situasjon. På denne måten gjør refleksjonen studenten i stand til å være aktiv i egen læring. Studenten har kunnskap om at pasienter med demens kan bli forvirret og urolig og hun vet at de kan bli redd når de blir stengt inne. Studenten har kunnskap og erfaring om hvordan hun kan møte en pasient når han blir urolig og redd. Hun har lært at det kan hjelpe og skjerme dem, sitte hos dem og å holde dem med en trygg og fast hånd. Denne kunnskapen vurderer og observerer hun med grunnlag i den situasjonen pasienten er i nå.

²³⁸ Aristoteles. Etikkk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikkk". 3. utgave. 3. opplag 2006.

I vurderingen beveger hun seg, som Aristoteles²³⁹ beskriver, mellom følelser og fornuft. Hun beveger seg mellom følelsene; hva hun sanser i pasientens adferd, fornuften; empirisk kunnskap om at demente kan bli urolig og redd, følelsene; pasienten ligger på golvet og studenten sanser redsel, fornuften; kunnskap om hva som kan hjelpe pasienten: et fast og godt håndlag og å skjerme pasienten i kjente omgivelser. Bevegelsen mellom følelser og fornuft fører, som Aristoteles²⁴⁰ påstår, til beslutninger og handlinger. Dette bestemmer hva studenten erfarer.

Ved å bevege seg mellom følelser og fornuft, være i en refleksjon, tilpasser og anvender studenten kunnskapen i forhold til denne pasientens situasjon. Denne refleksjonen synliggjør kunnskapen i følelsene. Ved å reflektere over begrunnelsen kan den praktiske kunnskapen utvikles²⁴¹ og studenten kan lære å overveie vel i situasjonen. På denne måten kan studenten gjennom bevegelsen få tak i den kunnskapen som er i følelsene og utvikle den.

6.4 Refleksjonens innhold

I en modell beskriver Boud, Keogh og Walker²⁴² hvordan vi kan tilnærme oss og sette i gang refleksjon over erfaring. Modellen består av tre deler som relativt detaljert beskriver hva som skjer når studenten reflekterer over en erfaring i en læringssituasjon. Læring av erfaring står sentralt i modellen, hvor den ene erfaringen leder til og utvikler den neste. Modellen har i så måte likheter med Deweys²⁴³ tenkning om erfaring og refleksjon i læringsprosessen.

De tre delene modellen består av er erfaringen, refleksjonsprosessen og utbyttet. Når vi handler, avløser den ene erfaringen den andre, og det er ikke sikkert at vi kan skille alle fra hverandre. Noen erfaringer blir gjenstand for refleksjon, andre ikke. For å øke læringsutbytte er det viktig å styrke forbindelsen mellom selve erfaringen og neste del i modellen, refleksjonsprosessen. Denne forbindelsen kan styrkes. Det kan gjøres ved at vi vender tilbake

²³⁹ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

²⁴⁰ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

²⁴¹ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

²⁴² Reflection: Turning experiences into learning. 1985.

²⁴³ "Chapter 3: Having an Experience" i Art as Experience. 2005a.

til erfaringen, håndterer følelsene som oppsto i situasjonen og evaluerer erfaringen. Erfaringen kan evalueres gjennom assosiasjon, integrering, validering og internalisering.

Disse elementene skal ses som deler av en helhet. I det første elementet, assosiasjonen, forenes de nye ideene, tankene og følelsene med tidligere kunnskap og erfaring i selve situasjonen eller i refleksjonen etterpå. Integrasjonen skjer med bakgrunn i assosiasjonen og innehar to forhold: For det første å finne hvilken sammenheng det er mellom erfaringene og assosiasjonene og for det andre å komme fram til en forståelse av det som er bearbeidet. Resultatet er at erfaringene kan gi en annen mening eller forståelse enn den opprinnelig hadde. Det tredje elementet, validering, betyr å gjøre gyldig eller holdbar. Når integrasjonen undersøkes, utsettes forståelsen for en realitetstest.

Den nye forståelsen testes ut med den kunnskapen, erfaring og overbevisning studenten allerede har.²⁴⁴ Resultatet kan ikke sies å være rett eller galt, selv om det er i uoverensstemmelse med egen og andres oppfatning. Kunnskapen eller forståelsen blir personlig og oppfattes som særdeles betydningsfull.

Kunnskapen blir en del av studentens identitet eller måten hun møter verden på. Resultatet av refleksjonen kan bli flere små eller store endringer som kan gi seg uttrykk i endret atferd, både praktisk, intellektuelt og sosialt. Det kan være en mer positiv holdning til visse typer erfaringer eller endret prioriteringer i valg av læringssituasjoner. Etter overveielser kan en forpliktelse til å handle relatere seg til egen læring og behov for å prøve ut eller teste noe som synes riktig og relevant. Det er en forpliktelse overfor innsikten refleksjonen har gitt den enkelte. Dette gjør det lettere å anvende denne innsikten i nye situasjoner. I vurderingen over observasjonene og mot forståelsen av pasienten veksler hun mellom følelser og fornuft. Hun stiller spørsmål ved observasjonene.

I modellen av Boud, Keogh og Walker²⁴⁵ er følelsene en del av beskrivelsen av hva som skjer når studenten reflekterer over en erfaring i en læringssituasjon. I refleksjonsprosessen "*håndteres følelsene som oppstår i situasjonen*" og "*de forenes med tidligere kunnskap og erfaring*". Følelsene preger studentens læring. Det å arbeide med og å gå i dybden på følelsene, å stå i følelsene, finne ut av følelsene og undersøke hva følelsene handler om,

²⁴⁴ Boud, D., Keogh, R. og Walker, D. Reflection: Turning experiences into learning. 1985.

²⁴⁵ Reflection: Turning experiences into learning. 1985.

vektlegges ikke i modellen. Den kan gi inntrykk av at refleksjonsprosessen er rettlinjert, noe som kan gi illusjonen om en formell tilnærming til refleksjonen, hvor følelsene kan bli utelatt.

Hva må inkluderes i refleksjonen for å kunne synliggjøre og utvikle kunnskapen i følelsene? Wackerhausen²⁴⁶ peker på at de formelle tilnærmingene til refleksjon ofte har et skolastisk snitt og er knyttet til et ønske om en vitenskapeliggjøring av profesjonsutdanningene. Tilnærmingen til refleksjonsprosessen kan da bli teknisk og formell, styrt av regler og retningslinjer, som for eksempel teori lært gjennom teoretiske studier. Refleksjonen kan bli tatt ut av den situasjonen yrkesutøveren står i. Innhold, utfoldelse, input og resultat kan skje i et språklig bevissthetsrom.

En konsekvens er at refleksjonen kan bli mer styrt av regler og retningslinjer enn de utfordringene studenten står overfor. Som Wackerhausen viser, anerkjenner ofte ikke den skolastiske refleksjonen tilstedeværelsen av den non-skolastiske lærings- og kunnskapsdimensjonen i profesjonell praksis, dimensjoner som kun kan etableres gjennom deltakelse og læring i praksis. Samtidig er refleksjon et gode og en nødvendighet for å lære, utvikle kunnskap og endre en praksis. Men den må gjennomføres på praksisfellesskapets egne premisser, ikke med utgangspunkt i regler og retningslinjer.

Følelser, fornemmelser og kroppslige reaksjoner er dimensjoner som kan etableres gjennom deltakelse og læring i praksis, som den regelstyrte refleksjonsprosessen vanskelig kan fange opp. Jeg følger derfor Wackerhausens²⁴⁷ argumentasjon om at refleksjonen ofte kan bære preg av å følge regler og retningslinjer hvor konsekvensen kan bli at relevante dimensjoner utelukkes. Når vi forsøker å beskrive hva vi gjør, handlingsforløpet, blir beskrivelsen ofte statisk selv om refleksjonsprosessens forløp er dynamisk. Vår beskrivelse av refleksjonsprosessen klarer med andre ord ikke å fange opp alle sider ved denne. Beskrivelsen av refleksjonen er ikke bare statisk. Den utelukker også bevegelige og betydningsfulle momenter i prosessen som for eksempel ulike sider ved studenten, følelser og kroppslige reaksjoner, konkrete utfordringer i praksis som tid og ressurser.

²⁴⁶ "Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion" i RUMI./Refleksjon i praksis. 2008.

²⁴⁷ Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008.

Wackerhausen²⁴⁸ refererer til en arbeidsdefinisjon eller bestemmelse av refleksjon som inkluderer disse elementene. *”En bevidst, omhyggelig og tidskrævende form for tenkning, som er karakterisert ved en kritisk-konstruktiv spørgende og svarsøgende holdning.”*²⁴⁹

Denne definisjonen på refleksjon er også forenlig med at refleksjonen ikke lar seg instruere eller utmyntes i allmenne og formelle prosedyrer.²⁵⁰ Definisjonen er åpen og inkluderer som kjent ulike sider ved studenten og situasjonen i praksis. Dimensjoner som følelser, kroppslige reaksjoner, tid og ressurser spiller ofte en vesentlig og nødvendig rolle i en produktiv og virksom refleksjon. Studentens ulike utgangspunkt, kunnskapsgrunnlag, hva hun står overfor og hva hun har fokus på, bør danne grunnlaget for refleksjon. Denne forståelsen av refleksjon inkluderer og anerkjenner tilstedeværelsen av de non-skolastiske lærings- og kunnskapsdimensjonene i profesjonell praksis.²⁵¹

Når studenten reflekterer over sine erfaringer i praksis, er følelsene og kroppslige reaksjoner og situasjonen pasienten står i en del av refleksjonen. I studieplanen²⁵² legger sykepleierutdanningen vekt på refleksjon som en metode for å integrere kunnskapsformene. Når studenten er i praksis på sykehjemmet er læringsgruppene et forum for diskusjon og refleksjon over ulike praksissituasjoner. I studieplanen vektlegges læring av erfaring ved å sette pasienten og handlingene i fokus.²⁵³ Hvis refleksjonen handler om pasienten og ikke studentens egne følelser, er spørsmålet om refleksjonen setter pasienten i fokus. Refleksjon over de følelsene studenten får når og fordi hun har fokus på pasienten og som blir fornuft når hun begrunner følelsene med kunnskap og erfaring.

Studenten følger pasienten til rommet sitt for å skjerme han fra omgivelsene. Pasienten vil ikke være med og studenten opplever at hun må tvinge han når hun følger ham til rommet sitt. Studenten begrunner følelsen tvang. Hun begrunner følelsen med ansvaret sykepleieren har for å gripe inn overfor mennesker som trenger hjelp. Følelsen av tvang begrunner hun også med kunnskap om tvang som den ytterste formen for omsorg. Men det er en annen form for tvang enn det begrepet vanligvis gir assosiasjoner til. Hun vet at hun ikke skal benytte tvang, at det ikke er lov, men begrunner bruken denne gang med at det var nødvendig for å kunne

²⁴⁸ Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008.

²⁴⁹ Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008. s. 14

²⁵⁰ Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008.

²⁵¹ Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008.

²⁵² Studieplanen for Bachelor i sykepleie. 2004.

²⁵³ Studieplanen for Bachelor i sykepleie. 2004. s. 5.

hjelpe pasienten. Hun reflekterer rundt hvordan pasientens situasjon kunne blitt hvis hun ikke hadde gjort noe. Her trekker hun inn kunnskap om respekt og pasientens integritet.

Når studenten fokuserer på sine følelser, reflekterer hun over dem med kunnskap og erfaring. Hun befinner seg da i samspillet mellom sine følelser og sin fornuft. For å utvikle kunnskapen i følelsene og å sette fornuften inn i et større perspektiv, kan refleksjon ta utgangspunkt der studenten er i refleksjonen. Refleksjonen over begrunnelsen er en inngangsport til kunnskapen i følelsene. Ved å reflektere over begrunnelsen kan studenten få tak i kunnskapen i følelsene. For i begrunnelsen sammenveves kunnskapsformene og kunnskapen i følelsene synliggjøres og utvikles.

6.5 Mot og følelser

Aristoteles²⁵⁴ er opptatt av mot som en moralsk dyd, holdning og karakteregenskap. Mot er ikke gitt oss gjennom naturen, men noe som dannes gjennom moralsk trening. Utviklingen av motet, sier Aristoteles, skjer når menneskets evner øves opp på den rette måten. Motet som i utgangspunktet bare er en mulighet, blir virkeliggjort og fungerer da på sitt beste. Motet øves opp og blir en del av vår personlighet som en vane eller en holdning. I studentens læringssituasjoner innebærer mot å være i situasjonen med pasienten og møte egne og pasientens følelser. Følelsene bærer i seg en bestemt type innsikt eller kyndighet.

Hvorfor må studenten ha mot til å være i situasjonen og i dialogen for å møte sine følelser? Når hun står i pleiesituasjonen og i dialogen med pasientene møter hun følelser hos seg selv og pasienten som hun ikke er forberedt på. Hun må lære å forholde seg til disse følelsene i situasjonen.

Når studenten velger å skjerme pasienten som er urolig, legger seg ned på golvet og roper om hjelp fra omgivelsene, er det med grunnlag i to forhold. Den ene er at hvis pasienten ser rommet og tingene sine kan han kjenne seg igjen, og roe seg. Det andre forholdet er at hun vet at pasienten er redd og kan bli voldelig. Han vet ikke hvor han er eller hva som skjer. Rommet blir beskyttelsen mot de andre pasientenes blick og omgivelsen som kan hjelpe pasienten til å føle seg trygg.

²⁵⁴ Aristoteles. Etik. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etik". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

I situasjonen endres studentens følelse fra utrygghet til trygghet. Hun opplever at hun behersker situasjonen. Teoretisk kunnskap om demens og uro og følelsen av at situasjonen er uverdig for mannen gjør at hun går inn i situasjonen. Men følelsen sier ingenting om utfallet. Det er motet til å gå inn i situasjonen og å vise seg frem for pasienten og sykepleieren som åpner for muligheten til å prøve ut sine følelser av hva som er riktig hjelp til pasienten.

Studenten som hjelper pasienten med å spise og drikke oppfatter pasienten for dårlig til å spise frokost. Hun velger å hente hjelp. Hun har mot til å vise frem sin ukyndighet. Følelsen av og ikke mestre blir synlig både for studenten og sykepleieren.

Når følelsene av og ikke mestre blir synlig for studenten og sykepleieren er opplevelsen av manglende mestring et utgangspunkt å arbeide ut fra. Det er synliggjort at studenten ikke mestrer å stå i situasjonen hvor hun gir hjelp til å spise og drikke og at denne situasjonen er noe hun må øve mer på. Samtidig viser pasientsituasjonen at ved ikke å stå i følelsene og å utfordre dem kan studenten komme i en situasjon hvor opplevelsen av manglende mestring kan leve videre.

Nussbaum²⁵⁵ er opptatt av denne endringen som hører til det å bli stående i situasjonen og la pasienten tre fram som den han eller hun i virkeligheten er. Den nye opplevelsen som gir seg av det dvelende forholdet til situasjonen, kan også være følelser studenten ikke har kontroll over. Møte med den endrede holdningen er studenten ikke forberedt på før hun går inn i disse nære forholdene til situasjonene. Følelsen oppstår i en viss forstand av å hjelpe pasienten. Studenten må forholde seg til sin egen oppfatning av pasienten og situasjonen der og da, mens hun er i den konkrete situasjonen.

Som jeg har drøftet tidligere, har følelsen og opplevelsen av pasienten betydning både for hvordan studenten ser pasienten og den hjelpen hun gir. Følelsen som endres i og av situasjonen kan oppleves overveldende. Den overveldende kraften en følelse kan bringe kan drive studenten til å se handlingsalternativ og dermed til å handle annerledes, noen ganger i motsetning til det han eller hun umiddelbart ser som det riktige.²⁵⁶ Følelsene og opplevelsen av ulike situasjoner påvirker i så måte dømmekraften til studenten.

²⁵⁵ "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke, Känsla og Identitet. 1997.

²⁵⁶ Nussbaum, M. "The Discernment of Perception: An Aristotelian Conception of Private and Public Rationality" i Love's Knowledge. Essays on Philosophy and Literature. 1990.

Nortvedt²⁵⁷ beskriver møtet mellom pasienten og helsepersonell som et moralsk møte hvor det å være i situasjonen og å hjelpe pasienten innebærer en spesiell moralsk forpliktelse. Det moralske møte har også å gjøre med opplevelsen av forpliktelsen og ansvaret overfor pasienten. Dømmekraften inngår i møtet og skaper en tilstedeværelse og oppmerksomhet overfor pasientens behov, og det situasjonen krever. Dømmekraften har den form at den framtrer som en konkret vurdering i en bestemt situasjon. Slik ligger den til grunn for enhver kompetent utøvelse av omsorgspraksis. Å være til stede for en annen er samtidig en moralsk forpliktelse. De man pleier og hvis skjebne man er engasjert i, blir slik del av en faglig og profesjonell bedømmelse.²⁵⁸

Mot utvikles gjennom trening, sier Aristoteles.²⁵⁹ Vil mennesket utvikle mot, må det handle modig.²⁶⁰ Det innebærer å tørre å bli værende i følelsemessig utfordrende situasjoner.

6.6 Å utvikle mot

Studenten utvikler mot når hun blir i situasjonen hvor hun skjermer pasienten fra omgivelsene. Hun får erfaring med hvordan hun kan hjelpe pasienten som er dement, urolig og redd. Denne erfaringen gjør at hun utvikler kunnskap, innsikt og en kyndighet til å møte pasienten. Med dette grunnlaget utvikler og styrker hun motet til å gå inn og hjelpe pasientene.

Følelsene bærer slik i seg en viktig del av den kunnskap studenten må utvikle for å kunne hjelpe pasienten. Hun må derfor utvikle mot til å stå i dette spenningsfeltet mellom følelser og fornuft. Selv om opplevelsene er utfordrende og skaper utrygghet, må studenten lære å møte pasientene også når disse møtene berører deres eksistens, ikke bare deres profesjonelle kunnskap. Hun må utvikle mot til å stå i både egne og pasientens følelser, og hun må finne ut av sine egne følelser og settes i stand til å reflektere over hva de handler om.

Nussbaum, M. Känslans skärpa, tankens innlevelse. Essäer om etikk och politik. 1995.

Nussbaum, M. "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke Känsla Identitet. 1997.

²⁵⁷ "Veien over til Den tredje. Kapittel 6" i Nærhetsetikk. 1996.

²⁵⁸ Nortvedt, P. "Veien over til Den tredje. Kapittel 6" i Nærhetsetikk. 1996.

²⁵⁹ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

²⁶⁰ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' etikk, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

Bare gjennom refleksjon over følelsene som oppstår i møtet med pasientene, kan studenten utvikle god forståelse av at følelsene bærer kunnskap i seg og få innsikt i den kunnskap de skjuler. Den som utviser mot og gode handlinger, sier Aristoteles, styrker motet. Dette disponerer i sin tur personen til å overveie og å treffe gode beslutninger i fremtiden. For at studenten skal lære å forholde seg til egne følelser, om nødvendig endre sine valg i situasjonen, må hun ha mot til å utfordre følelsene. Hun må ha mot til å la følelsene og fornuften spille sammen i handlingssituasjonen, og etter at handlingen er utført reflektere over samspillet. Læringsprosessen krever at kunnskapen i følelsen trer fram og blir synlig for både studenten og sykepleieren.

Mot er en holdning mennesket inntar overfor noe det frykter.²⁶¹ Studenten gruer seg til å gå inn i utfordrende situasjoner og møter med pasientene. Hun er redd for å møte følelser hun ikke mestrer å forholde seg til, både hos pasienten og seg selv.

Mot, skriver Aristoteles, er en mellomting mellom frykt og selvtillit. ”*Motets motsvarende laster går enten for langt eller for kort i forhold til det fryktelige mennesket står overfor*”.²⁶²

Når studenten står i situasjonen med pasienten som utfordrer henne, står hun samtidig overfor frykten. Dette er middeelveien hvor studenten viser mot, og ved å vise mot lærer hun å bli modige. Ved å stå i følelsene lærer studenten å møte dem.

I situasjonen hvor studenten hjelper pasienten med å spise og drikke utvikler studenten mot til å handle med grunnlag i manglende kunnskaper til å hjelpe pasienten. For å kunne gjøre noe med opplevelsen av manglende kunnskap trenger hun hjelp. Hun trenger hjelp til å synliggjøre hva den manglende kunnskapen handler om.

Hvis studenten ikke får hjelp til å synliggjøre hva den manglende kunnskapen handler om, utvikler hun ikke mot til å gå inn i situasjonen med pasienten. Manglende hjelp fra sykepleieren kan forsterke opplevelsen av manglende kunnskap og studenten kan utvikle frykt for å gå inn i spisesituasjonen.

