

Handlingsrommets evidens

- om praktisk kunnskap i nyfødttintensivsykepleien

Inger J. Danielsen

Ph.D i studier av profesjonspraksis
Senter for praktisk kunnskap

Universitetet i Nordland

Inger J. Danielsen

Handlingsrommets evidens

– om praktisk kunnskap i nyfødttintensivsykepleien

Ph.D. serie 8 (2013)

© Universitetet i Nordland

ISBN: 978-82-93196-06-8

Trykk: Trykkeriet UiN

Universitetet i Nordland

8049 Bodø

www.uin.no

Alle rettigheter forbeholdes.

Kopiering fra denne bok skal kun finne sted på institusjoner som har inngått avtale med Kopinor og kun innenfor de rammer som er oppgitt i avtalen.

Sammendrag

I denne avhandlingen undersøkes den kunnskapen som erfarne spesialsykepleiere i nyfødttintensivavdelinger stoler på og regner som gyldig i sitt daglige arbeid. Det er en kunnskap som viser seg i handling, og som fører til at sykepleierne selv opplever handlingene basert på denne kunnskapen som riktige. Kunnskapen gir støtte til holdbare handlinger i konkrete situasjoner - handlingskontekster.

Avhandlingen bygger på data hentet fra feltarbeid i to nyfødttintensivavdelinger i Norge, og svarer på følgende problemstillinger: Hvilken kunnskap er det som erfarne spesialsykepleiere i nyfødttintensivavdelingen stoler på og regner som gyldig kunnskap i deres daglige arbeid? Hvordan er denne kunnskapen konstituert?

Et aristotelisk perspektiv på praktisk kunnskap, som dugelighet i en virksomhet, var inngangen til feltarbeidet. Observasjonsmaterialet er i tillegg analysert ut fra Meløes begreper om aktør, virksomhet og blikk, og Gadammers begreper om forståelse som fortolkning og anvendelse. Sykepleierne handler innenfor og med hensyn på en virksomhet sammensatt av ulike handlingskontekster – handlingsrom, - der oppgaven er å behandle og pleie barnet slik at det overlever, vokser og unngår skader. Den kunnskapen som de dugelige sykepleierne stoler på og regner som gyldig i sin utøvelse, uttrykkes først og fremst gjennom måten de organiserer robuste handlingsrom og arbeider effektivt og meningsfullt innenfor disse.

Kunnskapen sykepleierne legger til grunn for sine handlinger er bare tilgjengelig i og gjennom deltagelse i de konkrete handlingskontekstene. Teoretisk og forskningsbasert kunnskap fortolkes, tilpasses, gjøres relevant og anvendes i forhold til utfordringene som møter sykepleierne der. Evidensgrunnlaget oppstår, tolkes frem og er gyldig bare i det konkrete handlingsrommet. Dette er kjernen i begrepet om handlingsrommets evidens; at holdbare handlinger ikke er gitt på forhånd, men blir til gjennom en dynamisk prosess der deltagerne utfordres av hverandre og av situasjonen, og tar avgjørelser og prøver seg frem med handlinger rettet mot å treffe situasjonen presist.

Sykepleierne utvikler sin praktiske kunnskap i bestemte handlingsrom ut fra en forståelse for hvordan de må forholde seg til handlingsrommet, men også ut fra en forståelse for hvordan de kan påvirke og utviklet rommet og dets evidens.

Summary

This dissertation examines the knowledge experienced nurses in neonatal intensive care unit (NICU) trusts and considers valid in everyday practise. This type of knowledge expresses itself through action and contributes to what the nurses' experience as the correct response in a given context. In this way the knowledge supports tenable actions in concrete situations – scopes-of-action.

The dissertation is based on data collected from fieldwork done in two NICUs in Norway and answers the following questions: Which knowledge do experienced nurses in the NICUs trust and consider valid in their everyday work? What constitutes this knowledge?

The fieldwork was inspired by an Aristotelian perspective on practical knowledge as competence in vocations. The field notes have been analysed with the use of Meløe's concepts of agent, practice and competent understanding, and with Gadamer's concepts of understanding as interpretation and application. The nurses act in a space consisting of different and separate contexts – scopes-of-action- where the care varies from responding to life-threatening conditions to providing comfort for the child. The knowledge the nurses applies in everyday practice is expressed primarily through the way they organise the aforementioned contexts and work competently inside these.

The nurses' practical knowledge is only available for the acting individual through participation in the scope-of-action. In these contexts, the nurses interpret, make relevant and apply theoretical and research based knowledge to the situation and challenges at hand. The evidence is created, interpreted and valid only in the situation itself – in the scope-of-action. This is the core in the concept of the scope-of-action evidence and means that tenable actions are not given, but is created through a dynamic process where the participants are challenged by each other and by the situation. The participants make decisions and experiments with actions to precisely fit the situation.

The nurses develop their practical knowledge in certain scopes-of-action from an understanding of how they are to act in the scope-of-action, but also from an understanding of how they can affect and develop the scope-of-action and its evidence.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Summary	2
Forord	7
1 Innledning	9
Avhandlingens oppbygning	12
Avhandlingens hensikt og problemstilling	13
Handlingsrommets evidens	15
Praktisk-klinisk sykepleiekunnskap; aktuelle studier	17
Kunnskapsutvikling i praksis	17
Kunnskapens gyldighet	18
Arbeids- og tenkemåter	20
Relasjon mellom sykepleier og barnet med foreldrene	22
2 Avhandlingens teoretiske perspektiv	24
Aristoteles – kunnskap som dugelighet i virksomhet	24
Jakob Meløe – aktør, virksomhet og profesjonelle blikk	29
3 Feltet	35
Avdelingens fysiske beskaffenhet	35
Barnet	36
De som arbeider der	38
Hvordan arbeidet er organisert	39
Oppsummering	41
4 Metodisk tilnærming og forskningsprosessen	48
Vitenskapsteoretisk tilnærming; Gadammers filosofiske hermeneutikk	49
Etnografi	50
Forberedelser	51
Innfrielse av formelle krav	51

Utvalg og rekruttering	52
Metodiske overveielser	53
En-til-en samtaler	54
Gruppesamtaler	55
Forsker og sykepleier: fremmedhet og fortrolighet.....	57
Gjennomføringen av feltarbeidet	60
Fokus på hverdagspraksis.....	61
Utvikling av problemstilling sammen med sykepleierne.....	62
Refleksjoner over gjennomføringen.....	65
Troverdige data; troverdige fortolkninger.....	67
Analyse av observasjonsmateriale	72
Sortering av observasjonsmaterialet.....	72
Første fortolkningsfase.....	74
Andre fortolkningsfase.....	76
Tredje fortolkningsfase	77
Oppsummering.....	78
5 Hvem er på vakt?.....	79
Erfarne spesialsykepleiere.....	80
Uerfarne sykepleiere	81
Spesialsykepleiere med kort yrkeserfaring.....	84
Ukjente sykepleiere	87
Erfarne og uerfarne leger.....	91
Hva viser begrepet “kjent og erfaren spesialsykepleier” til?	96
Hva er det sykepleierne ser i vaktlista, og hvor har de det fra?	104
Oppsummering.....	108
6 Å være på vakt.....	110
Med Silja på aftenvakt.....	111

Deltagelse; å la seg påvirke og å påvirke	116
Virksomhetens egne begreper som handlingsveiledende.....	118
Astrid på nattevakt	119
Et mangfold av erfaringer.....	121
Individuelt ansvar og gjensidig avhengighet.....	123
Sølvi på dagvakt.....	125
Gjensidighet og respekt – en likeverdig relasjon	127
Heidi på aftenvakt	129
Mulighet og nødvendighet	131
Oppsummering	132
7 Arbeids- og tenkemåter	133
Å utforske barnet sammen med kolleger.....	133
Om sammenhenger mellom erfaring og handling.....	136
Å vurdere barnets tilstand i stell.....	143
Å være i forkant.....	145
Egne oppgaver og andres	148
Plutselig behandlingssvikt.....	150
Noe må gjøres raskt.....	152
Oppsummering	155
8 “Ida er ingen morgenfugl”.....	157
Samspill med barnet	158
Å stille seg inn.....	164
Samhandling og samarbeid med foreldrene	170
Når barnet dør.....	173
Oppsummering	175
9 Den praktisk-kliniske kunnskapens konstitusjon og utvikling.....	177
Erfaringer som selvstendige kunnskapskilder.....	178

Fire måter som erfaring er begrepsdannende på	179
Gadamer's erfaringsbegrep; forståelse som fortolkning og anvendelse.....	186
Meløes erfaringsbegrep; å <i>se som</i> og å <i>vise</i> sin forståelse	188
Kunnskapsutvikling forstått fra et kollektivt og relasjonelt perspektiv	192
To nivåer; jeg-nivået og vi-nivået	192
Taylor; mennesket som selvfortolkende, meningssøkende og sosialt.....	195
Kunnskapsutvikling i relasjoner	196
Gadamer; felles forståelse som sammensmelting av forståelseshorisonter	197
Kunnskapsutvikling via sansene; tilgang til det etisk relevante.....	199
Bergson og Larsson; forståelse som intuisjon.....	199
Intuisjon i sykepleie; forskningsdata	202
Sanselighet; som forutsetning for etisk forståelse	205
Tilegnelse av etiske ferdigheter gjennom praksis	207
Kunnskap som skapes i situasjonen	211
Kunnskap og kunnskapsutvikling som dømmekraft	211
Handlingens tilblivelse	215
Oppsummering	218
10 Avslutning	220
Litteraturliste	224
Andre referanser	234
Vedlegg	236

Forord

Å få skrive doktorgradsavhandling etter vel 20 år som utøvende sykepleier, er et privilegium. Det har gitt meg mulighet til å undersøke den form for kunnskap som jeg selv har lagt til grunn for min yrkesutøvelse.

Det er mange som på ulike måter har gitt meg hjelp underveis. Først og fremst er jeg svært takknemlig ovenfor sykepleierne som stilte opp for meg. Deres vennlighet, engasjement og genuine interesse for å forstå mer av sin egen kunnskap, har vært avgjørende for den kunnskapen som løftes frem i avhandlingen. En stor takk til alle dere! Takk også til foreldrene som ga sitt samtykke til forskningen.

Dernest er det en til fra praksisfeltet som fortjener stor takk, og det er Roald Bolle. Tusen takk til deg for alle samtaler, der vi delte yrkeserfaringer med hverandre, og for et nært og inspirerende samarbeid gjennom mange år i barnepoliklinikken. Det var der, i daglig arbeid, at min interesse for praktisk kunnskap startet.

En viktig støttespiller i doktorgradsarbeidet har vært Ruth H. Olsen, min hovedveileder. Ved å oppfordre meg til å gjøre feltarbeid, og til ikke å gi opp da det buttet i mot, har du utfordret og inspirert meg. Din omfattende kunnskap innenfor feltet praktisk kunnskap har vært retningsgivende for mitt arbeid. Du har lest utallige utkast, gitt viktige innspill gjennom hele forskningsprosessen og vist stor tålmodighet. Tusen takk, Ruth.

Takk til deg Anders Lindseth, min biveileder, og til deg, Johan Arnt Myrstad, for betydningsfull hjelp i den krevende skriveprosessen. Dere har sjenerøst delte deres kunnskaper innenfor filosofi og vitenskapsteori med meg, og slik vist meg nye muligheter. En stor takk til dere begge.

Takk til hele fagmiljøet ved Senter for praktisk kunnskap, Universitetet i Nordland. Det inspirerende fagfellesskapet med lærere og studenter har hatt stor betydning for meg. Jeg startet på første kullet i hovedfag i praktisk kunnskap ved senteret, og der var også Kari Steinsvik, Grete Salicath Halvorsen og Catrine Torbjørnsen Halås. Dere har allerede disputert. Takk for alt sosialt og faglig vi har hatt sammen.

Takk også til mine kolleger ved institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø. Praksis og praktisk kunnskap er et tema vi ofte diskuterer og som mange engasjerer seg i. Det

har gitt meg innsikter i praksis fra et pedagogisk perspektiv, noe som har vært nyttig for dette arbeidet. En stor takk til deg Bodil Hansen Blix som jeg har delt kontor med. Jeg har satt pris på småpratene ved morgenkaffen, der vi ofte delte opplevelser fra feltarbeid med hverandre.

En spesiell takk til Grete Salicath Halvorsen og Liv-Berit Knudsen for at dere har lest og kommenterte store deler av teksten. Takk også til Mona Pauline Voie og Randi Bergh Høier for at dere har lest og kommentert tekst underveis. Takk til Ellen Marie Ingulfsvann for bilder. Takk også til foreldre for bilder.

Til slutt en stor og varm takk til mine nære og kjære. Til deg, min kjære Bjørn, og til mine barn Anna og Olav, for hjelp og oppmuntring underveis.

Tromsø, april 2013

Inger J. Danielsen

1 Innledning

I denne avhandlingen vil jeg vise hvordan den praktiske kunnskapen i det profesjonelle arbeidet ved to nyfødteintensivavdelinger kan forstås. Jeg har undersøkt den praktiske kunnskapen i erfarne spesialsykepleieres arbeid. Med praktisk kunnskap menes da en kunnskap som *viser seg* i handling, ikke en kunnskap som skal forutsettes å være riktig eller god i handlingskonteksten. Dette kunnskapsbegrepet står i et nærmere forhold til det klassiske begrepet om kunnskap som kroppslig og situativt forankret dygd eller dugelighet, enn det står til et moderne begrep om kunnskap som riktige og metodisk velbegrunnede antagelser om lovmessige forhold i verden, uten at de velbegrunnede oppfatninger dermed mister sin betydning.

Den praktiske kunnskapen kan beskrives som en svarevne,¹ - en evne som kan være god eller dårlig til å svare på utfordringer i konkrete handlings situasjoner. Den praktiske kunnskapen som beskrives i denne undersøkelsen, er en kunnskap som sykepleierne stoler på. Det er snakk om en kunnskap som gjør deres praksis troverdig, - en praktisk kunnskap som gir evidens i konkrete handlingskontekster, handlingsrom², men som hele tiden kan diskuteres og videreutvikles. Den er dygd i aristotelisk forstand, men som svar på utfordringer i handlingsrommet må den også integrere teoretisk og vitenskapelig kunnskap, tradisjonelle tenkemåter, evne til samarbeid og samhandling, og fortrolighet med virksomhetens særtrekk.

Avhandlingens tema aktualiseres av debatten om kunnskapsbasert praksis³ og evidensbasert profesjonsutøvelse⁴, som egentlig er en gammel debatt om forholdet mellom vitenskap og

¹ Jfr. Lindseth 2012, s. 169 - 170.

² Begrepet "handlingsrom" er inspirert av Meløes begrep om virksomhet, som den verden vi mennesker er virksomme i og handler innenfor og med hensyn på (Meløe 1997, s. 341 – 342.), jfr. kap. 2. Det er også inspirert av måten vi i dagligtalen bruker uttrykket "å ha handlingsrom" om det å ha muligheter til å velge hva vi skal gjøre, og motsatt så sier vi "her har vi ikke noe handlingsrom", og sikter da til at vi må gjøre noe bestemt vi ikke selv kan påvirke i særlig grad. Begrepet om handlingsrom i denne avhandlingen brukes derfor ikke om en bestemt fysisk størrelse, men om den sammenhengen handlinger blir til i.

³ Jfr. "Senter for kunnskapsbasert praksis" ved Høgskolen i Bergen, som skriver at formålet med kunnskapsbasert praksis (KBP) i helsetjenesten er å styrke beslutningsgrunnlaget til de som arbeider i disse sektorene, gjennom at de baserer sin praksis på den beste tilgjengelige kunnskap. Dette skal gjøres ved å benytte ulike kunnskapskilder som er: "Relevant og oppdatert forskningskunnskap, klinisk erfaringskunnskap og pasientenes/brukernes preferanser og ressurser, i en gitt kontekst." Behovet for KBP begrunnes med at hverdagen til profesjonsutøvere har endret seg som følge av "det informasjonssamfunnet som har utviklet seg.

erfaring. I debatten gjøres det ofte et skille mellom teori og praksis. Det gjelder både i spørsmål om hvordan man best kan utdanne for sykepleieutøvelse, og i spørsmål om hvilket kunnskapsgrunnlag utøvelsen skal bygge på. Avhandlingen viser hvordan teori og praksis nærmest smelter sammen i den praktiske kunnskapen, - i svarevnen slik den er utfordret i praktiske situasjoner.

Jeg er spesialsykepleier innenfor barnesykepleie, har arbeidet vel 20 år i barneavdeling, derav 7 år i nyfødtintensivavdeling, og har spesialistgodkjenning som bygger på erfaring fra yrkesutøvelsen. Som sykepleier erfarte jeg ikke et skarpt skille mellom teori og praksis. Tvert imot erfarte jeg i konkrete situasjoner at å tenke og å handle var ett. Situasjonen ga tenkningen retning: Jeg vurderte hvilket utstyr, hvilke fremgangsmåter og hvilke erfaringer og teorier som kunne bidra til å gjøre det jeg forsto måtte gjøres. Noe ble fremtredende og retningsgivende for hva jeg gjorde og måten jeg gjorde det på. Det som ble fremtredende for meg i slike situasjoner var knyttet til de praktiske muligheter og begrensninger for handling jeg vurderte å ha under de rådende omstendigheter. Det var en evidenserfaring som tok den konkrete situasjonen som utgangspunkt for beslutningen om hvilken kunnskap som skulle gi handlingen retning. Tenkningen var integrert i handlingen.

Avhandlingen bygger på data fra feltarbeid i to nyfødtintensivavdelinger i Norge. Fokus i feltarbeidet var rettet mot sykepleiernes daglige arbeid. Fra det perspektivet har jeg utforsket deres handlinger og aktiviteter, og deres meninger og ytringer om deres profesjonelle arbeid. Med en slik detaljert tilnærming ønsker jeg å vise hvilken evidens sykepleierne støtter seg på i sine handlinger innenfor den handlingskonteksten - det handlingsrommet - de befinner, derfor avhandlingens tittel: Handlingsrommets evidens.

Sykepleierne handler i og snakker ut fra et bestemt virksomhetsområde – nyfødtintensivavdelingen. Avdelingen tilbyr behandling til fortidligfødte barn og kritisk syke nyfødte barn. Disse barna er fysiologisk ustabile. De trenger kontinuerlig overvåkning og avansert medisinsk behandling og pleie, og kan raskt utvikle livstruende tilstander som krever

Derfor er det viktig å utdanne studenter som er kompetente i det å finne relevant informasjon og kritisk vurdere den". (27.06.12) <http://www.hib.no/senter/kunnskapsbasert/om/default.asp>

Norsk Sykepleierforbund ga sine medlemmer boka *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert* i julegave i 2007. (Nortvedt et al. 2007). Boka er skrevet av ansatte ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen, og fokuserer i stor grad på å finne, kritisk vurdere og å anvende forskningsbasert kunnskap i sykepleieutøvelse. Forfatterne skriver at selv om forskning viser at profesjonell adferd kan endres, er forbedringene i praksisadferd gjerne små. Det kan bety at forskningens resultater er lite synlige i konkret praksis. Forfatterne problematiserer ikke dette viktige funnet på annen måte enn ved å foreslå å lage rutiner for hvordan endringer i praksis kan gjennomføres (s. 163).

⁴ Grimen og Terum 2009.

øyeblikkelig inngripen. I tillegg har fortidligfødte barn økt risiko for kognitive skader som følge av stressutløsende påvirkninger i deres første levemåneder. Foruten å bidra til at barnet får nødvendig medisinsk behandling og pleie, er sykepleierne i kontinuerlig beredskap for å identifisere, hindre og å gripe inn i livstruende tilstander, samtidig som hun eller han skal begrense stress hos barnet. Arbeidet krever derfor følsomhet for livstruende forhold hvor der er små marginer for feil, og der evnen til presise og raske avgjørelser og handlinger er avgjørende for barnets sikkerhet. Samtidig retter arbeidet seg mot å gi barnet ro og velvære for å fremme så gode vekst- og utviklingsmuligheter som mulig.

At praktisk kunnskap først og fremst vises i handlinger og i en bestemt form for utøvelse, til forskjell fra å fremtre i språklig artikulasjon⁵, kan bidra til at den faller utenfor eksisterende systemer for kunnskapsutvikling der kunnskap identifiseres, kritiseres og forbedres. Det kan føre til at vi vet lite om den praktiske sykepleiekunnskapen som vi stoler på og gir gyldighet i samfunnet, og dermed har vi begrensede muligheter for presise og virksomme forbedringer av kunnskapen.

De siste tiår har vi imidlertid sett en økende akademisk og politisk interesse for praktisk kunnskap. I Norge er det bygd opp et Senter for praktisk kunnskap ved Universitetet i Nordland, og et Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo. Begge disse sentrene tilbyr studier som retter fokus mot profesjonsutøvelse, og de tilbyr PhD-studier. I tillegg er det opprettet et Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen, som har som hovedmål å arbeide for at profesjonsutøvere baserer sin praksis på den beste tilgjengelige kunnskap, og et Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten⁶, som skal bidra til gode helsetjenester blant annet ved oppsummering av forskning om effekt av tiltak, og målinger av kvalitet på tjenester.

Interessen for praktisk kunnskap kommer også til uttrykk i politiske styringsdokumenter. Stjernø-utvalget kritiserte de korte profesjonsutdanningene for å ha for svak tilknytning til praksisfeltet og til forskning. Akademiseringen av sykepleierutdanningen, skriver utvalget, må rette seg mot forskning og kunnskapsutvikling rettet inn mot yrkesutøvelsen i samarbeidsformer med praksisfeltet, og ikke mot teorier og begreper fjernt fra yrkesutøvelsen og konteksten for denne.⁷ I Stortingsmelding nr. 30 (2008-2009) er ett av tiltakene for å sikre

⁵ Jfr. Gustavsson 2009b, s. 76.

⁶ <http://www.kunnskapssenteret.no/> 12.02.13

⁷ Jfr. NOU 2008: 3. "Sett under ett."

forskningsbasert profesjonsutøvelse som nevnes, at profesjonsutøverne får en sterkere tilknytning til forskning.⁸

Det er mine erfaringer fra profesjonsutøvelse, samt den akademiske og politiske interesse for profesjonsutøverens kunnskapsgrunnlag, som har inspirert meg til å gjennomføre forskningsarbeidet som presenteres i denne avhandlingen.

Avhandlingens oppbygning

Avhandlingen er sammensatt av 10 kapitler. Første kapittel skal gi leseren informasjon om hva denne avhandlingen handler om, dens hensikt og problemstilling. Avhandlingen tittel introduseres, og det redegjøres for studier som er relevante for mitt arbeid. I kapittel 2 redegjøres for avhandlingens teoretiske perspektiv, som er forståelsen av praktisk kunnskap som en kunnskap som viser seg i konkret utøvelse. Kapittel 3 er beskrivelser av nyfødttintensivavdelingen der jeg gjorde deltagende observasjon.

Målet med kapittel 4 er å belyse min metodiske tilnærming og mine overveielser i den forbindelse. Det gjøres rede for vitenskapsteoretisk tilnærming, forskningsmetode og selve forskningsprosessen. Sentrale trekk ved gjennomføringen av feltarbeidet, samt skrivingen av feltnotat og bearbeiding og fortolkning av disse under feltarbeidet, diskuteres. Dette regner jeg som en del av analysen, men jeg gjør også rede for analysen av observasjonsmaterialet i et eget underkapittel. Analysen der viser til det arbeidet med feltnotatene som ble gjennomført etter at feltarbeidet var avsluttet.

I kapitlene 5, 6, 7 og 8 skrives resultater frem. Kapitlene retter seg mot å identifisere og utforske den praktisk-kliniske kunnskapen som uttrykkes i konkret utøvelse, og svarer på avhandlingens første problemstilling. Kapitlene inneholder både erfaringsnære beskrivelser fra feltnotatene og teoretiske diskusjoner omkring disse.

Målet med kapittel 5 er å belyse måten sykepleierne organiserer arbeidet på, sitt eget og andres, i forskjellige handlingskontekster, det jeg i avhandlingen kaller handlingsrom. De identifiserer og vurderer kyndighet hos kollegene i vaktstyrken, og fordeler og omfordeler

⁸ Tittelen på stortingsmeldingen er: Klima for forskning. Der omtales PhD-studier i profesjonspraksis ved Universitetet i Nordland som viktig for å styrke profesjonsutøverens forskertilknypning, og for å styrke kvalitet og kompetanse i praksisforskningen.

arbeidsoppgaver slik at balansen opprettholdes mellom oppgaver og ressurser i vaktstyrken gjennom ei vakt.

Målet med kapittel 6 er å belyse og undersøke sykepleiernes praksis i ulike handlingsrom, der egne handlinger er kjedet sammen med kollegers handlinger. Der finner jeg ansatser til arbeids- og tenkemåter som beskrives og undersøkes i kapittel 7.

I kapittel 8 rettes blikket mot sykepleiernes arbeids- og tenkemåter i direkte relasjon til barnet og foreldrene. Målet her er å skrive frem og undersøke den kunnskapen som bidrar til at sykepleieren får innsikt i barnets *subjektive* tilstand⁹, samt å belyse betydningen denne innsikten har for handlingsrommets organisering og dets evidens.

I kapittel 9 diskuteres hvordan den praktisk-kliniske kunnskapen som er skrevet frem kan sies å være konstituert og utviklet. Ulike tenkere innenfor humanistisk vitenskapsteori trekkes inn i diskusjonen. Målet med dette kapitlet er å belyse ulike sider ved kunnskapsutvikling via utøvelse, og avdekke den funksjonen som handlingsrommet og dets evidens spiller i denne konstitusjonen. Kapitlet svarer på avhandlingens andre problemstilling.

Kapittel 10 er en avsluttende oppsummering.

Jeg velger å bruke uttrykket praktisk-klinisk kunnskap, fordi gjenstanden for min forskning er kunnskap knyttet til et klinisk virksomhetsfelt som både i dagligtalen, i sykepleiefaget og i praksisfilosofien kalles praksis. Det vil si at praktisk-klinisk kunnskap er praktisk kunnskap, som jeg beskriver som kunnskap som viser seg i handling og som jeg knytter til en evne til å svare på utfordringer i konkrete handlingssituasjoner.

Jeg bruker begrepet “hun” om sykepleier fordi det ikke deltok mannlige sykepleiere i studien. Det arbeidet bare kvinnelige erfarne spesialsykepleiere i avdelingene der feltarbeidet foregikk.

Avhandlingens hensikt og problemstilling

Avhandlingen svarer på to problemstillinger. Første problemstilling er:

Hvilken kunnskap er det som erfarne spesialsykepleiere i nyfødintensivavdelingen stoler på og regner som gyldig kunnskap i deres daglige arbeid?

⁹ Barnets *subjektive* tilstand har å gjøre med hvordan barnet erfarer seg selv og sin omverden. Det er en selvopplevd tilstand som ikke lar seg registrere ved hjelp av objektive målinger alene. Å identifisere barnets subjektive tilstand inngår i observasjoner av barnets sykdomstilstand til enhver tid.

Jeg belyser problemstillingen ved å identifisere og beskrive den praktisk-kliniske kunnskapen som kommer til uttrykk i sykepleiernes svarevne slik den er utfordret i praktiske situasjoner. Dette gjøres ved å vise, i detaljerte beskrivelser og utforskning av handlinger og meninger, hvordan teori og praksis smelter sammen til en enhet i svarevnen, samt hvordan den kunnskap som uttrykkes i svarevnen – den praktisk-kliniske kunnskap, - gir støtte for handlingers holdbarhet i konkrete situasjoner. Med det ønsker jeg å vise at den evidens sykepleierne støtter seg på i sine handlinger, altså den kunnskapen sykepleierne stoler på og gir gyldighet i sin praksis, er den evidens som gir støtte til handlingens holdbarhet i handlingsrommet. Denne evidensen bygger på en enhetlig forståelse av handlingskonteksten – handlingsrommet.

Et overordnet mål for avhandlingen er imidlertid å vise – konkret gjennom den empiriske undersøkelsen – hvordan praktisk-klinisk kunnskap kan sies å være konstituert. Derfor er avhandlingens andre problemstilling:

Hvordan er erfarne spesialsykepleieres praktisk-kliniske kunnskap konstituert?

Å forstå hva praktisk kunnskap er, er en oppgave innenfor humanistisk vitenskapsteori.¹⁰ Derfor diskuteres kunnskapen og kunnskapsutviklingen som er dokumentert i svaret på første problemstillingen, opp imot tanker som er utviklet av filosofer i denne tradisjonen. For eksempel knyttes et begrep om forståelse som tolkning til Gadamer, og et begrep om dømmekraft til Kant. Når disse teoretikere trekkes inn, er det ikke som støtte for mine resultater, men fordi deres tenkning gir meg et språk til å artikulere frem den kunnskapsutviklende strukturen jeg finner i sykepleiernes yrkesutøvelse. Et inngående innblikk i Gadamer eller Kants filosofi som et hele er derfor ikke en forutsetning for at den vitenskapsteoretiske diskusjonen og drøftelsen skal bli forståelig.

Men ett teoretisk perspektiv blir i denne sammenhengen særlig viktig og dermed et slags fundament for arbeidet mitt og for forståelsen av resultatene, og det er Jakob Meløes prototeoretiske vitenskapsteori om profesjonelle blikk: Avhandlingen viser hvordan erfarne spesialsykepleieres praktisk-kliniske kunnskap er konstituert gjennom en påvisning av dynamikken i deres profesjonelle blikk.¹¹

¹⁰ Med humanistisk vitenskapsteori siktes det til vitenskapsteorien i human-, ånds- og kulturvitenskapen (humaniora), men også til vitenskapsteoretiske ansatser innenfor de vitenskaper om mennesket som bygger på fenomenologiske, hermeneutiske og narrative tilnæringer, slik som sykepleieforskning, i noen grad forbyggende medisin, sosialt arbeid, etnografi, psykoanalyse og forstående sosiologi.

¹¹ Det profesjonelle blikk viser til Meløes begrep om det “kyndige blikk”, jfr. kap. 2.

Handlingsrommets evidens

Debattene om evidensbasert profesjonsutøvelse har som utgangspunkt et ønske om å forbedre profesjonsutøveres handlings- og beslutningsgrunnlag gjennom å styrke deres kunnskaper. Kunnskapsgrunnlaget er tenkt forbedret gjennom å øke mulighetene for å integrere forskningsbasert kunnskap om hva som virker i praksis, i konkret utøvelse. Det reiser spørsmål om hvilken vekt forskjellige typer vitenskapelig kunnskap skal gis, og hvilken vekt erfaringer og skjønn hos utøverne, samt pasienters erfaringer og ønsker, skal gis.¹²

Diskusjonen om evidens i sykepleieutøvelse handler for det meste om å få sykepleiere til å anvende forskningsbasert kunnskap om hva som virker i praksis.¹³ Kritiske røster uttrykker imidlertid bekymring for hva som vil skje med de skjønnessmessige vurderingene som er nødvendige når generell kunnskap skal tilpasses enkelttilfeller, eller når slik kunnskap mangler og forskningsbasert kunnskap alene skal styre sykepleierens beslutninger og handlinger.¹⁴

Evidens i forskning er erfaring vi viser til for å underbygge vitenskapelig kunnskap. Evidens i handling er også en erfaring vi viser til, men da for å underbygge handlingens holdbarhet. Evidens er noe som i begge tilfeller gir støtte til at kunnskapen holder. I det meste av empirisk forskning er evidens data, fremkommet gjennom undersøkelser som gir belegg for en vitenskapelig hypotese. For eksempel er det ikke nok å anta at en medisinsk behandling har positiv virkning, man trenger også evidens for at det er slik. Man ønsker å kunne vise til vitenskapelige undersøkelser som gir belegg for hypotesens riktighet.

Det finnes imidlertid flere former for evidens.¹⁵ I matematisk forskning er aksiomene i utgangspunktet evidens for beviste teoremer. Men oppstår det feil i teoremene, kan dette sies å være evidens for at aksiomene er mangelfulle. I empirisk forskning er det faktiske, ofte målbare forhold som utgjør evidensen. I matematisk forskning er det grunnleggende innsikter som utgjør evidensen. I fenomenologisk forskning er evidensen av lignende karakter som i matematikken. Fenomenologiske forskningsresultater baserer seg på evidente beskrivelser av fenomeners vesentlige mening.

¹² Jfr. Grimen & Terum 2009.

¹³ Jfr. fotnote 3.

¹⁴ Terum & Grimen 2009, s. 13.

¹⁵ Jfr. Martinsen 2005, Martinsen & Eriksson 2009.

Min studie er en undersøkelse av et komplekst fenomen, praktisk kunnskap. Bestemte, vitenskapsteoretisk funderte beskrivelser av fenomenet, (det vil si den praktisk-kliniske kunnskapen som kommer til uttrykk i de erfarne spesialsykepleiernes handlinger,) blir evidens for forskningsresultatet. Men samtidig er dette resultatet, forståelsen av hvilken kunnskap erfarne spesialsykepleiere i nyfødintensivavdelinger stoler på i sin praksis, en test på riktigheten av de vitenskapsteoretiske begreper om aktørkunnskap, virksomhet og kyndige blikk som jeg bygger på i avhandlingen. Undersøkelsen av fenomenet praktisk kunnskap er således av hermeneutisk karakter; praksiserfaringen forstås i et teoretisk perspektiv som samtidig blir utfordret av erfaringen.

Avhandlingens tittel, *Handlingsrommets evidens*, henspiller imidlertid ikke på metoden i undersøkelsen, men på dens resultat. Jeg besvarer problemstillingen ved å vise – og forsøke å gjøre forståelig for leseren av avhandlingen – hva slags kunnskap som erfarne spesialsykepleiere i nyfødintensivavdelinger stoler på og handler ut fra i sin praksis. Den kunnskap sykepleierne stoler på er ikke bare vitenskapelige belegg for forskningsresultater, men også erfaringer som gjøres i praksis virker som selvstendige kunnskapskilder i utøvelsen. Begrepet om handlingsrom viser til konteksten for handling; handlingsrommets evidens er derfor en form for kontekstuell evidens som knyttes til det meningsbærende og betydningsfulle i virksomheten der også det etiske er med.¹⁶ Evidens i handling er altså ikke nøyaktig av samme slag som evidens i forskning, men også handlingsrommets evidens skal begrunne at kunnskapen er holdbar.

Jeg vil belyse hvilken kunnskap sykepleierne stoler på, og dermed bygger på, i konkret praksis. Det handler om den kunnskap som gjør at sykepleierne selv og deres kolleger opplever handlingene som riktige, og som slik gjør praksis troverdig. Det er en kunnskap som gir støtte for handlingers holdbarhet.

Når jeg skriver om handlingsrommets evidens, ønsker jeg altså å identifisere den kunnskapen som er operativ i handlingsrommet, den som erfares som holdbar i handlingsrommet. Det er den jeg forsøker å forstå. Jeg ønsker å vise hvordan den fremtrer og hvordan den utvikles, og at det er en diskuterbar og foranderlig kunnskap. Å presentere en inngående diskusjon av evidensbegrepet er ikke mitt anliggende i denne avhandlingen.

¹⁶ Jfr. Eriksson som bruker begrepet *kontekstuell evidens* om en form for evidens i klinisk sykepleie som utgår fra den empiriske, kliniske virkeligheten, der også etikk er nærværende. Denne form for evidens har sin grunn i *ontologisk evidens* som er en form for evidens der pleiens kjerne og primærsubstans blir synlig i pleiekulturen, og refererer slik til det meningsbærende og bestående i pleien (Eriksson i Martinsen & Eriksson 2009, s. 47 - 48).

Praktisk-klinisk sykepleiekunnskap; aktuelle studier

Kunnskapsutvikling i praksis

Studien avhandlingen bygger på er inspirert av Patricia Benners arbeider. I ulike studier har hun vist hva sykepleiere gjør når de arbeider, hvordan de gjør deres arbeid og hvordan de utvikler deres kunnskap. På den måten har hun gitt språk til den kunnskap som finnes blant sykepleiere i klinisk virksomhet.¹⁷

Benners forskning omfatter også nyfødteintensivavdelinger. Hun finner at sykepleierne utvikler evne til å handle i stadig nye situasjoner fordi de ser mønstre i nye situasjoner og responderer ut fra mønstre de oppdager. De forstår intuitivt.¹⁸ Benner understreker at erfaringer er nødvendige for å utvikle denne evnen til å gjøre kvalitative bedømminger, samt evnen til å handle ut fra slike bedømminger i konkrete situasjoner.¹⁹ Men ikke alle med lang erfaring utvikler seg til eksperter, hevder Benner. I tillegg til erfaringer trenger sykepleieren sanselighet og evne til å tolke det sanselige.²⁰ Det sanselige, sammen med et godt grep om vitenskapelig kunnskap innenfor feltet, gir innsikt i hva som er riktig å gjøre i partikulære situasjoner.²¹ Benner fremhever kunnskapsutvikling via utøvelse; men også fortellinger fra reelle praksissituasjoner kan være kilder til læring når de utforskes, fordi de har i seg utøvelsens kompleksitet og tenkemåter.²²

Inspirert av Benners forskning utførte Lyneham et al. en studie der de ba erfarne sykepleiere i akuttavdelinger om å fortelle om hendelser der intuisjon spilte en rolle i deres arbeid, selv om de ikke handlet i samsvar med den. Lynehams forskerteam identifiserte følgende 6 komponenter knyttet til intuisjon: Fagspesifikke kunnskaper, erfaringer, evne til å se sammenhenger, følelser beskrevet som kroppslige stemmer, evne til å forene følelser og det tause, og sist men ikke minst: intuisjon krever at sykepleierne stoler på seg selv.²³

Lynehams forskerteam brukte disse data til og utforske intuisjon i relasjon til Benners begrep om 'the expert practitioner'. Benner hevder at eksperten forstår situasjonen intuitivt, men overgangen fra den kyndige utøver til eksperten i Benners modell er uklar, hevder Lynehams

¹⁷ Benner 1984, 2001, 2004, og Benner et al. 2009 og 2011.

¹⁸ Benner et al. 2011.

¹⁹ Benner 2001.

²⁰ Benner 2004.

²¹ Benner 2000.

²² Benner et al. 2011.

²³ Lyneham et al. 2008a.

forskerteam.²⁴ De identifiserer intuisjon på ekspertnivå i tre faser der utviklingen går fra en kognitiv fase, via en overgangsfase til en kroppslig fase. Denne siste fasen beskrives som basert på “magefølelse”.

En studie av Henden²⁵ - som bygger på intervjuer med 105 norske toppledere om hvilken rolle intuisjon spiller for deres strategiske tenkning - viser at i nye og ukjente situasjoner stoler topplederne mer på sin “magefølelse” enn på analyser. Henden tolker dette, på samme måte som Lyneham et al., som en intuitiv måte å forstå på.

I min studie finner jeg at den fleksibilitet som sykepleierne viser i nye utfordrende situasjoner har intuitive elementer i seg, i overensstemmelse med hvordan Benner, Lynehams og Henden beskriver at intuisjon bidrar i beslutninger.

I en studie av Hunter et al.²⁶, som undersøkte hvordan sykepleiere lærte i samhandling med kolleger i daglig arbeid i nyfødtintensivavdeling, identifiserte de følgende fire aspekter ved denne formen for læring: 1) Uerfarne sykepleiere lærer av mer erfarne sykepleiere “å gjøre slik det gjøres her”, 2) leger lærer av erfarne sykepleiere, og kolleger lærer å arbeide sammen, 3) læring via veiledet opplæringsprogrammer og 4) læring gjennom å ta selvstendige valg og handle ut fra slike.

Forfatterne skriver at opplæring og tilpasning av nytt personale i nyfødtintensivavdeling er kompleks og krever ulike læringsformer. I tillegg til standardiserte opplæringsprogrammer, der uerfarne for eksempel lærer å utføre prosedyrer under veiledning, innbefatter overføringen av kunnskap også en taus og intuitiv forståelse for “hvordan vi gjør ting her”. De konkluderer med at denne formen for læring er avgjørende for å kunne tilby pasienter sikkerhet, og en praksis bygd på beste tilgjengelige kunnskap. Derfor må det settes av tid til læring og refleksjoner i en travel hverdag.

Kunnskapens gyldighet

James et al. har utforsket sykepleiernes daglige arbeid i kirurgisk avdeling.²⁷ Hensikten med studien var å studere hvilke former for kunnskap sykepleierne tok i bruk, og hvordan de utviklet kunnskap i sitt daglige arbeid. De gjorde observasjoner der forskeren deltok i avgrensede gjøremål, de snakket med sykepleierne og de intervjuet 25 sykepleiere. Studien

²⁴ Lyneham et al. 2008b.

²⁵ Henden 2004.

²⁶ Hunter et al. 2008.

²⁷ James et al. 2010.

foregikk i fire forskjellige perioder over fire år. De beskriver detaljert hvordan sykepleierne i ulike kontekster utvikler forståelse for hva dette handler om via integrering av kunnskapsformene episteme, techné og fronesis. Konklusjonen er at de ikke finner skiller mellom teoretisk og praktisk kunnskap, men at kunnskapsformene er integrerte i handlinger. Dette tolker James et al. som uttrykk for visdom, slik Benner også gjør. De fremhever at ulike situasjoner krever ulike kunnskapsformer, derfor vil sykepleierne kontinuerlig bevege seg mellom kunnskapsformene i søken etter evidens i konkrete situasjoner. Denne typen evidens, skriver de, minner om den evidensbaserte sykepleie som fremhever betydningen av å integrere forskningsbasert evidens med kliniske vurderinger av pasientens totale tilstand i den konkrete situasjonen, og skiller seg fra den evidens som baserer seg på randomiserte, kontrollerte forsøk (RCT), hvor pasientens erfaringer sjelden vektlegges.

Estabrooks et al.²⁸, utforsket sykepleieres gyldige kunnskaper i sin utøvelse i barnekirurgiske og kirurgiske avdelinger. De fant at sykepleiere videreutvikler kunnskap fra utdanning, og integrerer den med kunnskap de har ervervet seg via utøvelse, fordi utdanning i seg selv ikke er en tilstrekkelig kunnskapskilde. Samhandling med kolleger, og erfaringer med hva som virker og ikke virker i konkrete situasjoner, er de viktigste kildene til kunnskap. At ting har virket over lang tid, kan imidlertid bidra til motstand mot endringer, og dermed motstand mot ny dokumentert kunnskap. Slik kan erfaringer alene få status som evidens, og motivasjon for å søke etter kunnskap fra andre kilder minsker. Likevel, sykepleierne søkte etter kunnskap koblet til spesielle problemer de sto oppe i, via Internett, men de leste ikke tidsskrifter og bøker regelmessig. Estabrooks' forskerteam kopler dette funn til mangel på tid og evne til å vurdere forskning, men også til en arbeidskultur der sykepleiere forventes å gjøre ting slik de alltid er blitt gjort uten å stille spørsmål. Skal en forstå sykepleieres bruk av forskning i sin praksis må en forstå de ulike kunnskapsformer i sykepleiepraksis, hevder forskerne. Ut fra funn identifiserer de fire mønstre av viten blant sykepleierne, og den estetiske kunnskapen er høyt vektet: 1) estetisk; ut fra hva som har fungert, hva de har lært av kolleger, i utøvelsen og via intuisjon, 2) personlig; ut fra utdanning og sunn fornuft, 3) etisk og 4) empirisk; ut fra kurs, seminar, forskning. Estabrooks et al. hevder at deres funn flytter fokus fra ensidig å fremheve enkeltindividets ansvar for kunnskapsbruk og kunnskapsutvikling, til å vektlegge at dette ansvar også må tillegges institusjonene, fordi samarbeidsformer og strukturer i arbeid påvirker kunnskapsutvikling og kunnskapsbruk.

²⁸ Estabrooks et al. 2005.

Mantzoukas²⁹ review-studie, som fokuserer på forskning på evidensbasert sykepleiepraksis publisert i engelskspråklige publikasjoner, konkluderer med at hensikten med å fokusere på evidens i sykepleieutøvelse er viktig og nødvendig fordi den øker fokus på kunnskap. Men et evidenshierarki der RCT vektlegges som den mest gyldige form for evidens, er ikke bare feil, men også direkte uhensiktsmessig. Derfor vil det å forlate evidenshierarkiet sette utøvere i stand til å praktisere på en mer refleksiv måte. Det betyr å basere utøvelsen på bevisst tenkning, forsvarlighet og eksplisitt evidens.

Disse studiene viser at kunnskap og kunnskapsutvikling i praktiske virksomheter er komplekse, men at det er mulig å identifisere, beskrive og dermed undersøke og vurdere kunnskapens gyldighet. Studiene knytter kunnskapens gyldighet til evidens på lignende måter som det jeg gjør i begrepet om handlingsrommets evidens.

Arbeids- og tenkemåter

I en review-studie utforsket Allen³⁰ engelskspråklig feltstudier publiserte i tidsrommet 1993 til 2003, ut fra spørsmålet om hva sykepleiere gjør på arbeid. Allen hevder at til forskjell fra nåtidens teoretiske forestillinger om at sykepleierarbeid er sentrert om individualisert direkte pleie, er kjernevirksomheten til sykepleiere å være tilretteleggere i virksomheten. Sykepleiere forvalter dagsorden og pasientgjennomstrømming, de balanserer mellom pasientens behov og organisasjonens behov, de koordinerer andres arbeid rundt pasienten, de er fleksible og forestillinger om at “this is not my job” forekommer ikke. De skaffer til veie, fortolker og kommuniserer informasjon, de holder orden på journaler, dokumentasjon og møter, og de prioriterer og utnytter knappe ressurser. Dette siste er avgjørende viktig spesielt i akuttavdelinger hvor sykepleiere er involverte i å prioritere pasienters behov, slik at de med høyest prioritet blir behandlet først. I virksomheter under press er sykepleiere kontinuerlig fanget i det arbeidet som kreves for å ta imot pasienter innenfor tilgjengelige ressurser. Misforholdet mellom akademiske forestillinger om sykepleie og sykepleieutøvelse slik den fungerer i praksis, krever studier som utforsker i detalj det karakteristiske og sammensatte i sykepleierfunksjonen i dag, oppsummerer Allen. Min studie retter seg mot og utforsker praksis slik den praktiseres, og kan derfor ses på som et svar på denne oppfordringen.

²⁹ Mantzoukas 2007.

³⁰ Allen 2007.

Tutton et al.³¹ utforsket daglig sykepleierarbeid i en skadeavdeling, og fant at nettopp samarbeidsformer som teamarbeid er et karakteristisk trekk ved sykepleiernes arbeid. Den enkelte viste i praksis hva hun eller han kunne bidra med i samhandling med andre, og ble verdsatt for sitt bidrag. Å arbeide som team, der erfarne veiledet mindre erfarne og der de hjalp hverandre med å få arbeidet gjort, så Tutton som avgjørende for kunnskapsutviklingen og kvaliteten på arbeidet. I streben mot å få samarbeidet til å fungere, sørget de erfarne for at mindre erfarne sykepleiere utviklet kunnskap i forhold til standardene i avdelingen. Å opprettholde et erfarent team var avgjørende for pasientsikkerheten, og ble knyttet til personellmessig stabilitet og en dynamisk, vennlig arbeidsmåte.

Pasientsikkerheten i nyfødtintensivavdeling utforskes i en review-studie av Haifa et al.³² De finner at virksomhetens særtrekk med høgteknologisk behandling og barnets sårbarhet øker risikoen for feil. Også menneskelige faktorer på individnivå som tretthet, utbrenthet, manglende kunnskap og manglende kjennskap til virksomhetens kultur, samt menneskelige faktorer på teamnivå relatert til samhandling, manglende lederskap og teamfokus, utsetter pasienten for risiko. De menneskelige faktorer kaller de samlet for arbeidskultur, og de konkluderer med at arbeidskulturen har innflytelse på pasientsikkerheten, og må knyttes både til den enkelte sykepleiers selvstendige evne til å identifisere og minske feil, og til teamarbeid der utøverne samarbeider om oppgaver og deler informasjon med hverandre.

Flere studier viser at barn født i helger har høyere dødelighet i nyfødtperioden enn barn født på ukedager.³³ Hamilton et al.³⁴ viser i en studie blant sykepleiere fra føde- og nyfødtavdelinger at sykepleiere identifiserer betydelig forskjell mellom helg og ukedager i arbeidsforhold, som generelt mindre direkte hjelp og støtte, og problemer med å få backup fra leger i krisesituasjoner. Dette gjelder også på nattevakter.

Studiene viser at arbeids- og tenkemåter retter seg direkte mot å sikre barnet optimal behandling og pleie i livstruende situasjoner. Men arbeids- og tenkemåter kommer også til uttrykk i relasjonen mellom sykepleier og pasient, i arbeidet med å gi barnet ro og velvære for å fremme gode vekst- og utviklingsmuligheter.

³¹ Tutton et al. 2007.

³² Haifa et al. 2011.

³³ Gould et al. 2005, Hamilton et al. 2007.

³⁴ Hamilton et al. 2007.

Relasjon mellom sykepleier og barnet med foreldrene

Liaw et al.³⁵ utforsket relasjonen mellom sykepleier og barnet i badesituasjoner, i en nyfødttintensivavdeling. De fant at en støttende, nærværende og hensynsfull holdning til barnet og barnets behov, reduserer stress hos barnet under bading.

Fegran³⁶ utforsket relasjoner mellom sykepleier og foreldre i foreldresentrert pleie. Hun viser at relasjonen mellom sykepleier og foreldre utvikler seg gjennom tre faser: Fra en akutt fase der fars rolle fremheves, via en stabiliserende fase hvor foreldrenes ansvar økes og til en fase hvor foreldrene overtar stadig mer av ansvaret for barnet. Sykepleierens evne til å samhandle med foreldre i alle tre faser, ved å balansere mellom nærhet og distanse, kan påvirke foreldrenes mestring i positiv retning, og også gjøre sykepleierne selv bedre i stand til å mestre nære relasjoner til foreldre, hevder Fegran.

Higman og Shaw,³⁷ utforsket hvordan sykepleiere forholdt seg til familiesentrert pleie i nyfødttintensivavdeling. De fant at det er vanskelig å endre pleiekulturen i en nyfødttintensivavdeling mot en mer familiesentrert praksis. Det trengs derfor mer fokus og opplæring, fordi denne måten å arbeide på er viktig for barnet, hevder de. En studie av Turan et al.³⁸ undersøkte foreldrenes stressnivå i nyfødttintensivavdeling, og fant at de opplever barnets innleggelse der som en svært stressende hendelse. Forfatterne hevder, som Higman og Shaw, at familiesentrert sykepleie kan redusere foreldrenes stressnivå. Å lære foreldrene hvordan de skulle ta i barnet og stelle med barnet, og å gi informasjon om barnets tilstand og svare på deres spørsmål, samt å gi støtte og oppmuntring til å være hos barnet, var viktige intervensjoner fra sykepleiere som reduserte stress hos mor og far.

Selv om det er betydelig kunnskap om hva sykepleiere gjør og måten de gjør det på, er det etter mitt syn fortsatt behov for utforskning av partikulære praksiser i den hensikt å forstå mer av sammenhengen mellom utøvelse og kunnskapsbruk og kunnskapsutvikling. Den enkelte utøver forholder seg til et kollegafellesskap, og strukturer i omgivelsene og virksomhetens særtrekk setter rammebetingelser for utøvelsen som dermed kan påvirke bruk og utvikling av praktisk-klinisk kunnskap. Kunnskap hos kolleger, strukturer i omgivelsene og virksomhetens særtrekk er variabler som forandrer seg over tid, og som varierer med organiseringen av helsetjenesten. I søken mot å forbedre praksis trengs derfor stadig nye empiriske studier av

³⁵ Liaw et al. 2010.

³⁶ Fegran 2009.

³⁷ Higman & Shaw 2008.

³⁸ Turan et al. 2008.

hvordan sykepleiere utøver sin praksis, for derved å identifisere kunnskap og kunnskapsutvikling nært opp til realitetene. Det er ut fra realitetene at forbedringer kan treffe presis.

Min studie retter seg nettopp mot å utvikle kunnskap om sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap nært opp til realitetene. Ved å identifisere kunnskapen i konkret utøvelse, vise dynamikken – utviklingskraften og fleksibiliteten - i erfarne spesialsykepleieres profesjonelle blikk, og ved å belyse kunnskapens konstitusjon og utvikling, kan forbedringer treffe presist. I tillegg vil det å rette fokus mot hvilken kunnskap sykepleierne stoler på, og dermed bygger på i konkret praksis, identifisere den kunnskapen som er operativ i handlingsrommet, og slik utvikle kunnskap om handlingsrommets evidens og hvordan den fremtrer; som diskuterbar og foranderlig.

2 Avhandlingens teoretiske perspektiv

Det var inspirasjon fra et aristotelisk perspektiv på praktisk kunnskap som var inngangen til min studie. Derfor vil jeg først redegjøre for dette utgangspunktet, før jeg går nærmere inn på Jakob Meløes prototeoretiske vitenskapsteori³⁹ om profesjonelle blikk, som har vært bestemmende for min studie.

Aristoteles – kunnskap som dugelighet i virksomhet

Aristoteles redegjør for praktisk kunnskap i *Den nikomakiske etikk*.⁴⁰ Etikken skal, i følge Aristoteles, påvirke menneskets handlinger. Det sentrale begrep for etikken blir dermed handling.⁴¹

Aristoteles hevder at det er tre ting i sjelen som er avgjørende for handling og sannhet, og det er persepsjon, fornuft og streben.⁴² Persepsjon – *aisthesis* - viser til den umiddelbare oppfattelse i konkrete situasjoner. Fornuft – *nous* - viser til evne til å oppfatte utgangspunktet for vitenskapelig forståelse og klokskap. Denne evnen er nært beslektet med persepsjon ved at den har et element av intuisjon i seg, men den er av et annet slag enn den vanlige, sanselige persepsjonen. Streben – *orexis* - viser til ønske, begjær, motivasjon. Streben sammen med fornuften er utgangspunktet for handlinger, ikke persepsjonen. Aristoteles redegjør for hvordan streben og fornuft virker sammen i handling:

Utgangspunktet for en handling er en beslutning⁴³ - det vil si det hvorfra bevegelsen utgår, ikke det for hvis skyld handlingen utføres – og utgangspunktet for en beslutning

³⁹ Med "prototeoretisk" viser Meløe til en teori om hvordan vi forstår våre dagligdagse, praktiske erfaringer med for eksempel å forstå hverandre, eller å forstå det samfunnet vi lever i. Det vitenskapelige arbeidet går ut på å kartlegge de begreper og forklaringsformer som er operative i vår dagligdagse, praktiske tenkning og forståelse. Å bringe disse frem og systematisere dem, slik at det blir mulig å forholde seg bevisst til dem i eget intellektuelt arbeid, er vitenskap i følge Meløe (1985b, s. 3 – 4).

⁴⁰ Aristoteles 1999.

⁴¹ Stigen 2008, s. 9.

⁴² Gresk: *aisthesis*, *nous*, *orexis*.

⁴³ Gresk: *prohairesis*, som viser til den beslutning som er resultat av overveielsen. *Prohairesis* betyr bokstavelig "å ta først", som igjen kan forstås på to måter: Enten at noe tas før noe annet, eller at noe tas foran noe annet. I

er vår streben og vårt begrep⁴⁴ om hvorfor det gjøres.⁴⁵ Derfor kan en beslutning ikke finne sted uten fornuft og tenkning eller uten moralsk holdning, for det å gjøre det godt,⁴⁶ eller det motsatte, handling er ikke mulig uten tenkning og karakter. Tenkning som sådan beveger imidlertid ingenting, men bare den tenkning som retter seg mot et mål og er praktisk. Denne tenkning styrer også den produktive tenkning, for enhver som frembringer noe, frembringer for noes skyld, og det som frembringes er ikke målet rett og slett (men bare et mål med henblikk på noe og ut fra noe) – bare det som kan etterstrebes i handling⁴⁷ kan være dét, for det å gjøre det godt er et mål, og vår streben er rettet mot dette. Beslutning er derfor enten strebende fornuft eller tenkende streben, og mennesket er et slikt utgangspunkt for handling.⁴⁸

Tenkning alene fører ikke til handling, men handling finner heller ikke sted uten at en beslutning foretas, og da er tenkning involvert. Det som i tenkningen er bekreftelse, blir i streben etterstrevelse, og det som er benektelse i vår tenkning, blir unngåelse i vår streben. Vår tenkning må være sann og vår streben må være rett hvis vår beslutning skal bli god. Det som etterstrebes må være det samme som det som i tenkning bekreftes, der også en form for persepsjon er med. Denne tenkning og denne sannhet er av praktisk art; den gode tilstand er sannhet i overensstemmelse med den rette streben.⁴⁹

Dette er en form for fornuft som Aristoteles kaller den “beregrende” eller overveiende tenkningen, til forskjell fra den “vitende” tenkningen, som retter seg mot ting som ikke kan være annerledes. Overveielser kan vi bare gjøre i forhold til de ting som kan være annerledes, og til de ting hører det praktiske.

Vår kunnskap må derfor forstås i forhold til det området kunnskapen er knyttet til. Aristoteles skriver:

det første tilfellet utføres handlingen etter en beslutning som avslutter overveielser og bestemmer hva som skal gjøres, i det andre tilfellet er handlingen foretrukket fremfor andre alternativer (Aristoteles 1999, s. 247, 231).

⁴⁴ Gresk: logos, som har mange betydninger: Fornuft eller tankeevne, forståelse som klokskap, moralsk holdning (samme sted, s. 247, 228).

⁴⁵ Dette viser til gangen i erkjennelsesprosessen av et fenomen; vi erfarer og abstraherer frem det vesentlige ved fenomenet ut fra vår allmenne innsikt i fenomenet, og det som vi erfarer der-og-da med våre sanser.

⁴⁶ Gresk: eupraxia, som har både en passiv og en aktiv betydning: Å få suksess og å handle rett. Eupraxia er vellykket menneskelig virksomhet, jfr. begrepet praxis, som retter seg mot handling, i motsetning til produksjon, poiesis (samme sted, s. 247, 227).

⁴⁷ Gresk: to praktion betegner det man kan etterstrebe i handling, det vil si de mål man kan søke å virkeliggjøre i og med handling – uavhengig av om noe ytre resultat faktisk oppnås eller ikke (samme sted, 247, 231).

⁴⁸ Aristoteles 1999, bok VI, 1139a32 – 1139b6.

⁴⁹ Aristoteles 1999, bok VI, 1139a18 – 1138a31.

... hele vår redegjørelse for handlinger må gis i omriss og ikke nøyaktig (...). Vi må stille våre krav om redegjørelsen i samsvar med emnet, for i saker som angår handlinger og det gagnlige står ingenting fast, like lite som i saker som angår sunnhet. Når den allmenne redegjørelse er av en slik art, gjelder det enda mer for redegjørelsen for hver enkelt ting at den ikke er nøyaktig. Siden redegjørelsen ikke faller inn under noen form for kunnen⁵⁰ eller noen enkel rettesnor, må de som handler hver gang selv ha for øye hva som passer til situasjonen, slik det også er tilfelle i legekunsten og kunsten å styre et skip.⁵¹

Teoretisk kunnskap kan ikke alene legges til grunn for menneskets praksiser. Praktisk kunnskap kan derfor ikke forstås utelukkende som anvendt teori.⁵² Men selv om praktisk kunnskap ikke kan redegjøres for med samme nøyaktighet som teoretisk kunnskap, er det i følge Aristoteles likevel kunnskap. Det er kunnskap som er formet for å møte de vilkår som kjennetegner praktiske situasjoner; nemlig det variable og tilfeldige.⁵³

Aristoteles utforsker og beskriver ulike former for kunnskap. “Blant det som kan være annerledes, finner vi både det som er frembrakt (*poiesis*) og det som etterstrebes i handling (*praxis*). Men frembringelse er noe annet enn handling.”, skriver Aristoteles.⁵⁴ Aristoteles skiller her mellom to ulike former for aktivitet eller virksomhet; *poiesis* som produksjon og *praxis* som handling. Til hver av disse knytter det seg en bestemt form for kunnskap, *techné* til produksjon og *fronesis* til handling. Slik knytter Aristoteles forbindelser mellom kunnskap og virksomhet. *Techné* er den kunnskapen som gjør oss i stand til å frembringe resultater på en planmessig måte, i for eksempel håndverksproduksjon.⁵⁵ *Fronesis* er derimot kunnskapen vi bruker når aktiviteten i seg selv er målet, ikke produktet av aktiviteten. Som eksempel på *fronesis* nevner Aristoteles det å leve et godt liv. Å gjøre godt, og å ta beslutninger med nettopp det som mål, er hva kunnskapsformen *fronesis* retter seg mot. Å gjøre godt handler om å gjøre det som er riktig der-og-da og å gjøre det på riktig måte. Det krever forståelse for

⁵⁰ Gresk: *techné*, den kunnskapen som gjør oss i stand til å frembringe resultater på en planmessig måte, i for eksempel håndverksproduksjon.

⁵¹ Aristoteles 1999, bok II, 1104a.

⁵² Dette er et viktig teoretisk perspektiv i avhandlingen fordi anvendelsen av teoretisk kunnskap er så avgjørende viktig i nyfødintensivsykepleien.

⁵³ Jfr. Lystbæk 2004, s. 70.

⁵⁴ Aristoteles 1999, bok VI, 1140a.

⁵⁵ Aristoteles nevner byggekunsten som eksempel på *techné* (samme sted).

det partikulære. Legen forholder seg ikke til helse generelt, men til det enkelte menneskets helse når han helbreder den enkelte person, skriver Aristoteles.⁵⁶

Fronesis utvikles via erfaringer; ved å gjøre godt i partikulære situasjoner trenes vi opp til å handle klokt. Og klokheten knyttes til en evne til å treffe en slags midte i våre valg. Eller velge “mellomtingen, ikke det som er for mye eller for lite”, som Aristoteles formulerer det.⁵⁷ Denne holdningen hører til de moralske dygder, som for eksempel mot, og innebærer beslutninger der vi må trenes opp i å takle sinnsbevegelser som for eksempel frykt og overmot. Våre følelser bidrar slik på en avgjørende måte til våre handlinger.⁵⁸ Fronesis hører til de intellektuelle dygder, og handler om å finne frem til hva for eksempel mot vil være i den konkrete situasjonen.⁵⁹ Om denne evnen til å treffe en slags midte i våre valg, skriver Randall:

These habits of following the mean are habits of making choices that are relative to, and proportional to, adjusted to, the time, the place, the individual, the resources in the situation. (...) Such habits must be ingrained in character by a proper training, (...). But they must function flexibly: it is impossible to lay down general rules.⁶⁰

Evnen må trenes opp via erfaring, og dens funksjon er fleksibilitet. Det er derfor ikke en kunnskap vi kan lene oss på ved å si at “dette kan jeg”, men heller en evne til å bruke sin forståelse som er opparbeidet via erfaringer. Dunne hevder at kunnskapsformen fronesis er uttrykk for en perfektjonert form for erfaring, der nettopp fleksibilitet er et særtrekk. Erfaringen i fronesis er ikke bare systematisering av tidligere handlinger og inntrykk, men også en evne til å sette sine erfaringer i spill i stadig nye situasjoner for å se hva som er relevant og hva som ikke passer inn. Fronesis kan derfor beskrives som en årvåkenhet som bidrar til at ressurser i tidligere erfaringer blir gjort tilgjengelige for oss på en fleksibel måte slik at de kan brukes i stadig nye situasjoner.⁶¹ Fronesis kan, slik jeg tolker Dunne, forstås som en form for beredskap til å møte nye ukjente situasjoner, der ressurser i ens erfaring gjøres disponible samtidig som en er åpen for det partikulære i situasjonen. En svarevne.

Ett aspekt ved de erfarne spesialsykepleieres praktisk-kliniske kunnskap i min studie, er nettopp en evne til å sette sammen sin kunnskap på nye måter, og slik gjøre den relevant i stadig nye og ukjente situasjoner. Og, måten dette skjer på preges av en slags grunnleggende

⁵⁶ Aristoteles 1999, bok 1, 1097a.

⁵⁷ Aristoteles 1999, 1138b 18 – 20.

⁵⁸ Aristoteles 1999, 1106b 16 – 27.

⁵⁹ Aristoteles 1999, 1103a14 – 1103b2.

⁶⁰ Randall 1962, s. 268.

⁶¹ Dunne 2001, s. 305.

forståelse for hva de gjør og hvorfor, der det å unngå å utsette barnet for unødvendig risiko, og samtidig bidra til så optimal behandling og pleie som mulig, synes å være en rettesnor.

Dette kan fremstilles som en måte å kombinere virksomhetene *praxis* med *poiesis*. Skjervheim skriver at en fast grunnholdning til å handle ut fra rett målestokk i ulike situasjoner, som uttrykkes i *praxis*, er det som gjør *poiesis* mulig; som gjør det mulig å handle formålsrasjonelt. Grunnen er at denne grunnholdningen knyttes til det etiske, og at det er først mulig å skape og produsere der det er en viss tillit mellom mennesker, hevder Skjervheim.⁶²

Som en sammenfatning kan vi si at kunnskapsformene *fronesis* og *techné* viser til kroppslig forankret og situasjonsrelevant kunnskap som gjør oss i stand til å duge i praktiske virksomheter, ved at vi evner å overveie hva som er klokt å gjøre og hvilke teknikker, verktøy og hjelpemidler som best fører frem til ønsket resultat.⁶³ Men, for å handle klokt i klinisk utøvelse trenger vi også teoretiske innsikter.

Episteme er den kunnskapsformen som knyttes til teoretisk forståelse, til det som ikke kan være annerledes (for eksempel matematikk og naturvitenskap), til den "vitende" fornuft. Denne form for kunnskap kan bevises og den kan derfor tilegnes i undervisning.⁶⁴ Kunnskapen viser til dugelighet i teoretisk virksomhet, *theoria*, slik som matematikk. I matematikk må en ha dyp innsikt i matematikkens verden for å være i stand til å møte de utfordringer og de oppgaver som denne virksomheten krever. Det er en type fortrolighet med virksomheten, på samme måte som i virksomhetene *poiesis* og *praxis*.

Episteme, *techné* og *fronesis* er former for kunnskap som viser til dugelighet i ulike typer virksomheter; *theoria*, *poiesis* og *praxis*. Der det er snakk om evne til å se hva som nødvendigvis må være tilfellet og hvilke teknikker og hjelpemidler som best fører til ønsket resultat, ut fra det som er klokt å gjøre.⁶⁵

Teoretisk er sykepleie som fag og yrke sammensatt av kunnskap fra for eksempel biologi, kjemi, psykologi og samfunnsfag. Praktisk har sykepleie en normativ side der det både handler om å anvende teoretisk kunnskap i konkret utøvelse, og å ta beslutninger, og å handle i tvetydige situasjoner uten klare regler eller prosedyrer. Grimen beskriver profesjoners kunnskapsgrunnlag som heterogene og fragmenterte, og der de forskjellige elementer er

⁶² Skjervheim 2002[1962], s. 63.

⁶³ Jfr. Lindseth 2012, s.165.

⁶⁴ Aristoteles 1999, 1139b.

⁶⁵ Lindseth 2012, s. 165.

integreerte som *praktiske synteser*.⁶⁶ Han begrunner det med at profesjoner henter sine kunnskaper fra ulike vitenskapelige disipliner uten teoretisk integrasjon dem imellom, samt at kunnskap opparbeidet via utøvelse vil kunne spille en selvstendig rolle i utøvelsen fordi meningsfylte enheter skapes på andre måter enn gjennom teoretisk integrasjon. For eksempel er grunnen til at leger både må beherske biologi og kommunikasjonsteori ikke at kommunikasjonsteori sier så mye om helse og sykdom, men at legen må evne å nå fram til pasienten for å kunne stille diagnose og følge opp behandling.⁶⁷

Slik knytter Grimen praktisk kunnskap til de sammenhenger der kunnskapen brukes og som svar på de utfordringene den profesjonelle erfarer. Praktisk kunnskap uttrykkes i praktiske synteser, hevder Grimen. Dugelighet i aristotelisk forstand viser også til sammensmeltning av kunnskap. Hva er det så vi må identifisere og beskrive for å kunne analysere det som i handling er sammensmeltet?

Jakob Meløe – aktør, virksomhet og profesjonelle blikk

Jakob Meløe gir med sine begreper aktør, virksomhet og blikk teoretiske innsikter i menneskets handlinger. Med utgangspunkt i vår hverdagslige, praktiske tenkning og forståelse, forsøker Meløe å identifisere, beskrive og ordne grunnleggende begreper og forklaringsformer som er operative i vår praktiske hverdag, i våre handlingsrom. Hensikten er å bringe disse frem i dagen slik at vi kan forholde oss bevisst til dem, som rettesnor for eget intellektuelt arbeid eller som standard for kritikk og selvkritikk.⁶⁸

Meløe starter med å utforske den handlende, aktøren, og hans verden. Hensikten er å identifisere det minste mulige snitt av vår verden som *nødvendigvis* inngår i en enkelt praktisk handling. En verden, eller vår verden kan defineres ut fra våre operasjoner i verden, slik at det å eksistere i vår verden er å være tilknyttet våre operasjoner i verden; det vi gjør i vår verden. Vår praksis er det totale system av våre operasjonsformer med deres *tautologe* gjenstandsformer og redskapsformer. Vår verden er i en forstand det som konstitueres av vår praksis, og i en annen forstand selve vår praksis.⁶⁹

⁶⁶ Grimen 2008, s. 72. Grimen gjør et skille mellom teoretiske og praktiske synteser, og skriver: "Hvis det som integrerer forskjellige kunnskapselementer i en profesjons kunnskapsbase, er en omfattende teori, har vi en teoretisk syntese. (...), er det de fordringer som profesjonens yrkesutøvelse stiller, har vi en praktisk syntese."

⁶⁷ Samme sted, s. 72 – 74.

⁶⁸ Meløe 1985a, s. 3.

⁶⁹ Meløe 1973, s. 133 – 134.

Meløe skriver:

Når en mann hugger ved, er operasjonen det å hugge ved, mens gjenstanden for operasjonen er den vedkubben han er i ferd med å kløve. (...) Vi kan si at vedkubben er den tautologe gjenstand til operasjonen hugge ved.⁷⁰

For å identifisere en operasjon som det å hugge ved, må vi være i stand til å identifisere vedkubben. Der våre operasjoner har en *tautolog* gjenstand, gir det ingen mening å beskrive operasjonen som bevegelser, hvis vi ikke knytter bevegelsene til gjenstanden, i dette tilfellet vedkubben. Derfor, hevder Meløe, er det vesentligste ved våre operasjoner ikke at vi beveger oss, men at vi beveger oss med hensyn på en verden. Overser vi denne verden, står det bare mekaniske beskrivelser igjen og operasjonen mister sin identitet. Operasjonens identitet kaller Meløe operasjonens tautologe landskap, eller dens nødvendige landskap. Dette landskap må beskrives slik at det kan gi plass for operasjonens tautologe gjenstand, som her er vedkubben, og operasjonens tautologe subjekt, aktøren, som er vedhuggeren.⁷¹

For å forstå en handling, må vi derfor forstå handlingens omgivelser. Jeg ser i min studie at skal jeg identifisere det som sykepleiere gjør, må jeg kunne identifisere barnets tilstand, ikke nødvendigvis like detaljert som sykepleierne selv, men jeg må ha en viss kunnskap om hva som står på spill for barnet der og da. Jeg må også være i stand til å få øye på samhandlinger mellom kolleger. Det betyr at når jeg skal beskrive hvordan noe gjøres, i den hensikt å identifisere og utforske kunnskapen som kommer til uttrykk, må handlingens nødvendige landskap også beskrives og utforskes.

Å beskrive det som en aktør gjør i sine omgivelser, fastsetter aktørens nødvendige kunnskap. Aktøren vet hva han gjør; han ser det han ser og vet og kan det han må, for å gjøre det han gjør. Slik definerer Meløe begrepet aktør til det å være i stand til å handle ut fra et bestemt system av handlinger i sine omgivelser. Det jeg i avhandlingen kaller handlingsrom. Det medfører at aktøren ikke kan ha kunnskap om det han selv gjør, uten å ha kunnskap om den verden han gjør det i.⁷²

Kunnskap om hvordan en gjør noe, peker derfor mot særtrekk ved våre handlingsrom. Dermed svarer det ikke bare en aktør til en handling, men også et handlingsrom som Meløe

⁷⁰ Samme sted, s. 134 – 135.

⁷¹ Meløe 1973, s. 135 – 137.

⁷² Samme sted, s. 141.

beskriver som “ordningen av natur, teknologi, andre aktører, regelverk, etc.”.⁷³ Og, skriver Meløe: “Den verden jeg handler med hensyn på, er innlemmet i den verden jeg handler innenfor.”⁷⁴ Sammenhengen mellom handlingsrom og det som aktøren gjør er så tett, hevder Meløe, at vi kan misforstå eller anse det aktøren gjør for meningsløst, hvis vi ikke forstår handlingsrommet. I det ligger at å gi beskrivelser av en virksomhet med fysikkens begreper alene, “gir ingen beskrivelser av et handlingsrom”, skriver Meløe.⁷⁵ Han gir oss følgende som illustrasjon av en slik misforståelse, fra en fransk film der komikeren Tati går over gulvet i en stor hall:

Vi kjenner hans nølende skritt. Det er de som er Tati. Men nu løfter han hver fot høyt til værs før han skrever ut og setter den ned igjen. Nei, tenker jeg, nu korrigerer han seg selv. Dette er ikke godt spill. Som en realistisk scene er den bare absurd. Så får vi samme scene på kloss hold. Og vi ser at det er spent en rekke snorer tvers over gulvet. Tati skrever over snorene.⁷⁶

Det Tati gjorde hadde en hensikt, det var bare det at Meløe ikke fikk øye på det. Derfor, skriver Meløe, hvis du ikke forstår det aktøren gjør, peil inn det stedet aktøren ser fra og rett ditt blikk mot det aktøren retter sitt blikk mot. Det holder ikke bare å observere aktøren, du må forstå hva aktøren ser og gjør. Fordi, aktøren handler ikke bare innenfor en verden, eller virksomhet, men også med hensyn på denne.

For å illustrere beskrivelser av et handlingsrom, til forskjell fra beskrivelser av det fysiske stedet der handlinger foregår, gir Meløe følgende eksempel: En stein som ligger i bondens åker kan måles og dens hardhet og posisjon kan beskrives. Men det forteller oss ingenting om at steinen må fjernes før bonden kan pløye. I fysikkens begrepsrom er der ikke rom for slike menneskelige prosjekter. Bonden derimot, ser steinen som en hindring som må fjernes før han kan pløye, og undersøker steinen for å finne ut hvordan han kan fjerne den. Slik flyttes steinen fra fysikkens rom, inn i det praktiske handlingsrommet. Likevel, fysikkens begreper er til hjelp når vi skal beskrive handlingsrom, men de må fylles ut med samfunnsmessige begreper, hevder Meløe.⁷⁷

⁷³ Meløe 1997, s. 338.

⁷⁴ Samme sted, s. 341.

⁷⁵ Samme sted, s. 341 – 342.

⁷⁶ Samme sted, s. 338.

⁷⁷ Samme sted, s. 342.

Det er gjennom våre handlinger at vi involveres i en virksomhet, og denne virksomheten, eller handlingsrommet, blir det stedet der erfaringene våre gjøres. Og, erfaringer gjøres av mennesker som fortolker og forsøker å skape mening i det de ser, hører og er involvert i sine handlingsrom. Det er hele mennesker, ikke bare sanseorganer, som gjør erfaringer, skriver Meløe, som gjør et skille mellom den metodisk kontrollerbare erfaring som uttrykkes i eksperimenter hvor observasjonene er i fokus, og den erfaring mennesker gjør i virksomheter og som har i seg fortolkning.⁷⁸ Aktørens kunnskaper bærer derfor i seg erfaringer fra virksomhetens utfordringer, muligheter og begrensninger. Slik finner Meløe et utgangspunkt for menneskets praktiske kunnskap, ikke bare i forståelsen av handlingers hensikt, men også i forståelsen for særtrekk ved virksomheten der handlingene foregår, i handlingsrommene. Meløe skriver:

Jeg ser det som er å se når jeg ser virksomheten med de begreper som er innebygget i virksomheten selv.⁷⁹

Hva vil det si at begreper er innebygget i en virksomhet, spør Meløe, og gir følgende eksempel: Når jeg kjøper en avis og betaler to kroner for den, så vet jeg at det er det jeg gjør. Begrepene kjøpe, betale og kronestykke er innebygget i det jeg gjør.⁸⁰ Overført til min studie kan en si at når sykepleieren legger det fortidligfødte barnet på morens bryst for første gang, er det ikke for at mor skal amme barnet, slik det er for fullbårne barn. Hensikten er først og fremst å gi barnet hudkontakt med mor. Begrepene fortidligfødt og hud-mot-hud kontakt er innebygget i det sykepleieren gjør i dette handlingsrommet. En sykepleier som ikke har erfaring fra nyfødtingsvirksomheten og mangler disse begrepene å se eller forstå med, kan oppfatte sykepleierens handlinger som unødvendige eller meningsløse, når hensikten ikke er å amme barnet. Begrepene, eller kunnskapen, i en virksomhet er slik nært knyttet til virksomhetens særtrekk.

