



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY  
DENMARK

## Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse

*En undersøgelse af den kliniske vejleders undervisningspraksis i den praktiske del af sygeplejerskeuddannelsen*

Højbjerg, Karin

*Publication date:*  
2011

*Document Version*  
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

*Citation for published version (APA):*

Højbjerg, K. (2011). *Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse: En undersøgelse af den kliniske vejleders undervisningspraksis i den praktiske del af sygeplejerskeuddannelsen*. Aalborg Universitet. Institut for Læring og Filosofi.

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at [vbn@aub.aau.dk](mailto:vbn@aub.aau.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# **Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse**

Karin Højbjerg

Forskerskolen ved Det Samfundsvidenskabelige Fakultet

Institut for Læring og Filosofi  
Aalborg Universitet - 2011

Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse

ISBN 978-87-91543-84-5

ISBN 978-87-91543-85-2 (ebook)

©2011, Karin Højbjerg og relevante forlæggere

Denne ph.d.-afhandling er udgivet af:

Institut for Læring og Filosofi

Aalborg Universitet

Sohngårdsholmsvej 2

9000 Aalborg

learning@learning.aau.dk

[www.learning.aau.dk](http://www.learning.aau.dk)

Trykt i Danmark 2011 af Uniprint, Aalborg Universitet

## Forord

Når jeg ser tilbage på mit ph.d. forløb, har jeg mange mennesker at takke. Først og fremmest en tak til studiechef Jonna Frølich og daværende udviklingschef, Bodil Brander Christensen, Sundheds CVU Nordjylland, for banebrydende arbejde med at tilvejebringe en samarbejdsaf-tale mellem Sundheds CVU Nordjylland/Sygeplejerskeuddannelsen, Region Nordjylland og Aalborg Universitet. Tak til alle tre institutioner for støtten og for det enestående privilegium, jeg har nydt ved at få mulighed for at fordybe mig og få adgang til en lang række spændende forskningsmiljøer og engagerede forskere og ph.d. studerende.

Tak til de kliniske vejledere som gav mig mulighed for at følge dem i deres daglige arbejde, til studerende, undervisningsansvarlige sygeplejersker, studiekoordinatorer og undervisere på Klinisk Vejlederuddannelse og andre, der velvilligt har stillet sig til rådighed. Uden deres imødekommenhed var dette projekt ikke blevet muligt.

Dernæst en tak til min hovedvejleder, prof. Erik Laursen, Institut for Læring og Filosofi, Aal-borg Universitet for din loyalitet overfor mine idéer, for din ordentlighed, din vedholdende interesse og udfordrende spørgsmål og dit bidrag til at blive i sporet.

En særlig tak til min bivejleder prof. Karin Anna Petersen, Universitetet i Bergen, Institut for samfunnsmedisin, for generøst at øse af din store viden om sociologiske perspektiver på nor-disk og international sygepleje og sygeplejerskeuddannelse. Tak til dig og prof. emeritus, Staf Callewaert, for at støtte mig i opstartsfasen og for vedholdende at insistere på at få mig til at bryde med hverdagsbegrebernes spontane konstruktioner. Tak for jeres engagement og ud-fordrende kommentarer.

E-FiL-gruppen og senere CLIO-gruppen (forskergruppen omkring Center for Læring i Orga-nisationer) skal have tak for jeres tålmodige og konstruktive dialog og spændende faglige perspektiver på mine kliniske vejledere.

Tak for godt kammeratskab på ”Fib 10” – også med mine med- ph.d.studerende Margit, Ka-veh, Knud, Kristian, Martin, Alex og Cristina (un abrazo !). En særlig tak til Nanna for uvur-derlig støtte og faglig feed back – også efter vi begge flyttede til København og fik arbejds-plads på Campus Ballerup, der blev en god platform for den sidste tour de force.

Tak til Kristian, Lene og Lasse – de unge håbefulde i familien – for transskribering. En helt særlig tak til Kristian for redigering og en sidste gang lak ved slutspurten.

Tak til familie og venner for opmuntring og støtte og interesse og deltagelse. En særlig tak til Helle for at læse med og give feed back og til Jette for dit super arbejde med til sidst at gen-nemlæse og kommentere hele afhandlingen.

Til sidst en kæmpe tak til dig, Jens Henrik. For det hele. Og fordi du altid ser muligheder, som også i denne proces har givet mig mod og kræfter.

Karin Højbjerg

Frederiksberg, maj 2011

# Indhold

|   |    |
|---|----|
| <b>1. Indledning</b> .....  | 1  |
| Fokus og problemstilling .....  | 3  |
| Forskningsspørgsmål .....   | 6  |
| Struktur og læsevejledning .....  | 7  |
| Tematikker og diskussioner om praktikuddannelse, viden og læring i praksis som baggrund for afhandlingen.....             | 8  |
| <i>Vidensformer og undervisningstraditioner i praktikuddannelse</i> .....   | 8  |
| <i>Med bunden i vejret - tavs viden forstået som den mest fundamentale vidensform</i> .....                               | 10 |
| <i>Tavs viden ophøjet til ekspertviden</i> .....  | 11 |
| <i>Den professionelle praktiker benytter sig også af systematisk tænkning - refleksionens indtog</i> .....                | 13 |
| <i>Praktikundervisning som mesterlære</i> .....   | 14 |
| <i>Opsamling</i> .....  | 15 |
| <b>2. Videnskabsteoretiske overvejelser og afhandlingens teoretiske forankring</b> .....                                  | 17 |
| At tænke klinisk vejledningspraksis relationelt og dispositionelt.....  | 18 |
| Legitimitet i et felt .....   | 19 |
| Hvad kendetegner klinisk vejledning? – inspirationen fra kapitalbegrebet .....  | 22 |
| Habitusbegrebet som inspiration i afhandlingen.....   | 23 |
| Overvejelser over mikro- eller makroperspektiv .....  | 25 |
| Problemet med at vriste sig fri af doxa .....   | 27 |
| Brudtænkning- en ekskurs .....  | 28 |
| Når undersøgeren lader sig underkaste en sociologisk analyse .....  | 29 |
| Afhandlingens perspektiver på hvad det vil det sige at være professionel .....  | 34 |
| <i>Jurisdiktion</i> .....   | 36 |
| <i>Videnssystemer</i> .....   | 38 |
| <b>3. Empiriske undersøgelser om praktikuddannelse indenfor sygeplejerskeuddannelsen som afsæt for afhandlingen</b> ..... | 42 |
| Litteratursøgning som social praksis.....   | 42 |
| Gennemgang af de empiriske undersøgelses resultater .....   | 44 |
| Opsamling på de empiriske undersøgelser.....  | 48 |
| <b>FØRSTE ANALYSEDIMENSION</b>  |    |
| <b>4. Opkomst og udvikling af klinisk vejledning</b> .....  | 50 |

|  |    |
|--|----|
| Første nedslag: Sygeplejefagets og -uddannelsens opkomst som hjælpedisciplin til den medicinske klinik .....                                       | 51 |
| <i>De samfundsmæssige forandringer</i> .....   | 52 |
| <i>Sygeplejersken som medicinsk medhjælp</i> .....   | 53 |
| <i>Et første forsøg på at fravriste lægerne ansvaret for sygeplejerskeuddannelsen</i> .....  | 54 |
| Andet nedslag. Det fejlslagne forsøg på at etablere sygeplejerskeuddannelsen som et studium og tiden derefter .....                                | 56 |
| <i>Sygeplejerskeuddannelsen nu med studiestruktur men stadig ikke en bacheloruddannelse</i> .....  | 60 |
| <i>Ad bagvejen ind i academia og sygeplejelærerne ud af den praktiske del af uddannelsen</i> .....   | 62 |
| Tredje nedslag. Professionsbachelorens gennemslag parret med statens moderniseringsbestræbelser .....  | 63 |
| <i>Evalueringsrapporten og den kliniske undervisning</i> .....   | 64 |
| <i>Reform af de mellemlange videregående uddannelser og institutionsstrukturen – en ny åbning mod academia?</i> .....                              | 65 |
| <i>Den tiltagende kritik af sygeplejerskeuddannelsen og et øget fokus på klinisk undervisning – eller: forsøget på at få ”foden i hosen”</i> ..... | 68 |
| <i>Den statslige interesse for kvaliteten i praktikuddannelse</i> .....  | 73 |
| <i>Sammenfatning af konstruktion af den platform hvorfra den kliniske vejleder praktiserer undervisning</i> .....                                  | 76 |

## **5. Undersøgelsens empiriske grund.....83**

|  |     |
|--|-----|
| Metodiske implikationer af den praktik- og professionsteoretiske begrebsramme.....           | 84  |
| Redegørelse for undersøgelsens data og metode - rekonstruktioner af en forskningsproces..... | 85  |
| <i>Observation</i> .....   | 87  |
| <i>Etiske overvejelser og udvælgelse</i> .....   | 89  |
| <i>Den praktiske gennemførelse af observationerne</i> .....                                  | 94  |
| <i>Spørgemetoder og interviews</i> .....   | 96  |
| <i>Tekstmateriale som uddannelsesdokumenter og hjemmesider</i> .....                         | 99  |
| Datamaterialet .....   | 100 |
| Databearbejdning .....   | 102 |

## **ANDEN ANALYSEDIMENSION**

### **6. Pædagogiske krav, idealer og normer fra klinisk vejlederuddannelse ..... 106**

|   |     |
|---|-----|
| Professionshøjskolen UC Danmark .....   | 106 |
| Den pædagogiske organisering af klinisk vejlederuddannelse på UC Danmark .....  | 109 |
| Det empiriske materiale .....   | 111 |
| Første pædagogiske forholdemåde. Selvstyret læring/ ansvar for egen læring..... | 112 |
| <i>Kommunikationsøvelsen</i> .....  | 114 |
| Anden pædagogiske forholdemåde. ”At koble teori på” .....                       | 116 |
| Tredje pædagogiske forholdemåde. ”Man har manglet nogle redskaber” .....        | 118 |

|  |     |
|--|-----|
| <i>Måske jeg fisker?..Når frygten for 'autoritær' bliver til frygten for 'autoritet'</i> ..... | 119 |
| Opsamling - ansatser til doxa.....   | 122 |

## TREDJE ANALYSEDIMENSION

### 7. De institutionelle rammer for den kliniske vejleders undervisningspraksis ..... 124

|  |     |
|--|-----|
| Sygehuset som moderne medicinsk klinik med forskning, undervisning og klinisk virksomhed som hovedområder .....                      | 125 |
| <i>"Klinisk virksomhed"</i> .....  | 126 |
| <i>"Sygehusbaseret forskning"</i> .....  | 127 |
| <i>"Undervisning"</i> .....  | 128 |
| <i>Ressourceforbrug, arbejdsdeling og organisering af klinisk vejledning på sygehuset – en sub-profession konsoliderer sig</i> ..... | 130 |
| <i>Sammenfatning</i> .....   | 135 |
| Præsentation af det kliniske undervisningssted, afsnit 1.....  | 136 |
| <i>Specialisering</i> .....  | 136 |
| <i>De fysiske rammer og afsnittets fremtræden</i> .....  | 138 |
| <i>Personalerummet/kaffestuen</i> .....  | 139 |
| <i>Kontoret</i> .....  | 140 |
| <i>Ressourcer og personale</i> .....   | 143 |
| <i>Udviklingsprojekterne</i> .....   | 146 |
| <i>Organisering af klinisk undervisning</i> .....  | 148 |
| Præsentation af det kliniske undervisningssted, afsnit 2.....  | 151 |
| <i>Ressourcer og personale</i> .....   | 152 |
| <i>Specialistfunktionen</i> .....  | 154 |
| <i>"Al den snak om..."</i> .....   | 154 |
| <i>Udviklingsprojekterne og goderne</i> .....  | 156 |
| <i>Organisering af klinisk undervisning</i> .....  | 157 |
| Opsamling .....  | 159 |
| De kliniske vejledere og de studerende der indgik i observationsstudiet .....  | 160 |

### 8. Den kliniske vejleders jurisdiktion – når professionspædagogik får udtryk i praktikuddannelse ..... 163

|   |     |
|---|-----|
| Oversættelsesarbejdet ved forudsætnings- og forventningssamtalen.....                                   | 164 |
| "Hvor langt er du kommet"? At tage ansvar for egen læring betyder at have oversættelseskompetence ..... | 172 |

|   |            |
|---|------------|
| ”Nu skal jeg høre, hvad du gerne vil” – den kliniske vejleders bestræbelser på at imødekomme den studerendes selvbestemmelse.....   | 177        |
| DC-konverteringen. Den kliniske vejleders ”valg” af undervisningsindhold - en læreplan i arbejdsdeling og det ærbare speciale ..... | 182        |
| <i>Glæde og det livgivende aspekt som orienterende kraft for ”valg” af undervisningsindhold .....</i>                               | <i>185</i> |
| En veldefineret og operationel plan for undervisning. Så kører det!....eller? .....   | 186        |
| <i>Opsamling på den kliniske vejleders planlægningspraktikker.....</i>  | <i>192</i> |
| P-dagen – planlægningens svære kunst .....  | 194        |
| <i>Når P-dagen endelig lykkes .....</i>   | <i>198</i> |
| <i>Opsamling.....</i>   | <i>204</i> |
| Klinik – undervisning. Når skolen flytter ind .....   | 205        |
| <i>Opsamling.....</i>   | <i>212</i> |
| Refleksionsøvelsen. Den kliniske vejleders position, når academia og evidensbaseret rykker ind i klinikken. ....                    | 213        |
| Når litteratur og bøger kommer på arbejde – den kliniske vejleders håndtering af litteraturkrav i praktikuddannelsen .....          | 220        |
| Refleksionsarkene på arbejde. Når den kliniske vejleder holder undervisning på kontoret i ”prime time” .....                        | 225        |
| <i>Opsamling.....</i>   | <i>233</i> |
| ”950-dagen”. Når undervisning er ude af den kliniske vejleders kontrol .....  | 234        |
| <i>Opsamling.....</i>   | <i>243</i> |
| <i>Formelle og uformelle undervisningspraktikker .....</i>  | <i>245</i> |
| <b>9. Sammenfatning af fund og perspektivering .....</b>  | <b>247</b> |
| Første analysedimension. Opkomst af udvikling af klinisk undervisning .....   | 247        |
| Anden analysedimension: Krav, idealer og normer på klinisk vejlederuddannelser .....  | 248        |
| Tredje analysedimension: Formaliseringens udtryksform i klinisk undervisningspraksis - formaliseringshybrider.....                  | 248        |
| Fornuften i ufornuften.....   | 251        |
| Refleksioner over afhandlingens udsagnskraft og perspektiver.....   | 253        |
| Udgang.....   | 257        |
| <b>10. Litteratur .....</b>   | <b>261</b> |
| <b>11. Resumé .....</b>   | <b>273</b> |
| <b>12. Abstract.....</b>  | <b>275</b> |
| <b>13. Bilagsfortegnelse.....</b>   | <b>276</b> |



# 1. Indledning

Denne afhandlings titel **Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse – en undersøgelse af den kliniske vejleders undervisningspraksis i den praktiske del af sygeplejerskeuddannelsen** dækker over et ønske om at forstå og forklare en pædagogisk praksis, der har til hensigt at styrke undervisningsaspektet i praktikdelen af en af professionsbacheloruddannelserne. Ved at fokusere på den kliniske vejleders<sup>1</sup> undervisningspraksis, gives der mulighed for at studere de udtryksformer, en pædagogisk praksis har, når den udøves af en repræsentant for en af velfærdsprofessionerne – eller i det mindste af en repræsentant fra en faggruppe med professionsbestræbelser, der er ansat i en af velfærdsstatens institutioner.

Siden uddannelsesreformen af de mellemlange videregående uddannelser i Danmark i begyndelsen af 2000<sup>2</sup> og hermed indførelsen af professionsbacheloruddannelserne<sup>3</sup> har der været tiltagende uddannelsespolitisk interesse for at styrke professionsbacheloruddannelsernes praktiske del. Indenfor sygeplejerskeuddannelsen var der allerede forud for reformen kritik af, at *de uddannelsesmæssige kriterier* vurderedes at være *for lidt styrende for tilrettelæggelsen af den praktiske uddannelse*, og der blev peget på et behov for *mere strukturerede og systematiske undervisningsformer i praksis* (Evalueringscenteret 1996: 20). Det, der tidligere var blevet omtalt som *praktikuddannelse* eller *praktikken*, blev nu med professionsbacheloruddannelsen beskrevet som *klinisk undervisning*<sup>4</sup>. Til at varetage den kliniske undervisning blev der etableret en formel uddannelse som klinisk vejleder 2002<sup>5</sup>. Den generelle opfattelse af praktikvejledning indenfor professionsbacheloruddannelserne er, at *”det hæmmer et godt praktikforløb, hvis praktikvejlederen ikke er uddannet til at vejlede”*, og at *”det er vigtigt, at der stilles kompetent og tilgængelig vejledning for den studerende i praktikforløbet”*<sup>6</sup>. Jeg antager derfor, at den kliniske vejleder må agere særligt ”pædagogisk”, hvor hun både har

---

<sup>1</sup> Dvs. en sygeplejerske med pædagogisk efter-videreuddannelse.

<sup>2</sup> Jf. Lov om mellemlange videregående uddannelser. Lov nr 481 af 31.05.2000. Undervisningsministeriet.

<sup>3</sup> Bekendtgørelse og uddannelsen til professionsbachelor, BEK 113 af 19.02.2000. Undervisningsministeriet .

<sup>4</sup> Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, BEK nr 232 30/03/2001 §4. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, BEK nr 29 af 24/01/2008 kap. 3 og bilag 2. Undervisningsministeriet. Formuleringen *klinisk undervisning* anvendes også af professionsbacheloruddannelsen i hhv. ergoterapi og fysioterapi (BEK nr 832 af 24/01/2008 og BEK af 24/01/2008).

<sup>5</sup> *Uddannelse af kliniske vejledere til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser* udbydes af uddannelsesinstitutioner på sundhedsområdet dvs. af professionshøjskolerne efter reglerne om lov om åben uddannelse. Uddannelsen har et omfang på 1/6 studenterårsværk dvs. 9 ECTS. Uddannelsen sigter mod videreuddannelse af jordmødre, sygeplejersker, radiografer, bioanalytikere, ergo- og fysioterapeuter jf. *Bekendtgørelse om uddannelse af kliniske vejledere til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser*. BEK nr 497 af 20/06/2002. Undervisningsministeriet.

<sup>6</sup> Danmarks Evalueringsinstitut 2006:37. Rapport: ”Praktik i professionsbacheloruddannelserne. Udfordringer, erfaringer og gode råd”.

gennemgået en formel uddannelse, og undervisnings- og vejledningsforløbene også forventes formaliseret og mere strukturerede. Det rejser spørgsmålet om, hvilke udtryksformer en sådan pædagogisk praksis får. Og hvordan det overhovedet er kommet dertil, at der indenfor sygeplejerskeuddannelsen er opstået et fænomen, der kaldes klinisk undervisning, hvortil der kræves en formel uddannelse for at kunne praktisere. Disse spørgsmål er omdrejningspunkt for afhandlingen.

Af flere grunde har de kliniske vejledere med sygeplejerskebaggrund min interesse. Helt personligt har jeg selv en faglig baggrund som sygeplejerske og har 17 års erfaring som underviser på forskellige sygeplejerskeuddannelser i Danmark, i Grønland og i Holland. I Holland, hvor jeg opholdt mig fra 2003-06, blev jeg for alvor opmærksom på det hollandske svar på kliniske vejledere som gruppe, de såkaldte *praktijkopleiders*. De var velkonsoliderede i et organiseret undervisningssystem ansat af hospitalerne, hvor de havde deres egne kontorer. Først og fremmest oplevede jeg, at der var mange *praktijkopleiders* på praktikstederne. De deltog ikke direkte i patientplejen men underviste de sygeplejestuderende i hold og trænede også tekniske færdigheder med dem. Som sygeplejelærer mødte jeg *praktijkopleiders* i åbentstående kittel uden på det private tøj altid med mappe og kuglepen på vej til og fra møder og samtaler med de sygeplejestuderende, mig som sygeplejelærer og kontakt-sygeplejerskerne fra de kliniske uddannelsessteder. De skilte sig ud fra de ”almindelige” sygeplejersker og signalerede på denne måde et tydeligt tilhørsforhold til uddannelse og ikke til det almindelige sygeplejerskearbejde.

Fra Danmark var min erfaring anderledes. Her varetog de kliniske vejledere undervisningsfunktionen som en integreret del af det almindelige sygeplejerskearbejde. Da jeg kom tilbage i 2006 til Danmark i en undervisningsstilling på en sygeplejerskeuddannelse, oplevede jeg, at der var blevet flere kliniske vejledere, og jeg begyndte at interessere mig mere for denne nye sub-faggruppes undervisningspraksis.

Forskningsmæssigt går interessen på at studere de grænsedragningsprocesser, jeg antager må finde sted, når den kliniske vejleder skal legitimere sin uddannelse og funktion i krydsfeltet mellem de pædagogiske intensioner og de daglige arbejdsopgaver i en institution – her på et hospitalet<sup>7</sup>. Et fokus på den kliniske vejleders praksisformer giver samtidig mulighed for at studere de processer og dynamikker, der er i spil, når repræsentanter for en profession må

---

<sup>7</sup> To tredjedele af de sygeplejestuderendes praktiske del af uddannelsen foregår på hospitaler, hvor jeg har foretaget mine observationsstudier. Dermed følger uddannelsesstrukturen princippet om vekseluddannelse, som også andre professionsbacheloruddannelser og erhvervsuddannelser bygger på.

forsøge at gøre sig gældende ikke kun som en forholdsvis ny sub-gruppe men også som en del af en faggruppe i relation til andre faggrupper på arbejdspladsen.

## Fokus og problemstilling

En stor del af den forskning der foreligger indenfor sygeplejerskeuddannelsens praktikuddannelse har fokus på de studerendes læring. Den type forskning har sin styrke i, at den på den ene side stiller sig på den mindst privilegeredes side i undervisningsrelationen, og på den anden side fokuserer på dem, der skal føre generationen og samfundsudviklingen videre (og fremefter). To undersøgelser (Larsen 1999 og Johnsen 2003) har gennem empirisk/teoretiske studier ganske interessant vist, at sygeplejestuderende lærer sygepleje på mange måder og ikke kun gennem samvær med de legitime formidlere af faget. Hermed bliver der rokket ved den gængse opfattelse af, at en underviser alene må være afgørende for, at nogen lærer sig noget i den klinisk praktiske virksomhed. Man kan da lidt polemisk spørge, hvis der alligevel er mange usynlige læremestre, der spiller en rolle for den studerendes læring i praksis, hvorfor så interessere sig for, hvad lige netop den kliniske vejleder laver? Her har jeg i udgangspunktet taget den almene forestilling om meningen med uddannelse for pålydende. Det vil sige, at en fuldført klinisk vejlederuddannelse sammen med de statslige krav om, at der skal tilrettelægges og planlægges mere undervisning og vejledning forventes at sætte spor i de kliniske vejlederes undervisningspraksis<sup>8</sup>. I denne logik er den kliniske vejleders undervisningspraksis interessant at studere, fordi hun som sådan står i frontlinjen, når de politiske hensigtserklæringer skal realiseres. Siden 2002 hvor klinisk vejlederuddannelse blev etableret, er der uddannet et betydeligt antal kliniske vejledere, hvilket er et anderledes udgangspunkt, end der var gældende, da de to ovenstående undersøgelser blev foretaget<sup>9</sup>. Der er derfor grund til at antage, at den kliniske vejleders pædagogiske indsats i dag, 6-7 år efter indførelsen af klinisk vejlederuddannelse, kan afspejles i en praksis, der kan iagttages. Det interessante er, hvordan det tager sig ud, og hvorfor praktikerne har de udtryk, som de har.

---

<sup>8</sup> Implementeringsforskere regner med en implementeringsperiode på ca. 5 år. Se f.eks. Lipsky (2010) og Winter & Lehmann Nielsen (2008).

<sup>9</sup> I 2006 havde Undervisningsministeriet opgjort, at 1562 på landsplan havde gennemført den tværfaglige uddannelse til klinisk vejleder. Rundt regnet var 75% af det samlede antal sygeplejersker. *Undersøgelse af kvalifikationer hos de kliniske undervisere hos sundhedsprofessionsuddannelserne*, s. 3 Lokaliseret 30.07.07 på <http://us.uvm.dk/videre/documents/Kliniskevejledere06.pdf>. På trods af flere forsøg er det ikke lykkedes at fremskaffe nye opgørelser fra Undervisningsministeriet. Men hvis man ganger det antal kliniske vejledere, der er uddannet på den ene professionshøjskole, hvor jeg har foretaget observationsstudier med de 7 professionshøjskoler - dvs. 458 x 7 - får man rundt regnet 3190 uddannede kliniske vejledere med sygeplejefaglig baggrund i perioden fra 2002 (da uddannelsen blev etableret) og frem til 2009.

Professionsuddannelserne er kendetegnet ved at være organiseret efter vekseluddannelsesprincippet. Det vil sige, at elementet af praktikuddannelse som sådan er det, der giver professionsuddannelserne deres særlige profil. Praktikdelen skal lære den studerende noget om fagets udøvelse på en arbejdsplads og er i sit væsen forskellig fra det, der foregår på uddannelsesinstitutionen, ellers er der i sagens natur ikke tale om vekseluddannelse. Spørgsmålet er, hvad der sker med undervisningen i den kliniske praktik, når den principielt udsættes for mere struktur og systematisering og pædagogisk tilrettelæggelse af en fagperson, som har gennemgået et 6 ugers efter-videreuddannelses-program som kvalificering til at løse opgaven. De formaliserede aktivitetsformer så som at tilrettelægge, planlægge og målrette, som vi kender dem fra aktivitetsformen *theoria*, har at gøre med at beskrive, betragte og analysere med henblik på at begribe kundskabsformen *epistème* (Aristoteles 1994: 333). Hvordan kommer klinisk undervisning til at spille sammen med de institutionelle aktiviteter, der udspiller sig, når der planlægges pædagogisk tilrettelagt undervisning på arbejdspladsen, hvor faget udøves? Jeg antager, at det må have et andet udtryk, end det skoleudtryk, som vi kender fra den klassiske skoleundervisning, hvor artefakter som borde og stole i særlige opstillinger, tavler, plancher, papir og blyant etc. sætter scenen for en alment anerkendt måde at bedrive undervisning på.

Når jeg vælger at fokusere på den, der underviser og ikke den der lærer, er det også fordi den kliniske vejleder her er en repræsentant for en faggruppe, der efterhånden ganske selvfølgelig omtales som hørende til en profession. Den kliniske vejleder underviser studerende, der efter endt uddannelse kan kalde sig professionsbachelor, og de uddannes på en professionshøjskole. Det betyder, at det er politisk besluttet, at vi har at gøre med en repræsentant for en profession. Om der reelt er tale om professioner, er et empirisk spørgsmål. I forskningsmæssig henseende har de klassiske professioner som f.eks. læger, jurister og ingeniører, været kendetegnet ved at være defineret, som at de har en selvstændig vidensbase, beslutningskompetence og et arbejdsmonopol med deraf følgende privilegier (Hjort 2005, Rasmussen 2005). Derfor har det været diskuteret, om de nye mellemuddannelsers professioner opfyldte disse idealkarakteristika, som ikke nødvendigvis er reelle kriterier, men som i det mindste fungerer som bureaukratiske og retoriske kriterier. Jeg tillader mig at anvende professionsbegrebet pragmatisk<sup>10</sup>. Det vigtige i denne sammenhæng er, at jeg arbejder med en forståelse af *den kliniske vejleder som repræsentant for en faggruppe med professionsbestræbelser* rettet mod

---

<sup>10</sup> Inspireret af Hjort (2005: 91).

både at positionere sig som underviser i det medicinske felt men også mod at positionere sig generelt som anerkendt profession i relation til andre professioner i det reproduktive felt.

Den kliniske vejleders undervisningspraksis er at forstå som en social praksis, der har et intentionelt pædagogisk sigte, men som også har en miskendt, førbevidst side, som må fremanalyseres. Udgangspunktet er altså, at en klinisk vejleders undervisningspraksis er villet og fyldt med hensigter, som man kan sige er undervisningens iboende natur (Laursen 2010: 31). Men intentioner og præferencer vil sammen med de institutionelle og samfundsmæssige strukturer sætte rammer for, hvordan klinisk vejlederpraksis får udtryk. Det gælder for så vidt al undervisning, men her har vi at gøre med en kompleks velfærdsinstitution, hvis berettigelse ikke er undervisning men til gengæld at løse en samfundsmæssig opgave i relation til offentlig behandling og pleje. Aktørerne er mange og forskellige og er også indlejret i den sociale verden. Forskningsmæssigt er ambitionen således at studere de professionspædagogiske praksisformer, der opstår i krydsfeltet mellem stat, institution, brugere, profession og undervisning.

I afhandlingen arbejder jeg, inspireret af den franske kultursociolog, Pierre Bourdieu, med en forståelse af klinisk vejlederpraksis som noget, der bliver til i relationen mellem mennesker og materielle strukturer, og som noget, der viser sig i en social organisering af holdninger, præferencer, arbejdsdeling og valoriseringer af videnssystemer. I Bourdieus praktikteori har han arbejdet på at forstå og forklare, hvordan mennesker stræber efter at forbedre eller bevare deres position i den sociale struktur (Bourdieu 2006, Bourdieu & Waquant 1996, Bourdieu 1997). Derfor må den kliniske vejleders undervisningspraksis i første omgang forstås som værende pædagogisk tilrettelagte praktikker med henblik på, at den studerende bedst muligt skal lære sig det erhverv, en færdiguddannet sygeplejerske er autoriseret til at varetage. Men praksisformerne må også forstås som et fags eller en professions bestræbelse på at gøre sig gældende i en social sammenhæng. Der er således tale om, at de pædagogiske undervisningsaspekter også fungerer som legitimerende for den kliniske vejleder særlige pædagogiske arbejde, samtidig med at de må forstås i relation til den samlede sygeplejerskeprofession specifik men også til den samfundsmæssige orden mere generelt.<sup>11</sup>

Det forhold at nogen skal lære sig sygepleje er ikke et nyt fænomen. Men klinisk undervisningspraksis er en forholdsvis ny konstruktion, som må forstås og forklares ud fra sine histo-

---

<sup>11</sup> Jeg bruger fremover konsekvent de feminine betegnelser ”hun” og ”hendes” om den kliniske vejleder og også de sygeplejestuderende. Helt konkret har alle informanter været kvinder, hvilket afspejler, at kun 5% af samtlige sygeplejersker er mænd. Der kunne derfor være foretaget analyser af den kliniske vejleders særligt kønsspecifikke praksisformer. Dette perspektiv er imidlertid ikke blevet forfulgt som særskilt problematik i afhandlingen.

riske forudsætninger. Et samfund sætter gennem sin kollektive historie vilkår for professionens udøvere. Disse vilkår eller strukturer inkorporeres over tid som varige dispositioner i den enkelte kliniske vejleder, som er at forstå som en repræsentant for professionen, dvs. det vil være muligt at udpege det, de har til fælles på trods af individuelle livshistoriske erfaringer. Strukturernes indprenter kunsten at vurdere, hvad der er sandsynligt og muligt for at gøre sig gældende (Bourdieu 2000), men vilkårene fortolkes ikke per automatik, eftersom de går gennem de individuelle, subjektive opfattelser.

Eftersom vi har at gøre med en faggruppe i en professionel sammenhæng, ser jeg klinisk vejledning som et virksomhedsområde, eller det som Abbott kalder *jurisdiktion* (Abbott 1988: 59). Dvs. det som en profession tager i besiddelse, hvor også lokal forhandling om arbejdsdeling spiller en rolle for indhold og kontrol af arbejdsopgaverne ved klinisk vejledning. Abbott arbejder med en forståelse af professionssystemer som økologier forstået som rum, hvor han samtænker det levende med konkurrence og sameksistens (Abbott 2005a, Abbott 2005b). Denne tilgang skal hjælpe mig til nuancere de relationer af dominans og underordning, som Bourdieu opererer med.

## **Forskningsspørgsmål**

Med afsæt i det empiriske materiale er målet med afhandlingen at kunne besvare følgende spørgsmål:

**Hvordan får den kliniske vejleders undervisningspraksis udtryk i koblingen mellem undervisning og profession? Og hvilken funktion har det øgede fokus på praktikuddannelse i uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje?**

Til forskningsspørgsmålene knytter der sig følgende empiriske spørgsmål:

- Hvoraf kommer klinisk uddannelse, og hvordan er det kommet dertil, at der er etableret en statsligt anerkendt klinisk vejlederuddannelse, og der tales om klinisk undervisning?
- Hvilke idealer, krav og normer for klinisk undervisning forholder den kliniske vejleder sig til på klinisk vejlederuddannelse?
- Hvordan markeres klinisk undervisning i praksis, og hvilken funktion har disse grænseadnæringsprocesser i relation til praktikuddannelsen og professionen?