²⁶¹ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' etikk, også kalt ”den nikomakiske etikk”. 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

²⁶² Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' etikk, også kalt ”den nikomakiske etikk”. 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 21.

Lise observerer at sykepleieren hever og senker sengen uten å informere pasienten og at hun ikke følger de teoretiske retningslinjene når hun utfører sårstell. Hun kritiserer sykepleierens handlinger uten å undre seg eller stille spørsmål om hva sykepleieren handler med grunnlag i. Spørsmålet er om studenten mangler mot til å spørre sykepleieren. Ved ikke å undre seg eller stille spørsmål utfordrer hun ikke følelsene sine mot å forstå sykepleierens handlinger. Hun utvikler ikke mot, men flykter fra motet og frykter mot.

Aristoteles peker på at mennesket både forderves av for lite og for mye mot. Den som flykter fra motet og frykter mot, utfordrer ikke følelsene sine. Det blir den feige. Den som ikke er vår overfor følelsene blir overmodig. Middelveien Aristoteles er opptatt av ligger i forholdet mellom den vi er, pasienten og situasjonen, med de ressursene vi har. Når studenten lærer å stå i og møte følelsene sine, utvikler de en tapperhet. Med den kan de trosse usikkerhet og angst for egne følelser.

”Den som holder stand i faren (usikkerheten) og gjør det med glede eller i alle fall uten pine, han er tapper, men den som plages av det, er feig.”²⁶³

For å utvikle mot bør læringssituasjonene tilrettelegges slik at studenten møter utfordringene, både utfordringer hun mestrer og de som utfordrer henne.

Som Aristoteles uttrykker det: *”de bør føle glede og smerte ved de rette tingene i situasjonen.”²⁶⁴*

Dette er den rette oppdragelse, ifølge Aristoteles. Kunnskapen i følelsene kan da synliggjøres, og når denne kunnskapen synliggjøres utvikler og forstår studenten kunnskapen i følelsene.

Hva er det studenten forstår når hun utvikler innsikt i sine egne følelser? Hva er det studenten utvikler kunnskap om når hun står i og møter egne og pasientens følelser?

Hun utvikler den praktiske kunnskapen hun trenger i sin profesjonelle praksis. Dette er den kunnskapen Aristoteles²⁶⁵ betegner som fronesis og som gjelder det spesielle og unike for

²⁶³ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' etikk, også kalt ”den nikomakiske etikk”. 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 21.

²⁶⁴ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' etikk, også kalt ”den nikomakiske etikk”. 3. utgave 1999. 3. opplag 2006. s. 21.

pasienten i den situasjonen han eller hun er i. Kjennskap til pasienten og den praktiske kunnskapen²⁶⁶ gjør studenten i stand til å hjelpe pasienten i vanskelige situasjoner. I sentrum for den praktiske kunnskapen står evnen til raskt og oppmerksomt å skille ut det som kjennetegner hver enkelt situasjon, det unike og spesielle i situasjonen.²⁶⁷ Studenten lærer å integrere denne kunnskapen i sine egne ferdigheter og i sin innsikt i pasientens situasjon. Gjennom denne integrasjonen av kunnskap, hvor hun tilpasser og vurderer kunnskapen til hver enkelt pasient og situasjon, utvikler hun kunnskap hun trenger for å se etter hva som er relevant i den spesielle eller aktuelle situasjonen, den praktiske kunnskapen, fronesis.

Studenten oppfatter at den praktiske kunnskapen handler om integrering av teori i den enkelte pasientsituasjonen. Dette kommer til uttrykk når hun deler og beskriver praktiske ferdigheter som tekniske ferdigheter og personlige ferdigheter. Både tekniske og personlige ferdigheter inneholder teoretisk-vitenskapelig kunnskap, episteme, og ferdighetskunnskap, techne. Det som for studenten skiller tekniske ferdigheter fra personlige ferdigheter, er opplevelsen av hvilken kunnskap om den individuelle pasienten som er nødvendig for å kunne hjelpe ham eller henne. Når studenten utfører tekniske ferdigheter, kan hun holde mer avstand til de individuelle sidene ved pasienten. Når hun utfører personlige ferdigheter er hun mer innenfor pasientens private sfære.

Kjennskapet til den enkelte pasienten opplever studenten å være essensiell for å kunne hjelpe. Den praktiske kunnskapen og behovet for å utvikle den, blir med andre ord umulig uten at studenten har tekniske ferdigheter til å utføre prosedyren på en personlig måte. Studenten kan ikke rette oppmerksomheten og bli en del av pasientens fortrolighetsrom uten at teknikken er innøvd. Men det er først når teknikken er tilpasset den enkelte pasienten at den fungerer slik den skal og er ment å fungere. Den praktiske kunnskapen og behovet for å utvikle den blir mer synlig for studenten. Dette fordrer en bevissthet omkring tilrettelegging av studentens læringssituasjoner i praksis.

²⁶⁵ Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' etikk, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

²⁶⁶ Josefson, I. Läkarens yrkeskunskande. 1998.

²⁶⁷ Josefson, I. Läkarens yrkeskunskande. 1998.

6.7 Om å forstå kunnskapen i følelsene

Studenten tilnærmer seg pasienten gjennom bestemte gjøremål når hun utøver sine praktiske ferdigheter i sykepleie. Studentens følelser er rettet mot pasientens opplevelse av den hjelp de mottar. Pasientens individuelle behov kommer noen ganger i bakgrunnen for de følelsene studenten har i situasjonen. Samtidig opplever hun egne følelser for pasienten og situasjonen. Disse følelsene handler noen ganger om at studenten er redd for å miste kontrollen over følelsene i situasjonen. For å kontrollere følelsene, kontrollerer studenten selv hvor mye hun vil være med og delta i situasjonen. Hvilken betydning har studentens tilnærming til pasienten for å kunne synliggjøre, utvikle og forstå følelsene?

6.7.1 Å utøve praktiske ferdigheter

Når studenten hjelper pasienten, er hun i konstant samhandling både med pasienten og kontaktsykepleieren. Det innebærer at hun er i en situasjon preget av handlingstvang. Det innebærer i sin tur at hun ikke kan la være og handle. Noe må gjøres og sies. Uansett hvilke valg hun tar i situasjonen, får valgene konsekvenser for pasienten.

Når studenten hjelper pasienten i morgenstellet, kan denne intime situasjonen som samtidig er preget av handlingstvang, framtvinge møtet med følelsene. Hvis hun hjelper en pasient som deltar i stellet og som kan uttrykke seg, hjelper hun en pasient som kan formidle sine følelser på hvordan hun vil at studenten skal hjelpe henne. Gjennom formidlingen av dette budskapet, møter pasienten studentens følelser overfor det kompliserte i situasjonen. Studenten får en direkte tilbakemelding og rettledning, og gjennom denne rettledningen kan studenten tilpasse sine valg til den pasienten hun står overfor.

I denne samhandlingen utveksler studenten og pasienten kunnskap med hverandre. Pasienten tar imot studenten som den hun er, og hun tilrettelegger og gir studenten tilgang til det unike og spesielle i sin egen situasjon. Gjennom dialogen og kontakten de utvikler med hverandre under morgenstellet, finner de sammen ut hvordan studenten kan hjelpe.

Tilbakemeldingen pasienten gir studenten blir slik sett rettet mot den troen eller oppfatningen som er involvert i følelsene studenten har før hun går inn i situasjonen. Det blir derfor også en

tilbakemelding på studentens egne opplevelser av manglende mestring og pasientens følelser og opplevelse av hjelpen som blir gitt.

På denne måten er en bestemt forforståelse²⁶⁸ av situasjonen involvert i følelsene, og inkluderer også tro om fakta.²⁶⁹ Fakta kan endre seg når studenten får mer informasjon og kunnskap om hvordan pasientens situasjon faktisk er. Pasientens tilbakemelding er derfor av betydning for at følelsene studenten allerede har da stellet tok til synliggjøres. Den virkelige og fullstendige erkjennelsen av denne hendelsen er derfor en type omveltning.²⁷⁰

Et eksempel på en omveltende vending er studenten som skjermer pasienten fra omgivelsene. Pasienten er urolig og ønsker å gå ut av avdelingen. Han legger seg ned på golvet og roper om hjelp. Studenten følger pasienten til rommet hans. Den omveltende vurderingen, tilbakemeldingen, bekrefter studentens kunnskaper om at pasienten er redd, og den bekrefter holdningen, følelsen, hennes om at hun tar vare på integriteten hans når hun holder ham til han sovner, og når hun møter ham glad når han står opp igjen. Og den bekrefter den felles følelsen hun har med sykepleieren som er enig i at hun har gjort det riktige.

Den kognitive akten er ikke en forberedelse til omveltningen, men selve omveltningen. I studentens læringssituasjon fører denne tilbakemeldingen om omveltningen til at studenten kan erkjenne kunnskapen i følelsene. Kunnskapen i følelsene er med andre ord integreringen av kunnskapsformene beskrevet hos Aristoteles²⁷¹ som episteme, techne og fronesis.

Den generelle kunnskapen er uavhengig av de omgivelsene den gjennomføres i. Episteme, å vite at, å vite om og å vite hvorfor, er generell for ferdigheten og lik uansett hvem studenten hjelper. Å følge de hygieniske retningslinjene er et eksempel. Den spesielle kunnskapen dreier seg om hvordan pasienten opplever handlingene på kroppen. Praksis styres av pasientens situasjon, og omtales av Aristoteles²⁷² som fronesis. Det er kunnskapen om pasienten som er ulik fra pasient til pasient. Tilbakemeldingen fra pasienten kan også variere på grunn av de ulike problemene pasienten kan ha i morgenstellet.

²⁶⁸ Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. 2003.

²⁶⁹ Nussbaum, M. "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke Känsla Identitet. 1997.

Nussbaum, M. "The Emotions of Working Life" i Erfarenhetens rum och vägar. 2003.

²⁷⁰ Nussbaum, M. "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke Känsla Identitet. 1997.

²⁷¹ Aristoteles. Etik. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etik". 3. utgave. 3. opplag 2006.

²⁷² Etik. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etik". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

I sykepleiepraksis er den rette handlingen mer enn at pasienten opplever at den er god. En god handling involverer også den konkrete situasjonen den utføres i, generell kunnskap, kunnskap om det mellommenneskelige og unike, forstand og skjønn. Når studenten følger retningslinjene og rettleidingen fra pasienten, kan praksis fortone seg som riktig og adekvat. Den kan oppleves som god. Studenten kan i denne situasjonen handle rett uten å se eller oppfatte pasienten. Hun kan handle rett uten å anvende relevant teoretisk kunnskap, å vite at, å vite om og å vite hvorfor, for situasjonen. Studenten kan likevel vise dyktighet når hun hjelper pasienten i morgenstellet og begge kan være fornøyde.

Å erkjenne eller å få tak i kunnskapen i følelsene, krever at studenten har evne og mulighet til å vurdere sine egne handlinger og hvordan pasienten opplever dem. Det fordrer også at hun kan se konsekvensene av det hun gjør, og at hun kan korrigere feilene og måten ferdigheten utføres på ut fra tilbakemeldingen fra pasienten.

Den kognitive aktiviteten disse følelsesmessige evnene innebærer, inneholder en tolkning av pasientens reaksjoner. Følelsene inngår derfor i et samspill med persepsjon, dømmekraft og intellektuelle evner til å forstå og fortolke situasjonen.²⁷³ Bedømmelsen av situasjonen tar med andre ord opp i seg både den faglige bedømmelsen av situasjonen og utøverens følelser. Sykepleiekyndigheten trenger følelsene for å gjøre den rent saklige innsikt rede for den praktiske situasjonen.²⁷⁴ Den kunnskapen som ligger i studentens følelser er en kunnskap de berøres av og som er betydningsfull for dem. Følelsene rommer mer enn en responsivitet for at de skal handle. Det ligger viktig kunnskap i følelsene. For at denne kunnskapen skal bli effektiv, må den synliggjøres. Det fordrer at utdanningssituasjonen fokuserer på den og hjelper studenten til å bevisstgjøre den.

Det klare møte med følelsene som studenten kan erfare når pasienten gir tilbakemelding på den troen eller oppfatningen hun har om hendelsen, fordrer at pasienten studenten hjelper gir tilbakemelding som studenten ser. En pasient som har problemer med å uttrykke seg, kan ikke gi studenten like forståelig respons, og studentens møte med følelsene kan bli utydelige eller til og med fraværende. Pasienten vil alltid uttrykke noe som gir kunnskap om det spesielle og unike ved han eller henne. Det kan for studenten være vanskelig å forstå og finne ut av hva

²⁷³ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

²⁷⁴ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

pasienten uttrykker. I denne situasjonen kreves det noe mer av studenten for å utvikle en samhandling med pasienten hvor de ser pasientens uttrykk og kan utveksle kunnskap om hverandre. Det vil stilles andre krav til studentens kunnskap og følsomhet overfor pasienten. Studenten må, samtidig som hun utfører sin praksis, fokusere på pasientens uttrykk. Det krever evnen til å forstå den uartikulerte tilbakemeldingen, egne observasjoner og skjønn. Pasienten studenten hjelper kan i en slik situasjon bli usynlig for studenten, og studentens møte med egne følelser kan bli tildekket.

Studentens opplevelse av en manglende tilbakemelding fra pasienten kan opprettholde opplevelsen hos henne av og ikke mestre situasjonen. Opplevelsen av en manglende tilbakemelding gir heller ikke kunnskap om det spesielle og unike ved pasienten, og kunnskapen i følelsene kan bli borte for studenten. Studenten kan hjelpe pasienten uten å møte følelsene hun har før hun går inn i situasjonen, og hennes tro på at egne ferdigheter er utilstrekkelige og eller gode kan leve videre.

6.7.2 Å kjenne på egne følelser

Schön²⁷⁵ skiller mellom å reflektere i handling og å reflektere over handling. Refleksjon i handling vil si at studenten reflekterer mens hun handler i selve situasjonen med pasienten. Det er en sykepleier med i studentens læringssituasjoner, slik at hun kan ”gå inn og ut” av dem. Studenten kan gå ut av situasjonen og reflektere over handlingene. Hun er da ute av den aktuelle situasjonen og dermed handlingstvungen og får mer ro og tid til refleksjon. Refleksjonen over handlingen kan utvikle studentens evne til refleksjon i selve handlingen. Studentens tanker og følelser kan også sette i gang refleksjon når hun ser og opplever andres handlinger. Hun kan gjennom refleksjonen møte egne følelser og forstå kunnskapen i følelsene, også gjennom å se og oppleve andres handlinger.

Møtet med følelsene og synliggjøringen av kunnskapen i dem, fremtrer alltid mot en bakgrunn av tidligere erfaringer studenten har gjort i private og faglige kontekster.²⁷⁶

²⁷⁵ ”Teaching Artistry Through Reflection-in-Action. Chapter 2” i *Educating the Reflective Practitioner*. 1987.

²⁷⁶ Aristoteles. *Etikk*. Et hovedverk i Aristoteles’ filosofi, også kalt ”den nikomakiske etikk”. 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

Når studenten møter følelsene, er kunnskapen som kan være en konkret mening, norm og eller verdi, i samspill med tidligere erfaringer.²⁷⁷ Innsikten som da oppstår, bidrar til å forandre meningen og kunnskapen i tidligere erfaringer. Studenten begynner i praksis etter en teoretisk og praktisk forberedelse i høgskolen. Hun opplever at hun har noe kunnskap som gjør at hun kan hjelpe pasienten. Men i situasjonen med pasienten kan følelsene skape en usikkerhet om kunnskapen hun har.

Å være i en situasjon hvor studenten ut fra egne følelser kan velge hvor mye hun vil være i situasjonen, gir henne en mulighet til å kjenne på følelsene, kjenne på kunnskapen, og til å kjenne på hvor mye hun vil delta i situasjonen. Følelsene blir avgjørende for studentens deltakelse, og den vurderes ut fra studentens følelser der og da. Situasjonen kan gi henne tid og rom til å få tak på kunnskapen i følelsene, og hun kan delta i situasjonen hvor hun opplever å ha kontroll. Denne tryggheten kan være av betydning for at studenten neste gang er mer klar for å gå inn i situasjonen og hjelpe pasienten.

Selv om studenten observerer andre pleiere utøver sykepleie, stiller hun seg ikke utenfor pasientens situasjon. Studenten viser et engasjement for pasienten. Skjervheim²⁷⁸ sier at vi ikke kan velge å være engasjert. Engasjement er en grunnstruktur i den menneskelige tilværelsen. I og med at vi er i verden, er vi allerede engasjert i noe. Det vi kan velge er hva vi vil la oss engasjere i, eller vi kan la andre velge for oss. Det første som må velges, er selv å ta valget.

Skjervheim²⁷⁹ sier at mennesket har relasjoner til hverandre gjennom språket. Holdningene vi viser til det den andre sier, forteller om vi forholder oss til den andre som subjekt eller objekt. Vi kan ikke objektivere oss selv. Vi kan objektivere andre ved å se ham eller henne som en sak og derigjennom psykologisere den andre. Denne objektiveringen er maktutøvelse hvor vi selv går i forsvar. I objektiveringen går vi til angrep på den andres frihet. Vi gjør den andre til et objekt, en ting i sin verden. På denne måten får vi herredømme over andre. Slik gjør vi det samtidig umulig å ta den andre på alvor. I en objektivert verden er alt forhåndsbestemt og vi trenger ikke ta valg. Det etiske elimineres i objektiveringen, og vi har ingen påvirkning på det som skjer.

²⁷⁷ Bengtsson, J. og Løkken, G. "Maurice Merleau-Ponty: Kroppens verdighet og verdens kroppslighet" i Pedagogikkens mange ansikter. Pedagogisk idéhistorie fra antikken til det postmoderne". 2004.

²⁷⁸ "Deltakar og tilskodar" i Mennesket. 2002.

²⁷⁹ "Deltakar og tilskodar" i Mennesket. 2002.

Studenten er opptatt av at pasienten blir ivaretatt på en etisk og god måte. Studentens usikkerhet på hvordan hun vil reagere når hun ser et menneske som er dødt, oppleves så utrygt at hun velger å være i en læringssituasjon hvor hun kan gå inn og ut av pasientrommet. Hennes følelsesmessige usikkerhet og valget om å observere blir gjort både for å ivareta studenten selv og pasienten.

Å sette studenten som er usikker til å utføre gjøremål hun følelsesmessig ikke har kontroll over, kan volde pasienten skade. Dette gjelder spesielt situasjoner hvor ferdigheten må gjøres perfekt, og det ikke er rom for å gjøre feil. Manglende rom for å gjøre feil kan også gjøre studenten ekstra usikker og følsomme i situasjonen. Det kan komplisere møtet og forståelsen av kunnskapen i følelsene.

6.7.3 Å se og høre sykepleieren

Det tredje eksemplet jeg vil trekke frem for å drøfte hvordan studenten gjennom ulike tilnærminger står i følelsene, handler om å se og høre hva sykepleieren sier og gjør overfor pasienten.

Lise er med og observerer kontaktsykepleieren som setter en injeksjon på en pasient. Hun observerer at sykepleieren ikke vasker injeksjonsstedet før hun setter injeksjonen. Dette er hun kritisk til. På skolen har hun lært at hun skal vaske injeksjonsstedet først, og hun har lest dette i beskrivelsen av fremgangsmåten for setting av injeksjoner i lærebøkene. Studenten forstår ikke alltid sykepleierens valg overfor pasienten, noe hun ofte opplever forvirrende.

Studentens læring i praksis er organisert slik at hun skal lære gjennom å være sammen med en sykepleier og følge henne i det arbeidet hun har ansvaret for i avdelingen. Gjennom å se og høre sykepleieren i situasjonen med pasienten, kan studenten lære sykepleiefaget rent intellektuelt, men de kan ikke lære virksomheten²⁸⁰ uten selv å delta. Meløes begrep om å se og forstå det andre gjør i en virksomhet, utdyper dette poenget. Et samfunn, sier han, består av virksomheter. Sykepleie er en slik virksomhet og aktøren i denne virksomheten er sykepleieren og pasientene. Hun utøver sykepleie. Andre aktører innenfor det samme systemet er for eksempel hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og sykepleierstudenter.

²⁸⁰ Meløe, J. "Notater i vitenskapsteori. Til gruppene i humaniora og samfunnsvitenskap med fiskerifag" i Vitenskapsteori. Tre artikler av Jakob Meløe. 2004a.