Å se knytter Meløe til forståelse, til kunnskap. Å se med virksomhetens begreper betyr å forstå ut fra og gjennom virksomhetens særtrekk. Han trekker opp skiller mellom det å se med *det kyndige blick, det ukyndige blick og det døde blick*. Det kyndige blick har den som *ser* det som er å se, og *vet* at han gjør det. Han *ser* det som er å se når han ser virksomheten med de begreper som er innebygget i den. Det ukyndige blick har den som *ikke ser* det som er å se, og *vet* at han ikke ser det. Han mangler de begreper som er innebygget i virksomheten, og han

⁷⁸ Meløe 1985c, s. 22 - 23.

⁷⁹ Samme sted, s. 23.

⁸⁰ Samme sted, s. 24.

vet at han gjør det. Det døde blick derimot har den som *ikke ser* det som er å se, men *ikke vet* at han ikke ser det. Han mangler de begreper som er innbygget i virksomheten selv, men er ikke klar over at han gjør det. Han står der trygt og ser det han ser, uten mistanke om at han er konfrontert med en virksomhet han ikke kjenner, skriver Meløe.⁸¹ Virksomheten eksisterer ikke i denne personens verden, og dermed eksisterer heller ikke han i virksomhetens verden, i handlingsrommene. Det døde blick er derfor en slags tilstand av ineksistens. I de to første tilfellene vet den som ser, mens i det siste tilfellet er den som ser, uvitende.⁸²

Den indre sammenhengen mellom aktørens kunnskap og virksomhet – handlingsrommene – som Meløe etablerer i teorien om profesjonelle blick, trenger en utdypning av stedet der virksomheten foregår, fordi stedet både gir form til virksomheten, og selv får sin form ut fra den.⁸³

For å vise hvordan det stedet der virksomheten foregår gir aktøren et spesielt blick på omgivelsene, skriver Meløe om at kyststripa erfares annerledes for den som er i båt i forhold til den som står på land. Er vi i båt, og det handler om å komme oss trygt til land, fremstår kyststripas form med sine bergknauser og strender, i forhold til det å legge til med båten. Kyststripa får sin klare form i forhold til vår virksomhet, og er et eksempel på hvordan begrepet “et sted å legge til” får språk og mening for aktøren.⁸⁴

Avdelingen nyfødtintensiv er stedet for virksomheten nyfødtintensivsykepleie. I min studie finner jeg at avstanden mellom lagerrom og kuvøsa får en spesiell betydning når det handler om å få tak i utstyr i kritiske situasjoner. Det samme gjelder måten fødeenheten og operasjonsavdelingen er plassert i forhold til avdelingen, når det handler om å bringe kritisk syke barn til avdelingen raskt. Omgivelsene gir slik form til virksomheten, ved at de utfordringer sykepleierne erfarer begrepsfestes, bevisst eller ubevisst, og bidrar i den forståelse som skapes i konkrete situasjoner, i handlingsrommene, og gir handlinger retning. Utfordringer, muligheter og begrensninger sykepleierne erfarer i virksomheten former også omgivelsene, når løsningen på problemet med for lang avstand mellom fødeenheten og avdelingen blir å sette inn en ekstra dør fra kuvøserommet til korridoren utenfor fødeenheten.

⁸¹ Meløe 1985c, s. 27.

⁸² Meløe 1985c og 1997.

⁸³ Meløe 2003.

⁸⁴ Samme sted, s. 113 – 114.

Meløes teori om profesjonelle blikk gir muligheter for å analysere det som er sammensmeltet i handlinger, ut fra begrepene aktør, virksomhet og blikk. Jeg starter med en presentasjon av virksomheten med sine aktører.

3 Feltet

Nyfødtintensivavdelingene i denne studien behandler syke nyfødte og fortidligfødte barn ned til 23. svangerskapsuke. De minste fortidligfødte barna ligger i avdelingen 3 – 4 måneder. Det syke nyfødte og fortidligfødte barnet ligger i kuvøse der temperatur, luftfuktighet og hygienetiltak tilpasses det enkelte barnets tilstand. Avdelingen der jeg gjorde deltagende observasjon har rundt 350 innleggelser i året.⁸⁵ De fleste kommer direkte fra sykehusets fødeenhet, men noen barn innlegges fra andre sykehus og fødestuer i regionen, og fra hjemmet. Avdelingen har to kuvøserom, i tillegg til ett rom for mindre kritisk syke barn og to rom der foreldrene kan bo sammen med barnet. Feltarbeidet ble utført i kuvøserommene. Grunnen til det valget er at de mest erfarne spesialsykepleierne som står i fokus i studien, i stor grad arbeider der, samt at det var praktisk mulig å ha samtykkeerklæring til enhver tid fra foreldrene, fordi de fleste barna ligger der i dager og uker.

Avdelingens fysiske beskaffenhet

Avdelingen ligger rett over gangen for fødeavdelingen og to etasjer under operasjonsavdelingen. Leger og sykepleiere henter kritisk syke barn på disse avdelingene og bringer de til nyfødtintensivavdelingen.

Det går en korridor gjennom avdelingen hvor kuvøserommene, vaktrom, medisinrom og kontorer har utgang til den ene siden av korridoren og lager, skyllerom og kjøkken har utgang til den andre siden. Lager og skyllerom er plassert vis a vis kuvøserommene. Det er dør fra kuvøserommene til vaktrom som gir tilgang til nødvendige rom som medisinrom og kontorer.

Fysisk krever arbeid med syke nyfødte og fortidligfødte plass til kuvøse, teknisk utstyr og annet nødvendig utstyr som intensivbehandling krever. Det må også være plass slik at flere kan arbeide rundt kuvøsa samtidig, og foreldrene må kunne sitte ved kuvøsa. I tillegg vil

⁸⁵ I løpet av de to kalenderårene da feltarbeidet ble utført var det 368 innleggelser i avdelingen det første året, og 290 innleggelser det neste året. Av disse hadde 51 barn fødselsvekt mindre enn 2000 gram det første året, og 46 barn det neste året. Av disse hadde 26 barn det første året og 27 barn det neste året fødselsvekt mindre enn 1500 gram. Av disse igjen, hadde 13 barn det første året og 8 barn det neste året fødselsvekt mindre enn 1000 gram. For å vise variasjoner kan nevnes at året etter at feltarbeidet var avsluttet var tallene: 337, 65, 32 og 13.

tilgangen fra kuvøserommene til lager, medisinrom, vaktrom, kjøkken og kontorer ha betydning for hvordan arbeidet på kuvøserommene organiseres, fordi barna på kuvøserommene krever kontinuerlig overvåkning. Når sykepleier for eksempel forlater barnet for å hente mat til barnet på kjøkken, medisiner på medisinrom eller utstyr på lager, må en annen overta ansvaret for barnet.

Det største kuvøserommet er avlangt og har plass til 7-8 barn i kuvøse. Kuvøsene med tilhørende utstyr er plassert ved siden av hverandre mot veggene på begge langsider. Stillebord og vask er plassert på ene kortveggen der også døra fra korridoren er plassert. Innerst er en tredjedel av rommet delt med en vegg på langs, og en søyle midt i rommet et stykke fra enden av vegg bidrar til å skjerme denne delen av rommet. På den ene siden av denne vegg er det møblert for mottak av barn og dør til fødeavdelingen. På den andre siden av skilleveggen er det en kuvøseplass og dør til vaktrommet.

Det minste kuvøserommet er også avlangt og har plass til 3 barn i kuvøse. Her står kuvøsene med tilhørende utstyr ved siden av hverandre mot den ene langveggen, og stillebord, vask og trillebord med pc og annet nødvendig utstyr, står ved motstående langvegg. På den ene kortveggen er det dør til korridoren og på den andre kortveggen er det dør til vaktrommet.

Barnet

Høgteknologisk medisinsk behandling og avansert pleie bidrar til at stadig flere barn overlever for tidlig fødsel og sykdom som nyfødte. Samtidig er barn spesielt følsomme for visse typer påvirkning i ulike utviklingsfaser, og uheldig påvirkning i følsomme faser kan gi varige skader. Dermed kan alvorlig sykdom i nyfødtperioden føre til handicap,⁸⁶ og fortidligfødte barn har økt risiko for kognitive skader som kommer til uttrykk som lære vansker og adferds- og konsentrasjonsproblemer.⁸⁷ Dette er bakgrunnen for at utviklingstilpasset pleie og omsorg nå vies stor oppmerksomhet i nyfødtintensivavdelingene av både sykepleiere og leger.⁸⁸ Det er utviklet programmer rettet mot å gi det fortidligfødte barnet et så godt miljø som mulig for vekst, utvikling og tilknytning til foreldrene.⁸⁹

⁸⁶ Cerebral parese, psykisk utviklingshemming, blindhet og døvhet (Kaaresen 2008).

⁸⁷ Kaaresen 2008, Nordhov 2011.

⁸⁸ Fegran 2009, Kaaresen 2008, Nordhov 2011.

⁸⁹ Als (1984) utviklet programmet NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), der barnets modenhet bedømmes og pleie tilpasses barnets ulike utviklingsfaser, og der foreldrene tidlig deltar aktivt i pleien. Jfr. Sinha et al. 2012, s. 328 – 329, som viser til denne pleiefilosofien som avgjørende

Samarbeid og samhandling mellom sykepleiere og foreldre om barnets daglige pleie benevnes som familiesentrert pleie, og er en dominerende pleiefilosofi i nyfødttintensivavdelinger i dag.⁹⁰

Det svært fortidligfødte barnet, født mellom 23. og 28. svangerskapsuke, veier fra 400 – 1000 gram. Barnets ulike organsystem er umodne. Lungevev, bein og muskulatur i brystkassen er lite utviklet. Disse barna trenger forskjellige typer pustestøtte i starten, for eksempel medikamentell- og respiratorbehandling. Når barn fødes endres blodsirkulasjonen ved at blodkar lukker seg spontant. Hos fortidligfødte barn skjer ikke alltid denne spontane lukkingen, og blodkaret må da lukkes med medikamenter eller kirurgiske inngrep. Umodne nyrer og umodent fordøyelsessystem gjør at barnet er avhengig av behandling og intravenøs ernæring i starten. Slik behandling krever kanyler og kateter som øker risikoen for infeksjoner.⁹¹ Det gjør også den tynne huden som er utsatt for sårhet og rifter den første tiden. Hjernens umodenhet gjør barnet utsatt for hjerneblødninger, og et umodent nervesystem fører til mangelfull evne til å regulere temperatur og andre mekanismer som bygger på feed-back system. Barnet reagerer både på lys- og lydstimuli, men har nedsatt evne til å beskytte seg mot ytre stimuli og er derved utsatt for mer stress.⁹²

For *det fortidligfødte barnet* som veier fra 1000 – 2000 gram vil graden av umodenhet variere sterkt. De minste vil være umodne som beskrevet ovenfor, mens de største vil være mer som fullbårne barn. Umodne organer hos fortidligfødte barn vises først og fremst i problemer med å puste, fordøye mat og beskytte seg mot infeksjoner.⁹³

Den neurologiske umodenheten hos fortidligfødte barn gjør at barnet håndterer stress dårligere, og det kan virke inn på alle organsystemene fordi de påvirker hverandre gjensidig.

Det fortidligfødte barnet flyttes ut av kuvøserommene når det legges i seng og ikke lengre har behov for intensiv behandling. Det skjer vanligvis når barnet nærmer seg 2 kilo, men ved plassmangel på kuvøserommene hender det at barn flyttes ut tidligere.

De *syke fullbårne barna* er barn med infeksjonssykdommer, skader som følge av oksygenmangel under fødselen, misdannelser og ulike avvik, pusteproblemer av forskjellige

viktig for å redusere kognitive skader hos barnet. Et annet program, NBAS (Newborn Behavior Assessment Scale) rettes mot å vurdere barnets ressurser og utviklingsmuligheter.

⁹⁰ Fegran 2009, Higman & Shaw 2008, Turan et al. 2008.

⁹¹ Kanyler og kateter er tynne plastslanger som legges inn i barnets blodårer.

⁹² Landsem 2007, s. 14 – 16.

⁹³ Landsem 2007, Fegran 2009.

årsaker samt tilstander hos mor som har påvirket barnet uheldig. De alvorligst syke gjennomgår intensivbehandling som respiratorbehandling, intravenøs administrering av medikamenter og ernæring, og annen type høgteknologisk behandling og avansert pleie.⁹⁴

Foreldre deltar i daglig pleie og stell. Det prioriteres tidlig hudkontakt mellom barnet og mor og far ved at barnet tas ut av kuvøsa for å ligge på foreldrenes bryst. Avdelingen fokuserer på familiesentrert pleie som karakteriseres ved samarbeid og gjensidighet mellom foreldrene og sykepleier. Foreldrene blir da kjent med barnet og lærer å se og tolke barnets uttrykk og oppførsel, og å respondere på best mulig måte på den. Dette er viktig fordi fortidligfødte barn uttrykker seg annerledes enn fullbårne barn, og fortidligfødte barn har ofte spesielle behov i oppveksten som foreldrene må ivareta.

De som arbeider der

Sykepleierne: Da feltarbeidet foregikk hadde 28 av 43 sykepleiere ved avdelingen relevant spesialutdanning, og av disse hadde rundt 20 sykepleiere lang arbeidserfaring fra avdelingen eller tilsvarende avdeling. De fleste sykepleierne som arbeider der uten å ha relevant spesialutdanning, tar utdanningen i løpet av noen år.

Mange av disse erfarne spesialsykepleierne har deltatt i utdanningsprogrammer som, utenfor det formelle utdanningssystemet, er rettet mot å øke deres kliniske kompetanse innenfor fagfeltet. For eksempel ble tre spesialsykepleiere sertifisert som NIDCAP Profesjonal⁹⁵, og to ble resertifisert som NBAS kyndige⁹⁶ da feltarbeidet foregikk. Utdanningene gir klinisk kompetanse rettet mot familiesentrert og individuell utviklingstilpasset pleie.⁹⁷ Fire spesialsykepleiere var godkjent som kliniske spesialister i nyfødtintensivsykepleie, og to var godkjente ammeveiledere. Felles for alle disse utdanningsprogrammene er at de krever, i tillegg til teoretiske studier, betydelig trening i å håndtere, observere og tolke fortidligfødte barn og kritisk syke nyfødte barn.

Erfarne spesialsykepleiere i avdelingen har vært med å gjennomføre en omfattende studie der deres oppgave var å lære opp foreldrene til fortidligfødte barn til å se og tolke barnets uttrykk, og lære foreldrene måter å respondere på. Hensikten med studien var å undersøke om slik

⁹⁴ Bildene senere i dette kapitlet utdyper hva som ligger i begrepet intensivbehandling i denne avdelingen.

⁹⁵ Jfr. fotnote 89.

⁹⁶ Jfr. samme fotnote.

⁹⁷ Jfr. Klingenberg et al. 2009, som henviser til disse utdanningene i redegjørelsen for sykepleierkompetanse innenfor dette fagfeltet i den nordlige regionen.

inngripen i samspeilet mellom foreldre og barn kunne gi fortidligfødte barn bedre utviklingsmuligheter.⁹⁸ Sykepleiernes erfaringer fra studien og kunnskap som utvikles og publiseres fra studien er ofte tema i faglige diskusjoner i kollegiet. Slik har forskning i avdelingen frembragt engasjement og kunnskap blant sykepleierne i denne spesifikke avdelingen.

Legene ved avdelingen er barneleger med spesialkompetanse innenfor nyfødttmedisin, samt leger i utdanningsstillinger. Legene i utdanningsstillinger har ofte kort arbeidserfaring fra nyfødttintensivmedisin.

Barnepleierne ved avdelingen har arbeidet der over lang tid. De arbeider med de mindre kritisk syke barna og har bare unntaksvis ansvar for barn på kuvøserommene. Men barnepleierne har ansvar for melkekjøkken som innebærer å tilberede måltider til barna. Slik praksis krever nøyaktighet og forståelse for, og evne til å arbeide hygienisk. Barnepleierne er dermed indirekte involverte i behandling og pleie av de minste og mest kritisk syke barna.

Hvordan arbeidet er organisert

Sykepleierne arbeider i turnus med dag -, aften - og nattevakter. De arbeider hver tredje helg samt i høgtider og på helligdager. Dagvaktene er fra klokken halv åtte til tre eller halv fire, aftenvaktene er fra klokken halv tre til halv elleve og nattevaktene er fra klokken ti på kvelden til åtte neste morgen. I gjennomsnitt har den enkelte to dagvakter, to aftenvakter og en nattevakt i uka.

De erfarne spesialsykepleierne deltar også, sammen med barnelegene, i reise-team som transporterer syke nyfødte fra fødeenheter i regionen til nyfødttintensiv. Transporten foregår med luftambulans. Det er noen av de mest erfarne spesialsykepleierne som deltar i reise-teamet. Deltakelsen er frivillig og organisert som ukentlige hjemmevakter parallelt med turnusarbeid ved avdelingen.

Legenes arbeid er organisert slik at de mest kompetente utfører de mest krevende oppgaver, og de med mindre erfaring har noen med spesialkompetanse som de kan tilkalle eller få råd hos. Det er et vaktsystem med primærvakt og bakvakt, der de med mest erfaring har bakvakt,

⁹⁸ Sykepleiernes bidrag i studien er over for mange år siden, men barna følges opp og det kommer stadig ny kunnskap. Nordhov (2011) har vist i sin doktorgrad at barna i denne studien ved 5-årsalder scorer høyere på en utviklingstest som er en forløper til IQ-test. De har også mindre atferdsproblemer, mindre hyperaktivitet og mindre aggressivitet enn barn i kontrollgruppen.

som gjør denne organiseringen mulig. Det betyr at det til enhver tid på døgnet kan og skal tilkalles barnelege med spesialkompetanse når situasjonen krever det.

Utenom det daglige arbeidet er sykepleierne organisert i to ulike grupper. Den ene gruppen er en faggruppe der gruppen har ansvar for et temaområde innenfor nyfødteintensivpraksis. Da feltarbeidet foregikk var det faggrupper innenfor ernæring, smerte, hjerte-lunge-redning, NIDCAP, medikamenthåndtering, medisinsk-teknisk utstyr, omsorgssvikt og rusavhengighet og smittevern. Hensikten med faggruppene er å utvikle og formidle kunnskap. Gruppemedlemmene arbeider med temaene på dagvakter i rolige perioder, de reiser på kurs og kan hospitere ved andre avdelinger for å få innsikt i sitt tema. Gruppemedlemmene møtes regelmessig for å arbeide med det faglige stoffet. De arrangerer fagdager for kollegiet og fagseminarer for utdanningsinstitusjoner og andre som har faglige interesser for tema, og som berøres av tema i sitt arbeid. Slik utvikler de kunnskap, formidler kunnskap og knytter kontakter rundt et faglig tema.

Den andre gruppen er en personalgruppe der hensikten er å følge opp det faglige arbeidet i avdelingen. Det er fire slike grupper, og hver gruppe er satt sammen av erfarne og uerfarne, sykepleiere og barnepleiere. Gruppemedlemmene møtes til fagdag fem ganger i året. Fagdagen er tredelt: En faglig del med ett eller to tema, en del der de diskuterer og reflekterer over pleie og behandling av sine kontaktbarn,⁹⁹ og en del der de snakker om forhold i arbeidet som opptar dem nå. Gruppene består av rundt ti medlemmer og har en gruppeleder som også er bindeledd mellom avdelingssykepleier og gruppemedlemmene. Avdelingssykepleier og gruppelederne møtes mellom gruppemøtene for å lage strategier for arbeidet i gruppene med bakgrunn i det som skjer i gruppene, og ledelsens perspektiv på fagutøvelsen i avdelingen.

Arbeidsoppgavene i avdelingen er rettet både direkte og indirekte mot barnet og foreldrene. Gjøre mål som involverer pleie og behandling av barnet og samarbeid med foreldrene kan betegnes som direkte, mens oppgaver som støtter slike handlinger kan betegnes som indirekte. Pasienter i en nyfødteintensivavdeling krever samme direkte gjøre mål hele døgnet alle dager, mens en del indirekte oppgaver, som lager- og medisinerromarbeid, klargjøring av teknisk utstyr og kuvøseskift, kan utføres på dagvakter i ukedagene. Møter, fagutviklingsarbeid, arbeid med prosedyrer og rutiner er også oppgaver som legges til dagvakter i ukedagene.

⁹⁹ Når et barn legges inn knyttes det til en av disse fire gruppene, og gruppemedlemmene bestemmer da hvem som skal være kontakter for barnet. Barnet pleies da i størst mulig grad av sine kontakter. Den som er kontakt har et spesielt ansvar for å følge opp pleien og bidra til kontakt mellom barnet og foreldrene, samt være kontaktledd mellom barnet/foreldrene og resten av behandlingsteamet.

Barna som legges inn i avdelingen er kritisk syke og krever mye ressurser uansett når på døgnet, eller når i året, de behandles i avdelingen. Men innleggelsen kan ikke planlegges slik at ressursene utnyttes jevnt. Derfor veksler det mellom travle og mindre travle perioder i avdelingen.

Oppsummering

Denne redegjørelsen retter seg mot en første beskrivelse av avdelingen hvor handlingene finner sted, barnet som handlingene retter seg mot og utøverne som utfører handlingene. Det er i Meløes forstand en redegjørelse for aktøren(e) og hans/(deres) verden. Dette rommet med dets beskaffenhet og aktører er en side ved handlingsrommet som inngår i handlingsrommets evidens, men det er andre sider ved handlingsrommet som avdekkes i feltarbeidet og påfølgende analyse, som utgjør kjernen i det som jeg løfter frem i denne avhandlingen som de interessante sidene ved handlingsrommet og dets evidens.



Dette er et bilde fra en nyfødteintensivavdeling, der kolleger arbeider sammen, beslutninger tas og kunnskap utvikles. Barnet her er i en ekstrem livssituasjon, ligger i åpen kuvøse og får høgteknologisk medisinsk behandling og avansert pleie. (Foto: Inger J. Danielsen.)

Ingen av bildene i avhandlingen kan knyttes til situasjoner eller forhold som utforskes i avhandlingen.



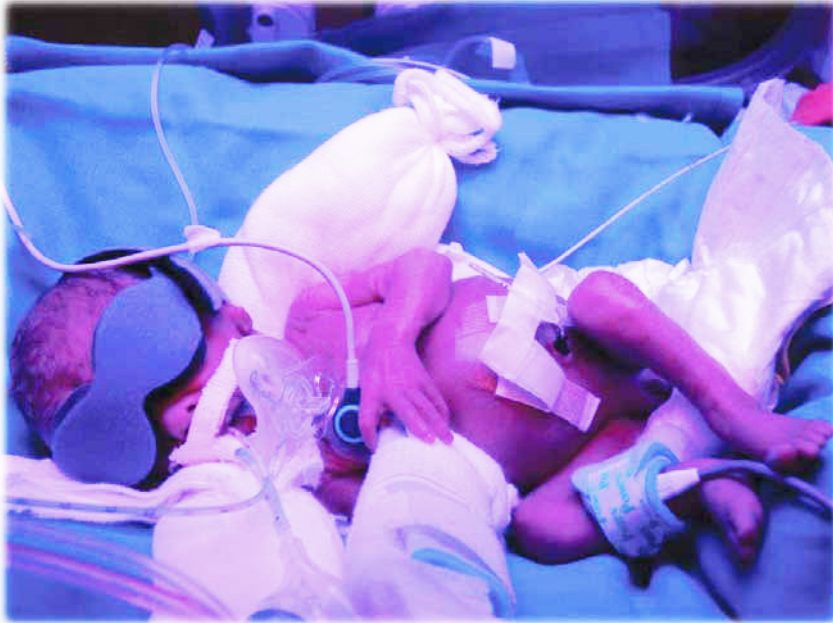
Over: Mor og barn. Slik er ofte det første møtet mellom mor og hennes for tidlig fødte barn. Under: Bildet viser hvordan mor og far ser barnet gjennom kuvøseglasset, med slanger og utstyr. (Foto: Ellen Marie Ingulfsvann.)





Bildene viser en intuberingsituasjon. Bildet over er tatt idet tuben føres ned i luftretet. På bildet under er tuben på plass, barnet er koplet til respirator og kyndige hender samhandler om å feste tuben til barnets kinn. (Foto: Ellen Marie Ingulfsvann.)





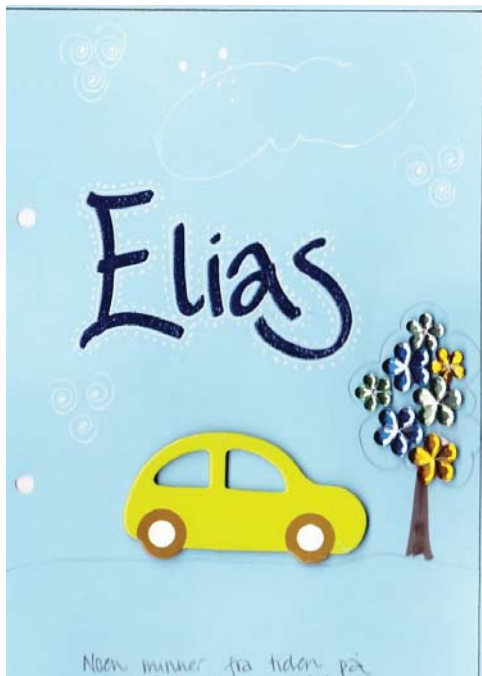
Kritisk syke for tidligfødte barn som får intensivbehandling. Barnet øverst får i tillegg lysbehandling, derfor ligger barnet uten klær og med beskyttelse over øynene. Barnet på nederste bilde gir seg selv støtte med venstre hånd opp mot ansiktet, en stilling eller gest som tolkes som positivt og et tegn på barnets styrke. (Foto: Ellen Marie Ingulfsvann.)



Selv om den kritiske fasen er over, krever for tidlig fødte barn kontinuerlig overvåkning og sykepleiere som responderer raskt når oksygenopptaket ikke er tilfredsstillende, som monitoren på veggen viser. (Foto: Inger J. Danielsen.)



Far bader og sykepleier sørger for at barnet får CPAP-behandling under badet. (Anonym fotograf.)



Noen minner fra tiden på

Elias født 11. oktober 2011
 k. 0025



Små hender og føtter
 setter også spor!
 Dette er Elias sine
 små avtrykk...

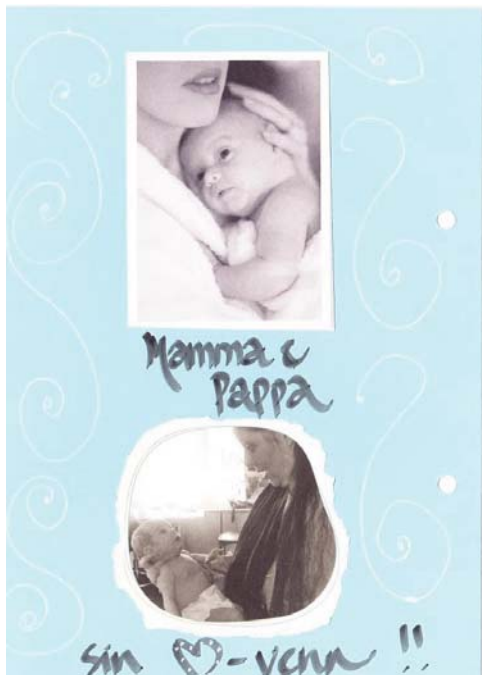
FV:

635
 gram

Hodeomkrets
 24 cm

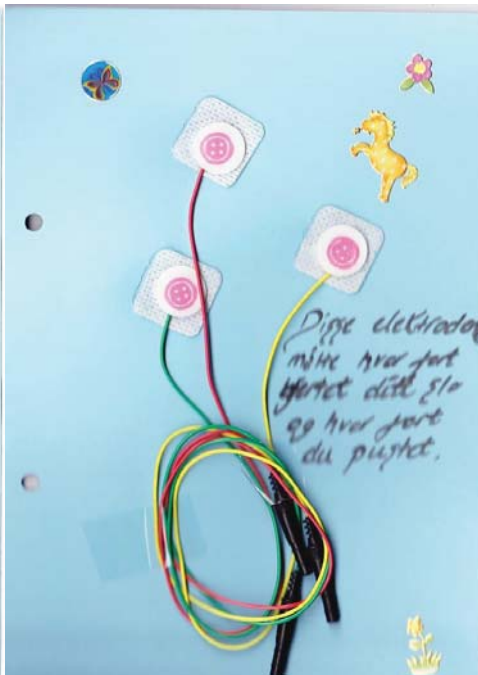
L
 E
 N
 G
 D
 E

33 cm



Mamma &
 Pappa

Sin ♥-venn !!



Disse elektriske
 mine har fort
 hjertet ditt så
 og hvor fort
 du pustet.

Noen sider fra en minnebok fra tiden på nyfødintensivavdelingen. Hendelser dokumenteres, og bilder og utstyr limes inn.

4 Metodisk tilnærming og forskningsprosessen

Jeg startet dette arbeidet med antagelser om at oppgavene erfarne spesialsykepleiere i en nyfødtintensivavdeling tar hånd om, og måten de gjør det på, uttrykker deres praktisk-kliniske kunnskaper. I arbeidet med prosjektbeskrivelsen var den antagelsen retningsgivende for faglitteraturen jeg leste, problemformuleringen jeg utviklet, og formeningene mine om fremgangsmåter.

Studien som avhandlingen bygger på har et utforskende design basert på Hans-Georg Gadamer's filosofiske hermeneutikk og etnografisk feltarbeid som forskningsmetode. Kapitlet innledes med en kort presentasjon av vitenskapsteoretisk tilnærming og metode. Deretter presenteres og diskuteres forskningsprosessen. Jeg søker å redegjøre for egen posisjon og min påvirkning av forskningsprosessen gjennom beskrivelser av eget utgangspunkt, hvordan det empiriske materialet er fremskaffet, og av analyseprosessen.

Det er utfordrende å gi en fremstilling av en prosess som på ingen måte har vært lineær eller trinnsvis, men heller er preget av at jeg har beveget meg mye frem og tilbake på kronglete veier. Likevel er det mulig å vise frem overordnede trekk som har preget ulike faser i arbeidet. Jeg har hatt stor nytte av feltnotater der jeg reflekterte over fremdriften, og tekster jeg leverte til mine veiledere, medstudenter og opponenter i obligatoriske seminarer i løpet av forskerutdanningen.

Å synliggjøre forskningsprosessen i en refleksiv prosess åpner opp for andres vurderinger av forskningens troverdighet og gyldighet. Det refleksive er viktig i all forskning, men spesielt i etnografi står refleksjon og selvrefleksive vurderinger sentralt.¹⁰⁰ Evne til refleksjon er også en sentral forutsetning i Gadamer's filosofiske hermeneutikk som hevder at forståelse må utgå fra et fortolkende engasjement i det som skal forstås.¹⁰¹

¹⁰⁰ Hammersley & Atkinson 2007, s. 14 – 19.

¹⁰¹ Jfr. Gadamer 2010, s. 341.

Vitenskapsteoretisk tilnærming; Gadamers filosofiske hermeneutikk

Hermeneutikk, fortolkningslære, har sine idehistoriske røtter i renessansen som en metode for å tolke bibeltekster. Hensikten med fortolkningen var den gang å utvikle en måte å lese teksten på slik at den fremsto i overensstemmelse med kirkens lære. Teksten kunne da i prinsippet ikke si noe nytt. Fra 1800-tallet utvides tekstfortolkninger til også å gjelde antikke tekster, fra 1900-tallet til å gjelde språklige fenomener i vid forstand.¹⁰²

Et hovedtema for hermeneutikken har helt fra starten av vært at skal en del av teksten forstås må den settes i sammenheng med helheten. En bibeltekst kan derfor bare forstås hvis den settes i sammenheng med hele Bibelen, og omvendt, helheten består av deler og kan bare forstås ut fra disse. Vi beveger oss altså innenfor en sirkel, den såkalte hermeneutiske sirkel, der forståelsen av helhet og forståelse av del gjensidig påvirker hverandre i vår fortolkning. Hermeneutikken kan sies å endre sirkelen til en spiral, ved at vi begynner et sted, i en del og derfra forsøker å sette forståelsen av delen inn i en endret forståelse av helheten, og ut fra denne forståelsen av helheten går tilbake til en fornyet forståelse av delen. Slik alternerer vi mellom helhet og del, og utvikler suksessivt rikere forståelser av begge.¹⁰³

Gadamer var elev av Heidegger som utviklet en form for hermeneutikk der målet var å avdekke det skjulte i våre meninger, og å klargjøre under hvilke betingelser forståelse oppstår. Mennesket er preget av et meningsfelt; vi er ikke frie fra forestillinger nedarvet fra vår fortid, vi forstår allerede ut fra forutinntatte meninger. Dette er Heideggers nye versjon av den hermeneutiske sirkel; at å forstå forutsetter forforståelse, men forforståelse er samtidig et hinder for forståelse.¹⁰⁴

Gadamer overtar Heideggers begrep om forforståelse som skapt via vår tilhørighet i verden, der vi forstår ut fra vår erfaringsbakgrunn. Gadamer bruker begrepet fordom om forforståelse. Fordommer viser til en fortrolighet med verden som går forut for vår pragmatiske omgang med verden, forut for selve erfaringen. Slik viser våre fordommer til vår meningshorisont, skapt av vår allerede fortrolighet med den verden vi befinner oss i, og henviser med dette til historisk og kulturell forforståelse som både gjør forståelse mulig og begrenser vår

¹⁰² Gulddal & Møller 1999, s. 15 - 16.

¹⁰³ Alvesson & Sjöldberg 2008, s. 193.

¹⁰⁴ Samme sted, s. 239 - 246.

forståelse.¹⁰⁵ Det er menneskets fortrolighet med en felles verden som bidrar til en felles menneskelig bevissthet der vi kan “hente inn noe fra det fremmede, og dermed utvide og berike vårt eget erfaringsrom”, skriver Gadamer, og viser dermed til hvordan vår forståelse kan knyttes til det allmenngyldige.¹⁰⁶

Hos Gadamer er denne sirkulære forståelsesprosessen en dialogisk tilnærming der meningshorisontene til fortolkeren og den som blir fortolket, etter hvert smelter sammen. Forståelsens struktur er hermeneutisk, der fortolker alternerer mellom engasjement og deltagelse i det som skal forstås, og utfordres av sin forforståelse.¹⁰⁷

Etnografi

For å utforske sykepleiernes daglige arbeid i nyfødttintensivavdelingen valgte jeg en etnografisk tilnærming. Etnografi er utforskende av natur.¹⁰⁸ Det karakteristiske ved etnografi som metode er at forskeren oppholder seg over tid på forskningsstedet, samhandler og samtaler med de som forskningen retter seg mot, observerer hva som skjer, lytter til det som sies, og stiller spørsmål. På den måten involveres forskeren i dagliglivet og blir deltager i det som studeres.¹⁰⁹ Dette regnes som en fordel med deltagende observasjon fremfor andre metoder, fordi metoden gir mulighet for å komme tettere på de menneskene man studerer, og fordi deres aktiviteter dermed kan studeres i de sammenhenger de naturlig forekommer.¹¹⁰ Det var viktig for meg både å få en direkte tilgang til det som sykepleierne gjorde, og det de sa at de gjorde.¹¹¹

Samhandling og nærhet mellom forskeren og de som forskningen retter seg mot, bidrar til at man regner med at detaljerte redegjørelser fra etnografiske studier ikke bare er resultatet av forskerens refleksjoner over hans eller hennes funn, men også påvirket av forskerens deltagelse i feltet. Forskeren er ikke nøytral, men derimot en deltager i den sosiale kontekst som utforskes.¹¹² Dermed stilles det krav til forskeren om et forhold til de som forskningen retter seg mot som også impliserer følsomhet og bruk av skjønn, i tillegg til redegjørelser som

¹⁰⁵ Gadamer 2010, s. 314 – 322 og s. 341 - 345.

¹⁰⁶ Gadamer & Jordheim 2003, s. 65 – 68.

¹⁰⁷ Gadamer 2010, 387 - 420.

¹⁰⁸ Fetterman 2010, s. 8.

¹⁰⁹ Hammersley & Atkinson 2007, s. 3.

¹¹⁰ Baszanger & Dodier 2004, Fangen 2004, Postholm 2005.

¹¹¹ Dette fremhever Hunter et al som en fordel ved etnografi som metode. De brukte en etnografisk tilnærming for å undersøke hvordan sykepleiere lærer i daglig arbeid i en nyfødttintensivavdeling (2008, s. 659).

¹¹² Hammersley & Atkinson 2007, s. 14 – 15.

innbefatter refleksjoner over konsekvensene av egen forforståelse og forskerens innflytelse på forskningsobjektet gjennom hele forskningsprosessen.

Det finnes mye litteratur fra sykepleieforskning som kritisk vurderer forholdet mellom etnografi som metode, og kunnskapen som denne fremgangsmåten frembringer. Et felles trekk ved det kritiske er spørsmålet om *hvordan* deltagelse, samhandling og forskerens utgangspunkt påvirker forskerens fortolkninger, ikke *om* de gjør det.¹¹³

Forskerens forforståelse er således noe som erkjennes i etnografi som metode, og som er utgangspunktet for forståelse i Gadamer's hermeneutikk der engasjementet i det som skal forstås står sentralt. Først da kan vi erkjenne hva som er verdt å spørre om, ifølge Gadamer.¹¹⁴

Forberedelser

Fremgangsmåten har vært deltagende observasjon, parallelt med gruppesamtaler, fra april det ene året til ut juni neste år. Deltagende observasjon er gjennomført ved en nyfødtintensivavdeling ved et universitetssykehus. Gruppesamtalene er gjennomført i to grupper, den ene gruppen ble rekruttert fra avdelingen der jeg gjorde deltagende observasjon, og den andre gruppen fra en tilsvarende avdeling.

Innfrielse av formelle krav

Prosjektplanen ble behandlet i Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK), og komiteen ga sin godkjenning til at prosjektet kunne gjennomføres. Meldeskjema om behandling om personopplysninger ble sendt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og personvernombudet ga kvittering på at behandlingen av personopplysninger kunne starte.¹¹⁵ Det er innhentet informert samtykke for deltagelse i studien. Foreldrene har gitt skriftlig samtykke på barnas vegne. Bilder som brukes i avhandlingen er ikke knyttet til studien. Foreldrene har gitt samtykke til at bildene i avhandlingen brukes i publiseringsøyemed.¹¹⁶

¹¹³ Jfr. for eksempel Borbasi 1994 og Borbasi et al. 2005, Manias & Street 2000, Warnock & Allen 2003, Allen 2004.

¹¹⁴ Gadamer & Jordheim 2003, s. 63.

¹¹⁵ Dokumentene legges ikke ved avhandlingen, men kommisjonen vil få de tilsendt på forespørsel.

¹¹⁶ Jfr. vedlegg, hvor dokumentene som er brukt i studien finnes.

Utvalg og rekruttering

Studiens utvalg består av erfarne spesialsykepleiere i daglig arbeid i nyfødttintensivavdeling. Grunnene til at jeg valgte nyfødttintensivavdeling som forskningsfelt, var en antagelse om at de data jeg var ute etter er lettest å få tak i hvis forskeren kjenner til arbeidet og fagspråket der arbeidet foregår.¹¹⁷ I tillegg har jeg som sykepleier erfart at kunnskapsmangel innenfor denne virksomheten lett får fatale følger, og antok derfor at det ville være mulig å identifisere og beskrive den betydningsfulle kunnskapen i denne virksomhet: Den kunnskapen sykepleierne selv erfarer som gyldig og til å stole på i konkret praksis.

Etter henvendelse til avdelingsledelsen og tillatelse til å gjennomføre studien, kontaktet jeg avdelingssykepleierne for skriftlig og muntlig informasjon om studien. De fikk informasjon om at deltagelse i studien var frivillig, at deltagerne kunne trekke seg fra studien når som helst, at deltagerne kunne nekte å bli observert i spesifikke situasjoner og at sykepleierne måtte få samtykke fra foreldrene før jeg kunne delta i pasientsituasjoner. De fikk også informasjon om at studien var godkjent i REK og meldt til NSD. Deretter forespurte avdelingssykepleier der jeg gjorde deltagende observasjon, om sykepleierne var villige til å delta i studien. De hadde ikke innvendinger.

Jeg startet så deltagende observasjon. I starten informerte jeg om studien i gruppemøter og i forbindelse med vaktskifter. Sykepleierne fikk samme informasjon som avdelingssykepleierne hadde fått. Hver enkelt ga skriftlig samtykke til deltagelse. Jeg hentet inn samtykke fra både erfarne og uerfarne sykepleiere som hadde sine arbeidsoppgaver på kuvøsestuene.¹¹⁸ Sykepleierne informerte foreldre om studien og forespurte om samtykke.

Rekruttering til samtalegrupper: Avdelingssykepleier forespurte sykepleiere om de ville delta i samtalegrupper ut fra følgende tre kriterier: 1) Relevant spesialutdanning, 2) mer enn 5 års arbeidserfaring fra nyfødttintensivavdeling, og 3) sykepleieren må oppfattes som erfaren av kolleger i avdelingen.¹¹⁹

¹¹⁷ Jeg erfarte i feltarbeidet i en poliklinikk i forbindelse med hovedfagsarbeidet, at mine tidligere erfaringer fra sykepleierarbeid i en poliklinikk gjorde at jeg lett fikk tak i problematikk og utfordringer som jeg kunne diskutere med sykepleierne uten at de måtte "oversette" for meg. Simmons et al. (2003, s. 706) oppgir en lignende begrunnelse for valg av avdeling da de ville utforske hvordan sykepleiere resonnerer i klinisk praksis. De valgte kirurgisk avdeling fordi en av forskerne hadde klinisk praksis derfra.

¹¹⁸ Deltagende observasjon er utført på kuvøsestuene fordi det var der de mest erfarne sykepleierne hadde sine arbeidsoppgaver, og det var mulig å håndtere det med samtykke fra foreldrene på en tilfredsstillende måte.

¹¹⁹ Kriteriene 2 og 3 er de samme som Benner brukte for å skille mellom erfarne og ikke erfarne sykepleier i sin klassiske studie der hun utviklet en modell for utvikling av klinisk sykepleierkunnskap. Formell videreutdanning som jeg har med, var ikke et inklusjonskriterium i Benners studie (jfr. Benner 1984, s. 14 – 15).

Dermed er utvalget i samtalegruppene i forhold til de som jeg har observert og snakket med i avdelingen, ulikt. Selv om jeg tilstrebet å følge erfarne spesialsykepleiere i avdelingen, har jeg deltatt i situasjoner der erfarne, uerfarne, vikarer og leger har arbeidet sammen. Dette er viktig fordi det har gitt meg betydelige innsikter i de kollektive sider ved sykepleierarbeid, og da særlig hvordan strukturer, organisering og forventninger til hverandres bidrag i teamarbeid påvirker kunnskapsbruk og kunnskapsutvikling. Sykepleierne var opptatt av dette, de erfarte forbindelser mellom slike ytre faktorer og kunnskapsbruk og kunnskapsutvikling. Det viste den daglige praten dem imellom tydelig.

Etter at avdelingssykepleierne hadde rekruttert 8 sykepleiere til hver gruppe, samlet jeg hver gruppe til informasjonsmøte. Gruppedeltagerne ga der skriftlig samtykke til deltagelse. Ikke alle som ga samtykke har vært med gjennom hele året; to falt fra i den ene gruppen og en i den andre. Dermed har totalt 13 sykepleiere deltatt i kontinuerlige gruppesamtaler over ett år. Jeg gjennomførte 6 samtaler i den ene gruppen og 5 i den andre. To av samtalene i begge gruppene ble tatt opp på bånd, en samtale midt i forløpet og en på slutten. Deltagerne hadde fra 8 til vel 20 års erfaring fra nyfødtintensivavdeling. Fordelingen var slik: Fem hadde mer enn 20 års erfaring, fem mer enn 15 år og tre rundt 10 års erfaring.

Metodiske overveielser

Jeg diskuterte inklusjonskriteriene til samtalegruppene med tidligere kolleger fra nyfødtintensivavdeling, avdelingssykepleierne og hovedveileder i forkant av feltarbeidet, og kom til at jeg ville følge Benner, og ha minst 5 års klinisk erfaring og at de skulle oppfattes som erfarne av kolleger i avdelingen. Det siste anså jeg som en mulig strategi for å få tak i de mest erfarne spesialsykepleierne til samtalegruppene. Det var deres kunnskap jeg ønsket å identifisere og analysere. At de skulle ha spesialutdanning var en selvfølge, fordi formell teoretisk kunnskap er helt nødvendig i denne praksisen.

Ingen i samtalegruppene hadde rundt 5, 6 eller 7 års erfaring, Det kan handle om at 5 år er for kort tid for å utvikle praktisk-kliniske kunnskaper som er robuste nok i nyfødtintensivavdelingen. Eller, det kan være at det var mange spesialsykepleiere med lang arbeidserfaring i begge avdelingene, og at disse sykepleierne ble oppfattet som de mest erfarne av kolleger. Ut fra erfaringene jeg gjorde som deltagende observatør, tenker jeg at 5 år

kanskje er et mer tilfeldig valgt skille, enn at det sier noe betydningsfullt om hvordan praktisk-klinisk kunnskap utvikles gjennom sykepleieutøvelse.¹²⁰

Grunnen til at jeg ønsket regelmessige gruppesamtaler i tillegg til de spontane samtalene med sykepleierne i avdelingen, var erfaringer fra hovedfagsarbeidet der jeg gjorde feltarbeid i en poliklinikk.¹²¹ Sykepleierne hadde liten tid i sitt daglige arbeid til å gå inn i utforskende samtaler med meg, men når vi avsatte tid til samtaler, var de engasjerte og villige til å dele sine meninger og tanker med meg. I tillegg oppdaget jeg at planlagte samtaler med flere sammen ga en annen type data enn en-til-en samtaler.

En-til-en samtaler

I en-til-en samtaler fikk jeg tilgang til tanker og følelser, i tillegg til at jeg kunne utfordre og konfrontere dem med det motstridende i deres resonnementer, noe jeg var mer forsiktig med når flere var samlet. Det var positivt. Men, i en-til-en samtaler var det lettere å skjule, eller pynte på, forhold som ikke var fordelaktige for vedkommende eller for avdelingen. Eller, det motsatte skjedde også, at samtalen ble så åpenhertig at den bar preg av betroelser. Savage¹²² erfarte i sitt feltarbeid, som handlet om samhandling mellom sykepleier og pasient, at sykepleierne åpnet seg for mye opp for henne som forsker. Hun tolket det som at skillene mellom henne som forsker, sykepleier og person ikke alltid var like klare.

Jeg erfarte noe av det samme i en-til-en samtaler, men tenker at det ikke bare handlet om at vi er forskere og sykepleiere, og våre informanter er sykepleiere, men at selve settingen der forskeren inviterer informanter til samtaler innbyr til ulike typer av åpenhet, og dermed tilgang til data som krever følsomhet og bruk av skjønn. Jeg erfarte at en sykepleier som fortalte meg om en rystende opplevelse med en kollega, spurte om jeg hadde opplevd noe lignende i min yrkeskarriere. Jeg følte meg brydd og visste ikke hvordan jeg skulle svare, selv om det var ting i fortellingen som jeg kjente meg godt igjen i og kunne diskutere med henne.

Jeg fortalte episoden til to medstudenter som også driver med kvalitativ forskning. Begge mente at dette er eksempel på situasjoner vi må forvente å komme opp i, og derfor bør snakke om. Det fremheves også i en artikkel av Guillemin og Heggen, som hevder at det bør arbeides med erfaringer fra samhandling med informanter i forskerutdannelsen.¹²³ De argumenterer for

¹²⁰ Dette diskuteres ikke i avhandlingen, men spørsmålet om hvor lang tid det tar å bli en erfaren utøver er et viktig kunnskapsteoretisk spørsmål som bør undersøkes nærmere.

¹²¹ Jfr. Danielsen 2004 og 2005.

¹²² Savage 1995.

¹²³ Guillemin & Heggen 2011.

at det å arbeide med fortellinger fra reelle forskersituasjoner er en måte å gjøre den kommende forskeren bevisst på det etiske i kvalitativ forskning, samtidig som det er en måte å forene innsikter i etiske begreper med trening i å gjennomføre forskning preget av følsomhet og dømmekraft. Det slutter jeg meg til. Å trene opp vår evne til å samhandle med informanter har betydning for hvilke data vi får tak i, og må dermed knyttes til forskningens troverdighet.

Data fra en-til-en samtaler sto sentralt i hovedfagsstudiet, fordi de ga tilgang til sykepleiernes verbalisering av gjøremål og arbeidsmåter, og historier fra arbeidet som de aldri hadde fortalt til noen før. Det var også slik at når sykepleieren først hadde fortalt om hendelser eller uttrykt meninger til meg, så hendte det gjerne at hun også delte sine historier og meninger med kolleger. På den måten ga en-til-en samtalene ansatser til kollektiv kunnskapsutvikling i virksomheten.

Gruppesamtaler

Gruppesamtalene i hovedfagsarbeidet ga tilgang til andre dimensjoner ved sykepleiernes arbeid, meninger og erfaringer enn en-til-en samtalene, og bidro også til å utvikle og utdype nære relasjoner mellom deltagerne. Det samme har jeg erfart i denne studien. Utfordrende forhold og situasjoner i arbeidet ble der gjenstand for refleksjoner fra ulike hold. Det var ikke lett å skjule viktige forhold eller hendelsesforløp, fordi flere ofte hadde deltatt i hendelsene, og fortalte sine versjoner. De fortalte om og diskuterte eget og andres arbeid, og de satte ord på egne og andres kunnskaper og måter å utvikle kunnskap på. Når flere deltok i samtaler utforsket sykepleierne ofte forbindelser mellom det partikulære og det allmenne i sine konkrete erfaringer. Det gjorde de ikke i samme grad i en-til-en samtaler.

Å kombinere en-til-en samtaler med gruppesamtaler i denne studien har gitt meg tilgang til sykepleiernes forståelser når de setter ord på sine egne erfaringer og meninger, og tilgang til måten slike erfaringer og meninger brynes mot deres kollegers forståelser. I tillegg har de gitt meg som forsker mulighet til å konfrontere deltagerne med spørsmål som jeg visste jeg hadde belegg for å spørre om med bakgrunn i det jeg hadde observert og snakket med andre sykepleiere om.

Jeg har hentet inspirasjon til måten gruppesamtalene er gjennomført på fra *Dialogseminarmetoden* som retter seg mot å sette den tause kunnskapen hos erfarnere

yrkesutøvere i bevegelse slik at den kan utforskes.¹²⁴ Grunntenkningen i denne metoden er at en ved å kombinere kunstnerlige og vitenskapelige kunnskapsformer kan få tak i den tause dimensjonen i yrkeskunnskapen, og gjøre den til gjenstand for refleksjon.¹²⁵ For eksempel kan klassikere som Shakespeare og Ibsen få oss til å tenke over eksistensielle spørsmål, fordi innsikter i enkeltskjebner kan gi impulser til egne erfaringer og refleksjoner over disse. Kunst kan på den måten gi næring til egen tenkning, fordi den vekker minner og gir impulser til analogisk tenkning.¹²⁶ Med analogisk tenkning menes refleksjoner og resonnementer som gjøres ved hjelp av begreper den tenkende har tilegnet seg, men som først kommer til uttrykk ved å betrakte hvordan en erfaring og tidligere situasjoner overensstemmer med hverandre.

Josefson benyttet denne fremgangsmåten da hun utforsket legers yrkeskunnskap sammen med legene. Legene fortalte fra sitt arbeid og Josefson fanget opp tema i deres arbeid som hun tok opp i diskusjoner. Som kunnskapskilder i diskusjonene brukte Josefson antikk gresk filosofi og skjønnlitteratur. På den måten forsøkte hun å sette legenes spørsmål og dilemma inn i en større sammenheng.¹²⁷

Jeg har tilpasset metoden, og der dialogseminarmetoden bruker klassiske tekster som impuls for å vekke minner, har jeg benyttet sykepleiernes egne fortellinger fra yrkesutøvelsen og mine erfaringer fra deltagende observasjon i avdelingen. Dette valget er bevisst. Jeg har selv tidligere deltatt i en veiledningsgruppe der vi fortalte fra vår yrkesutøvelse og erfarte at alle typer impulser som fører til at vi snakker sammen om arbeidserfaringer, vekker minner og vil kunne starte refleksjoner der erfaringer fortelles frem. Likevel, grunntenkningen i dialogseminarmetoden, som jeg oppfatter som dialog mellom likeverdige personer om en sak eller et tema, og der analogier gir muligheter for bevissthet om og språk til egne tause begreper som er operative i utøvelsen, har vært min viktigste tilnærming i gruppesamtalene. Det betyr at jeg har tilstrebet å være deltager i diskusjoner og samtaler med sykepleierne, ved å dele erfaringer og tenkning, til forskjell fra å være en som bare spør og forventer å få svar. Men selvfølgelig har jeg stillet spørsmål, og på den måten påvirket samtalens form og innhold.

¹²⁴ Metoden er utviklet i forskningsmiljøet "Yrkeskunnande och teknologi" ved Kungliga Tekniska Högskolan (KTH) i Stockholm. Dette miljøet har fra begynnelsen av 1980-tallet arbeidet med metoder for kunnskapsutvikling i yrkessammenheng, og for forskning i yrkeskunnskap (Göranzon 2001, Göranzon et al. 2006).

¹²⁵ Jfr. Hammarén 1999, Ratkić 2006, P. Tillberg 2002 og L. Tillberg 2005. Jeg gjennomførte metodekurset "Dialog och tyst kunnande – introduktion till dialogseminariemetodik" ved KTH, høsten 2007.

¹²⁶ Jfr. Ratkić 2006, s. 101 – 117, der analogier og analogisk tenkning i denne forskningsmetoden gjøres rede for.

¹²⁷ Josefson 1998.

Kombinasjonen av deltagende observasjon og samtalegrupper har gitt muligheter for å studere det umiddelbare – sykepleiernes arbeid her-og-nå – ved at forhold som kanskje bare gripes en enkelt gang, eller der bare fragmenter av noe gripes i observasjoner, kunne utforskes i samtalegruppene. Og omvendt, forhold som kom frem i samtalegruppene utforsket jeg i arbeidsøkter i feltet. Det gjelder spesielt kroppsliggjorte erfaringer og minner. Både det jeg som forsker har fornemmet i situasjoner, og mine forsøk på å gripe kroppsliggjorte erfaringer og minner hos sykepleierne.¹²⁸

Forsker og sykepleier: fremmedhet og fortrolighet

Min fortrolighet med feltet gjør at jeg er i stand til å forstå situasjoner i avdelingen langt på vei på samme måte som sykepleierne som arbeider der gjør. Det gjelder forbindelsene mellom det sykepleier gjør og barnets tilstand og omstendighetene rundt. Jeg sikter her til det å få tak i handlingers rettethet, der betydning og mening er sentrale. Meløe hevder at nettopp slik fortrolighet gir muligheter for å utforske og forstå andres handlinger.¹²⁹ Hvis vi som forskere skal forstå det andre gjør må vi forstå den verden, eller den virksomheten, der handlingene foregår. Når vi som forskere deltar i aktiviteter sammen med dem man studerer, og forsøker å se fra deres perspektiv mot det de retter sitt blikk mot, kommer vi et stykke på vei mot deres forståelse. Men vi må også skaffe oss innsikt i det handlingen retter seg mot, hevder Meløe.¹³⁰

I min studie betyr det at kunnskap om det kritisk syke og for tidlig fødte barnet, om hvordan utstyr og teknologi virker og brukes, og om hvordan man samhandler kolleger imellom og med foreldre i en nyfødtintensivavdeling, er nødvendig for å forstå det som sykepleiere gjør og måten de gjør det på. I det siste ligger at også innsikt i praktisk-kliniske kunnskaper hos kolleger – de som sykepleierne samhandler med - er nødvendig for å forstå det andre gjør, som Meløe uttrykker det, nært opp til den handlendes egen forståelse.¹³¹

I klassiske antropologiske studier var fortrolighet et viktig poeng, og ble forsøkt ivaretatt ved svært lange opphold i forskningsfeltet. Det var nødvendig fordi forsker og forskningsfelt var fremmede for hverandre, og målet var å oppnå en fortrolighet nært opp til den menneskene i feltet selv hadde.¹³² Når så metoden tilpasses hjemlige forskningsfelt, med samhandlende

¹²⁸ Widerberg 2001, s. 40, viser noe lignende i det hun kaller minnearbeid. Poenget mitt her er at kroppsliggjorte erfaringer er utfordrende å få tak i fordi de ofte er skjulte for en selv, eller ikke bare det; de er det vi ser, tenker og handler gjennom.

¹²⁹ Meløe 1997.

¹³⁰ Samme sted, s. 338.

¹³¹ Meløe 1997.

¹³² Nielsen et al. 1996, s. 51 – 59.

mennesker fra vår egen kultur, og med et språk vi behersker, tenker vi kanskje ikke over at virksomheter har sine særtrekk og at handlingene er nært knyttet til disse særtrekk.¹³³

Nordenstam utdyper dette på følgende måte:

Handlinger er något som vi förstår eller inte förstår. På samma sätt som när det gäller bilder och språkliga uttryck kräver handlingsförståelse att man känner till en etablerad repertoar av mönsterfall, tydliga fall som faller in under handlingstypen i fråga och fall som tydligt faller utanför.¹³⁴

Nordenstams poeng, slik jeg tolker det, er at for å kunne forstå handlinger må vi kjenne til og være i stand til å gjenkjenne mønstereksempler som virker som paradigmeeksempler på handlinger. Dette er selvfølgelige innsikter som vi kjenner fra dagliglivet, men som er lett å overse i profesjonsforskning fordi den type forståelse som kreves her ofte er uartikulert og bygger på erfaringer og ferdigheter. Nordenstam hevder at i all kunnskap spiller mønstereksempler en nøkkelrolle, fordi de er nødvendige vilkår for muligheten for å forstå og for å handle.¹³⁵

Jeg kjenner samhörighet med Meløe og Nordenstam, og mener at min fortrolighet med nyfødtintensivavdelinger gir muligheter for å utforske forhold som det er utfordrende å få grep om for forskere uten fortrolighet til feltet. Disse forhold er knyttet til det jeg vil kalle kjernen i den praktisk-kliniske kunnskapen hos utøveren: Å være i stand til å håndtere praktiske oppgaver på en kompetent måte innenfor en virksomhet.¹³⁶ Som forsker må jeg skape forbindelser ved å oversette fra profesjonelt arbeid til kunnskap og vice versa. Denne oversettelsen kan sammenlignes med å oversette fra et språk til et annet, der betingelsene for slik oversettelse er fortrolighet med begge språkene. Det er således evne til gjenkjenning som gjør oversettelsen mulig og som handler om å knytte forbindelser mellom det vi ser og det vi vet fra før.

Samtidig som fortroligheten kan åpne opp for muligheter, medfører fortroligheten også utfordringer. I starten av feltarbeidet stolte jeg så meget på min egen forståelse i situasjoner at

¹³³ Jfr. Meløe 1973 og 1985c. For eksempel er *foreldre* et begrep som er innebygget i en nyfødtintensivavdeling. Foreldres behov og utfordringer der er meget annerledes enn for eksempel hos foreldre til barn på en helsestasjon. Hvis en som forsker ikke er fortrolig med hva foreldre i en nyfødtintensivavdeling trenger av hjelp og støtte, men ser på mor og far som foreldre på samme måte som om de var på en helsestasjon (som mange forskere har erfaringer fra), kan det som sykepleierne gjør i forhold til foreldre i nyfødtintensivavdelingen virke merkelig og meningsløst.

¹³⁴ Nordenstam 2005, s. 58.

¹³⁵ Samme sted, s. 59.

¹³⁶ Jfr. Aristoteles 1999 og Meløe 1973 og 1985c. Lystbæk (2004, s. 3), bruker også utøverens evne til å håndtere praktiske oppgaver som startpunkt i sin utforskning av grunntrekkene i praktisk viten fra et filosofisk perspektiv.

jeg ikke kritisk utforsket den. Mesteparten av det som sykepleierne sa og gjorde var forståelig for meg, så forståelig at jeg nærmest forsvarte det i mine feltnotater. Wadel erfarte noe lignende og skriver at spørsmål det blir naturlig for en feltarbeider i en fremmed kultur å stille, ofte ikke stilles ved feltarbeid i egen kultur fordi svarene synes så selvsagte.¹³⁷

For å bli i stand til å forske i denne virksomheten, som jeg var så fortrolig med, måtte jeg forsøke å gjøre det kjente mer fremmed. En dag skrev jeg i feltnotatene at sykepleieren ”passet på” et barn, mens den som hadde ansvar for barnet blandet medisiner til barnet. Da jeg dagen etter skrev ned mine refleksjoner over feltnotatet noterte jeg: ”Hva *gjorde* hun egentlig???” Det må jeg få tak i!!”. Spørsmålet satte i gang utforskning av, og refleksjoner over, hvordan sykepleieren fulgte med barnet, parallelt med andre gjøremål og småprat med foreldrene som gjorde seg klare til å få barnet ut på brystet. Refleksjonene førte meg til begrepet ”sideblikk”. Ved å ta inn det begrepet i mine refleksjonsnotater skapte jeg avstand til situasjonen, og avstanden ga muligheter for å tenke med Meløes begreper om blikk.¹³⁸ Å tenke med teoretiske begreper ga meg impulser til å tenke annerledes enn jeg gjorde i utgangspunktet, samtidig som jeg opprettholdt forbindelsen til sykepleierens handlinger og meninger. Det handlet i stor grad om å bruke mine forestillingsevner på en utprøvende måte på det som fremsto direkte for meg, og som jeg tok for gitt.

På mange måter ligner denne måten å arbeide på det fenomenet Rossvær beskriver fra sitt møte med et ukjent lokalsamfunn, men her med motsatt fortegn.¹³⁹ Mens Rossvær måtte omstille seg for å bli nærværende i situasjonen, har jeg vært nødt til å omstille meg for å bli i stand til å utforske de situasjoner som jeg har nærhet til og som fremstår som selvfølgeligheter for meg. Rossvær kaller omstillingen som fører til at forskeren blir i stand til å se annerledes, for omslagserfaringer.¹⁴⁰ Erfaringen min med å tenke med nye teoretiske begreper i utforskningen ligner på en omslagserfaring i Rossværs betydning: Den har skapt en nødvendig indre avstand til de uttalte diffuse selvfølgeligheter jeg omga meg med som tidligere utøver, og gitt disse selvfølgelighetene bestemte former slik at jeg har fått øye på dem, og dermed muliggjort utforskning av dem.

Etnografi har fellestrekk med sykepleierarbeid: Å observere, snakke og lytte, fortolke og verbalisere egen oppfattelse skriftlig og muntlig til kolleger, er ferdigheter jeg har øvet opp

¹³⁷ Wadel 1990, s. 19.

¹³⁸ Meløe 1985c, s. 23 – 24.

¹³⁹ Rossvær 1998, s. 19 - 25.

¹⁴⁰ Samme sted, s. 22.

gjennom sykepleieutøvelse. Dette fremheves også i forskningslitteraturen. Borbasi et al. skriver at mange av de ferdigheter som vurderes som viktige i feltarbeid, er ferdigheter som assosieres med sykepleie,¹⁴¹ og Savage hevder at prosessen som kunnskap produseres gjennom i feltarbeid har paralleller til sider ved kunnskapsproduksjonen i sykepleie.¹⁴² Heggen og Fjell hevder at yrkesskolering til sykepleier og lege kan gi god skolering i deltagende observasjon fordi observasjonsevnen trenes opp i slike yrker som ledd i det å utvikle klinisk skjønn.¹⁴³

Gjennomføringen av feltarbeidet

Problemformuleringen i forkant av feltarbeidet var min inngang til forskningsfeltet. Jeg hadde en formening om hva jeg ville se etter, men samtidig var min tilnærming ustrukturert i den forstand at jeg var åpen for at jeg ville møte noe jeg ikke hadde tenkt på. Derfor har jeg utviklet og spisset problemstillingen jeg startet med sammen med sykepleierne som deltok i forskningen.¹⁴⁴ På den måten kommer mine forskningsspørsmål også fra forskningsfeltet selv. Fangen hevder at deltagende observasjon som forskningsmetode karakteriseres nettopp av at forskeren deltar i samtaler og samhandlinger med sine informanter, og vurderer det de gjør og uttrykker sammen med dem.¹⁴⁵ For eksempel erfarte jeg at i sykepleiernes hverdagslige arbeid forholdt de seg til handlingenes kontekst som noe selvfølgelig som de ikke artikulerte eller på annen måte forholdt seg eksplisitt til. Det kan beskrives som noe ordløst som lå der som et styrende prinsipp for det de gjorde og måten de gjorde det på. En type taus kunnskap i virksomheten.¹⁴⁶ For å få grep om dette måtte jeg prøve meg frem med nye spørsmål og nye tilnærminger sammen med sykepleierne. Det medførte endret observasjonsfokus og litteraturstudier.¹⁴⁷

¹⁴¹ Borbasi et al. 2005, s. 496.

¹⁴² Savage 2000, s. 330.

¹⁴³ Heggen & Fjell 1998, s. 68.

¹⁴⁴ Jfr. Postholm 2005, s. 45 – 47 som skriver at i feltstudier utvikles ofte problemstillingene i samspill med forskningsfeltet.

¹⁴⁵ Fangen 2004, s. 28 - 31.

¹⁴⁶ Begrepet taus kunnskap utdypes ikke i avhandlingen. Jeg bruker begrepet som uttrykk for den forståelsen vi mennesker er i, og som vi tenker og handler gjennom uten at vi tenker over det eller problematiserer det på annen måte (jfr. Gustavsson 2009b, s 76, hvor han skriver om taus kunnskap som en slik bakgrunnskunnskap). Det tause her kan knyttes til Meløes begrep om “virksomhetens innebygde begreper”, som er et gjennomgående teoretisk perspektiv i avhandlingen (jfr. kap. 2).

¹⁴⁷ Jfr. Wadels begrep om runddans mellom teori, metode og data. Jeg erfarte en slik vekselvirkning, men da også med egne erfaringer fra yrkesutøvelse i dette feltet, i tillegg (1991, s. 129).

Fokus på hverdagspraksis

Min forskningsstrategi har hele tiden rettet seg mot å få best mulig tilgang til det sykepleierne gjør og måten de gjør det på i deres daglige arbeid. Det er ikke dramatisk og dilemma og de stor skjellsettende hendelser som sykepleiere ofte forteller om, og som er godt tilgjengelige for forskere i intervjuer, som jeg har fokusert på. Det er derimot de daglige erfaringene der det vante både slår gjennom, og også tar en annen uventet retning, som jeg har vært interessert i. Jeg ville finne ut hva de konkret gjør i forhold til barnet, foreldrene, utstyr og informasjonsteknologi, og hvordan de samhandler og snakker sammen i sitt hverdagslige arbeid.

Dette valget bygger på egne erfaringer med å lære sykepleieryrket. De diffuse og dunkle øyeblikk da det vante tok en annen retning, eller da det vante slo gjennom mot en motstand, har vært like viktige yrkeserfaringer for meg som de mer klare og avgjørende øyeblikk som er lett å sette ord på og utforske.

De tre første måneder var jeg i avdelingen i gjennomsnitt tre dager i uka. I løpet av de neste ti måneder var jeg i avdelingen regelmessig to dager i uka, men hadde opphold i tre perioder som til sammen utgjorde to måneder. De fleste dagene var jeg 5 -6 timer i avdeling, men noen dager mindre enn 3 timer og også noen hele vakter. De korte øktene var ofte avtalte samtaler eller møter, mens jeg gikk hele vakter når det var situasjoner jeg ville følge utviklingen i. Det har vært viktig å gjennomføre relativt lange feltøkter for å kunne følge utviklingen på vakter, spesielt hvordan arbeidet fordeles og omfordeles ut fra det som faktisk skjer.

Som deltagende observatør hjalp jeg til i kaotiske situasjoner og gikk litt til hånd i enkeltsituasjoner, men jeg deltok ikke som fullverdig medlem av arbeidsstyrken i noen situasjoner. Jeg var i stand til å hente utstyr, passe på et barn mens sykepleier var ute av rommet og ringe etter hjelp i kritiske situasjoner. På en skala der fullverdig deltagelse i sykepleiernes arbeid utgjør det ene ytterpunktet, og utelukkende observasjon fra sidelinja utgjør det andre, plasserer jeg min forskerposisjon i midten.¹⁴⁸ Selv om mine oppgaver på ei vakt var helt forskjellig fra alle andres oppgaver, gled jeg etter hvert inn i miljøet og vekket mindre og mindre oppmerksomhet. Sykepleierne og legene ble vant til at jeg var der, og de arbeidet etter hvert – tror jeg – som om de ikke ble observert. Jeg fikk da tilgang til det selvfølgelig i deres arbeid, det de verken snakket sammen om eller problematiserte for en

¹⁴⁸ Jfr. Fangen (2004, s. 29), som skriver at når du utfører deltagende observasjon så utfører du to former for handling på samme tid: Du involverer deg i samhandling med andre og du iakttar det de foretar seg. Hvordan disse to handlingsprinsippene skal kombineres, blir opp til den enkelte forsker å bestemme.

forsker, men som ligger der som en felles bakgrunnsforståelse for det de gjør og måten de utøver sin praksis på.¹⁴⁹

Utvikling av problemstilling sammen med sykepleierne

Jeg startet feltarbeidet med følgende problemstilling:

Hvilken innsikt ligger til grunn for den erfarne spesialsykepleierens forståelse i en situasjon, hennes handlingsvalg og gjennomføringen av handlingen?

Min interesse var rettet mot å utforske hvordan den enkelte sykepleier handlet og tenkte i konkrete situasjoner for på den måten å utforske den forståelsen sykepleieren dannet seg i situasjonen. Denne forståelsen, eller kunnskapen, antok jeg var motiverende for og retningsgivende for beslutninger om handlingsvalg.

I starten gikk jeg ofte sammen med en eller to erfarne spesialsykepleiere i arbeid på dagvakter, og på noen få aftenvakter. Jeg observerte og snakket med sykepleierne, for det meste mens de arbeidet, og samtalene bar preg av at jeg spurte og de svarte på mine spørsmål. Også gruppesamtalene var i denne perioden preget av at jeg stilte spørsmål til deres arbeidsmåter og fortellinger, og at de svarte. Da jeg leste gjennom feltnotatene i sommerferien, oppdaget jeg at konteksten med kolleger, foreldre, utstyr og teknologi, og om det var natt eller dag, helg eller hverdag, lå der som en viktig uartikulert premiss for å forstå hva de gjorde og hvordan de gjorde det de gjorde.

Jeg bestemte meg derfor for å fokusere på det kollektive i deres utøvelse, der handlingsvalg og handlinger ble identifisert, iverksatt og fullført i et kollegafellesskap, og der dette måtte beskrives og utforskes for å få grep om variasjoner og nyanser i det de gjorde. Spørsmålet om hvordan konteksten og kollegafellesskapet bidro til konkrete handlinger, eller kunnskapsbruk, førte til følgende forskningsspørsmål:

På hvilken måte bidrar kollegafellesskapet på vakter til det som erfarne spesialsykepleiere gjør og måten de gjør det på?

Jeg avbrøt ferien og fortsatte feltarbeidet. Nå var jeg i avdelingen i helger, på netter og på kveldstid, og ikke som tidligere for det meste bare på dagtid i ukedagene. Det var ferietid i

¹⁴⁹ Fangen (2001 s. 28) skriver ut fra erfaring fra feltarbeid blant nynazister, at deltagende observasjon sikrer at man ikke bare får det stiliserte inntrykket som deltagerne kan gi når de vet at de blir observert, men at metoden også gir tilgang til informasjon som kan stride mot det stereotype bildet som en mer utvendig, lukket tilnærming gir.

avdelingen, og svært travelt med mange krevende pasienter og mangel på erfarne spesialsykepleiere. Det gjorde at jeg ikke kunne følge en eller to erfarne spesialsykepleiere i arbeid, men måtte delta heller spontant i situasjoner. Disse forhold ga felterfaringer meget forskjellige fra de jeg fikk i starten, og et rikt og fylldig observasjonsmateriale.

Nå kom jeg tettere på situasjoner og folk, og havnet i situasjoner der jeg fikk erfare hvordan utøvere med ulik kompetanse arbeidet sammen. Jeg gikk ikke rundt med notatboka og skrev, men deltok i diskusjoner og vurderinger, noterte stikkord underveis og skrev ut dialoger, og om situasjoner, i stille stunder på vaktrommet. Og, til forskjell fra tidligere, lot jeg sykepleierne fortelle med egne ord hvordan de vurderte og erfarte situasjoner, og jeg delte mine vurderinger med dem. Jeg skrev nå lange feltnotater, ofte kort tid etter arbeidsøkta. Selv om notatene er uryddige og inneholder egne tanker og refleksjoner blandet inn i beskrivelsene av situasjoner, meningsytringer og fortellinger, og derfor har vært utfordrende å organisere i ettertid, har de vært betydningsfulle data for studien.

Hvordan forskeren skal få tak i det som yrkesutøvere kan, er en utfordrende oppgave å løse. For meg holdt det ikke bare å be sykepleierne fortelle, eller bare å observere dem i arbeid. Jeg måtte samhandle med dem, og engasjere meg i det som de var opptatt av. Noen sykepleiere ble irritert, når jeg stilte spørsmål til dem samtidig som de arbeidet. Det merket jeg ved at de svarte kort uten begrunnelser eller forventninger om at jeg fulgte opp. Jeg lærte meg til ikke å spørre, men i stedet å invitere dem til samtale senere om det jeg hadde sett og forstått i situasjonen. Det ble ofte fruktbare samtaler hvor de fortalte og reflekterte langt ut over det jeg forventet. Andre sykepleiere kunne vise meg arbeidsmåter, reflektere over disse og faktisk stille seg litt på utsiden av arbeidet i samtale med meg, samtidig som de arbeidet. De var spørrende, fortellende og knyttet forbindelser mellom det partikulære og det generelle. Disse snakket jeg mye med i starten, men de ble ikke viktigere for forskningen enn de jeg snakket med i etterkant av situasjoner og hendelser. Det er heller tale om to ulike typer personligheter jeg måtte lære å forholde meg til, én mer introvert enn den andre.

Da jeg etter hvert delte tanker og vurderinger med sykepleierne, og lyttet til deres refleksjoner over hendelser og meninger uten å avbryte, ble de meget interesserte i forskningen. I starten av feltarbeidet var jeg forsiktig med å uttrykke mine tanker og meninger. Jeg tenkte at det kunne påvirke sykepleierne og forringe forskningens troverdighet. Det var en misforståelse. Når jeg engasjerte meg i det som skjedde i konkrete situasjoner, snakket med dem om ting de var opptatte av og spurte om alt jeg lurte på, kom sykepleierne frem med sine meninger og

vurderinger på en helt annen måte enn tidligere. De svarte ikke bare på mine spørsmål - kanskje spørsmålene tidligere hadde forvirret dem - men uttrykte nå villig sine meninger, som virket oppriktige og gjennomtenkte. Nå kom de også uoppfordret til meg for å fortelle og diskutere forhold de var opptatte av. De tok meg også med inn i situasjonene, viste frem sin fleksibilitet når de identifiserte og grep muligheter som dukket opp, og fortalte hva de tenkte å gjøre og hvorfor. Slik diskuterte vi handlingsforløp sammen, og jeg oppdaget dem som utforskende i situasjoner, der de både kunne være ydmyke for at ting kunne håndteres på forskjellige måter, og bestemte på at slik måtte det gjøres.

Sykepleierne fikk nå en mer aktiv rolle i forskningen, og jeg fikk innblikk i det usikre og tvetydige i deres arbeid. På den måten ble jeg tatt inn i en verden der vi i fellesskap utforsket deres daglige arbeid og prøvde ut hverandres forståelser i refleksjoner og resonnementer. Vi utforsket da forbindelser mellom det partikulære og det allmenne i hendelser og erfaringer. Forbindelsene var ofte løse og dunkle, derfor fortsatte sykepleierne utforskningen i den daglige praten med kolleger.

Denne måten å arbeide i feltet på, betrakte forhold fra ulike hold og være der i travelhet og kaotiske situasjoner, førte arbeidet mitt inn i et annet spor. For det første oppdaget jeg at kaoset var en type organisk kaos der ting hang sammen, og derfor var mulig å forholde seg til som forsker og å arbeide i som sykepleier. Det andre var at forskningen nå ble integrert i den kontinuerlige praten som foregikk i avdelingen. Når sykepleierne møttes til rapport i vaktskifter, til gruppemøter, personalmøter, til lunsj, til småpauser på vaktrommet eller når de arbeidet sammen, snakket de om en rekke forhold knyttet til hvordan de erfarte sitt arbeid. Nå inkluderte de i praten tema og hendelser som vi tok opp i gruppesamtalene, eller som de fikk assosiasjoner til ut fra forskningen min.