## Struktur og læsevejledning

Et af hovedformålene med afhandlingen er altså at tilvejebringe viden, der bidrager med at forstå og forklare beskaffenheden af den undervisning og vejledning, som den kliniske vejleder praktiserer. Dvs. hvordan ser den ud, hvorfra kommer den, og hvordan virker den? Undersøgelsen har været lagt sådan til rette, at jeg har foretaget etnografiske studier af både erfarne, nyuddannede kliniske vejledere og vejledere uden klinisk vejlederuddannelse. Studierne har været opdelte, så jeg først har haft lejlighed til at studere de praksisformer, den ikke-uddannede vejleder, dvs. den kliniske vejleder *in spe* har i relation til den sygeplejestuderende. Jeg har fulgt den kliniske vejleder på klinisk vejlederuddannelse for at se, hvilke idealer, krav og normer, den kommende kliniske vejleder forholder sig til, og som på et ideologisk niveau fungerer som de forholdemåder, en klinisk vejleder forventes at praktisere efter. Efterfølgende har jeg kunnet iagttage de praksisformer, hun har fået legitimitet til at varetage qua sin uddannelse, og i klinisk undervisningspraksis har det været muligt at se forholdemådernes praktiske udtryk. Kronologien i afhandlingen vil af hensyn til læseren imidlertid være den omvendte af kronologien i designet. Det skyldes inspirationen fra Bourdieus tænkning om objektkonstruktion, hvor det objekt, man studerer, må konstrueres frem, for så at sige at mistænke den sunde fornuft, der gør, at vi alle ved, at klinisk undervisning er en naturlig ting i en professionsuddannelse. Som Bourdieu udtrykker det:

*”Den måde et videnskabeligt projekt præsenteres på, er nøjagtig den modsatte af logikken omkring arbejdet med at konstruere den” (Bourdieu 1998: 119).*

Idéen har været at konstruere den platform, hvorfra den kliniske vejleder taler og handler. Det vil sige, at jeg efter jeg har præsenteret, hvordan jeg ser på min undersøgelsesgenstand, foretager en deskriptiv analyse af sygeplejerskeuddannelsens opkomst og udvikling i Danmark frem til 2008, hvor jeg laver mine etnografiske undersøgelser. Herefter præsenterer jeg analysen af observationsstudierne på klinisk vejlederuddannelse og sidenhen analyserne af etnografien fra to forskellige hospitalsafsnit. Til sidst opsamler jeg fund og giver en perspektivering. Spørgsmålet søges således besvaret først og fremmest gennem observation af den kliniske vejleders undervisningspraktikker indenfor den givne praksis, ved observation af pædagogiske aktiviteter på klinisk vejlederuddannelse men også ved interviews og dokumentstudier (inklusive hjemmesider fra de involverede institutioner). For det andet ved at trække på teoretiske indsigter og empiri fra andre forskere, og for det tredje ved at gå i dialog med mit empiriske materiale på såvel et metodisk som et teoretisk plan.

## **Tematikker og diskussioner om praktikuddannelse, viden og læring i praksis som baggrund for afhandlingen**

Undervisning, læring og viden hænger uløseligt sammen, når praktisk uddannelse bliver sat under lup. Mit fokus på *undervisningspraksis* i relation til praktikuddannelse ser jeg som en form for håndtering af viden, hvorfor jeg i det følgende fremstiller markante diskussioner om viden og vidensformer, og om hvordan viden og handling står i relation til hinanden.

### **Vidensformer og undervisningstraditioner i praktikuddannelse**

En del forskning og teoridannelse om viden tager afsæt i den filosofiske dualisme, hvor abstrakt, teoretisk og eksplicit viden står overfor praktisk, kropslig, kontekstbunden og tavs viden. Platon anså den abstrakte, teoretiske viden om de evige, uforanderlige og universelle sandheder som mere værdifuld end anden viden. Han var af den opfattelse, at der eksisterede absolutte sandheder og absolutte moralske værdier, der burde realiseres i livet for at opnå et bedre samfund, men at det ikke var alle, der besad den begavelse eller indsigt, der skulle til for ad filosofisk vej at erkende disse sandheder. Den styrende klasse af ”vogtere”, der var overlegne m.h.t. kundskaber, omfattede derfor ikke kun individer med politimæssig og militær myndighed med ansvar for fællesskabets beskyttelse, men ligeledes en gruppe af vismænd eller filosoffer, der i kraft af deres begavelse og en streng eliteuddannelse, alene havde den højere indsigt i den absolutte sandhed, der var nødvendig for at regere staten på et sikkert etisk grundlag (Ræder 1961: 17). Der sker således en kobling mellem de privilegerede og den abstrakte, teoretiske viden. For Platon var viden det styrende element for vore handlinger: hvis vi kender det gode, så handler vi også efter det gode, idet intet menneske, som kender det gode, vil vælge noget andet end dette (Saugstad 2001: 190). Tænkningen har været videreført i den videnskabscentrerede forståelse af undervisningsplanlægning (Tyler 1977), som er koblet tæt til *den mimetiske undervisningstradition*. Ordet *mimetisk* er ophav til ord som *mime* og *mimisk*, fordi denne tradition vægtlægger formidling af kundskaber i form af fakta og fremgangsmåder fra ét menneske til et andet gennem en proces, som i sit væsen er initiativ (Jackson 1988: 123-124). Mimetisk kundskab er imidlertid ikke begrænset til ”boglig” lærdom, dvs. abstrakt, teoretisk kundskab, som kun kan udtrykkes i ord. Begrebet omfatter også fysiske og motoriske færdigheder og kundskab, som skal udføres i én eller anden form – også uden brug af ord.

Overfor den mimetiske undervisningstradition står den transformative tradition, hvor en vellykket undervisning skal opnå en forandring af en eller anden art hos den, som modtager un-



dervisningen. Der er tale om en kvalitativ forandring ofte af dramatiske proportioner. En metamorfose, som Jackson udtrykker det (Jackson 1988:128). I den transformative undervisningstradition lægges der afstand til dogmatiske virkemidler. I stedet bruges diskussion, demonstration og/eller argumentation (Jackson 1988: 135).

Hvor Platon tænker på kundskaber som et produkt, tænker Aristoteles kundskab som en aktivitet. Aktivitetsformen er ikke kun lig med den aktivitet, man er i stand til at foretage på baggrund af en erhvervet kundskab men knytter sig til erhvervelsen og udfoldelsen af kundskaben (Aristoteles 1994). Det betyder, at forskellige kundskaber må læres på forskellige måder via forskellige aktiviteter. Aristoteles' klassiske opdeling af kundskabskategorierne dækker over en grundlæggende tro på, at man bliver god af at gøre det gode:

Episteme – theoria: Den epistemiske kundskab anses som sikker kundskab og handler om det nødvendige – alt det, der ikke kan være på anden måde. Theoria er den aktivitetsform, som det epistemiske menneske bedriver, hvilket indebærer at beskrive, betragte, at analysere (Aristoteles 1994: 333).

Techne – pōiesis. Techne er kundskab om og færdighed til fremstilling/produktion/tilvirkning. Karakteristisk for aktivitetsformen *techne* er, at målet for aktiviteten ligger udenfor selve aktiviteten. Det bliver produktet for aktiviteten, der må stå sin prøve og blive bedømt, hvorved aktiviteten bliver instrumentel.

Fronesis – praxis. Fronesis er handlingslivets kundskab. Det er en kundskab om at overveje, hvilke handlinger som er til gode/til bedste for mennesket kombineret med en evne til at handle 'ret'. Praxis er handlingslivets aktivitetsform og består af menneskets meningsfulde handlinger af etisk-social karakter, hvor aktivitetens mål ligger indlejret i selve aktiviteten. Fordi den fronesiske kundskabsform omhandler handlingslivet, kan den ifølge Aristoteles ikke bare omfatte generelle principper men må også omfatte det partikulære, da handlingslivet jo netop beskæftiger sig med det partikulære (Aristoteles 1994: 345-347).

At træffe de rette beslutninger kræver erfaring og kan i modsætning til, hvad Platon mente, ikke opnås på baggrund af indsigt i generelle principper. Fordi den fronesiske kundskab udøves ved skøn og er erfaringsbaseret og personlig, kan den ikke læres ved undervisning men ved 'opdragelse', det gode forbillede og ved erfaring i at handle ret (ibid, Saugstad 2001: 197).

Praksis – dvs. der hvor mennesker i udfoldet liv handler og agerer, er kendetegnet ved, at være levende, uforudsigelig og omskiftelig. Aristoteles aktivitet, praxis, rummer derfor et

undervisningspotentiale, der kan indfange phronesis, handlingslivets kundskabsform. Aktivitetsformen, theoria ville af samme grund være utilstrækkelig til at lære handlingslivet, og Platons idé om, at viden om de evige sandheder fører til, at vi handler på rette vis, ville komme helt til kort i en praksis, hvor hver situation er unik og situationsbunden.

På trods af at Aristoteles' kundskabskategorier har været kendt siden ca. 350 år før vor tidsregning, har Platons syn på viden, stort set været betragtet som et uantastet dogme (Wacherhausen & Wacherhausen 1993). Dvs. de evige, uforanderlige sandheder har i sig en højere viden, der er mere værdifuld end anden viden. Udover diskussioner af hvilke erkendelsesmæssige aktivitetsformer, der passer til hvilke kundskabsformer, rummer de forskellige kundskabs- og aktivitetsformer således også en social dimension, hvor særlige videnskabskategorier er knyttet til socialt acceptable forståelser og måske særlige klasser. Evidensdiskussionen er et eksempel på, at Platons syn på viden lever i bedste velgående. Hvis vi kender den abstrakte viden om de højeste sandheder, så er det også muligt at gøre det gode. En mere anerkendt vidensform skal med andre ord være styrende for praksis (se f.eks. Krejsler 2009).

Da tavs, personbunden viden og refleksion blev introduceret som en mere anerkendt vidensform, der endda i særlig grad var forbeholdt eksperter, udfordredes det klassiske, skolastiske<sup>12</sup> paradigme i erkendelsesmæssig forstand. Nu var den infantilt beslægtede tavse viden blevet ekspertens særkende. Således koblet til den mest prestigefyldte professionelle ekspert, blev tavs viden en socialt set mere acceptabel vidensform (se videre for kundskabens sociale betydning i Elzinga 1989: 125- 145, Petersen 1995: 84 ff)

### **Med bunden i vejret - tavs viden forstået som den mest fundamentale vidensform**

Polanyi<sup>13</sup> refererer med begrebet *tavs viden* til, at mennesket kan være i besiddelse af viden, selvom denne viden ikke har eller kan gives sproglig form. Polanyi udviklede sit kundskabsbegreb i en forskningspolitisk diskussion af, hvorvidt videnskab skulle styres eksternt gennem andre, f.eks. politiske beslutningstagere, som ikke selv direkte var involveret i forskning (Petersen 1995: 87). Polanyis argument var, at der også i det teoretiske arbejde findes en viden, som er tavs, og som ikke kan bedømmes rationelt eller logisk. Polanyi gik så vidt, at han klassificerede tavs viden som den mest fundamentale vidensform: "*All knowledge is either*

---

<sup>12</sup> Med skolastisk menes her "det der tilhører skolerne". Oprindeligt en filosofi og teologi, der fra ca. 1100-tallet blev dyrket ved de højere skoler i Vesteuropa og fra 1200-tallet ved universiteterne. Skolastikerne lagde vægt på logisk stringens og præcision i det sproglige udtryk. (Den store danske. Gyldendals Åbne Encyklopædi).

<sup>13</sup> Michael Polanyi (1891-1976) var ungarsk-britisk læge, doktor i fysisk kemi. I de senere år optaget af filosofi og samfundsvidenskab.

*tacit or rooted in tacit knowledge. A wholly explicit knowledge is unthinkable*” (Polanyi 1969: 144). Og han fastslog: *”We know more than we can tell*” (Polanyi 1966: 4). Han giver som eksempel, at vi kan genkende et ansigt blandt millioner, men vi kan ikke fortælle, hvordan vi kan genkende ansigtet.

Polanyi inddrager også kroppen i vidensproduktionen: *”Our body is the ultimate instrument of all our external knowledge, whether intellectual or practical*” (Polanyi 1966: 15). Han giver eksemplet med den blinde mand, der bruger sin stok for første gang. Manden er bevidst om, hvordan stokken føles i hånden. Senere bliver stokken en del af ham selv, en følsom forlængelse af sin krop. Denne slags bosættelse eller indlevelse kalder Polanyi for *indwelling*, og eftersom det kan ske også i relation til mentale fænomener, skelner Polanyi ikke skarpt mellem fysiske og intellektuelle fænomener. Den franske filosof, Merleau-Ponty (1908-1961), der var nogenlunde samtidig med Polanyi tænkte ligeledes kroppen ind som betydningsfuld for erkendelsen. Han var inspireret af Husserl og Heidegger<sup>14</sup> og tillagde den kropslige væren-i-verden en mere afgørende betydning end bevidstheden.

### **Tavs viden ophøjet til ekspertviden**

Hvor Polanyi tildeler tavs viden en særlig status ved at betragte den som den mest grundlæggende form for viden, mente Dreyfus-brødrene<sup>15</sup> ikke, at intuition var analytisk tænkning overlegen men derimod at analyse og intuition arbejder sammen i den menneskelige bevidsthed. Her fremhæves den tavse vidensform som en virtuos kompetence, som er særligt forbeholdt eksperten (Dreyfus og Dreyfus 1991). Dreyfus-brødrenes bog udsprang af en kritik af idéen om, at man kan skabe kunstige ekspertsystemer og kunstig intelligens på computere, som man netop på det tidspunkt i USA havde brugt en del midler på at forske i. Dreyfus-brødrene mente, at den menneskelige intelligens var enhver maskine overlegen, og de identificerede fem trin i færdighedsindlæringen, der indbefattede såvel kropslige som intellektuelle færdigheder (Dreyfus & Dreyfus 1991: 14). Færdighedsindlæring er ifølge Dreyfus-brødrene baseret på en trinvis hierarkisk rækkefølge fra novice, over avanceret begynder, kompetent udøver, kyndig udøver, til ekspert (ibid). Læringsmodellen antager, at man først lærer teoretisk viden som regler og principper gennem hvilke, man forstår delelementer af den konkrete praktiske virkelighed, man skal mestre. Når denne viden er bundfældet, opfatter man som ekspert situationer i helheder og følgelig handler man per reflex og intuition. Det højeste

---

<sup>14</sup> Husserl var tysk filosof, f. 1859. Heidegger ligeledes tysk filosof, f. 1889.

<sup>15</sup> I 1986 udgiver de amerikanske brødre Hubert og Stuart Dreyfus, hhv. professor i filosofi og ingeniørvidenskab, bogen *”Mind over Machine*”.

trin, ekspert trinnet, er således kendetegnet ved, at eksperten handler intuitivt og ordløst, og argumentet var, at det foregår på en måde, som computere aldrig vil være i stand til at kunne. Den amerikanske sygeplejeforsker Patricia Benner lod sig inspirere af Dreyfus brødrenes læringsmodel i en undersøgelse af, hvordan sygeplejersker lærer at blive sygeplejersker (Benner 1995). Novicen hos Benner har ingen erfaringer med den opgave, hun står i. Derfor er regler afgørende for novicens tilegnelse af færdigheder. Novicen lærer ved at følge regler, og det er derfor også muligt for hende at gøre rede for reglerne for, hvorfor hun handler, som hun gør. Reglerne er uafhængige af konteksten, hvorfor de kan gøres universelle. Helt modsat arbejder eksperten uafhængigt af analytiske principper som guidelines, regler eller paradigmer. På baggrund af sin erfaring og ud fra en dyb forståelse af den totale situation går eksperten intuitivt til værks. Når eksperten møder uforudsete situationer, arbejder hun dog analytisk. Det vil sige, at når hun støder på et problem, og hidtidige handlemåder ikke rækker, og alternative perspektiver ikke er mulige, så går hun analytisk til værks for at løse problemet (Benner 1995). Benners ambition er, at der gennem videnskabelige studier og beskrivelser af ekspertviden, de såkaldte ”paradigmecases”, skal kunne formuleres strategier for den praktiske sygeplejeviden, således at den kan udvikles og raffineres, og andre kan lære af den (Benner 1995: 26).

Man kan sige, at Benner forsøger at skyde en genvej ad en anden vej, end ekspertsygeplejerskerne tilsyneladende selv har fulgt. Af denne grund har Petersen kaldt Benners teori *selvgendrivende*, og hun spørger, hvorfor praktikerne skal gå omvejen ad en videnskabelig beskrivelse af sin praktiske ekspertise for at formidle til andre, hvad eksperten ikke selv har været i stand til at tilegne sig gennem formidling (Petersen 1995: 93). Svaret kunne være, at der er professionsstrategiske interesser på spil, og Petersen mener, at netop den slags hensyn kan skævvride forskningen. Hun kalder Benners forskning et eksempel på *legitimerende praksisforskning*, som er mere optaget af professionsstrategiske positioneringer end af en teoretisk bevidsthed og problematisering (Petersen 1995: 89). Argumentet er, at ved at forholde sig til den *praktiske praksis* som en form for *pædagogisk praksis*, forstået som formidlingspraksis uden at indfange den *praktiske viden*, som eksisterer indenfor praksisfeltet i sin egen ret, undlader man samtidig at forholde sig til den *teoretiske praksis*, det vil sige den praksis, der eksisterer omkring frembringelsen af viden / en videnskabelig praksis, som også eksisterer i sin egen ret, og som netop kunne bidrage til at afklare spørgsmål om praktikken (ibid). Petersens pointe er, at problemet med den type forskning er, at den kommer til at fremhæve praktikerfeltets egeninteresse og derfor nemt kommer til at fremstå utroværdig. Legitimiteten skal her ses i relation til en social kamp om at etablere et kundskabsmonopol.

En problematik som med reference til Elzinga (1989) vil finde en langt mere adækvat form ved at blive beskrevet i magtstermer (Petersen 1995: 86).

Man kan diskutere, om Benners forskning mere end anden forskning er drevet af (fag)politiske motiver. Forskning er i sagens natur båret af en form for nysgerrighed, som kan ligge tæt op af ønsket om, at resultaterne af den frembragte viden skal komme verden til gode. Herfra er der ikke langt til at have (fag)politiske præferencer, der ønskes tilgodeset, hvis man er af den opfattelse, at netop ens fag kan gøre en forskel. Ansatser til disse erkendelsesinteresser så vi også hos Polanyi og Dreyfus-brødrene, som på hver deres måder var drevet af særlige interesser. Som jeg ser det, opstår problemet, hvis mulige interesser ikke gøres transparente. Derfor må der fremlægges redskaber eller et særligt blik for læseren, der kan imødegå den type skævvridninger, der i første omgang kan foregå bagom ryggen på forskeren selv og i anden omgang projiceres over på læseren.

### **Den professionelle praktiker benytter sig også af systematisk tænkning – refleksionens indtog**

Schön<sup>16</sup> mener ligesom Dreyfusbrødrene, at der også pågår refleksive processer i praktikerens handlinger. Og ligesom Polanyi mener han, at vi ved mere, end vi kan udtrykke sprogligt. Men hans pointe er samtidig at fremhæve, at praktikerer anvender en ligeså systematisk og stringent form for tænkning sammen med handling, som er kendetegnet ved videnskabelig forskning og kontrollerede forsøg. Schöns intension er at kunne karakterisere strukturen i den professionelle handlingsrefleksion. Med udgangspunkt i forskellige professionelle (arkitekter, ingeniører og psykoterapeuter, byplanlæggere og virksomhedsledere) viser han, at professionelle både tænker i deres arbejde og over deres arbejde. Schön udvikler begreberne *refleksion-i-handling* (reflection-in-action), som foregår mens den professionelle handler, *refleksion-over-handling* (reflection on action) som foregår efter handlingen. *Refleksion over praksis* (reflection on reflection in action), er en form for metarefleksion, hvor der reflekteres over det, der foregik i praksis inklusiv de refleksioner, den professionelle måtte have gjort sig. Og endelig taler Schön om *viden-i-handling* (knowing in action) som en form for tavs viden eller *know-how*, der ikke kan ekspliciteres (Schön 2001: 51). Schön foreslår en redefinering af forholdet mellem forskning og praksis, hvor de gængse relationer ”udveksling mellem forskning og praksis” og ”implementering af forskningsresultater” ophæves til fordel for en udveksling mellem forskning og praksis, der er øjeblikkelig, hvor refleksion-i-handling er sin

---

<sup>16</sup> Amerikansk filosof, 1930-1997, som også har foretaget empiriske undersøgelser.

egen implementering (Schön 2001: 258). Schön mener ligesom Benner, at denne proces kan blive afkodet og anvendt i uddannelsen af fremtidige professionelle. På baggrund af teoretiske beskrivelser af praksis mener Schön, at det er muligt at korrigere refleksion-i-handling. Han anerkender dog, at der altid er et svælg mellem teorierne og den virkelighed, de refererer til. Men Schön mener ikke, at svælget mellem praksis og beskrivelsen af praksis behøver at obstruere for refleksion-i-handling:

*”Refleksion-i-handling er ikke afhængig af en beskrivelse af intuitiv viden som er fuldstændig eller trofast overfor indre repræsentation. Selvom nogle beskrivelser af intuitiv viden er mere velegnede end andre, kan beskrivelser, der ikke er særlig gode, godt være gode nok til at sætte undersøgeren i stand til at kritisere og restrukturere hans (sine) intuitive forståelser, sådan at han kan producere ny handling, som forbedrer situationen, eller udløser en reformulering af problemet”* (Schön 2001: 233).

Schöns forsøg på at ophøje sin praksisepistemologi til en pædagogisk praksis har været videreført af andre. Refleksion indgår således i mange didaktiske modeller i nyere pædagogisk litteratur (se f.eks. Lauvås og Handal 1994, Bjercknes & Bjørk 1994, Brøbecher 2009, Illeris 2007), og som også har haft klangbund indenfor sygeplejerskeuddannelsen og på klinisk vejlederuddannelse, som jeg senere skal vise. Ovenstående teoridannelser har den fordel, at de anerkender og fokuserer på skjulte aspekter ved viden (og læring), men fokus holdes overvejende på de kognitive aspekter ved kundskaben, og de kontekstbestemte og sociale betingelser der netop konstituerer de kognitive aspekter medreflekteres ikke.

### **Praktikundervisning som mesterlære**

Generelt har undervisning i praksis traditionelt været tilrettelagt som mesterlære og kan som sådan forstås som socialisering til faget og til samfundet. Mesterlæren som undervisningsform har en indbygget asymmetri mellem mester, der per definition ved mere end eleven eller lærlingen, - en asymmetri som har rakt ud over det snævert faglige, hvorved der er skabt grundlag for en form for social reproduktion. I takt med reformpædagogiske tiltag<sup>17</sup> i retning af mere demokrati og dialog mellem lærer og den lærende og større selvbestemmelse og ansvar til den lærende, har mesterlæren haft det tiltagende sværere. Mesterlæren er i sit udgangspunkt personcentreret, idet mesteren er en rollemodel, som eleven observerer, imiterer og på sigt identificerer sig med. For eleven bliver det vigtigt at ”falde til” og blive en del af arbejdsstedets kultur, som mesteren personificerer. Eleven må lære sig arbejdspladsens ryt-

---

<sup>17</sup> Reformpædagogikken byggede videre på idéer fra Comenius, Rousseaus og Pestalozzi, som var børnenecentreret i sin tænkning i modsætning til den autoritære skolepædagogik med streng disciplin. Senere blev reformpædagogikken både politisk, reformistisk og samfundsforandrende.

me, jargon, sproglige omgangstone, at kunne indgå i forskellige mellemmenneskelige relationer med henblik på at kunne begå sig og således få adgang til de mere fagligt relevante aktiviteter (Nielsen & Kvale 2003: 22). Denne form for læring og undervisning har været kritiseret for at være fagkonserverende og dermed en bremse for nytænkning – et forhold der i dag anses for problematisk for de fleste fag og professioner, idet de nødvendigvis må legitimere sig som i trit med samfundets og den globale udvikling, der retorisk omtales som i en rivende udvikling. Dertil kommer, at undervisning organiseret som mesterlære har været forbundet med erhvervsuddannelsernes lærlingeuddannelse, som også har omfattet forefaldende arbejde så som at gøre rent, hente post, stå for opvasken, feje gården, lave kaffen og rydde op (ibid). Med andre ord de lavest rangerende opgaver på en arbejdsplads og lavest rangerende uddannelser, der ligger lige over de ufaglærte. Når mellemuddannelserne<sup>18</sup> har skullet kvalitetsudvikle praktikuddannelse, har det derfor ikke været attraktivt at knytte an til disse sociale positioner. Men mesterlæren har de sidste 20 år fået en renaissance. Den generelle udvikling mod mere teori i flere af de såkaldte vekseluddannelser har medført en kritik af, at uddannelserne var blevet for virkelighedsfjerne, hvorved elever/studerende oplevede det, der er blevet alment kendt som ”praksischock”. Disse udviklingstendenser har bidraget til, at mesterlære og nu også situeret læring har fået fornyet interesse indenfor uddannelsesforskningen (Nielsen & Kvale 1999). Med Lave og Wengers forskning om situeret læring og læring i praksisfællesskaber (Lave og Wenger 1991) blev mesterlæren forsøgt sat ind i en bredere og mere dynamisk kulturel ramme. Betonningen af fællesskabet kan tænkes at have en resonans hos de faggrupper, som tillægger arbejde i teams stor værdi, f.eks. sygeplejerskerne. Man kan indvende, at betonningen af fællesskab, hvor den grundlæggende præmis her er konsensus måske snarere burde forstås som konflikt. De implicite konnotationer baseret på konsensus slører netop de forskellige interesser og hierarkier og dermed de spændinger, der opstår i forskelsrelationerne mellem medlemmerne af ”fællesskabet” både forstået som interne betingelser og eksterne positioner. Tendensen til de samme positive konnotationer om fællesskab har vi set i forbindelse med studier af tværfagligt samarbejde (Højbjerg 2003).

## Opsamling

Ud fra de ovenstående teoridannelser kan vi se, at viden i praksis i et kognitivistisk perspektiv kan ses som værende tavs eller mere eller mindre eksplicitérbar. Den kan være situationsbunden og partikulær, en form for praktisk klogskab, der læres i omgang med tingene og som

---

<sup>18</sup> Lærere, pædagoger, ergo- og fysioterapeuter, jordmødre, bioanalytikere, radiografer etc.

frem for alt er af en anden beskaffenhed end episteme, der er kendetegnet ved en praksisformen *theoria*. Med Dreyfusbrødrene ville en klinisk vejleders undervisningspraksis være at forstå som først lært gennem at beherske de generelle regler og læresætninger for undervisning med henblik på, at den sygeplejestuderende skal igennem de samme faser og trin for at lære og sidenhen beherske alt intuitivt. Her ville Benner være enig, men hun ville anbefale, at ekspertviden om, hvordan man underviser i praksis på trods af dens intuitive karakter skulle gøres til genstand for refleksion ud fra ”paradigme-cases” (Benner 1995). Også Schön ville foreslå teoretiske beskrivelser, der - selvom de ikke udtømmende kan beskrive de virkelige hændelser – kan kritisere og rekonstruere den lærendes intuition og på denne måde producere ny handling (Schön 2001). Ved denne type undervisning tildeles underviseren en aktiv rolle som moderator af de kognitive læreprocesser, og refleksionen kommer til at stå som en nødvendig pædagogisk aktivitet, som underviseren må stå i spidsen for. Refleksion bliver dermed ikke kun et anliggende for den, der lærer, men fungerer også som legitimerende for en praktikvejleders undervisningsfunktion, hvor refleksion som pædagogisk teknologi samtidig kan løfte mesterlæren ud af tidligere tiders traditionelle og sociale bindinger. Her er idéen, at det er tankens kraft, der har potentiale til at bryde med tidligere tiders (u)vaner. Og så er vi tilbage ved Platon og hans idé om, at man ved at vide det gode bliver i stand til at gøre det gode. Med den fornyede interesse for mesterlære sammen med Lave og Wengers opfattelse af læring i praksisfællesskabet anerkendes den sociale dimension ved læring udenom *theoria*-omvejene, forstået som refleksion sat på en særlig didaktisk formel i skikkelse af forskellige refleksionsmodeller. Den kliniske vejleder er her principielt at forstå som formidler af fællesskabet. Men som ovenfor nævnt, underbetones beskaffenheden af dette fællesskab, dvs. hvordan det konstitueres, hvilke sociale betingelser det hviler på, og hvordan den kliniske vejleder står i relation til andre professionelle og aktører, når hun skal forsøge at praktisere undervisning i klinisk praksis. Hermed antyder jeg, at jeg søger et begrebsapparat, som kan begribe de sociale dynamikker, der opstår i relationerne mellem de forskellige aktører i den kliniske praksis. Ikke alene dem der på mikroniveau agerer sammen med den kliniske vejleder, når hun praktiserer undervisning i klinisk praksis. Men som også medreflekterer makrosociologiske strukturers indspil på de subjektive fortolkninger af det pædagogiske arbejde. Her tilbyder Bourdieus førbevidste valoriseringer af, hvad der anses for mere værdifuldt end andet, og som fremkommer i spændingerne mellem positioner, en tilnærmningsmåde, der efter min overbevisning giver mulighed for at komme lidt dybere ned i ’maskinrummet’ af den menneskelige handlen. Med dette afsæt skal jeg forklare, hvorfor jeg har fundet det hjælpsomt at supplere min tilgang med Andrew Abbotts teori om professionssystemer.



## 2. Videnskabsteoretiske overvejelser og afhandlingens teoretiske forankring

Afhandlingen angår de kliniske vejlederes undervisningspraksis i relation til sygeplejestuderendes praktiske del af uddannelsen. Når det er sagt, er en række tolkninger hos læseren principielt allerede sat i gang. Tolkninger om hvad en klinisk vejleder i denne sammenhæng er. En institutions(med)arbejder der tjener nationalstatens interesser eller en sand kunstner på slap line? Et individ der med viljens kraft realiserer egne drømme om anseelse og berømmelse? Eller er der snarere tale om en tvungen nødvendighed eller fri fantasi over et fastlagt tema? Tolkningerne afhænger af, hvordan vi ser på verden, vores præferencer og vaner, som igen hænger sammen med den sociale virkelighed, vi som mennesker befinder os i. Mine tolkninger er ikke nødvendigvis de samme som læserens. Og det er netop det springende punkt i videnskabeligt arbejde: At gøre den viden, jeg frembringer så transparent som muligt, således at det fremgår, hvordan mine analyser og tolkninger kan vise tilbage til det synspunkt, jeg som forsker har brugt for at kunne se det, jeg har set. De videnskabsteoretiske overvejelser er ikke her at forstå som hensigtserklæringer i undersøgelsens indledende faser, men idéen er, at de skal have implikationer på alle niveauer i forskningsprocessen. Derfor må udbyttet af mine overvejelser og refleksioner nødvendigvis aflæses i afhandlingen som helhed.

I udgangspunktet er jeg inspireret af den franske kultursociolog, Pierre Bourdieus praktikteori og hans relationelle og dispositionelle tænkning. Med ”inspiration” menes, at jeg ikke deduktivt applicerer hans teori og operationaliserer samtlige hans begreber på min undersøgelse. Ambitionen er, at hans tænkning skal fungere som en lyskegle på min empiri samtidig med, at empirien leder mig – med alle transparente præferencer og tilbøjeligheder der er mulige i analysen.

Spørgsmålet om hvordan man kan forstå og forklare en undervisningspraksis implicerer såvel forhold hos den enkelte kliniske vejleder som eksterne forhold. Her tilbyder Bourdieu en tænkning, der forklarer, på hvilken måde de eksterne, objektive vilkår spiller sammen med det enkelte individ, dvs. der tilbydes på samme tid en forståelse af den enkelte kliniske vejleders subjektive ønsker, erfaringer og præferencer for klinisk vejledning men også en forklaring på, hvorfor de konkrete undervisningspraktikker ser ud, som de gør. Bourdieu har ikke undersøgt praksisformer relateret til sygepleje endsige sundhedssystemet direkte. Til gengæld har han foretaget undersøgelser af uddannelsessystemets funktion (det franske), hvor et væ-

sentligt bidrag er, at han viser, hvordan og hvorfor uddannelsessystemet i stedet for at mindske uligheden i samfundet i virkeligheden er med til at reproducere den (Bourdieu & Passeron 2006). Men eftersom hans kulturanalyser angår generelle forhold om social opførsel, som ethvert menneske som socialt væsen deltager i, er hans tilgang relevant i forhold til studier af mange sociale adfærdsformer, eller sociale praktikker. Hans arbejde har da også været anvendt i et tal af analyser indenfor socialvidenskaben ikke mindst i Norden (se f.eks. foreningen HEXIS – et nordisk forum for samfundsvidenskabelig forskning på hjemmesiden [www.hexis.dk](http://www.hexis.dk)). Endelig kan man anføre, at jeg med en praktiker-baggrund kropsligt kender den praktiske verden, jeg undersøger - i det mindste i dens grundform - og måske derfor har en særlig sensibilitet for spillet i praksis, der giver resonans i forhold til Bourdieus praktikteori. Ydermere er jeg skolet indenfor hans paradigme via min cand. mag. uddannelse i almen pædagogik fra Københavns Universitet, hvilket gør, at man alt i alt må sige, at jeg har haft dispositioner for at ”vælge” hans teori- og begrebsapparat. Men når det så er sagt, så mener jeg naturligvis også, at han har noget særligt at tilbyde.