Sykepleieren er en aktør i en bestemt virksomhet. Av studenten betraktes hun ikke som et navngitt individ, men som et individ på plass i aktørposisjon. Studenten betrakter sykepleieren i virksomhet. For å kunne se og forstå andres virksomhet, må vi vite hva slags oppgaver som hører til den posisjonen der de opererer og det ansvar og den myndighet som hører til plasseringen i virksomheten.

Et av læringsmålene i sykehjemspraksisen er at studenten skal få innsikt i sykepleierens funksjon på sykehjemmet. Ved å se og høre sykepleieren i arbeidet på avdelingen, kan hun lære å forstå de oppgavene, det ansvaret og den myndigheten som er lagt til sykepleieren på sykehjemmet. Studenten kan få innblikk i sykepleierens verden, og den verden handlingene utføres innenfor, og det som gir disse handlingene betydning.²⁸¹ I et morgenstell utføres handlingene i en ikke statisk og foranderlig verden. Pasientens behov varierer ut fra hvem han eller hun er og hvilke behov de har i morgenstellet. Dette har betydning for sykepleierens valg. I to tilsynelatende identiske morgenstell kan derfor de samme handlingene ha ulik betydning. Dette er nyanser i hjelpen som det for utenforstående kan være vanskelig å se. Situasjonene består av små og store betydningsfulle detaljer som kan variere fra pasient til pasient, og fra morgenstell til morgenstell, også overfor samme pasient. For å lære og utøve sykepleie, må studenten lære å se detaljene i møte med pasienten og hun må forstå sykepleierens valg i situasjonen.

Erkjennelsen, hvor den kognitive aktiviteten skaper en omveltning av hendelsen,²⁸² åpner flere sider ved situasjonen og studenten kan forstå kunnskapen i følelsene. Denne kunnskapen inneholder også kunnskapsformene beskrevet hos Aristoteles²⁸³ som *techne* og *fronesis*. Ved å få tak i hva hun ikke forstår av sykepleierens, instruktørens, handlinger, utvikler studenten sitt kunnskapsområde.

I situasjonen hvor studenten observerer kontaktsykepleieren som tar blodprøve av pasienten, forstår hun at sykepleierens innsikt i pasienten og sykdomsbildet har betydning for det hun gjør. Sykepleieren har en kunnskap om pasienten som studenten ikke har, og hun vil derfor møte pasienten på en annen måte enn studenten foreløpig er i stand til.

²⁸¹ Meløe, J. "Om å forstå det andre gjør" i Vitenskapsteori. Tre artikler av Jakob Meløe. 2004b.

²⁸² Nussbaum, M. "Emotioner som värdeomdömen" i Tanke Känsla Identitet. 1997.

²⁸³ Aristoteles. Etik. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etik". 3 utgave 1999. 3. opplag 2006.

6.7.4 Å tilnærme seg pasienten gjennom ett perspektiv

Jeg har beskrevet hvordan studenten, gjennom ulike tilnæringer til pasienten, møter følelsene og hvordan hun, ved å være i en hermeneutisk bevegelse, utvikler og forstår kunnskapen i følelsene. Undervisningen i høgskolen kan skape en tro hos studenten om hva som er den rette måten å tilnærme seg pasienten på. I etikkundervisningen lærer for eksempel studenten om ivaretagelsen av pasientens integritet. Når sykepleieren hjelper pasienten, skal hun vise respekt for pasienten. Studenten kan få en forståelse og et mentalt bilde av hvordan sykepleieren hjelper og møter pasienten når hun ivaretar henne med respekt.

På høgskolen har studenten lært at å heve og senke sengen skal gjøres på en slik måte at det oppleves trygt for pasienten. Å informere pasienten slik at han eller hun er forberedt på hva som skal skje, opplever studenten er viktig for å ivareta pasientens integritet. Studenten reagerer derfor når hun observerer at sykepleieren ikke følger disse retningslinjene.

I en situasjon hvor studenten ser og hører pasientens behov kun ut fra for eksempel generell sykdomslære, får hun ingen bevegelig innsikt. Jeg vil utdype dette med eksemplet over hvor studenten observerer sykepleieren som hever og senker sengen når hun hjelper pasienten i stellet.

Studenten opplever at sykepleieren viser pasienten manglende respekt, og at hun ikke ivaretar hennes individuelle behov. Refleksjonen rundt opplevelsene handler om det studenten mener er feil strategi eller handlingsvalg, og at dette har med sykepleierens holdning til arbeidet å gjøre. Teoretisk kunnskap er avgjørende for hvordan studenten reflekterer over sykepleierens ivaretagelse av pasienten. I denne situasjonen kan studenten ikke bare bli fremmed, men også utvikle en fremmedhet overfor den verden sykepleieren handler innenfor. Hvis studenten selv er fremmed for den verden sykepleieren handler i, er hun også fremmed overfor det hun retter blikket sitt mot, pasienten.²⁸⁴ Hun utvikler ikke kunnskap om sykepleierens verden, kunnskap hun må ha for å forstå sykepleierens handlingsvalg. Å ikke stå i følelsene studenten har overfor sykepleierens handlinger, kan opprettholde denne fremmedheten og gi en manglende kunnskap om praksis. Studenten forblir fremmede overfor dem sykepleieren retter sitt blikk

²⁸⁴ Meløe, J. "Om å forstå det andre gjør" i Vitenskapsteori. Tre artikler av Jakob Meløe. 2004b.

mot, og handler med hensyn til, og dermed blir hun også fremmed for det sykepleieren gjør.²⁸⁵

I disse læringssituasjonene kan teorien få en dominerende plass og betydning. Studentens fokus på teorien kan skjerme for følelsene, slik at studenten ikke får kontakt med dem og derfor heller ikke utvikler og forstår kunnskapen i følelsene.

Seikkula²⁸⁶ beskriver hvordan taleren, ved en manglende bevegelse, kan forme sine egne tanker til ferdige utsagn uten å få utfyllende kommentarer. En monolog gir ikke åpning for spørsmål, men lukker svaret. Ved et manglende møte med følelsene, kan studenten danne seg et bilde av virkeligheten hvor hun ikke ser alternative måter å stille et spørsmål på. En situasjon som stenger av for møtet med følelsene, og forståelsen av kunnskapen i følelsene, hindrer studentens mulighet til å utvikle et handlingsrepertoar som hun kan tilnærme seg pasienten og situasjonen med. Hun vil heller ikke kunne utvikle evnen til å skille mellom de ulike handlingsalternativene som finnes.

Endringer innebærer at vår evne til å føre indre dialog øker, fordi forståelsen øker dialogen mellom mennesker.²⁸⁷ Seikkula²⁸⁸ er opptatt av forholdet mellom den indre og ytre dialogen. Vi kan føre en indre og ytre dialog om forholdene rundt oss. Når den indre og ytre dialogen spiller på lag, skaper den en utvikling ved å bidra til ny erkjennelse av praksis. En ytre dialog definerer Seikkula som den verbale og nonverbale kommunikasjonen mellom partene i en dialog. Dialogen er også grunnleggende i individets indre verden. Her fører studenten en dialog med seg selv, den indre dialogen, hvor hun skaper sitt eget bilde av praksis. I den indre dialogen kan også studenten samtale med seg selv, hvor hun spør og svarer seg selv. Den indre dialogen kommer til uttrykk gjennom for eksempel kritiske og undrede spørsmål i den ytre dialogen.

Å møte og å stå i følelsene, og derigjennom utvikle og forstå kunnskapen i dem, innebærer at studentens evne til å føre indre dialoger øker. Kunnskap utvikles og forståelsen øker når studenten står i følelsene i dialogen med sykepleieren og pasienten. Dette øker i sin tur hennes

²⁸⁵ Meløe, J. "Om å forstå det andre gjør" i Vitenskapsteori. Tre artikler av Jakob Meløe. 2004b.

²⁸⁶ "Kapittel 8 og 9" i Åpne samtaler. 2000.

²⁸⁷ Seikkula, J. "Kapittel 8 og 9" i Åpne samtaler. 2000.

²⁸⁸ "Kapittel 8 og 9" i Åpne samtaler. 2000.

evne til å møte egne følelser. Det har betydning for ansvaret den enkelte student føler for dialogen.

Studenten har en tendens til å gyldiggjøre teorien som fasit for hvordan praktiske ferdigheter skal utføres. På denne måten kan skolens teoriundervisning og retningslinjer føre studenten inn i låste spor. Med dette utgangspunktet møter og står hun ikke i følelsene, og hun lærer ikke å se at teoriene og retningslinjene er hjelpemidler, et utgangspunkt hun kan ha med seg inn i møtet med pasienten.

Situasjonen med pasienten kan være uforutsigbar, og med teorien som utgangspunktet lærer hun ikke å se de individuelle tilpasningene som må gjøres overfor pasienten i den enkelte situasjonen. Sykepleiestudentens manglende kontakt med følelsene og kunnskapen i følelsene, kan bidra til en praksis som utelater pasientens forståelse av seg selv og sin egen situasjon.

7.0 Følelsene og læring av sykepleiefaget

I denne studien har jeg både blitt oppmerksom på og forsøkt å gjøre rede for hvordan følelsene spiller med i sykepleiestudentens læringsprosess. Når studenten står i pasientsituasjonen, tar hun beslutninger med utgangspunkt i det hun opplever er det mest fornuftige å gjøre der og da. I sine beslutninger stoler hun på sine egne umiddelbare bedømmelser av situasjonen og handler spontant. Når studenten begrunner sine handlingsvalg med kunnskap og erfaring, oppfatter hun også at den umiddelbare og spontane reaksjonen er fornuftig.

Følelser er, som denne studien viser, fornuftige. Den viser også at når studenten reflekterer fornuftig over sine spontane handlingsvalg reflekterer hun også over fornuften. Den rasjonelle refleksjonen omfatter både følelsene og de praktiske gjøremålene som er knyttet til den praktiske utøvelsen av sykepleie.

7.1 Den praktiske kunnskapen

Studentens praktiske kunnskap kommer til uttrykk i handlinger. For å utvikle denne praktiske kunnskapen må studenten se pasientene over tid, se hvordan de fungerer, hva de mestrer og hva de trenger hjelp til. Studenten oppfatter disse variasjonene som de individuelle forskjellene, de mange små tilpasningene som må til over tid og som krever at hun kjenner pasienten. Hva den praktiske kunnskapen handler om og hvordan den kan utvikles i en yrkespraksis, blir beskrevet i flere studier.²⁸⁹

²⁸⁹ Benner, P. From novice to expert. 1984.

Benner, P. Fra novise til ekspert. 1995.

Bjørk, I.T. Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting. 1999.

Heggen, K. Sykehuse som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanningene. 1995.

Josefson, I. Läkarens yrkeskunnskap. 1998.

Kirkevold, M. Practical knowledge embedded in the nursing care provided to stroke patients. 1990.

Lawler, J. Behind the Screens. Nursing, Somology, and the Problems of the Body. 1991.

Lawler, J. Bak skjerm Brettene: sykepleie, somologi og kroppslige problemer. 1996.

Lillemoen, L. Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden. 2008.

Lillemoen, L. "Jeg må finne min måte å utøve sykepleie på. –Historien om Tordis". 2006.

Olsen, R.H. Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie. 1998.

Lillemoen²⁹⁰ undersøker sykepleierstudentens utvikling av moralsk opptreden i direkte møter med praksisfeltets utfordringer. Det er møtene med ukjente og særlig sårbare pasienter studenten opplever som moralsk utfordrende. Studenten uttrykker usikkerhet og et behov for tilbakemelding, men med få unntak snakker hun med praksisveileder og eller lærer om disse utfordringene. Studentene i Lillemoen sin studie oppfatter at moralske utfordringer er et ikke tema.

Den praktiske kunnskapen viser seg også i måten studenten håndterer de moralske utfordringene i pleiesituasjonen. Å handle i samsvar med pasientens ønsker og vilje blir det viktigste etiske prinsippet for studenten, og hun begrunner sine praktiske handlingsvalg i observasjoner og fortolkninger av pasientens reaksjoner. I situasjoner der det er vanskelig å vite hva pasienten ønsker, er studentens rettesnor hva hun tror er pasientens ønske. Når pasienten viser tegn som kan tolkes som motvilje eller ubehag, avbryter studenten ofte sine gjøremål dersom pasienten ikke er i en livstruende situasjon. For øvrig håndteres de moralske utfordringene ut fra hva den enkelte student synes er best.

Heggen²⁹¹ undersøker hva som særpreger sykepleierstudentens erfaringer med pasientomsorgen i sykehus sett fra et opplæringspunkt. Gjøremålene i en profesjonell organisasjon som sykehuset er samordnet gjennom kunnskap. Det ligger omsorg for omsorgen i rammene rundt sykepleiarbeidet. Det organiserte arbeidsfellesskapet viser særtrekk ved arbeidet som står i et gjensidighetsforhold til arbeidsorganiseringen. Organiseringen av arbeidet skaper og er skapt for eksempel for å sikre ansvarlig yrkesutøvelse. Ansvarlighet forutsetter både selvstendige og samarbeidende yrkesutøvere som demonstrerer innsikt og oversikt i organisering og gjennomføring av pleiarbeidet. Det å oppnå en posisjon i dette fellesskapet har betydning for studentens kunnskapsutvikling.

Studentens utvikling av praktisk kunnskap preges av hennes plass i pleiefellesskapet. Studentens posisjon handler både om hvor studenten skal sitte på vaktrommet og hvilke arbeidsoppgaver hun skal gjøre i avdelingen. Ved spørsmål om å være med å utføre forefallende arbeid og delta i praksisfellesskapet, minner studenten avdelingen på at hun ikke er arbeidskraft. Hun kan i stedet velge å utføre "skolske" oppgaver som å skrive

²⁹⁰ Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden. 2008
"Jeg må finne min måte å utøve sykepleie på. –Historien om Tordis". 2006.

²⁹¹ Sykehuset som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanningen. 1995.

refleksjonsnotat eller lese. Studentens deltakelse i praksisfellesskapet kan bære preg av å være en interessert tilhører. Heggen opplever at det er påfallende hvor perifert studenten kan stå i en rekke læringssituasjoner. Det essensielle er at studenten er en legitim perifer deltaker i arbeidsfellesskapet. Det studenten oppnår i denne posisjonen er at hun inkluderes i et kunnskapspreget samhold. Ved å være inkludert og å oppnå posisjon i dette fellesskapet, høster studenten av kunnskapsreservoaret som ligger i strukturen og arbeidsmåten i pleiefellesskapet.

I en studie beskriver Benner²⁹² sykepleierens praktiske kunnskap som kvalifisert utøvelse av klinisk sykepleie og ferdighet i å forstå et klinisk skjønn. Praktisk kunnskap anvendes om utøvelsen av sykepleiefaglig kunnskap i konkrete, kliniske situasjoner. Fokuset er ikke utøvelsen av praktiske handlinger, men utvikling av sykepleierens personlige dømmekraft. Denne dømmekraften gir retning for sykepleierens valg av handlinger i situasjonen. En forutsetning for læring og utvikling er praksiserfaring. Studien viser at de med kort og lang erfaring fokuserer på ulike forhold i de kliniske situasjonene. Utviklingen hos sykepleieren viser at fra å være styrt av regler og å handle usikkert og stivt, utøver han eller hun sykepleie med sikkerhet. De var dessuten mer deltakende i situasjonen med pasienten.

For å forklare og beskrive hvordan praktisk kunnskap utvikler seg gjennom økt viten og kunnskap er Dreyfus og Dreyfus-modellen for tilegnelse av ferdigheter tilpasset sykepleien gjennom Benner²⁹³. Dreyfus-modellen er en situasjonsorientert modell, og forutsetter at den som lærer og utvikler sin kompetanse, passerer fem ferdighetsnivå: novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Tre generelle aspekter beskriver kvalifisert praksis, og de fem nivåene uttrykker endringer innenfor disse. I det første aspektet går utviklingen fra avhengighet av abstrakte prinsipper til anvendelse av egen, konkret erfaring i gjennomføringen. En endring i oppfattelsen av hva som er en krevende situasjon, skjer innenfor det andre aspektet. Situasjonen består i mindre grad av mange like relevante og uoversiktlige deler, men er et komplett hele der bare noen av de enkelte delene er relevante. I det tredje aspektet går utviklingen fra en posisjon som utenforstående observatør til deltakende aktør. Aktøren står ikke lenger utenfor situasjonen, men er engasjert i situasjonen med pasienten.

²⁹² From novice to expert. 1984.

Fra novise til ekspert. 1995.

²⁹³ From novice to expert. 1984.

Fra novise til ekspert. 1995.

Gjennom observasjon og intervjuer beskriver Lawler²⁹⁴ den praktiske kunnskapen sykepleieren tilegner seg ved personlig erfaring og praksis. Sykepleiere med minst fem års erfaring ble studert når de utførte sitt vanlige arbeid med å stelle andre. Lawler utviklet en praksisforankret teori, somologi, om hvordan kroppen behandles innenfor sykepleien.

Somologi, læren om kroppen, er betegnelsen for sykepleiepraksis ved at personligheten og kroppen betraktes som et integrert sammensatt hele.²⁹⁵ Sykepleieren beskjeftiger seg også med kroppen slik pasienten opplever den under sykdom. For at kroppen skal oppleves medgjørlig under sykdom, tar sykepleieren hensyn både til personen og kroppen. Måten sykepleieren møter pasienten på er basert på tillit og trygghetsfølelse hos pasienten. Dette er evner dyktige sykepleiere har og som krever et høyt nivå av klinisk kyndighet og iblant mot. Sykepleierens viten om kroppen er mangesidig viten integrert i en sammenheng, hvor anvendelse av kunnskap avhenger av individet og situasjonen. Kunnskapen kommer til uttrykk gjennom handlingene, hvor sykepleieren anerkjenner pasientens opplevelse av kroppen. Stellet utføres ut fra en grunnleggende viten som pleieren også skaffer seg i samspillet med pasienten. Pleieren overveier hva som er betydningsfullt for pasienten ut fra forholdene hun møter hos pasienten og situasjonen. Det er denne viten som Lawler mener utvikles ved praktisk profesjonell erfaring.

Olsen²⁹⁶ beskriver hvilken betydning pleierens sansning, refleksjon og erfaring har for handlingene, praktisk kunnskap, i morgenstellet med den demente. Pleieren handler med grunnlag i erfaringer og kunnskap. Yrkespraksisen er basert på den enkeltes oppfatning av situasjonen og hennes meninger og forståelse. Pleieren tolker og anvender teorier og erfaring på en slik måte at handlemåten blir avhengig av hennes moral- og fagforståelse. Hva fag- og moralforståelsen er, har pleierne ulike meninger om. Pleierens faglige og etiske normer og regler er ikke grunnet på et gjensidig avhengighetsforhold med den demente i situasjonen, men på hennes egne erfaringer og kunnskap. Sykepleien blir derfor personavhengig. Det vil si at hjelpen er avhengig av den enkelte pleierens oppfatning av "den beste måten" å møte og å hjelpe pasienten på. Denne oppfatningen kan ha grunnlag både i erfaringsbasert og teoretisk kunnskap. Gjentatte morgenstell og all annen erfaring gir pleieren en forståelse for hvordan et

²⁹⁴ Behind the Screens. Nursing, Somology, and the Problems of the Body. 1991.

Bak skjerm Brettene: sykepleie, somologi og kroppslige problemer. 1996.

²⁹⁵ Lawler, J. Behind the Screens. Nursing, Somology, and the Problems of the Body. 1991.

Lawler, J. Bak skjerm Brettene: sykepleie, somologi og kroppslige problemer. 1996.

²⁹⁶ Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie. 1998.

morgenstell skal utføres. Hun behøver ikke tenke på hvordan hun skal bevege seg eller utføre prosedyrene som inngår i morgenstellet. Dette fremstår som en grunnregel som forteller hvordan man bør møte pasienten og forholde seg i et morgenstell. Pleierens anvendelse av erfaring og kunnskap kommer til uttrykk gjennom handlemåten.

I studien beskriver Olsen to pleiepraksiser.²⁹⁷ 1. Å handle med pasienten hvor morgenstellet er person- og situasjonssentrert og samarbeidet pasientorientert. Pleieren forholder seg til det hun mener pasientene uttrykker i øyeblikket. 2. Å handle for pasienten hvor morgenstellet er formåls- og oppgavesentrert og samarbeidet pleieorientert og med pasientens protest. Utgangspunktet er pleierens forståelse av hvordan morgenstellet skal utføres. Morgenstellet hvor pleieren handler med pasienten kan tyde på at når det man sanser danner grunnlaget for handlingen, vil handlingen variere fra et stell til et annet, avhengig av hva som sanses i pasientens appell og pleierens forståelse av det sansede. Når morgenstellet utføres på grunnlag av pleierens forutbestemte meninger uavhengig av pasientens appell, blir handlingene preget av pleierens rutiner og vaner.