På den måten ble mine forskningsspørsmål med i sykepleiernes daglige prat, og jeg ble deltager i en pågående samtale om deres arbeid. Da oppdaget jeg at de vurderte hverandres arbeidspotensiale i ulike situasjoner. Med arbeidspotensiale mener jeg det som den enkelte var i stand til å gjøre. Jeg ble nysgjerrig på hva de la til grunn for vurderingen, og formulerte følgende forskningsspørsmål:

Hva kjemmetegner den kjente erfarne spesialsykepleier i avdelingen?

Dermed har jeg underveis i innsamlingen av empiri formulert tre forskningsspørsmål som har gitt feltarbeidet retning, og som avgrenser empirien.

Refleksjoner over gjennomføringen

Forskningsspørsmålene har gitt meg tilgang til det uvisse og motstridende, det tvetydige og det som skapte uro og tvil hos sykepleierne. Det som var riktig å gjøre i en sammenheng, kunne være direkte feil i en annen sammenheng. Hva situasjonen krevde var ikke alltid like åpenlyst, verken for de som var i situasjonen eller for meg som observatør.

Jeg erfarte det for eksempel som både opprørende og plagsomt når det jeg oppfattet som vesentlig i en situasjon var svært forskjellig fra sykepleiernes forståelse. Eller når mine tanker og forståelse i konkrete situasjoner ikke var interessante for dem. Det handlet da ikke bare om å stille seg åpen for deres forståelse, men også om min villighet til å omforme mitt eget tankesett ble satt på prøve. Det betyr ikke at deres fortolkninger alltid slo gjennom, men heller at den angikk forskningen på en mer direkte måte, fordi jeg her kom i kontakt med det usikre og ubestemte ved den praktiske kunnskap i sin alminnelighet: Man kan aldri være helt sikker, men står i stedet overfor en prinsipiell ubestemthet, ifølge Aristoteles.¹⁵⁰ I forskning kan dette være særlig utfordrende å ta inn over seg.

Gadamers dialogiske tilnærming i den hermeneutiske forståelsesprosess finner vi igjen i det som Frank kaller dialogisk forskning.¹⁵¹ Frank gjør et skille mellom monologisk og dialogisk forskning. I monologisk forskning behandler forskeren det informantene sier som rådata, ikke ulikt kvantitativ data, og verdien av sluttresultatet ligger i å raffinere data best mulig, eller som Frank skriver ”civilizing this raw material”.¹⁵² I dialogisk forskning derimot skapes data i gjensidig påvirkning mellom forsker og informant. Frank er opptatt av livshistorier, og hevder at forskeren ikke bare rapporterer det informantene sier, men at forskningen setter i gang tanker hos informantene som er med på å skape det informantene sier: Med sine bestemte spørsmål eller observasjoner, setter forskeren i gang refleksjoner hos informantene som ikke bare fører til at de forteller om sitt liv, men også at de kan forandre livet, hevder Frank.¹⁵³

At forskning, der forsker og informanter i fellesskap utforsker informanters erfaringer og meninger, kan motivere til forandringer, erfarte jeg i feltarbeidet. En av lederne kom til meg etter noen måneder og spurte hva jeg snakket med sykepleierne om. Hun merket at det var mye prat om rutiner og organisering av arbeidet, og lederne ble konfrontert med forslag til endringer som de opplevde som kritikk. Jeg var klar over at sykepleierne snakket mye om

¹⁵⁰ Aristoteles 1999, 1140a11 – 24: Det som handler om ting og handlinger som kunne vært annerledes.

¹⁵¹ Frank 2005.

¹⁵² Samme sted s. 970.

¹⁵³ Samme sted s. 968.

forhold som var utfordrende, men jeg hadde satt det i sammenheng med at det var travelt i avdelingen, ikke med mitt feltarbeid. I ettertid tenker jeg at det var nok noe i lederens observasjoner, for da jeg var i ferd med å avslutte feltarbeidet var det flere av deltagerne som fremhevet at deltagelse i forskningen hadde vært en “tankevekker” i forhold til arbeidsmåter og kunnskapsutvikling.¹⁵⁴ At deltagelse i forskning kan bidra til kunnskapsutvikling ved at nye tanker og ideer skapes, og slik bidra direkte til endringer, er derfor sannsynlig.

I samtalegruppene startet vi ofte med å snakke om forrige samtale. Vi diskuterte noe vi hadde erfart i fellesskap. Jeg hadde arbeidet med feltnotater, og hadde ofte brukt ideer fra samtalene i arbeidsøkter i feltet. Sykepleierne hadde fortsatt samtalene i avdelingen. Dermed ble samtalen om forrige gruppesamtale ikke en direkte fortsettelse, men heller en kilde til nye tanker og meninger. Det kreative, og ikke bare det spontane, fikk på denne måten vidt spillerom.

En annen side ved gruppesamtalene var at når vi snakket om arbeidet - vi kunne gjerne starte med et tema eller et spørsmål som for eksempel ”hva betyr kolleger for egne handlinger?” - gjorde den som først tok ordet ofte forsøk på å reflektere over det i mer generelle former. Men så dukket etter hvert historiene om arbeid sammen med kolleger opp. Sykepleierne fortalte da fra sin erfaringsverden, og fortellingene vekket til live minner hos andre i gruppa. Slik kom det gjerne flere fortellinger. Det ble et *gjensidig bytteforhold*¹⁵⁵ mellom fortelleren og den eller de som lyttet. Både tidsnære erfaringer, og erfaringer hentet fra langt tilbake i tid, kom frem. Slik ble hele gruppen engasjert. Flere av sykepleierne ga uttrykk for at gruppesamtalene var betydningsfulle for dem. Både ved det at de våget å fortelle om hendelser som de aldri hadde delt med noen, men også ved at andres fortellinger knyttet egne erfaringer til noe felles i deres praksis.

Sykepleierne var derfor ikke bare interessert i å fortelle, men også i å utforske fortellingenes relevans for hvordan de erfarte sitt arbeid. I en gruppesamtale fortalte Laila om en hendelse noen dager tilbake i tid, og Julie spurte: ”Hvorfor gjorde du ikke noe?” Laila hadde stått i en situasjon der en uerfaren kollega ikke greide sin del av oppgaven, men Laila hadde ikke tatt over. På Julies spørsmål svarte Laila at hun hadde tenkt og tenkt på hvorfor hun ikke bare overtok for den uerfarne, men hun hadde ikke noe godt svar. I begynnelsen drev Laila og Julie

¹⁵⁴ Dette utdypes i kapittel 5.

¹⁵⁵ Begrepet ”gjensidig bytteforhold” har jeg hentet fra Edmund Edvardsen (sitert i Bech-Karlsen 2003, s. 67). Edvardsen bruker begrepet om gjensidigheten mellom skriver og leser, mens jeg bruker det om gjensidigheten mellom forteller og lytter(e).

samtalen frem, men etter hvert ble hele gruppen involvert. Noen fortalte historier om lignende hendelser, men for det meste snakket de om hvilke konsekvenser det kan ha at sykepleiere ikke mestrer utfordrende situasjoner.

I neste gruppesamtale fortalte den første som tok ordet at temaet i forrige samtalegruppe hadde vært samtaleemne på mange vakter. Da grep Silja ordet og fortalte om en hendelse der hun ikke mestret oppgavene sine. Samtalen som nå fulgte forandret seg fra å ha fokus på ”å ta over” for en som ikke mestret sin oppgave, til å handle om ”hvordan” ta over, og til slutt; ”hvordan trene på praksissituasjoner i trygge omgivelser”. For meg var denne vendingen inspirerende, fordi den viste noe som jeg hadde erfart fra egen yrkesutøvelse; at fortellinger der man reflekterer over erfaringer, kan forandre vår oppfattelse av hva som er mulig, tillatt, ansvarlig og uansvarlig i en praksis.

Som i sykepleierarbeid¹⁵⁶ har jeg skrevet ned observasjoner som ikke virket viktige eller ga mening i øyeblikket, men som i ettertid har skapt assosiasjoner og nye forbindelser som har bidratt til at jeg har ”sett” noe vesentlig. Dette ligner på det som skjer når du leser ei bok du har lest tidligere, og ser helt nye dimensjoner i teksten fordi den gir assosiasjoner til noe du ikke visste første gang du leste boka. Innsiktene jeg utviklet i løpet av feltarbeidet ga nye forbindelser til tidligere feltnotater, forbindelser jeg ikke var i stand til å peke på da jeg skrev feltnotatene, men som observasjonene og gruppesamtalene frembrakte. Da var tidligere feltnotater viktige. Motsatt, at jeg leste tidligere feltnotater under feltarbeidet, førte til assosiasjoner og nye forbindelser som ga arbeidet retning til arbeidsøkter i avdelingen og til gruppesamtalene.

Troverdige data; troverdige fortolkninger

Kombinasjonen av deltagende observasjon og gruppesamtaler gir muligheter for på en forløsende måte å kommunisere data mellom de to kontekstene, slik jeg har redegjort for ovenfor, og kan også ses på som en måte å validere data på.

En annen måte å utvikle troverdige data på, er ved å kontekstualisere data. I stedet for å sette sykepleiernes handlinger og ytringer opp mot ”virkeligheten slik den egentlig er”, eller vurdere ut fra en fastlagt posisjon, fokuserte jeg på hvordan deres handlinger og ytringer kan

¹⁵⁶ I klinisk sykepleieutøvelse er det viktig å dokumentere også forhold som ikke gir mening i øyeblikket, men som i ettertid kan være nyttige i identifisering og forståelse av et sykdomsforløp.

forstås i den virkeligheten de erfarte som deltagere. I følge Skjervheim står en slik forskningstilnærming i motsetning til en objektiviserende tilnærming der forsker behandler det som observeres som fakta; som noe forsker ser og deretter konstaterer hva det var hun eller han så.¹⁵⁷ Fangen hevder at engasjement og samhandling, som deltagende observasjon åpner opp for og som hun knytter til begrepet “deltagelse” hos Skjervheim, er viktige forutsetninger for å utvikle troverdige data.¹⁵⁸ Hun begrunner sammenhengen mellom denne forskertilnærmingen og troverdige data med at du må delta for å få tilgang til deltageres meninger, i tillegg til at forskerens deltagelse og engasjement gir mer kontroll over egen deltagelse i forskningen, for de som forskningen er rettet mot. Det igjen medfører at forskerens tilstedeværelse skaper mindre stress hos deltagerne.¹⁵⁹ Samlet sett kan denne tilnærmingen ha dempet sykepleierens tendenser til å gi ideelle fremstillinger av deres utøvelse tilpasset meg som forsker.

Disse måter å validere data på, samstemmer med det som Bourdieu kalte *deltagende objektivisering*. Det handler om at forskeren viser frem sine fortolkninger for deltagerne fortløpende i feltarbeidet, og da gir deltagerne mulighet til å delta i fortolkningene av seg selv. En slik deltagende objektivisering bør forskeren også utøve på seg selv, hevdet Bourdieu, ved å fortolke sin egen posisjon i forskningen ut fra sin bakgrunn.¹⁶⁰ Begge deler har vært viktige i mitt arbeid. Sykepleierne har fått innsikter i mine fortolkninger og således deltatt aktivt i fortolkninger av sitt eget arbeid og sine egne meninger. Denne tilnærmingen har også gitt meg rike muligheter til utforske de relasjoner jeg står i som tidligere utøver i dette feltet, kombinert med de relasjoner jeg står i som forsker. Jeg har tatt hensyn til egne erfaringer i møte med feltet ved å utvikle problemstillinger fortløpende i feltarbeidet.

Skjervheim hevdet at det å behandle det den andre sier og gjør som fakta, som en ting i verden man i neste omgang bestemmer hva er, er en måte å skaffe seg herredømme over den andre på. Men ingen vil bli kontrollert på denne måten, derfor vil det bli en strid om herredømme.¹⁶¹ I starten var nok feltarbeidet preget av en strid om herredømme. Mye av det jeg så og hørte, fortolket jeg uten å snakke med sykepleierne om hva jeg så, og hvordan jeg forsto det jeg så.

¹⁵⁷ Skjervheim 2002[1957], s. 26. Jfr. Frank 2005.

¹⁵⁸ Jfr. Fangen 2004, s. 9. Fangens poeng, slik jeg tolker det, er at deltagende observasjon *forlanger* at forskeren engasjerer seg i de menneskene hun eller han studerer. Det krever en tilstedeværelse preget av kontinuerlige valg. “Om du ser noe utenfra, som en tilskuer som mener du kan vurdere noe objektivt, forkludrer du situasjonen, for da utelukker du alle enten – eller.”, skriver Fangen, og henviser til Skjervheim.

¹⁵⁹ Fangen 2004, s. 29 – 30.

¹⁶⁰ Bourdieu et al. 1995, s. 57 – 62.

¹⁶¹ Skjervheim illustrerer dette med en tenkt samtale mellom en filosof og en psykolog der begge objektiviserer den andre (2002 [1957], s. 24).

Og når jeg stilte spørsmål, ga sykepleierne ofte svar som jeg i ettertid tenker de tilpasset meg som forsker.

Dette kan illustreres ved at sykepleierne i de første gruppesamtalene ofte spurte: “Hvorfor spør du om dette?”, når jeg stilte spørsmål. Etter hvert innviet de meg i sine tanker, meninger og vurderinger, og da hendte det at jeg spurte: “Hvorfor forteller du meg dette?” Slik viste sykepleierne meg til hendelser og meninger der implisitte grunner for forståelse og handlingsvalg lå i sykepleiernes aktørstatus. Forståelsens, eller kunnskapens, gyldighetskriterier lå nettopp i sykepleiernes handlingsmuligheter og handlingsevne.

Dette viser til et viktig *fortolkningsskille* mellom sykepleierne som deltok i forskningen, og meg som forsker: Mitt fokus var å observere og utforske deres handlinger og ytringer for å forstå deres kunnskaper, mens sykepleierne var underlagt en handlingstvang der handlingene ble forstått og utført ut fra hva som var faglig akseptabelt i konteksten. Konteksten kan erfares annerledes for en forsker som ikke forventes å handle, enn for en sykepleier som forventes, og selv forventer, å handle i forhold til det som vurderes som riktig der-og-da. Handlinger og situasjoner – saksforholdet -, som jeg utforsket sammen med sykepleierne, var egentlig ikke en felles sak så lenge det ikke var forventet at jeg skulle handle. Skjervheims begrep om deltagelse¹⁶² der deltagerne engasjerer seg i et felles ytre saksforhold, minner oss her på at saksforholdet er utfordrende å utforske i et likeverdig forhold mellom forsker og informant, når det er knyttet til profesjonelt arbeid, fordi forsker og informant har ulik relasjon til handlinger og situasjoner.¹⁶³ Dette har implikasjoner for forskningens troverdighet.

Selv om Haraway ikke eksplisitt tar opp dette fortolkningsskillet, var hun opptatt av at forskeren og de som forskningen retter seg mot har ulik orientering mot saksforholdet. Derfor hevder hun at en forutsetning for å produsere troverdige data, er å la de som forskningen retter seg mot få en aktiv plass i forskningsprosessen.¹⁶⁴ Fordi, utfordringen vi mennesker står overfor når vi skal bruke oss selv som forskningsinstrument, er vår evne til å erfare virkeligheten slik den erfares fra andre perspektiv. Slik den faktisk er for andre mennesker, poengterer Haraway. Vi er ikke transparente for oss selv. Det vi ser må vi oversette til noe forståelig, men siden det forståelige nettopp er det vi ser med, vil vi alltid være blinde for de

¹⁶² Skjervheim 2002[1957].

¹⁶³ Callewaert (2004, s. 126-127) er inne på noe av det samme når han skriver, med henvisning til Bourdieu, at forskeren er tilbøyelig til å tillegge studieobjektet (sosiale handlinger) grunntrekkene i sin egen relasjon til objektet, som er å observere det for å forstå. Praktikerens relasjon til sine handlinger er derimot en handlingsrelasjon, der noe skal og må gjøres. Denne beskrivelsen av forskjellen mellom et forskerperspektiv på handlinger, og praktikerens - den handlendes perspektiv - samstemmer med mine forskererfaringer.

¹⁶⁴ Haraway 1999, s. 183.

persepsjons- og oversettelsessystemer vi ser og forstår med. Derfor vil vi som forskere alltid være situerte i forhold til det vi studerer. Men når vi gir dem som forskningen retter seg mot, aktørstatus i forskningen og utforsker fenomener sammen med dem, kan legitim kunnskap produseres.¹⁶⁵

Kunnskapene¹⁶⁶ en slik felles arbeidsprosess skaper er situerte; de kommer fra et sted, fra en tid og fra en tenkning. De kan ikke uten videre overføres til noe de i utgangspunktet ikke er rettet mot. Det er kunnskapenes begrensninger. På den annen side bidrar de mange perspektiver til at kunnskapene vi produserer på denne måten vil være robuste og mer rettferdige.¹⁶⁷

Men, det handler ikke bare om å gi de som forskningen retter seg mot, stemme i forskningen. Det er måten deres stemmer håndteres på, som bidrar til forskningens troverdighet, hevder Haraway. Hun viser også til refleksivitet som avgjørende for kunnskapens troverdighet. Begrepet ”refleksjon” er imidlertid Haraway kritisk til. Hun mener at refleksjon ikke henviser godt nok til det kritiske element i forskning, men heller viser til speilbilde-metaforen. Det problematiske med speilbilde-metaforen er at det ikke eksisterer noe enhetlig som kan avbildes slik det faktisk er.¹⁶⁸ Derfor mener Haraway at begrepet ”diffraksjon” gir et bedre bilde av forskning som favner det mangfoldige, det som ligger der og nødvendiggjør valg og forsøk på stadig nye sammensetninger og fortolkninger. Mens refleksjonsbegrepet har fokus på tilbakekastelse med mulighet for speiling, fokuserer diffraksjonsbegrepet på bøyninger i ulike retninger.¹⁶⁹ Det åpner opp for muligheter, hevder Haraway, som vektlegger at det ikke eksisterer isolerte aktører i verden, det er alltid flere involvert i handlinger og det er derfor alltid flere historier som kan fortelles om det samme.¹⁷⁰

Diffraksjon, i Haraways forstand, kan ses på som en type refleksivitet som ansvarliggjør forskeren både for at de kunnskaper som utvikles skal være så troverdige som mulig, og for hele forskningsprosessens redelighet, fra de første ideer til siste punktum i publikasjonen er satt.

¹⁶⁵ Samme sted, s. 182.

¹⁶⁶ Haraway bruker begrepet kunnskap i flertall.

¹⁶⁷ Rustad 1998, s. 121 – 122, henviser til Haraways begrep om situerte kunnskaper.

¹⁶⁸ Samme sted, s. 127.

¹⁶⁹ Haraway 2004, s. 236 – 237. Refleksjon og diffraksjon er begreper hentet fra fysikken. Når bølger, for eksempel lys- eller lydbølger, sendes gjennom snevre åpninger, spres de i bestemte mønstre fordi bølgestrålen bøyes. Dette kalles diffraksjon. Et eksempel på optisk diffraksjon er regnbuemønsteret på datasiden på CD-plater, som oppstår når lys med forskjellige bølgelengder reflekteres i ulike retninger.

¹⁷⁰ Rustad 1998, s. 128.

For min del opplyser diffraksjonsmetaforen den form for refleksivitet som jeg har tilstrebet gjennom forskningsprosessen: Observasjoner, beskrivelser, samtaler, litteraturstudier, fremlegg i ulike fora og samhandling med veiledere og medstudenter, har bidratt til bøyninger i ulike retninger. Bøyningene har skapt tvil og uro for det som kan være annerledes, og det har også fått brikker til å falle på plass; “slik må det være”. Det har krevd engasjement, følsomhet og bruk av dømmekraft i møte med sykepleiere og situasjoner, og ansvarlighet for de forbindelser jeg skaper. Slik knyttes arbeidet til forskningsetikk: Forskning er ingen uskyldig praksis som avdekker virkeligheten slik den faktisk er, men handler om å skape troverdige forbindelser mellom fakta i virkeligheten.

Det betyr at jeg ikke uten videre kan rapportere sykepleiernes forklaringer eller ytringer som svar på mine forskningsspørsmål, men heller må prøve å få tak i det situasjonsavhengige og kontekstuelle i slike data. For eksempel så spurte jeg sykepleierne i samtalegruppene om håndteringen av fortidligfødte barn. Jeg hadde observert at en sykepleier var røff og brå i håndteringen av et barn under stellet. I begge gruppene mente sykepleierne at dette handlet om manglende trening, altså erfaring. Sykepleierne måtte trene seg i å håndtere barnet, og slik utvikle et godt håndlag. Ved å observere sykepleiere i stell, fant jeg imidlertid at dette ikke var hele forklaringen. Via observasjoner og samtaler med mange sykepleiere, fant jeg at også noen sykepleiere med lang erfaring behandlet barnet mer røft enn det som var vanlig og gjeldende praksis i avdelingen. Disse maktet ikke, eller ville ikke, endre sin praksis fra tidligere, da man stelte barnet raskere og tok mindre hensyn til barnets kapasitet og evne til å tåle stellet.¹⁷¹

Dette synliggjør utfordringer profesjonsforskningen står i. Skal vi utvikle troverdig kunnskap må vi få grep om utøveres forståelser som uttrykkes i både handlinger og ytringer, ikke bare det vi observerer eller det sykepleierne legger frem i spørsmål-og-svarsamtaler. Handlinger kan misforstås av en som ikke forventes å handle, og ytringer er fremstillinger som også er kontekstuelle og skapt av den som ytrer seg.

Det er derfor naivt å forstille seg at forskeren ikke står i fare for å påvirke det som kommer frem i samtaler om det som begrunner handlinger i konkrete situasjoner. Utfordringen må derfor være å rette seg mot å unngå betydningsfull påvirkning, noe jeg har bestrebet meg på

¹⁷¹ Situasjonen beskrives i kapittel 8. Metodologisk finner jeg støtte til denne erfaringen fra feltarbeidet i Silverman (2004, s. 1 – 2), som skriver at subjektive “meninger” må settes inn i kontekster i kvalitativ forskning for å produsere mest mulig troverdig forskning. Det er ikke nok å beskrive informanters synspunkter, de må fortolkes i forhold til språk, representasjon og sosial organisering.

etter beste evne. For eksempel har jeg vært opptatt av å få tak i og behandle data på en slik måte at jeg verken har rettet fokus ensidig mot det som har støttet mine forventninger til sykepleieres praktisk-kliniske kunnskap, eller på den annen side, mistet kontakten med feltnotatene i analyse - og skrivearbeidet.

Valideringen kan også knyttes til en stegvis fremgangsmåte, der jeg har utviklet og fulgt opp nye ideer underveis.

Analyse av observasjonsmateriale

Analyseprosessen har foregått gjennom hele arbeidet med denne studien, noe som er vanlig i feltarbeid.¹⁷² Redegjørelsen for forskningsprosessen som her foreligger, kan derfor sies å høre med til analysen. I dette underkapittel rettes imidlertid oppmerksomheten mot den analyse av observasjonsmaterialet som i hovedsak har foregått etter at jeg hadde avsluttet deltagende observasjon i avdelingen. Fremstillingen viser til tre faser i fortolkningsarbeidet, der jeg har funnet meg i ulike posisjoner til mitt forskningsmateriale og min forskning.

Men først redegjør jeg for den sorteringen av observasjonsmaterialet som foregikk i feltarbeidets avslutningsfase og i starten på analysearbeidet, fordi det hadde betydning for det videre analysearbeidet.

Sortering av observasjonsmaterialet

I de siste ukene av feltarbeidet og i de siste gruppesamtalene arbeidet jeg med å sortere feltnotatene. Jeg ordnet deler av feltnotatene under to tema; “kritiske situasjoner” og “daglig pleie og behandling”, som jeg i økende grad erfarte var relevante aktiviteter å løfte frem og fokusere på. Temaene kan ses på som to brede deskriptive kategorier, inspirert av Hammersley og Atkinson, som skriver at det kan være nyttig å starte med å sortere feltnotater ut fra kategorien aktiviteter, fordi etnografi fokuserer nettopp på hva folk gjør og hvorfor.¹⁷³ Jeg leste så gjennom feltnotatene på nytt på jakt etter detaljerte hendelser, meninger og ytringer som jeg merket under disse tema, og testet ut temaene med sine detaljer i de siste gruppesamtalene og i arbeidsøkter i avdelingen.

Jeg sammenlignet også data fra feltnotatene med data fra gruppesamtalene, og det var da jeg oppdaget at sykepleiernes forklaringer på hvorfor noen håndterte barnet tøffere enn andre,

¹⁷² Jfr. Hammersley & Atkinson 2007, s. 158, Fetterman 2010, s. 93.

¹⁷³ Hammersley & Atkinson 2007, s. 168 – 170.

som jeg skriver om ovenfor, måtte modifiseres i forhold til det jeg hadde observert. Dette kan ses som en form for *triangulering*, som Fettermann beskriver som avgjørende i analysearbeidet og som også foregår under hele feltarbeidet.¹⁷⁴

Etter å ha organisert alt som kunne handle om disse to tema, leste og arbeidet jeg med ett og ett tema. Under temaet “kritiske situasjoner” fant jeg at noen hendelser virket godt forberedt, mens andre hendelser var preget av overraskelser. Hvem var på vakt? Var det natt eller helg? Hvordan var barnets tilstand? Slike spørsmål stilte jeg til materialet, og utviklet da begrepet “å være i forkant”, inspirert av Benner et al.¹⁷⁵ Under ny lesing av feltnotater under temaet “daglig pleie og behandling”, ble materiale som kunne koples til merkelappen “kunnskap i hender” merket. I tillegg førte denne nærlesingen til at jeg gikk tilbake til notater jeg ikke hadde organisert og merket, og utviklet da et tredje tema; “samarbeid og samhandling”.

Dette var det første systematiske forsøket på å rydde feltnotatene i håndterbare tema for videre analyse; det foregikk i avslutningsfasen av feltarbeidet og det ble utgangspunktet for analyseprosessen frem mot avhandlingens sentrale resultater. Coffey og Atkinson skriver at første steg i kvalitative analyser er å identifisere nøkkeltema og mønstre i materialet, fordi det er disse tema som kan skape forbindelser mellom feltnotater og forskerens teoretiske rammeverk.¹⁷⁶ Sorteringen skapte slike forbindelser.

Etter at feltarbeidet var avsluttet var jeg svært motivert for å skrive, og startet arbeidet som hadde som mål å bestemme fokus i avhandlingen. Jeg arbeidet videre med det enkelte tema, og forsøkte å systematisere detaljerte beskrivelser fra feltnotatene i min søken etter å finne ut hva dette handlet om. Jeg samlet stoff og leste samtidig for å orientere meg om temaene fra ulike hold: Jeg søkte systematisk i databaser, fulgte spor i artiklers og bokers litteraturlister, surfet på Internett - der blogg og hjemmesider var like interessante som mer akademisk stoff, og jeg snakket med folk om mine tema. Slik arbeidet jeg meg inn i litteratur som jeg mente hadde relevans for mine data, og som jeg kunne trekke mine data inn i. Jeg oppdaget da at det var vanskelig å levendegjøre stoffet i det jeg skrev. De erfaringsnære feltnotater der sykepleierne handlet der-og-da og under de gitte omstendigheter, var ikke til stede for meg på samme måte som de hadde vært under feltarbeidet. Feltet ble nærmest fremmed for meg, og sykepleiernes daglige arbeid, der konkrete handlinger hadde vært fremtredende, ble utydelig.

¹⁷⁴ Fettermann 2010, s. 93 – 97.

¹⁷⁵ Benner et al. 2011, s. 67.

¹⁷⁶ Coffey & Atkinson 1996, s. 26 – 27.

Jeg sto fast og kom ikke videre i dette sporet der jeg via teorier beveget meg mot det jeg hadde av feltnotater, og derfra forsøkte å løfte opp den praksis jeg hadde hatt blikk for i feltarbeidet. Feltnotatene fremsto nå nærmest som illustrasjoner av teorier, og jeg erfarte det ten Have beskriver slik:

... findings (...) are based on a subjectively selected, and probably biased, 'sample' of cases that happen to fit the analytic argument.¹⁷⁷

Å velge ut karakteristiske hendelser eller utsagn, til støtte for teoretiske begreper som for eksempel *erfaring*, *læring*, *kunnskapsformer* eller *handling*, fungerte ikke. Jeg prøvde for eksempel å få Arendts begrep om handling, og hennes postulat om "å tenke over hva vi gjør"¹⁷⁸, til å belyse observasjonsmaterialet med hensyn på spørsmålet om hva det er som får ting til å skje, når noe skal gjøres, og noe må skje. Men jeg lyktes ikke.

Likevel har Arendts tenkning om handling som en aktivitet som utspiller seg mellom mennesker uten at den formidles materielt,¹⁷⁹ og individets handlinger som irreversible og som uttrykk for hvem vi er,¹⁸⁰ hatt betydning for hva som er løftet frem i avhandlingen. Arendt har også gitt inspirasjon til å utforske hvordan handlinger og deltagelse i et kollegafellesskap forbinder det individuelle med det kollektive, og vist meg vei til Kants begrep om dømmekraft.¹⁸¹ Dermed har det teoretiske arbeidet rett etter feltarbeidet vært en viktig omvei i analysen, selv om det ikke hjalp meg videre der-og-da.

Første fortolkningsfase¹⁸²

I denne første fortolkningsfase beskrives erfarne spesialsykepleieres *praksis og tenkemåte* i deres eget språk.

Jeg vendte tilbake til feltnotatene og skrev ut hendelser og fortellinger, og utformet dialoger ut fra beskrivelser slik de forelå i feltnotatene. Da kom jeg tett på sykepleiernes arbeid, og ble i stand til å se og forstå, i Meløes forstand,¹⁸³ nært opp til sykepleiernes egen forståelse. Dermed ble jeg mottakelig for deres erfaringer, forståelser og handlingsvalg på en annen

¹⁷⁷ ten Have sitert i Silverman (red.) 2004, s. 362.

¹⁷⁸ Arendt 1996, s. 176 – 250.

¹⁷⁹ Arendt sitert i Auestad & Mahrdr 2011, s. 142 - 144.

¹⁸⁰ Øverenget 2001, s.50 og s. 81 – 103.

¹⁸¹ Mye av det Arendt skriver om det politiske ansvar mennesket har, er motivert av et kantiansk begrep om dømmekraft (jfr. Nerheim 1991b).

¹⁸² Inndelingen av fortolkningen i faser er inspirert av Fangens inndeling av nivåer i analyse av observasjonsmaterialer. Fangens inndeling bidrar til de analytiske skillene jeg gjør i denne redegjørelsen, men fremgangsmåtene i de ulike fasene er ikke identiske med Fangens fremgangsmåter (2004, s. 170 – 194).

¹⁸³ Jfr. kap. 2 og det å se med det kyndige blikk. Da ser du det som er å se med virksomhetens egne begreper.

måte. Forhold jeg hadde oversett ble nå tydelige for meg. For eksempel, at de som var virkelig dyktige, også i den vanlige virksomheten i det daglige arbeidet, arbeidet med nyanser som andre ikke gjorde. De tilpasset seg den unike situasjonen med små nyanser. Selv oppgaver nærmest av rutinekarakter evnet de å utføre på en litt annen måte. De var våkne og åpne i sin tilnærming, og både i stand til små justeringer og mottakelige for “det som ikke har skjedd før”.¹⁸⁴ De som var dyktige på denne måten, skjønte hva som var riktig å gjøre; de fant ut hvordan det kunne gjøres og de evnet å gjøre det.

Nærheten til observasjonsmaterialet kombinert med lesing av teori gjorde at jeg nå “så” sammenhenger jeg ikke hadde sett tidligere, og utviklet et fjerde tema jeg kalte “å skaffe seg oversikt”. Fortsatt var temaene knyttet til aktivitet, og skrivingen organiserte jeg i fire tekster, hver på rundt 10 sider, med følgende overskrifter:

- Om å arbeide sammen. Hvem er på vakt?
- Å skaffe seg oversikt.
- Kritiske situasjoner.
- Daglig pleie og behandling.

Ved å starte med det praksisnære, og skrive frem situasjoner, hendelser og ytringer med begreper nært opp til de som sykepleierne selv benyttet, og som jeg hadde erfart som deltager i feltet, fikk jeg frem de fortolkninger som allerede finner sted i deres praksis. Fortolkningene lå i observasjonsmaterialet. Det er ord, begreper og forklaringsformer som sykepleierne som aktører i dette feltet anvender, og som derfor er operative i deres tenkning og forståelse. Geertz kaller slike fortolkninger for *aktørorienterte fortolkninger*, og begrepene som der utvikles kaller Geertz for *erfaringsnære begreper*.¹⁸⁵ Jeg oppdaget at disse ord og begrep har en særegen karakter; de er hverdagslige, samtidig som de løfter frem et særlig, bestemt aspekt ved arbeidet som ofte er usynlig for den som ikke er deltager i virksomheten. På den måten åpner de erfaringsnære begrepene opp feltet for den som nærmer seg det utenfra, i den hensikt å se hva de som er aktører der faktisk ser og gjør.

Det gjør at de erfaringsnære fortolkninger er helt nødvendige for å arbeide frem fortolkninger som andre, som ikke har deltatt i feltet, kan forstå. Fordi, den teoretiske tilnærmingen i mine fortolkninger av sykepleiernes utøvelse, må på en eller annen måte forbindes med

¹⁸⁴ Begrepet “det som ikke har skjedd før” må her forstås som en metafor for hendelser eller situasjoner som sykepleierne ikke evner å forestille seg på forhånd, og som krever nytenkning og noe helt spesielt av dem.

¹⁸⁵ Geertz siteres i Fangen 2004, s. 171.

sykepleiernes egne fortolkninger. Da var det nødvendig for meg å få frem hva situasjonene, meningene og fortellingene har å fortelle om den virksomheten jeg utforsker.

Andre fortolkningsfase

Her blir *kunnskapen* i erfarne spesialsykepleieres praksis synliggjort og satt ord på. Disse ord og begreper er ikke sykepleiernes egne, men likevel gir de umiddelbar mening for sykepleierne selv. Det er snakk om begreper som synliggjør den praktisk-kliniske kunnskapen i deres praksis. Denne analyse av sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap løfter frem den evidens som de legger til grunn for sin handling, – altså handlingsrommets evidens slik den har gyldighet innenfor nyfødtintensivavdelinger.

Nå skrev jeg utforskende og reflekterende, og vekslet mellom det erfaringsnære og det mer erfaringsfjerne. Meløes¹⁸⁶ begrep om blick ga meg anvendbare ord som åpnet opp for refleksjoner og innsikter i noe som ligger i de erfaringsnære begrepene, men som sykepleierne ikke eksplisitt artikulere. Også Meløes¹⁸⁷ begreper om aktør og virksomhet, og hans redegjørelser om virksomhetens egne begreper, er ord og språk som gjorde det mulig for meg å reflektere en gang til i forhold til de ordene og det språket jeg brukte i den første fases fortolkning, og som beskrev sykepleiernes praksis og tenkemåte i deres eget språk. Skrivningen skapte forbindelser mellom aktørperspektivet og teoretiske begreper i et språk som ikke er sykepleiernes, men som reflekterer deres språk tilbake til det jeg som forsker ser i denne virksomheten. Dette er noe sykepleierne på en eller annen måte er innforstått med, men som de ikke artikulere.

Et viktig poeng her er at de teoretiske begrepene i denne fortolkningsfasen åpnet opp for dialog med sykepleiernes egne begreper og primære fortolkninger. Jeg tror Arendts tenkning, som var knyttet til politikk som virksomhet, ble vanskelig for meg å overføre til profesjonelt arbeid. Meløe derimot, som skrev ut fra praktisk arbeid, ble mer relevant for å forstå sykepleierarbeid.

Jeg skrev meg inn i en form og et språk med anvendbare ord og begreper. Disse fungerte som den horisont som ga mening til sykepleiernes uttrykk, og til det de var fokuserte på, på en måte som jeg, som hadde vært i feltet, kunne gå god for.

¹⁸⁶ Meløe 1985c, s. 23 - 25.

¹⁸⁷ Meløe 1973, 1985a.

Å fortolke hva det som sykepleierne gjør, og måten de gjør det på, betyr, krever at handlingene deres ses i lys av sammenhengen de foregår i, fordi en handling kan bety noe i en sammenheng, og noe helt annet i en annen.¹⁸⁸ Handlingene er dermed indeksikale: De kommer fra et bestemt sted, og peker mot noe bestemt.¹⁸⁹ En rekke av de vurderinger sykepleierne gjorde i pasientsituasjoner, og vurderingene av ressurser i vaktstyrken, var handlinger og ytringer som måtte fortolkes i forhold til konteksten - handlingsrommet. I følge Meløe er dette kjernen i forståelse av praktisk kunnskap og dens handlingsrom. Derfor har det vært avgjørende for meg å trekke vekslers på begreper og tenkning som gir språk og form til denne dimensjonen ved handlinger.

Jeg startet med å utforske hvordan sykepleierne vurderte ressurser i vaktstyrken. Jeg skrev, hentet tekst fra de andre temaene og laget nye kapitler etter hvert som ideer dukket opp, og jeg så nye sammenhenger. Jeg skrev fire tekster som er blitt fire kapitler i avhandlingen, og som er svar på avhandlingens første problemstilling.¹⁹⁰ Strukturen ble skapt underveis, og bryter noe med strukturen i den første fasens fortolkning. I skrivearbeidet skapte bevegelser mellom observasjonsmaterialet og litteratur nye ideer som jeg arbeidet videre med.¹⁹¹ På den måten fremstår den andre fasens fortolkning som min fortolkning av sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap, slik den forelå i den første fasens fortolkning.

Tredje fortolkningsfase

I denne fasen rettes fokus mot den praktisk-kliniske kunnskapens *konstitusjon og utvikling*. Den kunnskapsutviklende strukturen slik den er utlagt i andre fortolkningsfase undersøkes i forhold til handlingsrommet og til den evidens som handlingsrommet gir til kunnskapsutvikling og kunnskapsanvendelse. Erfaringskunnskapens dynamiske utvikling, den praktisk-kliniske kunnskapens kollektive og relasjonelle dimensjoner, kunnskapsutvikling via sansene og kunnskapsutvikling som en hermeneutisk prosess, er temaer som drøftes innenfor

¹⁸⁸ Handlinger (uttrykk) du ikke kan bestemme betydningen av uten å være tilstede i sammenhengen der de foregår, kalles indeksikale. Det betyr at tilsynelatende samme handling kan bety noe i en sammenheng, og noe annet i en annen (Garfinkel 1967, sitert i Fangen 2004, s. 174 – 175).

¹⁸⁹ Nortvedt & Grimen 2004, s. 165 – 191.

¹⁹⁰ Kapittel 5, 6, 7 og 8.

¹⁹¹ Coffey & Atkinson, 1996, s. 140 - 141, skriver at å bruke ideer som dukker opp underveis, bevisst, er en viktig ressurs i hele forskningsprosessen. Å arbeide frem ideer er en måte å teoretisere på som vi sjelden tenker over, skriver de. Alvesson & Kärreman (2011, s. 57) skriver at å bruke ideer som oppstår underveis i forskningsprosessen, er en måte å skape noe nytt på ut fra et empirisk materiale. Slik unngår du å reproducere det allerede kjente, hevder de.

rammen av en humanistisk kunnskapstradisjon, der forståelse som fortolkning og anvendelse står sentralt. Denne fortolkningsfasen gir svar på avhandlingens andre problemstilling.¹⁹²

Oppsummering

Første og andre fortolkningsfase kan sies å være en ontologisk redegjørelse for handlingsrommet og dets evidens, mens tredje fortolkningsfase er mer en epistemologisk redegjørelse for konstitusjonen av sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap, og dermed for den kunnskapen som begrunner handlingsrommets evidens.

¹⁹² Kapittel 9.

5 Hvem er på vakt?

Etter noen måneder i feltarbeidet, da jeg også fulgte arbeidet på kveld og natt, la jeg merke til at sykepleierne, straks de kom inn i vaktrommet for å starte sin vakt – på kveld, natt og i helger –, og etter en rask tur innom kuvøsestuene, studerte vaktlista nøye, eller spurte: Hvem er på vakt?

De satte seg så ved bordet der rapporten foregår, tok hvert sitt rapportark, som er en kort oversikt over pasientene med diagnose og pågående behandling, kikket på rapportarket og forsynte seg med kaffe. Deretter småsnakket de med hverandre om spesielle arbeidsoppgaver som fremgikk av rapportarket, og om ressursene i vaktstyrken i forhold til arbeidet som ventet dem. Praten foregikk bare noen få minutter mens de ventet på at koordinator på avtroppende vakt skulle gi rapport. Etter en kort rapport fra avtroppende vakt gjorde de raskt en mer detaljert arbeidsfordeling, og gikk så til sine oppgaver.

Men det hendte at noen protesterte på vaktstyrken som fremkom av vaktlista. Da var de konkrete, som Hanne var da hun studerte vaktlista foran seg og sa: “Selma kan ikke være på 56 alene, du må bytte med ... deg Elin kanskje, selv om du er kontakt for Rune (et barn)... men, det blir veldig mye på 54 da... ingen av oss der inne kan ha rødstreken (være koordinator på vakta) i alle fall,... og så er jo det nye barnet ustabil, er på BiPap¹⁹³, der kan det jo bli noe,... nei vi må få inn en til, dette går ikke!”

Vaktlista inneholdt navnene på personene i arbeidsstyrken på vakta, og var i utgangspunktet en direkte følge av en fastlagt turnus. Koordinator på avtroppende vakt hadde markert på vaktlista hvilket rom eller hvilke pasient(er) den enkelte skulle ha ansvar for på aftenvakt og nattevakt. Slik fikk koordinator på avtroppende vakt oversikt over sammenhengen mellom arbeidsoppgaver og arbeidsstyrken, og hun kunne endre på sammensetningen av arbeidsstyrken ved å flytte folk mellom vakter, eller bestille inn ekstravakt. I dette tilfellet hadde koordinator satt Selma på det minste kuvøserommet alene, men Hanne mente at det

¹⁹³ En maskin som gir pustestøtte og er koplet til barnets nese (barn puster via nesen). Barnet puster selv mot et positivt trykk (som i CPAP, se neste fotnote), men i BiPap legges inn en frekvens med ekstra puffer med luft slik at barnet får ekstra hjelp til å puste. Frekvensen med ekstra puffer kan reguleres etter hvor regelmessig barnet puster (pasient triggeres).

ikke ville gå og flyttet henne til det største kuvøserommet. Deretter vurderte hun hvordan det ville slå ut i forholdet mellom ressurser i vaktstyrken og arbeidsoppgaver, og konkluderte med at “dette går ikke”. Hanne er kanskje den mest erfarne, men vi vet ikke om det var hun som skulle være påtroppende koordinator, altså ha rødstreken.

Det var de erfarne spesialsykepleierne - som er sykepleierne i avhandlingen – som var mest opptatt av hvem de skulle være på vakt sammen med, også hvilke leger som hadde vakt, og som gjorde vurderinger slik Hanne gjorde i historien ovenfor. Uerfarne sykepleiere og sykepleiere som ikke var kjent i avdelingen, var mer opptatt av å finne ut hva de selv var satt til av oppgaver, enn hvem de skulle arbeide sammen med. De snakket ofte med de erfarne spesialsykepleierne om konkrete utfordringer i forhold til egne oppgaver.

Hvorfor gjorde ikke de erfarne spesialsykepleierne det samme; forholdt seg til egne oppgaver og utfordringer i stedet for å vurdere hele vaktstyrkens oppgaver og ressurser? I feltarbeidet var jeg ikke spesielt opptatt av dette, ingen snakket om det og vurderingene ble gjort i løpet av noen få minutter med mye aktivitet og støy rundt omkring. I skriveprosessen derimot fant jeg dette interessant, og stilte følgende spørsmål:

Hva er det sykepleierne ser i vaktlista, og hvor har de det fra?

Erfarne spesialsykepleiere

En uskreven regel sier at det skal være minst to kjente, erfarne og respiratorkyndige spesialsykepleiere på alle vakter. I begrepet “kjent og respiratorkyndig spesialsykepleier” ligger at vedkommende er i stand til å utføre alle typer gjøremål som kreves i avdelingen, ikke bare oppgaver i forhold til respiratorbehandling. Sykepleierne i studien oppfatter seg selv som i stand til å takle det som skjer i avdelingen, og forstår kravet ovenfor som en minimumsstandard på vaktene.

Et særtrekk ved avdelingen er at tilstanden hos de innlagte barna kan forverres dramatisk i løpet av kort tid, og flere kritisk syke barn kan legges inn i løpet av ei vakt. Sykepleierne er trent nettopp i å håndtere kritiske situasjoner, som mottak og akuttbehandling av fortidligfødte og syke nyfødte barn, derfor er oppgaver i forhold til “det som ennå ikke har skjedd”, som én uttrykte det, deres hovedansvar på vakter. Men slike oppgaver begrepsfestes ikke på vaktlista ved at for eksempel én i vaktstyrken har beredskap. Slike oppgaver hører heller med til særtrekk ved avdelingen, og er dermed implisitt i intensivsykepleievirksomhet.

Derfor vil det alltid være sannsynlige oppgaver for vaktstyrken som ikke fremkommer av vaktlista. Det er utfordrende fordi ressursene i vaktstyrken er stabile gjennom ei vakt, mens arbeidsoppgavene kan endre seg dramatisk. Hva den enkelte da er i stand til å gjøre, inngår som en nødvendig premiss for det den totale vaktstyrken kan håndtere.

Spørsmålet sykepleierne ofte starter med når de vurderer vaktlista, slik Hanne gjorde i historien ovenfor, er: Hvilke forventede gjøremål kan den enkelte i vaktstyrken utføre?

Uerfarne sykepleiere

De minst erfarne sykepleierne i avdelingen kom direkte fra bachelorutdanning. I mange år tilsatte man ikke sykepleiere uten yrkeserfaring. Det forandret seg i den perioden jeg gjorde feltarbeid. Mange erfarne spesialsykepleiere hadde sluttet i løpet av kort tid og rekrutteringen til avdelingen var så vanskelig at man så seg nødt til å tilby nyutdannede stilling.

Barnesykepleie regnes i Norge som en spesialitet, derfor gir bachelorgraden ikke innføring i sykepleie til kritiske syke nyfødte barn og fortidligfødte barn. De nyutdannede mangler derfor både erfaring med å arbeide selvstendig som sykepleiere, og med å håndtere fortidligfødte barn, kritiske situasjoner, utstyr og teknologi i avdelingen. Likevel var også uerfarne sykepleiere en viktig og medregnet ressurs i vaktstyrken.

De første månedene i avdelingen arbeidet de nyutdannede, og de som ikke hadde arbeidserfaring fra nyfødtintensivavdeling, sammen med mer erfarne sykepleiere og erfarne barnepleiere. Oppgavene var oftest knyttet til de barna som ikke var kritisk syke, samt arbeidsorganiseringen i avdelingen, som for eksempel koordinator- og kontaktsykepleierfunksjonen knyttet til barn i vekst. De erfarne spesialsykepleierne arbeidet sjelden direkte sammen med de andre uerfarne sykepleierne i denne opplæringsfasen, men straks de uerfarne sykepleierne ble regnet som en del av arbeidsstyrken på vaktene, vurderte de erfarne spesialsykepleier deres evner til å utføre konkrete gjøremål på vaktene. Og, de fulgte opp deres arbeid.

Noen av de nytilsatte, og uerfarne, sykepleierne fikk tidligere enn andre utfordrende arbeidsoppgaver på vaktene. Det kunne være å stelle små fortidligfødte barn sammen med erfarne sykepleiere, regne over og vurdere matmengde og intravenøsbehandling, administrere

medisiner intravenøst, CPAP-behandling¹⁹⁴ og oksygenbehandling, overvåking av respirasjon, puls, blodtrykk og temperatur. Det var ingen faste prinsipper, for eksempel at de måtte arbeide en viss tid etter opplæringsfasen, før de fikk mer krevende oppgaver eller oppgaver på kuvøserommene. Sykepleierne i studien vurderte hva den enkelte var i stand til å gjøre ut fra hva hun hadde vist i konkrete situasjoner. I historien nedenfor viser Maren og Anne hvordan de vurderer at Vigdis, som kom nyutdannet til avdelingen for noen måneder siden, kan ha av ansvar for et barn på kuvøsestua:

Maren:... så hvis du Vigdis kan ha Marcus i natt, han er nettopp tatt av CPAP og har det bra, men er ikke stelt og skal ha en del medisiner... *Vigdis:* Vet ikke helt..., er usikker på CPAP... men, ja kanskje. *Anne:* Det greier du, du gjorde en god jobb i helga da du hjalp oss i mottak, vi følger med og hjelper til hvis han blir dårlig...

Vigdis blir vurdert i forhold til hva hun har vist, selv om hun ikke har vist seg frem i en tilsvarende situasjon. Oppgavene hun får er konkrete og avgrensede, de er ikke absolutte i den forstand at det forventes at hun håndterer dette selvstendig. Tvert imot, Anne gir uttrykk for at Vigdis ikke skal ha det totale ansvar. Maren og Anne arbeider i samme rom, de følger med på det hun gjør og er forberedt på å hjelpe henne.

På vaktene er det oppgaver for ganske uerfarne sykepleiere, men deres arbeid krever at noen erfarne følger med og er beredt til å gripe inn. Det trenger ikke nødvendigvis være de mest erfarne, men noen må ta dette ansvaret. Samarbeidet mellom de erfarne og uerfarne sykepleierne forutsetter at de erfarne skaffer seg innsikt i hva den uerfarne er i stand til å gjøre, gir henne oppgaver som er innenfor det hun kan mestre, og griper inn i konkrete situasjoner. Den uerfarne må på sin side våge å prøve seg på nye oppgaver i omgivelser der andre sykepleiere og foreldrene følger med på det hun gjør, og der hun viser hva hun kan og hva hun ikke kan. For mange kan det være vanskelig, og forsinke læring.

Det kan også være utfordrende for den erfarne sykepleier å følge med på hva den uerfarne gjør og hvordan hun gjør det hun gjør. Derfor er det nødvendig at den uerfarne spør. Maren knytter det å spørre, til kunnskap:

¹⁹⁴ CPAP-behandling betyr "kontinuerlig positivt endeekspiratorisk trykk". Det innebærer at barnets eget pustearbeid understøttes av en varmet og befuktet luftflow (ofte med ekstra oksygen), som sørger for at det hele tiden er en viss luftmengde i de små lungeblærene i lungene, under inn- og utpust. Dette stimulerer barnet til mer regelmessig åndedrett og motvirker at lungene klapper sammen mellom hvert åndedrett (Landsem 2007, s. 14).

Det er viktig for meg at den uerfarne spør før hun handler, hvis hun er usikker. Hun må kunne såpass at hun kan spørre, kan du si... Det gir meg trygghet, jeg kan jo ikke fotfølge henne hele tiden. Den som bare kjører på og tror hun kan uten å kunne, er farlig, henne er jeg livredd.”

Maren gjør her et kunnskapsskille mellom “å kunne såpass at hun kan spørre”, og det å tro at “hun kan, uten å kunne”. Dette skillet overensstemmer med Meløes skille mellom det ukyndige blick og det døde blick.¹⁹⁵

Det ukyndige blick hos Meløe er ikke kunnskapsløst, men i motsetning til det kyndige blick er det kunnskapsmangler ved det blikket, og manglene kommer her til syne når sykepleieren spør. Men for å spørre må den uerfarne identifisere manglene. Det er det Maren sikter til. Den uerfarne må vite hva hun skal spørre om. For eksempel om hjelp til å legge et barn til morens bryst. Det krever at hun forstår at i denne virksomheten er ammeveiledning forskjellig fra ammeveiledning til friske nyfødte barn. Hva som er forskjellen vet hun ikke nødvendigvis, og hvordan hun dermed skal håndtere barnet vet hun heller ikke.

Det er dette som ligger i det ukyndige blikket hos Meløe: Den som ser (eller forstår), ser ikke det som er å se fordi hun mangler innsikt i de begreper som er innebygget i virksomheten. Kunnskapen hennes er at hun vet om sine mangler. Å identifisere sine mangler krever kunnskap. Det er denne kunnskapen hos den uerfarne sykepleieren Maren viser til, og som gir Maren trygghet fordi den gjør den uerfarne sykepleieren i stand til å spørre.

Det døde blick derimot, er kunnskapsløst. På samme måte som i det ukyndige blick, mangler det døde blick kunnskap. Men til forskjell fra det ukyndige blick, så vet ikke den som ser med det døde blick at vedkommende mangler kunnskap. Da står jeg “der trygt og ser det jeg ser, uten mistanke om at jeg er konfrontert med en verden jeg ikke kjenner”, skriver Meløe, og legger til at personen er heller ikke konfrontert med en verden hun ikke kjenner, fordi hun forstår den verden hun er konfrontert med ut fra sine egne begreper, og ikke ut fra den verdens begreper som hun er virksom i.¹⁹⁶ Da kan vedkommende tro at hun vet, og handle deretter, slik Maren beskriver “den som bare kjører på”. Hun vil kunne legge barnet til morens bryst uten mistanke om at det kan være risiko for barnet. Det skremmer Maren.

¹⁹⁵ Meløe 1985c, s. 25 – 27.

¹⁹⁶ Samme sted, s. 27.

Meløe hevder at det døde blick er en tilstand av ineksistens, fordi virksomheten med sine særtrekk og ordninger ikke eksisterer i det døde blicks verden, og dermed eksisterer heller ikke personen med det døde blick som person i virksomheten.¹⁹⁷ Det gir mening til måten Maren forholder seg til sykepleieren “som bare kjører på” uten å kunne. Sykepleieren har ingen eksistensplass i vaktstyrken fordi funksjonen i vaktstyrken er en aktørfunksjon.

Skillet mellom det døde blick og det ukyndige blick kan synliggjøre det minimum av forståelse for virksomheten som den uerfarne sykepleier må ha for å inngå i vaktstyrken: Hun må være i stand til å ta ansvar for konkrete oppgaver og sørge for, ved å få hjelp og råd fra kolleger, at de håndteres i forhold til standarder i dette arbeidet.

Det ukyndige blick hos Meløe kan tolkes som et nødvendig trinn i utviklingen av kyndighet innenfor en virksomhet. Erfarne spesialsykepleiere la til rette arbeidsoppgaver slik at de uerfarne stadig skulle lære, og det var ikke forventninger om at sykepleiere med kort yrkeserfaring skulle mestre oppgavene sine uten hjelp og veiledning, tvert i mot. Men, innbakt i de tildelte arbeidsoppgavene lå antagelser om at den uerfarne spør når hun er usikker, at hun ikke tar ansvar for oppgaver hun ikke kan, og at hun følger avdelingens arbeidsmåter. Dermed er en spørrende holdning nødvendig i utviklingen mot kyndighet, fordi bare slik kan den uerfarne sykepleier fylle en plass i arbeidsstyrken, samtidig som hun utvikler praktisk-kliniske kunnskaper i nyfødintensivsykepleie.

Spesialsykepleiere med kort yrkeserfaring

De fleste sykepleiere uten videreutdanning som tilsettes tar etter hvert relevant videreutdanning. Mest vanlig er videreutdanning i barnesykepleie som tilbys ved byens universitet. Avdelingen er praksissted for denne utdanningen og rekrutterer på den måten spesialsykepleiere fra videreutdanningen, og ved å tilsette nyutdannede og andre sykepleiere uten videreutdanning. Nyutdannede spesialsykepleiere arbeider selvstendig og de behersker de fleste oppgaver på kuvøserommene, men de trenger ofte veiledning av erfarne spesialsykepleiere i kompliserte prosedyrer og behandlingsopplegg, eller pleie og behandling knyttet til sjeldne tilstander hos barnet. Elizabeth forteller hvordan hun arbeidet den første tiden etter fullført videreutdanning, sammenlignet med hvordan hun arbeider nå:

¹⁹⁷ Samme sted.

Jeg følte meg ganske trygg i forhold til min egen pasient, fikk oversikt, forsto forandringer hos pasienten, fikk ting til med litt hjelp fra andre (...), men jeg fulgte ikke med på hva andre gjorde, hadde mer enn nok med mitt eget arbeid. Nå følger jeg med, også ubevisst hvis jeg tenker at der borte må jeg ha et blikk...

Nyutdannede spesialsykepleiere får ofte ansvar for ett barn med krevende behandling. Det er de i stand til hvis de har en erfaren spesialsykepleier i bakhånd. Men de har nok med sine egne oppgaver og forholder seg i mindre grad til de totale oppgavene på kuvøserommet, slik de erfarne spesialsykepleierne gjør.

Selv om spesialsykepleiere med kort yrkeserfaring arbeider selvstendig, følger de erfarne spesialsykepleierne med på det de gjør. Trude forteller hvordan:

Jeg er ikke belærende på samme måte som jeg er med uerfarne sykepleiere, der jeg kan si "gjør slik", eller "du må redusere matmengden fordi... osv.". Til en uerfaren spesialsykepleier sier jeg heller "jeg ser at du gjør sånn og lurer på hvilke vurderinger du gjør". Så diskuterer vi, og jeg blander meg inn i arbeidet uten å gi henne svarene, vil at hun skal tenke selv... Det vil jeg jo at uerfarne sykepleiere også skal gjøre, men der er jeg mer opptatt av å gi henne kunnskap om det spesielle her, slik at hun kan tenke med det. Spesialsykepleiere har mye kunnskap fra utdanningen, men liten arbeidserfaring... Men er det noe akutt, så spør jeg ikke hvordan de vurderer, da overtar jeg også hele styringa (...) Vet det er nødvendig.

I diskusjoner, som Trude viser til, løfter ofte de nyutdannede spesialsykepleierne frem begrunnelser for sine synspunkter hentet fra teoretiske innsikter, mens de erfarne spesialsykepleierne vektlegger erfaringsbaserte innsikter der teoretiske innsikter er vevd inn i deres handlingsvalg og dermed i deres forståelse. Martine forteller om en situasjon der et spørsmål fra den erfarne spesialsykepleieren fikk henne på riktig tankespor, og gjorde henne oppmerksom på dette skillet mellom hennes egen kunnskap og den erfarne spesialsykepleierens kunnskaper i det praktiske:

Det var en gutt, husker jeg, kanskje ei uke gammel, født litt for tidlig... hadde sepsis¹⁹⁸, lå på respirator, men jeg følte jeg hadde kontroll. Hadde akkurat satt opp en ny type antibiotika og bestilt trombocytter¹⁹⁹... Sugde så i tuben, og så at det lille jeg

¹⁹⁸ Livstruende infeksjon.

¹⁹⁹ Trombocytter (blodplater) er en bestanddel i blodet som får blodet til å levre seg. Ved mangel på trombocytter øker faren for blødninger. For eksempel fra slimhinner og i huden, og også hjerneblødning.

fikk opp i suget var svakt rosafarget. Hadde satt ned noen dråper saltvann i forkant, og kikket på saltvannsglasset for å se om det var misfarget, men det var det ikke. Satte ned litt mer saltvann og sugde igjen, fortsatt var det jeg fikk opp rosafarget. Skjønnte ingenting, dette hadde jeg aldri sett før, jeg hadde sett brunt og gulfarget slim, men ikke rosa. “Kom hit”, ropte jeg til den som sto ved nabokuvøsa. “Hva skjer”, spurte hun. Jeg forklarte raskt. Hun så lenge på meg og sa: “Hvorfor bestilte du trombocytter til dette barnet nå nettopp”. Det spørsmålet satte meg på sporet av sammenhengen mellom lave trombocytter og rosafarget sekret fra lungene.

Forsker: Du lærte om sammenhengen mellom lave trombocytter og blødningstendens?

Martine: Nei, nei det visste jeg, det er jo abc i utdanningen. Jeg lærte hva den sammenhengen betydde for det jeg gjorde, jeg burde ikke suge mer enn høyst nødvendig i tuben, og jeg burde suge forsiktig. Det var det jeg lærte.

Her synliggjøres hvordan “teorier” opptrer erfaringsbasert i praksis: Det var ingen rettlinjert sammenheng mellom det Martine hadde lest og kanskje vist frem på eksamener – sammenhengen mellom lave trombocytter og blødningstendens – og hvordan håndtere et barn med denne tilstanden. Dette viser det problematiske som ligger i å forstå praktisk kunnskap som “anvendt teori”.²⁰⁰ Vi mister en betydningsfull kunnskapsdimensjon ved en slik tilnærming til praktisk kunnskap.²⁰¹ Derfor hefter det svakheter ved å vise frem kyndighet i en profesjonspraksis i for eksempel en tekst, eller i svarene på teoretiske spørsmål. I reelle praksissituasjoner må den teoretiske kunnskapen spesialsykepleierne har tilegnet seg i utdanningen koples til konkrete handlinger. Det er det de erfarne spesialsykepleierne hjelper de mindre erfarne med. Nyutdannede spesialsykepleiere trenger derfor veiledning fra mer erfarne spesialsykepleiere for å arbeide selvstendig med avgrensede oppgaver, og for å lære arbeidet. Uerfarne spesialsykepleiere håndterer helt andre oppgaver enn uerfarne sykepleiere gjør, og trenger en annen type veiledning. Derfor tilpasser de erfarne spesialsykepleiere ikke bare arbeidsoppgaver til den enkeltes kunnskaper, men også veiledning tilpasses.

Spesialsykepleiere med kort yrkeserfaring har nok med sine egne oppgaver, de griper ikke uten videre inn i andres oppgaver, selv om de i noen tilfeller har kunnskapen som skal til for å gripe inn i og veilede mer uerfarne sykepleiere.

²⁰⁰ Jeg bruker her begrepet “anvendt teori” som et samlebegrep for en forståelse av praktisk kunnskap som vektlegger anvendelse av teoretisk funderte kunnskaper for å løse spesifikke problemer i praksis (Jfr. Lystbæk 2004, s. 9 – 16).

²⁰¹ Kroppslig kunnskap og erfaringer nedtones og dermed syntesen mellom ulike kunnskapsformer.

Vi kan med Meløe²⁰² si at deres blick er nærmere det kyndige blick enn det ukyndige blick, men fortsatt er der begreper innebygget i virksomheten de ikke handler med hensyn på. Som begrepet om blødningstendens og suging som Martines fortelling viser til. Det samme gjelder avdelingens begreper om å hjelpe hverandre, gripe inn i hverandres arbeid og å følge med på det andre gjør. Dette er ordninger i avdelingen som materialiseres i arbeidsmåter spesielt på vakter og i situasjoner når ressurser i vaktstyrken er marginale i forhold til arbeidsoppgavene, som er en viktig dimensjon ved erfarne spesialsykepleieres praksis og dermed deres kunnskap.

Spesialsykepleiere med kort yrkeserfaring fyller en kunnskapskrevende plass i vaktstyrken, men de trenger veiledning og hjelp fra mer erfarne spesialsykepleiere for å utvikle nødvendig kunnskap i nyfødttintensivsykepleie.

Ukjente sykepleiere

Sykepleiere med begrenset fagkunnskap og sykepleiere som ikke er lokalkjente i avdelingen beskrives ofte som "ukjente". Begrepet brukes om sykepleiere med svært ulik fagspesifikk kompetanse. Sykepleiere og spesialsykepleiere med kort yrkeserfaring er eksempler på de med begrenset fagspesifikk kunnskap, mens erfarne spesialsykepleiere innleid fra vikarbyråer er faglig på høyden med erfarne spesialsykepleiere i avdelingen, men mangler ofte lokalkunnskap fra arbeid i avdelingen. Lokalkunnskapen tilegnes utelukkende via arbeid i denne konkrete nyfødttintensivavdelingen. Dette er kunnskap om rutiner og ordninger i avdelingen, arbeidsmåter og oppgavefordeling, kjennskap til hvor samarbeidende avdelinger er lokalisert i sykehuset, samt fortrolighet med arbeidsmåter i samarbeidet med slike avdelinger. Mangel på lokalkunnskap fører for eksempel til at sykepleierne ikke er i stand til å hente nødvendig utstyr, som brukes i behandling og pleie, eller delta i mottak av kritisk syke barn ved fødeavdelingen eller operasjonsavdelingen.

En annen side ved ukjente sykepleiere er at hvis de erfarne og kjente spesialsykepleierne er usikre på hva de kan, blir det vanskelig å vurdere deres handlingspotensiale i ulike situasjoner, og det skaper usikkerhet i organiseringen av arbeidet.

²⁰² Meløe bruker begrepet "det kyndige blick" om det blick som ser virksomheten med de begreper som er innebygget i virksomheten selv (1985c, s. 23).

Slik kommuniserer dette begrepet ukjent i dobbel mening: Både ved at sykepleierne er ukjente i det særegne ved avdelingen og kunnskapen arbeidet i avdelingen krever, men også at deres kunnskaper er ukjente for de som vurderer hva sykepleierne er i stand til å gjøre i konkrete situasjoner.

Vanligvis arbeider erfarne spesialsykepleiere fra vikarbyrå intensivt i noen dager eller uker, for så å komme tilbake til nye arbeidsperioder. For noen er arbeidsperiodene regelmessige, og disse spesialsykepleierne regnes etter hvert som mer kjente enn ukjente i vaktstyrken. Det betyr igjen at vurderingene som de erfarne spesialsykepleierne gjør av ressurser i vaktstyrken bygger også her på innsikter i den enkeltes evne til å utføre konkrete oppgaver i forhold til arbeidsoppgavene der også kjennskap til ordningene i avdelingen inngår.

Tone viser til fortellingen om en hendelse fra ei nattevakt, hvor utfordrende slike vurderinger kan være. Solfrid kom fra et vikarbyrå, og det var hennes tredje arbeidsperiode i avdelingen:

Det var rolig i avdelingen, ingen barn var meldt. Seinvakta vurderte det slik at Solfrid kunne regnes som den andre kjente erfarne spesialsykepleier på denne nattevakta. Jeg hadde arbeidet med Solfrid på noen vakter, hun var dyktig, men jeg hadde ikke sett henne i mottak²⁰³, og jeg var usikker på hvor godt kjent hun var i avdelinga. Derfor sa jeg meg uenig i vurderingene seinvakta gjorde, jeg ville gjerne ha en til kjent på vakt. Men da også Solfrid mente at dette kunne vi klare ga jeg etter, tenkte at jeg kanskje undervurderte Solfrid, vi var jo nok folk. Likevel, med Solfrid, meg og en spesialstudent på kuvøserommet var det knapt, syntes jeg. Spesialstudenten visste jeg tok ting kjapt og spurte når hun var usikker, men hvordan hun var i mottak eller kritiske situasjoner visste jeg ikke.

Arbeidet gled lett utover natta. Men så, i firetida sto bakvakta plutselig i døra og sa at en av oss måtte bli med til operasjonsstua, fordi: “Det er en på 32 uker og mor er dårlig”. Innrømmer at jeg hadde tenkt ut hvordan vi kunne omfordele oss hvis det ble noe akutt, derfor omfordelte jeg barna raskt: Solfrid tok mitt, spesialstudenten tok avgrensede oppgaver med Solfrids barn i tillegg til sitt eget. Kuvøse og respirator sto klart for mottak. Tok med utstyr, og sprang opp.

²⁰³ “I mottak” betyr å være med på, sammen med leger og sykepleiere, å ta imot barn til innleggelse. Barna er ofte kritisk syke og trenger livreddende behandling umiddelbart.

Barnet var ute da jeg kom, bakvakta intuberte²⁰⁴, primærvakta hjalp til, vi stabiliserte barnet og flyttet det til avdelingen. Barnet var knalldårlig. Bakvakt, primærvakt og jeg jobbet, fikk barnet på respirator, fikk inn navlevenekateter, masse styr, hele pakka. Og da trengte vi veldig en som kunne gå til hånde, hente ting, blande medisiner, lage til og organisere ting utenfor vår lille sirkel. Solfrid hadde ikke vært med på mottak her før, hun hjalp til så godt hun kunne, men det ble kaotisk, alt gikk tregt, jeg måtte forlate barnet for å hente ting. Så byttet jeg plass med Solfrid, og da gled det bedre.

Men så begynte barnet spesialstudenten hadde ansvar for å trøble, jeg hjalp henne å vurdere og stimulere apnoè (pustestopp). Det barnet måtte på respirator utpå dagen, kanskje studenten overså signaler, hun hadde altfor mye å gjøre, eller kanskje hun ikke forsto... Vet ikke, men har opplevd at vi i slike situasjoner ikke greier å passe godt nok på de som ligger der, og dermed ikke greier å ta tegn på forverrelser tidlig og da kan det ende med respirator.

Forsker: Kunne du i utgangspunktet byttet hele mottaket med Solfrid?

Tone: Nei, hun kunne ikke gått alene på operasjonsstua, men vi kunne gått sammen og så kunne hun hatt min plass i mottaket på avdelinga. Men det hadde krevd en kjent til på vakt.

Denne hendelsen demonstrerer hva erfarne spesialsykepleiere legger i begrepet ”ukjente” sykepleiere: De viser til begrenset evne til å utføre handlinger på en kompetent måte slik den materielt gitte virkeligheten - ordninger og særtrekk i virksomheten – forlanger. Både det å mangle fag- og lokalkunnskap og kjennskap til utstyr handler om manglende fortrolighet med hva som kreves og hva som muliggjør denne virksomheten. Det betyr at kunnskapen utøvelsen krever, både bygger på fagspesifikk kunnskap som for eksempel hvordan observere, vurdere og håndtere kritiske situasjoner med fortidligfødte eller fullbårne barn, og fortrolighet med stedet og dets ordninger. Spesialstudenten var ukjent i forhold til fagspesifikk kunnskap, mens Solfrid var ukjent i forhold til lokalkunnskap. Begge deler handler om ikke å se og forstå hva det er som står på spill her-og-nå.

Dermed ser vi at begrepet/ordet ”ukjent”, som brukes i avdelingen, og som er et viktig begrep i vurderingene av vaktstyrkens sammensetning, kommuniserer en forståelse av kyndighet som virksomhetens materielle dimensjon – det kritisk syke barnet og omstendighetene rundt -

²⁰⁴ Førte et plastrør ned i barnets luftrør slik at barnet, som ikke pustet selv, kunne få pustestøtte på respirator.

krever. I den forståelsen avdekkes en indre nødvendighet mellom den materielt gitte virkelighet og handlingene som skal til for å nå målet, som er å redde barnets liv og hindre skader hos barnet. I det nødvendige ligger kravet om både fagspesifikk kunnskap og lokalkunnskap.

Når Tone sier at de trengte noen som kunne organisere arbeidet utenfor deres lille sirkel, viser det til at plassene nærmest barnet trenger å fylles av noen som både forstår disse plassene, som vi kan si er i stor grad fagspesifikke, og plassene utenfor som krever fortrolighet med organisering og strukturer i avdelingen. Solfrid forsto plassen nærmest barnet, bedre enn plassen utenfor. Det gikk derfor bedre da Tone byttet plass med Solfrid.

De byttet handlingsplass, eller aktørplass, som Meløe kaller den plassen aktøren handler ut fra i en virksomhet.²⁰⁵ Den som handler kaller Meløe aktøren, og “Aktøren handler innenfor og med hensyn på en verden”, skriver Meløe. Med begrepet verden mener han aktørens verden, de omgivelser der handlingene foregår. For Tone og Solfrid er omgivelsene der de handler nyfødtintensivavdelingen, men plassen der de handler, aktørplassen, er forskjellig: Solfrid nærmest barnet og Tone som støtte for Solfrid og for spesialsykepleierstudenten. Det kommer tydelig frem i Tones historie at de forskjellige aktørplassene krevde ulike handlinger og dermed ulik kunnskap.

Dette synliggjør at innenfor én virksomhet – helheten - er det mange enkeltvirksomheter – deler. Forholdet mellom delene og helheten er slik at sykepleierne forstår delene ut fra helheten og vice versa.²⁰⁶

Fenomenet kjenner vi godt fra en tilsvarende virksomhet, operasjonsavdelingen: Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier har ulike plasser som de handler innenfor og med hensyn på i en felles virksomhet, operasjonen. Skal operasjonen lykkes må de ulike aktørene fylle ut sin plass. Kirurgen må gjøre det som forventes av en kirurg, og operasjonssykepleier må ha de kunnskaper som operasjonssykepleie krever. Slik krever ulike aktørplasser ulik kunnskap som knyttes direkte til virksomheten.

²⁰⁵ Meløe skriver at han konstruerer aktørplassene ut fra virksomhetens ordninger, og nevner et skip som en fast ordning med faste aktørplasser. Aktøren er da den som er i operasjon på sin aktørplass på skipet (Meløe1985a, s. 52 – 53).

²⁰⁶ Jfr. Gadamer's hermeneutikk – forståelsens sirkel (Gadamer & Jordhein 2003, s. 33 – 44).

Det er dette som er grunnen til at Solfrid var i stand til å fylle aktørplassen nærmest barnet. Hun hadde den kunnskapen som skulle til, selv om hun ikke hadde kunnskapen som skulle til for å fylle aktørplassen Tone overtok.

Det som kommer frem i denne historien er at ulike aktørplasser i nyfødintensivavdelingen krever ulike kunnskaper, og at også kunnskap som ikke er direkte fagspesifikk sykepleiekunnskap, men som også tilhører virksomhetens særtrekk, kreves for at det fagspesifikke skal kunne gjennomføres.

Av dette følger det at innsikt i hverandres praktisk-kliniske kunnskaper gir forutsigbarhet i konkrete situasjoner. Hadde Tone visst bedre hva Solfrid var i stand til, hadde hun hatt bedre grunnlag for å vurdere behovet for ekstravakt, og kanskje planlagt å skifte plass med Solfrid straks de kom til avdelingen med barnet. Det betyr at bedre innsikt i kollegers kunnskaper i forhold til konkrete gjøremål, gjør resultatet av vurderingene som de erfarne spesialsykepleierne foretar, sikrere. Det øker barnets sikkerhet og det øker ressursutnyttelsen på vaktene.

Med stadig nye sykepleiere på vakt krever det å få innsikt i den enkelte sykepleiers kunnskaper, for å unngå både å overvurdere og undervurdere deres evne til å handle i konkrete situasjoner, en betydelig innsats av de kjente erfarne spesialsykepleierne i avdelingen.

Vi ser her at opplæring og tilpasning av nytt personale er en kompleks prosess, slik også Hunter et al. konkluderer med i studien der de undersøkte hvordan sykepleiere lærer via arbeid i en nyfødintensivavdeling. De fant at det i stor grad handler om å bli fortrolig med virksomheten, og å evne å handle ut fra en slik forståelse. Dette samsvarer med Meløes begrep om det kyndige blikk. Hunter et al. beskriver denne måten å lære yrkesutøvelse på, som knyttet til det å tilegne seg også en taus og intuitiv forståelse for hvordan ting gjøres i nettopp denne virksomheten.²⁰⁷

Erfarne og uerfarne leger

Sykepleiere og leger arbeider tett sammen i avdelingen. Sykepleierne assisterer ved prosedyrer legene utfører, de arbeider sammen i kritiske situasjoner, de utforsker barnets tilstand og de planlegger videre pleie og behandling sammen. Eksempel på prosedyrer der

²⁰⁷ Jfr. Hunter et al. 2008.

sykepleiere assisterer leger er intubering og innleggelse av vene- og arteriekateter.²⁰⁸ Sykepleierne gjør da utstyr klart, behandler det etter anerkjente hygieniske prinsipper, forsyner legen med riktig utstyr under prosedyren, holder barnet i en nødvendig posisjon for prosedyren og passer på barnets tilstand under prosedyren.

Lena mener at begrepet “assistere” ikke er dekkende for måten sykepleiere og leger arbeider sammen på under prosedyrer. Hun sier at de “hjelper hverandre” og fremholder at hun har klart definerte oppgaver som for eksempel å suge slim fra barnets luftveier, og bagge²⁰⁹ barnet i forbindelse med intubering. Sykepleier har ansvar for å blande og sette opp væske og medikamenter til barnet og holde oversikt over barnets tilstand i kritiske situasjoner. Legen hjelper ofte til med disse gjøremål hvis ikke en annen sykepleier er tilgjengelig, men legene er ikke trent i medikamenthåndtering på samme måte som sykepleierne. Slik har leger og sykepleiere ansvar for ulike oppgaver, og de hjelper hverandre slik at oppgavene blir utført på best mulig måte, mener Lena.

Hennes begrep om å hjelpe hverandre vises i den måten de arbeider sammen på i kritiske situasjoner, som for eksempel ved mottak av ustabile barn. De har ansvar for ulike gjøremål, men i tillegg er der gjøremål begge er like fortrolige med. Hvordan gjøremål fordeles i praksis kan illustreres på en skala der ytterpunktet på den ene side representerer gjøremål bare leger utfører og ytterpunktet på den annen side representerer gjøremål bare sykepleiere utfører. I midten plasseres gjøremål begge kan utføre, og der de i den konkrete situasjonen fordeler oppgavene seg i mellom. Eksempler på slike gjøremål er hjertekompresjon, bagging og observasjoner.