### **At tænke klinisk vejledningspraksis relationelt og dispositionelt**

Bourdieu teoretiske arbejder bygger på en konstruktion om, hvordan vi kan bedrive social videnskab og sige noget om den virkelighed, vi studerer uden at vælge mellem et fokus på enten individ eller samfund, subjektet eller objektet, fordi virkeligheden ligger i relationerne. Det, der eksisterer i den sociale verden, er relationer – ikke kun interaktioner og kommunikative forhandlinger mellem agenter men derimod objektive rekonstruerbare forskelsrelationer, der er blevet virkelige ud fra den spænding, der ligger i, at noget anerkendes som havende mere værdi end andet. Dvs. at en klinisk vejleders særlige pædagogiske udtrykform må ses i relation til andre udtryksformer, der kunne være mulige, men som ikke kom til syne.

Bourdieu overskrider den klassiske modsætning, der på det analytiske og teoretiske plan ofte stilles op mellem struktur og subjekt. Bag denne analytiske modsætning ligger der forskellige tilgange til, hvordan vi forstår virkeligheden: en objektivistisk tilgang, hvor menneskelige handlinger forklares som determineret af objektive, sociale strukturer og en subjektivistisk tilgang, som forklarer menneskelige handlinger som resultat af de enkelte agents bevidsthed og frie vilje. Bourdieu taler om tre former for videnskabelig kundskab om menneskers sociale praktikker: den fænomenologiske, den objektivistiske og den praxeologiske, som er Bourdieus forslag til, hvordan en teori om praktik bør være (Bourdieu 1998: 72 ff). Det er vigtigt

at bemærke sig, at der er tale om teoretiske vidensformer, som alle har det til fælles, at de står i modsætning til praktisk viden.

I et forsøg på at etikettere sin tænkning kalder Bourdieu sin tilgang *konstruktivistisk strukturalisme* eller *strukturalistisk konstruktivisme* (Bourdieu 1998b: 52), og videnskabsfilosofisk betegner han sin filosofi som relationel og dispositionel (Bourdieu 1997: 11). Det relationelle aspekt skal forstås som de relationer, der opstår, når forskellige agenter i det sociale rum indtager forskellige positioner. Der er ikke tale om konkrete relationer, der kan peges på eller røres ved, men relationer der må konstrueres og dokumenteres gennem videnskabeligt arbejde. Naturligvis forholder agenterne, der indtager positionerne, sig til hinanden i de rum, de agerer indenfor, men det er ikke disse gennemlevede relationer, der er genstand for undersøgelsen men derimod de relationer, som konstruktionen stiller op. Det dispositionelle aspekt skal forstås som de potentielle muligheder, der dels er indskrevet i agenternes kroppe og dels i strukturen i de situationer, de handler indenfor. Ved at lægge vægt på potentielle muligheder er der således ikke tale om deterministiske og kausale årsagssammenhænge, der bringes til udtryk i agenternes handlinger. Bourdieu kalder det *den duale proces af internalisering af eksternalitet og eksternalisering af internalitet* (Bourdieu 1998b: 72). Praxeologisk viden er således ikke kun beskæftiget med systemet af de objektive relationer konstrueret af den objektivistiske form for viden men også med de dialektiske relationer mellem disse objektive strukturer og de strukturerende dispositioner, som de producerer.

Bourdieu har udviklet begreberne felt, kapital og habitus til at indfange relationen mellem de objektive strukturer i de sociale felter og de kropsliggjorte strukturer, som jeg bruger som inspiration til at konstruere det, som af feltets aktører kaldes klinisk vejledning.

## **Legitimitet i et felt**

For så vidt angår konstruktionen af undersøgelsesgenstanden peger Bourdieu på **felt** som en ”*stenografisk angivelse af en bestemt måde at konstruere analysegenstanden*” (Bourdieu & Wacquant 1996: 210), hvilket vil sige, at felt på et overordnet plan fungerer som styringsprincip for alle de praktiske valg, der skal træffes i et projekt. Når felt således er en ’stenografisk angivelse’ af undersøgelsesgenstanden, melder problemet sig, når man skal arbejde praktisk med det. Hvad er et felt, og hvad afgrænser et felt? Ifølge Bourdieu er det i virkeligheden et positivistisk spørgsmål, der kun kan gives et teoretisk svar på Bourdieu & Waquant 1996: 214). Bourdieus bud er, at grænsen for et felt går dertil, hvor virkningen af det ophører, eller sagt på en anden måde: En agent eller en institution er en del af et felt, for så vidt som den

pågældende agent eller institution er underlagt påvirkninger fra feltet, og selv er i stand til at påvirke det (ibid: 214). Den følgende karakteristik af et felt er derfor ikke kriterier, jeg forestiller mig skal være opfyldte, for at jeg kan arbejde med teorien. Jeg ser den snarere som orienteringspunkter, jeg holder mig indenfor i min undersøgelse. Den meget korte version af feltbegrebet har Broady defineret som ”*ett system av relationer mellan positioner*” (Broady 1998a: 3).

I Broadys udlægning af Bourdieus feltbegreb opstilles som hovedkriterium for et felt, at det skal være relativt autonomt og have en vis egenlogik. Desuden er en række andre karakteristika oplistet, idet feltet

- besidder sin egen specifikke kapital
- har sit eget rum af muligheder, dvs. der skelnes mellem systemet af positioner og systemet af positioneringer
- har egne indtrædelseskrav i feltet, f.eks. i form af eksamensbeviser
- har egne trosforestillinger (som Bourdieu betegner *doxa*)
- feltets struktur er en tilstand i kraftforholdet mellem de agenter eller institutioner, der er involveret i feltets kamp
- har egen art af drivkræfter, engagement, interesse. *Illusio*, dvs. en tro på spillet – der må være enighed om at være uenige
- har tendens til samme logik (homologi), dvs. struktureres af kapitalmængde og anciennitet (struktur og genese) (Broady 1998b: 19ff).

Felt-karakteristika minder i nogen grad om de træk, der har været opstillet for de klassiske professioner, som læger, advokater, ingeniører og præster. Her var professionerne kendetegnet ved lange uddannelser baseret på anerkendte videnskaber og på vidensmonopol og særlige trosforestillinger, der har været grundlaget for, at professionens bidrag til gavn for samfundet kunne legitimeres (Moos 2004: 10). Ligesom med professionsbegrebet har det været diskuteret, om man kunne tale om sygepleje som et selvstændigt felt. På grund af sygeplejefagets relation til det medicinske fag, hvor sygeplejerskens relative autonomi og en vis egenlogik historisk har været sat under pres, har det været problematiseret, om man kan tale om sygepleje som et selvstændigt felt (se f.eks. Petersen 1997, Larsen 1999). Flere danske Bourdieu-inspirerede forskere har omtalt sygeplejerskens virksomhedsområde som *det medicinske felt* (f.eks. Petersen 1997, Larsen 1999, Glasdam 2001, Stenholt 2001, Brandt Jørgensen 2007, Callewaert 2003).

Ligesom jeg bruger professionsbegrebet pragmatisk gør jeg det samme med feltbegrebet. I relation til feltbegrebet mener jeg, at det giver mening at tænke den kliniske vejleder som en position og som positionerende i et relationelt perspektiv. I min undersøgelse gør der sig i

tillæg det særlige gældende, at den kliniske vejleders praksis praktiseres på et hospital, hvorfor den kliniske vejleders undervisning- og vejledningspraksis også henter sin legitimitet fra *uddannelsesfeltet*. Det betyder, at både uddannelsesfeltet og det medicinske felt må tænkes som konstituerende for den kliniske vejleders position og mulighed for at gøre sig gældende. Feltet er jævnfør Bourdieu et netværk af objektive relationer af dominans eller underordning, komplementaritet eller antagonisme (Bourdieu 2000b: 334-335). Med et blik for forskelsrelationer kommer der fokus på dynamikker som ulighed og konkurrenceforhold, som også rummer de kræfter, vi kender fra 'kampe' og magt. For professioner som har menneskelige relationer som sit professionelle særkende og som er opdraget med troen på ligeværd og fællesskab kan det forekomme voldsomt og uigenkendeligt, at bringe så voldsomt et vokabularium frem. Det kan derfor ikke udelukkes, at det også spiller ind, at jeg som en del af kulturen har søgt efter nogle mindre dramatiske dynamikker, end f.eks. begreberne kamp, strategier, kapital, dominans rummer, som jeg får med Abbotts blødere kategorier. Men Bourdieus begrebsapparat giver andre fordele. F.eks. mulighed for at løfte blikket ud over det umiddelbare. Et helt overordnet tema i Bourdieus arbejde har været at vise, at tingene ofte også er noget andet, end de giver sig ud for at være. Når f.eks. kliniske vejledere vejleder og underviser og foretager de sig handlinger, som kan klassificeres som pædagogiske handlinger, da tager jeg det for pålydende i udgangspunktet, det er fokus for afhandlingen. Men de umiddelbart pædagogisk motiverede handlinger har også en symbolsk og social side, hvis betydning også må fremanalyses. Jeg ser de kliniske vejledere som sociale agenter, der deltager i spillet om fordeling af goderne, et spil som i en særlig samfundsmæssig kontekst kan have flygtige udtryksformer, men hvor de samfundsmæssige fordelingsstrukturer samtidig både produceres og reproduceres over tid. Hvordan de dominerende grupper viderefører deres dominans overfor andre mindre magtfulde samfundsgupper har Bourdieu undersøgt indenfor en lang række discipliner f.eks. feltet af litteratur (Bourdieu 2001), dannelsen af smag og livsstil (Bourdieu 2002) og ikke mindst indenfor uddannelse (Bourdieu 2006).

I relation til fordeling af goder viser Bourdieu i studier af klasser, at de ikke kan reduceres til at handle om økonomiske relationer og individets rolle i produktionsforholdene, men at de også må forholde sig til symbolske repræsentationer og klassifikationsprocesser (Bourdieu 2002 (1979)). På samme måde ser jeg, at den kliniske vejleders undervisningspraksis rummer nogle symbolske fremtrædelsesformer, der må fremanalyses.

Præmissen er altså, at feltet er forstået som et styrkefelt fyldt af konkurrence. Derfor må vi forstå, at de konkurrerende stræber efter at bevare eller forandre dette styrkefelt (Bourdieu 2000: 336). Bourdieu siger om strukturen i feltet, at den er en tilstand i den specifikke kapi-

talfordeling, som er blevet opsamlet i løbet af tidligere kampe, og som derfor orienterer de efterfølgende strategier (Bourdieu 1997: 118). De tidligere kampe søges konstrueret ved hjælp af den deskriptive analyse, jeg foretager af sygeplejerskeuddannelsens historiske udvikling. Det vil sige, at ved at trække på sygeplejerskeuddannelsens genese og struktur får jeg mulighed for at konstruere den platform, hvorfra den kliniske vejleder taler og handler. Denne platform eller position danner afsæt for de strategier, den kliniske vejleder tager i anvendelse for at positionere sig i relation til de øvrige agenter i sygeplejerskeuddannelsesfeltet og praktikuddannelsesfeltet.

Den struktur, der ligger som princippet bag de strategier, der sigter mod en transformering af denne struktur, står altid selv på spil. Der 'spilles' således om monopolet på 'den legitime vold', det vil sige en specifik autoritet, der er karakteristisk for det pågældende felt. Til syvende og sidst er det spørgsmålet om, hvorvidt den specifikke kapital fordelingensstruktur skal opretholdes eller omvæltet. Rummet af muligheder styrer jf. Bourdieu alle dem, som har internaliseret feltets logik og nødvendighed, som en slags *transcendental historik*, et system af sociale kategorier for perception og værditilskrivning af sociale vilkår for, hvad der er muligt og legitimt (Bourdieu 2000b: 341). Jeg skal vende tilbage til den transcendentale historik, som Bourdieu også kalder *habitus* lidt senere, men først vil jeg uddybe værditilskrivningerne, det vil sige kapitalformerne, hvis fordelingsstruktur er afgørende for den position, den kliniske vejleder indtager i feltet.

## **Hvad kendetegner klinisk vejledning? – inspirationen fra kapitalbegrebet**

Eftersom feltet er udstyret med nogle sociale og økonomiske betingelser, er de som nævnt med til at strukturere relationerne mellem feltets agenter. Agenterne indtager forskellige positioner forankret i bestemte former for magt eller **kapital**, som kan forklares med værdier, forråd, ressourcer eller trumfkort i forhold til, hvad der af sociale grupper anses som værdifuld (Broady 1998c: 420). Bourdieu skelner mellem forskellige kapitalformer: kulturel kapital (kultiveret sprogbrug og fortrolighed med den såkaldte finkultur), social kapital (slægtskab, venskabsforbindelser, kontakter med gamle skolekammerater) og økonomisk kapital (materielle besiddelser samt kendskab til økonomiens spilleregler). Derudover kan der være tale om specielle kapitalformer som f.eks. uddannelseskapital og videnskabelig kapital (ibid 420 ff).

At tale om en specifik kapitalform er ifølge Bourdieu det samme som at sige, at den specifikke kapital har værdi i relation til et bestemt felt, hvilket er ensbetydende med, at kapitalen kun kan konverteres til en anden specifik kapitalform under visse bestemte betingelser (ibid). Overordnet spiller uddannelseskapital i min undersøgelse en særlig rolle i form af erhvervet uddannelse, som de kliniske vejledere nu er i besiddelse af, men jeg bruger specielt kapitalbegrebet som inspiration til at få fremanalyseret de egenskaber ved undervisning, der af agenterne anerkendes som god klinisk undervisning. Her er der altså tale om at identificere særlige, attråværdige attributter til undervisning, som er alment anerkendte blandt de kliniske vejledere, og som kan iagttages som en handling. I relation til observationerne på klinisk vejlederuddannelse har jeg spurgt til hvilke idealer, krav og normer de kommende kliniske vejledere forholder sig til. Her er jeg gået skridtet videre ved i virkeligheden at spørge til doxa, dvs. den internaliserede, erfaringsbundne, moralske stillingtagen. I observationerne bliver et relationelt blik afgørende i konstruktionen af klinisk vejledning. Ligeså vel som tilstedeværelsen af en egenskab ved klinisk vejledning er vigtig, er det vigtigt at iagttage fraværet af den (Prieur & Sestoft 2006: 233). Hvad siges og gøres til forskel fra, hvad der kunne siges og gøres? Hvem (af de aktive aktører omkring klinisk vejledning) gør hvad, og hvem gør det ikke.

Alle kapitalformer fungerer jf. Broady som symbolsk kapital i den sammenhæng, de tilkendes værdi Broady 1998b:13). Det gælder for så vidt også, hvor de objektive (institutions)livsvilkår, der sætter rammer for materialiteten. I indsamling af empiri har jeg valgt at lægge vægt på observationsstudier, hvor jeg i udgangspunktet har muligheden for at tilvejebringe datamateriale om fysisk krop i materielt rum. Med fokus på praksisformer *in vivo* er der mulighed for at iagttage den levede krops konkrete møde med strukturelle vilkår, hvorved det materielle kommer til syne i mit datamateriale. Donald Broady siger om materialitetens betydning, at mange af Bourdieus analyser forbliver ens, uanset hvilken objektiv verden, det handler om, hvis ikke materialiteten medtænkes:

*”Mennesker handler faktisk, ikke kun på grund af deres habitus og det, som findes i deres krop, men også fordi de møder en virkelighed, som er beskaffet på en vis måde, og dét udgør en grænse”*(Citat af Broady I: Callewaert et al 1998: 151).

## **Habitusbegrebet som inspiration i afhandlingen**

Bourdieu ser habitus som kapitalens forkropsliggjorte form (Callewaert 1992, 1996). Den specifikke kapitalfordeling i feltet former strukturen i feltet. Den er blevet opsamlet i løbet af tidligere kampe, og orienterer de efterfølgende strategier (Bourdieu 1997: 118). Når menne-

sket handler, hævder Bourdieu, sker det i høj grad ud fra en virkelighedsforståelse, habitus, som i høj grad er knyttet til ens placering i den sociale struktur:

*De strukturer som er konstituerende for en særlig form for en særlig type miljø (f.eks. de materielle eksistensvilkår, der kendetegner en klasses livsbetingelser) og som kan indfanges empirisk af visse regelmæssigheder knyttet til et socialt struktureret miljø, frembringer det, jeg kalder habitus. Sådanne habitusser er varige dispositionssystemer, der er prædisponerede for at fungere som strukturerende strukturer, dvs. som principper der frembringer og strukturerer praksisser og repræsentationer (Bourdieu 2005: 197).*

Habitusbegrebet anses for at være et centralt begreb i Bourdieus praktikteori. For Callewaert det mest centrale (Callewaert 1992: 10), fordi det forener de objektive mulighedsbetingelser med individets subjektive perception. Når strukturerne inkorporeres over tid i det enkelte individ, indprentes kunsten at vurdere, hvad der er sandsynligt og muligt for at gøre sig gældende. Dispositionssystemerne sætter mennesker i stand til at føle, tænke, dømmes og handle på bestemte måder, som er lært gennem praksis, i interaktion med andre og i omgang med tingene. Der er tale om, at disse strukturerende strukturer kan være objektivt regelstyrede eller regelmæssige uden derfor på nogen måde at være et produkt af overholdelsen af bestemte regler, eller man kan sige, at de kan være kollektivt orkestrerede uden derfor at være produktet af en dirigents organiserende aktivitet (ibid).

En af de oftest fremførte kritikker af Bourdieu er, at han med habitusbegrebet fokuserer for meget på strukturernes tvingende tilstedeværelse, effektivitet og iboende træghed og for lidt på mulige forandringer (se f.eks. Laursen 2008: 156-157). Jeg medgiver, at Bourdieu-inspirerede analyser af praksis, der frembringes af habitus ofte har en tendens til at vise en reproduktion af de objektive strukturer, som den i sidste ende er resultatet af. Men jeg mener også, at det med Bourdieu er muligt at få øje på andet end de statiske aspekter af handlinger og social interaktion. Habitusbegrebet åbner op for en vis grad af dynamik, idet habitus rummer et generativt element og kan frembringe praksisser, der kan tilpasse sig konkrete situationer og improvisere i forhold til at håndtere uforudsete og omskiftelige situationer (Bourdieu 2005: 198, 203, Callewaert 1992: 53, 171, Callewaert 1998: 19, Prieur og Sestoft 2006: 40). Habitusbegrebet indføres netop, fordi der aldrig er en automatik mellem livsbetingelser og habitus, mellem habitus og adfærd. Hverken når samfundet er statisk pga. dets interne betingelser og eksterne faktorer, eller når det er udsat for interne dramatiske omvæltninger (Callewaert 1992: 61). Habitus undergår til stadighed forandringer som svar på nye erfaringer, men ændringerne lægger sig ovenpå det, der var i udgangspunktet. Bourdieu udtrykker det på denne måde:



*Dispositions are subject to a kind of permanent revision but one which is never radical because it works on the basis of the premises established in the previous state. They are characterised by a combination of constancy and variation which varies according to the individual and his degree of flexibility and rigidity* (Bourdieu 2000a: 161, mine understregninger)

Habitusbegrebet er på denne måde Bourdieus mediator mellem den sociale verdens objektive strukturer (livsvilkår) og menneskets subjektive erkendelse og er som sådan en teoretisk konstruktion af en opfindsom ”praktisk sans”, eller såkaldte *regelmæssige improvisationer* (Callewaert 2002: 172). Med habitus mener Bourdieu, at forskellige praktikker blandt grupper og klasser harmoniseres og homogeniseres indenfor rammerne af de for gruppen eller klassen specifikke livsbetingelser (Bourdieu 2002:101-102, Callewaert 1992: 177). Habitus kan med andre ord udpege det fælles, der ligger under de individuelle forskelle. Bourdieu taler om to former for habitus. På den ene side en *faglig habitus*, som er knyttet til en fælles uddannelse og en fælles arbejdsmæssig praksis. På den anden side en habitus, der knytter sig til den enkelte forskers bane eller karriere (både udenfor feltet – social baggrund og uddannelsesmæssigt forløb- og i selve feltet) og position i feltet (Bourdieu 2005b(2001): 76). Når jeg i det følgende konstruerer den kliniske vejleders undervisningspraksis, skal hun betragtes som en variant af gruppen, og som en repræsentant for faggruppen eller professionen. Alle sygeplejersker – eller kliniske vejledere for den sags skyld, har ikke samme livshistoriske erfaring, men de har mere til fælles med hinanden, end de har tilfælles med medlemmer af en anden profession. Det er netop det fælles, der har min interesse i denne afhandling.

## **Overvejelser over mikro- eller makroperspektiv**

Eftersom mit forskningsspørgsmål går på at undersøge en bestemt praksis, der udfolder sig i en konkret kontekst, kan det umiddelbart forekomme indlysende at ville forklare fænomenet ud fra en mikrosociologisk præmis. Etnometodologien, der har studeret hverdagspraksis i et selvorganiseret lukket kredsløb (se f.eks. Garfinkel 1989) er et eksempel herpå. Konversationsanalyse med identificering af ’turntaking’ og regler for sekvenser i kommunikation kan også være sådanne eksempler. Men her er jeg optaget af at få løftet observationsenheden ud af et snævert fokus. Cicourel argumenterer for, at analyser på mikro- og makroniveau er integrerede i hverdags udtryk i alle kulturelle og sociale organisationer og derfor bør indgå i al etnografisk arbejde (Cicourel 1981: 62-65). Et konkret udtryk må efter Cicourels opfattelse udsættes for en form for ekspansion, som ofte involverer tavs, ekstern information (ibid: 62).

Bourdieu's praktikteori ser jeg som ét sammenhængende argument for, at menneskelig praksis iagttaget på mikroniveau også må forstås i et makroskopisk perspektiv. Bourdieus har i et bidrag til diskussionen om integration af mikro- og makrosociologier fremhævet, hvordan perspektiverne forenes i habitus begrebet (Bourdieu 1981). Som eksempel herpå giver Bourdieu, at manden, der hilser ved at løfte sin hat, reaktiverer et konventionelt tegn arvet fra middelalderen, hvor våbenføre mænd tog deres hjelme af for at vise deres fredelige hensigter (Bourdieu 1981: 305). Her får han vist, hvordan handlingens struktur og genese må inddrages i en forklaring på denne kropslige gestus. Forholdet mellem position og disposition udlægger han som forholdet mellem objektiviseret og internaliseret historie (ibid: 313).

Den svenske sociolog, Thomas Brante, har forsøgt at opbryde niveau-sociologers traditionelle fokus på mikro- meso- eller makroniveau ved at introducere fem niveauer:

- International
- Interinstitutionel
- Institutionel
- Interindividuel
- Individuel (Brante 2001: 181-182).

Han mener på den ene side, at niveauerne kan studeres relativt autonomt, eftersom man kan identificere specifikke mekanismer med kausal kapacitet indenfor niveauerne. Dog kan den fremkomne viden ikke reduceres til en samlet masse af individuelle egenskaber (ibid: 182). På den anden side giver opdelingen af de fem niveauer mulighed for at trække på forklaringskraft på tværs af niveauerne, hvor det afgørende kriterium er, at der kan identificeres kausale mekanismer.

Min undersøgelse er rettet mod de kliniske vejlederes gøremål og laden i relation med sygeplejestuderende og patienter og sundhedsfaglige og pædagogiske samarbejdspartnere (ingen klinisk vejleder uden studenter og patienter) – et umiddelbart mikroniveau, men når den kliniske vejleders undervisningspraktikker skal forklares, må der trækkes på andre niveauer. Her vil der særligt blive trukket på strukturelle vilkår fra det institutionelle og det interinstitutionelle niveau. Det vil sige, at jeg i konstruktionen af klinisk vejlederpraksis i højere grad trækker på de til faget i og imellem institutioner hørende dispositioner end på de individuelle, personbundne dispositioner. Et samfund sætter gennem sin kollektive historie vilkår for sine individer som f.eks. udvikling af stadig større og specialiserede behandlingsinstitutioner, økonomiske belønninger til de højst uddannede, krav om øget dokumentation, krav om opfyldelse af særlige produktionsmål, om selvforvaltning etc. Disse strukturer inkorporeres over tid som varige dispositioner i den enkelte kliniske vejleder. Strukturernes indprenter kunsten at

vurdere, hvad der er sandsynligt og muligt for at gøre sig gældende. På denne måde er det muligt at foretage et mikrosociologisk studie med inddragelse af makrosociologiske i forklaringerne.

## **Problemet med at vriste sig fri af doxa**

Ambitionen i denne afhandling er i sagens natur at producere ny viden. Men hvordan kan det lade sig gøre at sige noget nyt om noget, der er kendt af mig som socialt væsen og med en fortid som både sygeplejerske og underviser på sygeplejerskeuddannelser? Som socialt individ og 'medlem' af samfundet er jeg indskrevet i de sociale strukturer, som jeg ikke altid kan se bagom jf. teksten ovenfor. En række forhold fremstår som sund fornuft og tages da også umiddelbart for givet, når vi taler praktisk uddannelse i sygeplejerskeuddannelsen. Med visse modifikationer fremstår følgende selvindlysende: F.eks. at

- sygepleje angår pleje og omsorg for syge mennesker, og at sygeplejerskeuddannelse er en forudsætning for at kunne passe de syge på en kvalificeret måde
- teoretisk undervisning er forudsætningen for at lære sig den praktiske del af uddannelsen
- et fags udøvelse baseres bedst på et videnskabeligt grundlag
- en klinisk vejleder må gennemgå en uddannelse hvis den sygeplejestuderendes skal lære noget i praktikken og udbyttet af den praktiske del af uddannelsen skal styrkes
- den kliniske vejleder må have nogle pædagogiske redskaber for at kunne planlægge og afvikle undervisning og vejledning i praktikken.

Disse konstruktioner er imidlertid socialt skabte og fungerer og reproduceres via sociale agenter som habitus og praktikker udtrykt i officielle dokumenter, gennem tale og handling fra undervisere og praktikere, administratorer og politikere.

Spørgsmålet er, hvordan det kan lade sig gøre at etablere et blik på klinisk undervisning, som har vristet sig fri af disse virkelighedsfremstillinger, der tages for givet af alle inklusive forskeren selv. Alene ved at bruge termen klinisk undervisning ligger der en forhåndsgodkendelse af den almene forestilling, som indebærer en risiko for, at jeg gen-fortæller allerede kendte fremstillinger af klinisk undervisning og dermed kun bidrager til at reproducere det alment erkendte.

Fra Bourdieu lyder anbefalingen, at forskeren for at undersøge noget må foretage et dobbelt brud: dels med agenternes primære erfaringer af deres egen situation, dels med sin egen praksis som forsker. Når man som jeg er "indfødt" og objektiverende forsker på samme tid, får man indblik i objektiveringens indbyggede fejltagelse. Den består i at tro, at det af objektiveringens konstruerede regelssystem også virker i aktørerne hoveder, uden at man som forsker

bliver mistænksom overfor denne fejltagelse, fordi man som forsker ubevidst tilskriver sig selv en merværdi, når det gælder om at producere objektiv viden (Callewaert 1992: 51-52). Den gennemlevede praktik, som man studerer, forløber imidlertid ikke sådan, som forskeren har konstrueret den i sit eget hoved, men den forløber heller ikke sådan som praktikerne efter-rationaliserer den i sin samtale med forskeren (ibid). Forskeren og praktikerne udtrykker noget, der er rigtigt, og noget der er forkert, som alene skyldes den position de indtager, når de tænker over sagen. Hvis forskeren bliver bevidst om denne forvrængning – både hos sig selv og hos praktikerne – og indser, at det beror på positionen, så kan hun bevidst sætte sig i en position, der overskrider de tidligere positioner, er idéen (Callewaert 1992: 52). Det er forskerens metodiske program, der skal spille denne rolle, hvor der i hele forskningsprocessen må foretages brud med det, der forekommer naturligt. Dvs. at eftersom forskeren ligesom praktikerne selv er en del af den sociale verden, der skal undersøges, må forskeren underkastes den samme tvivl, som bliver agenterne til del (Bourdieu & Waquant 1996: 218, Nørholm 1998: 110).

## **Brudtænkning – en ekskurs**

Hele idéen om at objektivere den platform, man selv står på som forsker, skal ses som et udtryk for en brudtænkning, som Bourdieu hentede inspiration fra hos de franske filosoffer, Bachelard, Canguilhem, Koyré og Cavaillés<sup>19</sup>. Broady har kaldt disse filosofiske strømninger den historiske epistemologi (Broady 1991), hvilket dækker over videnskab i et historisk perspektiv, relationer mellem videnskab og det hverdagslige, videnskab og konstruktion af objekter over tid og videnskab som brud med det spontane. Her skal jeg særligt fremhæve Bachelard<sup>20</sup>, som jeg i det følgende foretager en kort ekskurs til for at uddybe idéen med brudtænkningen.

I den historiske epistemologi ligger et grundlæggende opgør med den kontinuerede videnskabs udvikling. Den gængse måde at fremstille ny viden på har været ved at fokusere på fremgang, kontinuitet og opfindelser. Hvor den traditionelle videnskabshistorie grundlæggende beskæftiger sig med vækst, er idéen hos de historiske epistemologer, at viden ikke bare akkumuleres, men sker i brud. Bachelard siger i ”Nej-ets filosofi” (1976), at den videnskabelige erken-

---

<sup>19</sup> Donald Broady har i sin doktordisputats med Bourdieus tænkning analyseret Bourdieus forfatterskab og har således rekonstrueret det tomrum, som Bourdieus sociologi kom til at udfylde, som Broady selv udtrykker det (Broady 1991: 16).

<sup>20</sup> Bachelard var født 1884 og blev professor ved l’Histoire et philosophie des sciences ved Sorbonne i Paris i 1940. han var naturvidenskabsmand, dvs. matematiker og optaget af filosofi og historie indenfor fysik, biologi, medicin og matematik.

delse ikke er nået på grund af men på trods af eller i modsætning til det, som umiddelbart lå lige for.

*”Frem for alt må vi erkende, at de nye erfaringer siger nej til de tidligere erfaringer; ellers har vi indlysende nok ikke at gøre med nye erfaringer”* (Bachelard 1976: 35).

Dette nej består ikke i en automatisk negation eller en a priori dialektik, som kendes fra Hegels tese>antitese>syntese. Bachelard anerkender de regler, der findes indenfor et regelsystem, dvs. han anerkender en given logik, som han forklarer som *et logisk kalejdoskop i bevægelse, som pludselig bringer forstyrrelse i forbindelser, men som dog stadig bevarer former* (ibid:159). Nej’ets formål er at åbne op for en flertydighed, som kan danne grundlag for en reorganisering af den oprindelige viden.

I relation til at begribe et socialt fænomen som en undervisningspraksis åbnes der således mulighed for at se fænomenet som noget andet, end det der umiddelbart kommer til syne i den spontane hverdagskonstruktion. I første omgang skal inspirationen fra objektkonstruktionen og bruddetænkningen hjælpe med at overskride den spontane forestilling om klinisk undervisning. Men hvor en erkendelse skaber forudsætninger for at se, står erkendelsen samtidig i vejen for at se videre. Det vil sige, at Bourdieus konstruktionsværktøjer principielt kan stå i vejen for det, vi endnu ikke ved. Det rejser spørgsmålet om, hvornår og hvor længe, vi skal sige nej til vores ny-erhvervede erkendelse, kan vi da aldrig vide noget? Indenfor de rammer der er lagt for denne afhandling, må jeg nødvendigvis trække en streg og på et tidspunkt på nogenlunde fast grund udtale mig og svare på mit forskningsspørgsmål. Kun med en afstand der er videnskabshistorikeren forundt, er det muligt at bedømme fagvidenskabsmandens andel af spillet (Larsen 2007: 10). Så værdien af mit arbejde må andre dømme om. Den største risiko i afhandlingsarbejdet ser jeg derfor i, at jeg kan blive forført af den kultur, jeg undersøger. Udfordringen må være i forskningsprocessen at blive opmærksom på mit første indtryk af tingene, da det vil være udtryk for en inkorporering. Dette ”nej” skal også gøres til genstand for analyse.

I det følgende vil jeg uddybe, hvordan jeg tænker, det er muligt at grave mit eget udgangspunkt frem for muligvis at holde det en smule under kontrol.