Bjørk²⁹⁸ utvikler en modell som beskriver den nyutdannede sykepleierens handlinger slik de fremkommer i arbeidet med pasienten når hun gjennomfører ferdighetene sårstell og forflytning, og hvordan kunnskapen utvikler seg med erfaring. Modellen er formet som en sirkel for å symbolisere enhet, helhet og integrasjon. Bjørk sier at modellen er normativ i den forstand at alle kategoriene bør være med i en god praktisk sykepleieutøvelse. Modellen består av fem komponenter: *substans* og *sekvens*, *nøyaktighet*, *flyt*, *integrasjon* og *omsorg*, komponenter som er forbundet med hverandre. Alle komponentene er nødvendige for at en ferdighet skal utføres på en korrekt måte. *Substans* betyr handlingens innhold, de ulike trinnene som skal være med i en gitt handling eller prosedyre. *Sekvens* har med rekkefølgen av trinnene å gjøre, om de ulike handlingstrinnene, instruksjonen og informasjonen utføres i en logisk rekkefølge. *Nøyaktighet* betyr at de enkelte handlingstrinnene er presist og korrekt utført og at den instruksjonen og informasjonen som gis, er korrekt. Det er *flyt* i handlingene når hvert element i utførelsen gir et inntrykk av letthet og av at det "glir godt", at handlingstrinnene utføres uten nøling eller fomling og at hvert handlingselement virker "avsluttet". *Integrasjon* viser seg ved at parallelle aspekter i handlingen, for eksempel

²⁹⁷ Olsen, R.H. Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie. 1998.

²⁹⁸ Hands-on nursing: new graduates' practical skills development in the clinical setting. 1999.

bevegelsestrinn, fysisk støtte og informasjon, harmonerer med hverandre og er samkjørt. Det innebærer også at den som utfører handlingen ser hva pasienten generelt har behov for, ut over de spesifikke behov som er knyttet til den aktuelle handlingen. *Omsorg* relatert til en praktisk sykepleiehandling viser seg ved at den som utfører handlingen skaper en atmosfære som er preget av respekt, akseptasjon og oppmuntring. Bjørk framhever at omsorg omfatter omtanke for hele personen, og at denne delen av modellen ikke bare relateres til den aktuelle handlingen, men at omsorg også betyr at sykepleieren kan forholde seg til den totale opplevelsen av å være pasient.

Undersøkelsen til Bjørk viser at sykepleieren med ett års erfaring i samme avdeling i klinikken gjennomfører ferdigheten mer fullstendig, med bedre flyt og høyere hastighet sammenlignet med da han eller hun var nyutdannet. Sykepleieren gjennomfører ferdighetene med mange feil og unnlater, noe hun som regel ikke ser. Mange aspekter i gjennomføringen er ikke merkbart forbedret i løpet av det første året som sykepleier. Mange av de samme feilene blir gjennomført med bedre flyt og hastighet. Det er stagnasjon i gjennomføringen og til og med tilbakegang når det gjelder substans, sekvens og nøyaktighet. Konsekvensene av å utelate for eksempel håndvask og å redusere informasjonen truer både den praktiske handlingen og helsen og velværen til pasienten.

Kirkevold²⁹⁹ beskriver den praktiske kunnskapen som kommer til uttrykk i sykepleiernes utøvelse av sykepleie overfor slagpasienter. Den praktiske kunnskapen handler om sykepleierens forventninger, antakelser og normer om hva de mener omsorg for slagpasienten handler om. Den praktiske kunnskapen består av praktisk erfaring og av en integrering av teoretisk kunnskap som disse sykepleierne betrakter å være relevant i arbeidet med denne pasientgruppen. Sykepleierne utvikler kunnskapen gjennom erfaring med å utøve omsorg for slagpasienten.

I Josefsons³⁰⁰ undersøkelse blant leger og deres forhold til pasienten, beskriver legen den praktiske kunnskapen. Å være lege for pasienter gjennom flere år, innebærer å bli innlemmet i pasientenes fortrolighetsrom. Den kunnskap pasienten deler med legen kan derfor ikke uten videre formidles til andre. Legen opplever at dette er en viktig kunnskap for å kunne gi pasienten den riktige behandlingen. Han eller hun vet ikke hvor viktig denne kunnskapen er,

²⁹⁹ Practical knowledge embedded in the nursing care provided to stroke patients. 1990.

³⁰⁰ Läkarens yrkeskunnande. 1998.

før de for eksempel får ansvar for andre pasienter enn dem de har utviklet et kjennskap til. Å bytte arbeidsplass kan oppleves som en smertefull forandring. En av legene i Josefson sin undersøkelse opplever at hun gjør feil som hun ikke kunne drømme om at hun ville gjøre. Det er mange beslutninger som skal tas. Det var da hun innså at det var mye kunnskap om pasienten hun måtte bygge opp.

Studiene som er gjennomført både blant sykepleierstudenter, sykepleiere og leger viser at yrkesutøveren utvikler praktisk kunnskap ved å være i et praksisfellesskap og å handle i pasientsituasjoner over tid. I studiene er det ikke direkte fokus på følelsene og eller følelsenes betydning for utvikling av den praktiske kunnskapen. Yrkesutøveren tilnærmer seg pasienten gjennom sansning, intuisjon og skjønn, hvor evnen til å handle er i kroppen. Praktisk kunnskap, fronesis, handler om det særegne ved pasienten og kommer til uttrykk gjennom handlingene. Yrkesutøverens praktiske kunnskap har derfor betydning for den hjelpen han eller hun kan gi pasienten. Studiene viser også at det ofte er opp til den enkelte yrkesutøveren, og hans eller hennes oppfatning av situasjonen, deres meninger og forståelse, hvordan han eller hun vil handle overfor pasienten.

For å få tilgang til den praktiske kunnskapen,³⁰¹ kreves det at yrkesutøveren er nysgjerrig, konsentrert og oppmerksom. Kunnskapen er personlig, og tilgangen til den avhenger derfor av hvem yrkesutøveren er. Yrkesutøverens forhold til pasientene har avgjørende betydning for læringssituasjoner der følelser og fornuft spiller sammen.

Hvordan vektlegges følelsene og hvilken betydning har de i læring av sykepleie? Hvordan kan sykepleierstudenten lære å utøve sykepleie som en praktisk kunnskap?

7.2 Å sette ord på følelsene

Det å erfare ulike pasientgrupper i varierte læringssituasjoner i praksisfeltet, er en tilnærming til læring som har stor plass i sykepleierutdanningen.³⁰² Studentens erfaringer er derfor sentral i evalueringen av praksisperiodene.

³⁰¹ Josefson, I. L. Läkerans yrkeskunande. 1998.

³⁰² Studieplanen for Bachelor i sykepleie, 2004.

I det å lære gjennom erfaring ligger en forventning fra høgskolen om at studenten skal fortelle om og reflektere over sine erfaringer i praksis og derigjennom sette ord på sine følelser. Å sette ord på følelsene er noe høgskolen forventer av studenten gjennom hele utdanningen.

En studie av Ghaye³⁰³ viser at studenten i refleksjonsnotatene kan fortelle om følelsesmessige utfordringer som er personlige, og når hun tar opp disse utfordringene opplever hun at hun utgir sin personlighet.³⁰⁴ Studenten, sier Ghaye, opplever at det kan være vanskelig å fortelle om følelsesmessige utfordringer.

Min erfaring med å fortelle om følelsesmessige erfaringer og utfordringer er at det kan være vanskelig. Når jeg skal fortelle om følelsene kan jeg oppleve at jeg skal fortelle om ”hva følte jeg da?” Når jeg blir bedt om å fortelle om ”hva jeg følte da” opplever jeg at jeg går over en grense som handler om min integritet og som ikke har med saken sykepleie å gjøre. Jeg kan oppleve at jeg ikke blir tatt alvorlig og at sykepleiefaget handler om føleri. For å kunne synliggjøre kunnskapen i følelsene og å utvikle den praktiske kunnskapen skal følelsene studenten forteller om ikke handle om føleri, men fag. Det skal handle om hva studenten sanser, opplever og tenker.

Når studenten bruker det hun føler i situasjonen som rettledende for handlingene må hun også lære seg å se på følelsene som hennes kunnskap. Studenten må reflektere over egne følelser som kunnskap i handlingene, som når hun begrunner følelsene med kunnskap og erfaring.

Handlingene tilhører det offentlige rom da sykepleie til en pasient ikke er et privat anliggende. Forholdet mellom student, kontaktsykepleier og lærer er ikke privat, men faglig. Og fordi fag og person ikke kan skilles blir det også personlig. Dette viser den viktige og vanskelige balansegangen mellom følelsene i følelsene, kunnskapen i følelsene, og forbudte og anerkjente følelser.

Ghaye³⁰⁵ peker på denne problematikken i en artikkel. I det eksemplet Ghaye bruker, opplever studenten at det er vanskelig å gi detaljerte beskrivelser av følelsene sine. Hun opplever at følelsene er for private til å dele med fremmede. Hun ønsker å dele følelsene med mannen sin

³⁰³ Ghaye, T. “Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)”. 2007.

³⁰⁴ Ghaye, T. “Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)”. 2007.

Riessman, C.K. Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Volume 30. 1993.

³⁰⁵ “Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)”. 2007.

eller sin beste venn, men ikke med ukjente lektorer ved universitetet. Studenten opplever det ekstra belastende fordi det er et krav fra universitetets side at hun skal utdype følelsene sine i refleksjonsnotatene. Disse vurderes av lektorene ved universitetet som et ledd i utdanningen.

Når Ghaye³⁰⁶ stiller spørsmålet angående det etiske rundt forventningen om å utdype følelsene, trekker han fram det etiske prinsippet om å gjøre mot andre som man vil andre skal gjøre mot en selv. Hvem vil vi dele det vi opplever er våre private følelser med, og hvem har rett til å skulle ha del i de følelsene vi opplever er private? Forholdet mellom lektoren og studenten mener Ghaye er sentralt for hvilken opplevelse studenten har.

Ved sykepleierutdanningen denne studien omfatter, er det hvilken lærer som følger studenten opp i praksis som er avgjørende for hvem studenten er i læringsgruppe sammen med. Denne måten å sette sammen læringsgruppene på kan resultere i at studenten ikke kjenner verken læreren eller de andre studentene i gruppen. Samtidig som studenten opplever at det er en utfordring å dele følelser de opplever som personlige med fremmede studenter og lærere, kan en manglende refleksjon hemme utviklingen og forståelsen av kunnskapen i følelsene. En balanse i det å vite hva som forventes av studenten, og hvordan beskrivelsen av følelsene skal brukes, vil være av betydning for refleksjonen, hva det reflekteres over og hvordan.

Hva er det studenten skal reflektere over for å synliggjøre fornuften i følelsene? Hva er det høgskolen forventer av studenten? Dette er spørsmål Ghaye³⁰⁷ også stiller. Ghaye mener at hva utdanningsinstitusjonen forventer av studenten er for uklart. Studenten vet ikke hva som forventes av henne. Fordi hun opplever det uklart og vanskelig hva hun skal utdype og hvordan, beregner studenten hva og hvor mye hun vil beskrive ut fra hva hun tror må til for å få bestått på refleksjonsnotatet. Hun utdyper følelsene i refleksjonsnotatene ut fra hva hun tror lektorene forventer. Ghaye argumenterer for at universitetet bør være tydelig på hva som forventes av studenten. Hvilke regler studenten kan følge og hva studenten kan ta opp, er spørsmål som bør avklares, mener han.

For å kunne synliggjøre kunnskapen, hva må da være fokuset for refleksjonen? Fokuset for refleksjonen må være kunnskapen som er i følelsene, og ikke følelsene i seg selv. I refleksjonen begrunner studenten følelsene og følelsene blir fornuft. En tilnærming til

³⁰⁶ "Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)". 2007.

³⁰⁷ "Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)". 2007.

refleksjonen over kunnskapen i følelsene, kan være å fokusere på studentens begrunnelse av følelsene.

Når fokuset på følelsene blir ”hva følte du da”, og ikke kunnskapen i følelsene, kan studenten komme i en situasjon hvor hun kan oppleve at følelsene blir så personlige at hun ønsker å holde dem for seg selv. I refleksjonsnotatene kan hun være redd for at hun uttrykker følelser som andre ikke forstår eller misforstår, og som hun ikke får utdypet. Fokus på følelsene i seg selv kan også, som Ghaye³⁰⁸ sin undersøkelse viser, skape en usikkerhet rundt hva hun tror at lærerne forventer at hun skal reflektere rundt. Studenten vet som sagt heller ikke alltid hvem som skal lese og vurdere refleksjonsnotatene hvor følelsene beskrives og utdypes. Dette kan skape en usikkerhet for studenten som kan hemme refleksjonen. Spørsmålene og utgangspunktet for refleksjonen kan bli: Hva har jeg lov å føle og hva har jeg lov å føle noe om?

Hva kan bli utgangspunktet for og innholdet i refleksjonen hvis studenten tar utgangspunkt i disse spørsmålene når hun skal reflektere over erfaringene? I teoriundervisningen på høyskolen får hun undervisning om å ivareta pasienten med respekt, verdighet og ansvar. Hva formidler høyskolen gjennom denne teoriundervisningen at studenten har lov å føle?

Studenten hjelper pasienten med å spise og drikke. Pasienten har ligget i sengen i flere år. Hun har ikke noe språk eller motorikk, og hun ligger med øynene lukket. Studenten synes det er vanskelig å forholde seg til pasienten og hun begrunner følelsen med at pasienten ”bare er der”. Å fortelle læreren og medstudentene at hun opplever at pasienten ”bare er der”, kan være noe hun ikke vet om hun kan fortelle om. Hun vet ikke hvordan følelsene kan bli oppfattet. Studenten ønsker ikke at lærerne og medstudentene oppfatter henne som å ha en negativ holdning overfor pasienten som hun ikke har. Men kanskje er det akkurat utfordringer som disse, studenten bør oppfordres til å fortelle om, fordi det er kunnskap i følelser som kan oppfattes negative så vel som i positive følelser. Det at studenten tar dette opp som en utfordring i praksis, kan jo også tyde på det.

En manglende avklaring av spørsmålet om hva læringsprosessen i praksisfeltet utfordrer studenten på, og hva studenten har lov til å føle og hva hun har lov til å føle noe om, kan

³⁰⁸ “Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)”. 2007.

skape en usikkerhet og et annet utgangspunkt for refleksjonen enn det som berører studenten sterkest i læringssituasjonen. En fare er, som denne studien og Ghaye³⁰⁹ sin undersøkelse viser, at studenten kan tilpasse refleksjonen og følelsene ut fra hva hun tror læreren og utdanningsinstitusjonen forventer av henne. Dette kan skape en læringssituasjon som ikke tar utgangspunkt i studentens behov og ståsted for læring, men høgskolen sitt utgangspunkt. Og det kan skape en læringssituasjon hvor studenten utelukkes fra å lære å utøve sykepleie på en god måte.

En tilnærming til refleksjonen med mer fokus på følelsene i seg selv, via spørsmål som for eksempel hva føler du nå, kan oppleves som et uttrykk for at læreren kontrollerer og setter verdi på følelsene. Følelsene studenten opplever kan være behagelige og spennende, positive følelser, eller ubehagelige og forstyrrende, negative følelser. Et krav om å utdype følelsene nærmere kan derfor oppleves som en verdikollisjon av følelser. Å spørre etter mere følelser oppleves av studenten som at læreren gjør en vurdering av studentens følelsesmessige kompetanse.³¹⁰ Et fokus på følelsene i seg selv kan derfor skape en refleksjon som mer handler om studentens holdninger og handlinger, og om disse er riktige eller gale, enn å synliggjøre den kunnskapen som er i følelsene. Ved å reflektere over riktige eller gale holdninger og handlinger, er det vanskelig å komme inn i en refleksjon hvor hun kan utvikle og forstå kunnskapen i følelsene. En praktisk kunnskap som har betydning for hennes forståelse av de etiske kompliserte problemstillingene hun står overfor i praksis.

7.3 Følelsene i sykepleieteoriene

Studenten får i løpet av utdanningen undervisning i ulike sykepleieteorier. Hensikten med undervisningen er å skape en forståelse av hva som kjennetegner sykepleie, hva sykepleie handler om, og hva sykepleieren skal befatte seg med. Teoriene skal gi en retning for hvordan utøve sykepleie. Hva handler denne retningen om? Hvilket fokus og betydning har følelsene for sykepleieutøvelsen sett i lys av disse sykepleieteoriene?

Studentene som deltok i denne undersøkelsen har, i første halvdel av utdanningen, undervisning i sykepleieteoretikerne Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorothea

³⁰⁹ "Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)". 2007.

³¹⁰ Ghaye, T. "Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)". 2007.

Orem og Kari Martinsen.³¹¹ Undervisningen om de fire sykepleieteoretikerne og modellene skal vise og beskrive en utvikling av sykepleiefaget og sykepleiens fokus i et historisk perspektiv. Nightingale hadde fokus på hva sykepleieren gjør. Kunnskapsutviklingen og formidlingen av sykepleie var preget av den håndverksmessige tradisjonen i faget. Lærlingene lærte sykepleie av mesteren i konkrete praksissituasjoner og den enkelte sykepleieren videreutviklet kunnskapen sin gjennom praktisk yrkeserfaring.³¹²

I 1950-årene utviklet det seg et behov blant sykepleierne for å forbedre kvaliteten på sykepleien gjennom å klargjøre hva som var sykepleierens arbeidsområde og funksjon, og ved å avgrense sykepleie i forhold til andre disipliner, for eksempel det medisinske fagområdet.³¹³ I sykepleierutdanningen ble det lagt vekt på hva sykepleierstudenten skulle undervises i, og hvordan det burde undervises.

Det teoretiske arbeidet med hva undervisningen skulle omfatte ga opphav til de første sykepleieteoriene. Teoriene skulle klargjøre hva sykepleie er, og hva sykepleierstudenten skulle lære for å få den nødvendige forståelsen av sykepleierens arbeidsområde og funksjon.

Henderson³¹⁴ formulerte en definisjon på hva sykepleie er og beskrev sykepleierens ansvarsområde med 14 grunnprinsipper. Teorien tar utgangspunkt i sykepleierens ansvar for å ivareta menneskets grunnleggende behov når dets egne ressurser ikke strekker til på grunn av sykdom og helsesvikt. Orem's teori³¹⁵ kom i 1971 og beskriver kjennetegn ved pasientens situasjon, og fenomener som pasientens egenomsorg. Med egenomsorg mener Orem de aktiviteter som mennesket tar initiativ til og utfører for sin egen del og for medlemmer av familien som trenger hjelp. Mennesket ivaretar sin egenomsorg for å opprettholde liv, helse og velvære. Sykepleie er, ifølge Orem, en hjelpetjeneste og kompenserer for sviktende egenomsorg hos pasienten. Pasienten har behov for sykepleie hvis det er et misforhold mellom personens egenomsorgskrav og vedkommendes evne til å handle i samsvar med kravene.

³¹¹ Pensumet som omhandler sykepleieteoriene er:
Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. Grunnleggende sykepleie bind 4. 2005.
Nightingale, F. Notater om sykepleie. 1997.

Norsk Sykepleierforbund. ICN Sykepleiens grunnprinsipper. NSF-serie 3. 1997.
Olsson, A.M. "Et klinisk blick". 1993.

³¹² Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. Grunnleggende sykepleie. Bind 4. 2005.

³¹³ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. Grunnleggende sykepleie. Bind 4. 2005.

³¹⁴ Norsk Sykepleierforbund. ICN Sykepleiens grunnprinsipper. NSF-serie 3. 1997.

³¹⁵ Nursing: concepts of practice. 2001.

Egenomsorg er eksempel på fenomener sykepleieren må være oppmerksom på i møte med pasienten. Sykepleieteorien tar sikte på å videreutvikle sykepleierens spesifikke innhold og ansvarsområde. En retning yrkesutøvelsen kan ta med basis i å avgrense sykepleierens ansvarsområde ut fra pasientens egenomsorg, er at når pasienten trenger sykepleie blir ansvaret for å ivareta pasientens behov mer pasientens ansvar enn sykepleierens. Fokus på pasientens egenomsorg kan også skape en praksis hvor sykepleieren ser de delene av pasienten som trenger sykepleie og ikke pasientens situasjon som en helhet.

I Norge ble det gradvis enighet om at innholdet i sykepleierutdanningen ved den enkelte skole burde organiseres med utgangspunkt i en bestemt sykepleieteori.³¹⁶ Det var også et ønske om at studenten skulle presenteres for ulike sykepleieteorier i løpet av den treårige utdanningen. Teoriene skulle knyttes til klinisk praksis og anvendes i skriving av oppgaver.