Også her handler det om å fylle ut sin aktørplass, men her konfronteres vi med *måten* de fyller sin aktørplass på: I et gjensidig engasjement hvor de utnytter hverandres forskjellige kompetanser. Gjensidigheten i engasjement innebærer komplementære bidrag. De er gjensidig avhengig av hverandres handlinger, og dermed kunnskaper, i det de gjør innenfor sine aktørplasser. Det skaper gjensidig ansvarlighet. Legen kan ikke intubere barnet uten at sykepleieren bagger barnet i forkant og under prosedyren, hvis det må flere forsøk til før prosedyren lykkes. Slik er legen avhengig av sykepleierens handlinger for å utføre sin oppgave, fylle sin aktørplass. Det samme gjelder sykepleieren, som for eksempel er avhengig av legens diagnostiske bidrag for å observere og pleie barnet, og slik fylle sin aktørplass.

²⁰⁸ Tynne plastrør som legges i barnets blodårer, også i blodårene i navlen de første levedøgnene.

²⁰⁹ Å bagge (uttales bægge) barnet, eller ventilere barnet, betyr å gi manuell pustestøtte når barnet ikke puster selv.

I samarbeidssituasjoner fordeles oppgavene på bakgrunn av deltagerens felles forståelse av hva det er som står på spill, og hvordan de vurderer hverandres kompetanse.

Historien nedenfor viser hvordan fordeling av oppgaver og vurderinger av hverandres evne til å handle kan foregå. Barnet er ustabil og legen er uerfaren. Det ga føringer for hvordan oppgavene ble fordelt. Lena forteller:

Legen kom springende fra føden med barnet i armene. Jeg slapp alt og tok imot barnet, la det i den åpne kuvøsa i mottaket. Barnet pustet dårlig og var blek i fargen, det var fullbåret. Jeg startet med å bagge barnet med Neopuff, men legen sto bare å så på. Jeg gjorde tegn til han at han skulle overta, jeg måtte kople barnet på scoop (overvåkningsmonitor) og få lagt noe under barnets nakke. Han overtok, men sa ikke et ord om at han ikke hadde vært med på dette før. Men sånn var det. Da jeg festet elektrodene på barnets bryst så jeg at han ikke fikk luft i barnet. Han holdt ikke maska skikkelig over nese og munn, men trykket haka ned mot brystkassen. Jeg overtok og viste han hvordan han kunne holde både hodet og maska tett over nese og munn med den ene hånda, og bagge med den andre. "Frie luftveier er første bud", sa jeg. Han nikket, prøvde, jeg justerte litt, og så fikk han det til. Barnet kom seg. Så sa han at dette hadde han aldri vært med på før. "Mener du aldri som eneste lege, eller aldri overhodet?" spurte jeg. Han svarte at han hadde sett på en gang, "da styrte bakvakta alt, jeg sto langt unna, tok ikke i ungen engang. Det gikk på skinner selv om ungen var dårlig og måtte intuberes. Nei, jeg har ikke vært med på å ta imot et barn som ikke puster, så jeg skal få tak i bakvakta". Heldigvis sa han fra, og han skjønnte at han måtte få tak i bakvakta.

Det tok noen minutter før bakvakta kom, Trine hjalp meg, og sammen fikk vi kontroll over situasjonen, men barnet pustet dårlig og måtte etter hvert på CPAP.

Legen hadde vært til stede som observatør på et vellykket mottak med et dårlig barn. Kanskje var det erfaringer fra hvordan leger og sykepleiere da arbeidet sammen som gjorde at legen stolte på at sykepleierne var i stand til å håndtere dette barnet, og kanskje også forventet det. Men sykepleierne så helt annerledes på situasjonen, de forventet at legen på vakt var i stand til å utføre praktiske gjøremål som krevdes, inntil legen som hadde bakvakt var på plass. Det ligger innbakt i arbeidsmåten i avdelingen.

Når det er flere om en situasjon, som i dette tilfellet i et mottak, vil den enkeltes handlinger avhenge av hva andre gjør. Er deltagerne da fortrolige med situasjonen, og har arbeidet mye sammen i lignende situasjoner, skapes det en felles forståelse for hva som kreves i situasjonen og handlingene kjedes sammen på spesifikke måter. Det gjorde det ikke her.

I en felles forståelse streber hver enkelt deltager mot å fylle ut sin aktørplass. Men den enkeltes handlingsmuligheter og dermed virkningene av det den enkelte gjør, avhenger av hva de andre i situasjonen gjør. Det kommer frem her. Hadde legen vært i stand til å bagge barnet ville Lena raskt koplet barnet til overvåkningsinstrumenter som ville guidet deres videre handlinger. Men Lena ble nødt til å vise legen, og på en måte handle gjennom han. Hun var avhengig av at legen mestret baggingen for at hun skulle få utført sine oppgaver. Dermed strebet hun ikke bare mot å fylle sin aktørplass, men også mot å bidra til at legen skulle fylle sin. Hennes bidrag hjalp, men ikke nok til at legen var i stand til å fylle sin aktørplass.

Hendelsen viser hvor avhengige sykepleierne er av sine kollegers evner til å handle i konkrete situasjoner. Et mottak av et barn som er kritisk syk er en felles oppgave for de som involveres, og innbefatter et felles engasjement. Engasjementet bidrar til gjensidig ansvarlighet mellom de involverte deltagerne i situasjonen. Det oppstår en ansvarlighetsrelasjon som innbefatter diskusjoner om hva som er viktig, hvorfor det er viktig, hva som kan og må gjøres, hvem som kan gjøre hva, hva man må passe på og lignende spørsmål. Alt avhengig av situasjonens karakter. Gjensidig engasjement og gjensidig ansvarlighet i en felles oppgave bidrar til at de involverte deltagere på mange måter også virker gjennom hverandre, i sin streben etter å fylle ut sin aktørplass. Men de fyller ikke hverandres aktørplasser.

Lena forsøker å dele ansvaret i situasjonen med legen ved å tildele han en avgrenset oppgave. Legen tar denne oppgaven, men det er ikke tilstrekkelig. Legens aktørplass krever også andre handlinger som legen ikke er i stand til å utføre (godt nok), og legen bidrar til ansvarlighet i situasjonen ved å fortelle om sin manglende erfaring og ved å kontakte bakvakta. Det er Lena som tar ansvar for handlingene i situasjonen, det kan ikke den uerfarne legen dele med Lena, fordi hans handlinger ikke er komplementære til Lenas. Handlingene kjedes ikke sammen.

Det er dette som er Lenas frustrasjon, og som sykepleierne vurderer arbeidsstyrken opp mot når de starter sine vakter. Er legen som går primærvakt i stand til å håndtere oppgaver som denne type virksomhet krever av en lege?

Legene som går primærvakter er de første som møter de situasjoner man ikke vet noe om på forhånd, som denne hendelsen med et nyfødt barn med pustevansker. Disse legene er i tidsavgrensede utdanningsstillinger og starter ofte sin praksis uten noen som helst erfaring fra arbeid i nyfødtintensivavdeling. Før legene får erfaring med slike situasjoner, faller mye av ansvaret i situasjonen på sykepleierne. Et ansvar som de etter de virksomhetsinterne standarder skal dele med legene.

Det er mot en slik bakgrunn vi må forstå måten de erfarne spesialsykepleierne holder kontakt med, og samarbeider med, bakvakslegen når primærvakten er en uerfaren lege. Spesielt i forhold til ustabile innlagte barn, lager sykepleierne avtaler med bakvakta om behandlingsforløp; de ringer bakvakta direkte for å rapportere om barnets tilstand og for å diskutere og planlegge videre behandlingsforløp. På den måten lager de seg et handlingsrom der både deres og legens aktørplass kan fylles (godt nok).

Her synliggjøres hvordan handlingsrommet organiseres ved en gjensidig vurdering av hvem som er i stand til hva ut fra hvor kjente de er i handlingsrommet. Ansvar fordeles i overensstemmelse med en slik vurdering, og da delvis på tvers av de formelt hierarkiske ansvarsfordelinger, fordi ansvaret (og kunnskapen) forstås som delvis kollektiv.

En slik arbeidsmåte, preget av dialog mellom erfarne utøvere, er beskrivende for samarbeidet mellom erfarne leger og sykepleierne i avhandlingen. Et eksempel er når de utforsker barnets tilstand sammen. Sykepleier observerer barnet kontinuerlig, og bidrar med sine observasjoner og tolkninger av barnets tilstand. Legen bruker informasjonen fra sykepleieren i sine egne observasjoner og undersøkelser av barnet, og knytter dette til blodverdier, røntgenfunn, vitale tegn og annen medisinsk kunnskap. Legene har ansvar for behandlingen, men er avhengig av sykepleierens observasjoner og tolkninger i det diagnostiske arbeidet.

Erfarne spesialsykepleierne og erfarne leger fyller ut hverandres aktørplasser i et gjensidig engasjement i felles oppgaver, der både det komplementære og det overlappende kan være avgjørende for resultatet.

På samme måte som sykepleierne vurderer vaktlista mot “det som ennå ikke har skjedd” som bakgrunn, ligger også forestillinger om legerressurser på vakta som bakgrunn for måten de bedømmer de totale ressurser i vaktstyrken.

Hva viser begrepet “kjent og erfaren spesialsykepleier” til?

Som vist ovenfor, og som begrepet uttrykker, kommuniseres ulike innsikter og ferdigheter med begrepet “kjent og erfaren spesialsykepleier”, et begrep sykepleierne i avhandlingen plasserer seg innenfor i forhold til arbeidsoppgaver og kunnskap. De forestiller seg i stor grad arbeidet som følger; noe skjer, noe skal gjøres, her-og-nå, og under de aktuelle og uunngåelige omstendigheter som for eksempel hvem som tilfeldigvis er på vakt sammen. Og, de erfarer et særlig ansvar for det som skjer og det som skal skje.

Praktisk-kliniske kunnskaper: Evne til å vurdere og deres praktiske ferdigheter i konkrete situasjoner kommuniseres i begrepet, men det er utfordrende å sette ord på sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskaper. Både fordi de vet og kan mer enn det de gjør rede for, og fordi kunnskapen stadig tilpasses nye og ukjente situasjoner.

Likevel, ved å fortelle frem en praksissituasjon med sin kompleksitet og sitt fokus på det partikulære viser Elin i historien nedenfor hva begrepet erfaring i nyfødtintensivavdelingen kan romme, og historien viser også veien fra erfaring til praktisk-klinisk kunnskap.

Dette er langt tilbake i tid, da man lærte på en brutal måte; ble “kastet ut i” nye ting og fikk mye ansvar. Det var en travel aftenvakt, jeg hadde arbeidet der to-tre år og ble ansett for å være erfaren. En nytilsatt sykepleier skulle ha ansvar for et stabilt barn på respirator. Vi var kanskje to andre i samme rom, men ingen av oss fulgte med på det hun gjorde, vi hadde nok med egne oppgaver. Og, man var flink den gang hvis man klarte alt selv med pasienter som det i dag er en selvfølge å hjelpe hverandre med.

Sykepleieren la barnet ut på morens bryst, det var en ganske ny filosofi da at barnet slik skulle få hudkontakt med mor, og jeg tror ikke sykepleieren fikk hjelp til dette. Det var vanlig å feste slangene fra respiratoren til morens arm eller til stolen med tape, så da barnet gled ned i morens fang fulgte ikke slangene etter, og tuben i barnets luftrør gled opp og barnet, som ikke pustet selv, fikk ingen pustestøtte. Vi løp til, fikk barnet opp på bordet (for gjenopplivning), bagget og alarmerte leger. Foreldrene ble sendt ut av rommet, ingen tok seg av dem, jeg har tenkt mye på den mora i ettertid, husker øynene klart, husker at hun hadde sagt at dette var et etterlengtet barn, og jeg husker fortvilelsen – var det hennes feil? Vi måtte konsentrere oss om barnet, flere leger kom til, vi jobbet, barnet pustet litt og vi prøvde å legge barnet på CPAP, men

noe skjedd med barnet. Det ble svært dårlig, vanskelig å ventilere og intubere, kanskje barnet ikke tålte stresset selv om det hadde vært stabilt hele dagen. Vet ikke...

Barnet døde. Skyldfølelsen var enorm, selv om jeg ikke hadde ansvar for barnet hadde jeg kunnet følge med og ordnet det slik at barnet ikke gled ned i fanget. Det var det lille knepet, enkelt for de som kan det, men vanskelig for den uerfarne. Har ennå i dag en spesiell påpasselighet når jeg tar barn ut, og når jeg lærer nye i dette.

Forsker: Har det preget deg på andre måter?

Elin: Ja, i lang tid prøvde jeg å sikre meg på alle mulige måter, og holdt nok litt igjen med å ta ungene ut. I lang tid følte jeg meg ikke som den erfarne som taklet det meste på ei vakt, selv om det var slik jeg ble vurdert av de andre. Det har forandret seg, men det som har fulgt meg videre er at jeg er veldig opptatt av at de nye skal lære det praktiske, det som ikke står i bøker, det vi heller ikke snakker om fordi det er så selvfølgelig, men som faktisk er det spesielle ved dette arbeidet. Det vi blir gode på. For å kunne gjøre dette kan være forskjell på liv og død for barnet.

En skjellsettende erfaring ble til kunnskap med tydelig merke som viser hvem som har den, hvor den kommer fra og hva den kan anvendes til.²¹⁰

Denne måten å sette ord på sykepleiekunnskap på, samsvarer med Benner som fremhever at det er i fortellinger fra reelle praksissituasjoner at sykepleiekunnskap kan gis språk. Hun skriver:

It is still true to say that we know more in practice than we can account for in our theories (Polanyi, 1958/1962). The articulation of judgment and craft is difficult because critical care occurs in multiple settings and is complex indeed: interventions are instantaneous, highly context-dependent, and interpretable primarily in terms of the immediate clinical history (trajectories and trends) of events, interventions, patient responses, and problems.²¹¹

Ansvarlighet: Kanskje Elins erfaring har reddet liv, i alle fall har den vært kilde til en forståelse av praktisk-kliniske kunnskaper som Elin har videreført, og som kan sies å være et

²¹⁰ Nortvedt & Grimen (2004, s. 166), skriver at praktisk kunnskap er indeksert: den peker på kunnskapsbæreren og brukersituasjonen og opptrer dermed med *merker* som viser hvor den kommer fra, hva den anvendes til og hvem som har den.

²¹¹ Benner et al. 2011, s. 1.

sted å se og forstå virksomheten fra, som bidrar til å utvikle virksomhetens egne begreper. Elins historie viser også at erfaringer som fremstår som nærmest u håndterbare for utøveren, via utøvelsen kan bidra til viktig og nødvendig kunnskap i virksomheten. Slik knyttes forbindelser mellom det som har skjedd og det som kan skje, i forståelsen – i den praktisk-kliniske kunnskapen - og til virksomhetens begreper.

Det er ingen lineær forbindelse mellom å forstå gjennom virksomhetens egne begreper og den enkeltes praktisk-kliniske kunnskaper, fordi ikke alle virksomhetens begreper er like operative i den enkeltes forståelse. Det knyttes både førstehåndserfaringer, slik Elin beskriver, fortellinger og historier fra virksomheten og teoretiske kunnskaper for denne praksis, til begrepet "kjent og erfaren spesialsykepleier". Slik bidrar erfaringer, i bred betydning, til at den enkeltes praktisk-kliniske kunnskap også er en personlig kunnskap.

Dermed vil ikke alle sykepleiere som plasserer seg innenfor dette begrepet, fortolke og handle helt likt i tilnærmet like situasjoner. Men de erfarne i en virksomhet deler likevel en slags grunnleggende forståelse. Denne forståelse bygger på at de har vært der, og at de har utført handlinger, og slik vist frem sin forståelse som er blitt korrigert av kolleger, og i nyfødteintensivavdelingen også av foreldre.

Å omskape praksis, for å forbedre praksis: Vi kjenner igjen denne felles forståelse som erfarne utøvere deler fra sjakkspill. Dreyfus og Dreyfus skriver om sjakkspillere som kjenner igjen "det beste trekket"; at noe blir fremtredende i situasjonen, og at det skjer en bedømming som bygger på hva som har fungert tidligere og hva som står på spill nå.²¹² Men den norske sjakkspilleren Magnus Carlsen nyanserer dette bildet av eksperten som ser det beste trekket, i følgende historie: Carlsen ble spurt om han så de samme muligheter på sjakkbrettet som hans trener, Garry Kasparov gjorde. Det kunne nok skje, svarte han, men bare før spillet begynte. Så snart brikker var flyttet på, så de ulike muligheter.²¹³

Det Carlsen her fremhever er at det ikke finnes et "beste trekk" i den betydning av ordene. Det finnes dårlige og bedre trekk, ja, men avgjort ikke et "beste trekk". Hvis Carlsen spiller ut fra sin måte å tenke på vil han spille annerledes enn Kasparov gjør, fordi Carlsen ville se andre muligheter. Det erfarer Carlsen, men skulle Carlsen la seg binde av måten Kasparov spiller

²¹² Dreyfus & Dreyfus 1986, s. 32, skriver at en sjakkspiller kan skille ut opp mot 50 000 posisjoner ut fra erfaringer med spillet.

²¹³ Intervju i NRK radio, november 2009, etter at Carlsen ble verdensmester i lynsjakk.

på, eller det Kasparov anbefalte Carlsen å gjøre, ville han ikke kunne utfolde sine egne muligheter.

Nettopp dette som Carlsen erfarer, at det ikke finnes et "beste trekk" som alle som er eksperter ser og forholder seg til, er bakgrunnen for at ulik forståelse i tilnærmet like praksissituasjoner åpner opp for at den enkelte utøver får utfolde seg og bruke sine unike kunnskaper. Ulik forståelse i tilnærmet like praksissituasjoner åpner dermed opp for muligheter og kreative løsninger. Det kan bidra til at feilvurderinger reduseres.

Men, ulik forståelse som følge av erfaringer fra tidligere situasjoner kan også bidra til at den kjente og erfaren spesialsykepleieren ikke makter å leve opp til forventningene som dette begrepet kommuniserer. Elin er inne på det når hun sier at "lenge følte jeg meg ikke som den erfarne som taklet det meste på ei vakt, selv om det var slik jeg ble vurdert av de andre". Skjellsettende erfaringer blir da så fremtredende at de erfarne i stedet for å åpne opp for nyfortolkninger i en aktuell situasjon, blir dogmatisk forutinntatte. Kanskje var det slik Elin kjente det den første tiden etter hendelsen. Carlsen setter ord på dette når han begrunner hvorfor han ikke fortsetter samarbeidet med treneren Kasparov: Treneren var så påvirket av nederlaget han hadde lidd for en motspiller at han ikke var i stand til å hjelpe Carlson å vinne over denne spilleren.²¹⁴

Lang erfaring fra yrkesutøvelsen som begrepet *kjent og erfaren* spesialsykepleier kommuniserer, er på ingen måte en lett vei til kunnskap selv om sider ved kunnskapen kan beskrives som resultat av utøvelse i denne virksomheten i motsetning til bevisst søken etter kunnskap.²¹⁵ Men begrepet kommuniserer ikke et passivt resultat av erfaring, det vil si lang utøvelse av en praksis. Det som erfaring her betyr er at utøverne selv har vært med på å skape og omskape denne virksomhetens begreper. De har vært aktive innenfor utøvelsen i betydningen av åpne for å lære nytt, latt seg utfordre, forholdt seg til nye situasjoner og korrigert forutinntatte oppfatninger. Uten en slik grunnleggende aktiv innstilling til utøvelsen, vil utøveren ikke kunne lære av sine erfaringer, men tvert imot bare gjøre de samme feilene om igjen. Å lære av erfaringer betyr også å lære på den brutale måten, slik Elin forteller. Kanskje slik læring gir sykepleieren mot i sitt arbeid? Mot til å ta et individuelt ansvar i et fellesskap ved for eksempel å påta seg oppgaven å skreddersy oppgaver til sine mindre erfarne kolleger, følge med og gripe inn i andres arbeid, og ikke overlate det til fellesskapet

²¹⁴ Intervju på norsk TV i forbindelse med VM i sjakk høsten 2011.

²¹⁵Jfr. Nortvedt & Grimen 2004, s. 191.

med fare for at ansvar forvittrer. Eller sagt på en annen måte: Å omskape praksis, for å forbedre praksis.

Å være kjent og erfaren spesialsykepleier betyr at du håndterer de mest kunnskapskrevende oppgavene og de mest utfordrende situasjonene. Da arbeider du nært sammen med legene. Nettopp det forhold har også konsekvenser for hvordan sykepleierne vurderer og utvikler sin kunnskap, og hvordan de vurderer sin kunnskap i relasjon til kollegers kunnskap. Arbeidet sammen med legene, praten og de faglige diskusjonene preges av likeverdighet. De kjenner hverandre godt og deler kunnskap med hverandre. Slik får sykepleierne lett tilgang til ny medisinsk kunnskap. Følgende historie viser hvordan arbeid og kunnskapsutvikling er innvevd i hverandre:

En lege som gikk visitt spurte sykepleier som hadde ansvar for barnet i kuvøsa om hvordan hun trodde det ville gå med dette barnet. Sykepleieren svarte, og de snakket om hva hun vektla i sine vurderinger. ”Ok”, sa legen henvendt til oss som sto ved kuvøsa, ”jeg har nettopp vært på en konferanse der en forsker la frem resultater fra en forskning som foregikk omtrent på denne måten.” Forskeren hadde spurt sykepleiere og leger om hvordan de trodde det ville gå med et barn de hadde hovedansvar for. Svarene ble så sammenlignet med hvordan det faktisk gikk med barnet. Det viste seg at legene og sykepleierne traff svært godt med sine forestillinger.

Legen lovet å sende publikasjonens referanse til sykepleieren ved kuvøsa.

Det er vanlig at legene trekker frem forskningsresultater og relevante studier som foregår når de arbeider sammen med sykepleierne. De sender også referanser til forskning og linker til artikler som de mener er relevante, til sykepleierne. Selv om noen sykepleiere søker regelmessig i databaser, også medisinske, er legene en viktig kilde til ny kunnskap med relevans for praksis. Medisinsk og sykepleiefaglig kunnskap innenfor nyfødtintensivfaget overlapper i stor grad hverandre, og for sykepleierne er medisinsk forskning en svært viktig kunnskapskilde. Vera sier at “for meg virker ny forskning legene viser til også som impulser til å søke etter ting jeg er spesielt interessert i”.

De utvikler kunnskap i et faglig fellesskap med legene. På samme måte utvikler de kunnskap via kontakt med kolleger ved nyfødtintensivavdelinger ved andre sykehus, også utenfor Norge. Flere sykepleiere ved avdelingen har hospitert i perioder ved andre

nyfødte intensivavdelinger i Norge og i Sverige. De møter også kolleger og utveksler erfaringer på kongresser og seminarer.

Dette er nettverk for kunnskapsutvikling som sykepleierne i avdelingen har tilgang til. Kunnskapsutviklingen går i hovedsak ut på å bringe inn nye måter å løse kjente oppgaver på, identifisere nye faglige utfordringer og skaffe seg innsikter i nye måter å pleie og behandle fortidligfødte og kritisk syke nyfødte barn på. De mindre erfarne sykepleierne i avdelingen har ikke i samme grad førstehåndstilgang til disse nettverkene, men får tilgang til ny kunnskap via deltagelse i daglige gjøremål, deltagelse i grupper, rapporter samt samtaler og diskusjoner med de kjente erfarne spesialsykepleierne.

De kjente og erfarne spesialsykepleierne i avdelingen engasjerte seg i spørsmålet om hvilken kunnskap som skal danne grunnlaget for virksomheten, og de bidro aktivt til sin egen og sine kollegers kunnskapsutvikling.

Da jeg avsluttet feltarbeidet spurte jeg deltagerne i samtalegruppene om hva de hadde fått ut av å delta i forskningen. “Hva du som forsker har fått ut av praten vår, er jeg usikker på, men for meg har dette vært en faglig vekker!”, svarte en av deltagerne spontant. Hun førte de andre i gruppa inn i diskusjon om hvordan de hadde erfart å fortelle, og å høre på andre sine historier og meninger:

Rigmor: Når jeg tenker på hvordan man arbeider, full fart og ofte umulige krav, frustrasjoner, men også mye glede... er det viktig bare å snakke om ting, fortelle, høre andre sine tanker og opplevelser. Stoppe opp, tenke frem og tilbake, og opp og ned... sammen med noen som skjønner, som har kjent på følelser, som har tenkt... *Jorunn:* Ja, tenkt noe lignende, men også annerledes. Du Martine, som fortalte om barnet du kalte “stille” satte i gang diskusjoner langt ut over denne gruppa. *Martine:* Ja, vi har snakket mye om det i avdelinga etterpå, mange har kjent bekymring for et stille barn, uten å gjøre noe med det. *Rigmor:* Så har vi pirket mye i ordet “stille”, prøvde oss på “rolig” i stedet, men det ble feil, fordi barnet gråt jo nesten ikke, uttrykte seg ikke. Det var jo det som var bekymringen. *Martine:* Men “stille” er ikke bare enkelt å bruke, det har vi også snakket om, stille i forhold til hva? *Rigmor:* Det kunne vi ha snakket om i denne gruppa, hvor vanskelig det er å bruke hverdagsord som har så mange betydninger, det handler om hvordan vi forstår ting... og snakker om det.

Rigmor, Martine og Jorunn snakker her om å bruke det de erfarer i sitt daglige arbeid som kilde til kunnskapsutvikling. Ikke bare ved å fortelle, der de setter ord på tause dimensjoner ved sin kunnskap, men også ved å utforske det de forteller når de reflekterer kritisk over egne handlinger og meninger, og deler sine tanker og meninger med kolleger som kilde til felles kunnskap. De ble utfordret av hverdagsordenes mange betydninger. Det er en viktig erkjennelse i forhold til erfaringsnære begreper. Kanskje prøvde de å forestille seg “stille barn” som noe abstrakt, uten Martine sin fortelling? Kanskje forsøkte de å gjøre distinksjoner mellom “stille” og et ord som de oppfattet som motsats, uten å lykkes.

Fra erfaring til kunnskap: De erfarte hvordan de kan utvikle og dele praktisk-klinisk kunnskap, i dette tilfellet hvordan håndtere et barn som er stille og som nesten ikke gråter, via fortellinger om situasjoner og hendelser der et stille barn er involvert. Deretter utforsker de tilstanden, ved å spørre seg om dette er unormalt eller normalt, kople ulike innsikter sammen og prøve å finne mønstre og sammenhenger i denne tilstanden.

I sitt daglige arbeid mener de at de mangler et forum for kunnskapsutvikling med utgangspunkt i erfaringer fra eget arbeid. Martine begrunner det slik:

Både i personalgruppen og i faggruppen er oppgavene fastlagt, det er ikke rom for å snakke om det vi har snakket om her. Har tenkt på at de gruppene heller ikke egner seg for dette, fordi her har vi gått inn i arbeidets innerste kroker... og da må du ha arbeidet med dette en stund.

Personalgruppene der både erfarne og uerfarne deltar og der målet er en felles forståelse og en felles basiskunnskap i utøvelsen, egner seg ikke for kunnskapsutvikling ut fra egne erfaringer fordi de uerfarne og de erfarne vil erfare arbeidet forskjellig. Heller ikke faggruppene egner seg, fordi de er temabaserte og ikke har fokus på kunnskapsutvikling via arbeidserfaringer.

Sett utenfra kan det virke merkelig at de erfarne spesialsykepleierne ikke har egne faggrupper i forhold til det potensialet for kunnskapsutvikling som kan ligge i slike grupper. Det er hverken kostnadskrevende eller vanskelig å organisere i forhold til hva det koster å hospitere ved andre avdelinger eller å delta på fagkongresser. Kanskje Jorunn er inne på noe viktig, når hun svarer Martine slik:

Når vi i avdelingen diskuterer vårt arbeid og samarbeid, fokuserer vi på fagfelleskap mellom de ulike ansatte, at de nye og de gamle skal være sammen, prate sammen, diskutere fag sammen, gå ut sammen, være sosiale og slikt. Gruppene og alle møtene

er lagt opp slik (...) da er det nesten utenkelig at vi, som er mest erfarne, skulle lage oss ei gruppe for kunnskapsutvikling som de mindre erfarne ikke fikk være med i. Tror det vil vekke oppstyr, vi er veldig fastlåst i dette med likhet..., vi skal være veldig like, men vi gjør jo langt fra det samme.

Selv om kunnskapsutviklingen blant de mest erfarne i egne grupper ikke er noen trussel mot samarbeid og fellesskap, kan likhetstanken bidra til at det ikke tenkes i slike baner ved avdelingen. Eller at de som gjør det, som sykepleierne i studien, har liten lyst til å foreslå grupper for kunnskapsutvikling for de mest erfarne. En unik kunnskapskilde overses.

Dette synet på kunnskap og kunnskapsutvikling begrenser utviklingen av kunnskap som et direkte resultat av arbeid, av førstehåndserfaringer i nyfødtintensivsykepleie. Av den kunnskapen som frembringes gjennom arbeid i dette spesielle feltet, men som må foredles i fortellinger og i kritiske refleksjoner der teoretisk og forskningsbasert kunnskap er viktige kunnskapskilder. Det er ikke bare teoretisk og forskningsbasert kunnskap som må tilpasses situasjoner og virksomhetens særtrekk, det samme gjelder innsikter som erverves via erfaringer i konkrete situasjoner. Det viser Elins historie ovenfor, og det viser samtalen mellom Rigmor, Jorunn og Martine. En annen side ved kunnskapsbruk og kunnskapsutvikling som fremkommer her, er at ansvaret ensidig legges på enkeltindivider.

Estabooks et al. fant den samme tendensen i en studie som utforsket sykepleiernes kunnskap i kirurgiske avdelinger. De fant at erfaringer fra hva som virker og ikke virker var den viktigste kilde til kunnskap, og hevder at dette kan bidra til motstand mot endringer. Sykepleierne søkte etter kunnskap kopleet til spesielle utfordringer, men mangel på tid og evne til å vurdere forskningsbasert kunnskap samt en arbeidskultur som forventet at sykepleierne gjorde ting uten å stille spørsmål, hindret kunnskapsutvikling. Estabooks et al. mener at institusjonene må ta større ansvar for kunnskapsutviklingen, og det kan gjøres ved å skape samarbeidsformer og strukturer i arbeidet som påvirker kunnskapsutviklingen.²¹⁶

Sykepleiernes forslag om egne faggrupper er et eksempel på en struktur i arbeidet som flytter fokus fra den enkelte sykepleiers ansvar for kunnskapsutvikling over til institusjonens ansvar.

Kunnskap og kunnskapsutvikling er grunnbestanddelen i sykepleiernes forestillinger om arbeidet i avdelingen, og hva det krever av dem. Derfor tar de ansvar for kunnskapsutviklingen i avdelingen. De vurderer seg selv som kyndige, som eksperter, når de

²¹⁶ Estabooks et al. 2005.

vurderer kollegers kunnskaper på måter som har fellestrekk med fagfellevurderinger som gjøres i vitenskapelig arbeid der kunnskapen identifiseres og kritisk vurderes av fagkyndige innenfor samme domene.²¹⁷

Hva er det sykepleierne ser i vaktlista, og hvor har de det fra?

Vaktstyrken skal ha beredskap for det som ennå ikke har skjedd. Nærmest alle innleggelses i avdelingen er ikke-planlagte innleggelses. Det er ikke uventede innleggelses, tvert imot forventer man at kritisk syke barn innlegges, men man vet ikke når. Det fordrer at vaktstyrken til enhver tid har litt å gå på, at ikke alle ressurser er bundet opp i planlagte oppgaver. Men, hvilke ressurser og hvor mye ressurser dette skal være er en skjønsmessig vurdering som gjøres fra vakt til vakt.

Vaktlista fremstår for sykepleierne som et bilde på alt arbeidet som vil foregå i løpet av vakta, også det arbeidet som de ikke vet noe om ennå, men som de uartikulert kalkulerer med. Det gjør de ved å forestille seg hvordan arbeidet kan flyte med de oppgaver som er kjente, og i tillegg tenkte mulige oppgaver. Slik fremstår vaktlista som et bilde på mange forskjellige oppgaver, og utøvere med ulik kunnskap. Sykepleierne vurderer helt konkret hvem som kan gjøre hva i kritiske situasjoner slik at det opprettholdes en viss balanse mellom oppgaver og ressurser i vaktstyrken.

Vurderingene gjøres ut fra erfaringer med at dette er viktig å planlegge. Å unngå ubalanse retter seg mot å sikre behandling, innenfor rammer satt av akseptable virksomhetsinterne kriterier, til alle pasientene i avdelingen, både de som er innlagte, og de som legges inn i løpet av vakta. At ubalanse mellom utfordringer på vakter, og evne til å svare på dem er et reelt problem, og ikke en ubegrunnet krisemaksimering, viser forskning: Flere studier viser at barn født i helger og på nattevakter har høyere dødelighet i nyfødtperioden enn barn født på ukedager.²¹⁸ Hamilton et al. viser i en studie blant sykepleiere fra føde- og nyfødtavdelinger at

²¹⁷ I introduksjon til *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*, skriver Ericsson: "In some domains it is difficult for non-experts to identify experts, and consequently researchers rely on peer-nominations by professionals in the same domain." (Ericsson 2006, s. 4).

²¹⁸ Gould et al. 2005, Hamilton et al. 2007.

sykepleiere får generelt mindre direkte hjelp og støtte, og at de har problemer med å få backup fra leger i krisesituasjoner, på helge- og nattevakter.²¹⁹

Forbindelser mellom 'jeg' og 'vi' i vaktstyrken: Sykepleierne ser ikke sine egne oppgaver som avgrenset til de oppgavene de er tildelt på vaktlista, men som innvevd i et felles prosjekt der utførelsen av egne arbeidsoppgaver er avhengig av hva som skjer i løpet av vakta, og hva de andre i vaktstyrken er i stand til å gjøre. De ser forholdet mellom det som skjer og det de andre i vaktstyrken kan gjøre, fra sin aktørplass. Det er det stedet de selv handler ut fra og har sine erfaringer fra. Stedet der eget arbeid er vevd inn i andres arbeid, og der ansvar for andres arbeid skapes. Et ansvar som frembringer tette forbindelser mellom et "jeg" og et "vi" i vaktstyrken, der vi'et medfører at andres kunnskaper og arbeidsoppgaver angår dem.

Det er den forståelsen for arbeidet, eller den praktiske kunnskap innenfor denne virksomheten, som ligger i sykepleiernes engasjement i spørsmålet om hvem som er på vakt og i deres vurderinger av ressurser i vaktstyrken. Elisa sier det slik:

Jeg var jo der og ungen ble knalldårlig, Astrid kunne jo ikke klare det alene, måtte jo gå inn i det selv om jeg hadde ansvar ute sammen med en fersk student... jaja, det var mye ute, men ikke noe som ikke kunne vente litt (...) jeg var ikke i tvil, jeg måtte jo hjelpe til. Det er nettopp dette jeg er god på, dette kan jeg, og noen måtte gjøre det, slik er arbeidet vårt. Og så greide vi det på et vis, jeg har aldri sugd i en tube slik jeg gjorde da, aldri. Men det var eneste muligheten, og det skjønte jeg raskt, og barnet greide seg (...) fantastisk!

Elisa forsto hva som sto på spill, hun forsto hva som måtte gjøres, hun kunne gjøre det, og hun gjorde det. Hun forlot egne oppgaver for å hjelpe Astrid. Situasjonen var slik at Astrid ikke kunne håndtere den alene, hun måtte ha hjelp. Slik er det ofte. Slik er arbeidet, sier Elisa. Det er en følge av at sykepleierne ofte står alene på et barn, selv om barnets tilstand er slik at noen oppgaver krever at de må være to sykepleiere for å utføre dem. Det kan gjelde både planlagte stell og prosedyrer, og akutte kritiske situasjoner.

Aktørplassen gir arbeidet form, og arbeidet former aktørplassen: Å være der; være på vakt, og å være i stand til å gjøre – ha kunnskap innenfor virksomheten - er det stedet sykepleierne ser og tolker arbeidet i avdelingen, og vaktlista fra. Det er ikke et vilkårlig sted, men et sted

²¹⁹ Hamilton et al. 2007. Studien inkluderer ikke nyfødteintensivavdelinger, men min studie viser at utfordringene finnes også der.

der de ser etter noe spesielt, der de ser noe *som* noe. Når sykepleierne stiller spørsmålet om hvem som er på vakt og de vurderer kollegers evne til å handle i konkrete situasjoner, er det uttrykk for en bestemt forståelse av arbeidet som skal foregå på vakta.

Det bringer oss igjen over til Meløe som skriver at stedet vi ser fra gir skikkelse til våre virksomheter, som igjen gir stedet vi ser fra sin skikkelse. Jeg bruker begrepet form i stedet for skikkelse, og vil med Meløe si at stedet sykepleierne ser fra gir form til deres arbeid, som igjen gir form til stedet de ser fra.²²⁰ Det er et samspill her der de via sin aktørplass skaper den kunnskapen de har bruk for, for å utføre kompetente handlinger fra denne aktørplassen.

Forståelsen, eller kunnskapen, er da ikke tilfeldig. Den er utviklet i en gjensidighet mellom studier der formålet er kunnskapsutvikling, og gjennom arbeid som et resultat av handlinger som hadde andre formål enn kunnskapssøking og kunnskapsutvikling. Via begreper som for eksempel fortidligfødte barn og foreldre, via utstyr som respirator og overvåkningsutstyr og via ordninger som vaktssystem med deltagere med ulik kunnskap ledes sykepleierne til bestemte erfaringer når de er på vakt. I erfaringene smelter teoretiske innsikter sammen med innsikter fra deltagelse i arbeid. Denne syntesen mellom de begreper sykepleieren har og det de erfarer i konkrete situasjoner er det filteret vaktlista forstås gjennom av sykepleierne. Filteret er virksomhetens egne begreper, og er utviklet på følgende måte via utøvelse:

Å integrere 'virksomhetens egne' begreper: Først har sykepleierne erfart, som uerfarne, hvordan for eksempel en kritisk situasjon håndteres, og hvordan planlagte oppgaver omfordales. De lærte da noe om hva som kan skje og hvordan det kan håndteres. De lærte noe om å prioritere, kanskje først og fremst at man må prioritere og at å prioritere står i motsetning til å la tilfeldigheter råde. Hva som må gjøres her-og-nå og hva som kan vente litt, gjør da en forskjell og settes i kontakt med kunnskap de har tilegnet seg i studier. De forsto kanskje sammenhengen mellom lungefysiologi hos fortidligfødte barn, og trykket man bagger barnet med.

De lærte også hvem som kan gjøre hva, hvordan en uerfaren sykepleier eller lege kan bidra slik at den erfarne fyller ut sin aktørplass, og på den annen side, hvilke oppgaver, og når, en annen erfarne utøver må bidra for at den erfarne skal fylle ut sin aktørplass.

Gradvis fikk arbeidet en form som svarer til å være på vakt på nyfødtintensivavdelingen sammen med kolleger, erfarne og uerfarne. Fra å være opptatt av å lære seg detaljer, rettet de

²²⁰ Jfr. Meløe 1985d, og 2003 s. 107.

nå blikket stadig skarpere mot å gjøre det som måtte gjøres for at barnet skulle få best mulig behandling. Da meldte spørsmål seg om hvilke oppgaver, eller kombinasjoner av oppgaver de kunne ha ansvar for og samtidig ivareta barnets sikkerhet. Når sykepleierne vurderte sin egen arbeidskapasitet i forhold til virksomhetens krav, erfarte de noen oppgaver som mer krevende enn andre, noen oppgaver som lette å kombinere med ansvar for annet arbeid, mens andre oppgaver ble oppfattet som vanskeligere å kombinere. De forestilte seg, ofte via vaktlista, hvor de kunne søke hjelp, og vurderte da kollegers kunnskaper og arbeidsoppgaver. Det ga trening i å forstå og vurdere både det de selv, og andre gjør.

I diskusjoner om arbeidsfordeling på vakter forestilte de seg etter hvert hendelser de kjente til, for eksempel en akutt forverring hos et fortidligfødt barn, og uttrykte sine tanker om hva som ville kreves av folk og utstyr i slike tenkte hendelser. Da brynte de sin egen forståelse mot andres, fordi de viste frem sin forståelse i dette tenkte konkrete arbeidet. Det ga trening i å sette seg inn i andres sted.

Kollegers meninger og forståelse angikk nå deres egen utøvelse på en måte som også ga dem utrygghet. For eksempel når de var involverte i utfordrende situasjoner og kolleger ikke var i stand til å gi dem støtte, men de selv måtte støtte mindre erfarne kolleger.

Erfaringer fra forskjellige situasjoner, der koplinger oppsto mellom kunnskap tilegnet i studier og via arbeid, ga dem kunnskaper i det praktiske arbeidet. De visste nå en del om hva de ulike situasjonene krevde av handlinger, og hadde tanker om hva de selv var i stand til å gjøre i konkrete situasjoner. Denne innsikten i arbeidet brukte de når de påtok seg oppgaver.

Men ennå så de ikke alt som er å se i arbeidet ved nyfødtintensivavdelingen. De hadde for eksempel ikke mange alternative måter å håndtere en kritisk situasjon på, for eksempel i et mottak ved operasjonsavdelingen. Men så snart de hadde vært med på mottak og hatt en aktiv rolle i mottaket der, brukte de sine erfaringer som inngang til deltagelse i den delen av virksomheten. På den måten fikk arbeidet form ut fra for eksempel begrepet om mottak av et fortidligfødt barn, om å håndtere respirasjonsstans, hjertestans, kramper, og begrepet om å legge barnet på morens bryst for første gang.

Deltagelse i arbeidet, der de arbeidet i avdelingen etter nyfødtintensivavdelingens kriterier, ble slik det stedet de så og forsto fra. Da så de etter hvert det de så, som noe. For eksempel et barn med blek hudfarge så de som et barn med pusteproblemer. Slik ble virksomhetens ord

deres ord. De fikk et språk å tenke og forstå med. Det som for en uerfaren kunne fremtre som tilfeldige hendelser på ei vakt, knyttet de nå til virksomhetens særtrekk.²²¹

Da får begrepet “mottak ved operasjonsavdelingen” et innhold og en aktualitet på vaktene som gjør det til en tydelig og uomtvistelig del av virksomheten. Både at det skjer mottak ved operasjonsavdelingen, at sykepleier går sammen med lege i mottak, og de konkrete arbeidsmåtene i mottaket. For vaktstyrken har dette begrepet konsekvenser og er eksempel på et begrep som er innebygget i virksomheten og som sykepleierne i avhandlingen ser virksomheten med, forstår virksomheten gjennom og som er med i vurderinger av ressurser i vaktlista.

Det er denne praktisk-kliniske kunnskapen, som Meløe legger i det kyndige blikk: Å se det som er å se, og å vite at du gjør det. Da ser du virksomheten “med de begreper som er innebygget i virksomheten selv”.²²²

Oppsummering

Kunnskapen som identifiseres og utforskes i dette kapitlet retter seg mot *Å sette sammen robuste handlingsrom*. Praten rundt rapportbordet da sykepleierne diskuterte vaktlista og fordelte arbeidsoppgaver, virket ganske hverdagslig og triviell. Men ved nærmere utforskning viser praten frem uttrykk for en bestemt forståelse for hva virksomhetens materielle dimensjon – det fortidligfødte og kritisk syke nyfødte barnet – krever av handlinger av de som er på vakt. Skal virksomhetens mål, som er å redde liv og ikke skade barnet, oppnås, må den samlede kyndighet i vaktstyrken kunne møte de krav til handlinger som kommer i løpet av vakta.

Konkret handler det om å fordele og omfordele arbeidsoppgaver, slik at det opprettholdes en viss balanse mellom oppgaver og ressurser i vaktstyrken gjennom hele vakta. For å møte denne utfordringen organiseres handlinger både i forhold til et tidsforløp (denne vakta), og i forhold til de forløp som sykepleierne vet vil kunne finne sted i løpet av vakta. Handlingsrommet organiseres da ut fra hvem som kan gjøre hva, og ansvar fordeles i overenstemmelse med en slik vurdering, der ansvar forstås som delvis kollektivt slik også kunnskapen er det. Sykepleiernes ønske om fora for kunnskapsutvikling i avdeling, kan

²²¹ Inspirasjon til fremstillingen av hvordan sykepleierne i avhandlingen har skapt sitt sted å se fra, er hentet fra Meløe som beskriver noe lignende fra et båtførerperspektiv (Meløe 2003, s. 114).

²²² Meløe 1985c, s. 23.

forstår ut fra en slik kunnskapsforståelse; som kollektiv og direkte knyttet til denne virksomheten.

Den evidensen som begrunner handlingers holdbarhet i handlingsrommet er knyttet til tidssammenhenger som handlingene forventes å måtte settes inn i, og slik til noe som ikke er synlig utenfra på samme måte som aktøren(e) og hans/(deres) verden, som jeg har redegjort for i kapittel 3. Dette er en form for kontekstuell evidens som er direkte knyttet til en helhetlig forståelse av handlingskonteksten der noe skal gjøres, her-og-nå og under de aktuelle uunngåelige omstendigheter.

I neste kapittel identifiseres og utforskes virksomhetens handlingsrom ytterligere. Fokus rettes mot reelle situasjoner der handlingers muligheter og nødvendigheter skapes og omskapes ut fra hvordan den tautologe gjenstand – barnet – forstås *ontologisk*.

6 Å være på vakt

“Prøva på praksis er sjølve det å praktisera”, skriver Skjervheim. Han mente at forskeren skal være forsiktig med å foreskrive fremgangsmåter for praktikerens handlinger. Derimot var Skjervheim åpen for at forskeren avdekket sammenhenger i praktikerens handlinger og meninger. Han mente at det var på den måten filosofien kunne bidra til forbedringer i praksis.²²³

Her er et viktig skille det er nødvendig å holde orden på, slik jeg ser det. Å utvikle kunnskap om praksis i den hensikt at sykepleieren skal forbedre sin utøvelse, handler ikke om å foreskrive en praksis i betydning av å lage regler for handlinger i ulike situasjoner. Tvert imot handler det om å utvikle tanker og å vise sammenhenger som kan gi impulser til sykepleierens egen tenkning og resonnering *om* sin praksis, og *i* sin praksis. Dermed er forskernes bidrag kunnskapskilder som må foredles, tilpasses og etterprøves av sykepleieren selv, fordi sykepleieutøvelse involverer en blanding av vitenskap, teknologi, erfaringer, handlinger, og samhandling med kolleger.

Dette kapitlet er et forsøk på å vise hvordan denne blandingen manifesterer seg i konkret praksis, og dermed i sammenhenger der sykepleierne bruker sine kunnskaper og gjør sine erfaringer. Jeg beskriver og fortolker fire hendelser på fire ulike vakter, der sykepleierens relasjoner til sine handlinger er preget av at noe skjer, noe må gjøres og noe kan gjøres.

Valget av disse vaktene er ganske tilfeldig, fordi enhver vakt viser variasjoner over noen vanlige arbeidsmåter der barnet, foreldrene, avansert utstyr, teknologi og fellesskapet med kolleger samvirker. Arbeidet på disse vaktene krever at de hjelper hverandre. Utstyr og teknologi rundt barnet er avansert og må håndteres av sykepleierne, og håndteres slik at barnet nyttiggjør seg utstyret uten risiko. I to av hendelsene er utfallet av barnets livstruende tilstand åpen. Ingen vet sikkert hvorfor krisen oppstår eller hva som blir utfallet av det de gjør. De to andre hendelsene viser sykepleierens aktsomhet for tilsynelatende mindre alvorlige behov hos barnet, men behov som likevel er avgjørende for barnets liv og helse på sikt.

²²³ Skjervheim 2000, s. 17.

Hendelsene representerer vanlige arbeidsoppgaver blant sykepleierne i studien, og gir dermed også en fremstilling av hvilke erfaringer som kan gjøres i nyfødintensivavdelingen. Hensikten med så detaljerte beskrivelser fra reelle praksissituasjoner er å skrive frem ulike aspekter ved erfarne spesialsykepleiere praktisk-klinisk kunnskap slik den kommer til uttrykk i konkret utøvelse.

Med Silja på aftenvakt

Klokka var halv tre på ettermiddagen, påtroppende vaktstyrke fikk en kort rapport på vaktrommet. På denne tiden hadde jeg gjort feltarbeid i avdelingen noen måneder, og de siste ukene hadde jeg fulgt arbeidet til alle døgnets tider. I dag var det på aftenvakt. Jeg gikk i hvitt og fikk være med på alt som skjedde. Det virket ikke som om sykepleierne ble forstyrret av at jeg forsket i deres arbeid:

Elsa, som skal være koordinator, fordeler arbeidsoppgavene. Sykepleierne diskuterer grundig hvor krevende barnet Nils er. De vurderer hvem som kan ha ansvar for han og hvem som kan hjelpe til. Nils er svært fortidligfødt, og er fysiologisk ustabil. Sykepleierne foregriper livstruende situasjoner som kan oppstå når de resonnerer seg frem til at Silja kan ha ansvar for Nils, hvis Elsa hjelper til. Men da må Elsa ha ansvar for barnet i nabokuvøsa, som er nyfødt med foreløpig uavklart tilstand, men som Elsa omtaler som sannsynligvis “bare litt startvansker”. Jeg bestemmer meg for å gå sammen med Silja.

Nils, og tallet 19, står det på et hjemmelaget blått kort med bilde av en bil på. Kortet er puttet i en plastlomme og festet med tape til kuvøsa på kortsiden som vender ut mot rommet.

Nils er tre dager gammel. Det er bare ansiktet og navlen som er synlig, der han ligger på rygg i kuvøsa. Resten av kroppen er dekket med tøy. Sammenrullede tøybleier som danner en pøselignende sak ligger tett omsluttet kroppen.

Samtidig som Silja får rapport fra avtroppende sykepleier i vaktskiftet, skifter de bleie og tøy under han, og de veier han. Han har gått opp i vekt. “Sannsynligvis for mye væske”, sier avtroppende sykepleier, “jeg har ikke fått tid til å regne over”. De snakker om barnets tilstand og om foreldrene som nettopp er gått for å spise. Sykepleieren ønsker oss god vakt, og forlater avdelingen.

Silja sjekker nå hver slange som går til barnet, rister vann ut av respiratorslangene og sjekker innstillingene på respiratoren og NO-gassen.²²⁴ Hun merker alle intravenøsslengene. Hun kopler fra morsmelken og trekker opp melk fra magen. Han fordøyer ikke maten. Men han tisser, sier hun og veier bleien.

Silja setter seg ved bordet, som er plassert slik at hun har kuvøsa med alt utstyr rett foran seg, og leser kurver, rapporter og observasjonsskjema. Hun regner over væskemengde og lager plan over medisiner og væskebehandling. “Han har fått for mye væske hittil”, sier hun, og endrer innstillingen på en sprøytepumpe, ”vi får se hvordan det går med glucosen (blodsukker) nå”.

Nils sover dypt, han beveger seg ikke. Det er festet elektroder på brystet og til den ene foten. Ledningene er koplet til en monitor som overvåker puls, hjerterytme, blodtrykk og oksygenopptak. Tallverdiene og kurvene vises på en skjerm på veggen rett bak kuvøsa. Silja følger med på skjermen.

Silja forteller at hun tok imot Nils da han kom til avdelingen, men at hun har hatt fri i helga og derfor ikke kjenner han eller foreldrene. “Han var sprek da han kom”, sier hun, “men nå er han veldig tander, tåler nesten ikke at jeg rører ved han. Veldig hypoton (slapp), og så har han ei blåfarget tå, den er kommet i dag tror vi, det er vel navlekateteret²²⁵”.

Jeg spør hvordan hun vurderer barnets tilstand nå. “Han er ustabil, veldig dårlig og blir bare verre, jeg har ringt etter vakthavende og sa at bakvakta også burde komme”. Silja hører ikke respirasjonslyder på høyre side, men hører svake lyder på venstre side. “Kan det være pneumothorax²²⁶?”, spør jeg. “Tja kanskje, men det kan like gjerne handle om tubeoposisjon, jeg vet ikke hvordan tuben ligger, har ikke lyttet på han før, det har heller ikke Elsa, så vi vet ikke. Håper S. (legen) har lyttet på han tidligere i dag, Nei, det er vanskelig å lytte på så små (...) og så er det lydene fra respirator og utstyret rundt han. Det forstyrrer”. Hun resonnerer videre: “Det kan være en blødning, eller infeksjon selv om han får antibiotika. Han er så umoden, mange forhold kan virke sammen, nei... jeg vet ikke helt”. “Er du usikker”, spør jeg. “Ja, på hva som er galt,

²²⁴ NO-gass er nitrogengass som brukes i kombinasjon med pustestøtte for å sette ned trykket i lungene, og slik bedre gassutvekslingen.

²²⁵ Tynt plastrør som legges i en av blodårene i navlen på nyfødte for å tilføre barnet væske og medisiner intravenøs. Kateteret øker risikoen for blodpropp. Det er det Silja sikter til her.

²²⁶ Sammenfall av lunge.

men jeg er sikker på at noe er på gang, og jeg er på alerten..., utstyr er klart og Elsa kan hjelpe til”.

Silja går bort til Maria som er vikar og har sin andre vakt her inne, og som spør om hjelp med trykket på CPAP. Silja retter på og fester neseproben, snur barnet og legger støtte under barnets nakke. Det hjelper.

Begge legene kommer. De har to medisinstudenter med. Legene står tett ved kuvøsa, ser på barnet, på monitorene, på observasjonsskjema og småprater: “Når så du barnet sist?”, spør bakvakta henvendt til primærvakta. “Lørdag”. “Ok, da starter vi “ sier legen henvendt til Silja. “Har du lyttet på barnet i dag”, spør Silja. “Ja, på visitten”, svarer legen. Silja forteller at hun ikke hører respirasjonslyder på høyre side, og hun orienterer om endringer i barnets tilstand: Blodtrykket har falt gradvis de siste timene, og puls ligger bare så vidt over 100. Fargen er gradvis blitt dårligere: ”Gusten, gråblek med kartegninger, synes jeg, og så tåler han ingenting”, sier hun. Legene nikker. Silja fjerner tøy fra barnets fot og viser frem den blåfargede tåa. “Skal vi fjerne navlekateteret”, spør Silja. “Vi venter litt, trenger en sikker kanyle først”, sier bakvaktlegen. “Ja, vi tar det etter hvert”, sier Silja. Hun hjelper legen med undersøkelsen: Fjerner tøy, holder rede på slanger og støtter barnet. Legen forklarer barnets tilstand for studentene. Han trekker Silja inn i samtalen med spørsmål om sirkulasjon, væskemengde inn og ut og vekt, og spør spesielt etter hennes vurderinger av barnets tilstand. Hun rister på hodet og sier “han blir dårligere, synes jeg”. Studentene kommer nærmere kuvøsa og kikker på barnet og på skjermen på veggen. En av dem sier at hun så den svarte tåa på visitten i formiddag, men at det ikke ble snakket om den da.

Primærvaktlegen og medisinstudentene forlater så avdelingen. Plutselig får barnet puls- og blodtrykksfall. Silja roper på Elsa som er i ferd med å legge ned matsonde på barnet i nabokuvøsa. Elsa avbryter straks, spriter hendene og kommer til. Legen kopler fra respiratoren og Elsa griper etter bagen, kopler den til tuben og bagger²²⁷ barnet. Silja gjør klar for å suge i tuben og legen kopler NO-gassen til bagen. Silja suger, får ikke opp noe, setter ned litt saltvann og suger igjen, men får heller ikke nå noe opp. Barnet blir dårligere; puls og oksygenmetningen faller, lyden av alarmene fra respirator og overvåkningsutstyret er intense. Elsa trykker de av, men de koples

²²⁷ Gir manuell pustestøtte.

automatisk på igjen etter kort tid. Silja gir beskjed til Maria om å stenge kuvøserommet for besøkende. Maria henger skilt på døra med beskjed til besøkende, som er foreldrene, om å henvende seg på vaktrommet.

Legen lytter over barnets lunger, forordner væskebehandling som Maria blander og som Silja kopler til sprøytepumpe. ”Hvor fort skal vi la den det gå inn” spør Silja. ”Over en halvtime”, svarer legen. Situasjonen er nå kritisk, barnet responderer ikke på behandlingen, Silja sjekker intravenøskoplingene. ”Får han i seg noe?”, spør Elsa. ”Alt virker ok.”, svare Silja. Legen ber om en kanyle til å stikke inn i barnets brystkasse, han hører heller ikke respirasjonslyder på høyre side. Silja gjør tegn til Maria om å finne frem en kanyle. Maria leter gjennom alle hyllene i tralla ved kuvøsa og i skapene ved mottaksenheten, men finner ikke kanylen. ”Hvor er kanylene lagret?”, spør hun. ”På lagret i gangen”, svarer Silja. Maria forsvinner ut døra, men kommer raskt tilbake. ”Jeg finner lagret, men ikke kanyler der”, sier hun. Jeg springer ut, finner de riktige kanylene, gir en kanyle til Silja som åpner innpakningen, legen griper kanylen, Silja løfter litt på barnets arm, blottlegger brystet og støtter rundt barnet når legen stikker kanylen gjennom brystveggen. Barnets tilstand bedrer seg ikke, han trekker ut kanylen og Silja legger barnets arm tilbake og tøy over brystet. Legen forordner blodprøver, røntgen og antibiotikabehandling.

”Kan det være en blødning (hjerneblødning)?”, undrer Elsa. ”Ja, det kan det, eller infeksjon, eller... skal sjekke tubeposisjon”, svarer legen.

Legen, Silja og Elsa fortsetter å arbeide med barnet. Maria sørger for at det blir tatt blodprøver, og blander deretter antibiotika som Silja kopler til barnet. Gradvis stiger puls, og blodtrykk og fargen er allerede litt bedre. Jeg spør da om situasjonen nå er under kontroll. ”Nei, på ingen måte”, svarer legen, ”vi vet ikke hva som utløste dette og vi vet heller ikke hva som nå snur situasjonen, men det vi kan si er at han er veldig umoden”.

Etter hvert legger de barnet tilbake på respirator. Elsa går tilbake til sitt arbeid og Silja og legen diskuterer videre forløp. De avtaler at Silja skal ringe legen om en time for da har de blodprøvesvar og røntgensvar, og vet hvordan barnet responderer på medisinene som var gitt.

Legen går for å snakke med foreldrene som venter på foreldrerommet, og Silja dokumenterer hendelsen på observasjonsarket. Hun bruker utskrift fra monitoren for å dokumentere puls, oksygenmetning og blodtrykk nøyaktig. “For meg er monitorene til stor hjelp, vet nøyaktig, uten å bruke stoppeklokke, hvor lenge han hadde sirkulasjonssvikt og hvor langt ned han gikk.”

Maria spør igjen Silja om hjelp, hun får ikke opp trykket, har prøvd det samme som Silja gjorde, men det hjelper ikke. Silja hjelper henne, kontrollerer utstyret, spesielt koplingene på slangene og rister vann ut av slangene. Deretter skifter hun fra probe²²⁸ til nesemaske, det hjelper. Barnet sovner og får den pustestøtte det trenger. Silja sier til Maria at proben kanskje irriterte i neseborene. “Det kan være lurt å bytte litt mellom probe og nesemaske”, sier Silja.

På vaktrommet litt senere snakker legen og Silja om hendelsen. De kjenner hverandre godt, har arbeidet sammen lenge og er tilfredse med innsatsen. “Det gikk på skinner” sier legen. Silja er enig. Jeg spør om de ble stresset av at Maria ikke var kjent, men det avviser begge. “Slik er kritiske situasjoner”, sier legen, “noen er ukjente, slik har det vært for oss alle, og noe går ikke som forventet”. Silja nikker. De snakker om studentens observasjoner av den blå tåa i formiddag. “Interessant”, sier legen “hun forsto nok ikke noe av det før du viste tåa frem og spurte om vi skulle fjerne navlekateteret”. “Det var nå godt vi ikke gjorde det”, sier Silja. “Ja, det kan du si”, sier legen.

Silja er forberedt på en akuttsituasjon, hun har regnet over væskemengde inn og ut siste døgnet, hun har vurdert vekt, hun har sjekket blodprøvesvar i kurven og hun har satt seg inn i observasjonsskjema der puls, blodtrykk og oksygenmetning er fortløpende dokumentert. Hun har stelt barnet og vurdert hva barnet tåler. De systematiske observasjonene bruker hun når hun sammen med legene utforsker barnets tilstand. Samtidig orienterer observasjonene henne om muligheten for en livstruende situasjon, derfor avtaler hun hjelp med Elsa. Hun planlegger i en uforutsigbar situasjon. Når så en kritisk situasjon oppstår er hun forberedt og fordeler raskt oppgaver: Elsa bagger, Marie stenger av rommet og går til hånne, hun selv suger barnet, støtter barnet og legger til rette for Elsa og legen. Hun holder oversikt over medisiner, hvordan barnet responderer og følger slik med på barnets tilstand.

²²⁸ Utstyr som forbinder CPAP med nesen. Det består av to tynne og korte sonder som plasseres og festes i barnets nesebor. Nesemaske forbinder også CPAP med barnets nese, og er en maske som festes over barnets nese.

Det kan virke som om Silja, Elsa og legen handler ut fra en felles forståelse av hva som står på spill, og hva som må og kan gjøres. Enkeltutøveres “jeg” blir her til et “vi”, der de engasjerer seg i en felles oppgave og der handlingene kjedes sammen. Straks Elsa og legen gjør noe med barnet, deltar de samarbeidende med Silja i utforskning av situasjonen, og i vurderinger av hva dette handler om og hva som bør gjøres. Det individuelle engasjementet og de individuelle ferdighetene er sterkt til stede i arbeidet, og inngår i det kollektive på en bestemt måte. For eksempel forholder de seg både til det vi kan kalle fakta, som er barnets sirkulasjonssvikt, og det usikre i hendelsen som er hva som utløste dette og hva som bør og kan gjøres, på en tilsynelatende samstemt måte når de arbeider sammen.

Hvordan er det mulig?

Deltagelse; å la seg påvirke og å påvirke

Deltagerne i et felt er plassert, fanget og påvirket. Det påkaller spesifikke *interesser*, skriver Bourdieu. Interessene arter seg som erkjennelse av verdier og hva som står på spill, og erkjennelse av hva som må og kan gjøres.²²⁹ Bourdieu skriver at interessebegrepet ”tvang seg fram for meg” som motvekt til en naiv oppfatning av menneskelig adferd.²³⁰ Interessebegrepet står ikke bare i motsetning til mangel på interesse eller motivasjon, men står også i motsetning til likegyldighet. Bourdieu beskriver likegyldighet som en tilstand der en ikke foretrekker noe fremfor noe annet, og på samme tid en bevissthetstilstand der en er ute av stand til å skille ut de innsatser som blir gjort relevante. Den som er likegyldig lar seg ikke påvirke. Den som derimot er til stede i feltet er fanget i og av spillet, og lar seg påvirke.

Nettopp dette å være på vakt og å være tilstede i situasjoner, plassert, fanget og påvirket, som Bourdieu skriver, var den konteksten sykepleierne fremhevet som deres erfaringsplass. Derfra henter de sine tenkemåter, der forener de alt de kan og vet i handlinger og der erfarer de konsekvensene av det de gjør eller unnlater å gjøre. Der lar de seg påvirke, i betydningen av at noe fanger deres oppmerksomhet, noe vektlegges og noe annet skyves vekk. Den unike situasjonen der noe skjer og noe må skje - og det er de selv som må få det til å skje, de kan ikke flykte fra det - er stedet hvor sykepleierne fortolker og forstår sitt arbeid, og erfarer sin egen og kollegers kunnskaps gyldighet fra.

²²⁹ Bourdieu et al. 1995, s. 103 – 104.

²³⁰ Samme sted, s. 20.

Det betyr ikke at alle som deltar i en situasjon fortolker og forstår utfordringene likt. I hendelsen ovenfor ville Silja fjerne navlekateteret, mens legen ville vente. Navlekateteret var ikke likegyldig for dem: De lot seg påvirke av sammenhengen mellom navlekateteret, den blå tåa og barnets ustabile tilstand, av det uklare og uforutsigbare i situasjonen. Men de så ulikt på hvilke løsninger som var tilgjengelige og best tilpasset situasjonens sannsynlige utvikling.

Slik er deltagelse også alltid påvirkning. Selv om fortolkninger orienterer mot inngripen i situasjonen; mot konkrete handlinger, innebærer det å være plassert, fanget og mottagelig for situasjonens stadig forandrede karakter, muligheter for å vippe situasjonen i den ene eller andre retning. Fasitsvar finnes ikke, håndteringen må tilpasses og times. Det krever resonnement og vurderinger som vist i hendelsen ovenfor. I tillegg kreves en form for samstemthet kolleger i mellom som fordrer interesse for, og engasjement i, kollegers tenkning og resonnementer.

Skjervheim mente at deltagelse handler om å engasjere seg i andre menneskers vurderinger, i motsetning til å behandle andre sine vurderinger som et faktum en ikke kan påvirke.²³¹ Engasjement er, i følge Skjervheim, en grunnstruktur i den menneskelige tilværelsen: Vi kan ikke velge å være engasjert. I og med at vi allerede er i verden, er vi allerede engasjert i et eller annet. Det vi derimot kan velge, er hva vi skal engasjere oss i, eller hvordan vi vil engasjere oss i en sak.²³²

Det valget har Silja, Elsa og legen. At alle tre engasjerer seg i å stabilisere situasjonen er en selvfølge, men det som ikke er like selvfølgelig er måten de gjør dette på: De følger hverandres handlinger – når Elsa bagger, kobler legen NO-gassen til baggen -, og de følger hverandres ytringer. De korrigerer hverandre og de hjelper hverandre med for eksempel vanskelige prosedyrer, som Silja gjør når hun holder barnet på en bestemt måte for at legen skal kunne stikke riktig. De tar det den andre gjør og sier på alvor, vurderer og påvirker. Slik bidrar alle med sine oppfatninger – sine praktisk-kliniske kunnskaper - som uttrykkes i handlinger. Hver og en, og i et fellesskap, bestemmer de hendelsens gang.

²³¹ Skjervheim 2002 [1957], s. 23 og 28.

²³² Samme sted, s. 29.

Virksomhetens egne begreper som handlingsveiledende

Samstemtheten synes å være preget av at de har tilnærmet lik forståelse for hva hendelsen er uttrykk for, og for hva som kan gjøres. De forstår sine egne og andres oppgaver ganske likt. Med Meløe kan en si at Silja, legen og Elsa forstår situasjonen og håndterer situasjonen med et kyndig blikk: De utfyller sine aktørplasser, og de begrepene som er innebygget i deres håndtering av situasjonen, er virksomhetens egne begreper.²³³

Her er to viktige forhold: Det ene forhold er at de er deltagere i en vaktstyrke, som er et faglig fellesskap der de gjenkjenner oppfattelser og handlinger hos hverandre. De inngår i et samspill som synliggjør hverandres sterke og svake sider. Den enkeltes relasjon til sine handlinger er preget av en praktisk måte å tenke og resonnerer på, der omstendigheter og ansvarlighet er retningsgivende. Det andre forhold er at de tenker og handler gjennom virksomhetens begreper. For eksempel begrepet “svært fortidligfødt barn” synes for alle å innebære muligheter for å overleve livstruende situasjoner ved optimal behandling, samtidig som de erkjenner at umodenheten hos barnet setter sine grenser. Begrepet legitimerer handlinger, forsterker handlinger og bidrar til at handlinger blir mer uproblematisk for deltagerne å være med på. I dette tilfellet handlet det om å stabilisere barnet ved å strebe mot å oppheve sirkulasjonssvikten, ikke å avslutte behandlingen selv om det også kunne legitimeres ut fra begrepet “svært fortidligfødt barn”. Å forstå og handle gjennom virksomhetens begreper er en måte å følge regler på der regler og prosedyrer må fortolkes, og nyfortolkes i hver unike situasjon. Virksomhetens egne begreper – vi kan kalle begrepene for regler - gir fortolkningen et oppmerksomhetsfokus som avspeiler praksis, og som dermed endres når praksis endres.

På den måten er det en gjensidighet mellom deltagelse i en praksis og forståelse av de begreper knyttet til virksomheten som deltageren tenker og forstår sin utøvelse gjennom. I hendelsen ovenfor kan vi for eksempel tenke oss at innholdet i begrepet “svært fortidligfødt barn” har endret seg etter at respiratorbehandling med NO-gass ble mulig, slik at legen og Silja resonnererte annerledes om barnets muligheter for å overleve og dermed hadde fokus mot gjenoppliving lengre enn det de ville hatt før NO-gass ble tilgjengelig behandling.

Å skape og å delta i et “aktør-vi”: De arbeidet sammen slik at de individuelle handlingene og vurderingene inngikk på en usynlig, men kraftfull måte i den felles oppgave det var å håndtere

²³³ Meløe 1985c, s. 25 – 27.

denne sammensatte og tvetydige situasjonen. De tilpasset og timet sine egne oppgaver i forhold til det de forventet at de andre skulle gjøre. Det skapte forutsigbarhet og trygghet. De stolte på hverandre. På den måten ble jeg'ene til et sterkt og kraftfullt vi som sikret barnet i en koordinert innsats. De ikke bare utfylte sine aktørplasser, men de inngikk i et aktør-vi. Kunnskapen som er operativ her, og som Silja, legen og Elsa utrykte via deltagelse i et fortolkende, handlingsorienterende og sterkt aktør-vi, må omskapes fra deres kunnskapsreservoarer til en klar og tydelig kunnskap som gjør beslutninger om handling og handlinger gjennomførbar. Først da erfares handlingene som holdbare, og kunnskapen som uttrykkes i handlingene som gyldig.

Det er dermed via handlingenes holdbarhet i handlingsrommet, at den praktisk-kliniske kunnskapen her gis gyldighet.

Astrid på nattevakt

Astrid forteller om en hendelse der hun følte seg tvunget til å ta styringa over situasjonen selv om der var leger tilstede. Hun oppfattet det legene gjorde som urimelig:

... i halv tretida på natta stikker vakthavende, en fersk assistentlege, hodet inn på kuvøsestuen og spør med rolig stemme om en av oss kan bli med opp på operasjonsstua, det er keisersnitt. Vi er tre sykepleiere der, har det forholdsvis rolig med noen små, men ingen veldig dårlige barn. De to andre er opptatt med å ta blodprøver av et barn, og de nikker mot meg. “Ok., jeg kommer, men hva er det?” spør jeg. Det er ingenting ved legens adferd som tyder på at det haster. (Men jeg får senere vite at det ble meldt som katastrofesnitt²³⁴). “Det er sikkert et terminbarn, hvorfor spør du?” svarer legen. “Hvis barnet er prematur²³⁵ må jeg ta med diverse utstyr”, svarer jeg. Legen ringer fødeavdelingen, og snur seg stresset mot meg: ”En 27 uker, og kraftige blødninger”. “Løp opp, jeg kommer“, sier jeg og røsker med meg Curosurf²³⁶ pluss en pose med diverse utstyr som jeg dagen før hadde brukt da jeg laget scenario om placentaløsning²³⁷ sammen med min spesialsykepleierstudent. Posen inneholdt sonde, skalpellblad, kanyle, 20 ml sprøyte, adrenalin og natriumklorid. Så løper jeg opp.

²³⁴ Det betyr at operasjonen håndteres som akutt og kritisk.

²³⁵ Fortidligfødt.

²³⁶ Et medikament som settes ned i lungene på fortidligfødte barn for å bedre gassutvekslingen.

²³⁷ Hun laget en tenkt situasjon om morkakeløsning, samme situasjon som denne hendelsen.

Barnet er forløst når jeg kommer inn, assistentlegen står ved barnets fotende, mens to, for meg, ukjente anestesileger intuberer²³⁸ barnet. Jeg ser straks at de ikke har en barneleges håndlag, barnet nærmest henger etter laryngoskopet²³⁹. Jeg spør hvor mange forsøk de har gjort. “To”. Ok..., jeg starter apgarklokka²⁴⁰, barnet er nå gråblekt, ingen bevegelser, og... ingen ser ut til å ta kommandoen. Jeg tenker at ungen må ventileres straks, kopleer Neopuffen og ventilerer barnet i ca. et halvt minutt, selv om assistentlegen ville vi skulle starte å resuscitere (gjenopplive) i forholdet 3:1 uten å ventilere først. Barnet kom seg i farge og hjerateaksjon. Så resusciterer vi, det går greit. Jeg ber jordmor om å få tak i en plastpose²⁴¹ for å legge barnet i. Det gjør hun.

Anestesilegene vil nå gjøre et nytt forsøk på å intubere barnet, men jeg protesterer, sier vi har god kontroll over situasjonen, barnet er lett å ventilere, og vår bakvakt er her straks (siden primærvakta ikke oppfattet situasjonen som kritisk da barnet ble meldt, gikk det noe tid før bakvakta, som var hjemme, ble alarmert). Anestesilegene er ikke enige med meg, de vil gjerne prøve. Da spør jeg om noen av dem har intubert barn som er under ett kilo. Nei, det har de ikke, og de gir seg. Vi støtter nå barnets respirasjon ved å veksle mellom Neopuff og CPAP-støtte når barnet pustet tilfredsstillende. Vi har rimelig kontroll, jeg følger med farge og bevegelser, kjenner muskeltonus..., så kom bakvakta og vi flyttet faktisk barnet over til avdelinga før det ble intubert.

Forsker: Du tok styringa?

Astrid: Jeg måtte ta styringa, prøvde å unngå å overkjøre legene, men jeg sto heller ikke der og ventet på at de skulle gjøre noe. Du kan si at det var nødvendig, helt nødvendig slik situasjonen var, jeg måtte... Det var ikke tiden for øvelser for de som ikke kunne, fokus er, i slike situasjoner, å sikre barnet... alt annet kommer i andre rekke. Det var for barnet det gjaldt, slik må det jeg gjorde forstås: Jeg var der og var i stand til å ventilere barnet, la det i plastpose for å holde temperaturen, jeg kunne observere bare ved å vurdere respirasjon, hudfarge og muskeltonus – trengte ikke å

²³⁸ Føre et plastrør ned i luftrøret for å gi barnet pustestøtte på respirator.

²³⁹ Instrument til undersøkelse av strupehode, der det er lyskilde slik at man ser hvor plastrøret skal stikkes inn i luftrøret.

²⁴⁰ Klokke som startes straks barnet er født for å dokumentere barnets vitalitet de første ti minutter. Vitaliteten er en standardscore som brukes i videre diagnosearbeid.

²⁴¹ Dette gjøre for å hindre varmetap ved fordampning.

lytte eller telle – dette kan jeg! Men, jeg var jo helt avhengig av at de andre fulgte meg, og det gikk ok...

Hendelsen demonstrerer hva det å forstå via virksomhetens egne begreper i praksis betyr: Å forholde seg til virksomhetens kjernevirksomhet – som er å redde liv og ikke skade barnet – i alle situasjoner. Det krever en helhetlig situasjonsforståelse, uttrykt slik av Astrid: “jeg sto heller ikke der og ventet, ... dette kan jeg ... og, jeg måtte!”. Hun gjorde det som måtte gjøres av en erfaren spesialiskepleier i denne sammenhengen. Hennes situasjonsforståelse forankrer hennes muligheter til å handle i forhold til det nødvendige: Barnet er fortidligfødt og dermed ustabilt fysiologisk, og det er fra det stedet Astrid ser at legene “ikke har en barneleges håndlag”, og hun tar styringa. I denne hendelsen ser vi at det å forstå det andre gjør, er helt avgjørende for at handlinger kan kjedes sammen på en måte som blir til barnets beste.²⁴²

Astrid gjenkjenner mangler ved legens praksis, og spørsmålet er: Hvordan kan hun det?

Et mangfold av erfaringer

Astrid har lang erfaring fra tilsvarende situasjoner, men hva det er konkret hun ser i legens håndlag som hun gjenkjenner sier hun ikke noe om. Likevel er hun så sikker at hun presser situasjonen i en retning: Ikke intubere, men ventilere til barnelege kommer.

Astrid gjør kvalitative bedømminger av anestesilegenes evne til å intubere - ut fra “håndlaget” -, som hun sier. Men Astrid er ikke selv fortrolig med prosedyren, hun kan ikke intubere. Likevel er hun i stand til å vurdere legens praktisk-kliniske kunnskaper. Slik Meløe tenker seg det helt kyndige blikk på det andre gjør²⁴³, vektlegges at gjenkjenning knyttes til at praktikerer selv kan *gjøre*. Det var ikke tilfellet her.²⁴⁴

Astrids historie viser at erfaringer fra deltagelse i vaktstyrken med arbeidsdeling og oppgavefordeling, gir innsikter i virksomheten som gjør at Astrid er i stand til å gjenkjenne og bedømme, etter virksomhetsinterne kriterier, handlinger hun selv ikke kan utføre, men som hun har sett utført og som hun har erfart konsekvensene av. Dette er innsikter som Astrid ikke har søkt aktivt etter, ingen kurs eller formelle utdanningsløp har hatt fokus på å kjenne igjen håndlaget ved intubering. Likevel illustrerer hendelsen at den spesielle kunnskapen var kilde

²⁴² Jfr. Meløe 1997, s. 337, der han skriver at å feiltolke og slik misforstå det andre gjør kan være katastrofalt i trafikken. Her ser vi at det samme gjelder i nyfødtintensivavdelingen.