## **Når undersøgeren lader sig underkaste en sociologisk analyse**

Formålet med at gennemgå en forskeruddannelse er at få en vane (hexis) med videnskabelig praksis med henblik på at kunne producere videnskabelig viden eller med Bourdieus ord at

foretage en videnskabelig objektivisering (Bourdieu 2005: 148). Ifølge Bourdieu består videnskabelig viden af de kendsgerninger og konstateringer, der står tilbage, når alle indvendinger og al kritik er afvist på tilbørlig vis (ibid: 134-135). I socialvidenskaben er forskeren så at sige en del af instrumenterne, hvorfor han eller hun også må gøres til genstand for indvendinger. Jævnfør Bourdieu er det at *objektivere objektiviseringssubjektet* (som han også kalder selvanalyse) den første betingelse for at kunne foretage en videnskabelig objektivisering. Når Bourdieu ønsker at iværksætte et sådant refleksivitetsprojekt, er det for at kunne objektivere ”*det transcendentalt ubevidste, som videnssubjektet (forskeren) uden at være klar over det indskriver i alle sine vidensaktiviteter*” (ibid: 127).

Bourdieu advarer mod at falde for fristelsen til at anvende en form for refleksivitet, der grundlæggende er narcissistisk, fordi den i de fleste tilfælde fører forskeren ind på ”selvsma-gende” oplevelser af begrænset værdi, og fordi en sådan refleksivitet, som oftest bliver et mål i sig selv, og derfor ikke har nogle praktiske konsekvenser (ibid: 143). Det mener jeg er en vigtig pointe, for det er en udfordring ikke at blive påvirket af den *selv*-optagethed, man kan have med at balancere mellem på den ene side at ”go native” og på den anden side at holde en distance. Bourdieu har et sted skrevet, at for sociologer er ... ”*familiarity with the social universe the obstacle par excellence*”. Det gælder således også, selvom man ikke er specielt kendt med den kultur, man undersøger, selvom jeg alligevel forestiller mig, at være kendt med det, man undersøger må udgøre en særlig udfordring. Bourdieu anbefaler, at man holder fast i, at forudsætningen for refleksiviteten skal være en hensigt, som er *reformistisk* i sit sigte (ibid: 144). Det har den konsekvens, at den praktiske refleksivitet først får sin fulde gennemslagskraft i det øjeblik, analysen af de videnskabelige implikationer og praksisformer munder ud i en kritik af de sociale mulighedsbetingelser og grænserne for de tænke-måder, som forskeren, der overser disse betingelser, fører ind i sin forskning. Det reformistiske sigte har været brugt som kriterium for, at jeg oplyser læseren om min egen faglige baggrund og akademiske løbebane, som jeg har skitseret nedenfor. Hvordan jeg i øvrigt har praktiseret denne form for refleksivitet, vil jeg samle op på sidst i afhandlingen.

Men hvordan kan man arbejde med at afdække de sociale forhold, som bagom ryggen er inkorporeret i de forskningsmæssige praktikker? Hvordan er det muligt med Broady’s metafor om von Münchhausen at løfte sig selv op med hårene (Broady 1991: 431)? For at kunne forstå og kontrollere virkningerne af de sociale forhold, peger Bourdieu på, at feltbegrebet, som ovenfor redegjort for, gør det muligt at undgå en række fejl i konstruktionen af undersøgelsesgenstanden (Bourdieu 2005: 79). Samtidig gør feltbegrebet det også muligt at bryde med

en række forudantagelser, når det gælder forskerens egen position og positionering. Bourdieu anbefaler således, at en reflektiv analyse udfoldes i tre tempi:

- som en analyse af forskerens position i det sociale univers
- som en analyse af forskerens position i feltet
- som en analyse af forskerens position i det akademiske univers (ibid.:149).

Med hensyn til forskerens position i det sociale univers henviser jeg til oplysninger om min uddannelses- og erhvervsmæssige løbebane. I korthed har jeg en faglig baggrund som sygeplejerske og har i over 20 år haft undervisningsstillinger indenfor sygeplejerskeuddannelser i Danmark, Grønland og Holland. Min akademiske løbebane tog fart med cand. mag. uddannelsen i almen pædagogik fra Københavns Universitet i 2003 og et ph.d. forløb på Aalborg Universitet fra 2008 - 2011.

Med hensyn til "forskerens position i feltet" ser jeg en tæt sammenhæng med positionen i det sociale univers. Med rollen som forsker tildeles man grundlæggende retten til at tale om og hen over de umiddelbare indtryk, man får<sup>21</sup>. Herved indbygges der en hierarkisk relation mellem informant og forsker (Hastrup 1992: 67). I Bourdieusk forstand er der tale om *symbolsk vold*, eftersom forskeren har retten til at påføre sin definition af situationen som den rigtige (Callewaert 1992: 129). Der er ikke tale om at overføre men at påføre, hvilket forudsætter magt/myndighed, dvs. magt til at udøve symbolsk vold, hvor forskeren her er i besiddelse af de gangbare kapitalformer. Først og fremmest autoritativ viden i form af uddannelseskapital (forskeren har lang videregående uddannelse overfor de kliniske vejledere der har mellem-lang videregående uddannelse med efter-videreuddannelse) men også andre goder, der knytter sig til det at være forsker (fleksible arbejdstider, bedre løn etc.). Der er tale om vold, der virker via en definition af situationen, hvor den givne definition af virkeligheden ikke kan udledes af almene principper hverken af deltagerne eller udenforstående (Callewaert 1992: 117). Med andre ord virker symbolsk vold via en tro på det, som ikke engang kommer ind i synsfeltet som noget, der kunne være anderledes eller problematisk, og som derfor hverken er frivilligt accepteret eller valgt men heller ikke påtvunget.

Fordi en Bourdieu-inspireret tilgang ikke alene tager agenternes udsagn for pålydende men inddrager mulighedsbetingelserne for agenternes handlinger, fremanalyseres miskendte sider (Bourdieu 2002: 172). Dvs. jeg kommer til at afdække magtforhold ved den kliniske vejleders undervisningspraksis, som ikke nødvendigvis indgår i de kliniske vejlederes hverdags-

---

<sup>21</sup> Et forhold som end ikke aktionsforskning, som ellers er optaget af at nedbryde de asymmetriske relationer mellem forsker og informanter, efter min mening kan indfri.

forståelse af kliniskvejledning og undervisning. Og som måske kan være særligt problematisk i en profession, der kan være drevet af udsigten til selvbestemmelse indenfor virksomhedsområdet. En Bourdieu-inspireret sociologisk analyse går ofte imod agenternes selvforståelse, hvorfor den kan afvises af disse. Men for Bourdieu er denne modstand og afvisning netop en del af de sociale fænomener, der er genstand for undersøgelsen. Hvis jeg i solidaritet med de kliniske vejlederes selvforståelse alene fremanalyserede deres handlinger ud fra deres egen selvforståelse, risikerer man ifølge Bourdieu at udføre det, han kalder en velgørenhedssociologi (Bourdieu 1998: 116-117). Mens engagement i en sag er en menneskelig ressource, som også sociologien drives frem af, advarer Bourdieu mod, at sociologien bliver for menneskelig. Bruddet er også med dette. Man må have modet til at sige nej til alt dette (ibid).

Jeg ser imidlertid et dilemma mellem på den ene side ikke at ville 'tale ilde' om de informanter, der velvilligt stiller sig selv til rådighed i en travl hverdag og på den anden side at udsætte selvsamme informanter for at få afsløret deres ideologiske selvbilleder alt sammen i videnskabens navn. Dertil kommer, at det må være forbundet med en vis form for ubehag at blive "kigget i kortene" af en person, der til en vis grad har kendskab til kulturen. Informanten frages så at sige retten til at være i eget hus. Hvor det ville være det naturligste for informanten at have rollen som den hjemmevante og mig rollen som den fremmede gæst, som husheren(fruen) har mulighed for at indtage den generøse værtsrolle overfor, er denne mulighed ikke til stede på samme måde. Derfor har det været vigtigt for mig at betragte informanterne som de ultimative eksperter på deres områder, som jeg kunne stille spørgsmål til. Det var faktisk også en reel mulighed, eftersom det var længe siden, jeg selv havde haft min gang på en hospitalsafdeling, og fordi jeg ikke tidligere har haft adgang til at komme så tæt på det, der sker i den kliniske undervisning. Det har jeg brugt som afsæt til at stille spørgsmål til det, der også umiddelbart har forekommet mig naturligt.

Med inspiration fra Gramsci kan man diskutere, om jeg som forsker har påtaget mig rollen som *organisk intellektuel*, som er den, en klasse selv udvikler til sine specifikke behov.

Som organisk intellektuel arbejder man på to fronter:

- Med at udvikle et intellektuelt begrebsapparat
- Med at arbejde på at viderebringe den viden man når frem til udenfor universitetet i politiske diskussioner (Gramsci I: Østeling Nielsen 1972: 184-186)<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Gramsci arbejdede på at videreformidle sine politiske synspunkter til fordel for underprivilegerede italienske arbejdere. Han måtte lade sin kone og to små sønner – den ene ufødt – rejse til Rusland på grund af den fascistiske terror, og i 1926 kastedes han i fængsel og døde 11 år efter af sygdom uden at have set sin yngste søn (Østerling 1972: 20-21).



I dette perspektiv (i fodnoten) kan det måske forekomme upassende at sammenligne pinte arbejderes kamp for overlevelse og helt basale rettigheder i 1920-erne med sygeplejerskers kamp om goderne i et privilegeret velfærdssamfund. Men begrebet kan alligevel minde læseren om, at jeg som uddannet sygeplejerske kan have et mere eller miskendt ønske om at tale sygeplejens sag på trods af alle gode hensigter om at lægge alt åbent og gennemsigtigt frem. Ambitionen er bestemt at deltage i uddannelsespolitiske diskussioner også udenfor universitetet, men først må der tilvejebringes viden om, hvordan virkeligheden ser ud. Først her deltager jeg gerne i efterfølgende diskussioner, om den nye viden giver anledning til idéer til ændringer af det bestående.

Med hensyn til Bourdieus tredje anbefaling til den refleksive analyse, ”analyse af forskerens position i det akademiske univers”, må jeg konstatere, at min position som ph.d. studerende er marginal, og som sådan kan det være tvivlsomt, om den påvirker det akademiske univers, hvorimod det omvendte må antages at være tilfældet. Her er jeg rundet af Bourdieu-traditionen på pædagogikstudiet på Københavns Universitet, hvor jeg er uddannet i 2003 og af miljøet omkring forskergruppen CLIO på institut for Uddannelse, Læring og Filosofi i min tid som ph.d. studerende. Her har organisatorisk læring og transferproblematikker været i fokus. Siden har jeg opsøgt Bourdieu-inspirerede miljøer på Institut for Sociologi og Socialt arbejde, på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, afdelingen i København, hvor professionsforskning har været i fokus og på Universitetet i Bergen, Institut for samfundsmedicin, hvor jeg via min bivejleder er blevet inviteret med i aktiviteterne omkring forskergruppen Praxeologi i Uppsala og Bergen.

Overordnet om den sociologiske analyse siger Bourdieu, at den er et af de mest effektive redskaber til at opnå erkendelse om sig selv som et socialt væsen:

*”Der er ganske vist nogle, der ser denne form for selverkendelse som en ’nedstigning til Helvede’ ...Ikke desto mindre rummer sociologien nogle af de mest effektive midler til at opnå den frihed, som en erkendelse af de sociale determinismer giver mulighed for at erobre til trods for determinismene” (Bourdieu 1997:13-14).*

På trods af at habitus også rummer mulighed for forandring, så må man medgive, at en Bourdieu-inspireret forskning overvejende giver forklaringskraft til træghed i forandringer, og et sådant perspektiv kan umiddelbart virke fodslæbende og passe dårligt ind i forestillingerne om selvudvikling og troen på fremskridt og forandringer. Netop forskning i innovation og direkte anvendelse har Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling’s forsøgt at oppri-

oritere, som vi f.eks. har set det i ministeriets mantra *Fra tanke til Faktura*<sup>23</sup>. Den anvendelsesorienterede forskning eller det, der er blevet kaldt Modus II viden (Nowotny 2005, Kristiansson 2006) er den viden professionsuddannelserne satser på, hvorfor viden der umiddelbart ser ud til at stikke en kæp i hjulet for fremdrift og udvikling må anses for ikke at have den samme reception i professionskredse. Min egen indstilling til den sag er imidlertid, at man må vide noget om virkeligheden og de mekanismer, der konstituerer den. Først herefter har vi et kvalificeret grundlag at diskutere fremtidig strategi og udvikling på (jf. Durkheim der mener at vi først må bedrive videnskab før vi kan udvikle en praktisk teori for en forandret verden (Durkheim 1972).

## **Afhandlingens perspektiver på hvad det vil det sige at være professionel**

Jeg har tidligere fremhævet, at jeg ser den kliniske vejleder som en repræsentant for gruppen, ligesom jeg fokuserer på gruppehabitus mere end på den enkelte individuelle kliniske vejleders habitus i konstruktionen af klinisk vejlederpraksis. Det har fået mig til at supplere afhandlingens teoretiske forankring med et professionsperspektiv. Sygeplejerskeuddannelsen betegnes som en professionsbacheloruddannelse, og sygeplejersker hører i dag til blandt de professioner, der har stor indflydelse på en af velfærdsstatens institutioner, kunne en spontan forklaring lyde på mit valg. Men min begrundelse er snarere, at der ved at supplere med et professionsperspektiv i højere grad bliver sat fokus på de processer, der konstituerer og konsoliderer den særlige gruppe af erhvervsudøvere, der har det til fælles, at de løser en specifik samfundsopgave, som gruppens medlemmer kan afgrænse og vinde respekt på i resten af samfundet.

Viden og ekspertise spiller en central rolle i professioners legitimitet, hvorfor viden og professioner er tæt forbundne i forskningsmæssig henseende. Kampen om autonomt vidensmonopol har spillet en central rolle i etableringen af professioner. Etableringen af professioner startede i europæisk sammenhæng omkring 12- 1300-tallet, hvor der blev bygget særlige institutioner til at afgrænse og opbygge professionernes viden. Med oprettelsen af universiteter blev præstens og filosofens viden akademiseret og sanktioneret af de daværende magthavere (Selander 1993). Herefter fulgte officeren, præsten, lægen og juristen, som fik status som professioner. Frem til i dag bliver viden fortsat uddifferentieret med egne videnskabs-

---

<sup>23</sup> Se f.eks. ministeriets baggrundsrapport fra 2003, hvor der efterspørges mere forskning, som erhvervslivet kan bruge som afsæt for handelsvare. (Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling 2003).

og/eller praksisområder i et stadigt mere arbejdsdelt samfund. Oprettelsen af nye uddannelser er taget til i styrke og i takt hermed øges antallet af professioner. Erhvervsudøverne fra særligt de mellemlange videregående uddannelser har været omtalt som *semi-professioner*, *wanna-be-professioner*, eller de mere neutrale betegnelser *relationsprofessioner* (Hjort 2005, Moos 2004) eller *velfærdsprofessioner* (Dahl 2005, Brante 2005). Disse betegnelser dækker rundt regnet lærere, pædagoger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, socialrådgivere, dvs. fagfolk der arbejder med mennesker i fortrinsvis den offentlige sektor, og hvorom det har været diskuteret, om faggrupperne havde selvstændig vidensbase beslutningskompetence og et arbejdsmonopol (Hjort 2005, Rasmussen 2005). Med betegnelserne professionsbachelor, som er en titel og ikke en grad, og de tilhørende professionshøjskoler, har staten påtaget sig at definere grupperne som professioner. Set fra de nye professioners synsvinkel kan man sige, at det har været et attraktivt prædikat, eftersom man oplever at være blevet slået i hartkorn med de klassiske, privilegerede professioner. Spørgsmålet om at være eller ikke at være er ligesom med diskussionen om at udgøre et felt eller ej i sig selv et positivistisk spørgsmål. I afhandlingen arbejdes med en forståelse af profession som en faggruppe med professionsbestræbelser, som jeg også lejlighedsvis omtaler som en af de nye professioner. Det interessante er at forstå og forklare de dynamikker, der skaber og opretholder professioner. På denne måde er den kliniske vejleder at forstå som en repræsentant for en faggruppe med professionsbestræbelser, som gennem deltagelse i uddannelse og udvikling arbejder på at udvide eller bevare faggruppens/professionens formelle og reelle kompetencer. Eftersom klinisk undervisning i formaliseret form ikke altid har eksisteret, er min antagelse, at den kliniske vejleder må være særligt opmærksom på grænsedragningsprocessen, hvor virksomhedsområdet afgrænses og defineres, så det kan genkendes af omgivelserne – ikke kun af de nærmeste involverede men også mere bredt i samfundet.

Inspireret af feltbegrebet anerkender jeg, at de agenter der i et givet felt har mindst mængde af den i feltet anerkendte kapital, er tilbøjelige til at anlægge strategier, der sigter mod at omvælte feltets fordelingsstruktur (Bourdieu 2000b: 346).

De grundlæggende spørgsmål om, hvad en profession er, og hvorfor og hvordan den opstår, har været forsøgt besvaret af professionsteorien, hvor navnlig to skoler repræsenteret ved Parsons<sup>24</sup> og Weber har været dominerende (Dahl 2005, Hjort & Weber 2004, Laursen 2004, Eriksen 2005). Parsons tilgang beskrives som systemfunktionalistisk, idet han sjældent interesserer sig for individuelle aktørers motiver og subjektive meninger (Dahl 2005: 39). I stedet

---

<sup>24</sup> Parsons har skrevet om professioner fra sidst i 1930-erne til ind i 1970-erne, hvor Webers teoriudvikling daterer sig til begyndelsen af 1920-erne (Laursen 2004: 25, Dahl 2005: 39).

fokuserer han på det samlede system, som han vurderer som et samfundsmæssigt gode med særdeles stor indflydelse. I den gradvise funktionelle differentiering af samfundet spiller professionerne en nøglerolle, da de antages at være bærere af nogle rationelle værdier, som er funktionelle og dermed nødvendige for systemet. Prototypen på en professionel hos Parsons er den privatpraktiserende læge, ingeniøren eller advokaten. Det er karakteristisk for Parsons, at han skildrer en samfundstype, han er tilhænger af. Af samme grund kategoriseres Parsons som *konsensusteoretiker*. Parsons er kritiseret for at overse de interesseforskelle, der kan være mellem klienten og den professionelle, idet han tillægger professionsetikken afgørende betydning (Laursen 2004: 28). Det samme gælder de interessekonflikter, der kan ligge mellem forskellige professioner eller sociale grupper i kampen om de samfundsmæssige goder. Forestillingen er, at samfundet er holdt sammen af fælles værdier og interesser, hvor sociale konflikter og interesseforskelle anses for marginale og uden større interesse (ibid).

Weber er en tidligere generation og står i modsætning hertil for en *konfliktteoretisk tilgang*. Hans generelle *monopoliseringstese* sigter på at forklare forskellige former for sammenslutninger, herunder den familiære, religiøse, økonomiske. Hans begreb ”*schliessung/social closure*” har været brugt til at beskrive den lukning/afgrænsning af et fællesskab, der giver mulighed for, at der opstår sociale og økonomiske chancer (Dahl 2005: 39). Goderne i form af prestige, kvalitet, ære og fortjeneste kan opnås via optagelseskriterier, eksempelvis ved bestået eksamen eller en decideret optagelsesprøve. Der samler sig et fællesskab indadtil, og som med lukningen samtidig betyder eksklusion af andre fra sociale og økonomiske chancer. Webers teorikompleks har ikke været møntet specielt på professioner, men har været videreført af andre professionsteoretikere, som f.eks. Abbott, som jeg har hentet inspiration fra.

## **Jurisdiktion**

Andrew Abbott udgår fra den såkaldte Chicagoskole af sociologer, der har arbejdet på at fundere sociologien empirisk og har arbejdet tværfagligt og pragmatisk og med stor inspiration fra antropologien. Abbott betragter grænsedragningsprocesserne for en profession som det mest interessante for professioners virksomhed. Han ser professionerne som eksisterende i et inter-relateret system, forstået som at faggrupper eller professioner eksisterer og virker i forhold til hinanden. Ifølge Abbott er det interessante de forandringsprocesser, der knytter sig til disse relationer. Abbotts grundlæggende antagelse er, at kernen i en profession er dens arbejde, og at det er differentieringen i forskellige typer af arbejde, som ofte fører til afgørende differentieringer i professioner. Kontrollen med arbejdet bringer professioner i konflikt med hinanden. Forandringer i professioner kan derfor bedst analyseres ved at identificere de kræf-

ter, der påvirker indhold og kontrol af arbejdet samt ved at udforske, hvordan forstyrrelser i dette indhold og denne kontrol forplanter sig igennem systemet af professioner og faggrænser. (Abbott 1988:19-20). Abbott anbefaler hertil begrebet *jurisdiktion*, som han definerer som "*the link between a profession and its work*" (Abbott 1988: 20) og som den præcise analytiske enhed, som mere generelt er forstået som virksomhedsområdet (Abbott 1988: 112). Grænsedragningen mellem forskellige erhvervsgrupper eller en erhvervsgruppes jurisdiktion over arbejds- og funktionsområde, finder ifølge Abbott sted på tre forskellige arenaer:

1. Den juridiske arena, hvor der opstilles formelt definerede afgrænsninger mellem faggrupperes jurisdiktion.
2. I den offentlige debat hvor professioner kan opbygge et image og på denne måde presse det legale system og endelig
3. På arbejdspladsen som Abbott mener er et underbelyst område (Abbott 1988: 59-60).

Professionsstudier skal følgelig fokusere på arbejdspladser og arbejdsdeling mellem grupper af professionelle. Professioners typiske arbejdssteder er i organisationer, hvor professioners definitioner af opgaver mødes med omgivelsernes forventninger til opgaveløsning. Hvis professionerne ikke længere ønsker eller er i stand til at varetage de funktioner, omgivelserne forventer af dem, risikerer de at blive udstødt fra arbejdspladsen. Abbott fremhæver, at diversiteten indenfor en profession må anerkendes. Hvis en professionel er inkompetent, vil organisationens funktion kanalisere arbejdet hen til andre, som måske ikke er officielt kvalificeret til at udføre det. Eller hvis der er for meget professionelt arbejde, overtages det af ikke-professionelle. Abbott mener derfor, at grænsedragning mellem professionelle jurisdiktioner har en tendens til at forsvinde på arbejdspladser eller i organisationer, hvor der er stor arbejdsbyrde (ibid: 65). Det afgørende er, at en profession ikke kan besætte en jurisdiktion uden, at den er ledig, eller uden at professionen kæmper for den (ibid: 86). Abbott anviser forhandlinger og genforhandlinger af arbejdsdelingen som de kræfter, der medierer og tilpasser sig det, Abbott kalder *organisationens imperativer* (ibid: 65). Abbott udfolder ikke begrebet, men umiddelbart fremstår det som en fælles samlebetegnelse for det, der mere eller mindre artikuleret driver en arbejdsplads frem. Abbott udbygger senere sin teori om professions-systemer til at tale om "*linked ecologies*", hvor professioner er forbundet som levende organismer i rum af konkurrence og sameksistens (Abbott 2005a). Det bør medtænkes, at Abbott har udviklet sin teori i amerikansk kontekst, hvor private aktører spiller en større rolle i det, vi i Norden opfatter som den offentlige sektor. Det kan måske forklare, hvorfor Abbott foretrækker det mindre markante og bredere begreb konkurrence frem for at fokusere på over- og underordningsdimensioner.

## Videnssystemer

I lighed med mange professionsforskere mener Abbott, at professioners vidensgrundlag er den væsentligste kilde til legitimering af medlemmernes erhvervsudøvelse, og at professioners vidensgrundlag er centralt, når beskæftigelsesmonopoler skal udbygges eller forsvares. (Abbott 1988: 178). Abbott er her på linje med Parsons, når han mener, at professioners vidensgrundlag følger den arbejdsdeling, som kan iagttages blandt professioners medlemmer. Vidensgrundlag kobles dermed tæt til *jurisdiktion*. Abbott beskriver professioners vidensgrundlag som to parallelle systemer: Et abstrakt, akademisk system af viden og et praktisk system, der adskiller sig ved at være forankret i forskellige institutioner, og som er baseret på væsensforskellige klassifikationssystemer.

Det praktiske system af viden er institutionelt forankret på arbejdspladsen i tæt kontakt med klienter og andre grupper af professionelle. Det praktiske videnssystem er forbundet med praktisk problemløsning, og det trækker på metoder til identifikation og klassifikation af problemet, metoder til at handle på problemet samt overvejelser over mulige udfald. Abbott bruger de teoretiske begreber *diagnosis*, *inference* og *treatment* om disse processer, hvor han delvist har lånt metaforene fra medicin (ibid:40,43). Diagnose og behandling er organiseret omkring klassifikationssystemer, der gælder for generelle forhold og er som sådan begyndelses- og slutfaserne, hvor logisk slutning (*inference*) er forbindelsesleddet, der træder til, når diagnose og behandling er uklar. Videnssystemet har et klart anvendelsesorienteret sigte (ibid: 48-49)<sup>25</sup>. Jeg opfatter dette videnssystem som svarende til det, Petersen har kaldt *den praktiske praksis* (Petersen 1995: 93)

Det abstrakte, akademiske system af viden er institutionelt forankret i uddannelses- og forskningsinstitutioner. Ligesom det praktiske system af viden er det akademiske system af viden organiseret i et klassifikations- og logisk system, som dog er forskellig fra diagnose- og behandlings klassifikationer ved at være organiseret omkring logisk konsistente og rationelt begrebsatte dimensioner (ibid: 53). Problemenheder optræder ikke i små bundter, som syndromer af diagnose-klassifikations-systemer gør det i praksis. I det akademiske system optræder problemerne i adskilte komponenter med henblik på, at disse komponenter rationelt skal begrebsættes. Derfor har professioners akademiske system af viden en tendens til at

---

<sup>25</sup> Det praktiske videnssystem har visse lighedspunkter med Dewey's reflektive tænkning med stadierne 1. For-slag. 2. Intellektualisering. 3. Hypotese. 4. Ræsonnement. 5. Testning af hypoteser via handlinger (Dewey 1916/2005) og som samlet indgår i problemløsning. Her kunne også peges på Schöns begreber om *reflexive inquiry* og *reflective practice* (Schön 1983) og i det hele taget det teorikompleks, som ligger i modus II viden (Nowotny 2005).

lukke sig om sig selv. Det akademiske system opfylder tre formål: legitimering, forskning og undervisning, og det giver professionen mulighed for at udvikle nye problemer og nye problemløsningsstrategier, hvilket er centralt for en professions gennemslag. Hvis en profession ikke kan udvikle nye problemer og problemløsningsstrategier, står andre professioner klar til at overtage. En profession kan derfor risikere at blive afhængig af andre og konkurrerende professioner, der byder ind med viden. En professions jurisdiktion kan således indskrænkes eller udvides alt efter, om det abstrakte videnssystem formår at annektere nye vidensområder og definere nye arbejdsområder som en del af deres overordnede arbejdsområde, eller om domæner omvendt må afstås. Under alle omstændigheder optræder viden som det Abbott kalder *konkurrencens møntfod* (ibid: 102).

Det er vigtigt at huske på, at Abbott i relation til det praktiske system af viden ikke forholder sig til vigtige aspekter ved vidensbegrebet. Abbotts forståelse af det praktiske videnssystem er som et teoretisk begreb for en professionsintern forståelse af det, Petersen har kaldt *praktisk praksis* (jf. Petersen 1995: 89). Begrebet forholder sig ikke til den praktiske viden i Bourdieusk forstand, som eksisterer i sin egen ret. Som alternativ til Abbotts begreber om det abstrakte, akademiske system af viden og det praktiske videnssystem, ville en sondring mellem *episteme* og *doxa*, dvs. den erfaringsbundne, moralske stillingstagen i højere grad indfange kvaliteterne ved de forskellige videnssystemer. Jeg bruger alligevel de professionsinterne begreber for, hvilket system af viden, der aktiveres ved forskellige undervisningsformer som analytiske greb, der skal bidrage til at holde fokus på, hvilket af professionens videnssystemer den kliniske vejleder trækker på i undervisningspraktikkerne.

Abbotts begreb er således snævert bundet op på viden, der virker på arbejdspladsen i et professionsinternt perspektiv. Når det kommer til at forklare en praksis, dens struktur og genese dvs. en kontekstuel viden, der trækker på forklaringer, der rækker ud over det professionsinterne niveau, trækker jeg på Bourdieus praktikteori og blik for socialt bestemte forskelsrelationer og inkorporeringsaspektet, som giver flere nuancer. Abbott anerkender, at det akademiske videnssystem fungerer legitimerende for professionen, og at det i virkeligheden spiller en mindre rolle for det konkrete professionelle arbejdes udførelse, så her er han ikke forskellig fra Bourdieu, der taler om undervisningskapital som symbolsk kapital, selvom Abbotts begrebsapparat ikke byder på forklaringer på, hvorfor det forholder sig sådan.

Hvor Bourdieu taler om felt er Abbott mere optaget af begrebet 'økologier' som ramme for professioners arbejde. De deler det relationelle perspektiv, men hvor Bourdieu taler om over- underordningsrelationer, magt, dominans og kapital, er Abbott mere optaget af relationelle dynamikker som konkurrence og sameksistens, selvom termerne udbud og efterspørgsel ikke

er smidt ud (Abbott 2005a). Ved at tænke dette aspekt ind i mit analyseapparat gives der mulighed for at få øje på menneskelige interaktionsformer, der afspejler levet liv, hvor mennesker på trods af sociale bindinger også er drevet af ønsker om at arbejde sammen i fredelig sameksistens. Med sådanne i-land-trækninger er der en risiko for at komme til at lægge glasur over kagen med den bitre smag og at sløre det, Gramsci har kaldt et samfunds *organiske bevægelser*, det vil sige de relativt permanente autoritetsstrukturer (Gramsci, I: Nielsen 1972: 158-159). Min inspiration fra Abbott har jeg brugt til at åbne det empiriske materiale med. Jurisdiktionsbegrebet bruger jeg som et analytisk greb om den kliniske vejleders virksomhedsområde med henblik på at fremanalysere forstyrrelser af indhold og kontrol af den kliniske vejleders arbejde. Her tænker jeg specielt grænsedragning i relation til sygeplejersker, sygeplejelærere fra undervisningsinstitutionen men også i relation til andre faggrupper end sygeplejersker, specielt lægerne, som i et sociologisk perspektiv er toneangivende på et hospital. Inspirationen fra Abbott skal hjælpe med at fastholde et blik på grænsedragningen i arbejdet og de udtryksformer, der har at gøre med markeringer af den kliniske vejleders domæne/jurisdiktion. Og når Abbott taler om at have fokus på forandringsprocesser knyttet til relationer mellem grupper, er mit empiriske fokus på de arbejdsopgaver, der er dukket op som en konsekvens af, at undervisning er indført i praktikken. Bourdieus relationelle tilgang skal bidrage med fokus på, hvad der i feltet anses for mere værdifuldt end andet at beskæftige sig med i det pædagogiske arbejde. Hermed får jeg et mere fast greb om de grundlæggende dynamikker i det, Abbott kalder *organisationens imperativer*.

Hvor et Bourdieusk blik fremhæver dominansrelationer, åbner Abbott op for mere forhandlingsprægede relationer i kampene om faggrænser i relation til arbejdet. At trække Abbott ind skal ses som et forsøg på at sige nej, i Bachelard'sk forstand, til den forførelse, der kan ligge i, at man som forsker med Bourdieus perspektiv 'endelig' får øjnene op for det skjulte, det miskendte og kan gennemskue det usynlige partitur. På trods af at Bourdieu tænker både konstant og variation i sit habitusbegreb er hensigten, at elementerne af Abbotts teori skal hjælpe med at modvirke, at jeg som undersøger forføres til fokusere på de strukturelle dominansformer, hvorved der også opstår en større risiko for, at jeg alene læser de objektive strukturer ind i hovederne på informanterne. Et blik for de subjektivistiske og heuristiske elementer ved agenternes praksis er ikke umulige at få øje på med Bourdieus praktikteori, men de står ikke tydeligst i teorikomplekset. Og hvorfor jeg kan tænkes at "vælge" at argumentere for dette teoretiske standpunkt, vil jeg overlade til andre sociologer at analysere på. De ville sikkert komme frem til, at forskeren har svært ved at bryde med de symbolske fremstillinger af faget, som hun over tid selv har inkorporeret i omgangen med den praktiske verden.