Debatten i 1980-årene var preget av spørsmål som hva slags kunnskap sykepleien trenger, og hvordan denne kunnskapen best kunne framskaffes. Debatten førte til økt interesse for sykepleiepraksis og for betydningen av andre kunnskapsformer enn den rent teoretiske, som praktisk kunnskap, erfaringsbasert og personlig kunnskap.³¹⁷ Intuisjon ble framholdt som en viktig form for tenkning på sykepleieområdet, og etisk kunnskap ble understreket som viktig. Martinsen³¹⁸ beskrev sykepleie som en moralsk praksis med oppmerksomhet mot klinisk kunnskap og den erfarnes praktikerens kompetanse. Beskrivelsen er inspirert av filosofene Løgstrup og Noddings. Omsorg er en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte.

Teoriene til Nightingale, Henderson og Orem fokuserer på konkrete og praktiske handlinger i utøvelsen av sykepleie, og hvordan pleie av syke bør utføres. Handlingene utføres mot målet om å tilfredsstillende pasientens grunnleggende behov. Martinsen vektlegger i sin omsorgsteori relasjonen mellom sykepleier og pasient og en tilnærming til pasienten gjennom omsorg. I teoriene beskrives sykepleierens fokus å være pasienten. God innfølingsevne og tilnærming til pasienten gjennom sansene er et kjennetegn på god sykepleie. I tilnærmingen til pasienten må sykepleieren prøve å forstå og tolke pasientens behov.

³¹⁶ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. Grunnleggende sykepleie. Bind 4. 2005.

³¹⁷ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. Grunnleggende sykepleie. Bind 4. 2005.

³¹⁸ Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. 2003.

Sykepleieteoriene retter fokuset på pasientens behov og opplevelsen av å være pasient, men ikke på sykepleieren og at pasienten skaper følelser hos han eller henne.

I henhold til sykepleieteoriene skal sykepleieren ha fokus på pasienten. Fokuset på den relasjonen som utvikles eller den betydning denne relasjonen har for valg av handlingene sykepleieren tar, fremmes ikke. De følelsene som oppstår i sykepleieren kan derfor oppfattes som ikke å være relevante eller ha betydning i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, og da heller ikke for beslutningene sykepleieren tar.

Teorien formidles i stor grad gjennom forelesninger og litteraturstudier. Denne arbeidsformen egner seg der teorien som presenteres inneholder basiskunnskaper eller kunnskap som egner seg for samtale og diskusjoner i større grupper. Fordi hensikten med forelesningene er å formidle store mengder med teori til mange, tas det utgangspunkt i gruppen studenter. Forelesningene tilrettelegges derfor ikke for den enkelte student. Denne settingen skaper eller opprettholder en distanse mellom foreleseren og studenten, og teoriene knyttes lite til studentens utgangspunkt for å utvikle og forstå utøvelsen av sykepleie.

Måten teorien formidles på kan derfor skape holdninger og gi retning for hvordan studenten forstår og anvender teorien. Når hun skal trene i klinikklaboratoriet og hjelpe pasienten i klinikken, har hun med seg holdninger om og hvordan hun forstår teorien inn i situasjonen med pasienten. Denne forståelsen oppleves vanskelig å knytte sammen med følelsene som oppstår og den hjelpen pasienten har behov for. Teorien kan mer forvirre enn å være anvendbar, og det å forstå og anvende teorien i situasjonen med pasienten kan derfor bli komplisert.

7.4 Følelsene i sykepleieutøvelsen

Følelsenes betydning for sykepleierens utøvelse av sykepleie framheves som kjent ikke i sykepleieteoriene studenten har på pensum.³¹⁹ Fokuset er på pasientens følelser og på erfaring angående hvordan det oppleves å være pasient. Dette er en tilnærming til pasienten og

³¹⁹ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. Grunnleggende sykepleie bind 4. 2005.
Nightingale, F. Notater om sykepleie. 1997.
Norsk Sykepleierforbund. ICN Sykepleiens grunnprinsipper. NSF-serie 3. 1997.
Olsson, A.M. "Et klinisk blikk". 1993.

læringen som videreføres til treningen i klinikklaboratoriet. I tillegg til å fokusere på å utføre ferdighetene riktig ifølge retningslinjene, fokuseres det på egenopplevelsen når hun lærer praktiske ferdigheter.

I klinikklaboratoriet tilrettelegges det for øvelser hvor studenten kan fokusere på seg selv, utfordre egne følelser, og fokusere på de opplevelsene og erfaringene som oppstår når hun spiller sykepleier og pasient. Gjennom å spille pasient og å bli hjulpet av medstudenten, skal studenten kjenne på følelsene om hvordan hun opplever det er å være pasient. Med andre ord, hvordan hun opplever å bli tatt på og hjulpet. Følelsene studenten forteller om i denne studien handler også om de følelsene som oppstår i studenten når eller fordi hun skal handle overfor et annet menneske. De handler med andre ord om at studenten selv skal utøve handlinger, om henne selv som hjelper.

Fokus på opplevelsen av å være pasient kan gi erfaringer som skaper en følelsesmessig uro knyttet til det å hjelpe pasienten. Studenten knytter følelsen hun har som pasient til utøvelsen av sykepleie, og seg selv som hjelper. På denne måten fokuserer utdanningen på pasientens behov ved å gå gjennom studentens egne opplevelser, mens studenten selv knytter pasientens behov, uro og spenning til seg selv som hjelper.

Studentens tilnærming til læring skjer gjennom følelsene. Fokus på studentens egenopplevelse som pasient får derfor betydning for studentens forståelse av hva utøvelse av sykepleie handler om. En tilnærming gjennom opplevelsen som pasient er en tilnærming til læring som synliggjør en side av utøvelsen av sykepleie, pasienten. Studenten utdanner seg til sykepleiere som er hjelpere. Det er med utgangspunkt som hjelper at hun går inn i situasjonen med pasienten. En utfordring er derfor å fokusere på følelsene også med utgangspunkt i studenten som hjelper. Spørsmålet blir om det å lære å utøve sykepleie gjennom kun å fokusere på opplevelsene som pasient blir for begrenset når det er hjelper studenten utdanner seg til. Kan det ensidige fokuset på opplevelsene som pasienten skape en annen forståelse av utøvelsen av sykepleie enn det som er utdanningens hensikt?

Ghaye³²⁰ beskriver en praksis hvor studenten skal slå av og på følelsene når hun utøver sykepleie. Det forventes at studenten skal beskrive og utdype følelsene, men når hun står

³²⁰ "Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)". 2007.

overfor pasienten får følelsene hun har som hjelper lite oppmerksomhet. Denne praksisen kan forvirre studenten når det gjelder hvordan hun skal forholde seg til følelsene og hvilke følelser hun kan reflektere over, mener han.

Hvordan er følelsene vektlagt i studentens praksis? Studentene som deltok i denne studien beskriver utøvelsen av sykepleie som å utøve praktiske ferdigheter. De skiller som sagt mellom tekniske og personlige ferdigheter. Utøvelsen av de tekniske og personlige ferdighetene utfordrer studentens følelser og grunnlag for utvikling av kunnskap på ulike måter. Når studenten utfører tekniske ferdigheter kan hun holde mer avstand til de individuelle sidene ved pasienten, mens når hun utfører personlige ferdigheter er hun innenfor pasientens private sfære. Følelsene som hjelper kan bli gjeldende og belastende i disse sistnevnte læringssituasjonene. Ofte er studenten til stede hos pasienten over lengre tid når hun hjelper til med personlige ferdigheter som stell, sammenlignet med en teknisk ferdighet som setting av injeksjoner og måling av blodtrykk.

På grunn av tidsperspektivet kan hun under utøvelsen av personlige ferdigheter lære å observere flere sider ved pasienten, som for eksempel pasientens hud som temperatur og farge, og pasientens fysiske tilstand. Dette er kilder til kunnskap som har betydning for en kunnskapsutvikling som studenten ikke i like stor grad får tilgang til når hun utfører tekniske ferdigheter. De personlige ferdighetene krever at studenten også retter fokuset utover de manuelle bevegelsene, og inkluderer pasienten og omgivelsene. Men når følelsene hun får som hjelper blir så belastende at studenten forlater pasienten, får hun ikke utviklet kunnskapen i følelsene som disse læringssituasjonene også gir tilgang til, hvis kunnskapen i følelsene som førte til beslutningen forblir ureflektert og eller begravd.

Spørsmålet er om det er lite tilgang til læringssituasjoner i klinikken hvor de trener på grunnleggende ferdigheter som for eksempel stell og å gi hjelp til å spise og drikke, og eller om denne type læringssituasjoner velges bort til fordel for noe annet. Ved ikke å stå i disse læringssituasjonene mister studenten den fysiske og tankemessige bevegelsen hvor hun utvikler en nærhet til pasienten som hun kan danne et grunnlag for å utvikle og forstå kunnskapen i følelsene med utgangspunkt i.

Studenten opplever at denne type læringssituasjoner er kompliserte og utfordrende. Har sykepleierutdanningen en for lite bevisst holdning til forskjellene mellom tekniske og

personlige ferdigheter, en todeling som studenten opplever praktiske ferdigheter er, og det potensialet som ligger i personlige ferdigheter sammenlignet med tekniske ferdigheter, når det gjelder den detaljerte og nyanserte kunnskapen som er av betydning for at studenten kan lære å utøve sykepleie?

Undersøkelser som er gjort på 90-tallet viser at pasienten og sykepleieren har ulike meninger om hva som er god sykepleie.³²¹ Pasientene mener at god og omsorgsfull sykepleie kommer til uttrykk gjennom den hjelpen sykepleieren gir dem. Sykepleierne derimot, mener at det viktigste for å oppleve god omsorg er psykososial støtte gjennom å lytte til og snakke med pasientene.

Ugland³²² undersøker hvilken oppfatning pasientene har om betydningen av å være ren og velstelt, og hvordan behovet blir ivaretatt mens de er innlagt på sykehus. Pasienten legger vekt på behovet for å være ren og velstelt. Å føle seg ren og velstelt har betydning når det gjelder å oppleve seg selv som et verdifullt menneske og om man blir møtt med menneskelig respekt. Studien viser at pasienten ikke får dekket behovet på en tilfredsstillende måte. Sykepleierne har fått mange nye oppgaver knyttet til den medisinsk-tekniske utviklingen, med et større ansvar for de tekniske ferdighetene. Nye oppgaver medfører en omprioritering, hvor sykepleierne bruker mer og mer tid på å administrere legens forordninger, mens hjelpepleierne og ufaglærte hjelper pasienten med de grunnleggende behovene. Ugland påpeker at kroppsstell er en viktig sykepleieroppgave, og at sykepleierne gjør feil når de ikke prioriterer denne oppgaven. Det er feil overfor pasienten, og feil overfor sykepleieren selv og deres faglige identitet. Sykepleierens faglige identitet er først og fremst knyttet til å hjelpe pasienten å få dekket grunnleggende behov og, å gjøre dette på en måte som er individuelt tilpasset den enkelte, sier Ugland. Hun mener at holdningene er endret. Tidligere var det å hjelpe pasienten med kroppsstell en svært viktig oppgave for sykepleietjenesten, mens den i dag prioriteres bort.

³²¹ Bjørk, I.T. "Neglected conflicts in the discipline of nursing: Perception of the importance and value of practical skills". 1995.

Bjørk, I.T. "Håndens gjerning" - er den undervurdert i dagens sykepleie?" 1996.

Kvåle, K. "Pasienten vil ha teknisk dyktighet - sykepleieren vil lytte". 1999.

Von-Essen, L. og Sjøden, P.O. "The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff". 1991.

³²² "Å stelle er en kunst". 2000.

I tillegg til at det har vært holdningsmessige og organisatoriske endringer i klinikken, har sykepleierutdanningen vært gjennom mange endringer, spesielt de siste tjue årene, da innholdet er blitt mer teoretisk og mindre praktisk.³²³

Det har vært store endringer i grunnutdanningene i sykepleie fra 1950 og fram til 2005.³²⁴ I 1950 var 85 % av utdanningen praksis og 15 % teori, i 1998 var 33 % praksis og 67 % teori, mens for studentene som deltok i denne studien i 2005, var 50 % av utdanningen praksis og 50 % teori. I tillegg til endringer i prosentvis deling mellom praksis og teori, er innholdet av de forskjellige fagene også endret. Samfunnsfag, psykologi, administrasjon og lovgivning har økt, mens sykepleiefaget er redusert.

En konsekvens av en oppgaveforskyving mot et økende ansvar for tekniske ferdigheter på bekostning av personlige ferdigheter, og et endret innhold i sykepleierstudiet er at studenten kan få mindre tid og rom til å lære personlige ferdigheter hvor de er i den fysiske og tankemessige bevegelsen over tid. En organisering, både blant sykepleierne selv og organisatorisk, hvor sykepleieren i liten grad hjelper pasienten med personlige ferdigheter, har også betydning for hva studenten får møte i praksis, og på hvilken måte og hvordan hun får utvikle forståelse for kunnskapen i følelsene. Varierte læringssituasjoner og ulike tilnærminger til pasienten har betydning for den hjelpen hun gir, og måten hun lærer å gi hjelpen på.

Når studenten utøver tekniske ferdigheter kan hun holde avstand til pasienten, og hun kan forberede seg på hvordan hun kan hjelpe pasienten ut fra teoretiske retningslinjer. Det er viktig at studenten også lærer disse ferdighetene og at utførelsen går raskt, smidig og med minst mulig ubehag for pasienten. Men utfordringen for utdanningen er å være bevisst valgene av læringssituasjoner og de ulike utfordringene de skaper for studentens læring.

En konsekvens av manglende mestring av grunnleggende ferdigheter hvor studenten opererer innenfor pasientens private sfære, er at studenten kan lære å holde avstand til pasienten, og at terskelen for å gå inn i og å bevege seg innenfor pasientens private sfære kan øke. Dette kan igjen føre til konsekvenser som at studenten går gjennom tre år ved sykepleierutdanningen

³²³ Bjørk, I.T. "Håndens gjerning" –er den undervurdert i dagens sykepleie?" 1996.

³²⁴ Den siste rammeplanen er fra 25. Januar 2008. Studentene som deltok i denne studien er utdannet under rammeplanen fra 1. Juli 2004.

uten å mestre grunnleggende ferdigheter som å gi hjelp til å spise og drikke. Manglende mestring kan også få betydning for studentens utvikling og forståelse av kunnskap i følelsene.

Sykepleieteoriene som skaper en overordnet retning og forståelse for hva sykepleieutøvelsen skal innbefatte, inkluderer ikke de følelsene som skapes hos hjelperen når og fordi hun skal hjelpe et annet menneske. Fokuset i sykepleieteoriene er på pasientens følelser. Følelsenes inkludering i refleksjonen på den ene siden og ekskludering fra sykepleieutøvelsen på den andre, er utfordrende for studenten. Denne inkluderingen og ekskluderingen av følelsene kan også få betydning for hvordan utdanningen organiserer og tilrettelegger læringen i teoriundervisningen, treningen i klinikklaboratoriet og i klinisk praksis. En tilrettelegging for læring gjennom følelsene fordrer at sykepleierutdanningen tilrettelegger for varierte læringssituasjoner hvor studenten tilnærmer seg pasienten på ulike måter. Varierte læringssituasjoner og ulike tilnærminger til pasienten utfordrer følelsene og utviklingen av ulike former for kunnskap.

7.5 Å synliggjøre fornuften i følelsene

Forholdet mellom følelser og fornuft, hvor studenten utvikler og forstår kunnskapen i følelsene, er en form for refleksjon. I sykepleierutdanningen er refleksjon en anerkjent og mye brukt tilnærming når studenten skal utvikle den praktiske kunnskapen gjennom å lære å integrere teori og handling i utøvelsen av sykepleie.³²⁵ Hvordan kan fornuften i følelsene synliggjøres?

7.5.1 Studentens refleksjonspartnere

I sykepleierutdanningen tilrettelegges det for refleksjon over erfaringene både på høgskolen og i praksisfeltet. Det tilrettelegges for refleksjon gjennom veiledning på skriftlige arbeider og praktisk utøvelse av sykepleie i klinikklaboratoriet og på praksisstedet. Veiledning av studenten skjer i grupper og individuelt i klinikklaboratoriet og på praksisstedene. Veiledningen i høgskolen ledes av læreren, mens veiledningen i praksisfeltet ledes av kontaktsykepleieren.

³²⁵ Studieplan for Bachelor i sykepleie, 2004.

Studentene som deltok i denne studien forstår refleksjon som å tenke over og diskutere handlingene med medstudentene, kontaktsykepleieren og læreren. Refleksjonen gjøres for å øke forståelsen av pasientens situasjon og for å endre handlingene slik at hjelpen hun gir pasienten kan bli bedre. I refleksjonen anvender studenten teoretisk kunnskap, kunnskap hun har om pasienten og erfaring.

Denne forståelsen av refleksjon samsvarer med hvordan sykepleierstudenter i en undersøkelse gjennomført av Huus³²⁶ forstår refleksjon. Refleksjon beskriver studentene som "å tenke over tingene". Tenke over det som er sagt, det som er gjort eller noe som skal skje. Å reflektere gjøres ved hjelp av teori som inngår i forklaringer, bearbeidelser og analyser som sammenholdes med hva de vet ut fra forskjellige synsvinkler. Refleksjon gjøres for å nå en dypere forståelse, en annen kunnskap, en endret holdning eller for å få bekreftet eller avkreftet egen vurdering og håndtering av en situasjon.

Studenten reflekterer ikke bare med medstudentene, kontaktsykepleieren og læreren. Hun reflekterer også med seg selv og pasienten. For eksempel viser studenten som forlater pasienten at det er i refleksjonen med seg selv hun blir sikker på følelsen av at handlingen er riktig, og at hun ikke mestrer å hjelpe pasienten med å spise og drikke. Hun begrunner og forstår følelsen ut fra teoretisk og etisk kunnskap og kontakter sykepleieren. Når studenten hjelper pasienten med morgenstellet for første gang reflekterer hun med pasienten. Studenten og pasienten tilnærmer seg hverandre når studenten reflekterer og tilpasser utøvelsen av morgenstellet til pasientens tilbakemelding og retningslinjer.

Evnen til å utvikle følelsene og å forstå kunnskapen i følelsene, avhenger derfor ikke utelukkende om den konkrete erfaringen studenten har med pasienten, men også refleksjon og lesing av teori i dialog med andre på høyskolen og i praksisfeltet.

For å synliggjøre fornuften i følelsen må studenten også spørre seg etter sammenhengen mellom sine følelser og beslutninger. Det er ikke tilstrekkelig å forklare situasjonen med teoretisk kunnskap eller en følelse av at situasjonen oppleves uforsvarlig og uetisk. Studenten må ha flere refleksjonspartnere. Med flere refleksjonspartnere kan studenten få hjelp til å tilnærme seg kunnskapen i følelsene fra ulike innfallsvinkler. Læreren og kontaktsykepleieren

³²⁶ Refleksion i praksis: De siger: "Gå hen og tænk dig om" – en empirisk, teoretisk undersøgelse af sygeplejestuderendes opfattelse af refleksion. 2008.

er sentrale refleksjonspartnere. Hvilken betydning har læreren og kontaktsykepleieren for studentens refleksjon?

7.5.2 Læreren og kontaktsykepleieren som refleksjonspartnere

Når studenten utøver sykepleie, handler hun med bakgrunn i et teoretisk grunnlag som læreren kjenner. Lærerne har derfor kompetanse til å veilede studenten i refleksjonen over praksis og yrkesutøvelsen i lys av det hun har lært gjennom de teoretiske studiene. De kan også tilføre ny kunnskap eller vise studenten at hun ikke kan nok. Læreren presenterer med andre ord det mange oppfatter som den teoretiske delen av utdanningen. De har derfor gode forutsetninger til å kunne hjelpe studenten med dette. Studentene som deltok i en undersøkelse gjennomført av Huus³²⁷ mener at læreren kan skape rom for refleksjon i de teoretiske studiene ved å stille åpne spørsmål som det kreves at de tar stilling til.

Et forum hvor refleksjon er på agendaen i høgskolen er læringsgrupper.³²⁸ I læringsgruppene møtes studenten og læreren hvor de har fokus på studentens praksis. Arbeidet i gruppene har fokus på diskusjon og arbeid med ulike faglige oppgaver, samt at det er et forum for diskusjon og refleksjon over ulike praksissituasjoner. Læreren oppgave i læringsgruppen, slik den er beskrevet i studieplanen, er å veilede i forhold til oppgavene, hjelpe studenten til å søke kunnskap og bistå i gruppeprosesser.³²⁹ Selv om beskrivelsen av lærerens oppgave i læringsgruppen utelater refleksjon, er min erfaring at lærerne ser det som sin oppgave å hjelpe studenten i refleksjonen.