²⁴³ Meløe 1985c, s. 25.

²⁴⁴ Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 9.

til fortolkninger og resonnement, som ble retningsgivende for god praksis i hendelsen ovenfor.

Å være i reelle praksissituasjoner der noe skjer og noe gjøres, der man lykkes og mislykkes, og der konsekvenser av fortolkninger og handlinger synliggjøres, er steder for et mangfold av erfaringer. Man erfarer ikke bare det som angår ens egne oppgaver og ansvar, men hele situasjonen med pasienter, foreldre og kolleger, erfares i første person. Alt som skjer blir del av den enkelte deltagers erfaringer. Slik bygges det opp et repertoar av eksempler, bilder, tolkninger og handlinger som kroppsliggjøres i det profesjonelle blikk²⁴⁵, og som fungerer som et filter sykepleieren ser og fortolker situasjoner og oppgaver gjennom.²⁴⁶ Som i dette tilfellet, der legens ukyndige håndlag ble fremtredende for Astrid, mot hennes erfaringsbakgrunn.²⁴⁷ Forholdet mellom person, kunnskap og anvendelsessituasjon blir her tett. Det er vanskelig å skille kunnskapen fra den som bærer kunnskapen, kunnskaperen, og lærings situasjonene. Jeg er enig med Grimen som hevder at praktisk kunnskap alltid er indeksert; den peker essensielt på kunnskapsbæreren og brukersituasjonen. På den måten opptrer den med “merker som viser hvor den kommer fra, hva den anvendes til, og hvem som har den”.²⁴⁸ Slik kan en se hvor Astrid har lært den praktisk-kliniske kunnskapen som kom til uttrykk i hennes handlinger.

Barnet, og måten barnet forstås *ontologisk*, dukker her opp som avgjørende for hvordan handlingsrommet organiseres og re-organiseres, og dermed for aktørens konkrete handlinger og for den evidens som er tilgjengelig i dette rommet.

Egne erfaringer var her viktigere enn regler eller prosedyrer over mulige handlingsalternativer, selv om regler kan bidra til felles forståelse av felles oppgaver. Regler alene ville ikke fanget opp det unike og komplekse i denne situasjonen: At det skjedde på natten, at assistentlegen ikke oppfattet det kritiske i den første meldingen og dermed ikke varslet sin bakvakt umiddelbart, at anestesilegene ikke var trent, at Astrid var trent og at barnet var lett å ventilere. Det betyr ikke at det ikke finnes regler i denne situasjonen som

²⁴⁵ Slik Meløe bruker begrepet “det kyndige blikk”.

²⁴⁶ Bengtsson 2006, s. 66-67, beskriver dette seende som konsekvens av *ontologiske* antagelser. Han hevder at “vården inte kan bedrivs utan ontologiska antaganden”, fordi slike antagelser er avgjørende for “den virksomhet som bedrivs och de erfarenheter som kan göras”. I min studie ser jeg at antagelser om hva som finnes i barnet og hvordan det fungerer, er bakgrunnen for sykepleiernes forståelser, og utgangspunktet for å gjøre erfaringer.

²⁴⁷ Nortvedt & Grimen 2004, s. 165 – 191, hevder at egne erfaringer i første person alltid blir gjort av noen som har et perspektiv på verden, og at det er måten man er engasjert i verden på, som avgjør hvilke erfaringer man gjør og hvordan de blir gjort. Slik knytter Nortvedt og Grimen engasjement og involvering til læringsutbytte via profesjonelt arbeid.

²⁴⁸ Samme sted, s. 165 – 166.

Astrid og legene fulgte, men det betyr at fortolkninger og anvendelser av regler i situasjonen krevde relevante erfaringer fra tilsvarende situasjoner. De forholdt seg til prosedyren om umiddelbart å intubere et fortidligfødt barn som ikke puster selv, men de tilpasset regelen til det partikulære i denne situasjonen og valgte en annen måte å gi barnet mekanisk pustestøtte på. Dermed fulgte de regelen om å gi pustestøtte som er kjernen i regelen, men de valgte en annen praktisk løsning enn det regelen foreskrev. Det viser hvor avgjørende forståelse for konteksten er, samt evnen til å handle på stadig nye måter.

Det er ett viktig poeng her: Regelen om umiddelbar pustestøtte er helt avgjørende for barnets liv og helse. Hadde de brutt regelen ved ikke å gi pustestøtte, eller gitt pustestøtte som skadet barnet, ville dette ikke vært god praksis. Men, god praksis krever en situasjonsforståelse der alle sider ved situasjonen identifiseres og fortolkes, for eksempel; barnets tilstand, hvem som er til stede, hvilket utstyr som er tilgjengelig og hvordan det kan brukes. Bare slik kan aktørene handle etisk i denne situasjonen.

Individuelt ansvar og gjensidig avhengighet

Det å forandre på arbeidsdeling og oppgavefordeling på en måte som ikke ødela samarbeidet, er også sentralt i Astrids historie. Hun tok et individuelt ansvar, viste frem et tydelig jeg, og fikk legene med på sin fortolkning av hva som sto på spill og hva som kunne gjøres.

Hendelsen synliggjør hvilket ansvar som hviler på den enkelte i fellesoppgaver: Det er avgjørende å erkjenne, og å ta, et individuelt ansvar. Det gjorde Astrid, og det gjorde alle tre legene: Assistentlegen ringte fødeavdelingen for informasjon om barnet når Astrid etterlyste dette, han var klar for hjertemassasje etter at Astrid hadde bagget barnet, og anestesilegene “gir seg” og samarbeider om en fremgangsmåte de i utgangspunktet ikke ønsket, men som de med sine kunnskaper og handlinger støtter opp om fordi de ser at det fungerer. Det er samarbeidet som gjør at de lykkes, og situasjonen var slik at de var nødt til å støtte hverandre skulle de lykkes.

Forholdet mellom egen kunnskap og vaktstyrkens samlede kunnskap: Denne hendelsen viser at å være på vakt, plassert, fanget og påvirket, gir muligheter for å sette egen kunnskap ut i live på en skjellsettende måte. Det kan være krevende, men det er det sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap skal tjene til: Å gjøre det som er mulig innenfor det som er nødvendig i den

konkrete situasjonen. Da er det å gripe inn i kritiske situasjoner i tide, og på en riktig måte, livreddende.²⁴⁹

En studie av Tutton et al. som utforsket sykepleierarbeid i en skadeavdeling, fant at teamarbeid er et karakteristisk trekk ved sykepleierarbeid. De knyttet det å arbeide som team, der erfarne veiledet mindre erfarne og deltagerne hjalp hverandre med å få arbeidet gjort, til kunnskapsutvikling og kvalitet på arbeidet.²⁵⁰ Det gjør sykepleierne i denne studien også når de griper inn i situasjoner som de mener ikke håndteres i forhold til virksomhetens standard, og når de veileder og slik tar ansvar for at mindre erfarne utøvere skal utvikle nødvendig kunnskap innenfor fagfeltet.

På samme måten som Tutttons studie viser, finner jeg at nyfødteintensivvirksomheten krever teamarbeid. Virksomhetens særtrekk krever at flere aktører inngår i et handlingsfelleskap, der den enkeltes handling må tilpasses kollegenes i den unike situasjonen. Det betyr at aktør-*vi*'et også innbefatter mellommenneskelige relasjoner der innstillingen til hverandre får betydning. Astrid viser til det relasjonelle når hun sier at hun prøvde å unngå å overkjøre legene, og også når hun fremhever at hun "måtte ta styringa" og "var helt avhengig av at de andre fulgte meg". Hun kommanderte ikke, men stilte spørsmål og engasjerte seg i svarene. Det vippet situasjonen i en retning som samstemte med hennes praktisk-kliniske kunnskap. Måten hun forholdt seg til sine kolleger på – dialogisk der hun fikk innsikt i hva de andre tenkte om situasjonen, og der hun viste sin forståelse i handlinger – skapte et aktør-*vi* som førte til handlinger som sikret barnet. Tutton et al. knytter forekomsten av slike prosesser til erfaring, og skriver at å opprettholde et erfarent team var avgjørende for pasientens sikkerhet, og ble knyttet til personellmessig stabilitet og en dynamisk, vennlig arbeidsmåte.²⁵¹

Astrids historie viser hva Tutttons beskrivelser kan innbefatte. Astrid strebet mot "personellmessig stabilitet" når hun ville vente på barnelegen, men hun måtte finne gode løsninger der-og-da for å sikre barnet i mellomtiden. Det var derfor et praksisens "*vi*" som sikret barnet den tiden det tok før en erfaren barnelege kom til. Å skape et slikt "*vi*" krever at utøverne går inn i situasjoner uten å ha bestemt seg på forhånd for hva hun eller han skal gjøre. Det handler om å gå i dialog med situasjonen - barnets tilstand og de uunngåelige omstendigheter rundt der-og-da – og la situasjonen sette premissene for handlingsmulighetene.

²⁴⁹ Jfr. Benner et al. 2011, s. 167 og s. 213.

²⁵⁰ Tutton et al. 2007.

²⁵¹ Samme sted.

Slik skaper de sammen og gjennom gjensidig påvirkning det felles handlingsrom og dets evidens. Nettopp dette synliggjøres i den neste hendelsen der det handler om å identifisere tidlige tegn på forverrelser hos barnet, og der arbeidsdeling mellom lege og sykepleier skal bringes sammen til et helhetlig behandlingsforløp for barnet.

Sølvi på dagvakt

Det er tirsdag morgen og stor aktivitet på kuvøserommet, jeg er sammen med Sølvi som har ansvar for et barn som er født for to dager siden, og som veier knapt ett og et halvt kilo. På rapporten ble barnets tilstand beskrevet som stabil. Sølvi kjenner ikke barnet:

Etter at hun har stelt barnet, notert sine observasjoner og regnet over væskemengde og medisiner siste døgnet, sier hun: ”Jeg vet ikke riktig, synes han er merkelig i fargen og så er han så urolig”, sier hun. Barnet får lysbehandling,²⁵² Sølvi slår av lyset og inspiserer barnet: ”Nei, kanskje det er bilirubin (gir gul farget hud) som spiller meg et puss, men er han ikke litt gusten i fargen? I alle fall er det noe som plager han, han lager grimaser og gråter mye.” Men på den annen side puster han fint, han har ikke hatt oksygenmetningsfall, heller ikke økende oksygenbehov, det taler mot at det er noe galt. Men, han har fordøyd litt dårligere de siste måltidene.

Mor kommer og forteller at barnet var urolig også i går kveld. De planlegger at mor skal stille barnet og få barnet på brystet senere på dagen. Mor holder rundt barnet i kuvøsa, og barnet sovner. Mor forlater avdelingen.

Rigmor, som hadde ansvar for barnet dagen før, stopper opp ved kuvøsa og kikker på barnet på vei ut av rommet. ”Nå, hva ser du?”, spør Sølvi. ”Synes han er litt gråblek i farge, men han var jo veldig gul i går, så det er vanskelig å bedømme”, sier Rigmor. Sølvi svarer at hun også reagerer på fargen. ”Noe kan være på gang”, sier Rigmor og tilføyer ”du får se, det er jo tatt infeksjonsstatus²⁵³ i morges”. ”Nei, prøvene mislyktes”, sier Sonja.

Legevisitten kommer, Sølvi legger frem sine bekymringer og sier at blodprøvene var mislykket. ”Er han syk”, spør legen. De kjenner hverandre godt, og har arbeidet

²⁵² Lysbehandling foregår ved at barnet ligger naken i kuvøsen med en lyskilde over som bryter ned bilirubin (et gult avfallstoff) i huden. Jfr. et bilde i kap.3 som viser denne form for behandling.

²⁵³ Blodprøver som identifiserer infeksjon hos barnet.

sammen i mange, mange år. ”Vanskelig å si”, sier Sølvi, ”men jeg skulle gjerne hatt infeksjonsstatus nå”. ”Det er tatt glucose nettopp ser jeg”, sier legen spørrende. “Ja, jeg sjekket fordi han ikke hadde fått i seg matmengden siste døgnet, men glucosen var ok”, sier Sølvi. De snakker om at barnet har fordøyd dårlig fra han var født for snart to døgn siden, Sølvi sier de burde lagt inn navlevenekateter og ernært han skikkelig. ”Det er en vanskelig avveining på barn i denne størrelsen”, sier legen, ”vi angrer ofte både når vi legger inn og når vi ikke gjør det. Der er risiko og vi får ikke sikre svar i ettertid om valget var rett eller galt”.

Legen undersøker barnet og oppsummerer: ”Han har en liten ductuslyd²⁵⁴, og kanskje er han litt blek, han er jo ikke særlig gul lenger, så vi tar blodprøver for å se om vi kan ta han ut av lys”. “Ikke infeksjonsstatus?”, spør Sølvi. “Vi avventer”, sier legen som går til neste barn. Men, straks han er ferdig der kommer han tilbake. “Tror du han brygger på infeksjon”, spør legen. ”Kanskje”, svarer Sølvi. ”Da tar vi infeksjonsstatus”, sier legen.

Blodprøver viser ikke tegn på infeksjon, lysbehandlingen blir avsluttet, og mor får barnet på fanget. Når Sølvi så legger barnet inn i kuvøsa igjen, sier hun at nå er hun sikker på at barnet er gråblek i fargen. Fortsatt fordøyer barnet dårlig, Sølvi har økt intravenøsmengden, “presser ikke barnet med mat”, sier hun.

Vi spiser lunsj sammen og Sølvi sier hun ennå ikke er sikker på at barnet ikke brygger på noe.

Så får barnet sitt første oksygenmetningsfall,²⁵⁵ Sølvi ringer legen som bestiller nye blodprøver. Heller ikke disse viser sikre tegn på infeksjon. På rapporten til seinvakta sier Sølvi at “noe er på gang, det er jeg sikker på”. Barnet får flere anfall utover ettermiddagen, og trenger etter hvert oksygentilførsel. Blodprøver som da tas viser begynnende infeksjon. Behandling startes og barnet kommer seg raskt.

Dagen etter snakket jeg med Sølvi om situasjonen, hun fremhevet at hun på ingen måte var sikker på at det var infeksjon selv om mye talte for det. “Men jeg var sikker på at det var noe med han”. Hun forteller:

²⁵⁴ Lyden oppstår fordi en forbindelse mellom to blodårer, som vanligvis lukker seg ved fødsel, kan være åpen hos fortidligfødte barn. Barnets tilstand påvirker også om forbindelsen lukker seg, og om den holder seg lukket, og barnets tilstand forverres av at forbindelsen er åpen.

²⁵⁵ Kan være første tegn på at barnet brygger på en infeksjon.

De sa ikke noe på rapportene om fargen eller uroen, men allerede da jeg stelte han på morgenen slo det meg at han kunne brygge på en infeksjon. Det var ikke én ting, men mange: Han var urolig, mot det irritable, gråt mye, var vanskelig å roe – hadde kanskje smerter – han fordøyde dårlig. Så var han gråblek – det er vanskelig å vurdere hudfargen på gule barn, men jeg har sett dette mange, mange gang. I tillegg hadde han hatt svært rask bilirubinstigning.²⁵⁶ Sammen taler det for forverrelser hos barnet, så da S. (legen) hørte en liten ductus, tenkte jeg at nå gjør vi bare det mest nødvendige, som å la mor holde han, og så gir vi han så mye ro som mulig, og nitidig overvåking. Det er viktig å ta infeksjon så tidlig som mulig, S. er trygg å arbeide sammen med, og han vet at dette er komplekst, og kanskje viktigst av alt: negativ infeksjonsstatus betyr bare at infeksjonsmarkører i blodet ikke er målbare på det tidspunktet, ikke at en infeksjon ikke er i utvikling! Dette har jeg sett før; pang en knalldårlig unge som må på respirator! Det kunne skjedd her også, men vi passet på og tok det tidlig...

Sølvi og legen arbeidet godt sammen. De påvirket hverandre i diskusjoner der de viste frem sine meninger og tok hensyn til hverandres synspunkter. Når legen sier at de ikke trenger å ta infeksjonsstatus, protesterer ikke Sølvi, selv om hennes spørsmål tyder på at hun kanskje ønsket blodprøver. Det er ikke uttrykk for at legen styrer, men heller uttrykk for en situasjonsforståelse som de deler, siden Sølvi ikke protesterte på legens avgjørelser. Sølvis spørsmål og observasjoner setter i gang tanker hos legen som gjør at han ombestemmer seg. De tør å argumentere mot hverandre, samtidig som de tar hensyn til den andres ytringer i sine faglige vurderinger. Sammen, og gjennom gjensidig påvirkning, skaper de det felles handlingsrommet.

Gjensidighet og respekt – en likeverdig relasjon

Å være deltager på vakt der en lar seg påvirke og påvirker situasjonen, stiller krav til måten en samhandler med sine kolleger på. Sølvi og legen kjenner hverandre godt. Deres kyndighet er knyttet til virksomheten, og virksomhetens materialitet og historie er internalisert i deres handlinger. Handlinger er igjen fortolkninger og svar på virksomhetens krav. De har ulikt ansvar i situasjonen: Legen har ansvar for behandling, og Sølvi har ansvar for de kontinuerlige observasjoner av barnet som behandlingen støtter seg på. Målet for begge er at

²⁵⁶ Kan være tegn på bakenforliggende tilstander, for eksempel infeksjon.

barnet skal få den pleie og behandling tilstanden til enhver tid krever. Men det er ikke en fast størrelse de kan forholde seg til, det må tolkes frem kontinuerlig.

Nettopp det utfordrer relasjonen mellom kolleger, spesielt mellom sykepleiere og leger, i denne virksomheten. De påvirker situasjonen og hverandre i faglige diskusjoner. Det må og skal de. Men, hvis relasjonen ikke preges av likeverd, der de møter hverandre med gjensidig respekt, kan påvirkningen helle mot manipulasjon. Manipulasjon i faglige samhandlinger truer fagligheten, fordi manipulasjon preges av at den ene part forteller den andre hva han eller hun skal tenke og gjøre. I praksis ville manipulasjon vært at Sølvi ikke forholdt seg til legens vurderinger, eller at legen hadde avvist Sølvis observasjoner og fortolkninger som oppspinn. Det kan skje, flere sykepleiere mente at fagligheten er truet når legen ikke tar hensyn til sykepleiernes observasjoner, eller når sykepleier overser legens fortolkninger. Det er således i *en treleddet relasjon* mellom sykepleier og lege, der saken – dere felles oppgave – er i fokus for begge partneres engasjement, at fagligheten kan ivaretas.²⁵⁷

Det viser historiene til Astrid og Sølvi. I begge situasjonene viser deltagerne vilje til å ta den andres meninger opp til ettertanke og diskusjon. Dette betyr ikke at begge partners fortolkninger er like gyldige. Den ene part kan sitte inne med kunnskap den andre ikke har, som vi så i historien til Astrid, men det betyr at de engasjerer seg i det den andre part sier og gjør i forhold til det oppgaven gjelder.

Det er derfor ikke utelukkende et møte mellom mennesker denne likeverdige relasjonen er tuftet på, men resultatet av et arbeid en ikke kan utføre individuelt, men der nettopp individuelle vurderinger er arbeidsoppgavens forutsetninger. Sølvi hadde mistanke om infeksjon fra hun tok i barnet på morgenen, og det var disse vurderingene og eventuelle konsekvenser av en infeksjon, som samhandlingen med legen dreide seg om gjennom hele vakta, og som til slutt resulterte i et sammenhengende godt behandlingsforløp for barnet. Samhandlingene mellom Sølvi og legen viser at de skaper kontinuerlig hverandres handlingsmuligheter i det felles handlingsrommet.

Like viktig som å redde barnets liv, er det å legge til rette for best mulig vekst og utviklingsmuligheter for barnet. Det innebærer blant annet å involvere foreldrene i daglig pleie og stell av sitt barn.

²⁵⁷ Skjervheim (2002 [1957]), skriver at vi har en treleddet relasjon mellom den andre, meg og saken når vi deler saken med hverandre (s.20). Det betyr; "Å ta den andre alvorleg er det same som å vera viljug til å ta hans meiningar opp til ettertanke, eventuelt til diskusjon."(s. 23). Mine funn viser at det er når en engasjerer seg i den andres handlinger og meninger, at en best sikrer fagligheten i nyfødintensivavdelingen.

Heidi på aftenvakt

Heidi går sammen med sin spesialsykepleierstudent. De har ansvar for lille Jenny som er vel fire uker gammel. Studenten henter tøy og gjør seg klar til å stelle Jenny. Heidi stopper henne, sier hun vil vurdere om de kan bade barnet sammen med foreldrene, når de kommer fordi “vi har det ganske rolig akkurat nå, barnet trenger og tåler et bad, og foreldrene trenger å stelle og kose med barnet”.

Foreldrene kommer, Heidi forteller hva hun planlegger og foreldrene smiler, men sier ikke noe. Heidi lager badevann i en balje, henter en ryggstøtte fra lageret og setter den i baljen, tilsetter noen dråper badeolje og setter baljen på et trillebord ved siden av kuvøsa. Studenten hjelper mor å finne frem tøy til barnet. “Nå skal det være klart”, sier Heidi. “Det tok sin tid”, sier mor og smiler mot Heidi.

Heidi og studenten forteller hvordan de tenker å gjennomføre badet, og spør foreldrene hva de tenker om fremgangsmåten. Mor sier hun synes det høres greit ut. Kanskje en av dem kan hjelpe til, spør Heidi. “Det må bli mor”, sier far.

“Først vil jeg vise dere hvordan vi vurderer om barnet tåler å bade”, sier Heidi. Hun kikker inn på barnet i kuvøsa og forteller hvordan hun vurderer hvor våkent barnet er, sier at barnet har sovnet godt i dag, og selv om hun bare glipper med øynene nå er hun våken nok til å bade. Hun fikk mat for to timer siden og er da passe mett. Hun puster fint på CPAP, og temperatur og hudfarge er ok, sier Heidi. “Kan hun bade med CPAP”, spør far. Heidi forteller hvordan en holder CPAP’en i nesen, mens den andre bader.

Så snur hun barnet over på andre siden og tar av bleien, legger tøy over barnet og støtter barnet med sine hender. Hun forteller at hun nå vurderer hvilken kapasitet barnet har for et bad. Hvis barnet ikke tåler leieendring, for eksempel at fargen forandres eller at barnet puster dårligere vil de ikke bade barnet. Barnet åpner øynene og beveger på armer og bein. Heidi viser hvordan de kan støtte barnet under badet ved å samle armene på brystet og gi støtte til bena. “Jeg vil gjerne prøve litt, selv om jeg egentlig kan samle armene”, sier mor. Heidi korrigerer og viser mor alternative måter å gjøre det på. De planlegger at Heidi skal holde barnet og lede badet, og mor skal vaske barnet. Studenten skal holde CPAP’en.

Heidi kopler av elektrodene som er festet på barnets bryst og fot, da bæsjer barnet, det kommer mye, studenten vasker og det tar litt tid før barnet har gjort fra seg. Heidi sjekker badevannet og tilsetter litt varmt vann før hun løfter barnet over i baljen. Nå åpner Jenny øynene, gjesper og beveger seg, mor samler hendene på brystet med ene hånden og vasker hodet og bak ørene. Heidi viser mor, og korrigerer. Barnet beveger seg, strekker seg, er urolig, Heidi sier de skal stoppe opp litt, ikke vaske, la barnet ligge i vannet. Barnet lukker øynene, blir rolig. Så får mor holde barnet alene, ser på barnet, smiler og sier til far: "Hun liker å bade". Far nikker og samler Jennys ben i hånden. Heidi løfter opp barnet, mor tørker barnet og snur seg mot far og sier: "Vil du kle på bleie."

Heidi valgte å bade barnet nettopp nå fordi foreldrene skulle få delta i badet. De hadde snakket om at foreldrene måtte involveres mer i pleie og stell. Foreldrene hadde vært nærværende de første ukene. Da hadde de barnet liggende på brystet og de satt ved kuvøsa og holdt rundt barnet. Nå virket det som om de slappet mer av og ikke helt fant sin plass. "De kommer bare innom og ser til henne, så går de", mente Heidi.

Forsker: Var du bekymret for foreldrekontakten?

Heidi: Kanskje litt, ja, men det jeg har sett i dag er oppløftende ... de vil gjerne, men må puffes litt. Kanskje er de bare lettet over at det nå går bra med Jenny, og ikke tenker på at de må bli kjent med henne, følge henne i utviklingen, hjelpe henne å finne ro, gi henne kos, beskytte henne.

Forsker: Var du usikker på om barnet tålte bad?

Heidi: Nei, men jeg ville vise foreldrene hvordan man vurderer barnet. Foreldre gjør ofte slike vurderinger når de kjenner barnet godt. Da sier de for eksempel at i dag hopper vi over kroppsvask fordi hun er så trøtt, eller, nå bader vi henne selv om det er kveld og slikt...

Spesialstudenten: Vi studenter snakker ofte om at vi må forberede foreldrene godt, og det må være rolig rundt. Nå gjorde vi det motsatte; ingen forberedelser, og ganske mye skjedde ved de andre kuvøsene...

Heidi: Nå misforstår du, vi forberedte foreldrene, vi viste dem hvordan de skulle holde og vaske, og vi tok oss av dem på en god måte. Litt kaos rundt er jo foreldre vant med,

de har vært her inne i snart en måned. Og, jeg kunne avbryte badingen raskt, det ville også foreldrene taklet.

Spesialstudenten: Jeg tenkte mer på å snakke om det i dag og så gjøre det i morgen.

Heidi: Og så skulle de ligge der og grue seg til badet og kanskje ikke komme sammen i morgen? Eller at det ble så travelt at vi ikke kunne bade i morgen? Nei, dette synes jeg gikk helt etter boka. Synes du kanskje jeg presset dem?

Spesialstudenten: Nei, men de fikk liksom ikke tid til å protestere... Vel, jeg har lært noe om å skape muligheter, ikke stå å vente på at de skal dukke opp.

Forsker: Hva var det som gikk "helt etter boka" i denne situasjonen?

Heidi: At foreldrene deltok, og at de forholdt seg mer til Jenny enn til oss. Det var bra.

Mulighet og nødvendighet

Studenten setter ord på en innstilling til arbeidet som krever at sykepleierne er fleksible i forhold til de betingelser deres praksis er underlagt. For eksempel er det vanskelig å planlegge og å gjennomføre noe på kuvøserommene fordi arbeidet der er uforutsigbart og veksler fra et øyeblikk til et annet. Likevel var det på det rommet badingen måtte foregå. I tillegg handler dette også om å gripe muligheter.

Den praktisk-kliniske kunnskapen som uttrykkes i handlingene i denne situasjonen, er fortolkninger av en virksomhet som har som et av sine særtrekk at foreldrene skal delta i daglig pleie av sitt barn. For sykepleierne er dette kunnskap med vitenskapelig belegg på lik linje med kunnskap i livreddende behandling. Og, på samme måten som kritiske situasjoner må håndteres ut fra hva situasjonen krever, må også denne situasjonen det. Heidi viser til en situasjonsforståelse som bare fortrolighet med virksomheten kan gi, når hun begrunner hvorfor bade akkurat nå. Hadde det vært travelt i avdelingen ville ikke Heidi prioritert å bade barnet. Det er ikke slik at bare en bestemmer seg for å bade barnet sammen med foreldrene, så får en det gjort. Det er heller slik at barnet, foreldrene, tilstanden til de andre barna på rommet og hvem som er på vakt, er unngåelige omstendigheter som setter premisser for badingen.

Badingen er respons på situasjonen der den sammensatte situasjonen har autoritet, ikke for eksempel teorier alene om hvordan man forbereder foreldrene, men også erfaringer fra

lignende situasjoner spiller her en selvstendig rolle. Det betyr ikke at teorier er fraværende, men at det er impulser fra situasjonen – der teorier og andre kunnskapskilder smelter sammen - som driver frem handlingene. Da blir “timingene” - å vite når en skal handle - også en selvstendig kilde til sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap.

Den sammensatte situasjonen har autoritet for om og hvordan konkrete sider ved handlingsrommet – her for bading av Jenny – skapes.

Oppsummering

Den praktisk-kliniske kunnskap som beskrives og utforskes i dette kapitlet retter seg mot *A bidra til sterke og robuste aktør-vi'er i samhandling med kolleger*. Erfarne spesialsykepleieres daglige arbeid preges av samhandling og samarbeid med kolleger der egne handlinger kjedes sammen med kollegers handlinger. Skal en slik handlingskjede bli til barnets beste, må de ulike aktørene forstå hverandres handlinger, fordi de skaper kontinuerlig hverandres handlingsmuligheter i et felles handlingsrom. Det er altså via handlingenes holdbarhet i handlingsrommet, her et felles handlingsrom, at den praktisk-kliniske kunnskapen gis gyldighet. *Handlingsrommets evidens* skapes slik gjennom deltagerens gjensidige påvirkning av hverandre i en utforskende hermeneutisk prosess.

Aktørene konstitueres i dette handlingsrommet, og preges av en dynamisk kombinasjon av sterke “jeg” og sterke ”vi”, der ansvar og kunnskap er intimt knyttet sammen og der ontologiske antagelser om barnet er sentrale og bestemmende for den evidens – den gyldige kunnskapen - de erfarer er tilgjengelig i handlingsrommet.

7 Arbeids- og tenkemåter

Utforskningen av måten sykepleierne vurderer vaktstyrken på og deres arbeidsmåter på vaktene, viser hvordan de erfarer og oppfatter virksomhetens utfordringer, og hvordan de svarer på utfordringene. Disse data motiverer for en nærmere utforskning av deres arbeids- og tenkemåter. Hva de konkret gjør, og måten de gjør det på, viser tilbake til deres profesjonelle ferdigheter og deres måte å tenke og resonnerer på.

I dette kapitlet utforsker jeg arbeids- og tenkemåter som kommer til uttrykk når de skaffer seg innsikt i egne og andres arbeidsoppgaver, og som deltagere i en kritisk situasjon der noe svikter.

Rapporten på vaktrommet i vaktskiftet identifiserer arbeidsoppgavene på en måte som gjør det mulig å fordele oppgaver, men de diskuterer ikke pasienters behandlingsforløp eller tilstand i denne rapporten. Det skjer derimot ved kuvøsa, der sykepleieren som skal overta ansvaret for barnet, får detaljert rapport av sykepleieren som har hatt ansvaret.

Å utforske barnet sammen med kolleger

Rapporten ved kuvøsa preges av faglige diskusjoner mellom påtroppende og avtroppende sykepleier. Den som går av vakt redegjør i detalj for barnets tilstand og planlagte behandlingsforløp, og sammen vurderer de barnets tilstand og videre behandlingsforløp. Nedenfor uttrykker Elizabeth sine forventninger til faglige vurderinger i denne rapporten:

Jeg vet at Jorunn kommer på seinvakt og skal ha dette barnet. Jeg vil høre med henne hvordan hun vurderer barnets mage nå. Hun hadde barnet i går. Jeg synes magen er blitt mykere og huden mindre glinsende, det taler mot å sette klyx²⁵⁸ igjen. Men barnet har ikke hatt mekoniumavgang²⁵⁹ ennå, fordøyer lite og det er fortsatt tydelige kartegninger over

²⁵⁸ Avføringsmiddel som settes i endetarmen.

²⁵⁹ Mekonium er barnets første avføring, og er første tegn på at tarmen fungerer.

hele abdomen²⁶⁰, så jeg er bekymret... Men nei, jeg setter ikke klyx nå, det vil jeg vurdere sammen med Jorunn, hun kan dette godt.

Når Jorunn så blir kjent med Elizabeths vurderinger, snur hun barnet fra side til side, støtter barnet med ene hånden og lar lyset falle inn på barnets nakne mage fra forskjellige vinkler. Hun berører magen lett med fingertuppene. Legger så barnet over mot andre siden og sier: "Jeg vil nok sette klyx, synes magen er stram, spesielt når barnet ligger slik det ligger nå, men huden på magen er kanskje mindre glinsende enn i går, så... hva er det vi har her?"

De går gjennom rapportene for å se om det har vært dokumentert spor av avføring, og også for å se hvordan barnet responderte på avføringsmiddelet som ble satt dagen før. Men ingen avføring er dokumentert, og ingen positiv respons på klyxet. "Hva har barnet vært gjennom", spør Jorunn. De diskuterer pusteproblemene de første døgnene, kommenterer at barnet fikk morsmelk tidlig²⁶¹ og finner ikke noe som taler for at barnet ikke vil tåle påkjenningen det er å få klyx. Begge fremhever at barnet er i bedring og at det derfor kan være mer riktig å prøve å gi klyx for "å få tarmen i gang", som Elizabeth sier, enn å la barnet ligge med stor mage. Slik utforsker de barnets tilstand i en dialogisk form.

Elizabeth og Jorunn diskuterte og forholdt seg til situasjonens mange ulike forhold. Med det mener jeg at de tok seg tid til å sette seg grundig inn i saken i den hensikt ikke å overse mulige forhold som kunne tale for eller mot å sette klyx. Avgjørelsen som de da tok var tuftet på resonnementer der flere mulige handlingsalternativer hadde vært vurdert. Ingen av dem var skråsikre, de diskuterte og resonnererte seg frem til avgjørelsen.

Denne måten å gå inn i utfordrende situasjoner på, der sykepleierne utforsker, resonnerer og uttrykker sine resonnementer for hverandre i en dialogisk form, er vanlig. Det er en måte de holder kontakt med det partikulære på, med det som kan ha betydning for handlingsvalg i nettopp den situasjonen. Elizabeth og Jorunn tenkte ganske likt om situasjonen etter hvert. Det kan handle om at de hadde grunnleggende felles forståelse for hvilke forhold som sto på spill og hva som kunne gjøres, ut fra sine erfaringer.

Handlingene ble her til gjennom en felles hermeneutisk prosess, som involverte dialoger i flere retninger; med barnet, med hverandre og med fagkunnskapen. Spesielt synliggjøres dialogen med barnet her. Den viser seg videre i analysen som særlig betydningsfull for

²⁶⁰ Magen.

²⁶¹ Det burde stimulert tarmen.

tilblivelsen av handlingsrommets evidens. Innsikt i barnets tilstand der-og-da fremstår som gyldig kunnskap som sykepleierne stoler på når beslutninger om handlinger tas.

I historien nedenfor vurderte Hanne og Trude barnet og situasjonen ganske likt. Men, mens Hanne ønsket å imøtekomme morens ønske om å holde barnet nå, argumenterte Trude slik for å vente til i morgen:

Barnet er bedre, ja, men hun var knalldårlig i morges og de hadde problemer med å intubere henne. Mor spurte nå for en time siden om hun kunne få holde henne. Vi snakket litt om barnets tilstand og jeg sa “nei, jeg synes vi skal vente til i morgen.” Likevel virker det som om mor kan spørre igjen, for hun spurte nettopp om det er du som skulle ha henne i natt. Du får nå gjøre som du vil, men jeg synes vi kan vente, ikke det at hun (barnet) ikke vil tåle å komme ut, men mor kan godt legge seg nå og være opplagt til å ha henne ute i morgen, gjerne tidlig. Jeg skal ha henne i morgen...

Hanne uttrykte sin uenighet slik overfor Trude: “Selvfølgelig kan mor få holde henne litt hvis hun (barnet) tåler det, selv om det er natt”, og argumenterte for at den totale arbeidsbelastningen i avdelingen ville tillate det, og at legen som hadde vakt var erfaren. Dermed hadde hun en sikkerhet hvis det skjedde noe uforutsett med barnet. Men Trude var ikke enig og spurte: “Hvorfor ha slikt hastverk, det er jo natt snart.”

”Ja, jeg har hastverk, og jeg kan fortelle deg hvorfor”, sa Hanne henvendt til meg etter at Trude hadde forlatt avdelingen. For mange år siden hadde hun overtalt en mor til å vente til dagen etter med å bade barnet sitt, selv om barnet tålte det. Hun vurderte da, akkurat som Trude gjorde nå, at mor trengte ro. Men det barnet ble dårligere og dårligere og mor fikk aldri bade barnet sitt. “Den hendelsen har lært meg å spørre: Er det mulig nå? Og så vurdere ut fra det”. Hun utsatte ikke noe som kunne gi mor og barn gode opplevelser, sa hun.

Hanne og Trude var enige om at barnet ville tåle å komme ut på morens fang, men de hadde ulik oppfattelse av hva som var den beste løsningen i denne situasjonen. Det viser valgmuligheter som finnes i denne usikre og ustabile virkeligheten, og det viser hvordan erfaringer vektas når avveininger i konkrete situasjoner gjøres.

Hvorfor trakk ikke Hanne denne erfaringen inn i diskusjonen med Trude?

Til det spørsmålet svarte Hanne at hun ikke hadde fortalt dette til noen av sine kolleger. Hun tenkte vanligvis ikke over at den hendelsen påvirket hennes vurderinger, ikke før Trude kalte dette hastverk.

Historien viser utfordringer i fagvurderinger som man vanligvis ikke tenker over: At utøveres praktisk-kliniske kunnskaper er nært forbundet med person og situasjon, og at fortolkninger og forståelse for hva som står på spill, hvilke forhold som kan ha betydning i en situasjon, ikke oppfattes likt for alle deltagerne i situasjonen. Men, hva som står på spill og hvordan, er nødvendige spørsmål i avveininger og valg, der nettopp situasjonsforståelsen er handlingsorienterende.

Kanskje er det slik at skjellsettende yrkeserfaringer kjennes som private, mer knyttet til meg som person enn yrkesutøver, og derfor ikke umiddelbart forbindes med kunnskap? Eller er det slik at yrkeserfaringer former våre tenke- og handlemåter på en måte som vi ikke tenker over i det daglige arbeidet?

Disse spørsmål viser et behov for at slik “taus” kunnskap artikuleres, reflekteres og kommuniseres i handlingsrommet, for å gi dens evidens handlingsinformerende kraft.²⁶² Mine resultat viser at den er tilstede som gyldig kunnskap som gir opphav til holdbare handlinger i handlingsrommet.

For å nærme oss disse spørsmålene skal vi se på noen sammenhenger mellom erfaringer og handlingsaspektet i sykepleierarbeid.

Om sammenhenger mellom erfaring og handling

Spørsmålet om hvorfor Hanne ikke gikk inn i diskusjoner med Trude, fortalte om sin erfaring og slik bidro til å dele og utvikle kunnskap, er interessant. Trude kunne da i en lignende situasjon tatt hensyn til de innsikter Hannes erfaring innebar, og det kunne bidratt til mer kreative og presise handlingsvalg. Et annet poeng her er at Hannes erfaringer bør prøves i diskusjoner med andres kunnskaper og meninger for at de skal være relevante og gyldige kunnskapskilder i virksomheten, og således bidra til virksomhetens praksis. Slik tenker vi ofte om yrkeserfaringer som kilder til utvikling av praktiske kunnskaper, som noe vi snakker med kolleger om og som vi reflekterer over og finner ut av. Men det er ikke den eneste måten sykepleierne i avdelingen utvikler sin praktisk-kliniske kunnskap på via erfaringer.

En annen måte kjenner vi igjen fra hverdagslivet der våre erfaringer - spesielt skjellsettende erfaringer - påvirker vår tenkning og våre resonnementer, og dermed våre handlinger. Uten at

²⁶² Hvorfor dette ikke gjøres i større grad av sykepleierne i studien kan handle om at det ikke er kultur for en slik kunnskapsutvikling fra yrkeserfaringer i avdelingen, noe jeg nevner i kapittel 5 som et savn fra sykepleierne.

vi aktivt har søkt etter lærdom i erfaringene, eller fortalt om dem, styrer de våre handlinger og ytringer i særskilte retninger.

Det var ikke nødvendigvis slik at Hanne ikke ville dele erfaringene sine med Trude. Kanskje var det bare slik at fokus var å få ting gjort på best mulig måte under de rådende omstendigheter? Og at da bidro erfaringen fra langt tilbake i tid til at noe ble synlig på en bestemt måte for Hanne. Dette synlige preget hennes relasjon til den handlingen hun valgte: Å la mor få holde barnet nå.

Det er vanskelig å vise hvordan slike erfaringer fra profesjonsutøvelse som ligger i minnet kan være relevante og gyldige kilder til tøverens praktisk-kliniske kunnskap. En hendelse fra min egen profesjonsutøvelse kan illustrere hvordan slike erfaringer kan frembringe bestemte arbeids- og tenkemåter:

Som ganske nyutdannet sykepleier hadde jeg ansvar for en nyoperert eldre mann på en aftenvakt. Da jeg hjalp mannen med kveldsstellet spurte han hvor han var og hva som hadde skjedd. Jeg fortalte at han var på sykehuset og at han var operert. Han nikket. Så utbrøt han plutselig: “Tenk at de har skutt han Sadat”. Jeg svarte ikke noe på det, men tenkte at mannen var forvirret etter operasjonen, og satte opp sengegjerdet før jeg forlot han, slik at han ikke skulle gå ut av senga uten at noen hjalp han. I rapporten til nattevaktene sa jeg at mannen var forvirret og nevnte at han hadde sagt at Sadat var skutt. “Vet du ikke at Sadat er skutt i dag”, spurte en av nattevaktene. Nei, det visste jeg ikke.

Erfaringen har påvirket min yrkesutøvelse; jeg ble mer vår for, og opptatt av, å forstå pasientens uttrykk. Dette skjedde 20 år før jeg leste Skjervheims essay *Deltakar og tilskodar*²⁶³, men hendelsen dukket opp i minnet da jeg leste det. Det Skjervheim kaller “å objektivere” den andre ga språk til erfaringen, og hjalp meg å formulere den innsikten erfaringen hadde gitt meg. Jeg hadde objektivert mannen ved å plassere han i kategorien “forvirret” da han fortalte at Sadat var skutt. Plasseringen gjorde jeg ut fra min kunnskap om at nyopererte gamle mennesker kunne bli forvirret etter en operasjon, samt at mannens spørsmål om hvor han var og hva som hadde skjedd passet godt inn i denne kategorien.

Erfaringen lærte meg at det som virker åpenbart når man ser etter likheter, kan være feil. Hadde jeg i dette tilfellet bare undret meg over det merkelige utsagnet, og stilt følgende spørsmål: “Hvor har du hørt det fra?”, hadde mannen tatt frem radioen han hadde under puta. Det var nemlig det han gjorde da jeg etter rapporten gikk inn til han og stilte spørsmålet.

²⁶³ Skjervheim 2002 [1957].

Hendelsen delte jeg ikke med noen, og tenkte ikke over at den var en kunnskapskilde for meg. Men den har bidratt til arbeids- og tenkemåter i møter med pasienter: Den gjorde meg oppmerksom på pasientens uttrykk som en viktig kilde til å forstå en pasientsituasjon. På den måten har erfaringen vært en relevant kilde til mine praktisk-kliniske kunnskaper, og på en finurlig måte har den samvirket med teoretiske, teknologiske og andre innsikter i arbeidsmåter og tenkning. Dermed har jeg, via handlinger, delt og kritisk prøvd ut erfaringen i møte med kolleger uten at jeg bevisst har søkt etter innsikten denne spesielle hendelsen ga. Kanskje kan en slik bearbeiding av erfaringer beskrives som refleksjon, ikke via språket, men via handlinger, via det kroppslige? Det synliggjør i alle fall en side ved kunnskapsutviklingen i handlingsrommet, hvor refleksjonen kan sies å være utelukkende kroppslig.

Hendelsen har påvirket mitt syn på læring og kunnskapsutvikling via utøvelse. På bachelorutdanningen i sykepleie er det stort fokus på at studenten skal artikulere sine erfaringer fra praksisstudier. Og som jeg har skrevet tidligere, det er viktig for læring. Men dette kravet synliggjør et læringssyn som vektlegger læring som resultat av aktiv og bevisst søken etter kunnskap via språket. Heggens refleksjoner over følgende praksissituasjon kan illustrere dette læringssynet:

Studenten Liv gir en pasient med diagnose “latent diabetes” diabetessyltetøy, hvorpå pasienten protesterer og tar det opp på legevisitten. Der får pasienten forsikringer om at hun kan spise vanlig syltetøy. Studenten tar ikke dette opp verken på rapporten eller i andre fora, skriver Heggen, som reflekterer over hvorfor studenten ikke tok det opp og slik oppdaget de læringsmuligheter som lå i situasjonen.²⁶⁴

Lærte studenten likevel noe i denne situasjonen? Min erfaring både som utøver, kollega og lærer tilsier at studenten lærte noe om diabetes og kost, noe om å gjøre feil og noe om pasienters forståelse for egen sykdom i denne situasjonen. Noe hun husker og som kommer frem i reelle pasientsituasjoner, som på ulike måter knytter forbindelser til hennes fortolkninger, forståelse og handlingsvalg senere. Noe som påvirker hva hun gjør neste gang hun er i en tilsvarende situasjon. En kunnskap som er merket med hennes navn og med situasjonen.

Jeg er enig med Heggen i at det lå gode læringsmuligheter i det hvis Liv hadde tatt dette opp, og at det er viktig at studenter trener seg i å formulere spørsmål, artikulere utfordringer og ta imot kritiske innspill fra andre. Men det betyr ikke at erfaringer som ikke artikuleres, eller på

²⁶⁴ Heggen 1995, s. 116 - 117.

annen måte arbeides med språklig og skrives frem i tekster, ikke gir kunnskaper som er relevante for sykepleierstudenters fremtidige profesjonsutøvelse.²⁶⁵ Læring kan her ses på som et produkt av deltagelse i ulike aktiviteter innenfor en virksomhet, der aktivitetene ikke primært har en læringshensikt, som i historien med studenten Liv. Å være tilstede i, og å erfare sider ved arbeidet som studentene ikke umiddelbart forstår eller kan gjøre rede for, bidrar også til å bygge opp forståelse for det betydningsfulle i dette profesjonelle arbeidet. For eksempel viktigheten av å la mor få holde sitt nyfødte, syke barn, som vi så i historien fra Hanne. For Hanne var det en dyrekjøpt lærdom, men den gjorde det lettere for henne å skille ut det viktige fra det mindre viktige – å gjøre kvalitative vurderinger - i en annen lignende situasjon. Slik kan det også bli for studenten Liv. Erfaringer fra reelle praksissituasjoner bidrar til gjenkjenning av mønstre i komplekse situasjoner, ved at noe blir synlig på en bestemt måte. Da kan også det som mangler, eller på annen måte avviker, bli synlig og vekke undring og spørsmål.

Det viser Hannes historie. Erfaringene hun fortalte om virket som den bakgrunn mot hvilken hun så, fortolket, forsto og responderte på morens ønske om å få holde barnet. Men også arbeidet Trude hadde påbegynt bidro i fortolkningen. Hanne sier at “jeg bryner mine tanker om hva som kan være best for barnet” med den som går av vakt, og responsen “innenfra (fra den som kjenner barnet godt)”, sier hun, “gjør at jeg evner å stille spørsmål til det jeg skal gjøre: Hva er det hun har gjort og hva bør, og kan, jeg gjøre videre?” Slik får Hanne kritiske innspill til egen tenkning. Da er det ikke bare svarene, mener Hanne, men også spørsmålene som åpner opp for at hun kan fortsette på en selvstendig måte på et arbeid andre har påbegynt. Spørsmålene åpner for å forestille seg, og vurdere, ulike handlingsmuligheter, for å treffe bedre i forhold til det situasjonen krever.

Slik kan man også forstå Jorunns fremgangsmåte når hun utfordres av Elizabeth; som en måte å stille spørsmål til situasjonen på. I Jorunns tilfelle stilles spørsmålene via handlinger: Når hun snur barnet til siden, spør hun kanskje hvordan magen fremstår i forhold til brystkasse og barnets pust. Når hun lar lyset falle på magen, spør hun kanskje hvor glinsende og stram magen er og hvordan blodkarene i huden fremstår. Og når hun berører magen, spør hun kanskje om magen er myk eller hard. Dette viser sansninger formidlet gjennom handlinger som spørsmål og svar, og viser til en forståelse som er operativ i handlingsrommet og i dets

²⁶⁵ Jfr. Polanyi som ikke bare mente at vi vet mer enn det vi kan gjøre rede for, men også hevdet at kravet om “ubegrenset klarhet kan ødelegge vår forståelse av komplekse saker”(2000, s. 27). Det betyr at ved å fokusere på enkeltdeler kan vi miste et mønster (samme sted s. 28).

evidens fordi de innsikter sykepleieren her får, erfares som opphav til holdbare handlinger i dette handlingsrommet.

Tilbake til studenten Liv. Hensikten med å ta inn den historien i refleksjonene her, er ikke å gå mot en pedagogikk som løfter frem læring gjennom å arbeide språklig med egne og andres erfaringer fra praksis, men å understreke at der foregår kunnskapsutvikling via erfaringer også uten at utøveren bevisst søker etter kunnskap i sine erfaringer. Utøveren vil likevel kunne tenke over sine erfaringer. Det i seg selv er en bevisstgjøring som knytter fortid til fremtid, og en måte å lære på. Hunter et al. skriver at læring i praksis også er et resultat av uventede hendelser, og at slik læring kan bidra til en taus og intuitiv forståelse for “how we do things here”.²⁶⁶ Jeg er derfor ikke enig med Heggen som oppsummerer hendelsen med at Liv ikke bare unngikk å lære noe spesielt fra denne hendelsen, men heller ikke lærte noe om “særegne trekk ved omsorgshandlinger”.²⁶⁷ Tvert imot, tenker jeg, Liv lærte noe betydningsfullt om sykepleierarbeid.

Det er nødvendig at studenter reflekterer over sine handlinger i praksis, at praksis teoretiseres, men ikke at faget og yrket utelukkende er tuftet på en slik læringsmodell. Det kan frata studenter erfaringer fra viktige sider ved praktisk-klinisk kunnskapsutvikling. For sykepleierstudenter har det å være tilstede, å se, høre, lukte, kjenne og delta i det faglige fellesskapet en læringsverdi i seg selv. Det åpner opp for erfaringer de ikke er eller kan være forberedt på, eller i stand til, å få klarhet i der-og-da. Men studentene husker erfaringer som historier fra praksis, fordi erfaringene korrigerer en forutinntatt oppfatning eller innstilling. Korreksjonen er den nye forståelse som gjør at noe blir fremtredende når erfaringen bekrefte eller avkreftes i lignende situasjoner senere.²⁶⁸ For eksempel kan det å ha sett et utslett, et spesielt sår, og det å ha sett, berørt og trykket lett på en hoven ankel, og ikke minst det å ha vært til stede når mennesker dør, gi relevante erfaringer som dukker opp i minnet senere. Slike erfaringer fra et mangfold av reelle praksissituasjoner bidrar til at studenten lettere gjenkjenner mønstre eller merke når noe ikke stemmer, i lignende, fremtidige situasjoner. Gjenkjenning av mønstre handler både om å se likheter, og bli oppmerksom på det som ikke stemmer. For studenter er det viktig å få en begynnende erfaring i å forholde seg til likheter og ulikheter, fordi det er innebygget i arbeids- og tenkemåter i sykepleierarbeid. Slik gir også tilsynelatende ubearbeidede erfaringer fra praksis en begynnende utvikling mot å se og forstå

²⁶⁶ Hunter et al. 2008.

²⁶⁷ Heggen 1995, s. 117.

²⁶⁸ Jfr. Gadamer's erfaringsbegrep: En ny forståelse oppstår, derfor har erfaringene noe å si meg (2010, s. 402).

med virksomhetens egne begreper²⁶⁹, og derfor nettopp lære noe om særtrekk ved dette arbeidet.

Å lære av erfaringer innbefatter tenkemåter som bærer i seg noe intuitivt: Å gjenkjenne mønstre, noe blir fremtredende i situasjonen og fanger deres oppmerksomhet, og gir en følelse av at det angår dem på en spesiell måte. For eksempel slik Hannes historie synliggjør.²⁷⁰ Det er person- og kontekstnært. Kanskje spesielt derfor er det viktig å dele med kolleger så mye av våre yrkeserfaringer som mulig, fordi de kan føre til diskusjoner av mer prinsipiell art. For eksempel kunne Hannes erfaring fra den unike situasjonen der barnet døde, ført til en praksis der flere ble mer oppmerksomme på barnets usikre fremtid, og dermed utnyttet mulighetene for foreldrenes kontakt med barnet bedre. Slik kan den enkeltes erfaring føre til kunnskapsutvikling som frembringer nye arbeids- og tenkemåter i praksis. Det samme gjelder min egen erfaring som beskrevet ovenfor. Den kunne bidratt til oppmerksomhet mot sammenhengen mellom egen for forståelses og de observasjoner og fortolkninger vi gjør av pasienters uttrykk. På den annen side viser vi frem våre erfaringer i handlinger som ofte er kjedet sammen med kollegers handlinger, og dermed utsettes erfaringene på ett vis for kritiske vurderinger.

Erfaringer er alltid enkelterfaringer, eller sagt på en annen måte: det unike tilfellet der utøveren enten får bekreftet sine forventninger eller lærer noe nytt som igjen blir stedet for nye erfaringer. Følgende historie illustrerer hvordan sykepleierne lærer av svært sjeldne hendelser:

Jeg hadde ansvar for en fortidligfødt nyfødt som hadde fått lagt ned matsonde²⁷¹ dagen før, men som tålte maten dårlig. Barnet fikk bare små mengder morsmelk i sonden og intervallet mellom måltidene var lengre enn det som var vanlig. Barnet fikk ernæring intravenøs i tillegg, og var stabilt på vakta mi, men jeg husker godt at han tålte bare små, små mengder morsmelk i sonden og jeg økte ikke mengden. Det er ikke uvanlig at små fortidligfødte fordøyer dårlig de første døgnene, derfor tenkte jeg ikke nærmere over *hvorfor* barnet tålte maten dårlig.

Men barnet ble etter hvert dårligere, og røntgenbilder viste lungebetennelse på grunn av mageinnhold i lungene. Matsonden hadde ligget i luftrøret, i stedet for i

²⁶⁹ Jfr. Meløe 1985c og Hunter et al. 2008.

²⁷⁰ Jfr. Polanyi (2000) vektlegging av den tause dimensjonen i kunnskap.

²⁷¹ Tynt plastrør som legges ned i magesekken via nese eller munn. Brukes når barnet ikke er i stand til å suge eller svelge melken.

magesekken. Det gikk bra med barnet, men oppholdet ble jo forlenget og jeg kan huske at dette var flaut overfor foreldrene.

Vi var overrasket, ja jeg var sjokket over at dette kunne skje. For det første er det sjelden vi legger sonden feil, og gjør vi det, oppdager vi det umiddelbart fordi barnet reagerer med pusteproblemer (...). Hendelsen har medført at vi har skjerpet opplæringen og vår praksis av sondenedleggelse. Og, vi sier aldri til de nye – som vi gjorde før – at det er uhyre sjelden vi legger sonden feil. I stedet sier vi at sonden kan legges feil uten at barnet reagerer kraftig på det, derfor må sondens posisjon sjekkes nøye både når vi legger den ned, og når vi er usikre på barnets tilstand.

Vi har lært, ikke bare at barnet kan tolerere at sonden ligger feil ei stund, men episoden har gjort noe med meg; nå stiller jeg de banale og dumme spørsmål oftere, avviser ikke engangstilfeller, og legene har nok også lært. Vi snakker faktisk om denne episoden når vi står fast. For meg er det viktig å vite at sånt kan skje...

Å vite at “sånt kan skje” knytter denne erfaringen til det partikulære – å legge sonden feil – og til det allmenne som denne erfaringen bidrar til: En arbeidsmåte som tar hensyn til erfaringer fra “enkeltilfeller”, og ikke bare det, men som ser enkeltilfeller som startpunkt for nye erfaringer. Det er antagelser om hva som finnes, og hvordan ting ser ut, som modifiseres av slike enkeltilfeller. Antagelsene er av *ontologisk* art,²⁷² avgrenset til denne spesifikke virksomheten, og fungerer som det filteret utøveren sanser, forstår og handler ut fra. Det som ingen trodde var mulig, skjedde!

Hvorfor dette skjedde sier historien ikke noe om, men man kan tenke seg at når grensen for behandling av små fortidligfødte barn stadig kryper nedover, kan barnets umodenhet føre til – som her - at sondepraksisen som tidligere var gangbare, må endres. I alle fall er det slik sykepleierne responderer på denne hendelsen; de endrer praksis og opplæring.

For Hanne og Jorunn knytter rapportene og spørsmålene her-og-nå forbindelse fra det som har hendt og som er gjort, til det som kommer og som ennå ikke har skjedd, men som de har ansvar for. De streber mot å forestille seg hva som kan komme, og, for best mulig å foregripe og hindre mulige problemer ønsker de å gjøre egne vurderinger av barnets tilstand. For eksempel i et stell. Dette fordi den innsikten sykepleierne får da, kan bidra til og reorganisere det handlingsrommet som ble organisert i vaktskiftet.

²⁷² Jfr. fotnote 246, s. 122.

Å vurdere barnets tilstand i stell

På mitt spørsmål om hvorfor det er så viktig å gjøre vurderinger av barnet i et stell, svarte Tone slik:

I stellet tar jeg i barnet, snur og løfter for å skifte tøy, jeg ser og berører huden, vurderer fargen, ødemer, sår, rifter. Jeg ser og kjenner bevegelser, vurderer hvordan barnet helst vil ligge, hvordan det legger armene, vurderer responsen fra barnet, vurderer hvordan barnet puster. Hva jeg ser etter er selvfølgelig styrt av det jeg vet om barnet og det jeg lurar på, men jeg prøver å være åpen for barnet og situasjonen. Jeg følger med på monitorene når jeg steller, puls og metning²⁷³ (...). Stellet hjelper meg å skille det som er viktig fra det mindre viktige, jeg får ofte tak i noe i stellet som påvirker det jeg gjør de neste timene.

Samtidig som Tone skaffer seg innsikt i barnets tilstand via sine sanser, følger hun med på monitorene som overvåker barnets vitale tegn og pågående behandling. Innsikten i barnets tilstand som rapportene har gitt – for eksempel resultater fra blodprøver og vitale tegn²⁷⁴ - gir retning til hennes sanselige observasjoner. Slik viser Tone til en stegvis gjensidighet mellom annen informasjon og det sanselige: Ikke sanselige innsikter om barnet, som hun fikk via rapportene, gir den sanselige observasjonen retning, og i neste omgang gir de sanselige observasjoner retning til pleie og behandling de neste timene. Faktakunnskap, teknologi og det sanselige koples sammen i stellet, og for Tone bidrar koplingen til “å skille det viktige fra det mindre viktige”. Koplingen bidrar til at kvalitative vurderinger av barnet blir mulige. Tone får “tak i noe” når hun steller barnet.

Hva dette “noe” er utdyper Silja:

Selv om jeg til en viss grad kan se om barnet er stiv i kroppen eller slapp ved å se hvordan barnet ligger, er det noe helt annet å ta i barnet. Da får jeg tak i de små nyansene, det svake, det som jeg bare så vidt kan merke, men som er der... ja, kanskje bare i et lite øyeblikk, men som jeg får tak i ..., og som jeg følge med videre..., og som hjelper meg å ta ting tidlig...

²⁷³ Oksygeninnholdet i blodet.

²⁷⁴ Puls, respirasjon, blodtrykk og oksygeninnhold i blodet.

Det er svake kroppslige uttrykk og mønstre som bare hendene kan gripe, som Silja gjenkjenner og som gir oppmerksomheten retning. Men hendene kan ikke være på hvilken måte som helst tilfører Silja:

Jeg er nøye med at hendene mine er varme og tørre, og jeg er forsiktig, med rolige og passe bevegelser. Hendene må ikke skremme barnet, barnet må ikke skvette til av mine hender, ja dere vet, vi har vel alle gjort det ... iskalde hender etter spritvask...

Når jeg kjenner noe som er der, så kjenner jeg etter om det er der neste gang jeg kjenner på barnet. Hendene må da være omtrent like fra gang til gang. For det er jo alvorlige ting vi oppdager med hendene og som vi kan ta tidlig, for eksempel infeksjoner og intrakranielle forandringer... Vi kjenner jo mønstrene...

Silja bruker hendene som måleinstrumenter, og skal hun kunne stole på det hendene "måler" må de påvirke barnet på samme måte gjentatte ganger. Det har hun lært ved å prøve seg frem, ved å prøve og feile: Feile da hun hadde iskalde hender, og lykkes når hun evnet å følge barnets bevegelser og uttrykk via hendene. Hun har slik erfart sammenhenger mellom det hun har fått tak i via hendene og barnets tilstand, for eksempel tidlige tegn på infeksjon og hjerneblødning. Å kommunisere med barnet på denne måten via hendene står ikke på noen måter i motsetning til at sykepleierne søker hjelp til å kjenne, og henter inn oppfatninger hos hverandre om hva dette kan være. For selv om denne informasjonen om barnet er viktig, er den på ingen måte sikker. Sykepleierne forteller at når de kjenner noe som de følger med på videre, er de ofte usikre på hva det betyr for barnets tilstand. Derfor følger de med om for eksempel intensiteten endrer seg, og derfor får de kolleger til å ta i barnet og vurdere om de kjenner det samme. Det samme gjelder hudfarge; det de ser er ingen sikker informasjon om barnet som lett kan koples til spesifikke tilstander, men er likevel viktige punkter i et større bilde av barnets tilstand.

Innsikten i barnets tilstand som de får via sine sanser, gir deres oppmerksomhet retning. De tar den på alvor, diskuterer sine observasjoner og fortolkninger med andre sykepleiere og med legene, og vurderer utviklingstendenser og handlingsalternativer. Det er spesielt når marginene for feil er små og behovet for raskt å respondere på forandringer, at kunnskapen om barnet som sansene bidrar med, blir viktig. Martine sier det slik:

At vi synes det er mangler ved bare å forholde oss til monitorene, blodprøver og slikt tror jeg handler om at der er noen kvaliteter som vi bare får tak i via våre sanser. Kvaliteter som vi erfarer gjør vurderinger av barnets tilstand mulig, i forhold til det vi skal gjøre.

Farge, pustemønster, slapphet, stivhet, sitringer²⁷⁵, rykninger, hva barnet tåler ... Alt dette forteller meg hvor dårlig barnet er akkurat nå, og hva jeg skal følge med på videre. Og det er jo det jeg vil vite når jeg overtar barnet, det er derfra jeg kan oppdage forandringer, være i forkant av problemer, diskutere med legene, passe på og vite hva jeg skal gjøre...

For eksempel når vi nå skal ta barnet av respiratoren, vil jeg vite mest mulig om tilstanden og gjøre barnet klar slik at han kan få ro de neste timene...., Jeg må passe på, følge med på en måte som tilstanden krever... vanligvis går det greit i begynnelsen, men vi er usikre, og dette er en prøve på å få han fort av...

Det er ingen devaluering av den objektive eller faktabaserte informasjon om barnets tilstand Martine tar til ordet for her, men heller en forening mellom faktainformasjon om barnet og sanselige innsikter om barnet, i det vi kan kalle kunnskap i det praktiske. Det som handler om forståelse for hva som kan og må gjøres, og hvorfor. Martine viser hvordan hennes erfaringsbaserte kunnskap fra lignende pasienter og situasjoner, forenes med teoretiske innsikter når hun sier “vanligvis går det greit i begynnelsen, men vi er usikre og ...”. I dette usikre ligger for eksempel teoretiske innsikter i sammenhenger mellom barnets modenhet og muligheter for å puste selv. Tone er inne på det samme når hun viser til gjensidighet mellom de sanselige innsikter i barnets tilstand og innsikter som overvåkningsutstyr og prøvesvar gir.

Deres praktisk-kliniske kunnskap gjør situasjonen håndterlig for sykepleierne. Den gir tilgang til hva som er vesentlig i situasjonen samtidig som materialiteten i situasjonen – det de tar inn og lar seg påvirke av om barnets tilstand og situasjonens uunngåelige omstendigheter – vurderes i en samtidighet fra flere hold. Det partikulære inngår da på en bestemt måte, og noe fremtrer som viktig og gjør sykepleierne årvåkne og nøye: De følger med, de passer på og de er i “forkant av problemer”, som Martine sier.

Å være i forkant

Sykepleierne i avhandlingen bruker begreper som “å være på alerten” og “å være litt i forkant” om en tenkemåte der de forestiller seg det som kan komme, og forbereder seg på det. Nettopp denne omtanken for det som kan komme og de overveielser som derav følger, fremhever Benner som en dominerende tenkemåte og innstilling hos erfarne sykepleiere:

²⁷⁵ Små rykninger som ligner på skjelvinger.

Clinical forethought refers to the habits of thought that allow clinicians to anticipate likely clinical eventualities and to take the actions warranted. Clinical forethought requires prior experiential learning with similar patient situations. It also requires clinical imagination. Making interventions as result of the patient's clinical manifestations in the moment require *thinking-in-action* that is aided by anticipation.²⁷⁶

Det er sammenhengen mellom forestillinger og forventninger om hva som kan skje, og evnen til inngripen i situasjonen, Benner vektlegger ved denne tenkemåten. Det er i overensstemmelse med det sykepleierne i avhandlingen uttrykker. Det å være i forkant er en måte å arbeide og tenke på som sykepleierne erfarer at virksomhetens materielle dimensjon – det kritisk syke barnet og omstendighetene rundt – krever. Det å være i forkant frembringer arbeids- og tenkemåter som peker mot særtrekk ved virksomheten: Å håndtere et mangfold av situasjoner som er uklare, ubestemmelige, uventede eller svært forskjellige fra det man forventet.

Å gå opp en mental sti: Benner bruker begrepet “thinking-in-action”, om den tenkningen som foregår i situasjonen og som gjør sykepleieren i stand til å gripe inn i slike situasjoner, fordi sykepleieren er mentalt forberedt og i forkant av hendelser. Følgende sykepleiefortelling fra operasjonsrommet illustrerer hva Benner legger i begrepet:

... There was a child who became bradycardic²⁷⁷ on induction and they didn't have an IV, and they were just barely getting things started, and the resident was new and flapping around and the attending was a little perturbed too. And when this child was becoming bradycardic I knew one thing that you do when a child becomes bradycardic is you give them atropine²⁷⁸. And they had just gotten an IV started and instead of waiting for them to tell me what to do, I walked back to their cart and found the atropine syringe and just handed it to them and they immediately gave it like, “Oh, yeah!” and it's only because I've been doing it for a long time, and I think those of us who are very experienced just have the ability to make critical decisions in that way, to smooth things out and recognize situations.²⁷⁹

På samme måte som vist i denne fortellingen er det evnen til å handle raskt og presist i forhold til hva situasjonen krever, som er sykepleiernes hensikt med “å være i forkant”. De

²⁷⁶ Benner et al. 2011, s. 67. Min utheving.

²⁷⁷ Hjertefrekvensen falt.

²⁷⁸ Et medikament som øker hjertefrekvensen.

²⁷⁹ Benner et al. 2011, s. 73.

vet hva barnet har vært gjennom, de har innsikt i barnets tilstand nå, de vet fra erfaringer hva som kan skje, og ut fra det lager de seg forestillinger om hva som kan skje i denne unike situasjonen. Sykepleierne har på et vis gått opp en mental sti i sine forestillinger som de nå kan hoppe inn på, og tenke og handle ut fra, i den pågående situasjonen. Det gir tenkningen som foregår i situasjonen - hvis og når den oppstår - retning. Nettopp at dette foregår i situasjonen, gir tenkningen kontakt med det signifikante i situasjonen, fordi det er fornemmelser, eller en type samstemthet med situasjonen, som synes å være det mest karakteristiske for denne tenke- og arbeidsmåte.²⁸⁰

Å oppdage tegn til forandringer: Når sykepleierne vurderer barnet i stell er de opptatt av å identifisere barnets tilstand der-og-da. De skaper seg da et omdreiningspunkt for tenkning og handlinger videre. “Det er derfra jeg kan oppdage forandringer”, sier Martine, og Tone sier at hun ofte får tak i noe i stellet som påvirker det hun gjør de neste timene. I dette omdreiningspunktet er informasjon fra målinger og fra sanser koplet sammen. For sykepleierne i studien gir dette det beste utgangspunkt for å oppdage forandringer tidlig. Silja sier hun får tak i “de små nyansene ... som jeg følger med videre ... og som hjelper meg å ta ting tidlig”. I begrepet *å være i forkant* ligger også det å oppdage tidlige tegn til forverrelser. Silja fremhever at det er ikke bare å oppdage forhold hos barnet som er viktig for henne, men også å “ta ting tidlig”.

Evnen til å identifisere tidlige tegn på forandringer synes å være en dominerende dimensjon ved erfarne spesialsykepleieres praktisk-kliniske kunnskap, og fremtrer som gyldig kunnskap som gir opphav til holdbare handlinger i handlingsrommet, og slik bidrar til handlingsrommets evidens.

Fortellingen ovenfor viser også at omstendigheter i situasjonen, at legen var ny der – som er et element av materialiteten i virksomheten - blir handlingsorienterende i situasjonen. Igjen kommer forbindelsene mellom egne handlinger og hva andre gjør, opp. Det bringer oss over til sykepleiernes streben etter å tilpasse egne oppgaver til de samlede arbeidsoppgaver på vakta, i forhold til ressurser i vaktstyrken.

²⁸⁰ Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 9.

Egne oppgaver og andres

Så snart sykepleierne har skaffet seg oversikt over egne arbeidsoppgaver og planlagt for de neste timene, diskuterer de hverandres oppgaver, og de avtaler for eksempel å hjelpe hverandre med krevende oppgaver. De planlegger nå for eventualiteter som mottak av nye barn og forverrelser hos de innlagte barna. De diskuterer hvordan de kan omfordele ansvar for de barna de har om noe skjer, de vurderer om utstyr må gjøres klart, hvem som kan gjøre det og når det kan eller må gjøres. I diskusjonene artikulere de sin forståelse av egne oppgaver, og egen evne, til å gjøre det de mener må gjøres. De vurderer hverandres oppgaver i detalj, og de forestiller seg hvordan egne og andres oppgaver kan utføres i forhold til ressurser i vaktstyrken. Dermed får den enkelte også innsikt i hvordan arbeidet konkret kan foregå de neste timene, og kan justere egne oppgaver i forhold til det.

Diskusjonen mellom sykepleierne har preg av forhandlinger der oppgaver, eller deler av oppgaver vurderes, prioriteres og omfordeles. Noen må ta flere eller andre oppgaver, mens andre gir fra seg oppgaver i forhold til det som ble fordelt etter rapporten på vaktrommet.

Forhandlingene foregår som prat, nærmest som korte beskjeder til hverandre samtidig som de arbeider. Anne, Astrid og Vera står ved hver sin kuvøse og arbeider:

Anne: Han tåler ingenting i dag, trenger nok litt hjelp.

Astrid: Til å stelle han? *Anne:* Ja, men det haster ikke, skal ta blodprøver nå... *Astrid:* Jeg kan ikke nå, må regne over væske, han har lav glucose, må skifte ut glucosen. *Vera:* Jeg kan hjelpe deg, også med blodprøver, jeg er akkurat ferdig og lar han få ro nå ei stund, det har vært så mye styr med han. Skal bare sette opp mat først. *Anne:* Det går greit å ta blodprøver alene, men har du tid så gjør heller klar den respiratoren som står utenfor, plages så med denne at jeg tror jeg må skifte. *Vera:* Det står en respirator klar på lagret. *Anne:* Jeg vet det, men den er gjort klar for mottak, og den lar vi bare stå klar. *Astrid,* henvendt til en sykepleier som er på tur ut døra: Ta med bleier til meg hvis du går forbi lagret?

Når Anne ber om hjelp vurderer Astrid og Vera sine muligheter for å hjelpe i forhold til egne oppgaver. I praten fortolker de hverandres oppgaver og bidrar dermed til kritiske innspill til hva den enkelte ser av arbeidsoppgaver, hvordan hun forstår sine oppgaver og handlingsalternativer. Både hva de skal gjøre og når, diskuteres.

Anne vil ikke bruke respiratoren som er gjort klar for mottak av ny pasient, og viser med det hvordan hun regner med og planlegger for det som eventuelt kan skje, og hun deler dette med de andre. Astrid ber en om å ta inn bleier. Tøy til barnet, og utstyr som for eksempel sprøyter, slanger og sonder som brukes fortløpende, må bringes fra lagerrom til et mindre lager i en tralle ved den enkelte kuvøse. Teknisk utstyr, og annet utstyr som brukes i kritiske situasjoner, må rengjøres og klargjøres for bruk. Det er sykepleierne på vakt som har ansvaret for disse oppgavene, og derfor inngår de i forhandlingene om arbeidsfordelingen.

De kritiske innspillene når egne oppgaver skal passes inn i de totale arbeidsoppgaver, og nødvendigheten av å ha god innsikt i sine egne arbeidsoppgaver, synliggjøres i diskusjonen mellom Tone og Vera en tidlig helligdagsmorgen. Vera har avtalt med mor at hun skal få stelle barnet, men Tone vurderer det annerledes i forhold til de totale arbeidsoppgaver i avdelingen:

Tone (henvendt til Vera ved nabokuvøsa): Kan du hjelpe meg om en time? Jeg skal skifte slanger.

Vera: Nei, mor kommer snart, jeg har planlagt å stelle sammen med henne, blir opptatt en time kanskje. Må du skifte slanger en helligdag, kan det ikke vente til i morgen? *Tone*: Nei, det kan ikke vente, slangene skulle vært skiftet før helga... vet ikke hvorfor det ikke er gjort, kan ha vært tomt på lager... Men, jeg skal skifte i dag. Lar han ikke ligge lengre med disse slangene, synes han er litt.. tja, han fordøyer dårligere. *Vera*: Ok. Jeg kan hjelpe deg nå, eller etter at mor har gått. *Tone*: Kan ikke mor vente litt, utsette stellet noen timer. Tror studenten også trenger hjelp med blodprøver. Hun har mye og trenger nok hjelp. *Vera*: Stellet betyr så mye for mor... *Tone*: Ok, vi skifter slanger nå, det tar kort tid, men hva med studenten? *Vera*: Jeg får bare si som det er til mor, stellet må vente.

Tone og Vera engasjerer seg gjensidig i hverandres arbeid når de forhandler om Vera kan hjelpe Tone. De er ikke enige, men situasjonen vipper i en retning. Kanskje var det opplysningen om at barnet fordøyer dårligere – det kan være første tegn på forverrelser - som gjorde at Vera snudde og støttet Tone i å skifte slanger denne dagen. Begge forandrer på egne planer: Tone skifter slanger nå, og ikke om en time, og Vera utsetter stellet og hjelper studenten.

Forhandlingene om oppgaver foregår ikke bare i starten på vaktene, selv om det er da den viktigste planleggingen foregår. Arbeidsmåtene er preget av at oppgaver kan omfordeles i forhold til det som skjer. På denne måten oppnås en hensiktsmessig ressursutnyttelse og stor

fleksibilitet. Det bidrar også til en trygg og god opplæring av studenter og nytilsatte sykepleiere, fordi noen følger med og passer på at de får relevante, og for dem håndterlige, oppgaver. Trine viser hvordan dette kan foregå i praksis i følgende utsagn: “I går på aftenvakt ble det veldig rolig, ingen barn meldt, og Anne og Heidi tok det som var. Derfor trente vi på mottak sammen med spesialstudenten”.

Her ser vi at handlingsrommet som opprettes når vakta starter, er et handlingsrom som har hele vakta som tidsdimensjon. Men etter hvert reforhandles arbeidsfordelingen, og handlingsrommet reorganiseres fortløpende. Vi har å gjøre med to dimensjoner i handlingsrommet som står i nær tilknytning til hverandre; det konkrete aktuelle handlingsrommet og det som etableres over lang tid.

Å skaffe seg innsikt i egne og andres oppgaver, svarer til arbeids- og tenkemåter som retter seg mot å få best mulig grep om det enkelte barns tilstand. Dette innbefatter blant annet å planlegge ut fra forestillinger og forventninger om hva som kan komme til å skje, og ut fra hvordan vaktstyrken i fellesskap skal håndtere det som skjer. Sykepleierne handler her innenfor og med hensyn på en verden, i Meløes forstand, hvor det er forståelsen av det materielle gitte – barnet og omstendighetene rundt – og forestillinger om nødvendige og mulige handlinger som skaper denne arbeidsmåten.

Vi skal undersøke nærmere arbeids- og tenkemåter i det handlingsrommet som skapes der-og-da, når noe kritisk skjer og noe må gjøres raskt.

Plutselig behandlingssvikt

Hendelsen er hentet fra ei nattevakt og beskriver en situasjon der sykepleierne sto overfor en plutselig behandlingssvikt. Mette hadde ansvar for et barn som fikk en ny type behandling som gikk ut på å kjøle ned barnet for å begrense hjerneskader etter en kritisk fødsel. Behandlingen involverte ny apparatur og nye prosedyrer. Ingen av sykepleierne hadde erfaring med behandlingen fra reelle pasientsituasjoner, men de hadde gjennomgått apparatur, prosedyrer og behandlingsprinsipper i fellesskap nylig:

Barnet er født til termin, er kritisk syk og ligger i åpen kuvøse på respirator. Det nye utstyret er en maskin som står på gulvet ved siden av kuvøsa. Barnet er svøpt inn i utstyr som ligner en heldekkende body, og det er koplet to slanger til bodyen som går til maskinen på gulvet. Det går tre slanger fra barnets nese til respiratoren, og barnet er koplet til overvåkningsutstyr og intravenøs behandling og ernæring.