Abbotts analyser af professionssystemer, hvor arbejdsdeling og grænsedragingsprocesser mellem professioner står centralt, har en styrke i, at de kan operationaliseres empirisk. Ved at holde fokus på arbejdsdeling – hvem har hvilke opgaver i relation til sygeplejestuderendes praktikuddannelse - udgrænses samtidig grupper funktion. Men svagheden er, at professionssystemet har en tendens til at fremstå selvreferentielt. Professioner udgør ikke et autonomt, socialt system, og man kan kritisere Abbott for at nedtone den sociale og historiske kontekst, som professioner opererer i, og som på en mere afgørende måde udgør de kausale mekanismer - en kritik der også er fremført af Brante (Brante 2005: 16-17). Objektive, materielle og kulturelle positioner må ifølge Brante indtænkes, når professioners situation og strategier skal forklares. Strategierne er som oftest ikke virkninger af et autonomt professionelt system men også bredere samfundssfærens logikker og rationaliteter spiller ind. Hermed tildelel han relationen mellem stat og professioner en vægtig betydning. Hvis professioner indgår i systemer, er det derfor snarere i forskellige samfundssystemer. Brante skelner mellem forskellige professionstyper alt efter hvilke systemer, de indgår i. Indenfor velfærdssystemets typiske professioner (universitets)læreren, lægen og, som sammen med de store ”assisterende” halvprofessionelle grupper udgør velfærdens ryggrad (ibid: 24). Professionstyperne har historiske ”take-offs”. En professionel bølge rejser sig jævnt Brante som følge af forandringer i statsapparatet. Men Brante stopper ikke her. Han taler om *den globaliserede stat og de internationale statsprofessioner* som et billede på en potentielt revolutionerende trend, hvor overstatslige regulativer medvirker til at harmonisere professionelt arbejde. Her har særligt den form for harmonisering og modernisering af den offentlige sektor, der trækker på neo-liberalt tankegods, haft gennemslag (Hjort 2002: 35ff, Moos 2004: 12, Steensen 2009). Abbott skal derfor overvejende sætte rammen om de professionsinterne perspektiver i arbejds- og institutionel sammenhæng. Men når det kommer til at forstå, hvordan de professionelle praksisformer også er indlejret i makrostrukturer trækker jeg på Bourdieus begrebsapparat.

### **3. Empiriske undersøgelser om praktikuddannelse indenfor sygeplejerskeuddannelsen som afsæt for afhandlingen**

Uddannelse til klinisk vejleder har som nævnt eksisteret siden 2002 og er som sådan forholdsvis ny. Det kan måske forklare, at der ikke er foretaget specifikke studier af, hvad en klinisk vejleder i dansk sammenhæng foretager sig i rollen som klinisk vejleder i relation til sygeplejerskeuddannelsen. Imidlertid er der lavet adskillige undersøgelser af praktikuddannelse særligt med henblik på de sygeplejestuderendes læring (se f.eks. Larsen 1999, Johnsen 2003, Kragelund 2006, Bligaard Madsen 2006, Voight 2007, Henriksen 2009), hvorved praktikvejlederens praksis indirekte har været belyst. Som Lave har givet udtryk for er en af idéerne med at anskue læring i social praksis at flytte fokus over på den lærende (Lave 1999: 44). Umiddelbart kan det tolkes som et ønske om at anlægge et mere demokratisk syn på samspillet mellem den lærende og omgivelserne. Når jeg har valgt et fokus på læreren, (den kliniske vejleder) er det ikke et forsøg på at genintroducere tidligere tiders autoritetsrelationer – ej heller et forsøg på at etablere et ensidigt perspektiv. Den kliniske vejleder er her at betragte som et prisme, hvorigennem det bliver muligt at studere en professionspædagogisk praksis i krydsfeltet mellem arbejde og undervisning, som er en udtrykt uddannelsespolitisk ambition. I det følgende forsøger jeg at gøre status på tidligere studier af praktikkdelen af sygeplejerskeuddannelsen.

#### **Litteratursøgning som social praksis**

For at få et bredere grundlag for at vurdere eksisterende viden på området opdaterede jeg i september 2010 min litteratursøgning med søgetermerne *clinical supervisor*, *clinical supervision* og *nurse education* i databasen CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature). Her kom 39 poster op. En søgning med samme søgetermer i ERIC (Educational Resource Information Centre) gav ingen resultater, og med nye søgetermer som *clinical teacher* og *nurse education* kom fem poster frem. Herefter forsøgte jeg med søgetermerne *clinical learning* og *nurse student teaching* i CINAHL, da jeg i forvejen var stødt på en del litteratur, hvor læring var omdrejningspunktet. Her fremkom 85 poster. Udvidet med databasen ERIC fremkom der nu 279 poster. De blev imidlertid reduceret til 11, da jeg havde indskrænket relevanskriterierne til at observationsstudier skulle indgå, artiklerne skulle ikke være ældre end fra 1990, sproget engelsk, og jeg inkluderede alle kildetyper. Endvidere eks-

kluderede jeg studier fra Mellemøsten og Asien, da jeg var usikker på, om kontekst og organisering var for forskellig fra dansk. I nedenstående boks ses de tidsskrifter, der indgik i søgningen i begge databaser.

Advances in Health Sciences Education  
British Journal of Nursing  
Journal of Advanced Nursing  
Journal of Nursing Management  
Journal of Clinical Nursing  
Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning  
Nurse Education in Practice  
Nurse Education Today  
Nursing Times  
Professional Nurse  
The Journal of Advanced Nursing Practice  
The World of Clinical Care Nursing  
Vård i Norden /Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies

Endvidere ph.d. afhandlinger fra:

University of Alberta, Canada  
University of Massachusetts, Boston  
University of Southern California  
Texas Woman University  
Oregon State University.

Jeg endte med at inkludere tre studier.

På *Nordic Education Research Association*'s konference i marts 2008 blev jeg for alvor opmærksom på, at der er begrænsninger i denne type søgninger. Professor Susan Wrights forelæsning og den efterfølgende diskussion overbeviste mig om, at anstrengelserne ved en systematisk søgning, der foregiver at opfange mere eller mindre al relevant forskning indenfor et område er illusorisk. På trods af søgning med forskellige kombinationer af søgetermer, er der nemlig ingen garanti for, at selv vigtige og relevante arbejder er opført i de anerkendte databaser, idet forfatterne – ofte på grund af et sindrigt og som Wright viste det et skævvridende *ranking system* - ikke altid publicerer i de tidsskrifter, der optages i databaserne (Wright 2009).<sup>26</sup> Derfor har jeg i højere grad benyttet mig af "Citation Pearl Growing"-systemet, som er et biblioteksfagligt udtryk for at søge videre ud fra referencerne i allerede læste og relevante kilder. De følgende empiriske undersøgelser af praktikuddannelse er således fremkommet som et samlet resultat af ovenstående søgninger.

Før jeg præsenterer undersøgelserne må jeg indskyde, at en sociologisk selvanalyse ville kunne have vist, hvorfor jeg greb til denne form for praksis. Qua mine dispositioner erhvervet

---

<sup>26</sup> I ERIC-databasen fordres det bl.a., at man er sponsoreret af professionelle selskaber eller organisationer enten føderale, nationale eller internationale jf. udvælgelseskriterier downloaded 14.5.11 på: <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/resources/html/news/ERIC%20Selection%20Policy.pdf>

dels som samfundsborger i det, snart sagt alle kalder ”videnssamfundet” og gennem mange-årig erhvervserfaring som underviser i sygeplejerskeuddannelsen, er jeg udstyret med en habitus, der bedømmer ’systematisk litteratursøgning’ som den alment anerkendte måde at op-søge ny viden på. Via omgang med krav til de sygeplejestuderende om at søge ”forsknings-baseret viden” i sygeplejerelevante databaser med henblik på at trække på forskningsbaseret viden, har jeg inkorporeret vurderingsmatricer, der bedømmer, at ’rigtige læreanstalter an-vender forskningsbaseret viden’ og at ’forskningsbaseret viden må gå forud for andre former for viden’. Disse former for *doxa* er næret af, at det særligt indenfor den lægefaglige profes-sion er den dominerende måde at anvende litteratur på med det formål at optimere sin praksis / udvikle *best practice*. Der ligger samtidig en implicit forestilling om viden som kummula-tiv, dvs. at ny viden f.eks. 5 år gamle artikler er bedre end gammel viden. Det beror på, at denne type artikler ofte omhandler interventionsstudier eller praksisforeskrivende studier for at sikre den nyeste behandling til patienter, mens jeg udforsker, hvad der gøres, når man til-byder klinisk vejledning og undervisning. Min egen øvelse med at søge litteratur på denne måde kan således læses som en symbolhandling. Men når det så er sagt, hvad fandt jeg så?

## **Gennemgang af de empiriske undersøgelsers resultater**

Fælles for forfatterne er, at de alle har sygeplejefaglig baggrund.

Kollstad (1992) har i norsk kontekst undersøgt vejlederrollen hos sygeplejersker uden speci-fik pædagogisk efter-videreuddannelse. Hun finder, at det centrale for kontaktsygeplejersker-nes udformning af vejlederrollen var deres egne erfaringer dels fra studietiden dels fra deres funktion som vejleder – en funktion der gik på skift mellem sygeplejerskerne. Generelt ople-vede vejlederne dårlig samvittighed med hensyn til ikke at slå til, ofte som følge af travlhed, eftersom patienterne havde første prioritet. Vejledningssamtalerne var karakteriseret ved of-test at handle om hvad, og hvordan sygeplejen skulle udføres og i mindre grad om hvorfor. Kollstad fandt, at kun få samtaler handlede om etiske problemstillinger og værdivalg, og at de studerendes udarbejdede mål ikke var synlige i det daglige arbejde på trods af, at vejlederne ofte pointerede, at de var vigtige. De studerende blev i ringe omfang stimuleret til at stille spørgsmål og være kritiske, og pga. travlhed havde vejlederne kun få muligheder for at gen-nemføre det, hun kalder *refleksionspræget undervisning*.

Marrow & Tatum (1994) har i engelsk kontekst identificeret en konflikt mellem *clinical su-pervisors* vejledningsopgaver i forhold til studerende og arbejdet som sygeplejerske, der får første prioritet. På samme måde som Kollstad peger de på, at det i et travlt sundhedsvæsen er

vanskeligt at skabe frirum og mulighed for at etablere distance til vejledningssituationerne, som ellers har været præget af arbejdets rytme og logik. Marrow & Tatum fandt, at de kliniske vejledere havde begrænset viden om modeller for vejledning og supervision. På trods af at vejlederne havde deltaget i vejlederkurser kom det ikke til udtryk, angiveligt fordi der enten manglede en begrebsramme, eller fordi kurserne ikke var passende. Forfatterne diskuterer, hvorvidt der er evidens for at mere uddannelse medfører bedre vejledning, og de når frem til, at der ikke er evidens herfor. Alligevel advokerer de for, at uddannelse i undervisning og pædagogik bør intensiveres. Endvidere anbefaler de, at vejlederrollen klart defineres, at der iværksættes udviklingsprogrammer, eller at man reducerer forventningerne, hvis de fornødne ressourcer til vejledning ikke er til stede.

Heggen (1995) har i norsk kontekst undersøgt sygeplejerskeuddannelsens praktiske del i et kundskabssociologisk perspektiv med inspiration fra Lave og Wenger (1991). Grundidéen er, at sygehuset som social organisation er baseret på et fælles kundskabsgrundlag som kendetegnes ved, at handlinger samordnes af arbejdsfællesskabets kundskab, der ligger indlejret i organisationens struktur og plejefællesskabets arbejds måder. Både den studerendes og sygeplejerskernes refleksion over arbejdsfællesskabets kundskaber på godt og ondt indgår imidlertid ikke i egentlige refleksioner. Heggen viser, at det forhold, at uddannelsen gennemføres som en vekseluddannelse på to forskellige organisationer dvs. skole og hospital, udløser spændinger, som forplanter sig til den enkelte vejleder. Det kommer til udtryk ved en devaluering, som ses, hvor skolens teoretiske logik og hospitalets praktiske logik mødes, f.eks. ved evalueringssamtaler. Enten kan vejlederne blive i tvivl om egen kompetence, eller de kan opfatte skolen som forkert på den og praktikerne, som dem, der har ret. Endvidere viser Heggen, at studenterne er optagede af at positionere sig på indersiden af arbejdsfællesskabet, og at de tilmed er villige til at opgive nogle af studenterprivilegierne for at opnå dette.

Andersson (1997) har i sin afhandling praktikvejlederen i fokus. Det vil sige, at praktikvejlederens funktion og interaktion med studerende, andre sygeplejersker, patienter og andre faggrupper analyseres. Undersøgelsen, der er gennemført i Sverige, viser i lighed med de ovenfor nævnte, at vejledningens indhold og form i højere grad bestemmes af den konkrete situation, det fysiske miljø og af afdelingens organisationsform mere end det bestemmes af mål og evalueringer, og at tid til samtale/refleksion er vanskelig at finde. Anderson finder, at vejlederens strategier og teknikker i vejledningssituationen sjældent baserede sig på pædagogiske overvejelser, eftersom vejlederen ikke har nogen formel pædagogisk efter-videreuddannelse, og vejledningen var en del af plejearbejdet og svær at adskille derfra. Andersson går så vidt,

at hun diskuterer, om vejledningen overhovedet kan kaldes uddannelse, idet hun lægger fire kriterier til grund:

1. Tid afsat til vejledning.
2. Kundskab om hvad der skal læres.
3. Kundskab om hvordan det skal læres.
4. Dokumentation for hvad som er lært.

Her konkluderer hun, at der ikke er afsat tid til vejledning, at indholdet i vejledningen indgår i det øvrige arbejde, og at der hersker uklarhed om uddannelsens krav, og hvad den studerende skal lære, dvs. uddannelsen i praktikken opfylder ikke kravene til det, der defineres som uddannelse. Anderssons løsning er, at praktikvejledernes indsats bør forstærkes med en pædagogisk ansvarlig sygeplejerske på hver afdeling med særlig pædagogisk kompetence, samt at der må stilles krav om mere afsat tid og højere løn.

Prestbakmo (2006) gør næsten 10 år senere de samme fund, hvor hun i et observationsstudie på forskellige hospitalsafdelinger i Norge finder, at vejledningssamtalerne mellem vejleder og sygeplejestuderende sjældent giver rum for studerendes refleksion med inddragelse af egne erfaringer. Dialogerne er centreret omkring beskeder og forklaringer, og de er ikke planlagte. Vejlederne udtrykte alle ønske om mere uddannelse.

Kristian Larsen (1999) undersøger i et Bourdieu-inspireret empirisk observationsstudie sygeplejestuderendes læreprocesser i sygeplejerskeuddannelsens praktikuddannelse. Her finder han, at studerende sjældent indgår med de legitime formidlere af sygepleje, dvs. kontaktsygeplejersker/praktikvejledere, sygeplejersker og sygeplejelærere. Alligevel lærer sygeplejestuderende sygepleje men på mange forskellige måder og langt fra altid på den forventede måde. I Larsens arbejde fremhæves særligt arkitekturen som en af flere miskendte læremestre men patienter, medstuderende og aflæsning af hospitalslogik indgår også.

Johnsen (2003) har også i et Bourdieu-inspireret feltarbejde undersøgt sygeplejestuderendes læring i den praktiske del af sygeplejerskeuddannelsen. Her viser hun, at sygeplejestuderendes læring i praksis foregår i uforløste spændinger mellem på den ene side, hvad det vil sige at lære, og hvordan man lærer og på den anden side de formelle rammer, i spændingen mellem skole og praktik, mellem implicit kundskab og eksplicit viden. Samværet med den kompetente praktiker, vejledning og undervisning sker intermitterende og overvejende i relation til medicinske sygeplejeteknikker og administrative praktikker. De studerende går gennemsnitligt 33% af tiden alene selv på ”gode” dage, hvor dagene ikke opleves som travle. Allige-

vel lærer de studerende den grundlæggende sygepleje, de lærer det selv, på mange måder, bl.a. i samvær med patienten.

Kragelund (2007) finder i et observationsstudie af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri, at både de kliniske vejledere og de sygeplejestuderende ikke er opmærksomme på, at de studerende står i potentielle læresituationer, når de interagerer alene med patienter, og at det ikke er rutine for de studerende at interagere med patienterne i hverdagssituationer. Hovedbudskabet er, at hvis kliniske vejledere og studerende bliver gjort opmærksomme på dette forhold, som beskrives som *kollektivt ubevidst disjuncture*, ville et potentiale for læring kunne forløses.

Stockhausen (2006) finder i et feltstudie i Australien, at den kliniske vejleder benytter sig af reflection-in-action i sin undervisningspraksis på samme måde, som hun gør i relation til patientplejen. Inspireret af Schön, Polanyi, Benner, Benner & Wrubel identificerer Stockhausen forskellige eksempler på det, hun kalder *Metier Artistry* – en slags kunstnerisk udfoldelse i den daglige praksis.

Linda Schumann Scheel (2007) undersøger en formaliseret undervisningspraksis, nemlig den verbaliserede refleksion, der foregår pædagogisk iscenesat efter en plejesituation<sup>27</sup>. Hun videreudvikler Schöns refleksionsbegreber ved at tillægge den pædagogiske intension en betydning, sådan som det foreligger i begrebet ”didaktik-i-handling”, og hun bestemmer begrebet ved at identificere fire faktorer, der har betydning for forekomsten af den verbaliserede refleksion i vejledningssamtalen. Schuman Scheel afstår fra at forholde sig til funktionen af refleksionen – herunder også den status teoretisk viden har i forhold til beskrivelsen af praksissituationen.

Sluttelig bør også nævnes Tine Rask Eriksens arbejde om sygeplejestuderendes omsorgskvalificering i sygeplejerskeuddannelsen (Eriksen 1995, opr. 1992). Hun finder, at uddannelse i skolen virker de-kvalificerende på de primært inkorporerede dispositioner rettet mod liv og krop. I stedet indprentes principper, som orienterer eleven mod at arbejde indenfor en systemkultur bestemt af det kapitalistiske lønarbejde, den medicinske behandlerlogik, den institutionelle pleje og mod en sygeplejerskeposition, hvor pleje er underordnet behandling. Selvom Eriksen har foretaget undersøgelsen i klasserummet, er den relevant i nærværende sammenhæng, idet den kan bidrage til et billede af de dispositioner, sygeplejersker bærer med sig ind i rollen som klinisk vejleder.

---

<sup>27</sup> Studiet er dog ikke et observationsstudie men er baseret på de båndoptagede refleksionsseancer, hvor forskeren ikke selv var til stede, efterfulgt af interviews.

Tine Rask Eriksen har i 2002 gentaget undersøgelsen med samme design (Eriksen 2005). Her finder hun, at de sygeplejestuderende har svagere skoleforudsætninger end tidligere. Særligt i denne gruppe, som udgør 47%, finder hun, at de studerende er ”ufærdige” og har en svag ”andre-orientering”, som hun finder problematisk, når man som professionel skal indgå i en omsorgsrelation med syge mennesker. Parret med den større mængde af abstrakt teoretisk viden, der fylder i sygeplejerskeuddannelsen, mener hun, at der er grund til bekymring.

## **Opsamling på de empiriske undersøgelser**

I de fremdragne undersøgelser tegner der sig et billede af, at det er vanskeligt for praktikvejlederen at få tid og rum til at udfolde rollen som underviser. Arbejdet kommer til at dominere såvel indhold som form i den praktiske uddannelse, hvilket får den konsekvens, at der vejledes i hvad og hvordan, sygeplejen skal udføres. I de fleste undersøgelser ligger det som en underliggende præmis, at det er problematisk, idet det fremhæves, at den refleksionsprægede undervisning er mangelfuld. Der gives forskellige forklaringer på, hvorfor det er sådan. Den mest gentagne forklaring er, at der er travlt i hospitalsafsnittene, endvidere at praktikvejlederne ikke udnytter det potentiale for læring, der ligger i den kliniske praksis. Anbefalingerne er mere uddannelse, som skal korrigere for de manglende pædagogiske initiativer og derudover mere tid og flere penge, dvs. professionsstrategiske vinkler på problematikken. I et enkelt arbejde bliver der helt radikalt sat spørgsmålstejn ved, om der overhovedet er tale om uddannelse, og der spilles på en underliggende normativitet, der tilsiger, at det bør det være. Der ligger ligeledes en underliggende doxa om, at pædagogiske initiativer er forudsætningen for at lære bedst i praktikken, men som vi så det i specielt Eriksens, Larsens og Johnsens arbejde foregår der afgørende læreprocesser i de institutionelle betingelser også uden en praktikvejleders mellemkomst.

Med formalisering af klinisk vejleder uddannelse er der taget initiativ til at styrke de pædagogiske initiativer i betydningen den didaktiske tilrettelæggelse i den praktiske del af sygeplejerskeuddannelsen. I denne logik kan min undersøgelse være et bidrag til at få mere viden om, hvordan de kliniske vejledere – nu med uddannelse – giver praktikuddannelsen udtryk, når undervisning er det legitime krav. Hvordan ser det nu ud med ”den refleksionsprægede undervisning”, der efterlyses? Hvilke former får den, og hvordan virker den? Larsens undersøgelse viser, at læring er bundet til en række miskendte læremestre, dvs. virksomme men ikke officielt anerkendte som sådanne: patienter, andre studerende, orientering i arkitektur og aflæsning af hospitalslogik. Spørgsmålet er, om de miskendte læremestre bliver mindre frem-



trædende, nu hvor der introduceres mere systematisk undervisning og et strammere didaktisk greb om klinisk uddannelse. Alt dette skal jeg forsøge at besvare ud fra den empiriske undersøgelse.

Men først vil jeg med inspiration fra feltbegrebet forsøge at vise de kampe, sygeplejerskeprofessionen historisk har deltaget i, og som den kliniske vejleders undervisningspraksis udgår fra. Kapitlet vil forsøge at forklare hvordan det historisk er gået til, at vi i dag taler om klinisk undervisning med største selvfølgelighed. Kapitlet skal samtidig give et billede på sygeplejerskernes og i særdeleshed de kliniske vejlederes dispositionssystemer, der er prædisponerede til at fungere som orienteringsprincipper for den kliniske vejleders praksis.

## FØRSTE ANALYSEDIMENSION

### 4. Opkomst og udvikling af klinisk vejledning

Den praktiske del af sygeplejerskeuddannelsen har ikke altid eksisteret som en selvstændig pædagogisk virksomhed, og idéen er at vise, hvilke historiske kampe (i symbolsk betydning), der har betinget, at vi i dag ganske selvfølgelig taler om klinisk undervisning.

Jeg foretager tre udvalgte nedslag i sygeplejerskeuddannelsens opkomst og historiske udvikling:

1. Sygeplejefagets og -uddannelsens opkomst som hjælpedisciplin til den medicinske klinik fra omkring 1860.
2. Det fejlslagene forsøg på at etablere sygeplejerskeuddannelsen som et studium i 1975 og tiden derefter.
3. Professionsbachelorens gennemslag parret med statens moderniseringsbestræbelser fra 2001 og frem til 2008.

Nedslagene er udvalgt, fordi de på forskellig vis viser markante symbolske kampe, hvor meget har stået på spil, og som derfor kan illustrere sygeplejefagets position og strategier. I et feltperspektiv indtager sygeplejerskerne en position først i hospitalsfeltet og senere i uddannelsesfeltet. Positionen er afgørende for de positioneringer, som jeg her betragter som professionsbestræbelser. Det vil sige, at der er tale om positioneringer som gradvist har konsolideret sig i stadigt mere formaliserede praksisser. I et professionsperspektiv har disse bestræbelser ikke alene at gøre med, hvordan man bedst muligt uddanner sygeplejersker, så de på bedst mulige måde kan tage sig af de syge. Qua mit Abbott-inspirerede professionsperspektiv lægges fokus i fremstillingen på de forandringer, der knytter sig til grænsedragningsprocesser mellem ikke mindst lægeprofessionen, kontrol over arbejdet og etableringen af et abstrakt (senere akademisk) videnssystem. I forlængelse heraf bliver *arbejdsdeling*, *autonomi* og *professionens vidensbase* centrale omdrejningspunkter i fremstillingen. Eftersom de ofte er underbelyste tematikker, når professioner og semiprofessioner forstår sig selv (Weber 2004: 214), er ambitionen at trække disse forhold frem i den historiske fremstilling af de symbolske kampe om at etablere det, der i dag kaldes klinisk undervisning.

Flere sygeplejeforskere og sygeplejersker har beskrevet sygeplejens historie ganske indgående. Jeg har derfor valgt at trække på deres arbejder og i mindre omfang på de primære kilder, som dog har været konsulteret, hvor der har været tale om særligt afgørende begivenheder.

Der er således ikke alene tale om et *view* på sygeplejens og sygeplejeuddannelsens opkomst men også om et *re-view*, hvor jeg har genset, hvad forskere og forfattere før mig har konstrueret på baggrund af de primære kilder (her trækkes særligt på Østergaard 1989, Petersen 1993, 1998, Johnsen 2003, Lynggaard 2003 og Jørgensen 2007)<sup>28</sup>.

## **Første nedslag: Sygeplejefagets og -uddannelsens opkomst som hjælpedisciplin til den medicinske klinik**

Sygepleje forstået som omsorg og ansvarlighed for de svage og hjælpeløse har tilbage i historien været varetaget af familierne og i særdeleshed af kvinderne. Med oprettelsen af det første egentlige, civile sygehus i 1756, *Det Kongelige Frederiks Hospital* i København, startede en statslig institutionalisering af behandling af syge. Hospitalet var beregnet til at være en såkaldt helbredelsesanstalt, mens det senere såkaldte *Almindelig Hospital* fra 1769 var beregnet for fattige, gamle og svage (Østergaard 1989: 8). Den verdslige sygepleje blev varetaget af fattige enker og ubemidlede, som fik mulighed for at bo og arbejde på sygehusene. De såkaldte stuekoner tog sig af plejen af de syge om dagen, og vågekonerne havde tjansen om natten.

Oprettelsen af hospitaler i Danmark kan ses som et nationalt udtryk for opkomsten af den medicinske klinik. I *Klinikkens fødsel* (Foucault 2000) analyserer Foucault, hvordan klinik i Frankrig lige efter revolutionen i 1789 opstod som et sted, der primært bedrev forskning og undervisning og kun sekundært behandling. Datidens syn på sygdom var præget af en es-senstænkning, hvor det ikke blev anset for muligt at kunne gøre noget ved sygdom og symptomer. Blev man syg måtte man gennemløbe sygdommens naturlige udvikling og lindre de værste ubehageligheder. Familiens skød blev opfattet som det bedste sted at gøre sygdom tilgængelig for naturens helbredende kræfter. Oprettelsen af kommunale sygehuse blev oprettet for dem, der ikke havde familie. Idéen var at skabe et familielignende sted med samme hjemlige barmhjertighed og muligheder for at gennemleve sygdomsforløbet som i familien. Efter revolutionen ville man have et statsligt system, dvs. man går fra et selvejende til et offentligt system. Uddannelse af læger var hidtil udgået fra universiteter, hvor professorer mod

---

<sup>28</sup> Fælles for alle forfatterne er, at de med en sygeplejefaglig baggrund har fremstillet sygeplejens historiske udvikling i videnskabelige arbejder. Signe Østergaards bidrag har som kilde en særlig funktion. Hun var mange-årig undervisningsleder og afdelingsleder på Danmarks Sygeplejerskehøjskole, indtil hun blev pensioneret i 1984. Hun har i sin bog, udover mange dokumenterede faktuelle oplysninger, flere værdifulde ”indefra” kommentarer til sygeplejerskeuddannelsens udvikling. Jeg opfatter derfor disse personlige kommentarer som et vidnesbyrd på mange af de tanker og oplevelser, der på den tid var fremherskende blandt toneangivende sygeplejersker, og som kan bruges til at få professionens subjektive opfattelser af uddannelsesaspekter ind i analysen.

direkte betaling fra de studerende gav kurser og afholdt eksamener og udstedte beviser for fuldendt uddannelse. Kvaliteten af undervisningen var svingende, og med åbningen af hospitalerne kom den idé, at man kunne eliminere afvigelse i hjemmet eller på sygehuset, hvis man kunne isolere patienterne og studere dem i et rent standardiseret undersøgelses- og observationsorienteret miljø, som man med tiden kom til at betegne som *linik*. Det var denne særlige sammensætning af videnskabelige, sociale og politiske strukturer i slutningen af det 18. århundrede, der ifølge Foucault dannede grundlag for klinikkens fødsel i form af en institution, der udelukkende opstod med det formål at indkredse de forskellige sygdommes væsen og undervise i at kunne genkende dem (Foucault 2000, Silberbrandt 2000, Petersen 2010).

Til at gennemføre dette arbejde fik lægerne brug for uddannede hjælpere. Specielt var bakteriebekæmpelsen en udfordring. Der måtte stilles større krav til sygeplejen, end de hidtil uddannede vågekoner og stuekoner havde kunnet honorere. Den første ordnede uddannelse blev etableret ved Den danske Diakonissestiftelse i 1863 som privat og religiøs organisation i København (Jørgensen 2007: 121)<sup>29</sup>.

I verdsligt regi kom det måske første lille forsøg på uddannelse fra Almindelig Hospital, der var Københavns første kommunale sygehus samme år. Her begyndte overlæge Brandes at holde foredrag for døtre af sine egne venner (Østergaard 1989:8). Det udviklede sig til den første egentlige sygeplejerskeuddannelse i statsligt regi, som på foranledning af lægerne blev etableret på Københavns Kommunehospital i 1876.

## **De samfundsmæssige forandringer**

Det industrielle gennembrud i Danmark fandt for alvor sted omkring 1880 – 1900, hvor samskabelsstrukturene forandredes gennemgribende. Det gjaldt f.eks. køns- og klassestrukturene, produktionsmåderne og det stadigt mere udbyggede statsapparat. F.eks. bevirkede andelsbevægelsen, at småborgerskabet blev en større samfundsmæssig faktor, ligesom et egentligt mellemlag opstod (Eriksen 2001: 267). I samme periode fik pigerne flere muligheder for offentlig skolegang og adgang til forskellige uddannelser. Disse udviklingstræk skal ses i sam-

---

<sup>29</sup> Susanne Malchau undersøger i sin ph.d. afhandling fra 1998 *Kærlighed er tjeneste. Søster Benedicte Ramsing – En biografi* bl.a. uddannelsen til sygeplejerske i dette regi. Hun viser en anden logik mht. ledelse af sygeplejerskeuddannelsen ved det katolske hospital og sygeplejerskeskole end ved den verdslige uddannelse, idet ledelsen på alle niveauer var på søsterhænder (Malchau 1998: 294-295, Brandt 2007: 121). Ifølge den norske filosof og historiker Kari Martinsen var der reelt et alternativ til at følge medicinens egenart (Martinsen 1984). Nemlig det omsorgspotentiale hun mente, der lå som en mulighed i sygeplejerskerekordet til den religiøse Diakonisseskole i Tyskland i Kaiserwerth, hvis rene ånd også Florence Nightingale respekterede som et barmhjertighedsarbejde, der også filosofisk var indlejret i sygeplejen (Martinsen 1979: 140-141). Ifølge Martinsen blev omsorgssygeplejen undertrykt af såvel de kvindelige ledere som af lægerne (ibid: 147). Den religiøse uddannelse uddybes ikke nærmere her, eftersom den verdslige uddannelses udvikling ligger til grund for opkomsten af klinisk vejlederuddannelse i Danmark.

menhæng med familiernes ændring, vandringer fra land til by og et stort kvindeoverskud (på grund af flere krige) men skal også ses i lyset af kvindeemancipationens og demokratiseringens forløb (Possing 1992: 406-407).

Med industrialiseringen voksede et behov for mere arbejdskraft og for en ny type arbejdskraft. Produktionen blev nu for alvor adskilt fra familierne. En øget produktion ikke mindst i industrien gjorde det samtidig nødvendigt, at der kunne opretholdes en sund og arbejdsduelig befolkning. Erhvervsstrukturen blev mere differentieret, og flere nye erhverv opstod i skolevæsenet, i sygehusvæsenet og i de offentlige og private kontorer. Den samfundsmæssige arbejdsdeling gjorde, at disse erhverv gjorde det muligt for de uforsørgede kvinder fra småborgerskabet, mellemlaget og fra borgerskabet at ernære sig ved et velagtet, anseeligt erhverv, hvor både oplysningstidens idealer og de victorianske kvindeideal blev bevaret (Glasdam 2001: 606, Possing 1992: 405-407, Vallgård 1985: 59-65).

### **Sygeplejersken som medicinsk medhjælp**

I 1870'erne varede sygeplejerskeuddannelsen et år. Der var ikke nogen fast plan for uddannelsen, som snarere var en oplæring, der fokuserede på at lære eleven at gøre rent, rede seng, holde orden og ikke mindst at samle praktisk erfaring i at iagttage den syges tilstand og afgive beretning herom til lægen (Hellestøj 2007: 77). Læge Aage E. Kiær som tog del i undervisningen af sygeplejeeleverne, udtaler, at der sigtes mod at *"bibringe eleven en forståelse af, hvad hun ser og foretager sig, og at hun udvikles fra at være en rent mekanisk til en forstående, intelligent medhjælp"* (Østergaard 1989: 11). Grænsen mellem de normale og afvigende træk måtte observeres og dokumenteres. Betegnelsen sygeplejeassistent opstår eftersom sygeplejersken assisterer lægen i de systematiske observationer og registreringer i deres klinik (Petersen 2010: 12). Bente Sigvaldsen (1993) udlægger i sit kandidatspeciale skiftet fra stuekoner til sygeplejersker i et kønsperspektiv, som at lægerne ikke kunne 'styre' stue- eller gangkonerne, og opfindelsen af sygeplejersken skete ifølge Sigvaldsen bl.a. med baggrund i, at borgerdøtrene via deres socialisering til ro, renlighed og regelmæssighed var indstillet på at underordne sig mænd (Sigvaldsen 1993: 38).