Når det gjelder lærernes tilstedeværelse i praksissituasjonene er utdanningene ofte organisert slik at lærerne i liten grad er sammen med studenten i praksissituasjonen. Lærerne som fulgte opp studentene som deltok i denne studien var ikke sammen med studentene i praksissituasjoner. De møtte studenten sammen med kontaktsykepleieren under oppstartsamtalet, midtvalueringen og sluttevalueringen, samt i læringsgruppene. Læreren er langt unna studentens følelsesmessige utfordringer i praksis og visste derfor lite om hvilke følelser studentene hadde i sine møter med pasientene. Denne organiseringen gjør det derfor vanskelig for læreren å stille studenten spørsmål som handler om disse følelsene.

³²⁷ Refleksjon i praksis: De sier: "Gå hen og tænk dig om" – en empirisk, teoretisk undersøgelse af sygeplejестuderendes opfattelse af refleksion. 2008.

³²⁸ I henhold til Studieplanen for Bachelor i sykepleie. 2004.

³²⁹ Studieplanen for Bachelor i sykepleie. 2004. s. 6.

En lærer som er til stede i situasjonene ser og kan spørre ut fra hva han eller hun ser studenten møter og står overfor der og da. De kan stille spørsmål som går direkte på studentens følelsesmessige utfordringer og grave dypere i dem. Læreren er da nær studenten og deler opplevelsen av den samme intime og sårbar situasjonen hun står i med et annet menneske. Dette kan gi læreren og studenten et felles utgangspunkt å reflektere ut fra. Læreren kan med utgangspunkt i egen erfaring sette seg inn i situasjonen. Han eller hun kjenner problematikken igjen. Men når læreren er lite til stede i pasientsituasjonene, ser de ikke utfordringene, og det er opp til studenten å ta tak i og løfte opp utfordringer å reflektere over. Når studenten kommer til veiledningen, kan hun ha skapt en distanse til følelsene som oppstår når og fordi hun skal hjelpe pasienten.

En oppfatning innenfor sykepleieutdanningen er at lærerne etter mange års utdanning fra høyskole og universitet, og mange år som lærer ved høyskolen, etter hvert har så lite praktisk erfaring at de ikke vet hva som foregår i praksis. De kan av den grunn ikke møte studentens behov for kritisk refleksjon.

Innenfor sykepleieutdanningen har det gjennom flere tiår foregått en diskusjon om hvordan veiledningen av studenten bør være organisert, slik at den styrker forholdet mellom teori og praksis. Flere tilnæringer, som for eksempel utdanning for kontaktsykepleierne og å ansette egne praksisveiledere med mastergrad, enten i full tid i praksisfeltet eller med delt stilling mellom høyskolen og praksisfeltet, har vært diskutert.

I praksis har studenten en kontaktsykepleier som har ansvaret for veiledningen av henne. Observasjon av kontaktsykepleieren for å finne ut hvordan hun best kan hjelpe pasienten, er et gjennomgående trekk ved organiseringen av studentens læring. Læring gjennom deltakelse i et pleiefellesskap sammen med erfarne pleiere er et vesentlig aspekt ved mesterlærere tradisjonen.³³⁰ Denne tilnærmingen til læringen finnes det mangt et eksempel på i studentens praksisperiode.

For sykepleierne som er nær studenten i de ulike læringssituasjonene i klinikken er det, som for lærerne, en utfordring å møte studentens utfordringer når det gjelder følelsene som oppstår

³³⁰ Nielsen, K. og Kvale, S. "Mesterlære som aktuell læringsform" i Mesterlære. Læring som sosial prosess. 1999. Forfatterne trekker også frem tre andre hovedtrekk i teorien om mesterlære og læring. Det er i tillegg til praksisfellesskap, tilegnelse av faglig identitet, læring gjennom handling og evaluering gjennom praksis.

når eller fordi hun skal hjelpe en pasient. I situasjoner hvor følelsene blir tydelige og utfordringene for store og uoverkommelige for studenten, kan sykepleieren overta eller gå inn og hjelpe pasienten. Studenten blir i liten grad trukket inn i situasjonen, men blir sittende på sidelinjen å observere at sykepleieren hjelper pasienten. Kontaktsykepleieren går i liten grad inn i utfordringene studenten opplever kan være problematisk følelsesmessig, og som kan være grunnen til at hun ikke kan stå i situasjonen med pasienten. Det kan bli en mer vente og se holdning, og at studenten kan prøve senere, og føle seg fram i situasjonen.

Flere av situasjonene studenten står i kan utvikle seg til å bli følelsesmessig uoverkommelige. Studenten og kontaktsykepleieren kan ha en ulik oppfatning om hvor stor disse utfordringene kan være for studenten. Hva ser kontaktsykepleieren på som en utfordring, og er dette noe annet enn det studenten opplever? Kanskje studenten heller ikke vil forstyrre sykepleieren i en travel hverdag med utfordringer som kanskje i den store sammenhengen ikke er så viktige, men likevel store nok for studenten der og da? Manglende mestring kan ofte bli koplet til og oppfattes som manglende kunnskap. Har studenten og kontaktsykepleierne ulike oppfatninger om hvilken kunnskap studenten bør ha på ett gitt tidspunkt? Læreren er ikke til stede i praksissituasjoner og kan ikke fange opp de følelsesmessige utfordringene studenten står overfor. En organisering av utdanningen hvor læreren ikke er til stede i praksissituasjoner kan gi et inntrykk av at lærerens betydning for studentens refleksjon undervurderes og eller ikke tas alvorlig nok.

7.5.3 Veiledningen med lærer og kontaktsykepleier

Undervisningsprogrammet er tenkt ivare tatt gjennom veiledningen med læreren og kontaktsykepleieren. Hvordan opplever studenten at veiledningen fungerer når det gjelder deres behov for refleksjon?

For studentene som deltok i denne undersøkelsen kan det tyde på at de ikke opplever at veiledningen i læringsgruppene fungerer helt etter sin hensikt. De opplever at det kan bli mye snakk om hvordan de har det i praksis, praktiske forhold rundt praksisen som for eksempel turnusen og hvordan de kan skrive studiekravene. I en undersøkelse av Lillemoen³³¹ gir studentene uttrykk for at lærerne virker usikre på det som skal foregå i gruppene, og at de i

³³¹ Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden. 2008.

liten grad stimulerer til kritisk refleksjon over praksis. Studentene oppfatter også her at samtalene blir generelle samtaler om hvordan de har det i praksis.

Min erfaring som lærer er at det er en utfordring å få og holde i gang en refleksjon over studentens utfordringer og erfaringer i praksis. Studenten kan gi uttrykk for at hun ikke har noen erfaringer hun vil fortelle om. Grunnen til at det er vanskelig å få henne til å fortelle kan være flere. Studentene i læringsgruppen kjenner ikke alltid hverandre og eller læreren. Jeg har ikke vært sammen med studenten i praksis og observert henne i pasientsituasjoner. Det blir derfor opp til studenten hva hun vil fortelle om. Fordi jeg ikke har observert studenten i praksis har jeg ingen situasjoner jeg kan ta utgangspunkt i for å hjelpe i gang en refleksjon. Konsekvensen er at refleksjonen kan bli begrenset eller fraværende. Læringsgruppene kan på denne måten bli et forum om hvordan studenten har det i praksis og hvordan praktiske problemer kan løses.

Altenborg, Hansen og Lindholm³³² undersøker hvordan læreren i ergoterapiutdanningen fremmer refleksjon hos studentene. Studien viser at læreren nesten utelukkende setter i gang refleksjon om selve handlingene og hvordan løse de praktiske problemene. Når fokuset i refleksjonen er på problemløsning, oppnår studentene en mening med opplevelsene sine, men gjennom denne refleksjonen påvirkes ikke deres grunnleggende antakelser.

I klinikken organiserer studenten og kontaktsykepleieren veiledningen ut fra hvordan de opplever at den er praktisk gjennomførbar i forhold til øvrige aktiviteter og tid til rådighet. Min erfaring, både fra observasjoner av studentene som deltok i denne studien og av studenter jeg har fulgt opp som lærer og kontaktsykepleier, er at dette kan resultere i at avtalt veiledning blir utsatt eller ikke blir noe av. Denne erfaringen samsvarer med erfaringer i Lillemoen³³³ sin undersøkelse.

For studenten betyr utsatt veiledning eller veiledning som det ikke blir noe av at hun ikke får hjelp til å reflektere over erfaringene hun har i praksis med kontaktsykepleieren, mesteren. Hun får ikke tilgang til kunnskapen sykepleieren handler med grunnlag i. I sykepleierens praksis er målet å sammenveve kunnskapsformene episteme, techne og fronesis. Studenten får ikke hjelp til å synliggjøre eller utvikle kunnskapen som er i følelsene. Ved manglende hjelp

³³² Refleksion i læreprocessen – en analyse af refleksionspraksis på ergoterapeutuddannelsen. 2009.

³³³ Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden. 2008.

til refleksjon kan studentens utvikling av relevant praktisk kunnskap, fronesis, hemmes eller bli satt lokk på. Det blir opp til studenten å vurdere om hun har hjulpet pasienten på en god måte.

En studie av Lillemoen³³⁴ beskriver en lignende praksissituasjon. Verken kontaktsykepleierne eller studentene går aktivt inn for å gjennomføre veiledningen slik det er forventet fra høgskolen sin side. Som oftest foreslår kontaktsykepleieren at de tar veiledningen etter hvert, slik at det passer inn i forhold til aktivitetene på avdelingen. Studentene synes ofte at dette høres ut som ei grei ordning. Spørsmålet er om settingene hvor høgskolen forventer at studentene reflekterer kritisk over teoretiske og praktiske arbeider, ikke fungerer etter høgskolens hensikt.

Er veiledningen mer preget av diskusjon om oppgaver som skal utføres, enn på refleksjon over studentens opplevelse og erfaring i gjennomføringen av oppgavene? Eller over teoretiske og praktiske utfordringer?

Studentene som deltok i en undersøkelse gjennomført av Huus³³⁵ mener kontaktsykepleieren kan understøtte utviklingen av studentenes refleksive kompetanse ved å stille spørsmål til studentenes handlinger. Spørsmålene, mener studentene, kan stilles på en slik måte at praksis forklares, og at de får snakket om hva som kan gjøres i en liknende situasjon, slik at de blir bevisst den praktiske utførelsen og teorien som ligger bak. Kontaktsykepleierne kan oppmuntre studentene til å undre seg. Det er også vesentlig for studentene at kontaktsykepleieren har tid til å sette seg inn i studentenes situasjon, er faglig interessert i studentenes utvikling, og selv er fleksibel og interessert i å lære noe nytt. En studie av Trudslov og Christensen³³⁶ viser at det i liten grad trekkes inn ny og tidligere lært kunnskap i refleksjonen. Studentene blir ikke bevisst den nye handlingskompetansen de har tilegnet seg. Erfaringene deres blir ikke tydelig utfordret med henblikk på å utvikle et nytt perspektiv. Refleksjonen, sier Trudslov og Christensen, mangler tilknytning til teori, er handlingsrettet og handler i stor grad om hva studentene mener og synes.

³³⁴ Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden. 2008.

³³⁵ Refleksjon i praksis: De siger: "Gå hen og tænk dig om" – en empirisk, teoretisk undersøgelse af sygeplejestuderendes opfattelse af refleksion. 2008. s. 17.

³³⁶ Refleksjon i praksis. "Når bøgerne holder fri". 2008.

Denne studien viser at i klinikken er fokuset på hvilke og hvordan oppgavene skal utføres. Diskusjonen mellom studenten og kontaktsykepleierne er lite preget av studentens utfordringer. Veiledningen til kontaktsykepleieren har karakter av å ta ting etter hvert som de oppstår, med det resultat at det stort sett er de tekniske og oppgaveorienterte sidene ved sykepleieutøvelsen det snakkes om.³³⁷

Samtidig gir de fleste av studentene i denne undersøkelsen uttrykk for at de sjelden får muligheten til å reflektere over utfordringer de opplever er komplisert. I en studie av Thidemann³³⁸ uttrykker studentene at de ønsker at veiledning med refleksjonssamtale skal bli mer vektlagt i klinikken. 50 % av studentene har samtaler med medstudentene når de reflekterer over pasientsituasjoner og opplevelser fra det kliniske feltet. Innholdet i samtalene, viser undersøkelsen, beskriver de som samtaler som bærer preg av menings- og erfaringsutveksling.

Observasjonene av studentene som deltok i denne studien viser at samtalene mellom studenten og kontaktsykepleieren ofte handler om handlingene de skal utføre og hvordan ferdigheten skal utføres overfor den pasienten de skal gå inn og hjelpe. De samtalte lite om sammenhengen mellom pasientsituasjonen og valg av handlingsstrategier. Ved et manglende fokus på denne sammenhengen i samtalene blir kunnskapen som ligger skjult i det jeg her kaller følelsene ikke synliggjort for studenten og kontaktsykepleieren. Studenten og kontaktsykepleieren kan også bli lite bevisst på hvilken kunnskap studenten har og hva hun bør øve mer på.

Fokuset i veiledningen på hvilke og hvordan oppgavene skal gjøres, er også gjennomgående i to andre studier.³³⁹ Selv om studiene ble gjort for 20 år siden, beskriver de veiledningen slik som studenten opplever den også i dag. Dette kan tyde på at veiledningen fortsatt er en utfordring for utdanningen. Funnene i studiene viser at veiledningssituasjonen i praksis i liten grad blir benyttet til å knytte erfaringene til gjennomføringen, praksis og hvorfor ferdigheten bør læres. Veiledningen studentene mottar, er i 73 % av tilfellene "så gjør vi så". Veilederen beskriver hvilke handlinger de bruker og skal utføre, uten å gi noen form for begrunnelse.

³³⁷ Lillemoen, L. Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden. 2008.

³³⁸ "Grunnleggende stell og pleie bør komme først". 1997.

³³⁹ Bjones, I. og Hansen, G.S. "Kunnskap i sykepleiepraksis. Hva er det og hvordan læres det?" 1999. Fagermoen, M.S. og Nygård, A.K. "Lære- eller oppholdssted?" 1989.

Bjones og Hansen³⁴⁰ peker på at innholdet i studentens veiledning viser at det i liten grad foregår refleksjon før og etter gjennomføringen av ferdigheter. I de fleste veiledningssituasjonene før gjennomføringen, formidler kontaktsykepleierne hvilke gjøremål studentene bør utføre uten at begrunnelsen er tydelig. Sykepleierne arbeider ofte under tidspress og krav til effektivitet.³⁴¹ De kan ofte komme i konflikt mellom å ivareta pasienten og å sette av tid til å veilede studenten, selv om sykepleierne planlegger tid til dette. Følgelig blir oppgavene med å ivareta pasienten prioritert, og tid til å veilede studentene blir ofte utsatt, noe som gjør at de i liten grad kan få hjelp til å utvikle og forstå kunnskapen i følelsene.

7.6 Å reflektere over følelsene

Det refleksjonsarbeidet som oftest foregår i sykepleierutdanningen har karakter av problemløsning. Et eksempel på en problemløsende fremgangsmåte er den problemløsende metoden,³⁴² også kalt sykepleieprosessen. Den har vært kjent for og benyttet av norske sykepleiere fra 1960-årene. I litteraturen om sykepleieprosessen finner vi generelt at prosessen omfatter to dimensjoner, *problemløsning* og *samhandling*.³⁴³ Vektleggingen av disse dimensjonene varierer hos ulike forfattere.

Sykepleieprosessen beskrives av Peplau³⁴⁴ som ”*alt som skjer mellom pasient og sykepleier*”.³⁴⁵ Peplau legger vekt på det relasjonelle aspektet. Det vil si på samhandlingen mellom pasienten og sykepleieren. Problemløsning og samhandling i sykepleien vurderes å være gjensidig avhengig av hverandre, og samhandlingen er avgjørende for kvaliteten av problemløsningen. Hos andre forfattere som Yura og Walsh^{346, 347} defineres sykepleieprosessen som:

³⁴⁰ ”Kunnskap i sykepleiepraksis. Hva er det og hvordan læres det?” 1999.

³⁴¹ Bjones, I. og Hansen, G.S. ”Kunnskap i sykepleiepraksis. Hva er det og hvordan læres det?” 1999. Lillemoen, L. Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden. 2008.

³⁴² Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. Grunnleggende sykepleie. Bind 1. 2005.

³⁴³ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. Grunnleggende sykepleie. Bind 1. 2005. s. 191.

³⁴⁴ Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. 1991.

³⁴⁵ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. Grunnleggende sykepleie. Bind 1. 2005. s. 191.

³⁴⁶ The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating. 1988.

³⁴⁷ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. Grunnleggende sykepleie. Bind 1. 2005. s. 191.

”en regelfast, systematisk måte å bestemme klientens problemer på. Den omfatter en plan for å løse problemene, sette planene ut i verk eller utpeke andre til å gjøre det, og å vurdere i hvilken grad planen var effektiv når det gjaldt å løse problemene”.

Sykepleieprosessen kan oppfattes som en fremgangsmåte for systematisk tenkning, en type refleksjon, som består av flere faser. I pensumlitteraturen³⁴⁸ beskrives den i fem faser. I fase en innhenter sykepleieren opplysninger – *datainnsamling*. I neste fase identifiserer sykepleieren hva den uønskete situasjonen består i – *problemidentifisering*. Klargjøring av hva sykepleieren ønsker og kan oppnå – *målidentifisering* er den tredje fasen. I den fjerde fasen finner sykepleieren fram til de strategier og operasjoner som kan endre den uønskede situasjonen – *gjennomføring av sykepleiehandlinger*. I fase fem vurderes om strategien fører til det ønskete resultatet – *evaluering*. Hver fase bygger logisk på den forrige, men er også en prosess der de enkelte fasene overlapper hverandre.

Begrepet problemløsning kan gi assosiasjoner om at det er et problem som skal løses. Tilnærming til pasienten gjennom den problemløsende metoden gir ikke et fullstendig bilde av hvordan sykepleieren går fram overfor pasienten. Metoden kan oppfattes teknisk og formell og være styrt av regler og retningslinjer hvor de menneskelige og følelsesmessige sidene er utelatt. I pensumet³⁴⁹ poengteres det at den problemløsende metoden er et redskap, et redskap som i seg selv ikke gir noe resultat. Det understrekes at det er den enkelte sykepleiers verdier, holdninger, kunnskaper og ferdigheter som til sist avgjør resultatet.

Refleksjon over hvordan studenten, som i mitt eksempel over, praktisk kan skjerme pasienten, beskriver Wackerhausen³⁵⁰ som 1. ordensrefleksjon. Studenten reflekterer over hva hun praktisk gjør når hun skjermer ham. Hun holder ham med et fast grep, prater rolig og sitter på sengekanten og holder hånden på armen hans. Hun erfarer at dette hjelper pasienten, og at hun handler til pasientens beste.

Dette er en form for problemløsende og instrumentell refleksjon som er nødvendig i ethvert praksisfelt, hvor en vesentlig del av arbeidsoppgavene utviser variabilitet og forandring over

³⁴⁸ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. Grunnleggende sykepleie. Bind 1. 2005. s. 192.

³⁴⁹ Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. Grunnleggende sykepleie. Bind 1. 2005.

³⁵⁰ Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008.

tid.³⁵¹ Det er en problemløsende refleksjon hvor vi tenker med vanen og tradisjonens egne begrep, og hvor vi tenker ut fra vanens tradisjonelle perspektiver. 1. ordensrefleksjon er en refleksjon som mer bekrefter vanen i praksisen enn at den utfordrer vanen. Det er en refleksjon hvor praksisfeltets etablerte begrepelige ressurser, perspektiver og handlerom ikke stilles til diskusjon.³⁵² Refleksjon rundt vanen i praksisen er også nødvendig, men ikke tilstrekkelig hvis for eksempel praksisfeltets etablerte begrep skal prøves ut og utfordres, eller følelsene i yrkesutøverens handlinger.

Wackerhausen³⁵³ er opptatt av at refleksjonen går ut over hvordan praktiske problemer kan løses. Den går ut over vanen og utfordrer derfor sedvanen i praksis. Refleksjon over sedvanene i avdelingen beskriver Wackerhausen som 2. ordensrefleksjon. Hvis jeg bruker eksemplet overfor, kan 2. ordensrefleksjon handle om refleksjon rundt det at personalet låser døren til avdelingen. Å reflektere over at personalet låser døren er å reflektere over vanen som for eksempel "slik gjør vi det her" i avdelingen. Studenten reflekterer over at de må låse døren når pasienten blir urolig og ønsker å gå ut. Å løse døren er ikke et engangstilfelle, men noe personalet gjør for å holde urolige pasienter inne i avdelingen.