Mette arbeider kontinuerlig med barnet. Det er prosedyrer på bestemte tidspunkt og fortløpende observasjoner. Sølvi arbeider i andre delen av rommet. Hun kommer bort til Mette og de snakker om hvordan de forstår behandlingen, hva som kan bli utfordringer i løpet av natten og hva som det da er viktig å passe på. Barnet har høy puls, de vurderer at det kan skyldes at barnet ikke får nok smertestillende. Mette ringer legen som kommer og justerer smertebehandlingen. Legen og Mette snakker om observasjoner, røntgenfunn, blodverdier og behandlingsopplegget videre utover natta. Legen forlater avdelinga.

Det går greit i flere timer, men plutselig alarmerer respiratoren for volumene.²⁸¹ Mette kopler ut alarmen, kikker på barnet, undersøker tuben og kopleingene mellom slangene som går fra barnet til respiratoren: kopler slangene fra og rister ut kondens, kopler de sammen igjen uten at det hjelper. Nå alarmerer også overvåkningsutstyret for fall i oksygenmetning hos barnet.²⁸² Mette bagger barnet, Sølvi kommer til, suger litt blodtilblandet slim fra tuben og lytter etter respirasjonslyder. Nikker mot Mette. Sølvi utforsker respiratoren og det nye utstyret. Igjen blir kopleinger og innstillinger kontrollert og respiratoren kopleet til barnet i et nytt forsøk, men den alarmerer. De snakker om hva dette kan være: Akutt forverrelse i barnets tilstand? Barnets respons på den nye behandlingen? Noe med det nye utstyret de ikke skjønner? Respiratoren som streiker?

Mette bagger og sier hun har kontroll, men at dette er ”merkelig”. Sølvi svarer: ”Ja, det er noe her som ikke stemmer, skal jeg bagge, så ser du over utstyret en gang til?” Mette sjekker det nye utstyret opp mot prosedyreboka: ”Alt ser ut til å virke slik det skal, men det kan jo være noe vi overser her”, sier hun. Legen kommer til og undersøker barnet, ser på displayet der barnets hjerneaktivitet overvåkes, finner ikke noe spesielt. Tar prosedyreboka og inspiserer det nye utstyret: “Ser ikke noe umiddelbart”, sier han. Mette tilkaller en tredje sykepleier og gir beskjed om å gjøre klar ny kopleing mellom tuben og respiratorslangen. ”Er det barnet eller utstyret...” spør denne sykepleieren. ”Tror det må være respiratoren, men vet ikke, hva tror dere”, sier Mette henvendt til de andre. De snakker om hvordan den nye behandlingen kan påvirke barnet, om blodverdier som er slik at barnet kunne ha lungeblødninger, men gode respirasjonslyder og ikke blod i suget taler mot. Ingen tegn på kramper, eller annet nevrologisk. Sølvi bagger, Mette sjekker medisiner og væskeinntak, legen ser over kopleinger og innstillinger på respiratoren, lytter

²⁸¹ Barnet får ikke den pustestøtte det trenger.

²⁸² Barnet får ikke tilstrekkelig oksygen.

på barnet og sier: “Det kan ha noe med behandlingen å gjøre, eller respiratoren, har vi ikke hatt litt problemer med denne, eller...”

Mette bagger. Sølvi slakker på bleietapen, “går over” det tekniske utstyret (bodyen) som ligger rundt barnet med hendene, snur barnet forsiktig mot ene side, legger støtte i ryggen og støtte under barnets nakke, sier “hjelper dette kanskje”, beveger forsiktig på barnets armer og bein (barnet skal ha minst mulig stimuli), og sier ”litt stiv kanskje, men det virker greit”. “Hun er lett å bagge”, sier Mette. De kopleter så barnet til respiratoren, og da fungerer det. Barnet får den pustestøtte det trenger.

Det slo meg, da jeg skrev utfyllende feltnotat dagen etter, at arbeidsmåten fremsto som detektivlignende: Søket etter løsninger virket både systematisk, der de visste nøyaktig hva de skulle gjøre og videreførte hverandres handlinger, og noe tilfeldig preget av innfall der de prøvde seg frem med ulike handlinger som de vurderte virkningen av.

Noe må gjøres raskt

Å svare øyeblikkelig og å svare på sammensatte problemer der noe var ukjent for dem var utfordringen Mette, Sølvi og legen møtte. Da respiratoren alarmerte gjorde Mette det hun alltid gjør ved lignende hendelser; sjekket først barnets tilstand og deretter respiratorslangene for lekkasje. Dette hadde hun erfaring med fra utallige lignende situasjoner, og at hun ikke fant feil umiddelbart var heller ikke overraskende. Men i den videre utforskningen sammen med kolleger sier Mette at dette er “merkelig” og Sølvi sier at “det er noe her som ikke stemmer”. Fokus ble flyttet mot det nye utstyret og behandlingsopplegget. Situasjonen var uklar. De prøvde seg frem med forskjellige handlinger, og viste slik frem sine forestillinger om hva som kunne virke.

Denne måten å tenke på, der en lager seg forestillinger om hva som kan virke, er kjernen i abduksjon som slutningsform. En slutningsform utviklet av Peirce som et alternativ til induktiv og deduktiv slutningsform, og som beskrives som en pragmatisk tenkemåte. Med en pragmatisk tenkemåte tenker en at et begreps (eller en handlings) mening ligger i begrepets mulige praktiske konsekvenser.²⁸³ Peirce skriver at “Tenkningen er en meloditråd, der løber gjennom rækken af vore sansefølelser”.²⁸⁴ Det er således nær forbindelse mellom

²⁸³ Peirce & Dinesen et al., 1994.

²⁸⁴ Peirce, i essayet “Hvorledes vore ideer kan gjøres klare” (samme sted, s. 187).

sansning og tenkning, mellom det umiddelbare – sansningen - og det som knytter vår bevissthet til fortid og fremtid – tenkningen.²⁸⁵

Abduksjon er derfor en analogisk tenkemåte som fremkommer via dialog mellom det erfarte kjente og det nye ukjente.²⁸⁶ Abduksjon som slutningsform er dermed skapende og kontekstuell, der våre sanseopplevelser av et nytt og konkret fenomen inngår i dialog med noe som vi allerede holder fast ved som gyldig kunnskap i virksomheten.

Slik er abduksjon en måte å frembringe nye ideer på. I følge Peirce er det denne måten vi drar slutninger på i dagliglivet når vi møter på overraskelser: Vi sanser og vurderer og lager hypoteser om hva som kan virke. De mulige konklusjoner gjetter vi oss frem til, ” (...) abduction is, after all, nothing but guessing.”, skriver Peirce.²⁸⁷

Det virket som om Mette og kollegene systematisk prøvde ut ulike handlinger som fremkom både etter et mønster – når respiratoren alarmerer sjekkes først barnet og deretter slanger og koplinger - og som resultat av at noe ble fremtredende og fanget oppmerksomheten deres i situasjonen. Det er nettopp en slik utprøvende tenkemåte Peirce legger i begrepet ”gjetning”: Den er ikke tilfeldig eller fri fantasi, men kvalifisert gjetning der kvalifiseringen utgjør systematiske begrensninger av handlingsalternativer - som følge av innsikter og antagelser - som bestemmes i dialogen mellom det vi kan fra før, og det nye ukjente, vi møter.²⁸⁸ Utvelgelsen av mulige handlingsalternativer krever dermed at man foretrekker noe fremfor noe annet. Mette og kollegene prøvde seg frem, sjekket utstyret, bagget barnet, sugde slim fra lungene og forandret barnets leie: En ting om gangen og nøye vurderinger av resultatet.

Men de var ikke systematiske på den måten at de sjekket ut respiratoren og så ferdig med den. De kom tilbake til både respiratoren, det nye utstyret og barnet gjentatte ganger. Det viser at de var åpne for at det kunne være noe de overså, noe som kunne være betydningsfullt for valg av handlinger.

²⁸⁵ Peirces syn på kunnskap viser en nær sammenheng mellom sansning og tenkning: Kunnskap er vårt verktøy for å håndtere den praktiske virkeligheten. Vi er i vår verden der vi sanser og tenker, og vi handler relativt problemfritt, til vi erfarer tvil og usikkerhet i forhold til hva vi skal gjøre. Tvilen og usikkerheten vekker oss og gir impulser til utforskning og utprøving av nye fremgangsmåter (i Gustavsson 2009a, s. 139 – 140).

²⁸⁶ Dinesen & Stjernfelt 1994, s. 145 – 150.

²⁸⁷ Peirce, sitert i Dinesen 1991, s. 77.

²⁸⁸ Dinesen 1991, s. 77. Jeg bruker begrepene “innsikter og antagelser” i stedet for “hypoteser” som Dinesen (og Peirce) bruker fordi det er innsikter i virksomheten og antagelser om for eksempel hvordan det tekniske utstyret virker, som er de systematiske begrensninger av mulige handlingsalternativer som bestemmes i dialogen.

Deres praktisk-kliniske kunnskap – profesjonelle ferdigheter og tenkning og resonnering²⁸⁹ - ble retningsgivende i en skjønsmessig utvelgelse av sannsynlige handlingsalternativer. På den måten er beslutninger om handlinger basert på kunnskap som de gir gyldighet i dette konkrete handlingsrommet.²⁹⁰ Deres grunnleggende antagelser om barnets tilstand, hva som måtte gjøres og hva som var praktisk mulig der-og-da, inngikk i deres forestillinger om handlingsalternativer. Tidsfaktoren var internalisert i handlingene. For eksempel at det var natt og at det var begrenset med personale, gjorde at de ikke skiftet respirator. Noe de kanskje ville gjort på en dagvakt, med tanke på det legen sa om tidligere problemer med respiratoren. Og det at stimuli var uheldig for barnet, bidro kanskje til at de ikke endret barnets leie tidligere i krisesituasjonen.

Det er derfor ikke ren gjetning som guider deres handlingsvalg. Det er tvert imot gjenkjenning av mønstre der noe blir synlig i situasjonen på en spesiell måte, og dette “noe” guider tanker og handlinger. Situasjonen, slik de erfarer den, lokker frem spesielle minner som virker som impulser som leder tanke og handling. Dermed bygger gjenkjenningen på tidligere erfaringer fra situasjoner med lignende pasienter og utstyr, og virker således ekskluderende på det usannsynlige. De nye ideer som oppstår i denne situasjonen er derfor innenfor det sannsynlig virksomme; det sannsynlig mest riktige i denne situasjonen.

Her virker handlingsrommet som et utprøvende handlingsrom, der handlinger utprøves og korrigeres ut fra deltagerens praktisk-kliniske kunnskap. Forutsetningene for beslutningene som guider deres handlinger er derfor kvalifisert gjetning, slik Peirce fremhever ved abduksjon, der de setter sammen kunnskap på nye måter, innenfor faglige rammer, i møte med det ukjente.

Dette samstemmer med Benner som hevder at beredskapen som erfarne sykepleiere har for det som kan skje, er av intuitiv art og bygger på gjenkjenning av mønstre, fornemmelse av noe fremtredende i situasjonen, og noe som vekker bekymring eller av andre grunner fanger deres oppmerksomhet.²⁹¹

En slik situasjonsforståelse som er basert på dyp internalisert kyndighet, muliggjør en nærmest automatisert, intuitiv handlingsmåte. Peirce fremhever nettopp det intuitive, som abduksjon som tenkemåte frembringer, selv om han ikke bruker begrepet intuisjon:

²⁸⁹ Jfr. Bourdieu (1990 og 2007), som med begrepet ‘praktisk sans’ hevder at god praksis krever en handlingsorienterende forståelse. I tillegg til fagspesifikke innsikter innbefatter en slik forståelse evne til å velge hva som passer best i den konkrete situasjonen.

²⁹⁰ Jfr. Meløe 1985c og 1985d.

²⁹¹ Benner et al. 2011, s. 67.

Det abduktive forslag kommer til os som et lynglimt. Det er et tilfælde av innsigt, om end en yderst fejlbarlig innsigt. (...) det er ideen om at sætte noget sammen, som vi aldrig havde drømt om at sætte sammen, der i et glimt viser os det nye forslag, som vi kan overveje.²⁹²

Det er lynglimt, nye innsikter og ideer, og en forståelse av det mulige (konsekvensene) i et helhetlig bilde, som jeg knytter til det intuitive i abduksjon som slutningsform.

Benner knytter også det intuitive til kyndighet når hun skriver at det er erfaringsbasert visdom som uttrykkes i en intuitiv forståelse, og som fremkaller en sansende forståelse som henviser til en viten, uten at den nødvendigvis har en spesifikk begrunnelse eller “making explicit all that goes into one’s sense of the situation”.²⁹³

Både Peirce – “i et glimt viser oss det nye forslag” - og Benner – “sansende forståelse” - viser til tenkemåter som henviser til at deltagelse i situasjonen og kyndighet gir tilgang til impulser fra situasjonen som bidrar til en intuitiv handlingsorientering. Eller sagt på en annen måte: Deltagelse og kyndighet bidrar til mottakelighet for det som kommer til uttrykk i situasjonen på en måte som åpner opp for intuitiv forståelse. En intuitiv tenkning/forståelse som orienterer mot unike handlinger her-og-nå, og under omstendigheter som synes å være uunngåelige. Slik skaper en sansende forståelse den evidens som blir operativ i handlingsrommet.

Oppsummering

Sykepleiernes arbeids- og tenkemåter retter seg mot å få best mulig grep om barnets situasjon i en kompleks sammenheng. Å skaffe seg innsikt i det enkelte barnets tilstand, og innsikt i vaktstyrkens felles arbeidsoppgaver, er nødvendig for å være i kontinuerlig beredskap for å identifisere, hindre og gripe inn i livstruende tilstander hos barnet. Denne beredskapen kan beskrives som “å være i forkant” og “å ta ting tidlig”, og er en gjennomgripende arbeids- og tenkemåte blant erfarne spesialsykepleierne som de deler med hverandre og med legene, og som bidrar til at sykepleierne evner å handle raskt og presist i forhold til hva situasjonen krever.²⁹⁴ Deres forventning om hva som kan skje er bundet av erfaringer fra arbeid i

²⁹² Pierce, sitert i Dinesen & Stjernfelt 1994, s. 164.

²⁹³ Benner et al. 2011, s. 67.

²⁹⁴ Dette samstemmer med Benner et al. (2011, s. 85 – 86), som skriver at forestillinger og foregripelser av det uventede er en viktig side ved sykepleieres visdom, og kan integreres i virksomhetens praksis hvis innsiktene deles og reflekteres over, slik jeg også finner i min studie.

avdelingen: De vet at de møter igjen det kjente fra tidligere erfaringer, og noe nytt, noe de ikke har møtt før.

I den kunnskapen som sykepleierne stoler på og handler ut fra i handlingsrommet inngår: 1) Et mangfold av erfaringer fra lignende praksissituasjoner; 2) betydelig teoretisk og forskningsbasert kunnskap; 3) fagspesifikke ferdigheter; 4) evne til forestillinger. Handlingene blir til gjennom en felles utforskning som involverer dialoger i flere retninger: Med den konkrete situasjonen der ontologiske antagelser om barnet er fremtredende, med kolleger og med fagkunnskapen.

I handlingsrommet og dets evidens inngår: 1) Det fysiske rommet med sine aktører; 2) den materielle, medisinske og sykepleiefaglige kunnskapen som er lagret, bundet og linket til dette fysiske rommet; 3) den tidsmessige og funksjonelle ordningen av vakta; 4) samordningen av aktiviteter i tid, rom og mellom aktører med forskjellige kompetanser og funksjoner. Alt dette er kontinuerlig under reetablering og reorganisering med hensyn på virksomhetens tautologe gjenstand: barnet, og virksomhetens tautologe subjekt: sykepleierens sterke “jeg” og sterke “vi”.

Handlingsrommet og dets evidens blir derfor til gjennom en kontinuerlige hermeneutisk prosess der erfaringer opparbeidet via utøvelse virker som selvstendige kunnskapskilder, og der handlingers holdbarhet vurderes mot den erfaringsbaserte forståelsen (som rommer betydelig teoretisk og forskningsbasert kunnskap) av hva som over tid har vist seg å fungere i handlingsrommet.

I denne forståelsen finner jeg at i den ontologiske forståelsen av barnet, vektlegger sykepleierne barnets subjektive tilstand. Denne forståelsen undersøkes i neste kapittel.

8 “Ida er ingen morgenfugl”

Fortidligfødte barn har, som jeg har skrevet tidligere, økt risiko for kognitive skader som følge av uheldig påvirkning i følsomme utviklingsstadier. I de uker og måneder det fortidligfødte barnet tilbringer i nyfødttintensivavdeling, fortsetter barnets sentralnervesystem utviklingen. Nervecellene vokser, organiseres og myeliniseres²⁹⁵. Denne prosessen er avgjørende for barnets kognitive utvikling. Enhver forstyrrelse fra omgivelsene som stresser barnet kan medføre blødninger og skader i områdene der nervecellene utvikles, og dermed forstyrre barnets kognitive utvikling.²⁹⁶ Derfor er det stor oppmerksomhet rettet mot å gi det fortidligfødte barnet et så godt miljø som mulig for vekst og utvikling. Men det er utfordrende, fordi nødvendige prosedyrer og behandling ofte stresser barnet. Rigmor snakker om en slik utfordring, når hun sier:

Skulle ønske han ikke trengte CPAP, han liker den ikke, våkner opp og vrir seg unna når jeg prøver å rette på proben fordi han faller i metning. Får liksom ikke ro, lager grimaser og skriker... Prøvde nesemaske, men det likte han heller ikke, roer seg best når vi støtter rundt han ... mor synes vi er brutale som ikke lar han slippe, men han trenger den, det er sikkert...

Rigmor har medlidenhet med barnet, hun “skulle ønske” at barnet ikke trengte pustestøtte og hun prøver å lette barnets ubehag ved å skifte til nesemaske og ved å støtte rundt barnet. Men hun er klar på at barnet trenger pustestøtte. Hun viker ikke selv om mor uttrykker frustrasjon ved behandlingen, og hun selv berøres av barnets ubehag.

I dette kapittel ønsker jeg å vise at barnet forstås som en person som appellerer til sykepleieren om en pleie som gir rom for medmenneskelighet, og at dette gir føringer for sykepleiernes handlinger. I det ligger et begrep om omsorg nært opp til Martinsens

²⁹⁵ Nervecellene omslutes av myelin, som er et fettlag som øker ledningshastigheten langs nervecellene.

²⁹⁶ Sinha et al. 2012, s. 288 og s. 319 - 329.

omsorgsbegrep, som vektlegger omsorg som svar på en appell fra den andre, og der den andre forstås som en person - et unikt menneske.²⁹⁷

Sykepleierne deltar i daglig pleie, også når den kritiske fasen er over. Allen viser derimot i en review-studie over publiserte feltstudier fra 1993 til 2003, som utforsket hva sykepleiere gjør på arbeid, at til forskjell fra nåtidens teoretiske forestillinger om at sykepleierarbeid retter seg mot direkte pleie, er sykepleiere i stor grad tilretteleggere i virksomheten. De forvalter dagsorden, er fleksible, skaffer til veie, fortolker, kommuniserer informasjon og holder orden i det som inngår i daglig drift. Og, de prioriterer og utnytter knappe ressurser. Dette er avgjørende viktig i akuttavdelinger hvor sykepleiere er involvert i å prioritere pasienters behov slik at de med høyest prioritet blir behandlet først. I virksomheter under press er sykepleiere fanget i det arbeidet som kreves for å ta imot pasienter innenfor tilgjengelige ressurser, skriver Allen.²⁹⁸

Allans studie viser til tendenser som kan bidra til å plassere måten sykepleierne planlegger, holder oversikt og engasjerer seg i andres arbeid på, innenfor en dominerende tenkning i tida. Men, til forskjell fra Allens studie, viser min studie at sykepleierne i nyfødtintensivavdelingen både deltar i direkte pleie og er tilretteleggere i virksomheten.

Samspill med barnet

Samspill med barnet handler om å få tak i hva barnet uttrykker, og så svare på det. Det vil si å spørre hvordan barnet har det og hva barnet tåler av behandling og pleie, ikke via ord, men som samspill der sykepleieren responderer med handlinger på det barnet uttrykker. Tone sammenligner samspill med fortidligfødte barn med kommunikasjon med voksne pasienter:

Howdan skal jeg vite om barnet har kapasitet for å bade for eksempel? Vask og bad er jo ikke bare for å holde barnet rent, men det gir jo barnet velvære..., roe seg, sovner kanskje. Kroppsvask er jo godt når vi er syke. En voksen ville jeg spurt om han greier å dusje. Da ville han kanskje svart at han ville prøve å være litt oppe først for å kjenne på kreftene, og jeg ville snakket med han om han følte seg svimmel, uvel, veldig sliten og slikt. At jeg spør pasienten er jo for at han skal kjenne i kroppen hva han greier, dusjingen må jo ikke gjøre han verre... Sånn er det med barnet, jeg snur barnet,

²⁹⁷ Martinsen 2003[1989] og 2003[1993]. Se også Alsvågs redegjørelse for Martinsens omsorgsfilosofi (Alsvåg 2011).

²⁹⁸ Allen 2007.

vurderer hvordan det tåler stell, mat, hvor våkent det er og slikt. Det krever godt håndlag...

Å kommunisere via hendene: Samspillet foregår i hovedsak via Tones hender, og krever “godt håndlag” med barnet. Allerede første uke i feltarbeidet skrev jeg følgende feltnotat som beskriver en situasjon der sykepleier steller barnet med et sikkert og trenet håndlag.

Barnet skriker og vrir seg, pulsen viser 196, Vera avbryter stellet og legger høyre hånd rundt barnets kropp og venstre hånd rundt barnets hode, snur barnet med rolige bevegelser mot seg. Etter hvert stilner gråten, barnet blir rolig og pulsen går ned til 165. Fortsatt med høyre hånd rundt barnets kropp løser Vera opp sengetøyet rundt barnet, skrur ned hodegjerdet, løfter barnet, leser av vekta på kuvøsa, legger barnet ned, skrur opp hodegjerdet og fortsetter morgenstellet. Hele tiden med presise, sikre håndbevegelser.

Vera omslutter barnet med hendene. Grepet beroliger barnet, og Vera følger barnet videre i det nødvendige stellet og veiingen med håndbevegelser som følger barnets bevegelser. Hun svarer på barnets uttrykk, og det gir barnet velvære. Håndbevegelsene flyter mykt og lett, ingen brå bevegelser. Barnet faller til ro.

Det virker så selvfølgelig og enkelt. Men, å utvikle et godt håndlag krever mye trening, mener Elizabeth, som forteller om en hendelse da hun ennå ikke var “så flink med hendene”:

Barnet hadde venflon²⁹⁹ i høyre hånd og skinne for å stabilisere venflonen. Barnet lå på venstre side med ansiktet vendt mot meg, mor sto på andre siden av kuvøsa og vi stelte barnet sammen. Jeg holdt armen med skinna opp for at mor skulle vaske under armen, og plutselig mistet jeg grepet og armen falt ned. Barnet skvatt til, åpnet øynene, gråt og strakk seg ut. Mor ble sint: ”Hva gjør du”, sa hun. Jeg ble fortvilet, prøvde å berolige barnet, men greide det ikke. Kunne ikke omslutte barnet med hendene mine, avbrøt heller ikke stellet... Jeg var både klosset med hendene og forsto ikke at jeg måtte gi barnet pause, eller på hvilken måte jeg kunne gi barnet pause...

Håndlaget sier noe om den kunnskapen som sitter i hendene, både motorikken og følsomheten i selve hånden, men også sykepleierens tanker og vurderinger der-og-da.

²⁹⁹ Tynn plastslange i blodåre.

Både evne til å identifisere barnets tilstand og å kunne gjøre ting med, og i forhold til barnet, er avgjørende for å gi barnet den pleie og behandling det trenger der-og-da. Det nytter ikke at sykepleier er dyktig til å pleie barnet, hvis hun overser eller mistolker barnets hovedproblem. Eller, det hjelper ikke at sykepleier er dyktig til å observere barnet og sette sammen ulik informasjon om barnet, hvis hun ikke evner å respondere på barnets tilstand på en faglig nødvendig måte. Både observasjon og respons krever fokus rettet mot barnet, godt håndlag og fagkunnskap, og er uttrykk for praktisk-kliniske kunnskap om barnet der barnet forstås som både en fysisk kropp som trenger hjelp for å leve og overleve, og som et menneske som opplever seg selv og sine omgivelser.

I dette ligger at de ikke kan behandle barnet på hvilken som helst måte, uten å utsette barnet for unødvendig lidelse. Mette og Vera snakker om dette i følgende samtale:

Mette: Huff, ser noen som behandler Sanne for tøft, raske og bråe bevegelser. Hun tåler ikke det, vet ikke hvordan jeg skal ta det opp. I går hadde hun nettopp fått kroppsstell da jeg kom på seinvakt. Hun var helt utslått hele ettermiddagen, trengte mer oksygen og så ikke god ut, er ikke bra i dag heller...

Vera: Du må ta det opp, det handler jo om barnets fremtidige helse, vi vet at røff behandling kan skade barnet. Så du om hun (sykepleieren) gjorde noe spesielt? *Mette:* Nei, ikke akkurat det,... men utålmodig, rask og effektiv, bråker og snakker med de andre og..., ikke noe varhet for barnet. Jeg mener det er nesten som en akutt situasjon, hvis du forstår. Og så er det ikke bare å si noe heller, hun er jo erfaren... *Vera:* Men, ikke så interessert i dette NIDCAP³⁰⁰-styret, som hun sier... *Mette:* Nei, det kan du si, det har nok med interesse å gjøre, noen er jo åpenbart mer interessert i akuttarbeid, fart og spenning...

Faglige uenigheter: Mette oppfatter måten sykepleieren behandler barnet på, ikke bare som uttrykk for manglende praktisk-klinisk kunnskap, men også som uttrykk for en faglig holdning. Det opprører Mette at sykepleieren er hardhendt med barnet, men hun synes det er vanskelig å ta det opp med en erfaren kollega. Vera derimot er klar på at dette må Mette ta opp, og Vera prøver å finne en konkret hendelse å ta opp. Men, det er vanskelig fordi dette handler om diffuse forhold som utålmodighet, raske handlinger og at sykepleieren lager støy når hun arbeider. Det er uklart om Mette og Vera synes det er greit at noen er mer interessert i å arbeide med kritiske situasjoner, enn å håndtere tilsynelatende mindre alvorlige behov hos

³⁰⁰ NIDCAP henviser til en pleiefilosofi, jfr. fotnote 89, s. 36.

barnet, men uansett er det ikke greit å behandle barnet røft. Forsiktighet, varhet og våkenhet overfor barnets uttrykk synes som viktige handlingsstrategier ut fra den kunnskap Mette og Vera mener er gyldig i pleiesituasjoner, og som gir opphav til holdbare handlinger i handlingsrommet.

Denne samtalen demonstrerer kontrastene i sykepleiernes arbeid: At de både må beherske livreddende fremgangsmåter der-og-da, og pleie barnet på en måte som legger til rette for at barnet skal vokse og utvikle seg best mulig. Men det dokumenterer også hvordan praksis stadig endres i forhold til kunnskapsutvikling, og kanskje et forhold mellom “livreddende” praksis i øyeblikket og “pleiepraksis”, som kan ha relevans for andre sykepleiepraksiser. Fordi, det kan her virke som om endringer i livreddende praksis er lettere å ta opp i sin egen praksis enn endringer i pleiepraksiser. Jeg var med på mange diskusjoner om hvordan de skulle endre pleiepraksiser i forhold til barnet, foreldrene og også kontakt med helsesøster i forbindelse med utskrivelsen. Diskusjonene uttrykte uenigheter, men jeg har ikke data om diskusjoner eller uenigheter knyttet til endringer i hvordan håndtere kritiske situasjoner, selv om endringene der er kontinuerlige og betydelige de siste årene.³⁰¹

Denne uenigheten kan bunne i erfaringer med hva som har virket over tid i virksomheten: Å håndtere kritiske situasjoner har vært viktig for at stadig mindre fortidligfødte barn og kritisk syke nyfødte barn har overlevd. Estabrooks et al. fremhever i studien jeg har nevnt tidligere, at det at ting har virket over tid i en praksis kan bidra til motstand mot endringer hos utøverne, og dermed motstand mot ny dokumentert kunnskap. Erfaringer alene får da status som evidens.³⁰² Å forholde seg til ny dokumentert kunnskap handler ikke utelukkende om å endre på eksisterende praksis, men like mye om å forholde seg de endringer som følger av medisinsk- og sykepleiefaglig utvikling, der teknologi spiller en viktig rolle i denne virksomheten. Det betyr at erfaringer alene ikke sikrer barnet best mulig behandling, og derfor ikke alene kan ha status som evidens.

Dette samstemmer med min studie som viser at handlingspotensialet som ligger i ny teknologi og ny medisinsk- og sykepleiefaglig kunnskap integreres og korrigeres i de konkrete handlinger i handlingsrommet. Det betyr at ulike former for evidens integreres i handlingsrommets evidens. Slik kommer fagutvikling barnet til gode.

³⁰¹ Dette kan tyde på at forskningsbasert kunnskap om forhold rettet mot hvordan håndtere kritiske situasjoner er lettere å integrere i praksis, enn forskningsbasert kunnskap knyttet til pleiefilosofier. Dette diskuteres ikke i avhandlingen, men er viktig å undersøke nærmere.

³⁰² Estabrooks et al. 2005.

En studie av James et al.³⁰³, som undersøkte hvilke former for kunnskap sykepleiere i kirurgiske avdelinger brukte, belyser en søken mot evidens i utøvelsen. Forfatterne skriver at sykepleierne kontinuerlig beveget seg mellom kunnskapsformene i søken etter evidens i konkrete situasjoner. Denne formen for evidens, skriver de, ligner på den type evidens som vektlegger betydningen av å integrere forskningsbasert evidens med kliniske vurderinger av pasientens tilstand i den konkrete situasjonen. Forfatterne fremhever at den skiller seg fra den evidens som baserer seg på randomiserte, kontrollerte forsøk (RCT) hvor pasientens erfaringer sjelden vektlegges.

Denne studien, sammen med mine resultater, gir støtte til en review-studie som fokuserte på forskning på evidensbasert sykepleiepraksis. Studien konkluderer med at et evidenshierarki der RCT vektlegges som den mest gyldige form for evidens, er både feil og uhensiktsmessig fordi den ikke fremhever betydningen av å praktisere på en refleksiv måte der bevisst tenkning, forsvarlighet og eksplisitt evidens, ligger til grunn for utøvelsen.³⁰⁴

Dette gir støtte til at de ulike dimensjonene ved handlingsrommet som fremheves i denne avhandlingen, må integreres i hverandre. Uten en slik integrasjon og eventuell korleksjon vil det handlingspotensialet som for eksempel ligger i ny teknologi, i nye behandlingsregimer og i nye pleiefilosofier ikke kunne realiseres i handlingsrommet, og slik komme barnet til gode.

Derfor har Mette i historien ovenfor et viktig poeng; ikke alle sykepleierne var like opptatt av de myke berøringene, det støttende grepet og å lese og fortolke barnet for å la barnet guide pleien. Eller legge til rette for foreldrene. En sykepleier sa da også til meg at hun tvilte på at pleien hadde den betydning for barnets vekst og utvikling “som noen hevder at den har”.³⁰⁵ Dette viser hvordan dokumentert kunnskap overses, og ikke integreres i handlingsrommet til barnets beste. Jeg møtte også to sykepleiere som mente at det nå var for stort fokus på å fortolke barnets uttrykk og å svare på det, på bekostning av å håndtere kritiske situasjoner.

Å la barnet guide pleien: Imidlertid viser en studie som utforsker relasjonen mellom sykepleieren og barnet i badesituasjoner, at sykepleierens støtte, myke berøringer, grep, tilrettelegging, stillingsstøtte, støtte rundt barnet, opprettholdelse av stabil temperatur og

³⁰³ James et al. 2010.

³⁰⁴ Mantzoukas 2007.

³⁰⁵ Higman & Shaw 2008, fant i en studie som utforsket hvordan sykepleiere forholdt seg til familiesentrert pleie, at det er vanskelig å endre pleiepraksis. Det kan synes som om det er vanskeligere å endre pleiepraksiser enn å innføre nye medisinske behandlingsregimer, slik jeg her antyder.

tilrettelegging for pauser i badet, reduserte barnets stress i badesituasjon.³⁰⁶ En slik støttende holdning fra sykepleieren forsterket også barnets selv-regulering, det vil si barnets evne til å tilpasse seg og mestre situasjonen. Motsatt viste studien at raske bevegelser, hardhendt behandling, at sykepleieren snakket med andre under badingen, og annen uhensiktsmessig behandling, økte stress hos barnet. Dette er viktig kunnskap om forbindelser mellom pleien og barnets respons, og om hvordan samspill mellom sykepleieren og barnet kan forbedres i en svært sensitiv periode for utviklingen av barnets sentralnervesystem.³⁰⁷ Relevansen for praksis uttrykker forfatterne slik:

How nurses take care of the preterm infants influences their responses to care-giving stimuli. To interact better with the infant during care-giving procedures, nurses need to provide more supportive care-giving behaviors, especially “position support” and “containment” based on the infant’s needs, and avoid care-giving that may be too rough and occur too quickly without attending to the baby’s stressful signals, positioning the baby in hyperextension posture, or chatting with other people during procedures.³⁰⁸

Et medisinsk og teknologisk behandlingsfokus i avdelingen retter i stor grad sykepleiernes oppmerksomhet mot barnets livstruende eller ustabile tilstander, og håndteringen av disse. Daglig pleie som involverer kroppsvask, leieendring, mat, medisiner, søvn og samarbeid med foreldrene kan ut fra et “akuttsykepleieperspektiv” synes mindre viktig eller mindre kunnskapskrevende. Men, en kommer ikke utenom at daglig pleie og aktsomhet for tilsynelatende mindre alvorlige behov hos barnet, gjør sykepleieren kjent med barnet og mottakelig får hva barnet føler og opplever, og gir slik sett barnet muligheter for et bedre liv. Fordi det er gjennom denne kontakten at kunnskapen om barnet utvikles, slik at sykepleieren kan oppdage forandringer hos barnet. Å oppdage slike forandringer er helt avgjørende for å foregripe forverringer, og å tilpasse behandling og pleie etter barnets utvikling. Det styrker barnets subjektivitet og menneskeverd i behandlingen.

Sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap som uttrykkes i handlinger og via deres håndlag med barnet, er knyttet til sanseligheten. Den er viktig og verdsett i virksomheten, og den stoler utøverne på når komplekse vurderinger gjøres.

³⁰⁶ Liaw et al. 2010.

³⁰⁷ Jfr. Sinha et al. 2012, s. 328 – 329, der det fremheves at det kommer stadig ny forskningsbasert kunnskap som viser at pleiepraksiser utgått fra NIDCAP pleiefilosofi, som jeg nevner i kap. 3 (fotnote 89), reduserer kognitive skader hos barnet.

³⁰⁸ Liaw et al. s. 89.

Martinsen har i hele sitt forfatterskap vært opptatt av sanseligheten i klinisk sykepleie,³⁰⁹ og reist kritikk mot en ensidig vitenskapelig forståelse av sykepleie og dens evidens.³¹⁰ Olsen tok utgangspunkt i Martinsens forståelse av sykepleie, og utforsket sanselighetens betydning i sykepleie til pasienter med demens i eldreomsorgens virksomhet.³¹¹ Olsens redegjørelse, som bygger på observasjoner av morgenstell og intervju med pleiere i etterkant, fremhever at det sansemessige er avgjørende for at sykepleieren skal få innsikt i pasientens konkrete situasjon og respondere på den. Dette samsvarer med mine resultater.

Jeg fortolker dette slik at sanseligheten gir tilgang til de etisk relevante utfordringer i yrkesutøvelsen, og slik forbinder det etiske til handlingsrommets evidens. Det synliggjøres i forrige kapittel når sykepleierne steller barnet for å få best mulig innsikt i egne og andres arbeidsoppgaver, og her, når sykepleierne søker å få innsikt i barnets *subjektive*³¹² tilstand for å ta hensyn til denne innsikten i nødvendig pleie og behandling. Det humanistiske aspektet ved handlingsrommets innretning blir her tydelig.

Å stille seg inn

De fleste sykepleierne snakker med barnet når de steller og håndterer barnet i kuvøsa. I feltnotatet nedenfor har Hanne planlagt å vaske barnet, men barnet er urolig, strekker seg, skjelver i armer og ben og gråter. Hanne prøver å roe barnet, først med narresmukk, deretter snur hun barnet over på siden, tar bort CPAP, støtter rundt barnet med hendene og sier:

Huff, gråter du så Anette, er det ikke helt godt å ligge her med maten rett i magen... ja, ja vi får ordne litt på dette nesestyret, kanskje det gjør vondt, du får slippe litt... så skal vi vaske i ansiktet og løсне på båndene... nei, var ikke det heller bra... lille venn. Hva skal vi gjøre da? ... Kanskje smukken... å, spyttet du den ut... litt melk i munnen kanskje... sånn ja, det likte ho Anette... hysj, hysj, hysj, bare sov du, snart kommer mamma og pappa, de kan stelle, da blir det sikkert bedre...

³⁰⁹ Martinsen 2003[1993] og Martinsen & Kjær 2012.

³¹⁰ Martinsen 2005, Martinsen & Eriksson 2009.

³¹¹ Olsen 1998, s. 44 – 76.

³¹² Begrepet om barnets *subjektive tilstand /situasjon* har status som faglig begrep i nyfødttintensivsykepleien, og har å gjøre med hvordan barnet selv erfarer seg og sin omverden. Dette kan ikke måles eller registreres ved hjelp av medisinsk terminologi og overvåkningsutstyr alene. Begrepet har sine røtter i forskningsbasert kunnskap og er retningsgivende for daglig pleie. Jfr. pleieprogrammene NIDCAP, NBAS, familiesentrert pleie og pågående forskning om samspill mellom barn og foreldre, som jeg nevner i kapittel 3.

Hanne svarer spontant på barnets adferd. Tonefallet og praten ligner på måten vi som foreldre snakker med vår baby på: Vi sier nøyaktig hva barnet gjør, hva vi tenker å gjøre og det vi gjør. Hanne bruker barnets navn, og forholder seg til barnet som en likeverdig person hun hjelper med å finne ro. Hun forteller at når hun snakker slik med barnet blir hun konsentrert og mottakelig for barnets uttrykk. “Jeg får en helt spesiell kontakt med Anette nå”, mener hun, og sier at det letter arbeidet, fordi “Anette får være med å bestemme hva jeg skal gjøre”, og da treffer hun mer presist med det hun gjør. Hun utdyper det:

Vi prøver oss ofte frem når vi trøster barn som er urolige, eller når vi skifter leie..., og da må vi vurdere hvordan barnet responderer, og samtidig ta hensyn til barnets totale situasjon. Lar du barnet sove..., eller vekker du det fordi det er lenge siden barnet fikk stell for eksempel. I en situasjon kan det være mer riktig å vekke barnet, men i en annen kan det være best å la barnet sove over et stell for eksempel. Det er den spesielle situasjonen som må gi føringer på det du gjør, og da må du skikkelig inn i det for å ta med så mange forhold som mulig. Da *må* du vite hvordan barnet har det, og da må du få kontakt med barnet på en eller annen måte.

Hanne oppnår kontakt når hun snakker med barnet og lar praten veilede handlingene som barnet svarer på. Slik leser hun barnet, fortolker det barnet uttrykker og tar hensyn til det i videre pleie og behandling. Poenget for Hanne er ikke at barnet skal høre hva hun sier, men kjenne hva hun sier. Slik åpner praten opp for kontakt med barnet.

Dette minner meg om noe fra min egen yrkesutøvelse, fra langt tilbake i tid. En mor satt ved kuvøsa til sitt kritisk syke, nyfødte barn og leste eventyr og sang vuggesanger. Hun satt og satt, forlot barnet bare i korte perioder. I flere dager var det usikkert om barnet ville overleve, og om barnet ville få varige skader. Vi snakket om dette på vaktrommet, syntes det var merkelig at mor leste og sang uten at barnet hørte noe - kuvøsedørene var lukket – og mange var bekymret for at mor skulle bryte sammen. Men mor fortsatte å fortelle eventyr og synge til gutten sin, og tok han også med i sangene. Nå tenker jeg at det som mor gjorde faktisk er vanlig praksis, og det åpner for et begynnende samspill mellom mor og det syke, nyfødte barnet, fordi mor makter å være der med barnet, og berøres av barnets tilstand og mobilisere for å hjelpe barnet.

Sangene, eventyrene og praten er måter å leve seg inn i barnet på som gjør oss oppmerksomme på barnet som et individ med evne til å inngå i relasjon med omgivelsene, og erfare og føle. Å få innsikt i pasienters subjektive situasjon gjennom empati og følelsesmessig

mottakelighet er, i følge Nortvedt og Grimen, et sentralt trekk ved helsefaglig praksis. De bruker begrepet *sensibilitet* om en følsomhet for den andres situasjon som henspiller på “å sanse, være oppmerksom og mottakelig, reseptiv, samtidig som det også viser til forståelse av en situasjons betydning og mening”.³¹³ Slik er sensibilitet en kilde til kunnskap om barnets totale situasjon som har betydning for den pleie og behandling barnet får. Nortvedt og Grimen skriver at de har valgt ordet sensibilitet i stedet for sensitivitet fordi betydningen av ordet sensibilitet, som er bredere enn sensitivitet som mer gjenspeiler en persons psykologiske evne til å være følsom for andres erfaringer. Sensibilitet derimot tar med pasientens egenopplevelse av sykdom, og retter seg derfor også mot forståelse av pasientens subjektivitet.³¹⁴

Hannes prat med barnet kan forstås som et forsøk på “å sette seg inn i barnets sted” for å motta impulser fra barnets egne opplevelser, og for å ta hensyn til det i videre pleie. Men i tillegg må barnets totale situasjon forstås og å tas hensyn til, slik Rigmor gjør når hun vurderer og ikke ta bort barnets pustestøtte, selv om den er ubehagelig for barnet. I stedet prøver hun å lette barnets ubehag ved å forandre på måten pustestøtten ligger over, og i, barnets nese. Denne måten å forstå og vurdere på, gir kjøtt og blod til begrepene innlevelse og dømmekraft: Innlevelse er ingen teknikk, men et emosjonelt, og dermed personlig, engasjement som krever en eksperimenterende arbeidsmåte der sykepleierne må berøres av situasjonen, og være i sin uberørthet på en måte som opplyser situasjonen, uten å styre den totalt.³¹⁵ Fordi innlevelse, som Rigmor og Hanne viser, gir et handlingsorienterende utgangspunkt som danner bakgrunnen for alt klinisk arbeid: pasientens subjektive situasjon. Det er derfra forståelse og handlinger skapes, eller sagt på en annen måte: Dom i situasjonen felles.

Denne innstillingen til barnet, der barnets lidelse nå og i fremtiden tas hensyn til, krever forestillingsevne og ferdigheter hos sykepleieren. I streben mot å få tak i hvordan barnet har det, forholder sykepleierne seg kreativt til barnet. Der er ingen regler for hvordan det gjøres, men de deler egne arbeidsmåter med kollegene. Vi ser her at det å beherske en praksis og det å forstå hva som er en god praksis, “er ett og det samme”, som Meløe skriver.³¹⁶ Det betyr at å forstå at en praksis er dårlig, er en forståelse av hva som *mangler* på at den er god. Det hermeneutiske kan ikke skilles fra det kritiske, det er ett og det samme.

³¹³ Nortvedt & Grimen 2004, s. 13.

³¹⁴ Det er slik jeg tolker Nortvedt og Grimen (2004, s. 37 – 48), og i begrepet “subjektivitet” legger jeg antagelser om at pasienten er en person på lik linje med meg selv.

³¹⁵ Dette kommer jeg tilbake til i neste kapittel.

³¹⁶ Meløe 1985b, s. 17.

Elizabeth viser denne komplekse sammenhengen i forståelsen i følgende utsagn:

Jeg liker å synge rolige vuggesanger, det gir arbeidet rytme og rolige, myke, passe bevegelser. Da får jeg kontakt med barnet som gir mulighet til å kjenne på barnets begrensninger og evne til å mestre pleiesituasjoner.

Engang så jeg en kollega som var brå og nesten hardhendt med barnet, da foreslo jeg at hun skulle synge rolig, og prøve å la sangen styre bevegelsene. I ettertid har hun fortalt at det har hjulpet henne å få tak i hvordan barnet har det, og at det har lettet arbeidet. Da har jo sangen en dobbel virkning; beroligende for barnet og en hjelp til oss i arbeidet. For det er jo det som gjelder her-og-nå vi er ute etter... Du får jo ikke tak i noe som helst hvis du behandler barnet tøft..., og det er jo direkte skadelig for barnet.

Sangen ga bevegelsene en rolig rytme som bidro til barnets velvære. Ordene gir her hendene rytme og form – de skaper et håndlag. Forbindelsen mellom hånd og tanke blir tydelig her, hånden bidrar på en helt spesifikk måte til tenkningen. Kanskje var sykepleierens bråe og hardhendte bevegelser et uttrykk for manglende kunnskap, der frykt for å gjøre feil bidro til at sykepleieren håndterte barnet uheldig? Eller kanskje var det slik at hun ikke evnet å ta inn over seg barnets subjektive situasjon, der hun måtte bruke hendene for å sanse og fortolke ut fra sin antagelse om hva et fortidligfødt barn erfarer, uttrykker og trenger i konkrete situasjoner? Hvis sykepleieren mangler den type kunnskap eller den ikke er internalisert og fungerer som det filteret som gjør at sykepleieren møter barnet på en bestemt måte, vil den veiledning som Elizabeth ga, kunne bidra til kunnskapsutvikling hos sykepleieren, slik fortellingen viser. Fordi - som Sølvi sier - det krever mye trening og fantasi for å få kontakt med det fortidligfødte barnet:

For meg var det en stor utfordring å få tak i, og lære, barnets uttrykk. Ansiktet: grimasene og rynkene. Kroppen: hvordan barnet ligger med armene, hendene under haka kanskje, fingrene... og så stivhet og slapphet, skjelvingene og gråten, stillheten, hudfargen... ja alt dette som forteller oss noe om barnets tilstand, om ubehag, hvordan smerte, lyder, bråe bevegelser og leie stresser barnet..., og, ja, forverrer tilstanden.

Først da jeg begynte å forestille meg at jeg snakket med barnet med alle mine sanser, ble det enklere. Det høres merkelig ut, men når jeg legger barnet over på sida for eksempel, så spør jeg egentlig: "Er det slik du vil ligge?", selv om jeg ikke sier noe. Så

støtter jeg barnet med mine hender, kjenner, ser og lytter etter svaret. Blir barnet urolig, gråter og feker med armene, skjelver, blir slapp og puster dårligere, pulsen øker – jeg følger med på scoopet -, får dårligere farge eller kanskje på lengre sikt ikke greier å fordøye er svaret “nei, jeg vil ikke ligge slik!” Men faller barnet til ro, puster ok, har avslappet leie, er svaret: “ slik vil jeg ligge”. For meg er dette helt nødvendig informasjon om barnet når jeg pleier og følger med på utviklingen for å kunne gripe inn i det som kommer...

Sølvi viser hvordan fantasi hjelper henne å sette seg inn i barnets sted og hvordan hun følelsesmessig lar seg påvirke av barnets uttrykk. Da trer barnet frem for henne som et menneske likt henne selv. Denne hermeneutiske bevegelse frembringes av forståelse for hva som står på spill i denne praksis, og medfører at hun erfarer barnet både som en fysisk kropp og en person i verden som lever, erfarer og uttrykker seg. Men det er ikke nok for å gjøre det som er nødvendig i situasjonen, å handle ut fra hva som er god praksis. Hun må kunne blande velværet for barnet der hun respondere på mindre alvorlige behov hos barnet, med nødvendig livreddende behandling og pleie og behandling som gir barnet best mulig vekst og utviklingsmuligheter. Det er den nære forbindelsen mellom følelser og tenkning som gir refleksjoner og nye innsikter der både nødvendig behandling og barnets velvære tas hensyn til. Slik retter kyndighet i virksomheten seg mot å utvikle kunnskap som bidrar til at sykepleieren evner å handle på en måte som gir barnet så mye velvære som mulig i en høgteknologisk behandling som ofte er smertefull, men som bygger på kunnskap rettet mot barnets beste nå og i fremtiden.

Rigmor, Hanne, Elizabeth og Sølvi viser på ulike måter hvordan de prøver og “å tune”³¹⁷ seg inn på barnet for å få tak i barnets uttrykk, og hvordan de da berøres av impulser fra barnets uttrykk ved at impulsene blir utgangspunkt for tenkning og handling. Det er således en sansende, tankemessig våken tilstedeværelse som fanger det inntrykksbaserte som vekker tanken, og som gir tenkningen retning. Følsomheten og mottakeligheten for hvordan barnet opplever situasjonen “letter arbeidet” fordi, som Hanne sier, da treffer hun mere presist med sine handlinger, og Sølvi hjelper barnet å finne et godt leie. Deres refleksjoner og fortolkninger samstemmer da med situasjonens grunnleggende utfordringer.

Nettopp det at sensibiliteten er refleksjonens forutsetning, er et viktig poeng for Nortvedt og Grimen. De skriver:

³¹⁷ Oppnå samstemthet med barnet, og derfra, la barnet guide pleien.

Vårt poeng når det gjelder forholdet mellom sensibilitet og refleksjon, er følgende:
*Ved å undersøke refleksjonens forutsetninger kommer en uunngåelig til et punkt hvor refleksjonen ikke kontinuerlig skaper seg selv, men selv blir vekket av noe som er utenfor den selv, noe den ikke selv har skapt.*³¹⁸

De skriver videre at klinikere erfarer dette i møte med pasientens smerte, den rammer dem på “et intuitivt og inntrykksbasert nivå”.³¹⁹ Men, som sykepleierne her viser, krever sensibilitet praktisk-kliniske kunnskaper som for eksempel sammenhenger mellom spesielle bevegelser, grimaser og pustemønstre, og smerte, stress og ubehag. Det betyr at selv om sensibilitet i seg selv ikke er aktivt fortolkende tankearbeid, er det utøverens profesjonelle ferdigheter og fagkunnskap som muliggjør sensibilitet, og som knytter sensibilitet til faglige refleksjoner, resonnementer og handlinger i et gjensidig forhold. Det gjensidige viser Rigmor når hun prøver å lindre barnets ubehag med CPAP, ved å skifte over til nesemaske, men hun holder på at CPAP som pustestøtte er nødvendig for barnet.

Samspeillet mellom ubehag og nødvendig behandling som her kommer opp, viser det normative – forstått som barnets behov for både nødvendig behandling og velbehag - ved sykepleiernes profesjonsutøvelse. Det er ikke nok å leve seg inn i pasientens subjektive tilstand her-og-nå, for så å la følelsene styre handlinger. Da kan en overse barnets faktiske tilstand og den nødvendige behandlingen som retter seg mot sykdomstilstanden.³²⁰ Barnets velbehag er ikke nok som handlingsorientering mot de riktige handlinger, fordi nødvendig behandling også innebærer smerte og ubehag for barnet. Dette medfører at en av de viktigste oppgaver for sykepleierne i nyfødintensivavdelingen, er å hjelpe barnet til mest mulig velbehag gjennom nødvendig pleie og behandling. Den handlingsorienterende gyldige kunnskapen sykepleierne handler ut fra, angår både barnets faktiske og subjektive situasjon, og er forbundet med å gjøre det mulige innenfor det nødvendige. Først da erfares handlinger som holdbare innenfor nyfødintensivsykepleiens handlingsrom.

Det er en relasjon preget av likeverd, som innlevelse og samspill med barnet er uttrykk for, og som synliggjøres i det sykepleierne gjør og måten de gjør det på: De snakker, synger og samtaler med barnet via sine hender. Varsomt, rolig, støttende og kjærlig hjelper de så barnet med å finne ro i stressende situasjoner og omgivelser. Via innlevelse får de tak i barnets uttrykk som de så fortolker. Denne nye forståelsen fortolker de så barnets totale situasjon ut

³¹⁸ Nortvedt & Grimen 2004, s. 41 – 42.

³¹⁹ Samme sted, s. 42.

³²⁰ Barnets faktiske situasjon viser til barnets totale sykdomstilstand.

fra. Slik alternerer de mellom innsikt i barnets subjektive tilstand og i den faktiske situasjonen barnet er i, og utvikler rikere forståelse for begge.

Det viktige her er at de responderer på barnets uttrykk slik at barnet skal oppleve omverden så positivt som mulig, under de gitte omstendigheter. Det er en tilnærming til barnet som legger til rette for at barnet skal utvikle positive relasjoner til omverden. Den viktigste relasjonen barnet utvikler i denne perioden, er relasjonen til sine foreldre.

Slik står barnet og dets subjektive tilstand sentralt i handlingsrommet og dets evidens, særlig der hvor hendene skaper rommet hvor barnets subjektive tilstand kan sanses og hjelpes.

Samhandling og samarbeid med foreldrene

Foreldrene involveres i barnets pleie så raskt som mulig. I samarbeid med foreldrene føler sykepleierne seg trygge. De kan svare på spørsmål, og støtter og oppmuntrer foreldrene til å delta i pleieoppgaver og å være så mye som mulig ved barnet. Å sitte og se på barnet er også en måte å delta i barnets dag på. Feltnotatet nedenfor viser et begynnende samarbeid mellom sykepleier og foreldre:

Mor setter seg ved kuvøsa, ser på barnet, men åpner ikke kuvøsedørene. ”Vil du hjelpe til å stille han i dag?”, spør Astrid. Mor rister på hodet. Astrid svarer at det er i orden, og føyer til: ”Du kan tenke på det til senere”. Astrid forteller at barnets tilstand er uforandret fra i går, ductusen³²¹ er der og de skal vurdere behandling i dag. Mor nikker, og sier at de kan snakke om det når far kommer.

Mor forteller at hun har fått melk. Astrid sier det er flott at barnet får mammas melk, nå fordøyer han stadig bedre. De snakker om pumping. Mor sier det går ganske greit. ”Der åpner han øynene”, sier mor. ”Ja, nå ser han på mamma”, sier Astrid. Mor nikker og smiler. Astrid stiller barnet, veier, skifter magesonde og setter opp mat på sprøytepumpe, blander medisiner og kopler til. Astrid spør så om hun vil holde han på brystet, men mor sier hun vil vente til i morgen. Mor sitter lenge og bare ser på barnet, men går så og vasker hendene. Åpner deretter kuvøsedørene og stryker over barnets hånd. Barnet skvetter til, mor ser spørrende på Astrid som sier hun helst skal holde han i hånden, ikke stryke. Barnet griper rundt mors finger. Mor smiler, barnet sovner. Mor

³²¹ En forbindelse mellom to blodårer ved hjertet som lukker seg ved fødselen, men hos fortidligfødte barn hender det at forbindelsen må lukkes med medikamenter eller ved kirurgisk inngrep.

bøyer seg frem og hvisker til Astrid at han har fått navn i dag, “han skal hete Hilmar”.
”Det er et navn ikke mange bruker i dag”, sier mor henvendt til barnet, ”men så er du jo spesiell for oss”.

Astrid balanserer her mellom å dytte mor, og støtte det mor gjør. Når mor sier at hun ikke vil stelle i dag, støtter Astrid henne og lager ny mulighet for mor til deltagelse i stell senere. Barnet er bare noen få dager, mor skal nå bli kjent med barnet sitt og Astrid lar mor få tid. På den annen side, er hun rask med å kommentere at barnet ser sin mamma. Selv om Astrid ikke snakker så mye med mor, viser mor henne fortrolighet når hun forteller om barnets navn.

Fegran viser i sin studie av samarbeidet mellom sykepleier og foreldre i nyfødtingintensivavdeling, at sykepleierens fokus i starten var å legge til rette slik at foreldrene ble kjent med barnet. Blant annet ved å oppmuntre foreldrene til fysisk kontakt med barnet.³²² Det samme finner jeg, og feltnotatet over viser hvordan Astrid oppmuntrer mor til fysisk kontakt og deltagelse i pleie. Situasjonen viser også hvordan Astrid lar mor få nærme seg barnet gradvis, og veileder mor i hvordan hun kan gi barnet fysisk kontakt ved å holde barnet i hånden. Et annet dominerende trekk ved foreldresamarbeidet i min studie, som ikke fremkommer i studien til Fegran, er at sykepleierne personifiserer barnet fra første stund. Med det mener jeg at de snakker personlig til barnet og om barnet til foreldrene, slik Tone gjør her:

Ida ligger i åpen kuvøse på det lille kuvøserommet, trenger CPAP og litt oksygen. Klokken er halv tolv på formiddagen. Ida er begynt å våkne når mor kommer inn. Hun skal stelle barnet nå, “ta hovedstellet”, sier hun.

“Å, merka du at ho mamma kom”, sier mor henvendt til Ida som glipper med øynene. “Ja, kanskje”, sier Tone, “Ida er ingen morgenfugl, ho liker godt å sove utover morgenen, men nå er hun sulten”. “Da har vi noe felles, jeg er skikkelig B-menneske”, sier mor henvendt til Ida. “Er hun ordentlig våken nå”, spør mor. “Ja, det vil jeg si”, svarer Tone. Mor vasker barnet og skifter tøy, Tone hjelper til. Mor og Tone prater om hva de ser hos Ida, og hva det kan være uttrykk for. “Og der smiler du til ho mamma..., ja, vi sier at det er det du gjør. Ikke at det er knip i magen”, sier mor og ler mot Tone. Barnet strekker seg og promper. De ler igjen. “Åh det var godt, nå er det plass for mat”, sier mor. Barnet i nabokuvøsa gråter og hikker, Tone går dit. “Hører du hvor vondt han Marius hikker, han gråter stakkar”, sier mor henvendt til Ida, og tilføyer “nå må ho Tone prøve å trøste han, vi greier oss godt, vi to...”. Mor prøver å

³²² Fegran 2009.

leire rundt Ida som beveger seg, feker med armene og gråter. “Nå skal du få mat, så, så... vi må spørre Tone om hun kan hjelpe oss litt”. Tone kommer til, løfter Ida ut til mors bryst, kopler til CPAP. Ida smatter mot brystvorta, tar ikke tak, men får i seg noen dråper morsmelk. Ida er urolig, Tone kopler til mat på sprøytepumpe. “Så, så Ida, mamma vet at du kan bli utålmodig når du er sulten, men snart kjenne du maten i magen, og da blir det bra...”, sier mor.

Tone hjelper mor å se og tolke barnets uttrykk, og griper inn og hjelper mor i forhold til situasjonen. Hun fremhever det personlige når hun sier at Ida ikke er en morgenfugl. Mor responderer, uttrykker slektskap med barnet og snakker i vi-form med barnet. Mor fremhever også barnets personlighet når hun sier at hun vet at Ida er utålmodig. Barnet fremtrer med en egen personlighet og mor knytter slektskapsbånd til barnet.

Det samme gjør far her:

Far har badet barnet. Han tørker barnet som er urolig. Far sier, henvendt til Lena: “Skal vi veie nå når han er naken? “Ja, vi veier han”, sier Lena som spør om far vil legge han på vekta. Far løfter barnet med rolige bevegelser og legger barnet forsiktig på vekta. “Førti gram opp, ikke dårlig det”, sier far. Han kler på barnet: “Nei, enn bodyen allerede er for liten, og du som bare har brukt den en gang. Men, fint at du vokse... skal jo bli en stor kar og komme hjem og leke med Lars (storebror), han vente”.

Lena finner frem ny body som passer, og far kler på. Far spør om barnet trenger lufteteppes rundt seg, Lena bekrefter det og far setter seg i stolen med barnet på fanget. Lena henter flaske. “Nå skal Jonas få mat hos han pappa ... åh, hvor vi styre, vi gutta, for å få dette til... ja, pappa vet at du ikke tar godt i starten, ... vi får være tålmodige da”. Far strever, barnet er urolig, slipper ofte smukken, far putter den inn. Lena sier at Jonas kanskje vil ha en liten pause. “Skal, vi kanskje kvile litt”? sier far, og løfter barnet opp på skulderen. Barnet raper og roer seg. “Så, det var det du ville fortelle, bra at du sier fra..., du skjønne han pappa kan ikke dette helt, er så opptatt med maten... vil at du skal bli fire kilo til termin... Det går vel ikke helt.”

Slik kommuniserer far med barnet og responderer, med veiledning fra Lena, på barnets uttrykk. Far identifiserer seg med barnet - vi gutta -, samtidig som han streber mot å lære og å tilpasse seg barnets rytme og behov.

Lena forteller at når hun veileder foreldre forholder hun seg alltid til det unike barnets behov. Hun kjenner barnet så godt at hun vet hvordan hun kan prøve seg frem. Det er dette hun viderefører til foreldrene; flere alternative måter å respondere på, eller å gripe inn i situasjonen på. Slik lærer foreldrene gradvis å bli kjent med barnet sitt.

Søsken inviteres også på besøk:

Søsteren på 4 – 5 år står på en stol ved siden av den åpne kuvøsa, hun visker til sin lillesøster, og berører barnets fingre. Barnet griper rundt storesøsters finger. “Pappa, hun klyper meg”, klager storesøster. “Nei, hun vil bare si hei til deg”, sier far. “Babyer kan ikke snakke”, svarer storesøster og ler mot far.

Storesøster tolker barnets uttrykk på sin måte. Lillesøster klyper og det er ikke lov! Slik blir dette lille, lille barnet, med ledninger festet til kroppen, og utstyr rundt som suser og tikker, en ganske alminnelig baby for henne. En lillesøster hun samhandler med.

En annen måte sykepleierne personifiserer barnet på, er ved å feire med flagg på kuvøsa når barnet for eksempel når ett kilo, og når barnet fyller en måned. Slik markeres milepæler. Sykepleierne lager også bok til barnet, der hendelser dokumenteres med bilder og tekst. En viktig dokumentasjon i denne boka, er avtrykk av fot og hånd ved fødselen, vekt og lengde og bilder fra spesielle hendelser eller milepæler. Dette motiverer foreldrene til å dokumentere og lage bilder og tekst om barnets første leveuker, slik de ville gjort med en frisk baby.³²³

Sykepleiernes arbeid er rettet mot å redde liv og hindre skader hos barnet. Likevel, barn dør i nyfødttintensivavdelinger. Hvordan arbeider erfarne spesialsykepleiere i slike situasjoner?

Når barnet dør

Barnet hadde ligget to dager i avdelingen, og det var planlagt å avslutte behandlingen for å la barnet få dø denne ettermiddagen. Martine hadde hatt fri i helgen, hun kjente ikke barnet eller foreldrene og skulle nå ha ansvar for avslutningen. Martine forteller:

Dette er noe av det hardeste arbeidet jeg gjør i avdelingen. Det krever en så total tilstedeværelse. Tanker, følelser og hele kroppen er rettet mot det som skal skje. Og så må det gjøres så ordentlig, så gjennomtenkt. Foreldrene skal leve med minnene fra disse timene resten av livet.

³²³ Jfr. bilder av en slik bok i kap. 3.

Forsker: Hva betyr det at du har vært med på dette før?

Martine: Erfaring fra lignende hendelser betyr ikke at jeg kan gjøre det samme som jeg har gjort før, men det gjør at jeg kjenner meg som den sterke som kan drive disse vanskelige timene fremover. Jeg vet jeg greier det. Jeg har erfaringer fra flere slike hendelser, og variasjonen av erfaringer og samarbeidet med legen er min trygghet. Det er mange måter å avslutte behandling på, og det er min oppgave å snakke med foreldrene og så ut fra det de sier gi dem noen valg. Samtidig som det uunngåelige må skje.

Forsker: Hva er det de kan velge?

Martine: Praktisk ting som: Vil de ha barnet på fanget når vi kopler fra respiratoren, og hvem skal i så fall holde barnet? Vil de at barnet skal ha spesielle klær på seg, vil de stille barnet mens det lever? Vil de være litt alene med barnet, vil de synge for barnet? Slike ting er viktige. Foreldrene må få delta, de må få lov å gå inn i det, de må få lov å gjøre noe for barnet. Det er deres barn og deres død, ikke min eller vår. Men jeg må inn i det...

En mor spurte meg en gang om barnet kunne høre, hun ville gjerne synge for barnet. Jeg sa som sant var at jeg ikke visste sikkert – barnet var så skadet – men at hun bare skulle synge. Hun sang for barnet. Så sto hun fast i noe tekst som jeg hjalp henne med, og da smilte mor mot barnet. Det var merkelig, barnet ble så levende for meg. Ja jeg vet at det kan høres kynisk ut, men ikke si noe før du har stått i slike situasjoner: Man er nødt å mobilisere for å greie det, og det var vel det jeg gjorde, prøvde å tenke på noe annet.

Men så ble jeg overveldet av det grusomme i situasjonen, kjente det sprengte på, snudde meg bort, måtte mobilisere alt jeg hadde for å greie det. Men mor har snakket om dette i ettertid, ikke at jeg ble så berørt, men hun mente at vi gjorde noe godt for barnet sammen, at vi viste barnet kjærlighet. Det ble en trøst for mor. For tenk, det er faktisk bare vi og foreldrene som kan gi barnet godhet de få timene barnet lever. Det har jeg tenkt mye på, og det gjør dette arbeidet overkommelig for meg... Fordi det er faktisk via det jeg gjør for barnet at jeg kan hjelpe foreldrene å leve med dette videre... Merkelig, men det er slik jeg kan sette foreldrene i fokus.

Martine erfarte barnet som levende i en situasjon hvor hun holdt avstand til barnet for å makte å være i situasjonen. Men så ble hun slått av det levende ved dette lille mennesket som er i verden bare for noen timer eller dager, og som derfor nesten ingen blir kjent med. Kanskje kjente moren samhørighet med Martine fordi hun så tydelig erfarte barnet som et levende menneske? Martines berørthet gir barnet et menneskeverd: Det er et menneske som lever i verden så lenge det lever. Det setter spor. Men disse sporene er vanskelig for foreldrene å dele med noen, fordi sporene ofte er dunkle for foreldrene og nærmest fraværende for resten av barnets familie, når fortidligfødte og nyfødte barn dør.

Det er ikke klart her hva Martine legger i “det jeg gjør for barnet”, men jeg tenker at det er ikke nødvendigvis å synge for barnet hun her viser til. Selvfølgelig kan det være det også, men det handler grunnleggende om at erfaringen Martine forteller om hjelper henne å være tilstede i situasjonen på en måte som gir mening. Og det betinger at barnet fremstår som en person for Martine, en person som har foreldre og kanskje søsken, og som sanser og uttrykker seg de siste timer han eller hun lever. Det er denne kunnskapen som blir handlingsorienterende for Martine, når hun streber mot å gjøre det som er rett og passende, og som gir Martines konkrete handlinger holdbarhet i dette handlingsrommet. Slik blir dette handlingsrommets evidens til.

Oppsummering

Den praktisk-kliniske kunnskapen som beskrives og utforskes her retter seg mot *Å gi barnet omsorg tuftet på menneskelighet*. Omsorgen er tuftet på en syntese mellom sanselige innsikter og fagspesifikke begreper knyttet til nyfødteintensivsykepleien. En sansemessig kunnskap, spesielt i hendene, er avgjørende for å få tak i barnets subjektive tilstand, og for å evne å gi svar på det som barnet uttrykker. I tillegg preges omsorgen av en henvendthet mot barnet, en sensibilitet som handler om å stille seg inn slik at en blir mottakelig for barnets uttrykk, og derfra kan hjelpe barnet å oppleve verden så positiv som mulig. Det er via sansene, særlig via hendene, at sykepleier kan få innsikt i barnets subjektive tilstand, og derfra, lenke sammen sykepleierkunnskap med medisinsk faglige innsikter i streben mot å gi barnet omsorg tuftet på menneskelighet. Det er således via hendene at sykepleierne erkjenner hva som er god praksis, og gjør sine kvalitative vurderinger. Den hermeneutiske bevegelse er her av sansemessig art.

Denne måten å arbeide på forutsetter at sykepleieren blir kjent med barnet gjennom daglig behandling og pleie. Der foregår avveininger mellom nødvendig pleie og behandling, og

barnets muligheter for vekst og utvikling. I avveiningen fremstår barnet både som en fysisk kropp som skal overleve, unngå skader og vokse, og som et menneske som erfarer og opplever. Og som kjemper med sine opplevelser. Omsorgen løfter slik barnet inn i vår verden, inn i vårt menneskelige fellesskap.

Barnets subjektive tilstand står derfor sentralt i handlingsrommet og dets evidens, og viser hvordan det humanistiske aspektet ved handlingsrommet og dets evidens kommer frem i nyfødtintensivsykepleien.

9 Den praktisk-kliniske kunnskapens konstitusjon og utvikling

Fokuset i feltarbeidet, og oppmerksomheten i analysen hittil, har vært rettet mot å identifisere og utforske den praktisk-kliniske kunnskapen som viser seg i handling. Materialet som hittil foreligger er omfattende og komplekst, og ulike aspekter ved praktisk-klinisk kunnskap er belyst. Resultatene som foreligger kan punktvis oppsummeres slik: Den kunnskap som erfarne spesialsykepleiere i nyfødtintensivavdelingen stoler på og regner som gyldig kunnskap i deres daglige arbeid, handler om:

- Å sette sammen (organisere) robuste handlingsrom.
- Å bidra til sterke og robuste aktør-vi'er i samhandling med kolleger for å gi barnet best mulig behandling og pleie.
- Å etablere gode arbeids- og tenkemåter som ivaretar virksomhetens særtrekk, der barnets konkrete tilstand og behov er i fokus.
- Å gi barnet omsorg tuftet på menneskelighet.

Et overordnet mål med avhandlingen er imidlertid å belyse hvordan denne kunnskapen kan sies å være konstituert innenfor virksomhetsfeltet og handlingsrommet som skapes her, og med tanke på den evidens som handlingsrommet gir til kunnskapsutvikling og anvendelse. Dette gjøres gjennom en diskusjon med ulike filosofer. Ut over Aristoteles, Meløe og Gadamer, som gir de viktigste bidragene til avhandlingens teoretiske perspektiv, drar jeg også veksler på tanker hos Bergson, Larsson, Taylor og Kant. Dette skyldes at disse tankene hjelper meg å tydeliggjøre den kunnskapsutviklende strukturen i sykepleiernes yrkesutøvelse, slik jeg mener å ha dokumentert den i de fire foregående kapitler.³²⁴

Hensikten med dette kapitlet er:

³²⁴ Hvordan tydeliggjøringen skjer, vil fremgå av følgende fremstilling og diskusjon; et inngående kjennskap til tenkernes samlede filosofi forutsettes ikke.

- Å vise hvordan erfaringer fremstår som selvstendige kunnskapskilder for sykepleierne på lik linje med teoretisk og forskningsbasert kunnskap.
- Å belyse kunnskapsutvikling via utøvelse som et kollektivt og relasjonelt anliggende.
- Å diskutere kunnskapsutvikling via sansene, og belyse komplementariteten mellom sansning, tenkning og handling; og å løfte frem hvordan en slik forståelse gir tilgang til det etisk relevante i yrkesutøvelsen.
- Å demonstrere hvordan kunnskap konstitueres i situasjonen - i handlingsrommet.

Erfaringer som selvstendige kunnskapskilder

Erfaringer som kilde til ny kunnskap synliggjør det indeksikale ved sykepleierens praktisk-kliniske kunnskap: Den peker samtidig både mot kunnskapsbæreren og brukersituasjonen, og bærer på den måten opphavets stempel. Av dette følger at den enkelte sykepleier oppfatter utfordringen i en situasjon til å gjelde gjenkjenning av mulige gode måter å mestre situasjonen på. Dette er i overensstemmelse med sjakkspilleren Carlsens avvisning av at det finnes ett "beste trekk" som alle erfarne vil kjenne igjen.³²⁵

Sykepleierne i studien fremhever at et mangfold av erfaringer bidrar til utøverens spillerom, i betydningen av det å se muligheter for handlinger og på den måten ha blikk for handlingsrommet. At de er oppmerksomme på at denne kyndigheten må oppøves over tid i utøvelsen, viser de i måten de organiserer arbeidet på i forbindelse med vaktene.

Sykepleierne viser frem sitt spillerom når de vektlegger sin egen utfoldelse i handlinger der-og-da og under de unngåelige omstendigheter, ut fra en forståelse som er personlig fordi den har vokst frem via aktiv deltagelse i sykepleieutøvelsen i denne virksomheten. Med aktiv deltagelse mener jeg at de har observert og fortolket konkrete situasjoner, og anvendt sin forståelse i handlinger som svar på det de har sett og forstått. Slik har deltagelse gitt sykepleierne et mangfold av erfaringer, som viser til flere mulige måter å identifisere, tolke og løse en utfordring på. De lar seg påvirke av, og de påvirker, situasjonen på bestemte måter.

Nedenfor redegjøres for fire ulike måter som mitt materiale viser at erfaring er begrepsdannende på i en nyfødttintensivavdeling.

³²⁵ Jfr. s. 98 – 99.

Fire måter som erfaring er begrepsdannende på

1) Erfaring som en opplevelse som reflekteres, men som ikke gis språk.

I kapittel 7 viser Hanne frem en erfaring med en mor som aldri fikk bade sitt barn, fordi barnet døde.³²⁶ Erfaringen ble retningsgivende for at hun vurderte spørsmålet om å la en mor få holde sitt barn på fanget seint en kveld, annerledes enn det avtroppende sykepleier Trude gjorde. Hanne har tenkt mye over denne erfaringen og er bevisst på hva dette handler om, men hun har ikke satt ord på erfaringen ved å fortelle om hendelsen til kolleger. Likevel er den begrepsdannende for henne, den har gitt henne en forståelse – begreper - å tenke med om mulige handlinger i bestemte situasjoner. Den kan også på et visst nivå være begrepsdannende for kolleger som arbeider sammen med Hanne, og som ser hvordan hun arbeider. Men for kollegene vil denne forståelse ikke knyttes direkte til hva som kan stå på spill i virksomheten, på samme måte som det gjør for Hanne. Det meningsbærende i begrepet, som forbinder erfaringen til gyldig kunnskap i denne spesielle situasjonen, trer ikke frem for Hannes kolleger uten fortellingen om den konkrete hendelsen. Det er bare fortellingen som kan knytte begrepet om å la barnet få komme på morens fang nettopp nå til den nåværende situasjon, og gjøre Hannes valg signifikant og anvendelig i situasjonen for hennes kolleger. Den kunnskap som for Hanne begrunnet at handlingene var holdbare i denne konteksten – dette handlingsrommet - blir ikke del av avdelingens praksis før hun deler erfaringen og utforsker dens holdbarhet med sine kolleger. Først da utvides det felles repertoaret av mulige gode måter å handle på i bestemte situasjoner.

Hvis Hanne hadde fortalt Trude om sin opplevelse med barnet som døde, ville nok Trude forstått og lært noe. Noe som bidrar til gyldig kunnskap i lignende situasjoner, fordi fortellingen på en grunnleggende måte viser frem hensikten med det de gjør, og hva som kan være det avgjørende viktige. Denne erfaringen er på ingen måte kilde til taus kunnskap i den betydning at den ikke kan artikuleres, eller at den mister noe av sin klarhet ved å språkliggjøres. Utfordringen er at som kunnskap må erfaringen forvaltes via fortellingen. Det er der det meningsbærende kan vises frem, og slik bidra når Hanne og Trude forhandler om meningen med handlingen i den konkrete situasjonen.

I situasjonene drøftet nedenfor, forvaltes nettopp erfaringen som en fortelling fra en konkret hendelse, og den utforskes og begrepsfestes kollektivt i arbeidsfellesskapet.

³²⁶ Side 135 – 136.

2) Erfaring som fortelles, reflekteres og gis språk.

I kapittel 5 skriver jeg om hvordan Rigmor, Martine og Jorunn har gitt ord til en erfaring med barn som nesten ikke gråter eller uttrykker seg.³²⁷ Martine hadde fortalt om sin bekymring for et barn hun beskrev som stille. Det førte til at de prøvde seg frem med ulike ord for å treffe denne erfaringen eller tilstanden hos barnet best mulig. Det er tydelig at erfaringen traff noe vesentlig i virksomheten, derfor strebet de etter å gi den språk. Slik oppstår begrepet om stille barn.

Et annet begrep som viser til ordsatte erfaringer, er begrepet knalldårlig. De bruker det nærmest som sjargong, og begrepet er åpenbart ikke en sykepleiefaglig eller en medisinsk kategori. Likevel treffer begrepet noe som har betydning for sykepleierne i deres konkrete arbeid, fordi det karakteriserer den ekstremt kritiske situasjonen barnet er i.