Sygepleje som fag blev således konstitueret og kontrolleret af lægerne som en hjælpedisciplin og ikke som et selvstændigt fag. Herved blev sygeplejerskerne hierarkisk underlagt lægerne og mistede selvbestemmelsen på et område, der tidligere var et kvindeanliggende (Lyngaa 1995: 30-31, Stenholdt, 2001: 621-622). Men med underordningen fik sygeplejerskerne samtidig mulighed for at komme tættere på tidens mest prestigefyldte vidensformer.

## **Et første forsøg på at fravriste lægerne ansvaret for sygeplejerskeuddannelsen**

Kampen om henholdsvis at bevare eller omstyrte dominansforholdet i relation til, hvem der havde retten til at definere, hvad sygeplejerskeuddannelse skulle være, var etableret på baggrund af køn, klasse og uddannelse. Ifølge Bourdieu skal den nyankomne i et felt betale en indtrædelsesafgift, der består i at erkende spillets værdi og principper (Bourdieu 1991: 134). I det følgende viser jeg et konkret eksempel på, hvordan sygeplejerskerne ved at tage afsæt i feltets spilleregler argumenterer for at sygeplejerskerne skal overtage sygeplejen og skolen på det ny Bispebjerg Hospital i 1906: Først et citat fra Overlæge ved Kommunehospitalet i København, Tscherning, som taler imod sygeplejerskernes krav *om en forstanderinde, der skal være "enebestemmende vedrørende Plejerskerne"*. Han finder kravet uacceptabelt.

*"Systemet har alle Dage været en Anstødssten ved meget af den religiøse Sygepleje, hvor Søstrene er en anden Styrelse underlagt end Hospitalets, hvorved Plejen ofte, trods mange Søstres kærlighed og opofrelse, er gledet Lægerne ud af Haanden, og Systemet bliver ikke bedre ved at omplantes på religiøs Grund. Sygepleje skal være et instrument i Lægens Haand, og hvis en anden stærk Haand har tag heri, løbes der en stor Risiko for, at Instrumentet ved en Lejlighed vrides ham af Haanden"*. (Tscherning 1906: 59 i Stenholt 2001: 623)

Lægen ser her sygeplejerskernes ønske om autonomi som en trussel mod opretholdelsen af den medicinske klinik. Men sygeplejerskerne giver ikke op. Dansk Sygeplejeråd (sygeplejerskernes fagforening) blev stiftet i 1899, og rådet kaster sig ind i kampen om at etablere en vidensbase. Da Cecilie Lütken, oversygeplejerske på Bispebjerg Hospital og sekretær i Dansk Sygeplejeråd, i 1906 tager initiativ til at etablere en formel sygeplejeskole på det nye kommunehospital på Bispebjerg, forsikrer hun om, at hvis professor Tscherning med sin autoritet vil støtte sygeplejerskernes ønske om at overtage sygeplejen og skolen på det ny Bispebjerg Hospital, da vil skolen:

*"...bidrage til at tildanne og slibe det "instrument i Lægens Haand", som Professoren så smukt kalder sygeplejen, at det kommer til at virke paa en for alle Parter tilfredsstillende Maade"* (Lütken 1906 i Stenholdt 2001: 623).

Lütken er tilsyneladende helt på det rene med, at autoritetsstrukturen ikke for nuværende skal udfordres. Med det Callewaert udlægger som en opfindsom praktisk sans (Callewaert 1992: 172) bruger hun en retorik, der anerkender den herskende som ubestridt. Strategien virker, men først efter syv år i 1913 hvor det lykkedes få etableret en sygeplejeskole efter Dansk Sygeplejeråds forbillede dvs. af tre års varighed, hvor den teoretiske del udgør tre måneder

fordelt på to semestre (Østergaard 1989: 24 ff, Johnsen 2003:84). Den teoretiske del af undervisningen varetages nu af reservelæger og omfatter fagene anatomi, fysiologi og hygiejne samt medicinsk og kirurgisk sygdomslære og sygeplejelære ledsaget af demonstrationer. Sidstnævnte fag undervises dog af inspektoren, hvilket vil sige en sygeplejerske. (Østergaard 1989: 26-27). Det startede således med, at overlægerne tog initiativet til at uddanne sygeplejerskerne, men i takt med at de får travlt med at konsolidere deres klinik, overlades den teoretiske undervisning til reservelægerne. Censorfunktionen varetages dog af en overlæge eller embedslægen.

Den praktiske del af uddannelsen gennemføres som deltagelse i det praktiske arbejde på afdelingerne, hvor eleverne er en vigtig og også billig arbejdskraft. Frem til 1933 var oplæringen af sygeplejersker alene sygehusenes ansvar og opgave under ledelse af sygehusets læger og senere plejemor/ forstanderinde. Uddannelsen oprettedes lokalt med fokus på at dække de enkelte sygehuses behov for sygeplejersker som arbejdskraft. Eleverne blev ansat på sygehuset ligeledes som arbejdskraft på afdelingerne, og oplæringen var i sit udgangspunkt 100% oplæring med nogle få procent teoriundervisning udenfor elevernes arbejdstid (Johnsen 2003: 84, Frimodt & Ravn 1984: 24-25).

I 1913 begyndte Dansk Sygeplejeråd en klassificering af sygehuse med henblik på godkendelse af uddannelsesstederne. I årsberetningen samme år hedder det, at et sygehus kan godkendes som tre-årigt uddannelsessted på betingelse af:

1. at der gives eleverne en systematisk, praktisk og teoretisk undervisning med afsluttende eksamen
2. at den praktiske undervisning foregår under ledelse af en sygeplejerske, der er medlem af Dansk sygeplejeråd
3. at sygehuset benytter Dansk Sygeplejeråds elevantagelseskemaer og lægeattester (Årsberetning for Dansk sygeplejeråd, Tidsskrift for sygepleje 8/1932 i Østergaard 1989: 25).

Der krævedes således ikke særlige faglige kvalifikationer af den undervisende sygeplejerske i praktikken udover grunduddannelsen og et medlemskab af fagforeningen. Den ledende sygeplejerske foretog en bedømmelse af elevens arbejde og opførsel (ibid: 27). Bedømmelsen var fortrolig; den blev sendt til afdelingens overlæge, der påtog sig den og gav den videre til lægerådets formand. Disse bedømmelser er grundlaget for karakteren, der afgives i praktisk sygepleje, og som påføres uddannelsesbeviset (ibid).

Der er altså fortsat tale om uddannelse helt under lægens kontrol og med lægens kundskabsfelt som det legitimerende. Dansk Sygeplejeråd havde det administrative tilsyn med sygeple-

jerskeuddannelsen via de ovennævnte godkendelser, og uddannelseskravene blev reguleret ved at gøre dem til medlemskrav. Men sygeplejerådet viste også interesse i en vis statskontrol af både sygeplejen og sygeplejerskeuddannelsen, hvor der gang på gang blev fremsat ønske om en statskontrolleret eksamen (Østergaard 1989: 39).

I 1933 blev den første ”Lov om autoriserede sygeplejersker”<sup>30</sup> vedtaget. Dansk Sygeplejeråd og sygeplejerskerne fik her for første gang den statslige anerkendelse af sygepleje som et erhverv, der krævede uddannelse. Det betød samtidig, at tilsynet med uddannelsen overgik fra Dansk Sygeplejeråd til Indenrigsministeriet, repræsenteret ved Sundhedsstyrelsen, hvor den øverst ansvarlige var læge. Prisen for den statslige anerkendelse var derfor, at tilsynet reelt blev givet tilbage den dominerende faggruppe på hospitalet. En statsligt meddelt autorisation som sygeplejerske gav med andre ord ret til at arbejde i lægens klinik.

Den teoretiske undervisning, der fortsat varetages af læger, omfatter fag, som knytter sig til sygdomme såsom kirurgiske, medicinske sygdomme, børnesygdomme, veneriske sygdomme, sindssygdomme, epidemiske sygdomme etc. (Østergaard 1989: 40-41). Om den undervisning der varetages sygeplejersker, angives det at:

*” den må slutte sig til lægens undervisning, og at den skal ordnes således, at eleverne i tilslutning til de forskellige sygdommes forløb og behandling bliver undervist i den praktiske sygepleje med de forskellige krav, der stilles ved plejen af patienter indenfor de forskellige sygdomsgrupper”* (Sundhedsstyrelsen. Meddelelse til sygehusbestyrelser, overlæger og over-sygeplejersker. København 1939. I: Østergaard 1989 ibid).

Mht. den praktiske del af uddannelsen lægges der op til at der ”gøres tjeneste” mindst 8 måneder på medicinske og 8 måneder på kirurgiske afdelinger og operationsafdeling, og hvis sygehuset har flere afdelinger da mindst 4 måneder på hver afdeling (ibid). Arbejdsdelingen og vidensbasen er fortsat koblet på de medicinsk ordnede sygdomme.

## **Andet nedslag. Det fejlslagene forsøg på at etablere sygeplejerskeuddannelsen som et studium og tiden derefter**

I begyndelsen af 1960’-erne sker der en voldsom ekspansion indenfor sundhedssektoren med stor arbejdskraftmangel til følge. Samtidig kommer den nye hjælpegruppe, sygehjælperne, for alvor på banen. Ny grænser for arbejdsdeling må afklares. I relation til den praktiske del af uddannelsen gav det anledning til konflikt, idet der pga. af mangel på arbejdskraft og områdets ekspansion ikke var ”mestre” nok i praktikuddannelsen (Petersen 1993: 19). Dansk Sy-

---

<sup>30</sup> Lov (nr. 140 – 1933) om Autoriserede sygeplejersker. København 1933.



geplejeråd var meget opmærksom på den indbyggede konflikt i overenskomstforhandlingerne, hvor eleven på den ene side var i et ansættelsesforhold og skulle yde en arbejdsmæssig indsats og på den anden side skulle beskyttes mod ikke kun at være billig arbejdskraft. På baggrund af kritikken om sygeplejeelevernes anvendelse som arbejdskraft tager rådet i 1963 initiativ til at nedsætte et udvalg til at vurdere uddannelsen. Udvalgets kommissorium var at:

1. Foretage en vurdering af uddannelsen.
2. Se på forholdet mellem uddannelse og arbejde – i hvilket omfang bør eleven betragtes som studerende og som arbejdskraft?
3. Fremkomme med forslag til eventuelle ændringer af uddannelsen (Johnsen 2003: 89, Petersen 1993: 20, Østergaard 1989: 85).

Rapporten forsinkes og udkommer først i 1969. Elevernes oplevelser af praktikuddannelse var ikke i første omgang blevet inddraget i rapporten, og først da resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse integreres i rapporten, udgives den (Petersen 1993: 20)<sup>31</sup>. Set i lyset af de studenterdemokratiske bevægelser, der på den tid begyndte at tage form, indtræder eleverne nu også som aktører i kampen om at definere sygeplejerskeuddannelse.

I rapporten blev det fremhævet, at der i de nyuddannede sygeplejerskers virksomhedsområde blev lagt for megen vægt på rutinemæssige, elementære sygeplejeprocedurer og rengøringsarbejde på bekostning af andre områder så som den psykiske omsorg for patienten samt sygeplejerskens ledende og undervisende funktioner. Derudover konkluderedes det, at *arbejdet indenfor det kliniske område er forceret og at dette sammen med elevens status som arbejdskraft, gør uddannelsessituationen vanskelig* (Østergaard 1989: 86-87, Petersen 1993: 25). Set i et professionsperspektiv var det uholdbart, at sygeplejerskernes jurisdiktion på denne måde var utydelig. Og særligt problematisk var det, at det var distinktionen mellem sygeplejerskerne og faggrupperne nedadtil i hierarkiet, der ikke var skarpt afgrænset. Men samtidig var elevlønnen et gode, der var svært at opgive. Også som legitim kampplads for fagforeningen. Fænomenet arbejdskraftsværdi har derfor været særlig konfliktfyldt i spillet om grænsedragning og dermed arbejdsdeling, anerkendelse og professionalisering af faget og etablering af egen vidensbase.

Som konsekvens af kritikpunkterne foreslår Dansk Sygeplejeråd en sygeplejerskeuddannelse over tre år fordelt på 6 ”semestre” (der lånes nu fra det akademiske vokabularium), og som forudsætning for at uddannelsen kan gennemføres, nævner udvalget at:

---

<sup>31</sup> Rapport nr 1, 2. Reviderede udgave maj 1969 fra det af Dansk Sygeplejeråd nedsatte udvalg til vurdering af sygeplejerskeuddannelsen. Maj 1969: Undersøgelse af sygeplejerskeuddannelsen, København.

1. Mindstekravet til elevernes skolekundskaber skal hæves
2. At der planlægges optimalt undervisningsmiljø ved at samarbejdet mellem teoretisk og klinisk uddannelse og ved at samarbejdet mellem skoler og afdelinger intensiveres, og endvidere ved at afdelingerne er normeret med henblik på effektiv undervisning.
3. At et tilstrækkeligt antal sygeplejelærere skal forefindes
4. At afdelingernes sygeplejersker fortsat har mulighed for at følge programmer for intern uddannelse og videreuddannelse (Østergaard 1989: 91-92).

På baggrund af Dansk Sygeplejeråds rapport nedsætter Indenrigsministeriet i 1970 et udvalg med henblik på revision af uddannelsen. Ifølge Østergaard blev Dansk Sygeplejeråds rapport og anbefalinger læst og diskuteret ved mange sygeplejemøder landet over, og den blev angiveligt også brugt som inspiration for arbejdet med ændring i undervisningen rundt om. I rapporten var forslag til forsøgsordninger så som oprettelse af en klasse for elever med studentereksamen ved en eksisterende sygeplejeskole og inkludering af en sygeplejerskeuddannelse i en medicinsk uddannelsesgruppe samlet i et center under universitetet. I Sundhedsstyrelsen kom der i 1971 en ændret anordning om sygeplejerskeuddannelsen, som hovedsageligt var indført pga. den ændrede karakterskala i uddannelsessystemet, den såkaldte 13-skala, men der var endnu ikke taget stilling til Dansk Sygeplejeråds anbefalinger fra 1969. Østergaard skriver:

*”På grund af nedsættelsen af det tidligere omtalte udvalg [i 1970] under uddannelsesnævnet/indenrigsministeriet, følte man sig i sygeplejekredse på en måde i en venteposition”* (ibid: 93).

I Tidsskrift for Sygeplejersker fik man som Østergaard udtrykker det *”indtryk af megen aktivitet på uddannelsesområdet”* (ibid). Der blev taget initiativer til forbedringer af uddannelsen indenfor de eksisterende rammer, og man drøftede de eksisterende basisuddannelser på det nystartede Roskilde Universitetscenter og mulighederne for overbygning af en sygeplejerskeuddannelse på grundlag af en eller flere af dem. I 1973 kom Dansk Sygeplejeråd igen med en offensiv. Rådet tager initiativ til et seminar med titlen: *”Sygeplejersken og fremtidens uddannelsesstruktur”*. En af indlejerne behandler de eksisterende uddannelsessystemer i universitetsregi og de forskellige basisuddannelser, herunder hensigtsmæssigheden af og mulighederne for at integrere sygeplejerskegrunduddannelsen i Roskilde Universitetscenter, der netop var åbnet i 1972 og Aalborg Universitetscenter, der stod for at åbne i 1974<sup>32</sup>. Uddannelsernes særkende var i modsætning til de traditionelle universiteter tværfaglighed, problemorienteret

<sup>32</sup> Downloaded 8.6.2010 på <http://www.ruc.dk/om-universitetet/rucs-historie/>

og projektorienteret undervisning, som senere har været brugt som inspiration i tilrettelæggelsen af sygeplejerskeuddannelser, som jeg skal vende tilbage til senere. Dansk Sygeplejeråd nedsætter nu endnu en arbejdsgruppe, der skulle undersøge de eksisterende basisuddannelser nærmere og se på konkrete muligheder af at integrere sygeplejerskeuddannelsen i en eller flere af dem (Østergaard 1989: 94). De nye universiteters antiautoritære stil blev opfindsomt og kreativt brugt som åbninger, hvorigennem der kunne være mulighed for, at sygeplejerskerne kunne komme med ind i det universitære system.

I 1975 kommer så det længe ventede forslag til ”Betænkning nr. 730: Grunduddannelse af sygeplejersker”. Som noget nyt og centralt anderledes foreslås det, at sygeplejerskeuddannelsen udformes som et studium, og at de studerende ikke medregnes i praktikstedernes personalenormering som arbejdskraft. Adgangskravene til uddannelsen foreslås højnet, således at man enten optages på baggrund af studentereksamen eller med HF-eksamen i udvalgte fag. Uddannelsens varighed er fortsat 3 ½ år, men den foreslås opdelt i semestre. I uddannelseskitsen optræder studie-begrebet, og under fagområder omtales henholdsvis de natur- samfunds- og adfærds- og sundhedsvidenskabelige fag i modsætning til 1957-uddannelsen, hvor fagene beskrives efter sygdomskategorier, f.eks. medicinske sygdomme, børnesygdomme, kirurgiske sygdomme etc. (Kgl. Anordning § 12). Med andre ord er der lagt op til, at uddannelsen kan optages i det akademiske system.

Betænkning 730 af 1975 var imødeset med stor interesse, og den fik en positiv modtagelse. (Østergaard 1989: 98). Betænkningen blev sendt til høring hos skoleejerne - Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg Kommuner – hos Dansk Sygeplejeråd og Den Danske Almindelige Lægeforening m.fl. Men som Østergaard skriver:

*”Så kom overraskelsen, idet repræsentanter for skoleejerne i uddannelsesnævnet meddelte, at det af økonomiske og personaleressourcemæssige grunde ikke på daværende tidspunkt var muligt at gennemføre betænkningens forslag til uddannelse af sygeplejersker. Meddelelsen kom i juni 1976 og afstedkom mange indsigelser, der dog ikke havde den ønskede virkning. Igen måtte et værdifuldt forslag lide den skæbne ikke at blive gennemført” (ibid.).*

Østergaard, der på det tidspunkt selv var undervisningsleder og afdelingsleder på Danmarks Sygeplejerskehøjskole og som sådan en del af spillet, udtrykker retrospektivt flere år efter, (bogen er fra 1989) meget tydeligt den skuffelse, det må have været for mange toneangivende sygeplejersker. I forsøget på at få del i goderne har de toneangivende sygeplejersker satset hårdt på investering i uddannelseskapital, og Dansk Sygeplejeråd har været villig til at give køb på den økonomiske kapital (ingen elevløn men Statens Uddannelsesstøtte (SU)) til gengæld for at kunne holdes ude af normeringerne. Der var således lagt megen prestige i denne

satsning. Med afvisningen af Betænkning 730 bliver sygeplejerskeprofessionen ikke bare afvist, men professionen forvises også til sin samfundsmæssige plads. Og at dømme efter Østergaards ”igen”, så er det ikke første gang sygeplejefaget eller professionen oplever det på denne måde. På trods af al opfindsomhed: man udtrykker sig i universitære sprogtermer så som ”semestre”, ”videnskabelige fag”, ”studium” og ”SU, man tager akademias, dvs. den dominerendes diskurs på sig, så rakte det alligevel ikke. Skoleejerne, dvs. arbejdsgiverne, der havde det økonomiske ansvar, havde retten til at veje og finde for let. Hvordan universiteter- nes reaktion har været, er ikke undersøgt i denne sammenhæng<sup>33</sup>.

Efter en del ”vanskeligheder”, som Østergaard beskriver det (1989: 98) med forsøg på at komme til enighed om en justering af grunduddannelsen, udkommer i 1979 ”Anordning om sygeplejerskeuddannelsen nr. 31 af 29. januar 1979”. Justeringsarbejdet var præget af uoverensstemmelser om uddannelse kontra arbejdskraft. Dansk Sygeplejeråd ønskede en studieba- seret uddannelse men med mesterlæreprincippet i praktikuddannelsen fastholdt. Sundhedssty- relsen krævede adskillelse mellem sygehusbemanding og sygeplejeelever og krævede lærlin- gesystemet afskaffet. Amtsrådsforeningen ønskede at bevare eleverne som arbejdskraft (Lynggaard 2003: 34<sup>34</sup>). Enden blev, at uddannelsen fastholdes som en lærlingelignende ud- dannelses, til gengæld øges uddannelsens teoretiske indhold fra at udgøre 25% af den samlede uddannelse til at udgøre 45%<sup>35</sup>. Endvidere formaliseres 8 ugers praktiktid i primær sundheds- tjeneste, som går fra praktiktiden på de medicinsk dominerede hospitalsafdelinger. På trods af en første afvisning forhandler sygeplejerskerne sig frem til visse goder.

### **Sygeplejerskeuddannelsen nu med studiestruktur men stadig ikke en ba- cheloruddannelse**

I forbindelse med resortomlægninger indenfor sundhedsuddannelserne mellem Indenrigs- ministeriet og Undervisningsministeriet blev sygeplejerskeuddannelsen i 1984 placeret i Direk- toratet for de Videregående Uddannelser. Hensigten med omlægningen var muligheden for at lægge større vægt på uddannelsesmæssige forhold med hensyn til f.eks. styring, planlægning,

---

<sup>33</sup> Birthe Glinsvad har foretaget en analyse af Dansk Sygeplejeråds begrundelser for at ville tilslutte sig Betæn- ning 730 (Glinsvad 2006: 104-124). Analysen er inspireret af Bourdieus teori om socialt rum og baserer sig på ledere, synspunkter og artikler fra fagbladet ”Sygeplejersken”, skrevet overvejende efter, at skoleejerne af øko- nomiske årsager havde afvist Betænkningen i juni 1976. Hun konkluderer, at Dansk Sygeplejeråd ser akademi- sering af uddannelsen som et middel til at udvikle sygeplejerskegruppens kompetence mhp. at opnå bedre løn, dvs. som middel til at øge den økonomiske kapital, snarere end at akademiseringen i sig selv skulle opnå posi- tion i det sociale rum.

<sup>34</sup> Lynggaard har i sit cand. cur. speciale undersøgt diskursen i fagtidsskriftet, Sygeplejersken, i perioden 1990 – 2001 om at gå fra et teoretisk studium. Belyst i et professionsstrategisk perspektiv

<sup>35</sup> Man kan diskutere, hvor meget lærlinguddannelse det reelt var, idet et tilbagevendende problem var, at der manglede mestre jf. ovenstående.

struktur m.v. (Johnsen 2003: 91 ff). Med andre ord: staten anerkender formelt, at sygeplejerskeuddannelsen må være en del af uddannelsessystemet, hvorfor den passes ind efter den centraladministrative organisering. Set i lyset af de strategier, Dansk Sygeplejeråd historisk har forsøgt sig med for at få uddannelsen anerkendt som en 'rigtig' uddannelse, må denne ændring ses som et skridt i den 'rigtige' retning. D. 2. marts 1990 udsender Undervisnings- og Forskningsministeriet Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen nr. 143. Den gamle elevuddannelse er omlagt til en mellemlang videregående uddannelse nu på 3 ¾ år. Der lægges op til en studiestruktur med 55% teori og 45% praktik. I bekendtgørelsen bliver elever til studerende og skoleforstandere bliver til rektorer (Lynggaard 2003: 40). I en engelsk oversættelse af 90-bekendtgørelsen tilføjer Dansk Sygeplejeråd på eget initiativ "Bachelor Degree in Nursing Science", et udtryk som ikke findes i den danske officielle bekendtgørelse. Nu satser fagforeningen således på en fagpolitisk strategi, der bruger det internationale trumfkort som løftestang. At dette ikke gjaldt indenlands forekom sygeplejeskolernes rektorer urimeligt. Derfor påbegyndtes et arbejde med at løfte sygeplejerskeuddannelsen til dansk bachelorniveau, men det fik en brat ende, da undervisningsministeren i 1994 tilsluttede sig Universitets Rektorkollegiums indstilling om, at alene universitetsuddannelser med kandidatoverbygning var berettiget til bachelorakkreditering (Amtsrådsforeningen 1999: 12).

På indholdssiden er fagene i teoridelen ikke længere beskrevet i relation til sygdommene. Nu tales der om sundheds- og sygeplejefaget, øvrige sundhedsvidenskabelige fag, naturvidenskabelige fag, humanistiske og samfundsvidenskabelige fag (Undervisnings- og Forskningsministeriet 1990 § 4). For så vidt angår praktikuddannelsen består den nu af to hovedområder:

1. Sundheds- og sygepleje rettet mod raske mennesker og mennesker hvis sundhedstilstand er truet (udgør 25%)
2. Sundheds- og sygepleje rettet mod akut og kronisk, somatisk og psykisk syge mennesker (udgør 75%).

Her er orienteringen mod de medicinske specialer fraveget til gengæld for mere fokus på ikke blot plejen til de syge på hospitalerne men også plejen af de sunde, hvilket kan tolkes som et forsøg på at få andel i forbyggelsesaspektet, som ikke var et lægedomineret felt. Med 1990-uddannelsen starter også en udfasning af den omstridte fastholdelse af de studerende i en arbejdstager – arbejdsgiverforhold. De studerende fik forlænget uddannelsen med ¼ år mod gradvist at overgå til statens uddannelsesstøtte. De studerende skulle indregnes i praktikstedets normering gennemsnitligt med 66% af et sygeplejerskeårsværk (Undervisningsministeri-

et 1989: 11, 107-125). Som følge af forhandlingerne mellem Dansk Sygeplejeråd, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, København og Frederiksberg Kommune (Dansk Sygeplejeråd 1993: 1-3) nedsættes i 1993 vederlagets størrelse i de to første uddannelsesafsnits praktikdele til Statens Uddannelsesstøtte (SU)-niveau for derefter i 1995 at blive erstattet af SU (Amtsrådsforeningen 1994: 1-11). Men på trods af udfasningen, gives der fortsat vederlag i praktikuddannelsen (Petersen 1993: 47).

### **Ad bagvejen ind i akademia og sygeplejelærerne ud af den praktiske del af uddannelsen**

Hvor der i 1990 lægges op til, at sygeplejerskeuddannelsen er et studium, bliver kandidatuddannelse i sygeplejevidenskab for sygeplejersker i året efter en realitet i et samarbejde mellem Danmarks Sygeplejerskehøjskole og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet<sup>36</sup>. Sundhedsministeriet godkender ph.d. uddannelsen i sygepleje som et 5-årigt forsøg under Det Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd. Med kandidatuddannelsen var det nu for første gang muligt at få en akademisk overbygning på grunduddannelsen forudgået af et års sygeplejepraksis (Petersen 1993: 55- 56), men grunduddannelsen var ikke forankret i en bacheloruddannelse. I 1993 oprettes det første professorat i klinisk sygepleje, et 5-årigt professorat finansieret af Dansk Sygeplejeråd (Petersen 1998: 19). Ad skæve veje og foreløbig på lånt tid og økonomisk støtte fra fagforeningen lykkedes det således sygeplejerskerne at etablere en universitær overbygning på sygeplejerskeuddannelsen. I dag har aktiviteterne konsolideret sig i en permanent *Afdeling for Sygeplejevidenskab*, som er en af otte sundhedsfaglige afdelinger under Institut for Folkesundhed, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. I afdelingen udbydes Kandidatuddannelsen i sygepleje med et årligt optag på 50 og masteruddannelse i klinisk sygepleje<sup>37</sup>.

Sygeplejelærerne havde indtil nu arbejdsfunktioner i såvel den teoretiske som den praktiske del af uddannelsen, hvor de deltog i plejen sammen med de sygeplejestuderende. Da Dansk Sygeplejeråd foreslog, at sygeplejelærerne kun skulle deltage i slutevalueringer, var sygeplejelærerne ikke begejstrede ved udsigten til at slippe praksis. De så deres rolle som dem, der netop var i stand til at koble teori og praksis i uddannelsen (Lynggaard 2003: 96). Opgaverne i praktikdelen forbandt sygeplejelærerne med deres oprindelige erhverv og var med til at vedligeholde en stærk sygeplejeidentitet. Samtidig var det også en måde at bevare kontrollen over hele uddannelsen på og en måde at fremhæve de særlige kompetencer, en lærer på sko-

<sup>36</sup> Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om kandidatuddannelse i sygepleje nr. 786 af 29. august 1994: 1-3.

<sup>37</sup> Downloaded 15.4.2011 på: <http://folkesundhed.au.dk/sygeplejevid/uddannelse/kandidat/optagelse/>

len havde til forskel fra de ”almindelige sygeplejersker”. Dansk Sygeplejeråd foreslog, at sygeplejelærerne i stedet skulle forske i praksis, hvilket ikke kom til at ske. Imidlertid var startskuddet gået til sygeplejelærernes fornyede måde at forholde sig til praksis på; nu ikke som agerende og handlende men som distancerende, objektiverende og kontrollerende i form af deltagelse ved indledningssamtaler og praktikprøver, og med udsigten til potentielt at kunne forske. Samlet set var det en bedre position for sygeplejelærerne. Da de trak sig fra praksis, stod praksissygeplejerskerne imidlertid klar til at udfylde pladsen og andre sygeplejersker endnu til at tilbyde pædagogiske kurser. I årene herefter etableredes sporadisk og på lokale initiativer kurser i praktikvejledning for sygeplejersker varierende fra 3-4 dage til 7 ugers kursus, som kulminerede med den statsligt anerkendte *Uddannelse af kliniske vejledere til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser*<sup>38</sup> fra 2002, som jeg senere skal vende tilbage til.

### **Tredje nedslag. Professionsbachelorens gennemslag parret med statens moderniseringsbestræbelser**

Som en del af moderniseringen af den offentlige sektor institutionaliseres den statslige kvalitetskontrol i en dertil indrettede institution, Evalueringscenteret<sup>39</sup>, som i 1995 foretager en samlet evaluering af sygeplejerskeuddannelsen i Danmark<sup>40</sup>. Dansk Sygeplejeråds rolle er i den henseende udspillet, og rådet deltager i modsætning til tidligere ikke i evalueringsarbejder af sygeplejerskeuddannelsen. Evalueringen foretages umiddelbart efter, at det første hold sygeplejersker er uddannet på landets sygeplejerskoler efter 1990-bekendtgørelsen, hvor uddannelsen første gang blev kategoriseret som et studium – om end i en tillempet form jf. ovenstående. Faggruppens vidensbase som en vigtig professionsmarkør skulle måles og vejes offentligt. Der stod således meget på spil, og evalueringen var imødeset med stor spænding<sup>41</sup>.

---

<sup>38</sup> *Bekendtgørelse om uddannelse af kliniske vejledere til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser*. BEK nr 497 af 20/06/2002.

<sup>39</sup> Evalueringscenteret eksisterede fra 1992-1999 og var et selvstændigt statsligt institut under Undervisningsministeriet. Herefter fungerer den statslige evaluering gennem Evalueringsinstituttet, EVA. <http://www.eva.dk/om-eva/ogaver-og-handlingsplan/lovgrundlag>, downloaded 13.06.10.

<sup>40</sup> Undervisningsministeriet nedsatte i 1994 fem uddannelsesråd for de videregående uddannelser indenfor universitetsafdelingen og erhvervsskoleafdelingens områder. Her var Sundhedsuddannelsesrådet et af de fem råd, der skulle bistå ministeriet i relation til det særligt fagspecifikke.

<http://www.au.dk/om/administration/index/Ostyrelseadministration/08/historisk/uvv22016/> Downloaded 13.6.2010.

<sup>41</sup> Morten Nørholm har i sin ph.d. afhandling, *Om den sociale og symbolske funktion af uddannelsesevalueringer- konstruktion af et objekt* (Nørholm 2008) vist, hvordan evaluering fungerer som en politisk manøvre for at få ting gjort på en bestemt politisk måde.