En låst dør kan symbolisere en utøvelse av makt og tvang, hvor personalet tvinger pasienten til å være i avdelingen mot hans vilje. På den andre siden har de ansvar for pasienten og at han ikke skader seg selv. I situasjonen som utspiller seg ser de ingen annen utvei, og velger å låse døren. Sykepleierens utøvelse er en del av en virksomhet som skal møte samfunnets behov for helsetjenester. Den er således politisk styrt gjennom lover og forskrifter. Gjennom denne refleksjonen kan studenten utvikle forståelse om den verden eller virksomheten i samfunnet som sykepleieren handler innenfor, samt institusjonens statutter som sykepleieren er en del av og må forholde seg til. Det ansvaret og den myndigheten som er lagt til sykepleierens funksjon er kompleks og involverer alle i avdelingen. Gjennom 2. ordensrefleksjon kan studenten utvikle kunnskap og forståelse om denne funksjonen ved å sette den etablerte og anerkjente kunnskapen på kritisk prøve mot teoretisk kunnskap som for eksempel etikk.

Studenten reflekterer over hva som kan gjøres for å bryte handlingsmønsteret hvor de velger å låse døren. Mer personale med kompetanse, muligheten til å ta ham med ut på tur og

³⁵¹ Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008.

³⁵² Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008, s. 16.

³⁵³ Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008.

medisinering er forslag fra studenten. 1. ordensrefleksjon kan ofte tematisere seg selv fordi vi står overfor et praktisk problem som må løses. Sedvanen tematiserer sjeldent seg selv eller den gjør sjeldent seg selv til kritisk gjenstand for refleksjon.³⁵⁴ 2. ordensrefleksjonen ser på begrepene vi normalt tenker med, på de perspektivene vi normalt tenker og handler ut fra, og de kontekstene som vi normalt tenker og handler innenfor.³⁵⁵ En refleksjon av 2. orden synliggjør det usynlige i det sedvanlige. I 2. ordensrefleksjonen ser vi på den sedvanlige refleksjonens gjenstand, på de begrepelige ressurser vi normalt tenker med, ser på de perspektiver vi normalt tenker og handler ut fra, og vi ser på de kontekster som vi normalt tenker og handler innenfor. Den gjør 1. ordensrefleksjonen til gjenstand for refleksjon.³⁵⁶

2. ordensrefleksjon kan med andre ord utvikle kunnskap og studentens forståelse av hva det betyr og hva det gjør med pasienten, pårørende, personalet og andre at de låser utgangsdøren til avdelingen. Den kan bryte et mønster som personalet i gitte situasjoner må ta i bruk før det blir en selvfølgelighet og rutine som færre og færre reflekterer over. Omfanget og konsekvensen av en handling kan bli så omfattende at det er viktig å reflektere over den, slik at rutinen og vanen kan brytes og andre tiltak som ivaretar pasienten kan settes i verk. I denne refleksjonen går vi ut av situasjonen og søker sedvanefremmede begreper, perspektiver og kontekster.³⁵⁷

En 2. ordensrefleksjon kan utvikle en kunnskap med et perspektiv utover den individuelle pasienten, men som også får konsekvenser for den individuelle pasienten. Denne refleksjonen er viktig for å se utøvelsen av sykepleie i et større perspektiv, som en del av en helhet som ikke er tilfeldig. For å reflektere over situasjonen studenten står i, må hun derfor gå ut av eget erfaringsrom, ut av sedvanen. Mer erfaring av samme type fører nødvendigvis ikke til endringer eller korleksjon av den "handlingsbåren kunnskapen".³⁵⁸ Flere erfaringer av samme type, sier Wackerhausen, kan føre til ytterligere bekreftelse av samme feil og en videreføring av en uønsket praksis.

I klinikken står studenten overfor problemstillinger om hva som er rett og galt å gjøre i situasjonen. Utfordringene handler om etisk kompliserte problemstillinger hvor for eksempel

³⁵⁴ Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008.

³⁵⁵ Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008. s. 17.

³⁵⁶ Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008. s. 17.

³⁵⁷ Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008. s. 17.

³⁵⁸ Andre begrep for handlingsbåren kunnskap: taus kunnskap, situert læring, kroppsliggjorte ferdigheter. Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008. s. 4.

pleiernes handlinger balanserer på kant med loven, og hvor de må vurdere vanskelige etiske spørsmål. De må makte å være i samspillet mellom følelser og fornuft.

Studenten vet at de etter loven ikke skal låse døra til avdelingen, men personalet vurderer at for å ivareta pasientens sikkerhet må de gjøre det likevel. Den faglige begrunnelsen er pasientens sikkerhet, noe som også er deres plikt. Spørsmålet om hva som veier tyngst, er et sentralt og vanskelig etisk spørsmål. Dette berører studentens holdninger og syn på bruk av tvang. Gjennom å reflektere ser studenten at hun utfører tvang, og med grunnlag i kunnskap og erfaring reflekterer hun over følelsen hun får overfor bruk av tvang. Ved å stå i situasjonen og reflektere over følelsene, settes forforståelsen på spill. Hun kan løfte opp begrepet tvang og reflektere rundt det, og kunnskapen i følelsene kan synliggjøres.

Hva studenten reflekterer over og hvordan hun reflekterer har betydning for hvilken kunnskap som synliggjøres i følelsene. Dette leder meg over til spørsmålet om hva refleksjonen bør rettes mot for å få denne innsikten følelsene skjuler?

Wackerhausen³⁵⁹ skisserer en "anatomisk struktur" av refleksjonen som viser at en inkludering av flere sider ved studenten og situasjonen i praksis gir mulighet for mangfoldige og forskjellige måter refleksjonsprosessen kan forløpe på. Når vi reflekterer tenker vi alltid på noe, med noe, ut fra noe, innenfor noe. Denne differensieringen av refleksjonens anatomi tydeliggjør de uendelig mange og forskjellige veiene refleksjonsprosessen kan gå, selv når refleksjonen har samme gjenstand. Hvis vi for eksempel tenker på den samme gjenstanden, men med forskjellige begrep og kunnskap, så vil refleksjonens vei og resultat bli forskjellig.³⁶⁰ En forskjellighet som igjen mangedobler refleksjonens vei og resultat ytterligere, er de forskjellige perspektivene vi kan tenke ut fra, når vi tenker på noe med noe.

For å kunne tilrettelegge for en mangfoldig og inkluderende refleksjon, må refleksjonen ha utgangspunkt i hvor studenten er. Følelsene må inkluderes i refleksjonen. Hva vil det si å inkludere følelsene i refleksjonen og hvordan gjøres det? Refleksjonen må ha utgangspunkt i følelsene. Gjennom refleksjonen tydeliggjøres erfaringene og innsikten som er i følelsene. Studenten skal forsøke å forstå og finne ut av følelsene. For når studenten reflekterer over

³⁵⁹ Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008, s. 14.

³⁶⁰ Wackerhausen, S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. 2008. s. 15.

følelsene, reflekterer hun over fornuften, og når studenten reflekterer over fornuften, så reflekterer hun over følelsene.

De følelsene som bør være gjenstand for refleksjon er de følelsene som oppstår når eller fordi studenten utøver sykepleie. Fokuset må, som jeg drøftet tidligere i dette kapitlet, være hva følelsene studenten får i rollen som hjelper handler om og ikke på følelsene i seg selv. Jeg mener ikke at studenten ikke skal snakke om følelsene. Det skal de, men følelsene bærer i seg den innsikten refleksjonen over dem skal løfte fram.

8.0 Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst

I denne studien har jeg beskrevet et utdanningsforløp og læring av et fag, sykepleie. Studien viser hvordan studenten lærer og hvordan hun arbeider når hun utvikler sin profesjonelle kunnskap innenfor en yrkespraksis. Gjennomføringen av studien har vært en vandring i studentens erfaringer og utfordringer. Det har gitt meg kunnskap og en økt forståelse for de utfordringene hun står overfor i ulike læringssituasjoner.

Som jeg skrev i kapittel 3, hevder Aristoteles at hensiktsmessig kunnskap trenger følelsenes responsivitet og i det nære samspillet mellom følelser og fornuft, synliggjør følelsene kunnskapen for oss.³⁶¹ Mine erfaringer med denne studien er at det også i følelsene er kunnskap som må synliggjøres og utvikles for at studenten skal kunne hjelpe pasienten på en god måte.

Erfaringene med denne studien viser at sykepleierstudenten lærer noe grunnleggende i yrkesutøvelsen ved å være i bevegelsen mellom følelser og fornuft. Hun tilnærmer seg læring gjennom følelsene, gjennom følelsene som oppstår når og fordi hun skal hjelpe et annet menneske. Følelsene bærer en viktig del av fornuften som studenten tar beslutninger og handler ut fra. For å kunne lære yrkespraksisen må kunnskapen i følelsene synliggjøres. Det som sterkest påvirker studentens utfordringer i den profesjonelle yrkesutøvelsen, er å makte å stå i disse følelsene og å forholde seg til dem på en slik måte at de blir en rasjonell del av selve profesjonsutdanningen.

Den nasjonale rammeplanen for sykepleierutdanningen³⁶² fastlegger mål og formål for utdanningen. Den gir retningslinjer for organisering, arbeidsmåter og vurderingsordninger. Rammeplanen er forpliktende for institusjonen, de tilsatte, studentene og representantene for praksisopplæringen. Den skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå slik at utdanningen framstår som enhetlig og gjenkjennelig, uavhengig av institusjon. Rammeplanen representerer med andre ord den overordnede "stemmen" for systemet som sykepleierstudenten, kontaktsykepleieren og læreren er en del av og utfører sin virksomhet innenfor.

³⁶¹ Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". 3. utgave 1999. 3. opplag 2006.

³⁶² Utdannings- og forskningsdepartementet. 2004. s. 3.

Utdanningen skal også oppfylle krav som stilles i aktuelle lover for yrkesutøvelsen, spesielle direktiver fra EU og internasjonale konvensjoner. Hvordan sykepleierutdanningen oppfyller disse kravene skal komme til syne i studieplanen. Gjennom ulike lovverk og de krav og behov samfunnet til enhver tid krever, skal sykepleierutdanningen sikre at studenten utdannes innenfor disse rammene og retningslinjene. Studieplanen er således systemets ”stemme” og legger føringer for hva undervisningsprogrammet må inneholde og organiseres med hensyn på. Undervisningsprogrammet skal derfor i tillegg til å legge til rette for læring og utvikling, tilfredsstillende ulike offentlige krav.

Sykepleierutdanningens mål er å forene den fagteoretiske og den fagpraktiserende verden,³⁶³ hvor yrkesutøveren justerer, endrer og tilpasser den teoretiske kunnskapen til pasienten og situasjonen. I studieplanen legges det i hovedsak vekt på at sykepleie læres ved at studenten først har teoriundervisning før hun trener på sykepleieutøvelsen. Slik søker sykepleierutdanningen å sikre at studenten har fått det teoretiske grunnlaget hun skal ha før hun møter pasienten i klinikken. Faren ved en for ensidig teoretisk tilnærming er at det kan gi føringer hvor studenten lærer å ta beslutninger med teorien som utgangspunkt, noe som kan utelate pasientens perspektiv.

I undervisningen og veiledningen tilrettelegger og møter sykepleierutdanningen studentens ”stemme” med systemets og sykepleiefagets ”stemme”, hvor holdningen er at sykepleie læres og utøves med grunnlag i teori. Hvis sykepleierutdanningen kun møter studenten med disse to ”stemmene”, blir det liten plass til studentens ”stemme”.

For å kunne møte studentens ”stemme” kreves det en holdningsendring i utdanningssystemet og en endret forståelse for hvordan kunnskap og forståelse hos yrkesutøveren kan utvikles. Det blir viktig å organisere sykepleieutdanningen og studieplanene slik at studenten får en mer personlig, synlig og betydningsfull plass i læringsprosessene.

Utfordringen er å oppdage og ta vare på den kunnskapen studenten bærer i seg mens hun er underveis - mellom gjerning og tekst - og slik forene dem allerede i grunnutdanningen.

³⁶³ Fagermoen, M.S. Sykepleie i teori og praksis. Et fagdidaktisk perspektiv. 1993.

Referanseliste

Altenborg, U., Hansen, P.E. og Lindholm, J. (2009) ”Refleksion i læreprocessen – en analyse af refleksionspraksis på ergoterapeutuddannelsen”. *RUML/Refleksion i praksis. Skriftserie nr. 3*. Århus: Århus Universitet, Institut for Filosofi og Idèhistorie, 3-22.

Alteren, J. (2001) *Læring av den praktiske ferdigheten å gi hjelp til å spise og drikke i modellavdelingen og klinikken. En utforskende og beskrivende studie av 1.års-studentenes lærings situasjon*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap. Hovedoppgave.

Alvsvåg, H. (2002) ”Klinisk skjønn. Kapittel 13” i Bjørk, I.T., Helseth, S. og Nortvedt, F. red. *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 208-222.

Aristoteles. (2006) *Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk"*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 3. utgave 1999, 3. opplag.

Bengtsson, J. og Løkken, G. (2004) ”Maurice Merleau-Ponty: Kroppens verdslighet og verdens kroppslighet” i Steinsholt, K. og Løvlie, L. *Pedagogikkens mange ansikter. Pedagogisk idèhistorie fra antikken til det postmoderne*. Oslo: Universitetsforlaget, 555-570.

Benner, P. (1984) *From novice to expert*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.

Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert*. Oslo: Tano Forlag AS.

Bjones, I. og Hansen, G.S. (1999) *Kunnskap i sykepleiepraksis. Hva er det og hvordan læres det?* Oslo: Høgskolen i Oslo. Rapport nr. 13.

Bjørk, I.T. (1995) “Neglected conflicts in the discipline of nursing: Perception of the importance and value of practical skills”. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 6-12.

Bjørk, I.T. (1996) "Håndens gjerning" -er den undervurdert i dagens sykepleie?" i Bjerkheim, T. Mathisen, J. og Nord, R. red. *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørk, I.T. (1999) *Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for Sykepleievitenskap. Avhandling for dr.polit.graden.

Boud, D., Keogh, R. og Walker, D. (1985) *Reflection: Turning experiences into learning*. London: Kogan Page Ltd.

Crohnbach, L.J. (1970) *Essentials of psychological testing*. New York: Harper & Row.

Dewey, J. (1904) "The relation of theory to practice in education" i *The third Yearbook of the National Society for the Scientific Study of Education: Part I: The relation of theory to practice in the education of teachers*. Chicago: University of Chicago Press. Reprinted in The Collection Works of John Dewey, The Middle Works. Volume 3: 9-30.

Dewey, J. (2005a) "Chapter 3: Having an Experience" i *Art as Experience*. London: Penguin Books Ltd, 36-59.

Dewey, J. (2005b) *Erfaring og Opdragelse*. København: Christian Ejlers' Forlag.

Fagermoen, M.S. (1993) *Sykepleie i teori og praksis. –et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fagermoen, M.S. og Nygård, A.K. (1989) "Lære- eller oppholdssted?" *Sykepleien*, 6, 4-8.

Fog, J. (1992) "Den moralske grund i det kvalitative forskningsinterview". *Nordisk Psykologi*, 44(3), 212-229.

Forskningsetiske komiteer. (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*.

Forskrift om legemiddelforsyning mv. i den kommunale helsetjenesten. [Internett] 13. mai 2010. (oppevet april 2008) Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/rettskildene/forskrift/F19871118-1153>

Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdato.no/cgi-wifl/ldles?doc=/sf/sf/sf-20091218-1839.html>

Foss, C. og Ellefsen, B. (2004) ”De utydelige overtramp? Etske utfordringer ved kvalitative studier”. *Vård i Norden*, 3(24), 48-51.

Gadamer, H.G. (1960) *Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. J.C.B. Mohr.

Gadamer, H-G. (1997) *Sanning och metod (i urval)*. 4. *Hermeneutisk erfarenhet*. s. 137-181. Göteborg: Bokforlaget Daidalos AB.

Gadamer, H-G. (2003) *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Ghaye, T. (2007) “Is reflective practice ethical? (The case of the reflective portfolio)”. *Reflective Practice*, 8, 2, 151-162.

Grennes, K. (1984) ”Kroppen som filosofiens ”sted”. M. Merlau – Pontys filosofi”. *Samtiden*, 6, 16-21.

Grimen, H. (1996) *Tillit og rutinar*. Bergen: LOS-senter Notat 9618.

Gustavsson, B. (2000) *Kunskapsfilosofi. Tre kunskapsformer i historisk belysning*. Smedjebacken: Wahlström & Widstrand.

Gustavsson, B. (2004) ”Inledning” i Gustavsson, B. red. *Kunskap i det praktiska*. Studentlitteratur, 5-20.

Hammersley, M. og Atkinson, P. (1996) *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: adNotam Gyldendal.

Heggen, K. (1995) *Sykehuset som "klasserom". Praxisopplæring i profesjonsutdanningene*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Heggen, K. og Engebretsen, E. (2009) "Tvetydighet om kunnskapsbasert praksis: En dekonstruktiv nærlesning av arbeidsbok for sykepleiere". *Forskning*, nr. 1, 4: 28-33.

Helsinkideklarasjonen fra World medical association. [Internett] 15. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Henriksen, J-O. og Aarflot, H.M. (2002) "Kapittel 10. Å møte en annen" i Bjørk, I.T., Helseth, S. og Nortvedt, F. red. *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 157-172.

Huus, B. (2008) "Refleksjon i praksis: De siger: "Gå hen og tænk dig om" – en empirisk, teoretisk undersøgelse af sygeplejestuderendes opfattelse af refleksion". *RUML/Refleksion i praksis. Skriftserie nr. 10*. Århus: Århus Universitet, Institut for Filosofi og Idéhistorie, 3-40.

Josefson, I. (1987) "Sjuksköterskan som ingenjör. Om synen på kunnskap i vården" i Odhnoff, J. og VonOtter, C. red. *Arbetets rationaliteter. Om framtidens arbetsliv*. Helsingborg: Schmidts Boktryckeri AB, 119-129.

Josefson, I. (1990) *Kunskapens former. Det reflekterande yrkeskunnandet*. Stockholm: Carlssons Förlag.

Josefson, I. (1998) *Läkarens yrkeskunnande*. Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M. (1989) "På tide å oppvurdere den praktiske kunnskapen?" *Sykepleien*, nr. 2, 4-7.

Kirkevold, M. (1990) *Practical knowledge embedded in the nursing care provided to stroke patients*. Oslo: ISV-publikasjonsserie 3.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., og Skaug, E-A. red. (2005) *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., og Skaug, E-A. red. (2005) *Grunnleggende sykepleie. Bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., og Skaug, E-A. red. (2005) *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kvåle, K. (1999) "Pasienten vil ha teknisk dyktighet – sykepleieren vil lytte". *Tidsskriftet Sykepleien*, 10, 60-64.

Lamark, H. og Morlandstø, L. (2002) *Hederlig menneske god journalist*. Kristiansand: IJ-forlaget.

Lawler, J. (1991) *Behind the Screens. Nursing, Somology, and the Problems of the Body*. Churchill Livingstone, Melbourne.

Lawler, J. (1996) *Bak skjerm Brettene: sykepleie, somologi og kroppslige problemer*. Oslo: AdNotamGyldendal.

Lillemoen, L. (2008) *Det er bare sånn jeg er... En undersøkelse om sykepleierstudenters utvikling av moralsk opptreden*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Seksjon for sykepleievitenskap. Avhandling for dr.polit.graden.

Lillemoen, L. (2006) "Jeg må finne min måte å utøve sykepleie på. –Historien om Tordis". *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2, 3-12.

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19670210-000.html>

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>

Læreplan for praksisstudier i sykehjem. (2006) Bachelor i sykepleie. 2. og 3. semester.

Martinsen, K. (2002) "Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene". *Omsorg*, 1:14-22.

Martinsen, K. (2003) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano AS.

Meldesentralen – helsetilsynet. [Internett] 13. mai 2010. Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_9445.aspx

Meløe, J. (2004a) "Notater i vitenskapsteori. Til gruppene i humaniora og samfunnsvitenskap med fiskerifag" i *Vitenskapsteori. Tre artikler av Jakob Meløe*. Bodø: Høgskolen i Bodø.

Meløe, J. (2004b) "Om å forstå det andre gjør" i *Vitenskapsteori. Tre artikler av Jakob Meløe*. Bodø, Høgskolen i Bodø.