Disse ordene, og begrepene som de gir ord til, har en tydelig funksjon i virksomheten, selv om de ikke brukes i rapporter eller i andre redegjørelser for barnets tilstand. De virker i den kontinuerlige samtalen som sykepleierne har seg imellom når de arbeider, fordi ordene og begrepene treffer sammen med virksomhetens egne begreper på en fundamental måte. De krever ikke en differensiert redegjørelse, men gir tvert imot klart uttrykk for det handlingsrelevante ved komplekse tilstander.

Distinksjonen mellom begrepene ukjent / kjent viser til erfaringer med hvilke kunnskaper som er gyldige og til å stole på i virksomheten, i betydningen av å kunne begrunne handlingers holdbarhet i ulike handlingsrom. Distinksjonen kommuniserer et kontinuum, og har flere aspekter ved seg: Utøveren kan være ukjent i forhold til det å være spesialsykepleier, i forhold til et avgrenset kunnskapsfelt eller til ny kunnskap om fortidligfødte barn og konkrete behandlingsregimer. Begrepet brukes også om det å være kjent eller ukjent med hvordan praksis foregår i denne konkrete avdelingen, med sine strukturer og sin bestemte organisering. Begrepet er retningsgivende for hvordan vaktstyrken settes sammen, og hvordan ulike handlingsrom organiseres og omorganiseres i løpet av en vakt.

En annen måte erfaringer gis språk på, viser historien om matsonden som ble lagt i luftrøret i stedet for i spiserøret.³²⁸ Der bidrar erfaringen til et engasjement for å endre praksis, noe som også skjer. Det som er viktig å merke seg ved denne historien, er at den viser hvordan

³²⁷ Side 101 – 102.

³²⁸ Jfr. kap. 7, s. 141 – 142.

vitenskapelig og teknologisk utvikling medfører at grenser for behandling flyttes. Det igjen bidrar til at antagelser om barnet som er av ontologisk art – hva som finnes i barnet og hvordan det er – må nyfortolkes. Nyfortolkningen springer ut av konkrete erfaringer, men integrerer teoretisk og forskningsbasert kunnskap i det en kan kalle praktiske synteser.³²⁹ Det betyr at erfaringer som kunnskapskilder innbefatter teoretisk og forskningsbasert kunnskap, ved at disse gjøres relevante når de inngår i det partikulære. Denne måten å utvikle begreper på, via utøvelse, er nødvendig hvis medisinsk og teknologisk kunnskapsutvikling skal settes ut i live i en nyfødtintensivavdeling. Det kreves derfor kontinuerlig kunnskapsutvikling, rettet mot å håndtere, observere og fortolke fortidligfødte og syke nyfødte barn, hvis ny kunnskap innenfor høgteknologisk medisinsk behandling skal bli anvendt til barnets beste ved å integreres i praksis.

3) Erfaringer som utvikles via samsansing; som formidler mellom sansing og handling.

Det karakteristiske ved disse erfaringene er at de oppstår som følge av at flere sanser samarbeider. I daglig pleie utvikler sykepleierne sine evner til å samsanse. Spesielt via syn, hørsel og det taktile, via hendene. Kunnskapen uttrykkes i måten de bruker sine sanser på når de observerer barnet, for å få innsikt i barnets subjektive tilstand – forstått som barnets selvopplevde tilstand - og måten de svarer på ubehag og lidelse hos barnet. Kunnskapen er således konstituerende for måten sykepleierne løfter barnet inn i det menneskelige felleskapet. Den åpner opp for kommunikasjon med barnet, særlig via hendene. Slik er disse erfaringene kilde til et ordløst språk som sykepleierne bruker i samspill med barnet. Det rommet som sykepleierne skaper med hendene og som de møter barnet og dets subjektive tilstand i, er kanskje kjernen, eller den indre horisont i handlingsrommet som sykepleierne oppretter rundt barnet.

I kapittel 8 belyses hvordan den praktisk-kliniske kunnskap som sykepleierne utvikler via disse erfaringene, gjør dem mottakelige for barnets subjektive tilstand, og i stand til å bruke sine hender på en god måte for barnet. I dette håndlaget smelter kunnskap fra ulike kilder sammen, og det er erfaringer med å håndtere barnet, inkludert samarbeidet med foreldrene, som gjør denne sammensmeltingen mulig.

Sykepleierne utfordres følelsesmessig. Martine forteller om en situasjon da hun plutselig ble overveldet av følelser. Hun erfarte et døende barn, som “så levende”, sier hun. Det berørte henne sterkt, og hun erfarte en dyp mottakelighet for barnets subjektive tilstand. Det førte til

³²⁹ Jfr. kap. 2 om begrepet praktiske synteser, slik det brukes av Grimen (s. 28 – 29).

samhandlinger med mor, som ble betydningsfulle for mor i sorgen etterpå. Martine erfarte noe fundamentalt meningsbærende i det hun og mor gjorde for det døende barnet. Noe som “gjør dette arbeidet overkommelig for meg” sier Martine, og sikter til det å være med å avslutte en behandling og la et barn få dø.³³⁰

Kunnskapen denne erfaringen bidrar med, springer ut av en sanselig tilstedeværelse, der ulike kilder til kunnskap smelter sammen i handlingen. Først når dette skjer, evner Martine å handle med hensyn på barnets tilstand, på en måte som i dette tilfellet i stor grad retter seg mot å hjelpe mor å gjøre det hun ønsker. Da erfarer Martine sine handlinger som meningsfulle, i det som for de fleste fremstår som en meningsløs situasjon.

På et grunnleggende nivå er kunnskapen Martine sikter til, ordløs. Ikke på den måten at hendelsen ikke kan gis språk i en fortelling, men følelsene som ligger latente i situasjonen må kjennes og erkjennes, gis mening og uttrykkes i en svarevne, for at denne erfaringen skal bli til noe annet enn en vanskelig opplevelse. Først da kan denne erfaringen gi innsikter som er til hjelp, og som Martine kan formidle til kolleger og bruke i lignende situasjoner.

Det samme gjelder kunnskapen sykepleierne utvikler via sansing og samsansing når de håndterer barnet. Den er ordløs i den forstand at den ikke kan overføres verbalt mellom utøverne. Den vises frem i handlinger, og fanges opp av kolleger som på denne måten motiveres til å trene opp egen sanselighet; men den kan bare utvikles ved at de selv lærer seg å håndtere barnet. Sykepleierne diskuterer ofte hva og hvordan de kjenner eller ser, og trener på å kjenne det samme som kolleger gjør. Slik hjelper de hverandre å utvikle egne sanselige ferdigheter via erfaringer.

Aristoteles redegjør for forskjell og sammenheng mellom moralsk dygd, intellektuell dygd, og følelse.³³¹ I Martines handlinger smelter disse momentene sammen: Martine finner frem til hva medfølelse (moralisk dygd) er i denne konkrete sammenhengen når hun spontant hjelper mor å synge for barnet (intellektuell dygd som fronesis), og berørtheten – følelsene – bidrar til beslutningen. Denne sammensmeltingen er bestemmende for handlingsvalget, og dermed et viktig aspekt ved handlingsrommets evidens.

4) Førstepersons erfaringer av andres handlinger: En utvidet førstepersons erfaring.

³³⁰ Jfr. kap. 8, s. 173 – 175.

³³¹ Jfr. kap. 2.

Sykepleiernes deltagelse i hverandres arbeid, bidrar til at de erfarer hverandres handlinger mer direkte enn hva en utenforstående observatør kan gjøre. Dette gir dypere innsikt i hva kolleger er i stand til å gjøre i konkrete situasjoner, og danner et grunnlag for å vurdere den enkeltes kunnskap i forhold til aktuelle oppgaver i virksomheten. Sykepleierne og legene deler slike kunnskaper med hverandre, og vurderer hverandres kunnskaper i konkrete arbeidssituasjoner. Det samme gjør sykepleierne seg i mellom.

Nettopp den posisjonen den enkelte fyller i virksomheten setter sykepleierne i stand til å erfare sine kollegers handlinger i løsningen av felles arbeidsoppgaver, der de har forskjellige, men komplementære funksjoner. For eksempel i mottak av kritisk syke barn. Astrid viser i kapittel 6 hvordan erfaringen av hennes kollegers handlinger, har gitt henne kunnskap som gjør det mulig for henne å bedømme kyndigheten hos anestesilegen som intuberer barnet.³³² Astrid får tak i en annens kunnskaper som vises frem i handling, ut fra det hun ser og fornemmer i situasjonen: Måten legen håndterer barnet og utstyret på. Denne kunnskapen har Astrid tilegnet seg via deltagelse i utallige situasjoner der leger har intubert fortidligfødte barn, og erfart godt og mindre godt håndlag, og konsekvensene håndlaget fikk for barnet.

Dette kan vi kalle en utvidet førstepersons erfaring, der Astrid via sine egne erfaringer av situasjonen blir i stand til å vurdere hvorvidt legen er kyndig i måten han utfører handlingen på. Erfaringene er tilegnet i konkrete samhandlingssituasjoner. Det er der, og bare der slike erfaringer kan gjøres, og dermed bare der denne formen for begrepsdannelse kan foregå. Begreper som bidrar til at hun kan gjøre kvalitative vurderinger av handlinger hun selv ikke kan utføre.

En slik måte å utvikle kunnskap på via erfaringer, kan utvide Meløes begrep om det kyndige blikk. Han skriver at "Det helt kyndige blikk på det en annen gjør, har bare den som selv kan gjøre det samme."³³³ Melø graderer kyndighet, men løfter ikke frem den form for kyndighet som jeg finner her, der Astrid ikke kan gjøre intuberingen, men kan med et kyndig blikk vurdere handlingen. Kanskje Melø ikke ser denne form for kyndighet, eller muligens ikke forstår den i betydning av å kunne begrunne den. For det er først etter identifiseringen av speilnevroner på slutten av 1990-tallet, og deres funksjoner i forhold til læring, at denne form for erfaringslæring kan begrunnes nevrologisk.³³⁴ Speilnevronene blir aktivert hos tilskueren

³³² Side 119 – 121.

³³³ Melø 1985c, s. 25.

³³⁴ Speilnevroner er nerveceller som aktiviseres både når vi selv handler og når vi observerer andres handlinger. Nervecellene speiler den andres handlinger som om den som observerer utfører handlingene selv. Dette

til en handling, på tilnærmet samme måte som hos den som utfører handlingen. En av forskerne som identifiserte speilnevroner, Gallese, skriver følgende:

Neuroscientific research has unveiled the neural mechanisms mediating between the multi level personal experiential knowledge we hold of our lived body, and the implicit certainties we simultaneously hold about others. Such personal body-related experiential knowledge enables our intentional attunement with others, which in turn constitutes a “shared manifold of intersubjectivity”. This we-centric space allows us to understand the actions performed by others, and to decode the emotions and sensations they experience. A direct form of “experiential understanding” is achieved by modeling the behaviors of others as intentional experiences on this basis of equivalence between what the others do and feel and what we do and feel. This modeling mechanism is embodied simulation. Mirror neurons are likely the neural correlate of this mechanism.³³⁵

Vi lærer oss å forstå hva andre gjør fordi speilnevronsystemet vekkes av det vi ser andre gjør, og fyrer på observasjon av andres handlinger. Aktiviteten som blir utløst av en slik delaktig speiling, frembringer følelser og sansefølelser hos den som observerer som om han eller hun utførte handlingen selv.³³⁶ Dette gir støtte til at deltagelse i virksomhetens oppgaver der kolleger arbeider sammen, gjør utøverne i stand til å begrunne kunnskapens gyldighet ut over egne fagspesifikke kunnskapsområder.

Det handlingsrommet sykepleieren har bidratt til å utvikle ut fra sine egne handlingers perspektiv, omfatter således også de andre involverte handlinger, handlinger sykepleieren forstår ut fra sin forståelse av disse andres perspektiver i situasjonen og deres posisjoner i virksomheten. Med sitt kyndige blikk oppfatter sykepleieren dette utvidede handlingsrommet og hun kan derfor vurdere kollegenes mulige holdbare handlinger ut fra de begrepene som konstituerer dette blikket. Det er altså en (også) nevrologisk basert og for menneskene karakteristisk form for utvidet førstepersons erfaring, som, gjennom utviklingen av det felles handlingsrommet i en virksomhet, muliggjør nødvendig samhandling i forhold til barnets konkrete tilstand.

nevronale speilsystemet i menneskehjernen har forandret vår forståelse av hvordan barn gjenkjenner, og for eksempel følger mors blikk ved å rette oppmerksomheten mot det som mor ser mot. Barnet gjør en imitasjon av morens adferd og dette læres via iakttagelse av mors handlinger (Bråten 2009).

³³⁵ Gallese referert i Bråten 2009, s. 48.

³³⁶ Jfr. Bråten 2009, s. 48.

Denne praktisk-kliniske kunnskapen er operativ i handlingsrommet, den bidrar til handlingsrommets konstitusjon og den utvikles i handlingsrommet. Slik er den medbestemmende for den evidens som handlingsrommet gir til kunnskapsutvikling og anvendelse.

Selv om Meløe ikke eksplisitt løfter frem denne måten å utvikle kyndighet i virksomheter på, beskriver han en måte å forstå det andre gjør, som kan tolkes som en implisitt henvisning til en utvidet førstepersons erfaring:

Hvis du ikke forstår det aktøren gjør, rett ikke ditt blikk (bare) mot aktøren. Peil inn det sted aktøren ser fra. Og rett ditt blikk mot det aktøren retter sitt blikk mot.³³⁷

Her knytter Meløe forbindelser mellom kyndighet i virksomheten - den som observerer må se med virksomhetens egne begreper - og mulighetene for å forstå andres handlinger nært opp til slik den andre selv forstår sine handlinger. Det betyr at det er ut fra kyndighet i virksomheten at aktøren kan bli i stand til å erfare, og lære av, andres handlinger på en måte som gir grunnlag for en utvidet førstepersons erfaring. Slik kan Astrids forståelse og handlingsvalg begrunnes, ikke bare som en tilfeldig observatør av en handling, men som en kyndig deltaker i det felles handlingsrommet for den enkeltes handlinger. Det ligger her en viktig distinksjon i Meløes begrep om kyndighet i virksomheter, nemlig at graden av kyndighet og læringspotensialet er proporsjonale; jo kyndigere en utøver er, jo større er læringsutbytte via utøvelse.³³⁸

Erfaringer som kunnskapskilder i utøvelse er begrepsdannende også på ulike nivåer. For eksempel har jeg brukt begrepet "skjellsettende erfaring" i teksten tidligere om en erfaring som tvinger frem endringer, bevisst eller ubevisst. Jeg har også beskrevet hvordan erfaringer blir kroppsliggjort via utøvelsen ved at sykepleierne bygger opp et repertoar av eksempler, bilder, tolkninger og handlinger som fungerer som det filter de ser og fortolker utfordringer gjennom. Som begrepsdannende kan slike erfaringer inngå i flere av de måter jeg har vist at erfaring er begrepsdannende på.

³³⁷ Meløe 1997, s. 338.

³³⁸ Dette er i samsvar med Gadamer's erfaringsbegrep (Gadamer 2010, s. 396).

Gadamer's erfaringsbegrep; forståelse som fortolkning og anvendelse

Gadamer skriver i sitt hovedverk at "Erfaringsbegrepet er etter mitt skjønn – og dette kan høres paradoksalt ut – et av de minst klare begrepene vi har."³³⁹ Han begrunner det med at vitenskapen ikke tar høyde for erfaringens indre historisitet – at de begreper vi ser med er historisk formet, men også formende - fordi vitenskapens mål er å objektivere erfaringen i en slik grad at den ikke lenger rommer noe historisk moment.³⁴⁰ Det historiske moment i erfaringen kaller Gadamer den virkningshistoriske bevissthet.³⁴¹ Den bevisstheten har erfaringsstruktur, og kan gi oss innsikter i hvor bærende de begreper vi ser med er.

Gadamer gir her språk til sykepleiernes erfaringer i nyfødtintensivavdelingen som rommer en bevissthet om virksomheten selv og dens utvikling, og denne bevissthet eller forståelse påvirker deres erfaringer i virksomheten. Det er gjennomgående i erfaringene jeg forteller frem, at erfaringene er i forhold til et bestemt *noe*, og dette noe er virksomheten med sin materialitet, struktur og organisering. Med Meløe kan vi si at de erfarer med, og i forhold til, virksomhetens egen begripelse.³⁴²

Slik er det noe ved handlingsrommet som ligger fast – det som i aristotelisk forstand ikke kan være annerledes – og noe som utvikles og forandres, og som med Aristoteles kan beskrives som det som kan være annerledes.³⁴³ Sykepleiernes grunnleggende holdninger til barnet, ved at de innretter seg mot å bidra til et friskt barn uten skader, hører til det som ligger fast i deres utøvelse, og er noe de er bevisste på før de går inn i de enkelte konkrete situasjonene. Skjellsettende negative og positive erfaringer er erfaringer i utøvelsen som fører til reorganisering av handlingsrommet, slik at det som ligger fast kan vedvare nettopp i kraft av de endringene som erfaringen fører til.

I følge Gadamer er denne forståelsen for virksomheten som jeg finner i sykepleiernes grunnholdninger til barnet, en forutsetning for at en erfaring i det hele tatt skal finne sted. Gadamer bruker begrepet forforståelse om denne type forståelse. Å erfare krever alltid tidligere erfaringer: Det går ikke an å erfare noe uten på forhånd å ha en forståelse for hva det er man erfarer. Slik er det alltid noe kjent i det nye vi forstår, og det kjente er det nyes forutsetninger.

³³⁹ Gadamer 2010, s. 387.

³⁴⁰ Samme sted.

³⁴¹ Samme sted, s. 381 og 387.

³⁴² Meløe 1985 c, s. 23 - 25.

³⁴³ Jfr. kap. 2.

På denne måten etablerer Gadamer en indre sammenheng mellom to typer erfaringer: "... de erfaringer vi kan innordne i våre forventninger og som bekrefter dem, og (...) den erfaringen man "gjør"."³⁴⁴ Gadamer skriver:

Denne siste, som er den egentlige erfaringen, er alltid negativ. Når vi gjør en erfaring med en gjenstand betyr det at vi hittil ikke har sett den riktig, og at vi nå forstår den bedre. Erfaringens negativitet har altså en eiendommelig produktiv mening. Den er ikke simpelthen en feiltagelse som blir gjennomskuet, og dermed en korreksjon, men en omfattende viten som blir tilegnet.³⁴⁵

Forbindelsen mellom disse to typer erfaringer er interessant, og kan knyttes direkte til den kunnskapsutvikling via utøvelse som jeg finner i min studie: For at sykepleierne i det hele tatt skal være tilgjengelige for en ny erfaring, som først erfares som en negasjon av deres forventninger, altså deres forforestillinger der-og-da, må de ha et potensial for å erfare noe annet enn det som er i overensstemmelse med deres forforestillinger. Dernest et potensial for å tilegne seg en ny positiv forståelse ved å omdanne sine forforestillinger. Og det er slik de faktisk beskriver erfaringslæring: Som en overskridelse der nye innsikter erfares. Da erfarer de å forstå på en måte som også inkluderer korreksjonen av deres tidligere forståelse. Det er således fordi det allerede finnes en forforståelse at bruddet i seg selv kan bli til noe mer enn en negativitet: At det kan tilføre nye innsikter som igjen åpner for nye brudd, nye egentlige erfaringer. Da har vi, som Gadamer skriver;

(...) oppnådd en ny horisont hvor noe kan bli til erfaring for ham.³⁴⁶

Dette gir begreper og ord til måten kunnskap utvikles kontinuerlig gjennom utøvelse, ikke bare via de begreper erfaringer danner, men også via den erfarnes åpenhet for erfaringer. Slik frembringer Gadamer, som Meløe, en sammenheng mellom kyndighet i en virksomhet og læringsutbytte av erfaringer. Og ikke minst, et syn på den erfarnes som den "radikalt udogmatiske, som er særlig skikket til å gjøre nye erfaringer og lære av erfaringene fordi han har gjort så mange erfaringer og lært av dem".³⁴⁷

³⁴⁴ Gadamer 2010, s. 394.

³⁴⁵ Samme sted. Min utheving.

³⁴⁶ Jfr. samme sted, s. 395.

³⁴⁷ Jfr. samme sted, s. 396.

Dette gir mening til måten jeg finner at erfarne spesialsykepleiere utvikler kunnskap på; åpenhet mot det som skal forstås kombinert med en dyp fortrolighet med virksomhetens egne begreper.

Forståelse utviklet fra erfaringer fremstår ikke som en avsluttet viten, men mer som en produktiv fortolkningskraft i utøvelsen, der det handler om å anvende sin forståelse på “fortolkerens nåværende situasjon”, som Gadamer skriver, og som tilføyer at anvendelsen er en like integrert bestanddel i den hermeneutiske forståelsesprosessen som forståelsen og fortolkningen.³⁴⁸

Forståelse er fortolkning; fortolkning er ikke noe som kommer etter eller i tillegg til forståelsen, og å forstå er alltid å anvende, hevder Gadamer som bruker tekstforståelse som eksempel. Å forstå en lovtekst handler om å kunne anvende den på en nåtidig sak. Det samme kan sies om sykepleiernes forståelse i konkrete situasjoner; å forstå handler om evne til å svare på det som er avgjørende viktig i situasjonen. Og det er via anvendelse og refleksjoner over anvendelsen i ulike handlingsrom, at denne svarevnen trenes opp.

Spørsmålet om anvendelse i Gadamers forstand, fremstår i mitt materiale som et spørsmål om holdbare handlinger i handlingsrommet, og innbefatter både evne til å handle der og da, og evne til å (om)organisere handlingsrommet. Gjennom sine handlinger viser sykepleierne frem sin praktisk-kliniske kunnskap – sin forståelse – for seg selv og for hverandre, og gjennom sine handlingers tilstrekkelighet eller manglende holdbarhet i situasjonen, bekrefter eller avkrefter de sin kunnskaps gyldighet. På den måten avgjøres handlingers holdbarhet av og i handlingsrommet. Slik fremstår sammenhengen mellom *forståelse*, *gyldig kunnskap* og *holdbar handling* i mitt materiale: Det er handlingsrommet som til slutt gir evidens til kunnskapen, fordi, hvorvidt kunnskapen erfares som gyldig og til å stole på baseres på det som gir evidens i handlingsrommet, og dette er handlingers holdbarhet.

Meløes erfaringsbegrep; å *se som* og å *vise* sin forståelse

Sykepleierne oppfatter ikke sine erfaringsbaserte kunnskaper som fasitsvar i konkrete situasjoner, forstått som “skjer det, så gjør jeg det”. Det er heller tale om en innsikt av mer ontologisk karakter der noe trer frem mot en bakgrunn, og dette noe gir grunnlag for antagelser og bedømming. Det som danner bakgrunnen og som bidrar til at noe blir synlig, og synlig på en særlig måte, knyttes til teoretisk, forskningsbasert og praktisk-klinisk kunnskap

³⁴⁸ Jfr. samme sted, s. 345 - 346.

om virksomhetens gitte materialitet; det kritisk syke og fortidligfødte barnet og omstendighetene rundt.

Sykepleierne ser da “det som er å se (...) med de begreper som er innebygget i virksomheten selv.”³⁴⁹ Meløes begreper her om å se med, eller gjennom begreper, har røtter hos Wittgenstein som var opptatt av aspektveksling: Samme figur kan ses med mer enn ett aspekt. For å demonstrere dette fenomenet viser Wittgenstein frem en tegning av en enkel figur og spør: “Hva ser du denne som?” Figuren er slik at de fleste vil veksle mellom å se den som en hare og som en and.³⁵⁰ Det paradoksale med dette er at når vi skifter fra å se figuren som en hare til å se den som en and, så har vår oppfattelse av strekene på papiret endret seg totalt. Harens ører er blitt til andens nebb, og vi ser tegningen som tegningen av noe annet. Dette skjer impulsivt og uten at noe i tegningen, forstått som streker på et papir, er forandret eller ses som forandret.

Aspektveksling som fenomen antyder at vi organiserer det vi ser som helheter. Vi gir det vi ser form, og vi veksler mellom formene som vi ser at noe har. Så selv om strekene er de samme i hare-and figuren, og vi ser at de er det, tillegger vi dem en annen betydning når vi ser figuren som hare, enn når vi ser den som and. Det som har endret seg for oss er ikke i og for seg sanseintrykket, men vår erfaring av det sansede. Vi ser og kjenner igjen en form ved å kjenne igjen noe som er likt. Det er dette som ligger i det å *se* noe *som* noe. Wittgenstein skriver:

Jeg betrakter et ansikt, med ett legger jeg merke til dets likhet med et annet. Jeg ser at det ikke har forandret seg; og ser det ikke desto mindre på en ny måte. Jeg kaller denne erfaringen “det å bemerke et aspekt”.³⁵¹

“Å legge merke til”, gir et interessant bilde av det impulsive og utilsiktede i organiseringen av våre sanseintrykk: Organiseringen viser seg for oss ved at noe trer frem og fanger vår oppmerksomhet, og dette skjer på en måte uavhengig av vår vilje. Men hva som trer frem for oss og hvordan er ikke vilkårlig. Det er knyttet direkte til våre begreper. Når vi viser i handling hva vi har forstått av det vi har sett, eller vi uttrykker det i ord, bruker vi allerede kjente begreper. For eksempel, når sykepleieren legger barnet over på siden slik at legen skal kunne utføre en prosedyre, er dette uttrykk for at hun forstår det legen skal gjøre som “den

³⁴⁹ Meløe 1985c, s. 21.

³⁵⁰ Wittgenstein 1997, s. 222 – 226.

³⁵¹ Samme sted, s. 222.

prosedyren som krever at barnet ligger på siden”. Eller når sykepleieren sier at hun synes barnet har blek hudfarge, da *ser* hun at barnet er blekt og hun blir forstått i virksomheten.

Skillene mellom det som sykepleieren ser, og hennes fortolkning og anvendelse av det hun ser, er opphevet og integrert i Meløes begrep om å *se* noe *som* noe. Det rommer både det å være fortrolig med begrepet blek hudfarge i denne virksomheten, og å anvende denne forståelsen i handlinger. Slik knyttes det å *se* noe *som* noe seg direkte til praktisk-klinisk kunnskap og til det spesifikke handlingsrommet, der handlinger gis identitet og mening; det vil si, gjennom sitt forhold til det grunnleggende i handlingsrommet.

Å *se* noe *som* noe knytter således utøvelsen til konteksten, til handlingsrommet. Den erfarne spesialsykepleierens handlinger har sin plass i nyfødintensivfeltet. Plassen gir handlingen identitet; den gjør handlingen til *den* handlingen. Flyttes handlingen til en annen kontekst, skifter handlingen identitet.³⁵² For eksempel kan handlingen “å legge barnet til mors bryst”, skifte identitet når handlingen flyttes fra nyfødintensivavdelingen til barselavdelingen. Handlingen krever da en annen type forståelse.

Erfaringer i virksomheten former sykepleierens forståelse og handlinger i nye konkrete situasjoner, og nye situasjoner skaper nye ideer, utforskning og handlinger. Det betyr at profesjonelt arbeid i seg selv er en arena for effektiv og nyttig fagspesifikk kunnskapsutvikling. I tillegg fører fagutvikling og teknologisk utvikling til nye handlingsmuligheter, som situasjonen i seg selv gir utøverne ideer til.

Slik bruker og utvikler sykepleierne kunnskap ut fra det som hører nyfødintensivsykepleien til. Avdelingen er stedet for en virksomhet som er preget av barnets kritiske tilstand, krav om raske og presise handlinger, små marginer for feil, foreldrenes tilstedeværelse gjennom hele døgnet, kolleger med forskjellige arbeidsoppgaver og lignende. Sykepleierne tenker, lærer og handler gjennom denne forståelsen av virksomheten. Deres begreper om kyndighet, om hva som utgjør en risiko for barnet, om det er rolig eller travelt på vakt og om teknisk utstyr og teknologi, formes av de oppgaver og utfordringer de erfarer i daglig utøvelse. Når de er på vakt er deres blick og deres handlinger rettet mot å mestre konkrete situasjoner best mulig.³⁵³ Det innbefatter å sette sammen sine kunnskaper på stadig nye måter for å treffe situasjonen best mulig, og sette sammen robuste aktør-vi’er og bidra i disse slik at handlinger kjedes sammen på best mulig måte.

³⁵² Jfr. Meløe 1973, s. 135.

³⁵³ Jfr. Meløe 2003, s. 113 – 114.

Det som da fremstår som handlingsorienterende, er hvorvidt handlingen har en plass i virksomheten, det vil si hva som gir handlingen dens bestemte identitet i denne virksomheten.³⁵⁴ Når skjellsettende erfaringer medfører at sykepleieren erfarer handlingsrommet annerledes og *ser noe* som *noe annet*, er dette en aspektveksling som foregår i handlingsrommet og bidrar til kunnskapsutviklingen. Dette åpner for nye handlingsmuligheter, for utprøving av nye holdbare handlinger i handlingsrommet. På den måten endres evidensgrunnet i handlingsrommet, fordi den verden sykepleieren handler innenfor og med hensyn på nyfortolkes.³⁵⁵

Forbindelsen mellom forståelse og deltagelse i virksomheten, er knyttet til handlinger i handlingsrommet. Å kunne gjøre er et kriterium for forståelse, i følge Meløe. Når sykepleieren etter en kritisk situasjon tar utskrift fra overvåkningsutstyr som er koplet til barnet, viser hun med den handlingen frem sin forståelse for hva som bør dokumenteres fra hendelsen.³⁵⁶ Det er virksomheten selv som gir mening til hva hun dokumenterer og måten hun gjør det på. Slik viser også bruk av informasjonsteknologi i konkrete situasjoner til virksomhetens særtrekk, og uttrykkes i konkrete handlinger.³⁵⁷

I handlinger *viser* sykepleierne frem sine kunnskaper. Slik gjøres kunnskapen offentlig og til gjenstand for kritikk. Det kommer tydelig frem i min studie at den viktigste måten sykepleierne uttrykker praktisk-klinisk kunnskap på, er via det de gjør og måten de gjør det på i konkrete situasjoner. De kan ikke gjøre rede for, eller dokumentere, sin praktisk-kliniske kunnskap på noen annen grunnleggende måte i denne virksomheten enn ved å vise den frem i sine handlinger. Det er slik, og bare slik, at den egne praktisk-kliniske kunnskapen erkjennes av sykepleieren selv, og identifiseres, vurderes og anerkjennes av andre utøvere i virksomheten. Dette bringer oss over til neste tema.

³⁵⁴ Jfr. Meløes begrep om handlingers identitet (1973, s. 135).

³⁵⁵ Jfr. Meløes begrep om aktøren og aktørens verden (1997, s. 338).

³⁵⁶ Dette tenker jeg illustrerer det Hunter et al. beskriver som en taus og intuitiv forståelse for hvordan “de gjør ting her” (2008), og har forbindelser til Meløes begreper om å forstå virksomheten gjennom de begreper som er innebygget i virksomheten selv (1985c, s. 23).

³⁵⁷ Også Wittgenstein skriver at “Anvendelse er og blir et kriterium for forståelse” (1997, s. 89, § 146).

Kunnskapsutvikling forstått fra et kollektivt og relasjonelt perspektiv

I samhandling med kolleger om felles oppgaver er det involvert flere aktører med ulike funksjoner og ulike kunnskaper. Da viser de frem sine kunnskaper til hverandre, og det er nettopp denne offentliggjøringen for hverandre av egen kunnskap som trygger lærings- og handlingskonteksten. Handlinger er anvendelse av forståelse, og denne måten å uttrykke forståelse på fremstår i min studie som den viktigste kommunikasjonsformen, som er betydningsfull for barnets behandling og sikkerhet, og som er avgjørende i samhandlinger med kolleger.

Min forståelse av handlingsrommet og dets evidens, bærer derfor i seg begrepene om å *vis* og *kommunisere* og *forhandle* om *forståelsen* og *kunnskapen*. I denne prosessen gis kunnskapen *gyldighet*, gjennom påvisningene av handlingenes *holdbarhet* i forhold til situasjonen slik den trer frem i handlingsrommet.

Handlingsrommet og dets evidens blir slik til i en hermeneutisk prosess der kunnskap utvikles.

To nivåer; jeg-nivået og vi-nivået

Når flere utøvere med ulike funksjoner og ulike kunnskaper arbeider sammen om en felles oppgave, går den enkelte utøver inn i situasjonen sammen med kolleger. Hun eller han gjør det de kan og må, og på den måten utfører de det som erfarer som egne spesifikke oppgaver der-og-da. Det skaper en kontekst der den enkeltes kunnskap lett identifiseres, og kan kritisk vurderes og korrigeres av kolleger. I denne læringskonteksten strekker den enkelte sykepleier seg i forhold til det hun kan, ut fra korrigeringer fra kolleger, og hun bidrar til kunnskapsutvikling hos andre ved på sin side å korrigere disse. Den utvidede førstepersonserfaringen er virksom i disse sammenhenger. Slik trener sykepleierne opp situasjonsforståelse, og spesielt motoriske ferdigheter, på en måte som ikke utsetter barnet for unødvendig risiko, fordi mer erfarne kolleger tar over hvis en ikke selv behersker det. Dette kan beskrives som kunnskapsutvikling på “jeg”nivå, i samhandling med andre.

Samtidig bidrar sykepleieren i samhandlingen på et mer overordnet nivå til det de gjør sammen. Både ved å håndtere sine spesifikke oppgaver, som jeg beskriver som å fylle sin

aktørplass i det felles handlingsrommet,³⁵⁸ og ved å gjenkjenne det andre gjør, og ut fra denne gjenkjennelsen, tilpasse sine egne handlinger. Dermed involveres sykepleieren i det de gjør sammen på en bestemt måte, og erfarer kyndighet hos kolleger i arbeidsoppgaver hun selv ikke har ansvar for, eller behersker. Det er ikke slik at de gjør hver sine oppgaver uavhengig av hverandre, og så blir summen det de gjør sammen. Selv om det til en viss grad handler om det også, er det noe annet som i større grad preger samhandlingene.

Det handler om å skape et sterkt aktør-vi i konkrete situasjoner, og det skapes i stor grad der-og-da i forhold til hva situasjonen krever. Det krever at den enkelte utøver evner å tolke og forstå andre utøvers utfordringer nært opp mot måten utøveren selv forstår sine egne utfordringer, og det forutsetter at utøverne kjenner igjen handlinger hos hverandre. Tidligere i dette kapitlet har jeg skrevet om hvordan erfaringer opparbeidet i utøvelsen bidrar til denne gjenkjenningen, som kan sies å foregå i hovedsak på to måter: Ved at utøverne har arbeidet sammen og kjenner hverandre, eller ved at den enkelte ut fra erfaringer fra lignende situasjoner, kjenner igjen handlinger hos kolleger hun ikke kjenner, og evner å knytte forbindelser mellom disse handlingene og situasjonens utfordringer. Dette kan ses på som en kollektiv taus kunnskap om, og i, det felles handlingsrommet.

Janik skriver at det å følge regler og fremgangsmåter i en praksis er noe kollektivt, som medfører felles erfaringer som gir opphav til en taus felles kunnskap.³⁵⁹ Min forståelse av kollektiv taus kunnskap avviker noe fra Janiks der fellesskapet i hovedsak blir opprettholdt utenfra gjennom en tradisjons etablerte regelfølgning. Det som i mitt materiale bidrar til et robust “vi” i samhandlingssituasjoner, kommer i hovedsak innenfra og handler om den direkte sammenhengen mellom sterke “jeg” og sterke “vi”, samt formidlingen gjennom utvidet førstepersons erfaring. Regelfølgning i seg selv er derfor ikke tilstrekkelig, selv om den medvirker, til å skape robuste og sterke “vi” i samhandlingssituasjoner i nyfødttintensivavdelingen.

Det er to forhold som er viktige her: 1) Den enkeltes praktisk-kliniske kunnskap må innbefatte innsikter i de andre utøvers tenkning og handlinger. Dette fordi det bare er slik arbeidet kan kjedes sammen på en måte som sørger for at de svake punktene identifiseres, og de negative konsekvensene av disse minimaliseres, ved at for eksempel oppgavefordelingen endres. 2) Det betyr videre at den enkelte aktør må gå i dialog med situasjonen, som er barnets tilstand

³⁵⁸ Jfr. kap. 5.

³⁵⁹ Janik 1996, s. 120.

og omstendighetene rundt, og la situasjonen sette premisser for handlingene. Begge forhold krever kyndige jeg-aktører.

Dynamikken mellom “jeg” og “vi” er interessant. Ser vi nyfødttintensivavdelingen som en virksomhet sykepleierne sosialiseres inn i, ved at de tilpasser seg gjeldende praksis og lærer seg å følge slik-gjør-vi-det-her regler, kan overgangen fra “jeg” til “vi” utvikles på følgende måte: Aktørene i en felles arbeidsoppgave suges opp i et “aktør-vi” hvor den enkelte sykepleier ikke handler som en selvstendig aktør, men følger fellesskapet. Hun avstår da fra å tenke som en ansvarlig og selvstendig utøver, eller ta ansvar for egne tanker, holdninger og forståelse. Det er et farlig fellesskap, fordi en selv ikke tar medansvar for det som skjer, men skyver ansvaret over på andre. For eksempel at “dette er ikke mitt ansvar, men legens”, eller “jeg har nok med mitt, andre får ta det”.

I slike tilfeller er handlingsrommet svakt konstituert, fordi det kollektive “vi” verken er konstituert gjennom og konstituerende for sterke “jeg”, som kan ta ansvaret for opprettelse av og opprettholdelse av handlingsrommets indre og ytre horisont – relasjonen til barnet (dets faktiske og subjektive tilstand) og til de uunngåelige omstendighetene rundt.

Handlingsrom utgått fra en slik form for sosialisering finner jeg ikke holdepunkter for i studien. Tvert imot så finner jeg at de erfarne spesialsykepleierne forblir subjekter i samhandlingssituasjonen: De viser individuelt ansvar ut fra en tydelig målestokk; barnets tilstand og omstendighetene rundt, i et “vi”-subjekt preget av samhandling mellom selvstendige individer. De sterke vi’ene som oppstår i samhandling der kyndighet uttrykkes og etterprøves, er således basert på individualitet. Det synes å være en direkte sammenheng mellom den enkelte sykepleierens selvstendighet i vurderinger, engasjement i handlingsvalg og handlinger, og dannelsen av et konstruktivt og robust “vi” i samhandlingssituasjoner.

At nyfødttintensivavdelingen ikke viser et kollektivt “vi” bygd på svake “jeg” henger muligens sammen med den umiddelbart appellerende kraft og evidens som barnet og de uunngåelige omstendighetene rundt har for sykepleierne, og som blir fundamentet i opprettelsen og opprettholdelsen av det felles handlingsrommet. En kan tenke seg at ved en større avstand fra en slik direkte kontakt med den ekstreme situasjonen barnet er i, vil de hierarkiske maktforholdene i en organisasjon lettere skape svake “jeg” og dermed svake “vi”, og slik gi rom for svekkelse av organisasjonens svarevne overfor sine egentlige oppgaver. Dette bringer oss over til Taylors begrep om sterke vurderinger.

Taylor; mennesket som selvfortolkende, meningssøkende og sosialt

Taylor mener at mennesket har et reflektert forhold til seg selv og sin eksistens.³⁶⁰ Vi fortolker oss selv og vi er meningssøkende. Taylor gjør en distinksjon mellom sterke og svake vurderinger: Vår selvfortolkning må være begrunnet i sterke vurderinger. De sterke vurderingene bygger på verdivurderinger, på ting som betyr noe for oss, mens de svake vurderingene har mer karakter av at vi foretrekker noe fremfor noe annet.³⁶¹ De sterke vurderingene uttrykker hvem vi er som menneske, og er verdivurderinger vi ikke kommer utenom om vi vil leve som fullverdige mennesker, om vi vil leve autentisk. Men, mennesket er ikke bare selvfortolkende, det er også sosialt. Disse sidene ved mennesket henger sammen,³⁶² og krever at vi artikulere, eller på annen måte viser frem våre verdivurderinger for andre mennesker, fordi det bare er slik vi kan fremstå som selvstendige individer i samspill med andre.³⁶³

Slik jeg her fortolker Taylor opplyser begrepet om sterke vurderinger et fenomen jeg identifiserer i mitt materiale: Når sykepleierne går i dialog med kolleger og situasjonen viser de frem det som er betydningsgivende for dem der-og-da. Taylor kaller fenomenet en betydningsgivende horisont, og mener denne horisonten bærer frem de viktige spørsmål som sterke vurderinger eksisterer i forhold til.³⁶⁴ For sykepleierne preges deres betydningsgivende horisont av ønsket om å sikre barnet best mulig behandling og pleie ut fra de gitte uunngåelige omstendigheter. Det krever beslutninger av selvstendige utøvere som tar individuelt ansvar. Det gjøres via sterke vurderinger, og ved å artikulere vurderingene eller vise de frem i samhandling der egne handlinger og forståelser er kjedet sammen med andres. Slik kan mine fortolkninger ovenfor, av at det er den enkeltes evne til å fremstå som selvstendig utøver i samspill med andre som sikrer et sterkt aktør-vi, forstås.

De sterke vi'ene som oppstår i samhandlingssituasjoner og som bygger på og utvikler sterke "jeg", oppstår kanskje nettopp fordi det er vanskelig ikke å bli involvert med sine sterke vurderinger i denne avdelingens arbeide.

³⁶⁰ Taylor 2011.

³⁶¹ Jfr. Nafstad i innledningen til *Autentisitetens etikk*. (Taylor 2011, s. 8). Nyeng (2000, s. 29), hevder at "sterke vurderinger" er et meget sentralt begrep hos Taylor, kanskje det viktigste fordi "det er det som klartest er med på å bestemme hva det er å være en person – hva det er å være og utvikle et moderne selv."

³⁶² Taylor & Grimen 1995, s. 37 – 40.

³⁶³ Taylor 2011, s. 44 – 54.

³⁶⁴ Jfr. samme sted, s. 53.

På den ene side skapes aktør-vi'ene der-og-da. På den annen side legges det til rette for robuste aktør-vi'er når arbeidet organiseres i handlingskontekster, det jeg kaller handlingsrom, der oppgaver fordeles og omfordeles i løpet av en vakt. Måten handlingsrommene organiseres på, med erfarne og mindre erfarne utøvere sammen, gir den enkelte utøver mulighet for å prøve seg på nye oppgaver, mulighet for førstepersons erfaring av andres handlinger og mulighet til å følge med og gripe inn i andres oppgaver, hvis det skulle vise seg nødvendig. Slik kan erfarne og mindre erfarne utøvere arbeide sammen på en måte som sikrer barnet, i en nødvendig læringskontekst.

Kunnskapen som organiseringen av handlingsrom er tuftet på, er utviklet via deltagelse i teamarbeid der sykepleierne har erfart samspillet mellom "jeg" og "vi"; hvordan det skapes og omskapes i arbeidsprosessen, og hva som er betydningsfulle kriterier for arbeidets organisering. Dermed foregår det her også en kunnskapsutvikling om organisering av handlingsrom, som i min studie fremstår som signifikant med hensyn til det å håndtere kritiske situasjoner raskt og presist, minimalisere feil og å hindre stress hos barnet. Dette støttes av en studie som identifiserer sykepleie- og samhandlingsadferd i flerfaglig teamarbeid i kritiske situasjoner. Forfatterne skriver at sykepleierne har en nøkkelrolle i å identifisere kliniske og omgivelsesbetingede indikatorer, og kommunisere, handle og samhandle ut fra disse for pasientens sikkerhet.³⁶⁵

Den evidens som organiseringen og omorganiseringen av handlingsrommet bygger på, tar sitt utgangspunkt i barnet og de uunngåelige omstendigheter rundt det, og viser slik direkte til nyfødttintensivavdelingens kjernevirksomhet.

Kunnskapsutvikling i relasjoner

Hvis sykepleieren bestemmer seg for at barnet skal få bade, og gjennomfører det uten å vurdere om barnet tåler den påkjenning det er å bade der-og-da, fortolker hun situasjonen monologisk. Det signifikante her – barnets subjektive tilstand – utelates fra vurderingen, derfor blir handlingen ikke bare uetisk, den blir også faglig ubegrunnet, fordi sykepleieren gir inntrykk av å vite noe om barnet som det er umulig å vite, uten å gå i dialog med barnet. Derfor er en fortolkning av barnets subjektive tilstand noe som må knyttes til praktisk-klinisk kunnskap i denne virksomheten. Dette er en konsekvens av måten sykepleierne forstår, måten de handler på grunnlag av sin forståelse, og måten de utvikler kunnskap.

³⁶⁵ Miller et al. 2009.

Via samspill med barnet utvikler sykepleierne kunnskap om hvordan barnet uttrykker seg, og hvordan barnets uttrykk og barnets tilstand henger sammen og kan forstås. De sanser barnet, de tenker, vurderer og handler, hele tiden i én, sammenhengende bevegelse der neste trekk ikke er forhåndsbestemt, men følger av det forrige og av det barnet uttrykker. Det medfører også at sykepleieren avbryter noe hun har satt i gang, hvis det viser seg å være uhensiktsmessig. Sykepleierne snakker med barnet og svarer for barnet, og fører på den måten en samtale med barnet som barnet ikke forstår, men som de formidler til barnet via hendene. Slik trener de opp motoriske ferdigheter som bidrar til at de blir mottakelige for barnets uttrykk, som de så fortolker og bruker i videre pleie og behandling. Spesielt i forhold til å foregripe forverrelser hos barnet, og i streben mot å redusere stress hos barnet, er denne sansemessige utforskende dialogen med barnet avgjørende, fordi det bare er slik barnets subjektive tilstand er tilgjengelig for omverden. Barnet kan ikke, som voksne, fortelle når det kjenner seg sliten, urolig, kvalm, varm eller har smerter. Derfor må sykepleierne utvikle andre måter å kommunisere med barnet på; utøvelsen krever det.

Her skapes et rom for handlinger – et handlingsrom – gjennom hendenes dialog med barnet, slik at barnets subjektive tilstand kan komme til uttrykk og motta et svar. I denne relasjonen er de sterke vurderinger utfordret og appellert til, og den gjennomgående humanistiske karakteren til handlingsrommets konstitusjon og reorganisering avdekket.

Gadamer; felles forståelse som sammensmelting av forståelseshorisonter

Sykepleierens kunnskaper, spesielt i hendene, om hvordan barnet uttrykker sin tilstand og hva barnet trenger av håndgrep i forhold til sin totale situasjon her-og-nå og i fremtiden, er utviklet og videreutvikles i dialog med barnets uttrykk. Gadamer's begrep om forståelseshorisonter, at vi forstår ut fra en meningshorisont, kan belyse denne kunnskapsutviklingen.³⁶⁶ Vår forståelseshorisont kan utvides eller endres, for å bli mer hensiktsmessig i forhold til det som skal forstås. Men den kan ikke endres i hvilken som helst retning: Den må gi mening innenfor det som skal forstås.³⁶⁷ Horisonten som omfatter sykepleieren og barnet er møteplassen mellom sykepleierens hender og barnets kroppslige uttrykk, og stedet for sykepleierens kunnskapsutvikling. I dialogen smelter barnets uttrykk sammen med sykepleierens fortolkninger; det skapes en ny horisont som gjør ny forståelse mulig. Den nye og felles forståelseshorisonten synliggjøres når barnet uttrykker seg i sykepleierens hender, og sykepleieren svarer med handlinger tilpasset disse uttrykk.

³⁶⁶ Gadamer 2010, s. 341 og s. 344 – 345.

³⁶⁷ Samme sted, s. 415.

Det samme skjer når en kollega bagger barnet, og sykepleieren gjør sugekateteret klart til å suge barnet: I deres felles forståelse – felles meningshorisont - bagges barnet før en suger, og da gjelder det å være klar med suget straks barnet er bagget. Denne felles forståelse er helt avgjørende for at handlingene skal kjedes sammen på en forsvarlig måte i handlingsrommet. Horisontene der forståelse kan oppstå, skapes og omskapes av sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskaper i møte med det som skal forstås som aspekter ved handlingsrommet.

Den felles forståelse som da oppstår i fortolkningsprosessen, er sykepleiernes garanti for at de gjør “det rette” der-og-da. Men helt sikre på at de svarer riktig på barnets uttrykk, eller på kollegers handlinger, kan de aldri være.

I følge Gadamer kan vi heller aldri være helt sikre på at det vi forstår som sant og innsiktsfullt i en tekst for eksempel, faktisk er det. Men erfaringen av å forstå noe annerledes når vi trer inn i en kontekst og presses til å prøve å forstå noe som gjør krav på å bli forstått, er likevel den eneste garantist for sannhet og mening.³⁶⁸ Overført til forståelse i utøvelse, krever forståelse – som er fortolkning - aktiv deltagelse der sykepleierne utfordres til å forstå, og der de erfarer å forstå eller ikke forstå.

Denne fremgangsmåten, som Gadamer viser til, gir meg et språk til å artikulere måten jeg finner at sykepleierne i studien streber mot å forstå det som ikke er åpenlyst i konkrete situasjoner: De presses til å forstå når de prøver seg frem, og slik skaper de spørsmålene som handlingene eller forståelsen er svar på, og som igjen skaper henvendtheten mot det som skal forstås. For eksempel barnets tilstand, eller kollegers forståelse i situasjonen. Det er nemlig i den konkrete situasjonen at handlinger får sin mening, at fortolkningen av det som skal forstås gis mening. En slik fortolkningsprosess krever at situasjonen får tale til dem, ved at de “bringer sine egne forutgående begreper i spill”.³⁶⁹ Sykepleierne blir da med dit situasjonen og arbeidet trekker dem, inn i et meningsunivers som kan dra dem langt bort fra utgangspunktet. Det gir unike muligheter for kunnskapsutvikling.

³⁶⁸ Schaanning 2010, s. 18 – 19.

³⁶⁹ Gadamer 2010, s. 437.

Kunnskapsutvikling via sansene; tilgang til det etisk relevante

En viktig kilde til sykepleiernes forståelse av det partikulære, og anvendelse av denne forståelse, er den innsikten de får via sine sanser. Spesielt i deres bruk av hendene trener de opp sine taktile sanser, men også skjerping av syn, hørsel og mer generelle inntrykk og følelser bidrar til å utvikle praktisk-klinisk kunnskap. Sansene kan knyttes direkte til sykepleiernes muligheter for å utvikle følsomhet for det fremtredende i partikulære situasjoner. Studien viser tydelig at det som kommer til uttrykk i konkrete situasjoner krever sanselighet for å bli forstått; og evne til å svare på situasjonens utfordringer krever også sansemessige ferdigheter. Det er bare slik sykepleieren kan få grep om det betydningsfulle i situasjonen, og svare presist på det. Det betyr at den kunnskap sykepleieren stoler på og handler ut fra, krever oppøvelse i sanselighet og i motoriske ferdigheter intimt knyttet til sanselighet. Kunnskapen utvikles, kroppslig og kognitivt, når sykepleierne utfordres til å handle i stadig nye situasjoner.

Bergson og Larsson; forståelse som intuisjon

I kapittel 7 beskrives og utforskes en kritisk situasjon i lys av Peirce's begrep om abduksjon som slutningsform, og jeg knytter den forståelse som kommer til uttrykk i denne slutningsformen, til begrepet om intuisjon.³⁷⁰ Jeg oppsummerer forståelsen slik:

Både Peirce (...) og Benner (...) viser til tenkemåter som henviser til at deltagelse i situasjonen og kyndighet gir tilgang til impulser fra situasjonen som bidrar til en intuitiv handlingsorientering.³⁷¹

Oppsummeringen er inspirert av Bergson som var opptatt av intuisjon som filosofisk erkjennelsesmetode, der nettopp en dyp følsomhet for saken som skal forstås er avgjørende.³⁷² Bergson hevdet at en intuitiv forståelse krever "en meget sterk anspenning for med et sprang å plassere seg selv i selve hjertet av emnet og for der så dypt som mulig å søke de impulser som man siden bare kan la seg drive av".³⁷³ Slik tenker jeg deltagerne i den kritiske situasjonen, som jeg skriver om i kapittel 7, arbeidet: de lot seg drive av impulser fra sakens

³⁷⁰ Jfr. underkapitlet *Plutselig behandlingssvikt*.

³⁷¹ Jfr. s. 155.

³⁷² Kolstad 2001, s. 33 skriver om Bergsons skrift *Innføring i metafysikken* (1903) at "Her innføres intuisjon – det begrep som hyppigst er blitt knyttet til Bergssons navn – som metafysikkens metode."

³⁷³ Bergson, sitert i Kolstad 2001, s. 131.

kjerne – det fremtredende i situasjonen - og lot det bli det styrende element i sine handlingsvalg.

Det bevegelige med sine prosesser og endringer, som det henvises til i sitatet ovenfor, står sentralt i Bergsons intuisjonsbegrep. Av det følger “at intuisjonen blir å definere som den tanke som tar bolig i bevegeligheten”.³⁷⁴ Og videre, å tenke i bevegelighet vil si å tenke i tid, i nåtiden. Fortiden er den vi erindrer i nåtiden, og fremtiden er nåtidens tenkte muligheter.³⁷⁵

Den evidens som utøvernes intuitive arbeidsmåte ga opphav til i den kritiske situasjonen jeg skriver om i kapittel 7, ble skapt gjennom sykepleiernes bevissthet om den dynamiske utforskningen av handlingsrommet med fokuset rettet mot barnet og dets tilstand, og der tidsaspektet spilte en avgjørende rolle for konstitusjonen av handlingene i handlingsrommet.

Jeg tolker Bergson slik at mennesket lever, arbeider og erfarer i tidens forgjengelighet og omskiftelighet. Sykepleierne forutsetter og foregriper i den virkelighet som øyeblikket rommer. Deres tenkning i øyeblikket er fortettet både av tidligere erfaringer, teoretisk og forskningsbasert kunnskap, og samtidig en åpning mot det nye som skal forstås her-og-nå.

Øyeblikkets tid er ikke statisk som et bilde eller en serie bilder av en prosess. Det er en bevegelse og endring fra det som nettopp var mot det som blir til. Aarnes beskriver stedet for intuisjonsakten, i følge Bergson, som “å være i forkanten av en bølge mot fremtiden.”³⁷⁶

Dette gir ytterligere språk til måten sykepleierne vurderer vaktstyrken på i starten av vaktene, når de etter en rask runde på kuvøserommene og et blick på vaktlista vurderer hvem som kan gjøre hva. Organiseringen har et foregripende element i seg, som innbefatter betydelig teoretisk og forskningsbasert kunnskap, og dette foregripende gjennomsyrrer sykepleiernes arbeidsmåter. Det foregripende krever, slik også Bergson hevder, en dyp følsomhet for situasjonen som skal forstås. Følsomheten kan beskrives som en evne til å få tak i det betydningsfulle, noe som grunnleggende sett handler om å sette sammen kunnskap fra ulike kilder i konkret utøvelse. Det betyr at teoretisk og forskningsbasert kunnskap er viktige kilder til utviklingen av sykepleiernes sanselighet. Tenkning og sansning virker sammen.

Handlinger finner på en avgjørende måte sted i øyeblikkets tid. Derfor erfares det rommet vi har for mulige handlinger som dynamisk knyttet til øyeblikkets bevegelse gjennom tid. Det er

³⁷⁴ Kolstad 2001, s. 124.

³⁷⁵ Winther 1978, s. 33 – 34.

³⁷⁶ Aarnes 1989, s. 30.

likeledes bare gjennom sanseligheten at kunnskapen og forståelsen kan holde kontakt med situasjonens “øyeblikkelighet”. At den praktisk-kliniske kunnskapens forskjellige kilder bare kan komme til fullbyrdelse i handlingen gjennom en formidling med sanseligheten, er således innlysende. Bergsons begrep om intuisjon bidrar derfor til å opplyse et sentralt aspekt ved den evidens som sykepleierne forholder seg til gjennom sin forståelse av handlingsrommet: Når tenkning og sansning virker sammen i den konkrete situasjonen utforskes mulige handlinger med hensyn til deres holdbarhet i handlingsrommet på en intuitiv, det vil si, enhetlig måte.

I dette enhetlige knytter Bergson forbindelse mellom fagspesifikke kunnskaper og følsomhet for situasjonen, når han skriver at “virkeligheten skjenker oss ingen intuisjon av det innerste i den selv med mindre vi allerede har pleiet omgang med dens ytre manifestasjoner”.³⁷⁷ Det samme finner vi hos Larsson som mener at intuisjonen er avslutningsetappen på et analytisk tankearbeid der enkeltdelene til slutt samles i en umiddelbar helhetsoppfatning, i en klarhet:

Hvad är det som sker, då vi i en sådan stund af klarhet se, hvar vägen ligger? Förmodligen det, at vi då lyckas draga fram alla de faktorer vi hafva att räkna med, hålla dem tilhopa samtidigt, så at vi kunna väga den ena mot den andra, pröfva huru hvar och en af dem verkar samman med de öfriga, och hvilket mått af energi den sälf kan bibehålla vid reaktionen från alla de andre, hinna känna samtliga faktorernas totalverknad och den resultant som framgår af inbördes spänning. I våra flesta ögonblick är det icke möjligt att operera med annat än ett fåtal, ytterst ringa fåtal, af förhållanden. (...) Och om nu i en stund jag lyckas hålla tag i allt på en gång – då är det just hvad jag kallat intuition som äger rum, ...³⁷⁸

Jeg forstår dette sitatet slik at intuisjon er belønningen for intellektets arbeid, og at spesifikke kunnskaper innenfor det tema som skal forstås, dermed er signifikante for at intuisjon skal finne sted. Det betyr at det *å se noe som noe*, samt evne til *å se dette noe som noe annet* er signifikant for intuisjonsakten.³⁷⁹

Bergson og Larsson knytter intuisjon som erkjennelsesform til kunnskapsutvikling der det handler om å få kunnskaper til å smelte sammen. Larsson fremhever tenkningens betydning, mens Bergson viser til nødvendigheten av å få kontakt med sakens kjerne.³⁸⁰ I mine data finner jeg en tydelig sammenheng mellom kyndighet hos sykepleieren og en sanselig

³⁷⁷ Bergson sitert i Kolstad 2001, s. 129.

³⁷⁸ Larsson 1997, s. 50 – 51 og s. 52.

³⁷⁹ Her kan forbindelsen knyttes tilbake til Wittgenstein og Meløe; “å se noe som noe” og aspektveksling.

³⁸⁰ Larsson 1925, s. 22 – 26, viser til dette skillet, men begge fremhever at intuisjon er foredelede kunnskaper.

tilnærming til utfordringer i virksomheten som preges av resonnementer. På den måten opplyser både Bergson og Larsson mine data, og gir også støtte til Benner som knytter en intuitiv arbeidsmåte til ekspertten, og til den produktive tenkningen som ekspertten gjør i situasjoner.³⁸¹

Den intuitive forståelse som bidrar til handlingsrommets evidens, er en kunnskap som erfares som holdbar i handlingsrommet fordi den opplyser noe grunnleggende i virksomheten.

Intuisjon i sykepleie; forskningsdata

Jeg har ikke brakt begrepet intuisjon frem i samtaler med sykepleierne, men i deres handlinger og fortellinger ligger det intuitive i utøvelsen. I analysen av observasjonsmaterialet oppdaget jeg at vi snakket mye om det intuitive i utøvelsen når vi snakket om deres praksis, selv om vi ikke brukte uttrykket intuisjon.

Lynehams forskerteam fikk erfarne sykepleiere i akuttavdelinger til å fortelle om hendelser der intuisjon hadde spilt en rolle i deres arbeid. De skriver at intuisjon er knyttet til fagspesifikke kunnskaper, erfaringer, evne til å se sammenhenger, evne til å oppfatte og handle ut fra fornemmelser i situasjonen, og til det å stole på sine fornemmelser. Lynehams forskerteam konkluderer med at intuitive arbeidsmåter er et karakteristisk trekk ved akuttsykepleiepraksis og er på ingen måte vilkårlig, men synes heller å være en logisk utvikling av praksis.³⁸²

Dette samstemmer med mine fortolkninger av det intuitive i sykepleiernes arbeidsmåter. De mest kyndige sykepleierne evner å få tak i det signifikante i en situasjon og sette dette sammen med fagspesifikke kunnskaper fra ulike kilder. Det kan beskrives som en måte sykepleierne definerer hva som er gyldig kunnskap der-og-da, og evner å handle ut fra denne kunnskapen. Det gjøres ved at de får det mulige og det nødvendige knyttet til den konkrete situasjonen til å kommunisere, i tillegg til at de viser mot til å handle ut fra sine vurderinger. Det betyr ikke at de kjører sololøp uten hensyn til andre, men at de ikke ignorerer sin egen forståelse, som i stor grad bygger på, foruten fagspesifikke kunnskaper, evne til å se og engasjere seg i det som skjer.

³⁸¹ Jfr. begrepet om "Thinking-in-Action" i Benner et al. 2011, s. 10 og s. 23.

³⁸² Lyneham et al. 2008a.

Her kommer vi igjen i kontakt med det foranderlige (det mulige) og det vedvarende (det nødvendige) som konstitutive og integrerte aspekter ved handlingsrommet.³⁸³ Det dreier seg om noe av det mest sentrale for forståelsen av handlingsrommets evidens; nemlig hvordan endringer i det foranderlige, som de sterke vurderinger om barnet og de uunngåelige omstendigheter bidrar til å løfte frem som nødvendige og mulige, kan knyttes tilbake til ivaretagelsen av det vedvarende.

Benner er blitt kritisert for ikke å utdype det intuitive på ekspertnivået i sin modell om utvikling av praktisk-kliniske kunnskaper i sykepleie.³⁸⁴ Dette er begrunnelsen for at Lynehams forskerteam brukte sine data til å utforske intuisjon i relasjon til Benners begrep om "the expert practitioner".³⁸⁵

Lynehams forskerteam finner at intuisjon på ekspertnivå kan deles inn i tre faser. Den første fasen er en *kognitiv fase* som kjennetegnes ved relasjon mellom fagspesifikke kunnskaper og erfaringer, og involverer bruk av lagret minne. Denne type intuisjon er mulig å forklare på en ukontroversiell måte, og den er da også akseptert vitenskapelig. I neste fase, *overgangsfasen*, bindes tanke og handling sammen. Det er spesielt i refleksjoner over praksis at denne fasen utvikles og demonstreres. I løpet av denne fasen avvises ofte intuisjon, eller sykepleieren kjemper mot den. Grunnen kan være at en overveldes av følelser, eller av en indre stemme som en prøver å ignorere. Fasen skiller seg fra kognitiv intuisjon ved at den preges av det ubevisste, det som bare kommer til en, det som berører en. "I didn't understand why thoughts were there ... you know, taking that blood pressure when I didn't need to"³⁸⁶, sier en av sykepleierne i studien om at hun tok blodtrykk uten at hun hadde reflektert bevisst over at det var det hun burde gjøre.³⁸⁷

I dette sitatet trer handlingsrommets tause tilstedeværelse frem med sin evidens. Intuisjon er resultatet av prosessen å ta til seg denne evidensen. Handlingenes holdbarhet viser seg dermed i måten den gyldiggjør kunnskapen. Altså i den spesifikke handlingen.

Claxton fremhever nettopp denne siden ved utøvelse på ekspertnivå, og knytter det til intuitiv forståelse:

³⁸³ Dette har jeg skrevet om, jfr. s. 186, og dette kommer jeg tilbake til.

³⁸⁴ Jeg utdype det intuitive i erfarne spesialsykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap i historien om Martine og det døende barnet i kap. 8, s. 173 – 175.

³⁸⁵ Lyneham et al. 2008b.

³⁸⁶ Lyneham et al. 2008b, s. 384.

³⁸⁷ Lynham et al. 2008b.

Even in reflective mood 'after the event', the virtuoso teacher, violinist or chess grand master is often unable to articulate the basis of their skill. 'Know-how' is not automatically translatable into explicit descriptions and explanations. Many experienced professionals learning the new role of mentor, in education as elsewhere, have been stuck by the gap between being able to 'do it' and being able to articulate what you are doing. The creation of 'expert systems' – the attempt to simulate the performance of experts with electronic machines – has proved elusive precisely because of the difficulty of rendering intuitive know-how into explicit detailed programing instructions.³⁸⁸

Denne måten å forstå på tenker jeg er uttrykk for det komplementære mellom å handle og å tenke i kunnskapsutvikling i det praktiske. Det er hånden her som lærer utøveren å gjøre, hånden kan noe utøveren ikke er bevisst at hun kan. Det fører oss til den siste fase som Lynehams forskerteam deler intuisjon inn i og som de kaller *kroppslig*. Denne form for intuisjon preges av at sykepleieren ser og forstår samtidig. De fornemmer noe som kommer til å skje og handler ut fra det. Mange sykepleiere i studien beskriver det som "magefølelse". Det tar imidlertid mange år før sykepleieren erkjenner at denne måten å forstå på kan forbindes med god praksis.³⁸⁹ Altså at sykepleieren tar denne forståelse på alvor.

Begrepet om "magefølelse" brukte også norske toppledere om den fornemmelse som guidet deres strategiske tenkning i nye og ukjente situasjoner. Lederne stolte mer på intuisjon enn analyser når de tok avgjørelser i situasjoner preget av uvisshet, viser en doktorgradsavhandling av Henden.³⁹⁰ Studien baserer seg på intervjuer med 105 norske toppledere. De trekker frem følgende årsaker til at magefølelsen er viktig i beslutningsprosesser: 1) Den gjør det lettere å sammenfatte, 2) den bidrar til lederens evne til å være forutseende, 3) den skaper grunnlaget for nye ideer, og 4) den gir kontakt med grunnleggende verdier knyttet til rett og galt. I tillegg til å bruke begrepet om "magefølelse" om intuisjon, brukte topplederne begrepene om "ubevisst oppsamlet erfaring" og "det store bildet", skriver Henden.

Lynehams studie blant erfarne sykepleiere, og Hendens studie blant toppledere, gir støtte til at den intuitive forståelse som jeg finner i min studie av sykepleierne, er et allmenngyldig fenomen hos kyndige yrkesutøvere, nemlig som en evne som utvikles over tid og som

³⁸⁸ Claxon 2008, s. 35.

³⁸⁹ Lyneham et al. 2008b.

³⁹⁰ Henden 2004.

integrerer mange forskjellige kunnskapskilder i en enhetlig og sanselig oppfatnings- og beslutningsevne. Lynehams studie fremhever for eksempel intuisjon som en gradvis kunnskapsutvikling via erfaringer. I tillegg løftes det frem at å se og å kjenne på følelser, og erkjenne at dette angår en, er viktige trekk ved en intuitiv arbeidsmåte. Studien blant topplederne vektlegger intuisjon i uavklarte situasjoner fordi den evner å syntetisere, til forskjell fra å analysere, og på den måten knytte forbindelser mellom fortid og fremtid, og også forbindelser mellom handlingens tekniske sider og det etiske.

Handlingsrommet og dets evidens er det sentrale momentet i intuisjonen fordi den konstitueres i, og av, den kyndige utøverens sansemessige tilstedeværelse i handlingsrommet.

Sanselighet; som forutsetning for etisk forståelse

Det som virksomheten eller situasjonen uttrykker eller vil si sykepleierne, krever - som hittil vist – sanselighet, for å bli forstått. I tillegg har Gadamer gjort oss oppmerksomme på et viktig poeng som er lett å overse; vi må lære – forstå noe på en annen måte eller forstå noe nytt - av erfaringene for at de skal bli til kunnskaper for oss. Det betyr at vi både må være i stand til å erfare, eller i posisjon for å gjøre erfaringer, og vi må endre våre oppfatninger på en grunnleggende måte ut fra det erfaringene kan fortelle oss. For sykepleierne handler det om at de må være deltagere i daglig arbeid for å gjøre erfaringer, og de må evne og “ta inn over seg”, og derfra utforske det nye i de uventede erfaringer. Lang yrkeserfaring i seg selv er derfor ikke noen garanti for utvikling av kyndighet i Meløes forstand.

Benner viser i sin forskning at ikke alle sykepleiere i praktisk-klinisk arbeid utvikler seg til eksperter. De som ikke utviklet seg til eksperter, oppdaget ikke viktige etiske utfordringer, og de evnet heller ikke å gjøre kvalitative distinksjoner mellom situasjoner, fordi de forsøkte å anvende samme målestokk for handlingers konsekvenser og evidens, i alle situasjoner.³⁹¹ De tok ikke hensyn til det partikulære. Benner konkluderer slik:

This computational and calculative approach to practice, coupled with a disciplined stance of detachment, blocked experiential learning.³⁹²

Det er således den sanselighet som kreves for å forstå det partikulære, samt forventningen om at det de sanser har noe viktig å bidra med, som er de avgjørende betingelser for kunnskapsutvikling i det praktiske, slik Benner fremstiller det her. Det er det som skiller

³⁹¹ Benner 2004, s. 198.

³⁹² Samme sted.

eksperten fra den som ikke utvikler den form for kyndighet som eksperten har: En sanselig tilnærming som involverer følelser. Vi kjenner det igjen fra våre hverdags erfaringer. Opplevelser som har berørt oss sterkt husker vi godt, og vi streber mot å skape forståelse og mening av slike opplevelser. Lysne skriver slik om denne sammenheng.

Å kreve at folk skal tenkje, (...), legg vekta på berre den eine sida i samspelet; ein gløymer følelsane til fordel for tenkinga. Og den reine tenkinga er rett og slett ikke nok. Dersom tenkinga skal føre til at individet gjer erfaringar, så må følelsane vere involvert på lik linje med det refleksive.³⁹³

Lysne bruker barns evne til å gjøre erfaringer som eksempel her – egentlige erfaringer slik Gadamer beskriver det -, og hun skriver at en av de viktigste oppgavene i relasjoner med barn er å hjelpe barnet til å bli kjent med, og romme følelsene sine. Overført til profesjonelt arbeid hevder Lysne at skal en kunne hjelpe mennesker som er syke, må en til en viss grad kunne sette seg inn i deres sted.³⁹⁴

Nortvedt argumenterer for at det er forbindelser mellom sykepleierens etiske følsomhet og klinisk kompetanse.³⁹⁵ Med støtte i Husserl og Levinas hevder Nortvedt at det er sykepleierens evne til å berøres følelsesmessig av den andres tilstand på en intuitiv måte, som gir opphav til klinisk følsomhet og aktsomhet i utøvelsen.³⁹⁶

Det stiller krav til innlevelse, slik Lysne hevder, forstått som det “å sette seg inn i den andres sted”. Det er ikke nok at sykepleieren tenker, hun må også sansemessig få tak i hva pasienten og situasjonen uttrykker, og svare på det med handlinger. Kunnskapsutvikling knyttes da til utøvelse og til det mer grunnleggende menneskelige: Medfølelse. Både i den sanselige tilnærmingen og i handlinger. “Det krev fantasi å kunne biletleggje for seg sjølv: ‘Korleis er det for *han* å leve i *hans* liv?’,” skriver Lysne, som fremhever at det viktigste er ikke å tenke hva en selv ville gjort i hans sted, men å prøve å få tak i hvordan det er å være han. Og, at hans situasjon like gjerne kunne vært min egen.³⁹⁷

Dette krever forestillingsevne, og ernæres av spørsmålet om hva sykepleieren selv hadde ønsket ble gjort hvis barnet som hun og kollegene sto overfor, var hennes eget barn. Eller hva hun hadde ønsket at kolleger bidro med for henne, i utfordrende situasjoner. Slik kan

³⁹³ Lysne 2004, s. 100.

³⁹⁴ Samme sted.

³⁹⁵ Nortvedt 2001, Nortvedt & Grimen 2004.

³⁹⁶ Nortvedt 2003.

³⁹⁷ Lysne 2004, s. 119.

forestillingsevnenes potensiale og produktive kraft forstås: Som en kraft som mobiliserer utøvelse fra et grunnleggende mellommenneskelig perspektiv. Halvorsen argumenterer for at det sosiale arbeidets etikk må bygge på en allmennmenneskelig moral. Hun viser til menneskets ikke-valgte grunnvilkår – sårbarhet, avhengighet og dødelighet – som vi har felles og som lærer oss alle hva det er å være menneske, som det bærende fundament i profesjonelt arbeid med mennesker.³⁹⁸

Et slikt moralsk fundament retter fokuset mot nyfødtintensivavdelingens materialitet: Barnet og foreldrene, og kollegene som utgjør teamet rundt barnet. Det krever evne til å forestille seg, på ulike nivåer, hva som vil være best å gjøre. Sykepleierne i min studie viser frem sin forestillingsevne for seg selv og hverandre, ved at noe som i stor grad utgår fra sanseintrykk, blir synlig for dem og guider deres daglige arbeid; når de organiserer arbeidet slik at kolleger ivaretas, når de setter seg inn i arbeidsoppgavene, når de følger med og passer på det som skjer rundt dem, når de identifiserer, fortolker og svarer på barnets konkrete situasjon der-og-da, og når de involverer foreldrene. Sykepleierne lar slik virksomheten tale til dem via en sanselig tilnærming, og gir således den konkrete situasjonen slik de oppfatter den, autoritet.

På den måten koples det etiske til sanselighet ved alle sider ved arbeidet, ikke bare til det som skjer ved kuvøsa; men også strukturer, organisering og personellressurser involveres i det de tenker, sanser og gjør.

Den indre horisont som konstitueres mellom barnet og sykepleieren i sansningen og håndteringen av barnet er altså gjennomgående etisk organisert, og knytter handlingsrommets evidens til det etisk relevante i utøvelsen.

Tilegnelse av etiske ferdigheter gjennom praksis

Etisk forskning i sykepleie har i stor grad vært opptatt av etiske dilemmaer - liv-død valg og pasient-pleier relasjoner - og mindre opptatt av det som skjer i det daglige arbeidet. Dette ser ut til å endre seg. Begreper som “clinical sensitivity”, “ethical sensitivity in professional practice” og “morsk stress,” som henviser til sykepleierens reaksjoner på ikke å få gjøre det som han eller hun erfarer som det rette, viser til interesser for det etiske i vanlig arbeid.³⁹⁹ Austin understreker dette, når hun hevder at etiske tilnærminger som fokuserer på etisk resonnering er utilstrekkelige for mange sykepleiere fordi:

³⁹⁸ Halvorsen 2011.

³⁹⁹ Jfr. Nortvedt 2001, 2003 og 2008, Niven & Scott 2003, Weaver & Morse 2006, Weaver et al. 2008, Austin 2007.

They are neither relevant nor responsive enough to day-to-day experience. (...) An interdisciplinary exploration of moral experience and interaction in healthcare environments would allow the questions, doubts, disagreements, and challenges that shape ethical practice to surface and to be heard.⁴⁰⁰

Indirekte er det sanselige og handlinger med her, ikke bare tankene og resonnementene. Men forbindelsene mellom etikk og det som fornemmes i situasjonen, samt hvorvidt det sanselige inngår i beslutninger, er nødvendig å problematisere og gjøre eksplisitt, for å hindre at det etiske og det sanselige behandles som uavhengige fenomener, noe som lett fører til at etikk som integrert i fagspesifikke kunnskaper og motoriske ferdigheter overses. Dette gjelder både i anvendelsen av praktisk-klinisk kunnskap, og i utviklingen av denne.

Halvorsen tilkjennegir bekymring for at innlevelse og medfølelse ikke skal inngå i den profesjonelles forståelse når beslutninger tas. Hun støtter seg til forskning som viser tendenser til at sykepleier- og medisinstudenter avlæres sin empatiske innstilling i løpet av studietiden.⁴⁰¹ Det er bekymringsfullt hvis evne til innlevelse og medfølelse ikke anerkjennes som en dimensjon ved deres profesjonelle kunnskap. Likevel er det ikke nødvendigvis slik at løsningen er mer fokus på etikkundervisning. Kanskje studentene heller bør få være i situasjoner hvor de får trening i å kople følelser og tanker? Slik trening må foregå i praksisstudier. Det er først og fremst der studenter kan se, kjenne, lukte og høre i reelle pasientsituasjoner, og la følelsene slike inntrykk gir, få rom og tid, slik at de blir kjent med dem.⁴⁰² Bare slik kan kommende yrkesutøvere påbegynne en utvikling mot affektbevissthet.

Affekt er å være i følelsesmessig bevegelse. Spinoza⁴⁰³ gjør gjeldende et skille mellom aktiv og passiv affekt. Passiv affekt fanger oss, holder oss i følelsene, og drar oss i alle retninger slik at følelsene styrer våre tanker og handlinger. I aktiv affekt derimot, kjenner vi på følelsene og vedkjenner oss dem, men de styrer ikke tanker og handlinger alene, fordi våre livsformer og fornuften gis plass.⁴⁰⁴ Tanker og følelser utfyller hverandre.

⁴⁰⁰ Austin 2007, s. 86.

⁴⁰¹ Halvorsen 2011, s. 122.

⁴⁰² Jfr. Taylor som hevdet av vår moralske persepsjon og dømmekraft krever kontakt med våre grunnleggende menneskelige følelser (Taylor 2011 og Nyeng 2000, s. 32 – 34).

⁴⁰³ Scruton 2001, s. 160 – 163, handler om Spinozas tenkning om følelser. Primærkilden er Spinozas mesterverk *Ethics*, Part 3 og 4.