Målt efter den akademiske målestok, finder styregruppen, at de fastansatte sygeplejelærere qua deres manglende videreuddannelse *"ikke er kvalificerede til at varetage den type undervisning, som relaterer sig til en mere akademisk, videnskabelig tilgang til undervisningen og dens indhold"* (Evalueringscenteret 1996: 25-26). Derudover *"kommer det bagpå styregruppen"* at sygeplejelærerne varetager undervisning i fag, som ligger udenfor det sygeplejefaglige område. Dette kritikpunkt blev støttet af de studerende, som *"vurderer sygeplejelærernes kvalifikationer markant lavere end de løstansatte eksterne underviseres"* (ibid). Med andre ord: sygeplejerskeuddannelsen som studium blev vejet og fundet for let. Ikke nok med at det blev vurderet, at sygeplejelærerne ikke havde de fornødne akademiske kvalifikationer, sygeplejelærerne blev også kritiseret for ikke at have fornødent kendskab til de kliniske dimensioner af sygeplejefaget (ibid: 26). Sygeplejelærerne blev således ramt på begge deres dobbeltkompetencer, hvilket kan forklare, at kritikken oplevedes som *"barsk"*<sup>42</sup>. Selvom et antal sygeplejelærere var påbegyndt opkvalificering af akademiske kompetencer i form af kandidat- og masteruddannelser, vurderede Styregruppen, at det slet ikke var tilstrækkeligt, og det blev anbefalet, at de faste lærere skulle gives mulighed for at erhverve sig en kandidatuddannelse indenfor deres respektive fagområde (ibid: 26). På det tidspunkt blev der udbudt 20 studiepladser om året på cand. cur. uddannelsen, som kun blev udbudt i Århus, og sygeplejelærerne fandt andre videreuddannelser overvejende indenfor humaniora og samfundsvidenskab.

### ***Evalueringssrapporten og den kliniske undervisning***

Med hensyn til den kliniske undervisning, som praktikuddannelse nu konsekvent med denne rapport kaldes, var det et centralt kritikpunkt, at arbejdskraftværdien stadig var styrende for den studerendes muligheder for læring. På trods af delt praktikvederlag og delt SU, finder styregruppen, at de studerende stadig bliver set som arbejdskraft i de perioder, hvor de er på SU. Styregruppen anbefaler derfor, at praktikvederlaget *"helt må bortfalde"* (Evalueringscenteret 1996: 22). Det kritiseres, at en stor del af tiden i de kliniske uddannelsesforløb er de studerende *"blot til stede og går med rundt på afdelingen"* (ibid: 20). I forlængelse heraf pointeres det, at de uddannelsesmæssige kriterier bør være styrende for tilrettelæggelsen og indholdet af den kliniske uddannelse. Som konsekvens heraf anbefaler styregruppen, at de studerende *"ikke bør udføre eller gentage opgaver/funktioner i et omfang, som ikke kan berettiges fra et uddannelsesmæssigt synspunkt"* (ibid). Det gamle 'problem' med ar-

---

<sup>42</sup> Se f.eks.: Nielsen, Carsten, sygeplejelærer. "En bitter pille at sluge". I Sygeplejersken 42/1996 og Bønlykke, Mette, Else Møller, sygeplejelærere. "Mangelfuld evalueringssrapport". I: Sygeplejersken 49/1996.



bejdskraftsværdien skygger tilsyneladende fortsat for udvikling af det, der nu kaldes den kliniske undervisning. Endvidere anbefaler Styregruppen, at de studiedage, som flere skoler og kliniksteder har indført, indføres konsekvent for, at de studerende *”individuel eller i grupper reflekserivt behandler kliniske såvel som teoretiske aspekter fra klinikforløbet”* (ibid: 21).

Styregruppens fokus på uddannelse og undervisning frem for oplæring i sygeplejerskearbejdet er et vink med en vognstang til undervisningsplanlæggere i den kliniske del af uddannelsen om at strukturere og planlægge i højere grad. Styregruppen anerkender dog, at deltagelse i det daglige arbejde under vejledning er en velegnet undervisningsform i den kliniske uddannelse, men at der må være en eller to faste kliniske *undervisere* tilknyttet hver enkelt studerende (ibid). Endelig introducerer Styregruppen begrebet *klinik*, som en undervisningsform, *”hvor undervisningen er struktureret og koncentrerer sig om en konkret patient-/klientsituation. Klinikker vil kunne tilgodese de væsentlige formål med klinisk uddannelse – herunder koordinering af teori og praksis, tværfaglighed og fagintegration – ved anvendelse af viden, færdigheder og holdninger, der er tilegnet gennem den teoretiske såvel som den kliniske undervisning, problemorientering, helhedsopfattelse af patienten mv.”* (ibid). Til at varetage det øgede fokus på undervisning anbefalede rapporten en opkvalificering af de kliniske undervisere (ibid: 106). Kravet om uddannede kliniske vejledere blev positivt modtaget af praksissygeplejerskerne<sup>43</sup>. Eftersom kritikken i højere grad var rettet mod de strukturelle vilkår, blev praktikvejledernes faglighed ikke beklippet på samme måde, som det var tilfældet for sygeplejelærerne i relation til kritikken af den teoretiske del af uddannelsen. I 2002 kom så den statslige anerkendelse af praktikvejlederuddannelsen i form af en tværfaglig uddannelse af kliniske vejledere til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser. Den afløste sporadisk udbudte praktikvejlederkurser.

Mere systematik og struktur skal tilsyneladende holde styr på en praksis, der tænkes at kunne reguleres med pædagogiske teknologier. Man fornemmer også en vis afstandstagen til mestrelæren, som klinisk undervisning ikke ønskes forbundet med – i hvert fald ikke uden ledsagende og navnlig synlige pædagogiske teknologier. Og endelig fremføres dogmet om, at der skal være sammenhæng mellem teori og praksis.

## **Reform af de mellemlange videregående uddannelser og institutionsstrukturen – en ny åbning mod academia?**

---

<sup>43</sup> Se f.eks. Jakobsen, Hanne. ”Vejledning kræver tid” I: Sygeplejersken 10/1996.

Reformen af de mellemlange videregående uddannelser, der fik status som professionsbachelor blev en realitet i 2001. Her blev særligt sundhedsuddannelserne strømlinet<sup>44</sup>. Med bachelortitlen bortfaldt det omstridte vederlag i sygeplejerskeuddannelsen, som nu blev en fuldt SU-finansieret uddannelse i lighed med andre videregående uddannelser.

I slutningen af 90'erne havde den daværende regering en målsætning om, at halvdelen af en ungdomsårgang skulle have en videregående uddannelse - en målsætning som stadig gælder i dag men nu med frist til 2015<sup>45</sup>. Herved blev der skabt et pres på uddannelsessystemet, som gav anledning til, at de videregående uddannelsers struktur måtte nytænkes. I reformbestræbelserne indenfor de videregående uddannelsers institutionelle struktur skelede man til to hovedlinjer, som havde tegnet sig i de europæiske lande (Undervisningsministeriet 1998: 25). I den ”angelsaksiske model” var korte videregående uddannelser og mellemlange videregående uddannelser og mindre og specialiserede universiteter indfusioneret i ”megauniversiteter”, eller mellemlange videregående uddannelsesinstitutioner blev opgraderet til universiteter, som det f.eks. sås i England.

I Undervisningsministeriet lod man sig imidlertid inspirere af ”den kontinentaleuropæiske model” eller ”fachhochschule-modellen”, som i forskellige variationer sås i f.eks. Holland, Tyskland, Østrig, Belgien, Schweiz. Her var idéen at opbygge et ”stærkt alternativ” til den traditionelle universitetssektor for at sikre, at universiteterne ikke ”bukkede under for det kvalitative og kvantitative pres”, de udsattes for som følge af den stigende søgning (ibid).

Inspirationen fra den kontinentaleuropæiske model fik som konsekvens, at der i 2000 oprettedes 22 Centre for Videregående Uddannelser (CVU'er)<sup>46</sup>. Set i lyset af at toneangivende

---

<sup>44</sup> Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen*. BEK 232 af 30.03.2001. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om radiografuddannelsen*. BEK nr. 233 af 30.03.2001. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om jordmoderuddannelsen*. BEK nr. 234 af 30.03.2001. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om bionalytikeruddannelsen*. BEK nr. 235 af 30.03.2001. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om fysioterapeutuddannelsen*. BEK nr. 236 af 30.03.2001. Undervisningsministeriet, København, 2001.

Undervisningsministeriet. *Bekendtgørelse om ergoterapeutuddannelsen*. BEK nr. 237 af 30.03.2001. Undervisningsministeriet, København, 2001.

<sup>45</sup> Frem til marts 1998 bestod regeringen af Venstre, Det konservative Folkeparti, Centrumdemokraterne og Kristeligt Folkeparti. Herefter fulgte en socialdemokratisk ledet regering med Margrethe Vestager fra Det radikale Venstre som undervisningsminister frem til 2001. Under regeringens resultater for 1999 kan man læse, at der blev oprettet 3000 ekstra pladser på de videregående uddannelser (Statsministeriet, 1999. Regeringens resultater oktober 1998 – maj 1999 downloaded 12.6.10 på <http://www.stm.dk/publikationer/Regres99/default.htm#Undervisningsministeriet>

<sup>46</sup> Jævnfør Bekendtgørelse af lov om centre for videregående uddannelse og andre selvejende institutioner for videregående uddannelser m.v. nr. 684 af 11. juli 2000

sygeplejersker – ikke mindst Dansk Sygeplejeråd - i årevis havde kæmpet for at knytte sig til det akademiske system, var valget af den kontinentaleuropæiske model ikke det, sygeplejerskerne ønskede. I forbindelse med at forstanderinde i Sundhedsstyrelsen gennem to årtier gik på pension i 2002, skriver en af journalisterne i ”Sygeplejersken”:

*Karenlene Ravn er for længst kommet sig over skuffelsen over, at sygeplejerskeuddannelsen ikke blev en universitetsuddannelse, sådan som det var ønsket, for med skolernes og de nye uddannelsescentres pligt til at lave samarbejdsaftaler med universiteterne er der sikret forskningsbaseret viden til praksis. (Sygeplejersken 4/2002 ”Et ærinde for sygeplejen”).*

Forstanderinden indrømmer sin skuffelse, men hun får vendt det til, at institutionsstrukturen er en fordel for sygeplejerskerne. I virkeligheden er her måske snarere tale om, at gøre en dyd af nødvendigheden, som Bourdieu har identificeret er de underprivilegeredes foretrukne strategi (Bourdieu 2002: 247-250). Sygeplejerskernes professionsstrategier i relation til at koble sig til universiteterne blev atter slået tilbage, hvor sygeplejerskerne endnu engang fik en kollektiv erfaring med at blive forvist til ”en passende plads”. Professionsbestrebelse rakte ikke, og sygeplejerskerne måtte nu indgå i mere eller mindre uheldige alliancer med andre mellemlange videregående uddannelser.

I 2007 vedtager folketinget Lov om professionshøjskoler for videregående uddannelser, BEK 06/06707 (Undervisningsministeriet 2007), og fra 2008 etableres otte (i 2010 reduceret til syv) professionshøjskoler i Danmark<sup>47</sup>. Den kontinentaleuropæiske model for de mellemlange videregående uddannelser er nu en realitet Danmark. Først som Centre for Videregående Uddannelser, så med Professionshøjskoler for de mellemlange videregående uddannelser. Seneste skud på stammen er erhvervsakademiuddannelsernes fusion med professionshøjskolerne jf. Lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbachelor<sup>48</sup> Med loven samles nu de korte og mellemlange videregående uddannelser i ét samlet uddannelsessystem. Sygeplejersker uddannes således i strukturelt samme institution som f.eks. VVS-installatører og grafiske designteknologer. Praktikuddannelse gøres til et obligatorisk element i alle videregående uddannelser under Undervisningsministeriet. For erhvervsakademiuddannelserne gælder

---

<sup>47</sup> En professionshøjskole har til opgave at ”udbyde og udvikle videregående uddannelser og efter- og videreuddannelse, der på et internationalt fagligt niveau imødekommer behovet for kvalificeret arbejdskraft i såvel den private som offentlige sektor”. Endvidere skal en professionshøjskole skal ”sikre, at uddannelsernes vidgrundlag er karakteriseret ved professions- og udviklingsbaseret, bl.a. gennem samarbejde med relevante forskningsinstitutioner, jf. § 5, stk. 2” Undervisningsministeriet, 2007. Lov om professionshøjskoler for videregående uddannelser, Lov nr 562 af 06/06/2007.

<sup>48</sup> Lov 207 af 31/03/2008 og med deraf følgende Bekendtgørelse om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser BEK nr. 636 af 29/06/2009.

det 3 måneders obligatorisk praktik; for professionsbacheloruddannelserne gælder det 6 måneder<sup>49</sup>.

Med Lov om Professionshøjskoler hedder det, at: *”Professionshøjskolerne og universiteterne skal samarbejde strategisk og konkret. Professionshøjskolen skal endvidere samarbejde med andre relevante forskningsmiljøer og med de erhverv og professioner, som professionshøjskolernes uddannelser retter sig mod”* (Lov nr 562 af 06/06/2007, § 5 stk. 2). Så den afgående forstanderinde i Sundhedsstyrelsen havde for så vidt ret i, at der var åbnet en dør ind til universiteterne, om end der også var åbnet en anden dør til de kortere videregående uddannelser. Forskningskompetencen ligger fortsat i universiteterne, ligesom master- kandidatuddannelserne gør det<sup>50</sup>. Konsekvensen af de mange fusioner – først til CVU’er sidenhen til professionshøjskoler betød, at institutionerne blev det, Krejsler har omtalt som omstillingsramte. Hvad der kommer ud af de partnerskaber både opadtil og nedadtil, har vi stadig til gode at se. Så hvad der på den ene side så ud som en opadstigen, udlignedes med et trin nedad stigen. Eller sagt med Callewaerts metafor om uddannelse: Den er som en stige, der står på mosegrund: Selvom man kravler opad, synker man alligevel nedad (Callewaert 2000: 40-42).

### **Den tiltagende kritik af sygeplejerskeuddannelsen og et øget fokus på klinisk undervisning – eller: forsøget på at få ”foden i hosen”**

Sygeplejerskerne havde fået professionsbachelortitlen, sygeplejelærerne havde fået akademiske uddannelser, og uddannelsen blev nu udbudt i store uddannelsesinstitutioner, der ikke var men lignede universiteter og i det mindste var at sammenligne med, hvad man gjorde i udlandet jf. den kontinentaleuropæiske model. Alligevel fortsatte kritikken af sygeplejerskeuddannelsen. Overordnet samlede kritikken sig omkring tre temaer:

- de nyuddannede sygeplejerskers for ringe kompetencer – kompetencekritikken
- for stort frafald på uddannelsen – frafaldskritikken
- for akademisk uddannelse – akademiseringskritikken.

Kritikkerne hang indbyrdes sammen, og de betød samlet set, at fokus rettede sig mod en styrkelse af indsatsen i den praktiske del af uddannelsen.

---

<sup>49</sup> Lov nr 207 af 31/03/2008.  *Lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser*, § 5 og 6.

<sup>50</sup> Indtil videre, måske? For der arbejdes på at kunne udbyde professionsmastere på professionshøjskolerne. Se f.eks. ”Professionshøjskolernes politik for professionsmasteruddannelser” downloaded 16.4.2011 på: [http://www.uc-dk.dk/da/images/stories/pdf/professionsmaster/professionsmasteruddannelse\\_politik\\_2009.pdf](http://www.uc-dk.dk/da/images/stories/pdf/professionsmaster/professionsmasteruddannelse_politik_2009.pdf)

Frafaldskritikken: En rapport lavet af Amternes og kommunernes forskningsinstitut viste, at 35% af de studerende faldt fra uddannelsen (Jensen et al. 2006). Selvom der blev peget på, at mange unge i dag foretager *omvalg*, hvilket vil sige, at der i princippet ikke er tale om et fald men et valg, så blev det politisk opfattet som uacceptabelt. I relation til de studerendes egne begrundelser for at afbryde eller at overveje at afbryde uddannelsen vurderede rapporten, at tilrettelæggelsen af den kliniske del af uddannelsen spillede en rolle for frafaldet, idet en del studerende på forskellig vis havde oplevet problemer i den kliniske del af uddannelsen. 29% syntes ikke uddannelsen var ”praktisk” nok, 22% mente, at uddannelsen var ”for teoretisk”, og 24% mente, der blev stillet for store krav til med hensyn til individuelle krav og lektier – ikke mindst til de teoretiske refleksioner i den kliniske del af uddannelsen. 21% havde problemer med at etablere et godt forhold til deres kliniske vejledere i de kliniske forløb. Og det gjaldt for både dem, der kun overvejede at afbryde og dem, der havde afbrudt uddannelsen. Rapporten inddelte de sygeplejestuderende i kategorierne *de praktisk orienterede*, *de professionsorienterede* og *de akademisk orienterede studerende*, og ikke overraskende var frafaldsprocenten højere hos de studerende, der havde et karaktergennemsnit på 7,5 eller derunder. Både socio-økonomiske vilkår og personlige præferencer kategoriseredes samlet som ”individuelle karakteristika” (Jensen et al 2006: 25), og selvom det anerkendtes, at disse forhold spillede en rolle, tillagdes de en begrænset værdi (ibid). Men noget kunne tyde på, at det ændrede rekrutteringsgrundlag, som Eriksen (2002) fandt ved studier af sygeplejestuderendes sociale, institutionelle og skolemæssige forudsætninger over en 10 års periode kan bidrage med noget af forklaringen på ”frafaldskritikken”.

Kompetencekritikken gik på, at der var betydelig afstand mellem de på uddannelsen tilegnede kompetencer og de kompetencer, der var behov for til opgaveløsning i praksis. Lederne valgte angiveligt de unge sygeplejersker fra, fordi de ikke var funktionsdygtige efter uddannelsen men først skulle læres op<sup>51</sup>. Kritikken udgik officielt fra den såkaldte Muusmann-rapport bestilt af Undervisningsministeriet og gennemført af konsulentfirmaet Mussmann, (Mussmann 2006), hvor den forventede udvikling indenfor sundhedsområdet indenfor de næste 5-10 år blev analyseret.

Ifølge rapporten manglede nyuddannede sygeplejersker basal viden om anatomi og fysiologi, sygdomslære og sygeplejetekniske færdigheder, og der var behov for mere undervisning i bl.a. IT og videnskabelig metode. Det vurderedes i rapporten, at uddannelsen – i lighed med de andre mellemlange videregående sundhedsuddannelser - var blevet mere akademisk orien-

---

<sup>51</sup> Se f.eks. Berentsen, Karen. ”Umuligt at få arbejde som nyansat”.I: Sygeplejersken 16/2005.

teret, og at dette var sket på bekostning af den praktiske dimension (Muusmann 2006: 15). Selvom det blev påpeget, at stofmængden generelt var for stor, blev det ikke anbefalet, at der skulle skæres i teorimængden. Der blev til gengæld peget på, at ”teori kan integreres i klinikken”, og at praktikken bør foregå i samlede perioder (ibid). Det vil altså sige, at praksis skulle styrkes ved at inddrage mere teori. Praksiskundskab skulle forløses ved teoretisk mellemkomst gennem pædagogiske initiativer.

*Rektorforsamlingen af sygeplejerskeuddannelser i Danmark* fik selv foranlediget en undersøgelse af de nyuddannedes kompetencer efter indførelsen af professionsbacheloruddannelsen. I undersøgelsen **Evaluering af sygeplejerskeuddannelsen** (Rambøll Management 2006) blev såvel dimittender, aftagere og censorer, dvs. fortrinsvis sygeplejersker, spurgt om, hvorvidt de oplevede de nyuddannedes kompetencer bedre eller dårligere i forhold de sygeplejersker, der er uddannet efter 1990 ordningen<sup>52</sup>.

Der var ikke noget entydigt svar, idet 25% oplevede, at kompetencerne var blevet bedre, mens 28% oplevede, at de var blevet dårligere. De resterende oplevede ingen ændringer, eller havde ikke taget stilling. Men rektorforsamlingen havde demonstreret, at kritikken af uddannelsen blev taget alvorligt.

”Kompetencekritikken” blev koblet tæt til ”akademiseringskritikken”, som også var en del af ”frafaldskritikken”, og medierne kom til at spille en fremtrædende rolle i produktionen af kritikken. Lederen af Dansk Folkeparti, Pia Kjærsgaard, der selv havde en fortid indenfor sundhedsvæsenet som hjemmehjælper, udtalte, at: *”Vi skal passe på, at vi ikke når dertil, at vi mener, at jo flere bøger man har læst, jo bedre sygeplejerske bliver man”*<sup>53</sup>, og hun stillede spørgsmålstegn ved, om det var nødvendigt at have en studentereksamen for at blive sygeplejerske<sup>54</sup>.

Hen over sommeren 2006 kulminerede kritikken af sygeplejerskeuddannelsen, idet der nu i dagspressen rejste sig en mediestorm, ikke mindst anført af en ledende ortopædkirurgisk overlæge på Bispebjerg Hospital, Bent Duus, der mente, at *”teorien i dag fylder så meget, at sygeplejersker i dag ikke kan udføre basal sygepleje såsom at skifte bandager”*<sup>55</sup>.....og senere: *”Hvad har krævende filosoffer som Habermas, Giddens, Merleau-Ponty og Bourdieu ...*

---

<sup>52</sup> Kompetencerne vurderes på forskellige kompetenceområder: handlekompetencer, sociale kompetencer, læringskompetencer, fagetiske kompetencer, patientinddragelse og evalueringskompetencer (Rambøll 2006:1)

<sup>53</sup> Kjærsgaard, Grete. ”Pia Kjærsgaard: Sygeplejersker behøver ikke studentereksamen”. I: Sygeplejersken 02/2005

<sup>54</sup> Se f.eks. Flint Petersen, Lars. ”Frafald på studiet kan mindskes” I: Sygeplejersken 18/2005

<sup>55</sup> Se presseresuméer vedr. diskussion om sygeplejerskers kvalifikationer Lokaliseret 9.11.07 på: [http://www.dsr.dk/dsr/tekstlink\\_net.asp?id=4089395](http://www.dsr.dk/dsr/tekstlink_net.asp?id=4089395)

*med at skifte et drop at gøre?*<sup>56</sup>. Der sporede både blandt sygeplejersker og lægfolk en vis form for reception for synspunktet. F.eks. tilsluttede en mandlig afdelingssygeplejerske sig kritikken dagen efter, og selv i Politikens satirespalte, *At Tænke Sig* (ATS), blev sygeplejerskernes angivelige forkærlighed for ”store tænkere” taget under kærlig behandling<sup>57</sup>.

Undervisningsminister Bertel Haarder erklærede sig enig i, at teori fyldte for meget i uddannelsen: ”Jeg synes, det er tid til at spørge, om man gjorde det rigtige dengang - og det tror jeg ikke, at man gjorde”, sagde Bertel Haarder til Radioavisen d. 22. August 2006 (se fodnote 55). Hvad der præcist henvises til med ”dengang” er ikke helt tydeligt. Men man fornemmer, at ministeren hentyder til de såkaldte akademiseringstendenser. Undervisningsministeriet nedsatte et hurtigt arbejdende udvalg, der skulle se på mulighederne for at ændre uddannelsen. Problemet var angiveligt, at uddannelsen havde vægtet den teoretiske undervisning højere end den praktiske, og at det var en stor del af årsagen til det store frafald blandt de praktisk orienterede studerende.

Udvalget udtrykte bekymring for ”*valget af filosofisk og samfundsorienteret teori frem for klinisk praksis og sygeplejelære, så de praktisk orienterede sygeplejestuderende falder fra*”, som det hed i Undervisningsministeriets anbefalinger til revision af sygeplejerskeuddannelsen (Undervisningsministeriet 2006b:1). Undervisningen skulle passe til det ændrede rekrutteringsgrundlag. Når både hjemmehjælperen og overlægen gav udtryk for de samme synspunkter, kan det være et udtryk for, at der var konsensus om, at der ikke skulle skabes uorden i den samfundsmæssige klassedeling. I et Bourdieu-perspektiv får kritikken gennemslagskraft, eftersom en repræsentant fra den dominerende (fag)gruppe (i det medicinske felt) har retten til at påføre sin definition af situationen som den rigtige. At kritikken ikke blot blev ved debatten men blev genstand for satire siger måske noget om den grad af inkorporering hos den brede befolkning, der finder sted af helt fundamentale klassestrukturer, og som muliggør satire.

Hele forløbet kaldte på politisk handling. Den praktiske del af uddannelsen skulle styrkes. Nu skulle der mere eftertryk på profession og mindre på bachelor. Ved at styrke den praktiske del af uddannelsen kunne uddannelsen dels bedre passes ind i uddannelsesstrukturen dels matche rekrutteringsgrundlaget.

Samme år udkom en rapport fra Danmarks Evalueringsinstitut: ”*Praktik i professionsbacheloruddannelserne. Udfordringer, erfaringer og gode råd*” (Danmarks Evalueringsinstitut

---

<sup>56</sup> Politiken, 21/08, 2006, s. 4. Downloaded 28.5.10 på <http://politiken.dk/indland/article163897.ece>

<sup>57</sup> Downloaded 16.6.10 på

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=14214&menu=195009>

2006)<sup>58</sup>. Som det ses af titlen, er det underforstået, at der er problemer med praktikuddannelsen generelt i professionsbacheloruddannelserne. I undersøgelsen peges der bl.a. på, at praktikvejlederne ikke uddannes godt nok:

*”Deltagere fra alle cases fremhæver, at det hæmmer et godt praktikforløb, hvis praktikvejlederne ikke er uddannede til at vejlede” (ibid: 34). Og videre: ”Det er nødvendigt, at de undervisere og vejledere, som de studerende har kontakt med i løbet af praktikken, er kompetente og kan løfte det uddannelsesmæssige ansvar, de har. Det er dog langt fra alle praktikvejledere, der har en formel vejlederuddannelse, og det er tilsyneladende en væsentlig udfordring for praktikstederne at stille kompetent og tilgængelig vejledning til rådighed for den studerende i praktikforløbet. Udfordringerne handler i denne forbindelse om vejlederens kompetence.” (ibid: 37).*

Akademiserings- og frafaldskritikken gjaldt for så vidt for flere af de mellemlange videregående professionsbacheloruddannelser, og den generelle løsning var uddannede praktikvejledere med pædagogisk kompetence. Flaskehalsen peger nu for alvor på den kliniske vejleder, som må skabe orden i uordenen.

I september 2006 nedsatte undervisningsministeriet et hurtigt arbejdende udvalg, hvilket var meget kort tid efter den mediestorm, der rejste sig hen over sommeren. Udvalget fremkom med 13 anbefalinger hvoraf de 10 var af relateret til klinisk undervisning og/eller sammenhængen med den teoretiske del af uddannelsen (Undervisningsministeriet 2006b).

Den 7. november samme år forelå der en ny *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor som sygeplejerske BEK nr 1095 7/11/2006*. Rektorforsamlingen for Sygeplejerskeuddannelsen i Danmark havde løbende arbejdet for at sikre en fælles, ensartet kvalitet i uddannelsen, og januar samme år nedsættes en projektgruppe, der skulle udarbejdes en fælles national studieordning<sup>59</sup>. Dette initiativ nåede ikke at blive indarbejdet i 2006-bekendtgørelsen, men da arbejdet blev færdiggjort, udkom en ny bekendtgørelse i januar 2008, nu med ændret navn til *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje BEK nr 29 af 24/01/2008* og med et bilag om modulopdelt national studieordning.

På trods af ønsket om opprioriteret undervisning i den kliniske del af uddannelsen var forholdet mellem den teoretiske og kliniske del af uddannelsen dog uændret. Den kliniske undervisning skulle i stedet styrkes ved indhold og form. I modulbeskrivelserne, der ligger som bilag til bekendtgørelsen, er de centrale fagområder beskrevet for hvert modul. I de 14 modu-

---

<sup>58</sup> Rapporten er blevet til på baggrund af datamateriale fra 9 workshops med repræsentanter fra professionsbacheloruddannelsernes uddannelsesinstitutioner, praktiksteder, dimittender og studerende, som har været i praktik. I alt deltog 84 repræsentanter fra 14 forskellige professionsuddannelser.

<sup>59</sup> Pressemeddelelse fra Rektorforsamlingen for sygeplejerskeuddannelsen i Danmark, 30.1.06 downloaded 16.6.10 på: <http://www.sygeplejerskeuddannelsen.dk/sw18268.asp>



ler uddannelsen er opbygget af er fagområderne opdelt i både teoretiske og kliniske ECTS-point. I 10 ud af de 14 moduler er fagområderne beskrevet både med teoretiske og kliniske ECTS-point (ibid, bilag 2, kapitel 4).

Hermed er vi næsten fremme ved de kliniske vejleders udgangspunkt for at bedrive klinisk undervisning, som jeg har iagttaget det i 2008-09. Men inden jeg samler op på den platform, som jeg har konstrueret, skal jeg uddybe nogle makrosociologiske vilkår for klinisk undervisning, som jeg kun sporadisk har berørt, men som jeg anser for markante strukturelle vilkår for den kliniske vejleders undervisningspraksis.

### **Den statslige interesse for kvaliteten i praktikuddannelse**

Som vi kan se det af ovenstående spiller staten og dens institutioner en tiltagende rolle i reguleringen af sygeplejerskeuddannelsen og dermed også for den praktiske del af uddannelsen. Sygeplejerskeuddannelsen er i dag én af flere mellemlange videregående uddannelser, der er indplaceret sammen med professionsbacheloruddannelserne og erhvervsakademiuddannelserne under Undervisningsministeriets ressort-område. De adskiller sig fra uddannelserne under Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling ved at indeholde obligatorisk praktikuddannelse<sup>60</sup>. At staten fortsat interesserer sig for kvaliteten i praktikuddannelse kan ses af det faktum, at der alene i 2009 og 2010 udgives fire rapporter om praktik i professionsbacheloruddannelserne<sup>61</sup>.

Da klinisk vejlederuddannelse blev etableret i 2002, var den én af de mange nye uddannelser, der fulgte i kølvandet på uddannelsesreformen indenfor området mellemlange videregående uddannelser (MVU)<sup>62</sup>. I årene 2002-2003 gav Undervisningsministeriet tilsagn om etablering af ikke mindre end 83 nye uddannelser. Her udgjorde alene efter-videreuddannelserne i til-

---

<sup>60</sup> Lov nr 207 af 31/03/2008. *Lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser*. Undervisningsministeriet.

<sup>61</sup> *Praktik i professionsbacheloruddannelser. Udfordringer, erfaringer og gode råd*. 2009. Christian Thune. København, Danmarks Evalueringscenter.

*Praktikvejledning på professionsbacheloruddannelserne*. 2009. Hjelmar, Ulf, Pilegaard Jensen, Torben, Daaugaard, Sebastian og Søren Haselmann. København, AKF (Anvendt Kommunal Forskning).

*Studerendes vurdering af teori og praksis på professionsbacheloruddannelserne*. 2010. Jensen, Torben Pilegaard og Søren Haselmann. København, AKF, Anvendt Kommunal Forskning.

*Praktik i erhvervs- og professionsbacheloruddannelser*. 2010. Rambøll Management Consulting for Undervisningsministeriet.

<sup>62</sup> Jf. Lov om mellemlange videregående uddannelser der trådte i kraft i 2000. (Lov nr. 481 af 31/05/2000)

knytning til professionsbacheloruddannelserne de 65<sup>63</sup>. Når så mange uddannelser på så forholdsvis kort tid denne måde gøres statsligt anerkendte, kan det ses som et bidrag til at positionere Danmark som en af de førende nationer, når det gælder konkurrencen om at profilere sig som vidensamfund, hvor viden i stigende omfang opfattes som en vare på det globale marked (Hjort 2004). Undervisningsministeriets nationale uddannelsesstrategi, ”95- og 50-målsætningen”, havde som målsætning, at 95% af en ungdomsårgang skulle have en ungdomsuddannelse, og 50% af en ungdomsårgang skulle have gennemført en videregående uddannelse i 2015. Om diplomuddannelserne udtaler undervisningsministeriet, at de er ”et relevant og dækkende videreuddannelsesstilbud, der kan bidrage til at opnå 50%-målsætningen i 2015”<sup>64</sup>. Udover at de kliniske vejledere skal sætte undervisning på skoleskemaet i den praktiske del af uddannelsen, så de kommende sygeplejersker kan løfte en samfundsopgave, bidrager de kliniske vejledere ved at gennemføre klinisk vejlederuddannelse således også selv til den samlede nationale satsning på viden og livslang læring.

Den statslige interesse for kvaliteten i praktikuddannelse skal imidlertid også ses i tæt sammenhæng med det ”moderniseringsprogram”, den konservative/liberale regering i begyndelsen af 1980-erne stod i spidsen for, og som var møntet på den offentlige sektor (Hjort 2008). Op gennem 1970-erne og i starten af 1980-erne formulerede såvel borgere som politikere en stigende kritik af velfærdsstatens produkter. Nogle kritikpunkter gik på en bekymring for, hvorvidt den offentlige sektors betragtelige volumen og ressourceforbrug ville løbe løbsk (Andersen 1999b: 30) Fra forbrugersiden gik kritikken på den manglende serviceorientering og den træge og konservative arbejdskultur (Andersen 1999a: 113-114). I samme periode var den økonomiske udvikling præget af aftagende økonomisk vækst, statsbudgettets voksende underskud og den høje arbejdsløshed. Efterhånden udviklede kritikken sig til en konstatering af velfærdsstatens krise, og den konservative-liberale regerings svar var et såkaldt moderniseringsprogram, der havde fokus på decentralisering af ansvar og kompetencer, markedsstyringsmekanismer og valgfrihed til borgerne<sup>65</sup>.