Meløe, J. (2005) "4. Vitenskapsteori" i *PhD utvalget ved Profesjonshøgskolen, Høgskolen i Bodø, HBO – rapport 10/2005*. Bodø: Høgskolen i Bodø. 51-75.

Merleau-Ponty, M. (2000) *Øyet og ånden*. Pax Forlag.

Mevik, K. (1997) "Mellom praksis og forskning". *Sosiologisk Årbok*, utgave 2, 129-145.

- Nergård, J-I. (2001) "Feltarbeid som kulturmøte" i Beck & Hoëm, red. *Samfunnsrettet pedagogikk – NÅ*. Oslo: Opplandske Bokforlag. 159-168.
- Nielsen, K. og Kvale, S. (1999) "Mesterlære som aktuell læringsform" i Nielsen, K. og Kvale, S. red. *Mesterlære. Læring som sosial prosess*. Oslo: AdNotam Gyldendal. 17-34.
- Nightingale, F. (1997) *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget, 31-35, 83-96, 149-169, 179-185.
- Norsk Sykepleierforbund. (1997) *ICN. Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: NSF-serie 3, 2-23.
- Nortvedt, M.W, Jamtvedt, G., Graverholt, B. og Reinart, L.M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. –en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (1996) "Veien over til Den tredje. Kapittel 6" i Vetlesen, A.J. red. *Nærhetsetikk*. Oslo: AdNotamGyldendal, 139-157.
- Nortvedt, P. (2002) "Følelser, omsorg og fornuft" i Kirkevold, M., Nortvedt, F. og Alvsvåg, H. red. *Klokskap og kyndighet*. Oslo: AdNotamGyldendal, 127-138.
- Nortvedt, P. (2006) "Følelser og fornuft – etisk teoridebatt med relevans for helsefagene" i Slettebø, Å. og Nortvedt, P. red. *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 35-49.
- Nussbaum, M. (1990) "The Discernment of Perception: An Aristotelian Conception of Private and Public Rationality" i *Love's Knowledge. Essays on Philosophy and Literature*. Oxford University Press, 54-105.
- Nussbaum, M. (1995) *Känslans skärpa, tankens inlevelse. Essäer om etik och politik*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Nussbaum, M. (1997) "Emotioner som värdeomdömen" i Holm, U., Mark, E. og Person, A. red. *Tanke Känsla Identitet*. Göteborg: Anamma Böcker, 197-234.

- Nussbaum, M. (2003) "The Emotions of Working Life" i Erson, E. och Öberg, L. red. *Erfarenhetens rum och vägar*. Tumba: Mångkulturellt centrum, Botkyrka, 29-40.
- Nyeng, F. (2006) *Følelser i filosofi, vitenskap og dagligliv*. Abstract Forlag. Kap. 5 og 8, 123-141, 180-203.
- Olsen, R.H. og Finstad, H.H. (2003) *Snakk om erfaring*. HBO-rapport 4/2003. Bodø: Høgskolen i Bodø.
- Olsen, R.H. (1998) *Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo: Tano Aschehoug AS.
- Olsson, A.M. (1993) "Et klinisk blick. –Et sykepleiefaglig kyndig blick". *Klinisk Sygepleje* (5)55-59.
- Orem, D. (2001) *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, Mo.: Mosby.
- Peplau, H.E. (1991) *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer.
- Rammeplan for sykepleierutdanningen. (2004) Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Repstad, P. (1998) *Mellom nærhet og distanse*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ricoeur, P. (1976) *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. Christian University Press, Fort Worth, Texas.
- Ricoeur, P. (1979) *Fortolkningsteori*. København: Vintens Forlag.
- Riessman, C.K. (1993) *Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Volume 30*. Sage Publications.
- Schön, D.A. (1987) "Teaching Artistry Through Reflection-in-Action. Chapter 2" i *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco; Jossey Bass Inc., Publisher, 22-40.

- Seikkula, J. (2000) ”Kapittel 8 og 9” i *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug, 112-153.
- Skjervheim, H. (2002) ”Deltakar og tilskodar” i *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget, 20-35.
- Skjervheim, H. ”Det instrumentalistiske mistaket” i *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget, 130-137.
- Studieplanen for Bachelor i sykepleie. (2004).
- Svenaesus, F. (2003) ”Fronesis – en hermeneutisk dygd” i Erson, E. och Öberg, L. red. i *Erfarenhetens rum och vägar*. Tumba: Mångkulturellt centrum, Botkyrka, 61-74.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN). (2003) *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*.
- Thidemann, I.J. (1997) ”Grunnleggende stell og pleie bør komme først”. *Tidsskriftet Sykepleien*, nr. 15, 48-51.
- Trudslev, D. og Christiansen, H.B. (2008) ”Refleksion i praksis. ”Når bøgerne holder fri”. *RUML/Refleksion i praksis. Skriftserie nr. 5*. Århus: Århus Universitet, Institut for Filosofi og Idèhistorie, 3-38.
- Ugland, R.L. (2000) ”Å stelle er en kunst”. *Tidsskriftet Sykepleien*, nr. 15, 59-62.
- Vetlesen, A.J. (1996) ”Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi” i Vetlesen, A.J. og Nortvedt, P. red. *Følelser og moral*. Oslo: AdNotamGyldendal AS. 11-61.
- Von-Essen, L. og Sjøden, P.O. (1991) “The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff”. *International Journal of Nursing Studies*, 28(3), 267-281.
- Wackerhausen, S. (2008) ”Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion”. *RUML/Refleksion i praksis. Skriftserie nr. 1*. Århus: Århus Universitet, Institut for Filosofi og Idèhistorie, 3-21.

Wadel, C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK A/S.

Watson, J. (1989) "Watsons Philosophy and Theory of Human Caring in Nursing" i Sisca, R. red. *Conceptual models for nursing practice*. Connecticut: Appleton & Lange, 219-236.

Westad Hauge, K.J. (1999) "Fortellingen gjør pasienten synlig". *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 2. www.sykepleien.no.

Yura, H. og Walsh, M.B. (1988) *The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating*. Norwalk: Appleton & Lange.

Ådlandsvik, R. (2005) "Den narrative vendinga" i Ådlandsvik red. *Læring gjennom livsløpet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Johanne Alteren
Nesnavcien 283
8616 Mo i Rana
Tlf: 75 12 97 22

Vedlegg 1

Mo i Rana 3.1.2006

Dekanus ved høgskolen

FORESPØRSEL OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE EN UNDERSØKELSE BLANT SYKEPLEIERSTUDENTER VED GRUNNUTDANNINGEN FOR SYKEPLEIE.

Jeg er sykepleier, og stipendiat og lærer ved Profesjonshøgskolen ved Høgskolen i Bodø. Jeg arbeider med en doktorgrad, der tema er sykepleierstudentenes erfaring i praksis og utvikling av kompetanse i praktisk sykepleie. Studiens hensikt er å synliggjøre sykepleierstudentenes praksis. Veilederen min er førsteamanuensis Ruth H. Olsen.

På denne bakgrunn ber jeg om tillatelse til å spørre sykepleierstudentene ved grunnutdanningen ved høgskolen om å delta i denne undersøkelsen i perioden april 2006 – desember 2007.

Under forutsetning av at forespørselen blir innvilget, ber jeg om å få ta kontakt med ansvarlig sykepleielærer, for rekruttering av studenter og videre opplegg for datainnsamlingen. I undersøkelsen ønsker jeg å følge fire(4) – seks(6) studenter på kull over to praksisperioder, i sykehjem og sykehus.

Blir denne søknaden innvilget ønsker jeg å følge de samme sykepleierstudentene gjennom to datainnsamlingsperioder. Datainnsamlingen vil foregå ved at jeg observerer studentene når de utøver sykepleie overfor beboeren/pasienten. Jeg vil ta notater underveis, og intervjuer studentene etter endt observasjon. Intervjuet vil ta 30-60 minutter og tas opp på lydbånd.

Det vil kun være jeg og min veileder som har tilgang til observasjonsnotatene og lydbåndopptakene og de vil bli i sin helhet slettet etter avsluttet studie. Studentenes navn vil ikke bli brukt, men beskrevet med tallene 1 - 6.

Jeg ber om svar på henvendelsen så raskt som mulig. På forhånd takk for hjelpen. Eventuelle spørsmål kan rettes til meg på telefon 75 12 97 22.

Vedlagt følger skriftlig informert samtykke student.

Med vennlig hilsen
Johanne Alteren

Kopi: Studieleder ved studiested

Vedlegg 2

SYKEPLEIERSTUDENTENES ERFARING I PRAKSIS OG UTVIKLING AV KOMPETANSE I PRAKTISK SYKEPLEIE. SKRIFTLIG INFORMERT SAMTYKKE.

Jeg, Johanne Alteren, er sykepleier, og stipendiat og lærer ved Profesjonshøgskolen ved Høgskolen i Bodø. Undersøkelsen, som er en del av arbeidet for PhD graden, har til hensikt å synliggjøre sykepleierstudentenes praksis i klinikken. Videre vil jeg beskrive utviklingen av kompetanse i praktisk sykepleie. Undersøkelsens feltarbeid foregår på to praksisplasser, i sykehjem, og enten på medisinsk eller kirurgisk avdeling på sykehus. Informasjon om studentenes praksiserfaringer gjøres ved hjelp av observasjon av studentene i utøvelse av sykepleie, og intervju etter endt observasjon. Intervjuet vil ta 30-60 minutter. Undersøkelsen inkluderer seks til åtte sykepleierstudenter og starter april 2006. Sluttdato for prosjektet er 31.12.2009.

Du blir spurt om å være med fordi du er sykepleierstudent og starter med første praksisperiode i uke 17 i 2006.

Du blir spurt av sykepleielæreren på høgskolen om du vil delta i undersøkelsen. Hvis du etter å ha lest denne informasjonen kan tenke deg å delta i undersøkelsen, bes du om å undertegne skjemaet og returnere det til meg. Du vil bli kontaktet slik som beskrevet i punkt 1 nedenfor.

Dersom du velger å bli med i denne undersøkelsen vil følgende skje:

1. Jeg tar kontakt og avtaler en innledende samtale. Hensikten er å orientere nærmere om fremgangsmåten i undersøkelsen og bli noe kjent.
2. Undersøkelsen er delt inn i to datasamlingsperioder. I datasamlingsperiodene vil jeg ha fortløpende kontakt med deg for å avtale tid for observasjon og intervju.
3. Under datainnsamlingen er jeg i lag med deg når du utøver sykepleie overfor beboere/pasienter. Jeg vil ta notater underveis, og ha en samtale med deg etter endt observasjon. Intervjuet vil ta 30-60 minutter og tas opp på lydbånd.

Både observasjonsnotatene og lydbåndopptakene merkes med en kode og oppbevares nedlåst og atskilt fra personopplysninger om deltagerne. Det er bare tilgjengelig for stipendiaten og veileder. Alle notater og lydbåndopptak slettes etter at undersøkelsen er avsluttet. Alle opplysningene fra observasjonene og intervjuene vil bli konfidensielt behandlet. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i noen rapporter eller publikasjoner.

Du får ingen direkte goder eller økonomisk kompensasjon for å være med i undersøkelsen, men jeg antar at det kan være interessant å delta i et doktorgradsarbeid som kan gi deg innsikt i egen praksissituasjon og læring i sykepleierutdanningen. Dersom du ønsker det kan du få et sammendrag av undersøkelsen når den er ferdig. Det er ingen utgifter forbundet med å være med i undersøkelsen. Risiko er eventuelt forbundet med at det kan være en psykisk påkjenning å bli observert og intervjuet.

Hvis du ønsker flere opplysninger om deltagelse i undersøkelsen, kan du kontakte Johanne Alteren på tlf: 751 29722/996 07609.

Det er frivillig å være med i undersøkelsen og du kan trekke deg når som helst mens undersøkelsen foregår, uten å gi en begrunnelse. Informasjon knyttet til dine erfaringer angående praksis, vil ikke formidles til noen på sykepleierhøgskolen, men forbli hos meg. Alle opplysningene anonymiseres ved prosjektslutt.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Jeg har lest informasjonen og samtykker i å delta i undersøkelsen:

.....
Sykepleierstudentens underskrift

.....
Prosjektleders underskrift

Johanne Alteren
Nesnaven 283
8616 Mo i Rana

Deres ref:

Vår ref: 06/108-1/621 Dato: 17.01.2006

**TILLATELSE TIL Å GJENNFØRE EN UNDERSØKELSE BLANT
SYKEPLEIERSTUDENTER**

Viser til din søknad om å få gjennomføre en undersøkelse blant sykepleierstudenter ved grunnutdanningen for sykepleie kull i perioden april 2006 – desember 2007. Jeg har tatt saken opp med fungerende studieleder, som ikke har noen merknader til søknaden.

Søknaden innvilges.

Med hilsen

Dekan

Mo i Rana 22.5.2006

Praksissted Sykehjem

**FORESPØRSEL OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE EN UNDERSØKELSE
BLANT SYKEPLEIERSTUDENTER I PRAKSIS VED**

Jeg er sykepleier, og stipendiat og lærer ved Profesjonshøgskolen ved Høgskolen i Bodø. Jeg arbeider med en doktorgrad, der tema er sykepleierstudentenes erfaring i praksis og utvikling av kompetanse i praktisk sykepleie. Min veileder er førsteamanuensis Ruth H. Olsen.

Studiens hensikt er å synliggjøre sykepleierstudentenes praksis i klinikken. Videre vil jeg beskrive utviklingen av kompetanse i praktisk sykepleie.

Datainnsamlingen foregår i to praksisperioder i ulike semestre av utdanningen. Det er i sykehjem, og enten på medisinsk eller kirurgisk avdeling på sykehus. Informasjon om studentenes praksiserfaring gjøres ved hjelp av observasjon av studentene i utøvelse av sykepleie, og intervju etter endt observasjon. Intervjuet vil ta 30-60 minutter. Undersøkelsen inkluderer seks til åtte sykepleierstudenter, og starter april 2006. Sluttdato for prosjektet er 31.12.2009.

En av sykepleierstudentene som har meldt seg frivillig til å delta i studien, har første praksis ved :

- Student, praksis, 28.08.06 – 20.10.06.

På denne bakgrunn ber jeg om tillatelse til å følge studenten ut i praksis ved i perioden 28.08.06 – 20.10.06.

Bli denne søknaden innvilget ønsker jeg å følge sykepleierstudenten gjennom følgende datainnsamling:

Være i lag med sykepleierstudenten når hun utøver sykepleie i avdelingen. Jeg vil ta notater underveis, og ha en samtale med studenten etter endt observasjon. Intervjuet vil ta 30-60 minutter og tas opp på lydbånd.

Under forutsetning av at De innvilger denne forespørsel, ber jeg om å få ta kontakt med avdelingssykepleier på avdelingen studenten er i praksis, for videre opplegg for datainnsamlingen.

Det vil kun være meg og min veileder som har tilgang til observasjonsnotatene og lydbåndopptakene, og de vil bli i sin helhet slettet etter avsluttet studie. Under observasjonen er det sykepleierstudenten jeg har fokus på, og det blir ingen spesifikk datainnsamling angående beboeren. Jeg vil sende abstraktet til når dette foreligger.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Svar på denne henvendelsen bes returnert i vedlagte svarkonvolutt så raskt som mulig. Jeg tar meg den frihet å ringe Dere etter ca. 1 uke for å forsikre meg om at forespørselen er kommet frem. På forhånd takk for hjelpen. Eventuelle spørsmål kan rettes til meg på telefon 75 12 97 22.

Vennlig hilsen
Johanne Alteren

Johanne Alteren
Høgskolen i Bodø, studiested Rana
Strandgata 14 – 18
8607 Mo i Rana

01.01.06.06

**SVAR VEDR. FORESPØRSEL OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE
UNDERSØKELSE BLANT SYKEPLEIERSTUDENTER I PRAKSIS VED**

Har lagt frem din forespørsel for avd.sykepleierne her ved . i omsorgavdelingen .
For l. ctg. ved er det som er avd.sykepleier.

Vi har ingen ting imot at det foretacs undersøkelse av sykepleiestudentene i praksis.

Vennlig hilsen

Distriktsleder.

Johanne Alteren

*Høgskolen i Bodø, studiested Rana
Strandgata 14-18
8607 Mo i Rana*

**AD. FORESPØRSEL OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE EN
UNDERSØKELSE BLANT SYKEPLEIERSTUDENTER I PRAKSIS VED**

Viser til brev av 18.09.2006 fra Dem.

Meddeler med dette at de er hjertelig velkommen til i perioden
23.10.06 – 15.12.06, for å følge student i praksis.

Videre kontakt basert på avdelingssykepleier som nås på
tlf. eller mobil (har ferie til 11.10.06).

Lykke til!!

Med hilsen
Omsorgsavdelingen 2. oktober 2006,

distri.leder

Kopi: :

28.03.2006

Johanne Alteren
Høgskolen i Bodø, studiested Rana
Strandgata 14-18
8607 Mo i Rana

Svar: Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre en undersøkelse blant sykepleierstudentene i praksis ved

Har i dag, på ledermøte, fått tatt dette opp med avdelings sykepleierne i de respektive avdelinger. Ved alle de tre avdelingene, som studentene skal ha sin praksis i sykehjemmet, er de positive til din henvendelse.

Dersom du skal ha kontakt med avdelings sykepleierne i dag er det disse du må kontakte:

1. etg
2. etg
3. etg

De er imidlertid nysgjerrig, og ønsker at du tar kontakt, slik at de får greie på eksakt hvordan studiet skal foregå og hvor lang tid du bruker i avdelingen.

Vi er nå i dag under en omorganiserings prosess. Vi har fått utbygd sykehjemmet og skal med dette endre noe på tjenesteinnholdet i hver enkelt avdeling. Det skal også skje bytte mellom etgene. Dette bare som info til deg.

Vi håper studiet ditt går greit, her hos oss, og ønsker deg lykke til!

Med hilsen
Konst.distriktsleder

Handwritten text, possibly a name or address, mostly illegible due to fading.

VEDLEGG 5
30.05.06.

Til Johanne Altheim

Alt i orden - du skal bare komme
å være / gjøre dine undersøkelser.

(Beklager enlikt tilbakemelding - men jeg er
på full fart ut av døra, og ikke tilbake
før 08.06.)

Vennlig hilsen

VEDLEGG 6

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Norvegisk Høgskolegata 25
1402BK Bergen
Norge
Tlf: +47 55 55 11 11
Faks: +47 55 55 00 00
e-mail: nsd@nsd.no
www.nsd.no
Orgnr: 984 111 884

Johanne Aaseren
Senter for praktisk kunnskap
Profesjonshøgskolen
Høgskolen i Bodø
8049 BODØ

Vår dato: 14.02.2006

Vår ref.: 1402BK/N

Deres dato:

Deres ref.:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.01.2006. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 13.02.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>1402K</i>	<i>Sykepleierstudentenes erfaring i brukten og utvikling av kompetanse i praktisk sykepleie</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Bodø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Johanne Aaseren</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 51. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysningene kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endrings skjema>. Det skal også gis melding etter tre år, dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2009 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysningene.

Vennlig hilsen

Bjørn Hennrichsen

Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 55

Vedlegg: Prosjektvurdering

Ansvarlig utvalgt etter NSD-veiledning
NSD er et samarbeidsprosjekt mellom Norges forskningsråd og NSD AS. Tlf: +47 55 55 11 11, epost: nsd@nsd.no
NSD AS er et samarbeidsprosjekt mellom Norges forskningsråd og NSD AS. Tlf: +47 55 55 11 11, epost: nsd@nsd.no
NSD AS er et samarbeidsprosjekt mellom Norges forskningsråd og NSD AS. Tlf: +47 55 55 11 11, epost: nsd@nsd.no

Personvernombudet for forskning, NSD



Prosjektvurdering - Kommentar

14058

Ombudet finner at prosjektet kan hjemles i personopplysningsloven § 8 første ledd og 2 a).

Ombudet finner informasjonsskriv av 13.02.2006 tilfredsstillende. Samtykkeklæringer returneres direkte til prosjektleder, jf. telefonsamtale 13.02.2006.

Det forutsettes at prosjektet er klart med avdelingsledelsen ved aktuelle sykehus/sykehjem hvor prosjektleder observerer sykepleiestudentene. Videre legger ombudet til grunn at det ikke innhentes opplysninger om beboere/pasienter ved sykehjem/sykehus og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling som finner sted.

Ved prosjektslutt 31.12.2009 anonymiseres datamaterialet ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel (navneliste som viser til referansenummer) og samtykkeklæringer slettes. Indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, skrives om eller kategoriseres.