⁴⁰⁴ Samme sted. Livsformer kan tolkes som virksomheter eller praksiser.

Med Spinoza kan det tolkes som en aktiv affekt hva sykepleierne viser, når de evner å ta i bruk sine fagspesifikke kunnskaper i utfordrende situasjoner, uten å rives med av følelser og bli handlingslammet, eller lukke for følelser og handle på en uimottakelig og hardhudet måte.

Balansegangen her er krevende. Nortvedt er bekymret, på samme måte som Halvorsen, for hvorvidt og hvordan “moralsk sensitivitet”, som han kaller innlevelse og medfølelse, kan læres i helsefaglige utdanninger:

There is a great challenge to cultivate these capacities within educational training, because moral sensitivity cannot be learnt through science or classroom teaching. It has to be cultivated in a supportive and sensitive teaching environment, which also involves the clinical setting with all its complexities.⁴⁰⁵

Nortvedt erkjenner at læringen må foregå i virksomheter. Bekymringen er ikke rettet mot at det er der læringen må foregå, heller at dette er innsikter eller innstillinger som bare til en viss grad kan læres i tradisjonell forstand. Grunnen er at dette handler om å erkjenne grunnleggende menneskelige betingelser, og evnen til å kople disse til kliniske sykdomstegn i pleie og behandling.⁴⁰⁶ Nortvedt knytter forbindelser mellom tenkning, følelser og handling når han i fortsettelsen skriver:

To be emotionally affected by the expressions of illness, of bodily weakness and pain, opens up for a medical gaze that both can capture clinical signs of pathology while at the same time being able to care for the human condition of the patient and sick individual.⁴⁰⁷

Min studie gir støtte til Nortvedts beskrivelser her. For eksempel viser historien til Astrid, der hun tar styringen i forbindelse med intubering,⁴⁰⁸ at det er sammenheng mellom etikk og sanselighet. Skal Astrid svare etisk i situasjonen slik hun selv erfarer den, må hun ha innsikter i situasjonen som bare sansene kan gi henne: Det som hun ser, hører og kjenner i situasjonen. Det holder ikke for Astrid å velge “den rette handling” ut fra det hun tenker at hun er forpliktet til å gjøre, hun må via sine sanser få tak i hvilke spesifikke muligheter for handling hun og kollegene hennes har. Handlingsrommets *etiske* evidens blir her utfordret.

⁴⁰⁵ Nortvedt 2008, s. 218.

⁴⁰⁶ Samme sted.

⁴⁰⁷ Samme sted.

⁴⁰⁸ Jfr. underkapittel *Astrid på nattevakt*, i kap. 6.

Men, sammenhengen mellom det etiske og det sanselige som utgangspunkt for det Astrid gjør, er vanskelig å tydeliggjøre. Ingen ville i ettertid ha klandret Astrid for at hun ikke avbrøt intuberingen hvis hun ikke hadde hatt mot til det, eller evnen til å sanse hva som sto på spill. Eller, hvis hun ikke hadde hatt fagspesifikke motoriske ferdigheter og innsikter, eller vilje til å gripe inn og gjøre som hun gjorde. Som allerede tidligere nevnt i forbindelse med samme eksempel, handler det om utøvelse av moralske dygder, som mot og menneskelighet, og om fronesis, som en intellektuell dygd, med hensyn til hva som er det gode og rette i situasjonen. Her synliggjøres hva dette innebærer i en hierarkisk organisert virksomhet med makt- og avhengighetsforhold. Særlig fronesis er avhengig av handlingsrommets evidens, og gir i seg selv grunnlag for utøvelse av de relevante moralske dygder, som sjelden vil bli satt i spill uten via fronesis. Eksempelen avdekker også hvordan teoretisk og forskningsbasert kunnskap er integrert i fronesis i nyfødttintensivsykepleien. Eller sagt på denne måten; hvordan sanselighet, etikk og fagspesifikke ferdigheter gir teoretisk og forskningsbasert kunnskap gyldighet i handlingsrommet slik at den kan integreres i handlingsrommets evidens.

Etiske forpliktelser i konkrete situasjoner er vanskelige å vurdere utenfra, via for eksempel lovverk, og hendelsesforløp er vanskelige å etterprøve med mindre det åpenlyst er begått feil. Etiske vurderinger forbundet med innlevelse og medfølelse, og uttrykt i sykepleiernes hverdagspraksis er vanskelige å få øye på og kritisk vurdere av utenforstående.⁴⁰⁹ En viktig side ved deres praktisk-kliniske kunnskap kan derfor være usynlig, og ikke anerkjent som kunnskap.

Det er sykepleierne selv som kjenner på disse utfordringene og som streber mot å utvikle sine kunnskaper knyttet til situasjonsforståelser der måten barnet forstås ontologisk er avgjørende for hvordan handlingsrommet organiseres og re-organiseres, og dermed for sykepleiernes konkrete handlinger. Fordi sykepleierne ikke egentlig kan handle etisk i nyfødttintensivavdelingen uten at de får tak i, og samstemmer seg med, sammenhengen som handlingen foregår i. Og sammenhengen knyttes til virksomhetens særtrekk, der ontologiske antagelser om barnet er den egentlige basis for evidensen utøvelsen må forholde seg til.

Overført til konkret praksis betyr dette følgende: En uerfaren sykepleier kan komme til nyfødttintensivavdelingen og være opptatt av å hjelpe barnet og foreldrene, og ha vilje, ønske og tid til å gi barnet den omsorgen som skal til. Men, fordi hun ikke har sensitiviteten i

⁴⁰⁹ Austin 2007, viser at forskere med interesse for etikk i helsevesenets praksiser, i stor grad interesserer seg for etiske resonnementer knyttet til kriser, i motsetning til etikk i hverdagspraksiser. For sykepleiere medfører det at betydningen av deres etiske kunnskaper ikke oppdages, anerkjennes eller vektlegges, mener hun.

hendene, eller de innsikter i barnet av ontologisk art som kan åpne situasjoner for forståelse og handling, evner hun verken å få tak i hva barnet krever der-og-da, eller å svare på barnets behov på rett måte. Det er sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap, uttrykt i en evne til å sette sammen kunnskap i praktiske synteser, som muliggjør den sanseligheten som kreves for å fortolke barnets subjektive tilstand, og som knytter sanseligheten til faglige refleksjoner, resonnementer og handlinger.⁴¹⁰ Og til det etiske.

Å kunne knytte forbindelser mellom sanselighet og det etiske er et gjennomgående trekk ved utvikling av praktisk-klinisk kunnskap i studien. Det krever betydelig trening i å håndtere praktiske situasjoner for å knytte disse forbindelser. Treningen foregår i virksomhetens handlingsrom, og de er organisert slik at det etiske og det sanselige integreres, og gir opphav til evidens.

Kunnskap som skapes i situasjonen

Å få kunnskap fra ulike og relevante kilder til å *smelte sammen* i handlinger som presise svar på situasjonenes utfordringer, kan sies å være en måte å frembringe ny kunnskap på.

Kunnskap og kunnskapsutvikling som dømmekraft

Kants begrep om forståelse som dømmekraft kan gi språk til sykepleiernes forestillingsevne og deres sensitivitet for det som står på spill i konkrete situasjoner, når de “ser” i Meløes forstand, hva som må og kan gjøres.

I følge Kant bygger forståelse på en syntese mellom å se, eller se inn i noe – det sanselige – og begrep, eller begripelse. Forståelse er ikke mulig uten at disse to komponentene virker sammen i en enhet. Det sanselige er blindt uten begreper, og begreper er tomme uten anskuelsen.⁴¹¹ Ingen av disse egenskapene ved sinnet kan foretrekkes, fordi “uten sanselighet ville ingen gjenstander være gitt for oss, og uten forstanden ville ingen gjenstander blitt tenkt”.⁴¹² Enheten som den konkrete anskuelsen og begreper kommer sammen i, kaller Kant for dømmekraften.⁴¹³

Dømmekraften er slik sett en enhet som består av to gjensidig konstituerende komponenter. De står ikke i motsetning til hverandre, men virker sammen. Dermed oppheves dikotomiene

⁴¹⁰ Jfr. kap. 8.

⁴¹¹ Kant 2009, s. 135 (A51/B75):” Tenkning uten innhold er tom, og anskuelse uten begreper er blind”.

⁴¹² Samme sted.

⁴¹³ Nerheim 1991a, s. 15.

mellom taus og eksplisitt, mellom praksis og teori og mellom det personlige og det ikke personlige, i dømmekraften. Kant gjør en distinksjon mellom to funksjoner dømmekraften har; en bestemmende funksjon og en reflekterende funksjon.⁴¹⁴

Den bestemmende dømmekraft: Når vi har etablert begreper og anvender dem i en konkret situasjon bruker vi den bestemmende dømmekraft. For eksempel når sykepleieren tar beslutninger via begrepet “respirasjonsstans”⁴¹⁵, og hun gir barnet mekanisk pustestøtte slik at barnet opprettholder nødvendig oksygentilførsel. Da har hun tilgjengelig et begrepssystem for å forstå denne tilstanden hos barnet, og oppfatter situasjonen som respirasjonsstans. Hun leter da etter på hvilken måte dette kan forstås som respirasjonsstans i dette konkrete tilfellet, og handler ut fra den forståelsen. Denne måten å ta beslutninger på krever erfaringer fra virksomheten. Sykepleieren må se situasjonen som respirasjonsstans, hun må vite hva som skal gjøres, og hun må være i stand til å gjøre det. I Meløes forstand ser og handler hun med de begreper som er innebygget i virksomheten selv.⁴¹⁶ Det krever både innsikt i begrepene, og evne til å anvende dem. Om sammenhengen mellom forståelse og anvendelse i Kants begrep om dømmekraft, skriver Nerheim:

Men evnen til å *anvende* begreper forutsetter, i følge Kant, en forståelse som selv ikke går opp i noen regel. *Anvendelsen* av en regel kan i siste instans ikke forklares ved noen ny regel, men forutsetter at vi rett og slett “ser” at en ting faller under et bestemt begrep.⁴¹⁷

Dømmekraften krever således evne til å etablere forbindelser mellom de begreper vi ser og tenker gjennom, og våre fornemmelser. Forståelse som bestemmende dømmekraft er dermed den kompetansen som setter sykepleierne i stand til å anvende regler, som for eksempel prosedyrer og protokoller, i konkrete situasjoner.⁴¹⁸ Slik sykepleieren gjør når hun begrepsfester en situasjon som “respirasjonsstans”, og handler i overensstemmelse med dette begrepet.

Å være godt kjent i handlingsrommet innebærer at sykepleieren er i stand til å arbeide seg frem til en god anvendelse av virksomhetens begreper der teoretisk og forskningsbasert kunnskap inngår, og der en god anvendelse i alle fall har glimt av en intuisjons- og

⁴¹⁴ Samme sted, s. 34.

⁴¹⁵ Pustestopp.

⁴¹⁶ Meløe 1985c, s. 23.

⁴¹⁷ Nerheim 1991b, s. 164.

⁴¹⁸ Samme sted, s. 138.

evidenskarakter som utlagt i det foregående. Anvendelse av forskningsbasert og teoretisk kunnskap hviler dermed på en fortrolighet med virksomheten som er av praktisk art, det vil si handlingsorientert, og som er medbestemmende for forståelsen av hva som er nødvendige og mulige handlinger i situasjonen.

Den reflekterende dømmekraft bruker vi når vi står i en konkret situasjon og forsøker å forstå situasjonen, uten at vi har begreper som gjør situasjonen (fullt ut) forståelig og håndterbar for oss. Når sykepleierne tvinges til å reflektere over, via tanke og sanser, det de står overfor kreves en åpenhet for at det kan være noe de ikke har grep om, eller begrep for. Dette kommer særlig til uttrykk i sykepleiernes sensitivitet for at det de møter – hos barnet og i de uunngåelige omstendigheter rundt - kan være noe annet enn det de har møtt tidligere, og at det kan ha egenskaper som de ennå ikke har forstått eller klart å identifisere. De ser da at mønstre, som fremkalles av situasjonen og deres begreper fra tidligere lignende situasjoner, ikke (helt) passer sammen, og danner da nye begreper som bedre griper situasjonen ut fra bevisstheten om dette spenningsforholdet. På den måten gir den reflekterende dømmekraft muligheter til å begripe det de i utgangspunktet ikke har begrep om, ved at de former et begrep eller begreper som kan kommunisere den erfaring som skapes i situasjonen, og som de mener passer i den konkrete situasjonen.

Når sykepleierne *ser noe som noe*, men erfarer at dette ikke stemmer helt i handlingsrommet, oppfatter de dette *noe* som *noe annet*. Denne nye forståelsen bidrar i beslutninger om handlinger og slik i tilblivelsen av handlingsrommets evidens.⁴¹⁹

“Den reflekterende dømmekraften er således ‘åpen’ til forskjell fra den bestemmende som er ‘lukket’ (...)”, skriver Nerheim.⁴²⁰ Men, den er på ingen måte fri til å føre oss i hvilken retning som helst. Den er fri der den bestemmende dømmekraften er bundet, men den fordrer likevel både gamle og nye begreper å reflektere, se og forstå med. Da er sykepleierne i en bestemt begripelse, og det er særlig gjennom denne begripelsen de utøver sin praksis.⁴²¹ Evnen til anvendelse er også her knyttet til de begreper de skaper for å forstå situasjonen.

Dette gir mening til den forståelsen som fremkaller følgende spørsmål hos sykepleierne når de står i nye utfordringer i deres praksis: Er begrepene jeg ser, tenker og handler gjennom

⁴¹⁹ Her kan igjen forbindelsen knyttes til Wittgenstein og Meløe; “å se noe som noe” og aspektveksling, jfr. fotnote 379, s. 201.

⁴²⁰ Nerheim 1991a, s. 36.

⁴²¹ Jfr. Meløe; å se og forstå med de begreper som er innebygget i virksomheten selv (1985c, s. 21 - 23), og Gadamer's begrep om den virkningshistoriske bevissthet (2010, s. 381).

bærende for det jeg nå står overfor? Eller, bærende for praksisen slik den arter seg nå? Virker praksisen, med den historiske form den har fått, på en god måte også i dag? Friheten til å stille spørsmål og reflektere i praksis og i bestemte situasjoner, innebærer altså ikke å være frigjort fra virksomhetens innebygde begreper, det komme tydelig frem i min undersøkelse. Det er noe som ligger fast, noe de forholder seg til. Friheten, slik jeg tolker den i den reflekterende dømmekraften, handler om å være i stand til å bedømme begrepenes gyldighet i nåtiden, i det som skjer her-og-nå i denne virksomheten, ved å formidle mellom det begrepelige og det helt konkrete, og ut fra en slik formidling få grep om det signifikant særegne i situasjonen. Da kan ny forståelse/kunnskap oppstå. Det kommer til uttrykk i handlinger der kunnskap settes sammen på stadig nye måter.

Det som ligger fast er handlingsrommets grunnleggende dimensjoner utspent mellom barnet og sykepleieren og mellom sykepleieren og andre kolleger, og mellom kollegiet og den faglige kunnskapen og avdelingens tekniske utstyr og innretning.⁴²² Den reflekterende dømmekraften omskaper og nydanner begreper for en reorganisering av handlingsrommet som tar vare på barnet under de uunngåelige omstendigheter.

Kant mente at det er den reflekterende dømmekraften som gir opphav til impulsene i vår kreativitet, fordi den gir oss evne til nye forestillinger.⁴²³ Sensitiviteten for det som står på spill i bestemte situasjoner, og evnen til å foregripe det som kan komme til å skje ved å forstille seg det, er dominerende trekk ved sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap og kunnskapsutvikling.⁴²⁴ Sykepleierne artikulere og reflekterer i samtaler, og i handlinger prøver de seg frem og vurderer om handlingene svarer til det de erfarer situasjonen krever. På den måten bruker de en reflekterende dømmekraft både via språket og via handlinger. Slik viser sykepleierne frem et spillerom for handlinger i konkret utøvelse som uerfarne sykepleiere ikke har, og som handler om å skape nye forståelser.

Denne måten å fremstille kunnskapsbruk og kunnskapsutvikling på, ved hjelp av Kants begrep om dømmekraft, samstemmer med Grimens beskrivelser av profesjoners kunnskapsanvendelse i praktiske synteser, der forskjellige elementer av kunnskap integreres.⁴²⁵ Konkret kan det beskrives slik: Teoretisk kunnskap om hvordan hjernen utvikles

⁴²² Det siste kan vi kalle en ytre horisont i handlingsrommet, mens den indre horisont opprettes i hovedsak gjennom hendene i sykepleierens håndtering av barnet.

⁴²³ Nerheim 1991a, s. 52 – 66, og Gustavsson 2009b, s. 52.

⁴²⁴ Jfr. kap. 5, der jeg redegjør for sykepleiernes evne til å forestille seg mulige handlinger når de organiserer handlingsrom, og kap. 7 der jeg redegjør for sykepleiernes evne til å foregripe mulige situasjoner.

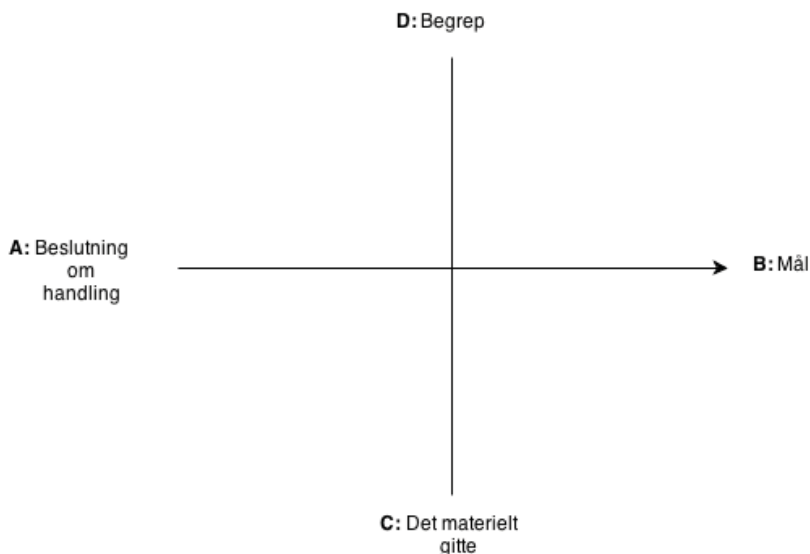
⁴²⁵ Grimen 2008, s. 72 – 74.

hos svært for tidlig fødte barn, forskningsbasert kunnskap om hvordan stress påvirker denne utviklingen og kunnskap opparbeidet gjennom å håndtere barnet i pleie og behandling, smelter sammen og blir utgangspunktet for beslutninger om og gjennomføringer av handlinger i konkrete situasjoner. Sammensmeltningen genererer en forståelse som både er gjennomtenkt og begrepsliggjort, og som i følge Kant, løfter frem det som er konkret og betydningsfullt i situasjonen.

Men, forståelse slik jeg har fremstilt den her som dømmekraft, er ingen bestemt, avgrenset kunnskap. Derfor kan den ikke sammenfattes i et regelsystem eller en manual som sykepleierne kan gjøre rede for, eller lene seg på i betydningen av at 'dette kan jeg'. Det er heller en evne til å møte den konkrete situasjonen, og få tak i hva som står på spill, og finne en måte å handle på som kan gjennomføres der-og-da. En svarevne.

Handlingens tilblivelse

Aristoteles' fremstilling av handling – der utgangspunktet for en handling er en beslutning rettet mot et mål, samtidig som beslutningen springer ut av en forståelse av den konkrete situasjonen, - kan danne grunnlag for følgende skjematiske fremstilling av sykepleiernes profesjonelle handlinger:



Figur 1: Illustrasjon av hvordan handlinger tilpasses det konkrete i handlingsrommet, inspirert av Aristoteles' lære om de fire årsaker.⁴²⁶

Når sykepleierne tar en beslutning om handling (A), det kan dreie seg om å gripe inn i andres arbeid, bade barnet eller gi barnet mekanisk pustestøtte, er dette en gjennomtenkt beslutning. Handlingen er tilpasset den konkrete situasjonen, og den har et mål (B). Handlingen har således en begynnelse og en slutt. I beslutningen står sykepleieren i dialog med den materielle virkeligheten (C) – barnets tilstand og omstendighetene rundt – som gir grunnlag for hennes forståelse (D) av beslutningen om handling, og av målet. Når sykepleieren så begynner på sin handling, gjør hun erfaringer med det materielle gitte - hun påvirker og lar seg påvirke av det – og denne erfaringen virker som nye innsikter som gir utgangspunkt for korrigeringer av beslutninger og mål. Denne etterprøvingen kommer til uttrykk når sykepleieren beslutter å la barnet få en pause i badet fordi hun erfarer at barnet er trett, når sykepleieren griper inn og overtar for en annen i en kritisk situasjon fordi hun ser at personen ikke behersker oppgavene, og når hun tilpasser sine handlinger til kollegers, slik at handlingene blir kjedet sammen på en spesifikk måte.

Derfor fremstår aksene CD som en avgjørende akse der praktisk-klinisk kunnskap uttrykkes og utvikles, og der kunnskapens holdbarhet begrunnes i denne virksomheten.

⁴²⁶ For en enkel redegjørelse for Aristoteles' lære om de fire årsaker, jfr. Skirbekk & Gilje 1996, s. 141 – 149.

Det materielt gitte fremstår i min studie som noe som må fortolkes inn i den konkrete situasjonen der-og-da, der sanselighet og tenkning utfyller hverandre. Derfor er det flere muligheter for handlinger, noe jeg tenker ligger i Aristoteles' handlingsbegrep der en overveiende eller beregnende tenkning er fremtredende og retter seg mot det som kan være annerledes.

Måten jeg finner at kunnskapsformene smelter sammen i praktiske synteser i handlinger, gjør at jeg undrer meg på om det som kan være annerledes i følge Aristoteles' tenkning, også kan gjelde det som vi vanligvis kaller teoretisk kunnskap i klinisk sykepleie. For eksempel hvordan en bestemt sykdomstilstand som infeksjon kan arte seg hos det enkelte barn. Den kan jo nettopp variere fra individ til individ, til tross for at diagnosen er nøyaktig den samme; infeksjon med en bestemt type bakterie. Fra ett perspektiv – at det er *den* type bakterie – er det slik det må være av nødvendighet, det kan ikke være annerledes. Men måten dette som ikke kan være annerledes arter seg på, kan være forskjellig fra tilfelle til tilfelle. Det vet sykepleierne, derfor er de opptatt av å identifisere tidlige tegn på denne tilstanden, der de søker å gjenkjenne noe bestemt som de har begreper om, i diffuse og ulike tegn hos barnet. Da gjenkjenner de *det som ikke kan være annerledes* i det som *kan være annerledes*. Med det mener jeg at de gjenkjenner noen grunnleggende, faste strukturer i de diffuse tegnene som de identifiserer hos barnet.

Den tautologe strukturen i virksomheten, den som gir handlinger identitet og mening og som ikke kan være annerledes, preges nettopp av det som nødvendigvis kan og må være annerledes; de skiftende omstendigheter sykepleierne kastes inn i, i virksomhetens ulike handlingsrom. Sykepleierens profesjonelle blick er konstituert gjennom utøvelsen, der hun forstår ut fra og gjennom handlingsrommene slik de erfares. Det medfører at den tautologe strukturen i virksomheten er innebygget i sykepleiernes praktisk-kliniske kunnskap, i det profesjonelle blick i Meløes forstand. Derfor er sykepleierens profesjonelle blick dynamisk foranderlig og korrigerbart. Det korrigeres av dialogen med barnet og situasjonen rundt barnet, av dialogen med kolleger, og av dialogen med fagkunnskapen.

Det er to forhold som kan sies å være særegne ved handlingers tilblivelse i nyfødintensivavdelingen. Det ene er at det i stor grad er gjennom hendene det handles og erkjennes. Håndens erkjennelse bidrar til tenkning og forståelse i en slags kontinuerlig justering, der kunnskap settes sammen på stadig nye måter. Det profesjonelle blick bærer derfor i seg håndens kunnskaper.

Det andre er at handlingens tilblivelse preges av samhandling mellom kolleger der handlinger både offentliggjøres og kjedes sammen. Dynamikken mellom “jeg” og “vi” som samhandlingene medfører, skaper tilblivelse av handlinger i konkrete situasjoner som innbefatter at det profesjonelle blikk også er et “vi”-blikk. Med det mener jeg en slags felles forståelse, som skapes når erfarne og mindre erfarne aktører inngår i en enhet for å løse oppgaver i fellesskap. “Vi”-blikket er derfor også dynamisk foranderlig og korrigerbart, og bærer i seg håndens kunnskaper.

Konstitusjonen og utviklingen av den praktisk-kliniske kunnskapen er en hermeneutisk prosess preget av dialoger i mange retninger, der handlingsrommet og dets evidens retter kunnskapen og kunnskapsutviklingen mot det relevante i utøvelsen.

Den praktisk-kliniske kunnskapen utvikles over tid via deltagelse i det daglige arbeidet i nyfødttintensivavdelingen. Denne kunnskapen danner så grunnlaget for den kunnskap som skapes og anvendes i konkrete situasjoner, som svar på utfordringene der-og-da. Dermed konstitueres den praktisk-kliniske kunnskapen som begrunner handlingers holdbarhet, fra en kunnskap som både er utviklet over tid i virksomheten og som skapes i selve anvendelsen der kunnskap fra ulike kilder og hos ulike utøvere settes sammen i streben for å svare så presist som mulig på utfordringene i den konkrete situasjonen.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg utdypet og utviklet mitt begrep om handlingsrommets evidens med hjelp fra avgrensede og spesifikke bidrag fra en rekke teoretikere, og tatt i bruk den praktiske kunnskapens teori fra Aristoteles, Meløe og Gadamer, i forhold til: 1) Skillet mellom det vedvarende og det foranderlige i handlingsrommet, 2) virksomhetens ontologi ved at sykepleierens profesjonelle blikk er tydeliggjort som både et “jeg”-blikk og et “vi”-blikk, ved at barnet forstås ut fra dets faktiske og subjektive tilstand, og ved at virksomhetens begreper er knyttet til den kunnskapen sykepleierne stoler på i handlingsrommet, 3) hermeneutikken som utspiller seg i handlingsrommet når kunnskaper utvikles og befestes som gyldige i kraft av at de gir opphav til holdbare handlinger i konkrete situasjoner.

Jeg har også gjort rede for hvordan den praktisk-kliniske kunnskapen konstitueres og utvikles ved integreringen av ulike kunnskapskilder. Slik erfaringsbasert kunnskap tar på selvstendig grunnlag i bruk teoretisk og forskningsbasert kunnskap ved å tilpasse den og gjøre den

relevant for handlinger i konkrete handlingsrom. Dette foregår ved at handlingsrommet organiseres og omorganiseres i forhold til de ulike situasjoners utfordringer. Sykepleierne utvikler derfor praktisk-klinisk kunnskap innenfor rammene av en samtidig forståelse for hvordan de må og kan forholde seg til handlingsrommet. Handlingsrommet som mulighet og begrensning i utøvelsen spiller derfor en viktig rolle i kunnskapsutviklingen.

Erfaringskunnskapens dynamiske utvikling, den praktisk-kliniske kunnskapens kollektive og relasjonelle utvikling, kunnskapsutvikling via sansene og kunnskapsutvikling som en reflekterende og hermeneutisk prosess, foregår innenfor bestemte og bestembare handlingsrom. Den evidensen jeg skriver om kommer derfor fra handlingsrom som selv er under utvikling, og er den evidensen som via handlingers holdbarhet i handlingsrommet, gir gyldighet til kunnskap og kunnskapsutvikling.

Dette begrepet om evidens – som gyldig kunnskap i og for handlingsrommet - er samtidig mitt innspill i forhold til kunnskapsbasert sykepleiepraksis/evidensbasert profesjonsutøvelse, og må ses i sammenheng med den analyse og begrepsfesting som er gjennomført i de forutgående kapitler. Det er en evidens som skapes i situasjonen og som grunnleggende handler om at handlinger (praksis) utføres av fortolkende og meningssøkende mennesker, og at deres handlinger retter seg mot mennesker (barnet, foreldrene og kolleger) som selv fortolker, søker mening og uttrykker seg i en felles kontekst – et handlingsrom – som både gir muligheter og begrensninger for spesifikke handlinger.

10 Avslutning

I denne avhandlingen har jeg undersøkt den kunnskapen de erfarne spesialsykepleierne ved nyfødintensivavdelinger stoler på i sitt daglige arbeid. Det er en kunnskap som kommer til uttrykk i deres praksis, som fører til at sykepleierne selv opplever handlingene basert på denne kunnskapen som riktige. Kunnskapen gir dermed støtte til *holdbare* handlinger i konkrete situasjoner.

Inngangen til studien var et aristotelisk perspektiv på praktisk kunnskap, som dugelighet i en virksomhet. For å forstå hvordan denne kunnskapen er konstituert og utviklet har jeg analysert den ut fra Meløes begreper om aktør, virksomhet og blikk, og Gadammers begreper om forståelse som fortolkning og anvendelse. Sykepleierne handler innenfor og med hensyn på en virksomhet innenfor ulike handlingskontekster – *handlingsrom*. Nyfødintensivavdelingens ulike handlingsrom preges av stor grad av kompleksitet, og ofte av kaotiske og uavklarte situasjoner. I disse handlingsrom anvender og utvikler sykepleierne sin praktiske kunnskap når de pleier barnet i samhandling med kolleger, og når de fordeler og omfordeler arbeidsoppgaver ut fra hvem som kan gjøre hva, slik at de kan opprettholde en viss balanse mellom oppgaver og ressurser tilgjengelige i handlingsrommet.

Den praktisk-kliniske kunnskapen jeg skriver frem og undersøker i avhandlingen retter seg mot å svare på utfordringer i virksomhetens ulike handlingsrom, der det grunnleggende handler om å behandle og pleie barnet slik at det overlever, vokser og unngår skader. Kunnskapen sykepleierne stoler på og regner som *gyldig* i sin utøvelse, uttrykkes først og fremst gjennom måten de organiserer robuste handlingsrom og arbeider effektivt og meningsfullt innenfor disse. Den enkelte sykepleiers egne handlinger må treffe situasjonen presist, og kjedes sammen med kollegenes handlinger på bestemte måter, slik at hovedformålet med samhandlingene ivaretas på best mulig måte.

Sykepleiernes kunnskap kommer primært til uttrykk i arbeids- og tenkemåter som fører til at barnet erfares umiddelbart som både en fysisk kropp som trenger avansert medisinsk behandling og pleie for å overleve og vokse, og som et menneske som erfarer, uttrykker seg og lever med i sine sansninger. Nyfødintensivsykepleie handler derfor om å identifisere og

håndtere kritiske situasjoner, og om å pleie barnet gjennom kritiske sykdomsforløp på en måte som gir rom for medmenneskelighet.

Å kunne forestille seg hva som kan skje, og slik være i forkant av uforutsette hendelser, er avgjørende viktig for å kunne håndtere kritiske situasjoner raskt og presist og gjennom samhandling med kolleger om felles oppgaver. Å gi barnet omsorgsfull pleie forutsetter en sansemessig kunnskap, særlig i hendene. Gjennom observasjoner og samspill med barnet, får sykepleieren innsikt i barnets selvopplevde tilstand og lenker denne innsikten til annen fagspesifikk kunnskap i beslutninger om handlinger. Studien viser at sykepleierne må oppøve en særlig sanselig følsomhet for å kunne forstå det barnet uttrykker i konkrete situasjoner, og for å kunne gi det barnet uttrykker et forsvarlig svar. En sansemessig kunnskap fremstår, ikke minst, som en forutsetning for å få tilgang til, og svare på, de etisk relevante utfordringer i utøvelsen.

Den praktiske kunnskapen i nyfødtintensivsykepleien er ikke avgrenset og sammenfattet i et regelsystem sykepleierne kan gjøre rede for. Derimot viser den seg i sykepleiernes evne til å møte den konkrete situasjonen og få tak i hva som står på spill, og ut fra det finne en måte å handle på som kan gjennomføres der-og-da. Avhandlingen viser hvordan sykepleiernes svarevne trenes opp via erfaringer, og hvordan den fremstår som en form for beredskap til å mestre nye ukjente situasjoner. Ved å sette sin kunnskap i spill i stadig nye situasjoner og erfare hva som passer og hva som ikke passer inn i handlingsrommet, endrer, utvider og utdyper sykepleierne sin praktisk-kliniske kunnskap.

Underveis i analysen fant jeg at Meløes begreper om virksomhet måtte gjøres mer konkrete for å kunne beskrive og undersøke viktige aspekter ved det jeg så i mine resultater. Jeg fant da at begrepet om handlingsrom, forstått som den konteksten handlinger blir til og forstås gjennom, allerede finnes hos Meløe og kunne anvendes og videreutvikles i min studie. Resultatene mine viser at handlingsrommet er satt sammen på en bestemt måte; noe er fast eller vedvarende, noe forandres. Det som forandres må forstås i forhold til det vedvarende, som er knyttet til målsettingen om å bidra til at barnet får optimal behandling og pleie. Gjennom samhandling med kolleger og en bestemt sanselig håndtering av barnet, forvalter sykepleierne balanseringen mellom det som kan og må endres i handlingsrommet og det som ligger fast, i ivaretagelsen av virksomhetens sentrale oppgaver. Avhandlingen viser hvordan denne ivaretagelsen skjer i kraft av sykepleiernes evne til å organisere og utvikle handlingsrommet selv, som derfor er et sentralt aspekt ved deres praktisk-kliniske kunnskap.

Kunnskapen som er skrevet frem i avhandlingen, er den praktisk-kliniske kunnskapen sykepleierne regner som gyldig og legger til grunn for sine handlinger. Den utgjør handlingsrommets evidens i nyfødtintensivavdelingen. Det er en form for evidens som bare er tilgjengelig i og gjennom deltagelse i handlingsrommet, fordi kunnskapens gyldighet knyttes til hvorvidt den gir opphav til handlinger som bare kan vise seg frem som meningsfulle og holdbare nettopp der, i de konkrete situasjoner og deres forløp.

Det er en annerledes form for evidens enn den som vanligvis knyttes til begrepet om kunnskapsbasert sykepleiepraksis. Mine resultater flytter dermed fokus fra ensidig å fremheve anvendelse av forskningsbasert kunnskap som grunnlag for kunnskapsbasert praksis, til å vektlegge at kunnskapsbasert praksis også handler om å forstå handlingsrommets muligheter og begrensninger. Forskningsbasert kunnskap, som bygger på vitenskapelig evidens, må altså tilpasses, fortolkes og gjøres relevant i forhold til det konkrete som står på spill i handlingsrommet. Derfor må den evidensen som sykepleierne bygger sin utøvelse på, integrere og omdanne både den evidensen som kan hentes fra teoretisk kunnskap og kunnskap opparbeidet via utøvelse. I handlingsrommet settes kunnskap sammen i forhold til det som må gjøres under de uunngåelige omstendigheter der-og-da. Anvendelse av forskningsbasert og teoretisk kunnskap hviler derfor på en fortrolighet med virksomheten som er av praktisk art, det vil si handlingsorientert: Noe skjer og noe må gjøres, her-og-nå og under de uunngåelige omstendigheter.

Slik blir handlingsrommets evidens til i praksis - til forskjell fra vitenskapelig evidens som er utviklet utenfor den konkrete situasjonen -, og bare kunnskapen som er gyldig i kraft av at den fremstår som evident i handlingsrommet kan anvendes på en holdbar måte på det enkeltstående tilfelle. Mine resultater viser at evidensgrunnlaget kan bare tolkes frem av utøvere godt kjent i handlingsrommet når barnets tilstand identifiseres, og mulige handlinger vurderes ut fra hvem som kan gjøre hva der-og-da. Evidensen oppstår slik i det konkrete handlingsrommet, og den er gyldig bare der.

Det er dette som er kjernen i begrepet om handlingsrommets evidens; at handlinger ikke er gitt på forhånd, men blir til gjennom en dynamisk prosess der aktørene utfordres av hverandre og av situasjonen, og tar avgjørelser og prøver seg frem med handlinger rettet mot å treffe situasjonen presist. Gjennom sine handlinger viser sykepleierne frem sin praktisk-kliniske kunnskap – sin forståelse – for seg selv og for hverandre, og gjennom sine handlingers

tilstrekkelighet eller manglende holdbarhet i situasjonen, bekrefter eller avkrefter de sin kunnskaps gyldighet. Slik er det handlingsrommet som til slutt gir evidens til kunnskapen.

Begrepene om handlingsrom og handlingsrommets evidens har hjulpet meg å få frem hvordan nyfødtintensivsykepleie utøves, og hvordan kunnskap konstitueres og utvikles via daglig arbeid i avdelingen. Sykepleierne utvikler sin praktisk-kliniske kunnskap i bestemte handlingsrom ut fra en forståelse for hvordan de må forholde seg til handlingsrommet, men også hvordan de kan påvirke og utviklet rommet og dets evidens. Denne formen for kunnskap har sin rot i handlinger, og kan ikke erkjennes, tilegnes eller innøves gjennom teoretisk skolering som ikke går gjennom handlingene.

I samtaler med sykepleierne undersøkte jeg deres praktisk-kliniske kunnskap. Sykepleierne brukte de begreper og forklaringsformer som er operative i deres tenkning og forståelse for å uttrykke det som står i fokus for blikkene og handlingene i de konkrete handlingsrommene. Samtalene var samtidig en form for teoretisk skolering som gikk gjennom handlingene, ved at sykepleierne i tillegg ble oppfordret til å løfte frem den forståelseshorizonten som bidro til de fokuserte handlingene. Avhandlingen viser hvordan sykepleiernes artikulasjoner og refleksjoner i samtalene utdypet deres forståelse av egne handlinger og egen kunnskap på måter som de mente var egnet til å utvikle og forbedre deres praksis. Dette er resultater som gir grunnlag for å foreslå at sykepleierarbeid bør organiseres slik at det gis rom for samtaler og refleksjoner over egen utøvelse i nyfødtintensivavdelingen. Det samme bør gjelde for utdanningsforløp rettet mot klinisk sykepleie.

Denne formen for kunnskapsutvikling i sykepleie viser hvordan forskjellige kunnskapselementer kan integreres i praktisk-klinisk kunnskap, der yrkesutøvelsen er den utfordringen som det gjelder å mestre. En bevisstgjøring av forholdet mellom anvendelse av forskningsbasert kunnskap og den praksis som er påkrevet og ønskelig i handlingsrommet, kan finne sted i denne formen for kunnskapsutvikling.

Litteraturliste

Allen, D. (2004). "Ethnomethodological insights into insider-outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare settings." *Nursing Inquiry*, **11**(1), 14 – 24.

Allen, D. (2007). "What do you do at work? Profession building and doing nursing." *International Nursing Review*, **54** (1), 41 – 48.

Als, H. (1984). "Toward a syntactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality." *Infant Mental Health Journal*, **3**(4), 229-243.

Alsvåg, H. (2011). "Kari Martinsen: Omsorgsfilosofi." I: A. Marriner-Tomey & M. R. Alligood. *Sygeplejeteoretikere: bidrag og betydning i moderne sygepleje*. København, Munksgaard.

Alvesson, M. & D. Kärreman (2011). *Qualitative research and theory development: mystery as method*. Los Angeles, Sage.

Alvesson, M. & K. Sköldberg (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Andre utgave, (første utgave 1994). Lund, Studentlitteratur.

Arendt, H. (1996). *Vita activa: det virksomme liv*. Oslo, Pax.

Aristoteles (1999). *Den nikomakiske etikk*. Oslo, Bokklubben dagens bøker.

Auestad, L. & H. Mahrtdt (red.) (2011). *Handling, frihet, humanitet: møter med Hannah Arendt*. Trondheim, Tapir akademisk forlag.

Austin, W. (2007). "The ethics of everyday practice." *Advances in Nursing Science*, **30**(1), 81 – 88.

Aarnes, A. (1989). "Henri Bergson i vår tid." I: H. Bergson, A. Aarnes et al. *Den filosofiske intuisjon: to essays*. Oslo, Gyldendal.

Baszanger, I. & N. Dodier (2004). "Ethnography." In: D. Silverman (edit.). *Qualitative research: theory, method and practice*. London, Sage.

- Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster: essayskriving for begynnere*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Bengtsson, J. (2006). "Ontologiskt perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap." I: *Erfarenhetsbaserad kunskap – vad är det och hur värderar vi den?* Svensk sjuksköterskeförening.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif., Addison-Wesley.
- Benner, P. (2000). "The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice." *Nursing Philosophy*, **1**, 5 – 19.
- Benner, P. (2001). "Taking a stand on experiential learning and good practice." *American Journal of Critical Care*, **10** (1), 60 – 62.
- Benner, P. (2004). "Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education." *Bulletin of Science, Technology & Society*, **24** (3), 188 – 199.
- Benner, P., C. A. Tanner, et al. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. New York, Springer.
- Benner, P., P. Hooper-Kyriakidis et al. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. New York, Springer Publ.
- Borbasi, S. (1994). "To be or not to be? Nurse? Researcher? Or both?" *Nursing Inquiry*, **1**(1), 57.
- Borbasi, S., D. Jackson, et al. (2005). "Fieldwork in nursing research: positionality, practicalities and predicaments." *Journal of Advanced Nursing*, **51**(5), s. 493 – 501.
- Bourdieu, P., R. Nice (1990). *The logic of practice*. Oxford, Polity Press.
- Bourdieu, P., B. K. Nicolaysen, et al. (1995). *Den kritiske ettertanke: grunnlag for samfunnsanalyse*. Oslo, Samlaget.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København, Hans Reitzels forlag.

- Bråten, S. (2009). *Intersubjective Mirror in Infant Learning and Evolution of Speech*. Amsterdam, NLD, John Benjamins Publishing Company.
- Callewaert, S. (2004). "På vej mod en generel teori om professionel viden og handlen." I: K. A. Petersen (red). *Praktikker i erhverv og uddannelse: om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker*. København, Frydenlund.
- Claxon, G. (2008). "The anatomy of intuition." In: T. Atkinson & G. Claxon (edit.). *The intuitive practitioner: On the value of not always knowing what one is doing*. Open University Press.
- Coffey, A. & P. Atkinson (1996). *Making sense of qualitative data: complementary research strategies*. Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Danielsen, I. J. (2004). *Sykepleiernes yrkeskunnskap – utgått på dato?* Hovedfagsoppgave. Høgskolen i Bodø.
- Danielsen, I. J. (2005). "Er sykepleierens praksiskunnskap utgått på dato?" *Klinisk sygepleje*, **2**, 35 – 43.
- Dinesen, A. M. (1991). *C. S. Peirce: fænomenologi, semiotik og logik*. Aalborg, Nordisk Sommeruniversitet.
- Dinesen, A. M. & F. Stjernfelt (1994). "Om Semiotik og pragmatisme." I: Peirce, C.S. *Semiotik og pragmatisme*. Et udvalg av tekster. Danmark, Gyldendal.
- Dreyfus, H. L. & S. E. Dreyfus (1986). *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York, Free Press.
- Dunne, J. (2001). *Back to the Rough Ground*. University of Notre Dame press, Notre Dame, Indiana.
- Ericsson, K.A. (2006). An introduction to Cambridge handbook of expertise and expert performance: Its development, organization, and content. In: *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Estabrooks, C.A., W. Rutakumwa, et al. (2005). "Sources of practice knowledge among nurses." *Qualitative Health Research*, **15**(4), 460 – 476.
- Fangen, K. (2001). *En bok om nynazister*. Oslo, Universitetsforlaget.

- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Fegran, L. (2009). *Parents and nurses in a neonatal intensive care unit: the development of a mutual beneficial partnership in the care of the infant*. Avhandling (Ph.d.), Universitetet i Oslo.
- Fetterman, D. M. (2010). *Ethnography: step-by-step*. Los Angeles, Calif., SAGE.
- Frank, A. W. (2005). "What is dialogical research, and why should we do it?" *Qualitative Health Research*, **15**((7), 964 – 974.
- Gadamer, H-G. (2010 [1990]). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo, Pax.
- Gadamer, H-G. & H. Jordheim (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo, Cappelen.
- Gilbert, M., R. Busund et al. (2000). "Resuscitation from accidental hypothermia of 13,7°C with circulatory arrest." *The Lancet (research letter)* **355**, January 29, s. 375 – 376.
- Gould, J., C. Qin et al. (2005). "Time of birth and risk of neonatal death." *Obstetrics & Gynecology* **106** (2), 352 – 358.
- Grimen, H. (2008). "Profesjon og kunnskap." I: A. Molander & L. I. Terum. *Profesjonsstudier*. Oslo, Universitetsforlaget: s. 71-86.
- Grimen, H. & L. I. Terum (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo, Abstrakt.
- Guillemin, M. & K. Heggen (2011). "The narrative approach as a learning strategy in the formation of novice researchers." *Qualitative Health Research*, published online 27 December 2011.
- Gulddal, J. & M. Møller (1999). *Hermeneutik : en antologi om forståelse*. København, Gyldendal.
- Gustavsson, B. (2009a [2000]). *Kunskapsfilosofi: tre kunnskapsformer i historisk belysning*. Stockholm, Wahlström & Widstrand.
- Gustavsson, B. (2009b). *Utbildningens förändrade villkor: nya perspektiv på kunskap, bildning och demokrati*. Stockholm, Liber.

- Göranzon, B. (2001). *Spelregler – om gränsöverskridande*. Stockholm, Dialoger.
- Göranzon, B., M. Hammarén et al. (2006). *Dialogue, Skill & Tacit Knowledge*. West Sussex, John Wiley & Sons.
- Halvorsen, G. S. (2011). *Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende: en studie i forståelsens og anerkjennelsens betingelser og utviklingsmuligheter*. Avhandling (PhD). Bodø, Universitetet i Nordland.
- Hammarén, M. (1999). *Ledtråd til förvandling*. Stockholm, Dialoger.
- Hamilton, P., V.S. Eschiti et al. (2007). “Differences between weekend and weekday nurse work environments and patient outcomes”. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* **21** (4), 331 – 341.
- Haraway, D. J. (1999). “Situated knowledges”. I: M. Biagioli (edit.). *The Science Studies Reader*. Routledge, NY & London.
- Haraway, D. J. (2004). “Modest_Witness@Second_Millennium”. I: D. Haraway. *The Haraway Reader*. Routledge, NY & London.
- Haifa, S. A., J. M. McGrath et al. (2011). “Patient Safety in the NICU”. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, **25** (2), 123 – 132.
- Hammersley, M. & P. Atkinson (2007). *Ethnography: principles in practice*. London, Routledge.
- Henden, G. (2004). *Intuition and its Role in Strategic Thinking*. Avhandling for graden Dr. Oecon. Sandvika, Handelshøyskolen BI.
- Heggen, K. (1995). *Sykehuset som "klasserom": praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Heggen, K. & T. I. Fjell (1998). “Etnografi.” I: M. Lorensen (red.) *Spørsmålet bestemmer metoden: forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Higman, W. & K. Shaw (2008). “Nurses’ understanding about the delivery of family centred care in the neonatal unit.” *Journal of Neonatal Nursing*, **14**, 193 – 198.

Hunter, C. L. & K. Spence et al. (2008). "Learning how we learn: An ethnographic study in a neonatal intensive care unit." *Journal of Advanced Nursing*, **62**(6), 657 – 664.

James, I., B. Andershed et al. (2010). "Knowledge constructions in nursing practice: Understanding and integrating different forms of knowledge." *Qualitative Health Research*, **20**(11), 1500 – 1518.

Janik, A. (1996). *Kunskapsbegreppet i praktisk filosofi*. Eslöv, Brutus Östlings bokförlag Symposion.

Josefson, I. (1998). *Läkarens yrkeskunnande*. Lund, Studentlitteratur.

Kant, I. (2009). *Kritikk av den rene fornuft*. Oslo, Pax.

Klingenberg, C., P. I. Kaaresen, et al. (2009). "Neonatology Above the Arctic Circle." *NeoReviews*, **10**(7), 323 -329.

Kaaresen, P.I. (2008). *Aspect of outcome in children born prematurely and effects of an early intervention program*. Avhandling (PhD), Universitetet i Tromsø.

Kolstad, H. (2001). *Henri Bergsons filosofi: betydning og aktualitet*. Oslo, Humanist forlag.

Landsem, I. P. (2007). *Sykepleierens tilgang til det smertefulle hos det svært fortidligfødte barnet*. Masteroppgave. Universitetet i Tromsø.

Larsson, H. (1925[1912]). *Intuisjonsproblemet. Särskilt med hänsyn till Henri Bergsons teori*. Albert Bonniers förlag, Stockholm.

Larsson, H. (1997 [1892]). *Intuition*. Stockholm, Dialoger.

Liaw, J-J., L. Yang, et al. (2010). "Relationships between nurse care-giving behaviours and preterm infant responses during bathing: a preliminary study". *Journal of Clinical Nursing*, **19**, 89 – 99.

Lindseth, A. (2012). "Praktisk kunnskap". I: Jakobsen, O., K. J. Ims, et al. *På tvers: praksiser og teorier om økonomi, kultur og natur for det nye årtusen*. Festskrift til Ove Jakobsen. [Bodø], Universitetet i Nordland.

Lyneham, J., C. Parkinson et al. (2008a). "Intuition in emergency nursing: A phenomenological study." *International Journal of Nursing Practice*, **14**, 101 – 108.

- Lyneham, J., C. Parkinson et al. (2008b). "Explicating Benner's concept of expert practice: intuition in emergency nursing." *Journal of Advanced Nursing*, **64**(4), 380 – 287.
- Lysne, V. (2004). *Likeverd i praksis: mellom fagkunnskap og innleving*. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Lystbæk, C. T. (2004). *Integrativ Kompetence. Hen imod en fler-dimensionel konception af praktisk viden*. Kandidatspesiale, Institut for filosofi, Århus Universitet.
- Manias, E. & A. Street (2000). "Rethinking ethnography: Reconstructing nursing relationships." *Journal of Advanced Nursing*, **33**(2), 234 – 242.
- Mantzoukas, S. (2007). "A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling hierarchy." *Journal of Clinical Nursing*, **17**, 214 – 223.
- Martinsen, K. & T. A. Kjær (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo, Akribe.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo, Akribe.
- Martinsen, K. (2003[1989]). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo, TANO.
- Martinsen, K. (2003[1993]). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo, TANO.
- Martinsen, K. & K. Eriksson (2009). *Å se og å innse: om ulike former for evidens*. Oslo, Akribe.
- Meløe, J. (1973). "Aktøren og hans verden." *Norsk Filosofisk tidsskrift* nr.2, s. 133 – 143.
- Meløe, J. (1985a). *Notater i vitenskapsteori. Til gruppene i humaniora og samfunnsvitenskap med fiskerifag*. Universitetet i Tromsø.
- Meløe, J. (1985b). "Menneskeverk". I: *Notater i vitenskapsteori. Til gruppene i humaniora og samfunnsvitenskap med fiskerifag*, s. 5 – 19. Universitetet i Tromsø.
- Meløe, J. (1985c). "Om å se". I: *Notater i vitenskapsteori. Til gruppene i humaniora og samfunnsvitenskap med fiskerifag*, s. 20 – 27. Universitetet i Tromsø.
- Meløe, J. (1985d). "Sted å se fra". I: *Notater i vitenskapsteori. Til gruppene i humaniora og samfunnsvitenskap med fiskerifag*, s. 28 – 35. Universitetet i Tromsø.

- Meløe, J. (1997 [1985a]). "Om å forstå det andre gjør". I: Greve og Nettet (red.). *Filosofi i et nordlig landskap. Jakob Meløe 70 år*. Ravnetrykk 12, s. 337 – 345. Tromsø, Universitetsbiblioteket.
- Meløe, J. (2003). "Steder". I: E. Erson & L. Öberg (red.): *Erfarenhetens rum och vägar*. Tumba, Mångkulturelt centrum.
- Miller, K., W. Riley et al. (2009). "Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability." *Journal of Nursing Management*, **17**, 247 – 255.
- Nerheim, H. (1991a). *Estetisk rasjonalitet: konstitusjonsbegrepet i Kants "Kritik der Urteilkraft"*. Oslo, Solum.
- Nerheim, H. (1991b). *Den etiske grunnerfaring: fra regelforståelse til fortrolighetskunnskap*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Nielsen, F. S. & Å. Brottveit et al. (1996). *Nærmere kommer du ikke-: håndbok i antropologisk feltarbeid*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Niven, C.A. & P.A. Scott (2003). "The need for accurate perception and judgment in determining the appropriate use of the nursing resource: hearing the patient's voice." *Nursing Philosophy*, **4**, 201 – 210.
- Nordhov, M. S. (2011). *A randomized clinical trial on the impact of early intervention on parental child-rearing attitudes and cognitive, motor and behavioural outcomes in preterm infants*. Avhandling (PhD), Universitetet i Tromsø.
- Nordenstam, T. (2005). *Exemplars makt*. Stockholm, Dialoger 69 – 70.
- Nortvedt, M. W., G. Jamtvedt et al. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (2001). "Clinical sensitivity: The inseparability of ethical perceptiveness and clinical knowledge." *Scholarly Inquiry of Nursing Practice*, **15**(3), 1 – 19.
- Nortvedt, P. (2003). "Subjectivity and vulnerability: reflections on the foundation of ethical sensibility." *Nursing Philosophy*, **4**(3), 222 – 230.
- Nortvedt, P. (2008). "Sensibility and clinical understanding." *Med health care and philos*, **11**, 209 – 219.

- Nortvedt, P. & H. Grimen (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Nyeng, F. (2000). *Det autentiske menneske: med Charles Taylors blikk på menneskevitenskap og moral*. Bergen, Fagbokforlag.
- Olsen, R. H. (1998). *Klok av erfaring?: om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo, Tano Aschehoug.
- Peirce, C. S., A. M. Dinesen, et al. (1994). *Semiotik og pragmatisme*. København, Gyldendal.
- Polanyi, M. (2000 [1967]). *Den tause dimensjonen: en innføring i taus kunnskap*. Oslo, Spartacus.
- Postholm, M.B. (2005). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Randall, J. H. (1962). *Aristotle*. New York, Columbia University Press.
- Ratkić, A. (2006). *Dialogseminariets forskningsmiljø*. Doktoravhandling. Stockholm, Dialoger.
- Rossvær, V. (1998). *Ruinlandskap og modernitet: hverdagsbilder og randsoneerfaringer fra et nord-norsk fiskevær*. Oslo, Spartacus.
- Rustad, L. M. (1998). "Kunnskap som delvise forbindelser." I: K. Asdal et al. *Betatt av viten: bruksanvisninger til Donna Haraway*. Oslo, Spartacus.
- Savage, J. (1995). "Nursing intimacy: An ethnographic approach to nurse-patient interaction." Harrow, UK: Scutari.
- Savage, J. (2000). "Participative observation: Standing in the shoes of others?" *Qualitative Health Research*, **10**(3), 324 – 339.
- Schaanning, E. (2010). "Introduksjon." I: H-G. Gadamer. *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo, Pax.
- Scruton, R. (2001). "Spinoza. Life and character." In: R. Monk and F. Raphael (edt.). *The great philosophers. From Socrates to Turing*. London, Phoenix.

- Silverman, D. (edit.) (2004). *Qualitative research: theory, method and practice*. London, Sage.
- Silverman, D. (2004). "Who cares about 'experience'? Missing issues in qualitative research." In: D. Silverman (edit.). *Qualitative research: theory, method and practice*. London, Sage.
- Simmons, B., D. Lanuza, et al. (2003). "Clinical reasoning in experienced nurses." *Western Journal of Nursing Research*, **25**(6), 701 – 719.
- Skirbekk, G. & N. Gilje (1996). *Filosofihistorie: innføring i europeisk filosofihistorie med særlig vekt på vitenskapshistorie og politisk filosofi*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Sinha, S. K., L. Miall, et al. (2012). *Essential neonatal medicine*. Chichester, Wiley-Blackwell.
- Skjervheim, H. (2000 [1974]). *Objektivismen - og studiet av mennesket*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Skjervheim, H. (2002 [1962]). "Etikken og dagleglivet sin moral". I: *Mennesket*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Skjervheim, H. (2002 [1957]). "Deltakar og tilskodar". I: *Mennesket*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Stigen, A. (2008 [1973]). "Innledning". I: Aristoteles & A. Stigen. *Etikk: et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "Den nikomakiske etikk"*. Oslo, Gyldendal.
- Taylor, C. (2011[1998]). *Autentisitetens etikk*. Oslo, Cappelen akademisk forlag.
- Taylor, C. & H. Grimen (1995). *Identitet, frihet och gemenskap: politisk-filosofiska texter*. Göteborg, Daidalos.
- Tillberg, L. (2005). *Vård som konst: Om yrkeskunnande i vård- och omsorgsarbete*. Avhandling, Stockholm, KTH-Index og Dialoger.
- Terum, L. I. & H. Grimen (2009). "Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet." I: H. Grimen & L. I. Terum. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo, Abstrakt.
- Tillberg, P. (red.) (2002). *Dialoger: Om yrkeskunnande och teknologi*. Stockholm, Dialoger.

- Turan, T., Z. Başbakkal et al. (2008). "Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infant in neonatal intensive care unit." *Journal of Clinical Nursing*, **17**, 2856 – 2866.
- Tutton, E., K. Seers et al. (2007). "Professional nursing culture on trauma unit: experiences of patients and staff." *Journal of Advanced Nursing*, **61**(2), 145 – 153.
- Warnock, F. & D. Allen (2003). "Ethological methods to develop nursing knowledge." *Research in Nursing & Health*, **26**, 74 – 84.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord, SEEK.
- Weaver, K. & J. N. Morse, (2006). "Pragmatic utility: Using analytical questions to explore the concept of ethical sensitivity". *Research and Theory for Nursing practice*, **20**(3), s. 191 – 214.
- Weaver, K., J. N. Morse, et al. (2008). "Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis." *Journal of Advanced Nursing*, **62**(5), s. 607 – 618.
- Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Winther, T. (1978). *Det skapende menneske: om Henri Bergsons filosofi*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Wittgenstein, L. (1997). *Filosofiske undersøkelser*. Oslo, Pax.
- Øverenget, E. (2001). *Hannah Arendt*. Oslo, Universitetsforlaget.

Andre referanser

<http://www.hib.no/senter/kunnskapsbasert/om/default.asp> (27.06.12)

<http://www.kunnskapscenteret.no/> 12.02.13

NOU 2008: 3. Sett under ett. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/2008/NOU-2008-3.html?id=497182>

Stortingsmelding nr. 30 (2008-2009). Klima for forskning. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-30-2008-2009-2.html?id=556567>

Vedlegg

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel til ledelsen ved Barneklubben om tillatelse om å gjøre feltarbeid

Vedlegg 2: Forespørsel til avdelingssykepleier om å finne sykepleiere til samtalegruppe

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til sykepleiere i samtalegruppe, og samtykkeerklæring

vedlegg 4: Informasjonsskriv til sykepleierne i avdelingen, og samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Informasjonsskriv til foreldre, og samtykkeerklæring

Vedlegg 6: Samtykkeerklæring fra foreldre om bruk av bilder

Vedlegg 7: Intervjuguide til gruppesamtalene

Til
Klinikkjef
Barneklubben
Universitetssykehuset

Tromsø 04.02.08

Forespørsel om tillatelse til å gjøre feltarbeid i Nyfødttintensiv i forbindelse med doktorgradsprosjektet:

”Utøvelse og utvikling av fagkunnskap med fokus på det faglige skjønnet”

Jeg er barnesykepleier og doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Tromsø. Min veileder er professor Ruth H. Olsen, Høgskolen i Bodø. Jeg skal forske på sykepleierens fagkunnskap med fokus på det faglige skjønnet. I den forbindelse ber jeg om tillatelse til å gjøre feltarbeid i Nyfødttintensivheten.

Antakelsen er at den delen av fagkunnskapen som er ”taus” i den forstand at den først og fremst fremvises i handlinger og utøvelse, og som ofte benevnes ”faglig skjønnet”, er utfordrende å utforske og videreutvikle og kan derfor falle utenfor eksisterende systemer for kunnskapsutvikling og kunnskapsutnyttelse. Dermed kan den neglisjeres som kunnskap både av utøveren selv, praksisfeltet og samfunnet for øvrig. Jeg ønsker å beskrive denne innsikten så grunnleggende som mulig, både hvor den kommer fra, hvordan den kommer til uttrykk og hvilken plass den får i virksomheten. Prosjektet har følgende hovedspørsmål:

Hvilken innsikt ligger til grunn for den erfarne barnesykepleierens forståelse av en situasjon, hennes handlingsvalg og gjennomføringen av handlingen, og hvordan erkjennes denne innsikten.

I feltarbeidet vil det veksles mellom deltakende observasjon og samtaler med deltakerne i praksisfeltet der jeg kan få utdypet forhold ved å stille spørsmål som aktualiseres der og da. Feltarbeidet vil først og fremst involvere erfarne sykepleiere, men også leger og barnepleiere i feltet vil kunne involveres i datainnsamlingen. Feltarbeidet vil bli gjennomført i løpet av ett kalenderår. I starten planlegger jeg å være i feltet ca. 3 dager i uken i noen uker, deretter 1 til

2 dager i uken, med mulighet for intensive perioder og opphold alt etter hva jeg finner formålstjenlig.

Feltarbeidet er en av to delstudier i det samlede forskningsprosjekt. I den andre delstudien skal jeg samle erfaringer sykepleiere i 2 grupper og arrangere 7 gruppemøter i løpet av ett kalenderår. En gruppe skal rekrutteres fra deres Nyfødtintensivpost, den andre gruppen fra en tilsvarende avdeling i Norge. Hensikten med den delen av studien er å ta opp tema og problematikk jeg støter på i feltarbeidet og forhold som opptar deltakerne, og i samtalen form utforske forhold knyttet til yrkeskunnskap og yrkesutøvelse. Jeg ber om tillatelse til å forespørre sykepleiere ved Nyfødtintensiv om deltakelse i en slik gruppe. Forespørsel om å finne informanter tenker jeg å sende avdelingssykepleier ved Nyfødtintensiv. Gruppemøtene vil foregå utenfor sykehuset og ikke berøre avdelingens daglige virksomhet.

Forskningen vil bli gjort i tråd med forskningsetiske retningslinjer der taushetsplikten overholdes, opplysninger anonymiseres, deltakelsen er frivillig og det hentes informert samtykke, samt at deltakerne kan trekke seg når de måtte ønske det uten begrunnelse. Selv om jeg ikke skal samle data fra pasienter og pårørende, vil jeg ved tilstedeværelse i avdelingen få tilgang til pasientinformasjon. Derfor søkes forskningsopplegget godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord). I henhold til lov om behandling av personopplysninger meldes prosjektet til NSD (personvernombud for forskning).

Hvis jeg får positiv tilbakemelding på denne forespørselen, vil jeg starte feltarbeidet i samarbeid med avdelingssykepleier ved Nyfødtintensiv, samt sende forespørsel om å finne informanter til gruppen som beskrevet ovenfor.

Vennlig hilsen

Inger J. Danielsen

Avdeling for helsefag

Høgskolen i Tromsø

9293 Tromsø

Mail:

Telefon:

Til

Avdelingssykepleier

Barneklubben

Tromsø 04.02.08

Forespørsel om å finne informanter til doktorgradsprosjektet ”Utøvelse og utvikling av fagkunnskap med fokus på det faglige skjønnet”

Jeg er barnesykepleier og doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Tromsø. Min veileder er professor Ruth H. Olsen, Høgskolen i Bodø. Jeg skal forske på sykepleierens fagkunnskap med fokus på det faglige skjønnet. Dette skal gjøres gjennom to delstudier: A) Feltarbeid i en nyfødtintensivhet, og B) gruppesamtaler med erfarne sykepleiere. I delstudie B skal jeg samle erfarne sykepleiere fra nyfødtintensivfeltet i 2 grupper og arrangere 7 gruppemøter med hver gruppe i løpet av ett kalenderår. En gruppe skal rekrutteres fra nyfødtintensivheten du leder, den andre fra en tilsvarende avdeling i Norge. Det er hjelp til å rekruttere 7 erfarne sykepleiere fra din avdeling jeg forespør om. Kriteriene er:

- Mer enn 5 års arbeidserfaring fra feltet
- Relevant spesialutdanning
- Erfares som erfarne innenfor feltet av kolleger

Kan du forespørre aktuelle sykepleiere og levere informasjonsskrivet som følger denne henvendelsen til dem?

Studien innebærer deltakelse i en gruppe på 7 sykepleiere fra eget arbeidssted som sammen med meg samtaler om konkrete erfaringer innenfor egen yrkesutøvelse. Fokus vil være hvordan sykepleiere tenker, vurderer og handler i konkrete situasjoner.

Som inspirasjonskilder kan det bli aktuelt å bruke skjønnlitteratur, filosofi, etikk og andre kilder ut fra hva jeg finner formålstjenlig. Gruppen samles 7 ganger i 2 timer, i løpet av ett kalenderår. Møtene vil foregå utenfor avdelingen på tidspunkt som passer deltakerne i gruppa best. Det kan bli aktuelt å benytte lydband på enkelte møter, eller deler av møter.

Jeg gleder meg til dette arbeidet, og er helt sikker på at den enkelte informant kan bidra med viktig innsikt. Så snart noen takker ja til å være med tar jeg selv kontakt med dem.

Vennlig hilsen

Inger J. Danielsen

Mail: [REDACTED]

Telefon: [REDACTED]

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”Utøvelse og utvikling av fagkunnskap med fokus på det faglige skjønnet”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utforske den delen av sykepleierens fagkunnskap som er ”taus” i den forstand at den først og fremst fremvises i handlinger og utøvelse, og som ofte benevnes ”faglig skjønn”. Antakelsen er at denne delen av fagkunnskapen er utfordrende å utforske og videreutvikle og kan derfor falle utenfor eksisterende systemer for kunnskapsutvikling og kunnskapsutnyttelse. Dermed kan den neglisjeres som kunnskap både av utøveren selv, praksisfeltet og samfunnet for øvrig.

Jeg er barnesykepleier og doktorgradsstipendiat ved høgskolen i Tromsø, og ønsker å forske fram denne innsikten, både hvor den kommer fra, hvordan den kommer til uttrykk og hvilken plass den får i virksomheten. Det tenker jeg å gjøre ved å samle erfarne sykepleiere fra feltet i grupper og samtale om yrkesutøvelse og kunnskap. Du er forespurt av avdelingssykepleier fordi du er erfaren sykepleier innenfor nyfødintensivfeltet. Denne henvendelsen er forespørsel fra meg, samt informasjon om prosjektet og din deltakelse.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer deltakelse i en gruppe på 7 sykepleiere fra eget arbeidssted som sammen med meg samtaler om konkrete erfaringer innenfor egen yrkesutøvelse. Fokus vil være hvordan sykepleiere tenker, kalkulerer og handler i konkrete situasjoner. NB! Det kreves at du anonymiserer, slik at det ikke kommer frem identifiserbare pasientopplysninger i samtalen.

Gruppen samles 7 ganger i 2 timer, i løpet av ett kalenderår. Jeg skriver ut fra hver samtale. Min forståelse av dette danner så utgangspunktet for neste samtale. Samtalene vil foregå på sted og tidspunkt som passer deltakerne i gruppa best. Som inspirasjon kan det bli aktuelt å bruke skjønnlitteratur, filosofi, etikk og andre kilder ut fra hva jeg i samarbeid med dere i gruppa finner formålstjenlig. Det kan bli aktuelt å benytte lydband i enkelte samtaler, eller deler av samtaler.

Tidsskjema

Det planlegges 2 gruppemøter før sommer 2008, 3 møter i løpet av høsten og 2 møter i løpet av de 3 første måneder i 2009.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Notater fra gruppesamtalene, lydbånd og utskrift fra bånd vil bli behandlet som fortrolige opplysninger og oppbevart forsvarlig. Ingen opplysninger vil i ettertid kunne spores tilbake til deg. Prosjektet forventes avsluttet ved utgangen av 2011. Da vil lydbånd og tekst bli slettet. Du vil da få informasjon fra meg om ”resultatene” av studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen som følger denne informasjonen og sender den til meg. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten begrunnelse. Du kan også underveis trekke tilbake enkelthistorier du har fortalt. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på telefon: [REDACTED] eller på e-post: [REDACTED]. Min veileder er professor Ruth H. Olsen, Høgskolen i Bodø.

Vennlig hilsen

Inger J. Danielsen

Side 2

Samtykke til deltakelse i studien

(Behold selv kopi av denne).

Til stipendiat

Inger J. Danielsen, AFH, Høgskolen i Tromsø, 9293 Tromsø

Jeg har mottatt informasjon om studien og er villig til å delta.

.....

Sted, dato

Signatur

Jeg kan kontaktes på følgende måte:

Telefon:.....

Mail:

Adresse:.....

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”Utøvelse og utvikling av fagkunnskap med fokus på det faglige skjønnet”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utforske den delen av sykepleierens fagkunnskap som er ”taus” i den forstand at den først og fremst fremvises i handlinger og utøvelse, og som ofte benevnes ”faglig skjønn”. Antakelsen er at denne delen av fagkunnskapen er utfordrende å utforske og videreutvikle og kan derfor falle utenfor eksisterende systemer for kunnskapsutvikling og kunnskapsutnyttelse. Dermed kan den neglisjeres som kunnskap både av utøveren selv, praksisfeltet og samfunnet for øvrig.

Jeg er barnesykepleier og doktorgradsstipendiat ved høgskolen i Tromsø, og ønsker å forske fram denne innsikten, både hvor den kommer fra, hvordan den kommer til uttrykk og hvilken plass den får i virksomheten. Det tenker jeg å gjøre ved å gjennomføre feltarbeid i Nyfødtintensiv. I feltarbeidet vil det veksles mellom deltakende observasjon og samtaler med sykepleiere der jeg kan få utdypet forhold ved å stille spørsmål som aktualiseres der og da. Denne henvendelsen er forespørsel om du er villig til å delta i samtaler i feltarbeidet.

Hva innebærer studien?

Samtalene vil foregå på den måten at jeg stiller spørsmål der og da for å utdype forhold jeg undrer meg over. Fokus vil være hvordan du tenker, vurderer og handler i konkrete situasjoner, for på den måten å komme på hold til å utforske og klargjøre steget fra den åpne situasjonen som kan beskrives fra et utenfraperspektiv til det bildet du danner deg i situasjonen, om situasjonen, og som medfører handlingsvalg og handling.

Tidsskjema

Feltarbeidet vil gå over ett kalenderår, fra våren 2008 til våren 2009. Jeg planlegger å være i feltet 3 dager i uka over en periode i starten, senere 1-2 dager i uka, og også opphold i perioder.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Notater fra mine observasjoner i feltet og fra samtaler vil bli behandlet som fortrolige opplysninger og oppbevart forsvarlig. Ingen opplysninger vil i ettertid kunne spores tilbake til

deg. Prosjektet forventes avsluttet ved utgangen av 2011. Da vil all tekst bli slettet. Du vil da få informasjon fra meg om ”resultatene” av studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du når som helst trekke tilbake ditt samtykke uten begrunnelse. Du kan også underveis få slettet historier du har fortalt. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på telefon: [REDACTED] eller på e-post:

[REDACTED]. Min veileder er professor Ruth H. Olsen, Høgskolen i Bodø.

04.02.08

Vennlig hilsen

Inger J. Danielsen

Klipp-----

Samtykke til deltakelse i studien

(Behold selv kopi av denne).

Til stipendiat

Inger J. Danielsen, AFH, Høgskolen i Tromsø, 9293 Tromsø

Jeg har mottatt informasjon om studien og er villig til å delta.

.....

Sted, dato

Signatur

Dette er en forespørsel om å delta i et forskningsprosjekt ved avdelingen.

Jeg er barnesykepleier og arbeider med doktorgradsprosjekt der jeg skal utforske sykepleieres fagkunnskap med fokus på det faglige skjønnet. I den forbindelse ønsker jeg å observere sykepleiere og leger i arbeid med barn innlagt i en nyfødtintensivavdeling.

Mitt fokus er å se på hva sykepleiere og leger helt konkret gjør i ulike situasjoner for så å snakke med dem om det i etterkant. Det er deres kunnskap og forståelse i konkrete situasjoner jeg ønsker å få tak i. For å komme så nært deres handlinger som mulig, ønsker jeg å være tilstede og observere dem i gjøremål rettet mot pasientene. Jeg vil ikke delta i arbeid, bare være tilstede og følge med hva som foregår. Jeg skal ikke samle data fra barnet, men ved å være tilstede får jeg tilgang på opplysninger om deres barn som krever samtykke fra dere. Observasjonene vil foregå på ulike tidspunkt på døgnet.

Gjennomføringen av prosjektet er godkjent av ledelsen ved avdelingen. Min veileder er professor Ruth H. Olsen, Høgskolen i Bodø.

Jeg retter herved en forespørsel til dere om å få være tilstede og observere sykepleiere og leger når de arbeider i forhold til deres barn.

Denne forespørsel deles ut av de ansatte ved avdelingen, slik at jeg som forsker først får kjennskap til barnets identitet etter at dere har samtykket i å delta. Det er frivillig å delta, og om dere ikke ønsker å gi samtykke til deltakelse får det ingen negative konsekvenser for dere eller barnet. Om dere nå sier ja til å delta, kan dere når som helst senere trekke tilbake samtykket uten begrunnelse. Dersom dere samtykker i at observasjonene kan gjennomføres ber jeg om at dere undertegner samtykke til deltakelse som følger denne forespørsel, og leverer den til ansatte ved avdelingen. Jeg vil deretter ta kontakt med dere.

Tromsø 04.02.08

Hilsen

Inger J. Danielsen

[Redacted signature]

Mob: [Redacted phone number]

Side 2:

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt (leveres ansatte ved avdelingen)

Til stipendiat Inger J. Danielsen

Vi har mottatt skriftlig og muntlig informasjon, og gir samtykke til at vårt barn kan observeres i forskningsøyemed som beskrevet ovenfor.

Sted/dato: _____

Signatur: _____

Barnets navn og

fødselsdato: _____

Samtykke til bilder

Jeg samtykker i at bildene som følger denne erklæringen, og som jeg her signert på kan brukes i undervisnings- og publiseringsøyemed. Bildene skal ikke under noen omstendigheter knyttes til barnets identitet.

.....

Sted og dato

Signatur

Intervjuguide

Det tilstrebes åpne dybdeintervju der informantene får fortelle om erfaringer fra yrkesutøvelse og reflekterer over aspekter ved egne handlinger, egen kunnskap og kunnskapsutvikling som berører kunnskapsformer, vilkår for kunnskapsutvikling og den lokale kulturen.

Følgende områder kan det være ønskelig å stoppe opp ved i intervjuene. Områdene er veiledende.

- **Kunnskapsformer**

- Faktakunnskap

- Ferdigheter

- Erfaringsbasert innsikt

- Skjønnnet, dømmekraften

- **Kunnskapsutvikling**

- Å utvikle fagkunnskap – Hvor? Når?

- Forberedelser, handling, refleksjon

- Eksempel på situasjoner der skjønnnet utvikles

- Skjønnnets betydning i fagutvikling

- **Arbeidet og arbeidsfeltet som arena for utvikling av fagkunnskap**

- Forandringer (hvordan og hvor kommer de fra)

- Læring via arbeid (vellykket og mindre vellykket)

- Læring via utdanning, kurs, kongresser og lignende

- Kollegers betydning for egen læring

- Arbeidets organisering og læring

- Praksisfeltets strukturer og læring

- **Endringer, læring og anerkjennelse**

- Å forandre praksis (hvordan)

- Å snakke om erfaringer (med hvem?)

- Å snakke om egne oppfattelser av en situasjon (med hvem?)

- Å spørre om råd (hvem?)

- Tilbakemeldinger (hvilke, hvordan og fra hvem?)

Hittil publiserte avhandlinger til PhD i studier av profesjonspraksis,
Universitetet i Nordland:

Nr. 1 (2010)

Johanne Alteren

"Følelse er fornuft. Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst"

ISBN: 978-82-497-0312-8

Nr. 2 (2011)

Linda Hoel

"Å gjenopprette orden

- En studie av politibetjentens praktiske kunnskap - i et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv"

ISBN: 978-82-93196-00-6

Nr. 3 (2011)

Grete Salicath Halvorsen

"Relasjoner mellom hjelper og hjelpesøkende

- En studie i forståelsens og anerkjennelsens betingelser og utviklingsmuligheter"

ISBN: 978-82-93196-01-3

Nr. 4 (2011)

Nils Friberg

"Det ovägaras tyngd. Vattenfall och ingenjörens roll"

ISBN: 978-82-93196-02-0

Nr. 5 (2011)

Catrine Torbjørnsen Halås

Ungdom i svev – Å oppdage muligheter med utsatte unge

ISBN: 978-82-93196-03-7

Nr. 6 (2012)

Maria Johansson

Skådespelarens praktiska kunnskap

ISBN: 978-82-93196-04-4

Nr. 7 (2012)

Rita Jakobsen

Når identitet er truet

– en studie av god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner

ISBN: 978-82-93196-05-1