---

<sup>63</sup> Én uddannelse indenfor korte videregående uddannelser (KVU), 9 indenfor videregående voksenuddannelser (VVU), 72 uddannelser indenfor MVU-området, hvor de daværende diplomuddannelser blev ændret og tilpasset ny struktur, og andre nye kom til. Eén uddannelse er opgjort under ’øvrige’. Downloaded 27.9.2007 på: <http://presse.uvm.dk/nb/nb0311/05.htm?menuid=0520>.

<sup>64</sup> Undervisningsministeriet 2007. Downloaded 15.1.2011 på: <http://www.uvm.dk/Uddannelse/De%20videregaende%20uddannelser/Efter-%20og%20videreuddannelse/Diplomuddannelser.aspx>.

<sup>65</sup> En politik som blev videreført af den socialdemokratiske ledede regering fra 1993-2001.

Inspirationen til denne udvikling kom udefra, især fra USA og England og er ofte formidlet af *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) og andre transnationale organisationer som *Den internationale valutafond* (IMF) og *Verdensbanken*. Moderniserings-tendenserne fik stor medvind, da planøkonomierne i Østeuropa for omkring tyve år siden også måtte overgive sig til markedstænkningen (Moss 2009: 91, Hjort 2008: 35-36). Udviklingen af nye måder at styre de offentlige sektorer på havde en række fællestræk, som samlet er blevet betegnet som *New Public Management* (NPM). På trods af mange forskellige udformninger er der en række fælles træk, hvor de mest markante er: *decentralisering* og *markedstænkning*, *produkttænkning*, *ensliggørelse*, *brugerstyring* og *individualisering* samt *økonomisk styring*. Det overordnede princip er blevet beskrevet som *centraliseret decentralisering* eller *decentraliseret centralisme* (Hjort 2008: 34). Dobbeltigheden er repræsenteret ved institutionel (økonomisk) selvforvaltning samtidig med politiske centraliseringsbestrebelse. Konstruktionen af først Centre for Videregående Uddannelser og senere professionshøjskolerne er et eksempel herpå, hvor krav til virksomhed er fastsat centralt men reguleres lokalt<sup>66</sup>. Uddannelsesvirksomheden er ligeledes centralt reguleret med professionsbacheloruddannelsernes fælles særkende men rettet mod forskellige professioners profiler<sup>67</sup>. Med den seneste bekendtgørelse om professionsbacheloruddannelsen i sygepleje fra 2008, har der skudt sig et ekstra niveau ind af *centraliseret decentralisering*, idet der som noget nyt er indført et nationalt curriculum for samtlige udbudssteder i Danmark. Den kliniske del af uddannelsen må dog tilrettelægges ”ud fra lokale muligheder” (BEK nr 24 af 24/01/2008 §8, stk.3).

I kølvandet på de politiske centraliseringsbestrebelse har der udviklet sig nye ledelsesformer, hvor en offentlig embedsmændsetik styret af en overordnet lovgivning er afløst af en loyalitet mod ens foresatte, forvaltningen, organisationens fremgang og de resultater, der styrer ledelsen (Moos 2009: 93). En gren af NPM har udviklet sig i en særlig bureaukratisk retning. Dette skyldes i høj grad en retsliggørelse af samfundsmæssige forhold: Hvis der opstår en konflikt mellem borgere, er tendensen, at man bringer den til det juridiske system, retten, i stedet for at søge en forhandlingsløsning (ibid). For at undgå at konflikter ender i det retslige system, produceres der til stadighed flere retningslinier og standarder, som både skal være et værn mod klager og samtidig også en garanti for kvaliteten, og som alle medarbejdere derfor skal følge. Skræmmebilledet på en konflikt mellem borgeren og myndighederne er udløsningen af de dyre erstatningskrav, som vi f.eks. har set det i USA, hvor patienter har fået udløst enorme erstatningssummer for fejlbehandlinger. Men også i Danmark er der øget opmærk-

<sup>66</sup> Lov om professionshøjskoler for videregående uddannelser. Lov nr 562 af 06/06/2007.

<sup>67</sup> Lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser. Lov nr 207 af 31/03/2008.

somhed på borgeres retsstilling. Borgeres ret til aktindsigt, hvor der gives mulighed for at få indsigt i de professionelle forvaltning vinder mere og mere indpas. Et retskrav der også bruges flittigt af pressen, Den fjerde Statsmagt. Indenfor f.eks. patientbehandling og –pleje er det således muligt som patient at få indsigt i de journalsystemer, der før var forbeholdt sundhedspersonalet, og der har udviklet sig et system af klagemuligheder, som nu varetages af *patientombudet*<sup>68</sup>. Men også indenfor uddannelsessystemet formuleres nu i stigende grad studenters rettigheder og klagemuligheder.

Den samlede konsekvens er, at der er opbygget tætmaskede planlægnings- kontrakts-, evaluering- og dokumentationssystemer med standarder, succeskriterier, indikatorer, ranglister og test scores, som professionelle dels er underlagt men også selv underlægger sig for at legitimere sig som ”rigtige” professionelle. De neo-liberale og New Public Management-inspirerede styringslogikker rummer i en dansk kontekst ord som *økonomisk rammestyring*, *selvforvaltning*, *decentralisering*, *brugerindflydelse*, *afbureaukratisering*, og *kvalitetssikring/kvalitetsstyring*. Senest er *evidens* kommet til sammen med *best practice* og den bagvedliggende anvendelsesorienterede ’viden der virker’, der skal understøtte processerne (Krejsler 2009). Tilstedeværelsen af de engelske glosser siger måske netop noget om den tætte forbindelse, der synes at være mellem den neo-liberale tænkning og globaliseringen, hvor globaliseringen er blevet kaldt ”neo-liberalismens tvillingbror” (Steensen 2009: 296-297). Med det menes, at vestlige regeringer er blevet kritiseret for at bruge globaliseringen til at gennemføre neoliberale markedsreformer og omlægninger af velfærdsstaten ud fra det såkaldte TINA-princip (*There Is No Alternative*) (ibid). Bourdieu er gået så vidt som til at hævde, at begrebet *globalisering* er et pseudo-begreb, som blot har erstattet *modernisering* forstået som en uimodståelig samfundsudvikling med det formål at fremme den neo-liberale version af globaliseringen med USA som forbillede (Bourdieu 2001: 107). Den kliniske vejleders platform er således en del af et større globalt, politisk orkestreret relationssystem, der rækker udover de snævert pædagogisk faglige og professionsstrategiske interesser.

## **Sammenfatning af forkonstruktion af den platform hvorfra den kliniske vejleder praktiserer undervisning**

---

<sup>68</sup> Patientombudet samlede i 2010 alle klageinstanser i ét system. Det består af det tidligere patientklagenævn, embedslægernes del af klagesagsoplysningen, det varetager sager vedrørende utilsigtede hændelser, er sekretariatet for Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet og varetager opgaver i relation til nye klage typer opstået i forbindelse med kvalitetsreformen. Downloaded 17.10.10 på [http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Patienters\\_retsstilling/2010/Juni/Patientombuddet.aspx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Patienters_retsstilling/2010/Juni/Patientombuddet.aspx)

Sygeplejerskeuddannelse betragtet som en del af et felt er blevet indplaceret i en sammenhæng med stadig flere interessenter og agenter i spil. Fra at toneangivende overlæger i udgangspunktet indtog de dominerendes position er flere *stakeholders* over tid kommet til. Dansk Sygeplejeråd bidrager til, at sygeplejerskerne får begyndende selvbestemmelse over uddannelsen, senere kommer forstanderinder, skole- og sygehusejere først amtsligt og senere regionalt styret i stadigt mere institutionaliserede konstruktioner. Eleverne begynder at spille en rolle, som vi så det for første gang i optakten til Betænkning 730 i 1975, hvor studenters generelle krav om mere medbestemmelse begynder at slå igennem. Gradvist kommer staten mere på banen ofte ledsaget af et tiltagende antal legitimerende evalueringsrapporter (Nørholm 2008) og med en politisk ideologi tæt knyttet til de globale bevægelser. Her er stadig tale om relationer af dominans og underordning, og man fristes til at udpege skurke. Men det er netop ikke nogens skyld. På grund af inkorporeringen har sygeplejerskerne selv indoptaget det, der er alment anerkendt som den rette måde at agere på, men heri er også udviklet en opfindsomhed. Selvom sygeplejerskerne gang på gang bliver vist på plads, er her alligevel også tale om, at sygeplejerskerne i et professionsinternt perspektiv forhandler og genforhandler i én lang kontinuerlig proces. Med en fornemmelse for spillet formår de at bruge de dominerende instanser. F.eks. er statens certificerende love og bekendtgørelser og statsanerkendte eksamener også brugt positivt af fagforeningerne til at befæste fagets eller professionens jurisdiktion. Jf. Abbott sker grænsedragningen mellem forskellige erhvervsgrupper eller en erhvervsgruppes jurisdiktion af arbejds- og funktionsområde på tre arenaer: den juridiske, på arbejdspladsen og i den offentlige debat. Den sidste arena så vi med debatten fra 2006 skulle vise sig at være betydningsfuld i kampen om at definere, hvad den bedste sygeplejerskeuddannelse er. Eller som en *vox publica* der artikulerer, hvordan der er skabt uorden i den samfundsmæssige orden. Efterfølgende kom der ”mere orden”: Loven om erhvervsakademi- og professionsbacheloruddannelser fra 2008, der indeholder krav om obligatorisk praktik i alle undervisningsministeriets videregående, placerer sygeplejerskeuddannelsen ’i midten’, men nu i selskab med de korte videregående uddannelser. I det følgende gør jeg status på de historiske betingelser for den kliniske vejleders platform, når det gælder tre nøglebegreber fra Abbott: arbejdsdeling, videnssystem og kontrol af arbejde. Disse tre forhold mener i øvrigt Weber er de områder, der ofte underbelyses, når professioner skal fremstille sig selv (Weber 2004).

*Arbejdsdeling.*

Sygeplejerskeuddannelse blev i udgangspunktet etableret på lægernes foranledning som en hjælpedisciplin til lægernes medicinske klinik. Siden har toneangivende sygeplejersker og sygeplejerskernes fagforening forsøgt at (tilbage)erobre uddannelsen og etablere den med selvstændig vidensbase og autonomi. Den grundlæggende arbejdsdeling mellem lægen, der har været indehaver af de gangbare vidensformer, og sygeplejersken som assistent og forvalter af lægens klinik, ser ud til at have givet retning til de strategier, der har haft som omdrejningspunkt at etablere en distinktion mellem uddannelse og den praktiske virksomhed som sygeplejerske. Vi ser en form for opgaveglidning allerede i uddannelsens første tid. Den teoretiske del af undervisningen varetoges af overlægerne, som gradvist overdrager undervisningen til reservelæger og yngre læger. En del forlægges til sygeplejerskerne selv, men den må ”tilslutte sig lægens undervisning”. Den praktiske oplæring varetoges af sygeplejerskerne i form af elevernes deltagelse i plejearbejdet suppleret af demonstrationsøvelser. Med arbejdsdelingen etableredes således et hierarki, hvor den teoretiske del af uddannelsen var knyttet til den toneangivende faggruppe i hospitals-hierarkiet. Med Abbott kan man sige, at sygeplejerskerne besætter en jurisdiktion i form af varetagelse af den teoretiske uddannelse, som blev mulig, eftersom den gradvist blev ledig. Det samme gør sig gældende, da sygeplejelærerne trækker sig væk fra den praktiske del af uddannelsen i forbindelse med etablering af den mere studiebaserede uddannelse i begyndelsen af 1990’erne. Med indførelse af mere teori og mindre praktik i uddannelsen, orienterer sygeplejelærerne sig mod skolen. Den nu ledige jurisdiktion overtages af praksissygeplejerskerne, der fylder den ud med pædagogisk teori qua etablering af praktikvejlederkurserne, som senere gøres formel med indførelsen af klinisk vejlederuddannelse.

#### *Videnssystem/vidensbase.*

Ved fagets og uddannelsens opkomst styrede den rationelle naturvidenskabelige fornuft den medicinske udvikling af lægens diagnose- og behandlingsredskab – et redskab der var afgørende for indsatsen overfor patienten, hvorfor lægens kundskab placerede sig højt i hierarkiet. Den traditionelle pleje og omsorgs vidensform var i høj grad overført via kropslige erfaringer. De kundskaber, kvinderne i begyndelsen benyttede i deres arbejde, var stort set de samme, som de havde benyttet i hjemmene. Sygeplejerskerne var i uddannelsesmæssig forstand autodidakte, mens lægerne havde universitetsuddannelse. De gode resultater af den medicinske behandling blev tilskrevet lægernes høje uddannelsesniveau og deres magt over naturen. Resultaterne af lægernes behandling var synlige. Omsorgs- og plejaspektet var velkendt som en

almen kvindelig kompetence. Det var (og er) usynligt og bliver først synligt, hvis omsorgen svinger eller der begås faglige fejl (Lyngaa 1992: 31).

Kampen om at etablere en selvstændig vidensbase i form af sygeplejerskeuddannelsen tog sit udgangspunkt i den organisatoriske opdeling af sygehuset efter sygdomskategorier. Frem til den første statsligt regulerede sygeplejerskeuddannelse i 1957 var de teoretiske fag næsten identisk med fagene indenfor sygdomslære. Også den praktiske del af uddannelsen var organiseret efter de medicinske specialer, og der blev lagt vægt på at eleverne/de sygeplejestuderende skulle være i praktisk uddannelse på mange forskellige afdelinger. Fastholdelse af generalistperspektivet gælder fortsat frem til 2008<sup>69</sup>, men nu i nye konfigurationer. Det generelle dækker ikke så meget de forskellige sygdomme og lægelige specialer men snarere forskellige generelle sygeplejefænomener så som *”menneskets oplevelser, vilkår og handlinger i relation til sundhed og sygdom, på sygeplejebæhov, sygeplejeydelser og resultater, på interaktion mellem patient, pårørende og sygeplejerske, den studerendes egen faglige og personlige udvikling samt på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde”* (Undervisningsministeriet 2008, §8 stk. 2 om fokus for den kliniske undervisning). At generalistperspektivet ikke følger den hyperspecialisering, de kliniske uddannelsessteder i dag er organiseret efter, kan ses som et udtryk for et forsøg på at danne modvægt til den lægelige dominans og fastholde egen vidensbase<sup>70</sup>. Det kan måske også forklare, hvorfor særligt fænomenologien blev en yndet videnskabsplatform, som vi også kan se det med ovenstående begreb, *sygeplejefænomener*. Det samme gælder holismetænkning<sup>71</sup> og tværfaglighed (Højbjerg 2003) og det filosofisk indlejrede barmhjertighedsarbejde (Martinsen 1979), som i et sociologisk perspektiv kan ses som eksempler på *kætteriets strategier*, der satser på at omvælte feltets struktur. Tilbage står at den kliniske vejleder må praktisere undervisning rettet mod generelle sygeplejefænomener i et stærkt specialiseret hospitalsvæsen.

Med hensyn til skiftet fra praktisk til klinisk i de forskellige bekendtgørelser og rapporters sprogbrug, så er begrebet *klinisk* historisk knyttet til lægernes praksis omkring det at behandle syge. Som Petersen viser med inspiration fra Foucault's *”Klinikkens fødsel”*, er det ikke den praktiske virksomhed ved det at diagnosticere og behandle de syge, der ligger i begrebet *klinik*, men mere den virksomhed, der ligger i at syge, der er samlet på ét sted, kan gøres til gen-

---

<sup>69</sup> Fremhævelse af sygeplejerskeuddannelsen som generalistuddannelse ses også ekspliciteret i dokumentet om de 13 anbefalinger til en revision af sygeplejerskeuddannelsen fra 2008. (Undervisningsministeriet 2006b:2).

<sup>70</sup> Jf. EU-direktivet 2005/36/EF af 7. september 2005 er der dog krav om en vis spredning af afspejler sundhedsvæsenets organisering.

<sup>71</sup> Wachterhausen har set helhedssynet som et oprør mod den traditionelle lægevidenskab, hvor det havde et *”frelst og helligt skær over sig. Man havde fået indsigt og var kommet langt længere (højt op!) end de indsnævrede apparatfejl-behandlere”* (Wachterhausen 1990: 247) – et fænomen han kalder det holistiske frelsersyndrom.

stand for studier af, hvordan sygdom opstår, og hvordan den behandles med det formål at forstå og forklare det for fremtidens læger (Petersen 2010: 8). På denne måde bliver klinikken jf. Petersen et pædagogisk projekt, hvor man går fra at undervise og sige ting på særlige måder (som foregår på universiteterne) til en bestemt måde at indlære og se ting på (som foregår i klinikken) (ibid:6).

Professionsstrategisk giver det mening at tage begrebet ”klinisk” til sig. For det første er det knyttet til den dominerende faggruppe i feltet. Derudover knytter det an til videnskabelighed, evidens og dokumentation, som forbindes med moderne institutioners arbejdsmåde som en nødvendighed, og som der i øvrigt gøres i resten af verden: *There Is No Alternative* (Steensen 2009).

*Klinik* og den pædagogiske indsats parres ved begrebet *klinisk undervisning*, og opfattelsen er, at en pædagogisk indsats i højere grad skal kunne styre, hvad der skal læres og dermed skabe mere kontrol over arbejdet. På denne måde kan man sige, at anvendelsen af begrebet *klinisk undervisning* bliver en subtil måde at dynamisere de historisk bestemte videnshierarkier og trække dem ind i en moderne sammenhæng.

#### *Kontrol af arbejde /autonomi*

Af fremstillingen fremgår det, at der på trods af den tunge hierarkiske struktur, ses flere tegn på det generative element i formningen af det, man kunne kalde sygeplejerskernes faghæder. De subjektive fortolkninger og opfindsomheder så vi f.eks. da oversygeplejerske Lütken i 1902 forsikrer professor Tscherning om, at sygeplejeskolen ville bidrage til at ”*tildanne og slibe sygeplejen som instrument i lægens hånd*”, hvis han til gengæld ville støtte sygeplejerskernes ønske om at overtage sygeplejen og skolen på det nye Bispebjerg (Lütken i: Stenholdt 2001: 623). Og med Dansk Sygeplejeråds strategi om at lade uddannelsen indlemme i de nyetablerede universitetscentre og med vægtlægning af holisme og tværfaglighed som modvægt til de medicinske vidensformer. Med Abbott bliver den slags strategier mere at betragte som forhandlinger men stadig med bestræbelser om at opnå kontrol og autonomi.

I det spor har konkurrencen mellem arbejde og uddannelse historisk set været krumtappen i kampen om at definere sygeplejerskeuddannelsen. Og nu ser det ud til at dette konkurrenceforhold forstærkes med det øgede fokus på klinisk undervisning. Fra at oplæring i det praktiske arbejde udgjorde næsten 100% ved uddannelsens etablering, udgør den praktiske del af uddannelsen i dag knap 40%, så de kliniske vejledere må i sagens natur markere pædagogik for at imødekomme kravet om mere struktureret undervisning.



Med en stadig mindre praktisk del af uddannelsen fulgte også konflikten mellem at satse på enten økonomisk kapital (elevløn) eller symbolsk kapital i form af uddannelseskapital. Både fagforening og elever/studerende havde qua de forskellige kapitalformer et ambivalent forhold til praktikvederlaget, som i 2001 forsvinder helt, da uddannelsen blev fuldt SU-finansieret. Men økonomien omkring underviserne i praktikuddannelsen var og er fortsat et uforløst dilemma. Sygeplejerskeuddannelserne i regi af Professionshøjskolerne har både det økonomiske og faglige ansvar for hele uddannelsen men har kun økonomisk råderet over den teoretiske del af uddannelsen. Tilrettelæggelsen af praktikstedernes arbejde i relation til behandling og pleje er fortsat, når vi taler hospitalerne, regionernes ansvar, som er underlagt et andet ministerium end Undervisningsministeriet<sup>72</sup>. Dette forhold sætter vilkårene for den praktiske del af sygeplejeuddannelsen, og det betyder også, at uddannelsesinstitutionen har definitionsmagten i forhold til de overordnede faglige forhold for praktikuddannelsen men ikke definitionsretten af virksomheden i den medicinske klinik, som stadig er lægeprofessionens.

Distinktionen mellem uddannelse og erhverv har været forsøgt formuleret gennem de skiftende bekendtgørelser om sygeplejerskeuddannelsen. ”*Sygeplejerskeuddannelse*” var den første officielle betegnelse (Anordning om sygeplejerskeuddannelsen 1957), som blev til ”*professionsbachelor som sygeplejerske*” (Undervisningsministeriet 2006) og som nu er blevet til *professionsbachelor i sygepleje* (Undervisningsministeriet 2008). Her er der lagt afstand til den feminine *-ske* endelse, og der er fokus på den faglige udøvelse og ikke på udøveren. Det kan tolkes som et forsøg på at satse på kapitalformer fra undervisningsfeltet frem for fra sundhedserhvervsfeltet, hvor konkurrencen fra medicin er større. På trods af at en professionsbacheloruddannelse ikke ækvivalerer med en akademisk bachelor, f.eks. når det kommer til optagelse på beslægtede kandidatuddannelser, er bachelortitlen knyttet til akademia. (Professions)bachelortitlen får derfor en større symbolsk slagkraft end ”sygeplejerske” gør i den medicinske verden, selvom sygeplejerskerne ikke er kandidater i deres egen uddannelse, som lægerne er det. På uddannelsessiden er det formelle videreuddannelseskraft i dag for en underviser på uddannelsesinstitutionen en master- eller kandidatuddannelse, men kravet er ikke professionsspecifikt al den stund, det ikke har været praktisk muligt på grund af de

---

<sup>72</sup> I 2001 var det Indenrigs- og sundhedsministeriet. I 2007 Velfærdsministeriet, i 2009 Indenrigs- og socialministeriet, og i 2010 er vi tilbage til Indenrigs- og socialministeriet. Downloaded 1.7.2010 på: <http://www.berlingske.dk/danmark/indenrigsministeriet-er-blevet-vaek-0>

få videreuddannelsespladser på cand. cur.- og cand. san.-uddannelserne<sup>73</sup>. Nu kræves der også efter-videreuddannelse som klinisk vejleder, dog kun 1/6 diplomuddannelse. Det vil sige, der er tale om en uddannelse, som i nomenklaturer ikke er en professionstitel og ikke en grad men en slags efter-uddannelse inden for et praktisk virkefelt. Officielt betegnes den som en efter-videreuddannelse. Hverken for underviseren eller den kliniske vejleder afkræves der en skoling i det kliniske område for at kunne undervise i det. For sygeplejelæreren kræves der alene akademisk kompetence uanset indenfor hvad, og for den kliniske vejleder kræves der pædagogisk kompetence. Den kliniske kompetence forudsættes, eftersom den bygger på forudgående sygeplejerskeuddannelse.

I relation til autonomi betyder det, at sygeplejerskernes strategi med at konvertere den medicinske kapital til undervisningskapital har et efterslæb.

Samlet set står den kliniske vejleder som sygeplejerske således på en platform, hvor hun har inkorporeret de kollektive erfaringer med at kæmpe for egen vidensbase og mere autonomi. Som repræsentant for faggruppen har hun erfaringer med at lykkes men også med at blive afvist og vist tilbage til sin plads. Hun har dermed inkorporeret en sans for spillet, som sætter hende i stand til at forhandle men også genforhandle. Sygeplejersker har gennem fagets og uddannelsens historiske udvikling brugt en opfindsom praktisk sans, eller såkaldte *regelmæssige improvisationer* som Callewaert har kaldt dem (Callewaert 1992: 172). For dog at få øje på disse opfindsomheder, har det været hjælpsomt at betragte kampen også som konkurrence og sameksistens, uden dog at ignorere udbud og efterspørgsel som stærke mekanismer. Kampen for at etablere selvstændig vidensbase i form af uddannelse har været en kamp for at markere uddannelse til forskel fra erhvervsudøvelsen. Det ser ud til, at den kliniske vejleder står med de samme udfordringer, når hun skal legitimere sin egen uddannelse som klinisk vejleder og etablere en form for jurisdiktion.

Hvordan det ser ud, har jeg undersøgt empirisk. Hvordan jeg har grebet det an, skal jeg gøre rede for i det følgende.

---

<sup>73</sup> Cand. cur. uddannelsen er kandidatuddannelsen i sygepleje. Et to-årigt uddannelsesforløb som bygger ovenpå professionsbacheloruddannelsen i sygepleje eller sygeplejerskeuddannelse med suppleringsuddannelse eller mindst 30 ECTS fra en diplomuddannelse eller en specialuddannelse. Uddannelsen udbydes i Aarhus. Cand. scient.san. -uddannelsen er en tværfaglig sundhedsfaglig kandidatuddannelse, der er adgangsgivende for de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser med en suppleringsuddannelse. Udbydes i Aarhus, København og Odense.

## 5. Undersøgelsens empiriske grund

Strategien er at studere den kliniske vejleders undervisningspraksis ”in vivo” som etnografiske observationsstudier på to forskellige hospitalsafsnit. Derudover den symbolske fremstilling af i idealiseret klinisk vejleders undervisning som den tales om på klinisk vejlederuddannelse, det vil sige på en professionshøjskole, hvor uddannelsen udbydes. Empirien er produceret ud fra handling, tale og tekst. Handlingsperspektivet er det dominerende. Empiriproduktionen er karakteriseret ved en tæt relation mellem forskningsgenstanden, som er de praktikker der kan iagttages hos den kliniske vejleder, når hun praktiserer undervisning og teorirammen som afsæt for de anvendte metoder. Idéen har været at tage udgangspunkt i den kliniske vejleders undervisningspraksis men også at undersøge, hvad det er for en virkelighed af klinisk vejledning, der fremstilles på klinisk vejlederuddannelse, eftersom den fremstillede virkelighed også antages at have betydning for indprentningen (Callewaert 1992: 171 ff).

Tidsmæssigt og geografisk er observationsstudierne afgrænset til at foregå på to lokaliteter: et universitetshospital i Danmark og den uddannelsesinstitution, der udbyder klinisk vejlederuddannelse for sygeplejersker på samme hospital. Uddannelsesinstitutionen er i øvrigt også hjemsted for de sygeplejestuderendes teoretiske del af uddannelse, dvs. de sygeplejestuderende som følges med de kliniske vejledere i deres praktiske del af uddannelsen.

I relation til at tilvejebringe data om de agerendes handlinger ligger observationer til grund. Der anvendes spørgemetoder – dvs. individuelle interviews og ledsagende spørgsmål og samtale i forbindelse med og efter observationerne, og tekstniveauet udgøres af indsamling og læsning af diverse uddannelsesdokumenter vedrørende sygeplejerskernes grunduddannelse og klinisk vejlederuddannelse, de studerendes opgaver og studieplaner og hjemmesider. Det har været ambitionen at arbejde i dybden med to udvalgte hospitalsafsnit. Jeg har trukket på de kvaliteter, der ligger i case-studiemetoden, der kan indfange, at grænsefladen mellem enkeltbegivenheder og kontekst ikke på forhånd er defineret (Maaløe 1999: 68). Men jeg har fraveget det komparative element.

Det empiriske materiale er tilvejebragt med inspiration fra antropologiens metoder. Hastrup og Ramløv beskriver feltarbejdet<sup>74</sup> som antropologiens redskabsskur og deltagerobservation som håndværket (Hastrup og Ramløv 1989: 7).

---

<sup>74</sup> Ikke at forveksle med Bourdieus feltbegreb men som at være ”in the field”, i felten, hvor det levede liv foregår.

## **Metodiske implikationer af den praktik- og professionsteoretiske begrebsramme**

Beslutningen om at producere empiri med afsæt i de handlinger, den kliniske vejleder udfører i forbindelse med varetagelsen af sit arbejde som klinisk vejleder skal ses i forlængelse af Bourdieus forståelse af praksisbegrebet som materialiseret praktik. Ved observation ser man, hvad mennesker gør med hinanden i bestemte institutionelle og fysiske omgivelser i et givet samfund. Fokus er på åstedet, skuepladsen eller arenaen, hvor handlingen udspiller sig i tid og sted. Den virkelighed der frembringes ved observation, er ikke nødvendigvis den samme som formidles via interview eller ved spørgeskemaundersøgelser. Social handlen indebærer andet og mere end det, agenten selv kan gøre rede for, og samfundet hænger sammen derved, at visse sociale vilkår miskendes af agenten. Derfor vil observationer ofte vise andre eller måske endda modsatte fremstillinger af virkeligheden, hvor en interviewpersons forklaring i virkeligheden er det, der skal forklares, jf. Bourdieus brudtænkning. Den antagelse, der ligger til grund for en Bourdieu-inspireret etnografisk undersøgelse, er, at agenternes handlinger må forstås som en kombination af en virkelig praktik, der føres ud i livet, og en symbolsk fremstilling af den praktik, som er en efterrationalisering, som agenterne kan udtrykke, når de bliver spurgt herom. De kliniske vejlederes faglige platform har jeg konstrueret i forrige afsnit. Jeg anerkender, at de enkelte kliniske vejlederes livsforløb og livsbane spiller en væsentlig rolle for de dispositioner, der inkorporeres som det samlede handlingsberedskab hos en klinisk vejleder, og som frembringer den kliniske vejleders undervisningspraktikker indenfor en given kontekst. Men her fokuserer jeg på faghabitus i meningen, at forskellige praktikker blandt faggrupper harmoniseres og homogeniseres indenfor rammerne af de for gruppen specifikke fag- eller professionsbetingelser (se Bourdieu 2000: 33). Herved bliver den enkelte kliniske vejleder således en repræsentant for gruppen af sygeplejersker, der med klinisk vejlederuddannelse fungerer som sådan. Der er således ikke tale om, at jeg rekonstruerer de kliniske vejlederes samlede kapitalbeholdning (såvel symbolsk, social og økonomisk) og heraf udleder en fælles faghabitus. Jeg rekonstruerer overvejende udvalgte symbolske kapitalformer i form af uddannelseskapital, som jeg validerer op imod andre forskeres undersøgelser og fund af sygeplejerskens dispositioner. Herved fremstår homologierne mellem de socio-økonomiske vilkår, uddannelsesvalg og senere ageren indenfor et felt mindre fremtrædende. Til gengæld trækker jeg på de homologe relationer mellem sygeplejerskernes historisk betingede position, når det gælder arbejdsdeling, autonomi og vidensbase, og hendes ditto når det gælder undervisning og vejledning.

Når det gælder observation, er udfordringen til at situere det observerede i en makrosammenhæng (Larsen 2009b: 38). Det lokalt iagttagede udspiller sig på mikroniveau, men i forklaringen må indgå elementer fra makroniveau. Makrosammenhængen er her overvejende tilvejebragt ved de indledende afsnit, hvor jeg bl.a. har fremhævet de styringslogikker, de offentlige institutioner i dag er underlagt og brudstykker af konturerne af en samfundsmæssig orden.

Abbotts professionsperspektiv har givet inspiration til at studere de professionelle arbejdspraksis, hvor arbejdsdeling konstitueres ved grænsedragninger i samspil med de institutionelle rammer (Abbott 1988: 59-60). Først foretager jeg deskriptive analyser af hospitalets arbejdsopgaver med henblik på se sygeplejerskernes relative andel i de arbejdsopgaver, en moderne klinik skal løse i dag. Derefter følger en etnografisk fremstilling af den kliniske vejleders lokale arbejdsplads, det vil sige de to hospitalsafsnit, hvor arbejdsdelingen i forbindelse med afviklingen af den kliniske undervisning fysisk foregår. Markeringen af hvad der hører ind under den kliniske vejleders jurisdiktion skal ses som konstitueret ved grænsedragning. Med Abbott kan jeg holde et blik på, hvilke arbejdsfunktioner i relation til den sygeplejestuderendes praktiske del af uddannelsen den kliniske vejleder tager sig af til forskel fra, hvad den almindelige sygeplejerske, den undervisningsansvarlige sygeplejerske og uddannelsesinstitutionens underviser tager sig af. Qua Abbotts mindre konfrontatoriske begrebsapparat får jeg mulighed for også at få øje på forhandlinger og sameksistens og de opfindsomheder, som har en tendens til at blive nedtonet i Bourdieus sociologi på trods af, at det generative element ikke er fraværende. Princippet for observationen er, at den kliniske vejleder er i centrum, men der kigges også væk fra hende ved at kaste et samtidigt blik på relationer til andre agenter og også på omgangen med artefakter og fysiske lokaliteter (Larsen 2009b: 51). De konkrete handlinger må betragtes relationelt, dvs. ud fra hvad bliver der gjort og sagt til forskel fra, hvad der kunne gøres og siges, som også var en mulighed. Som en del af brudtænkningen benytter jeg mig af ”nej-et” som metodisk greb (Callewaert et al. 1998: 113, Broady 1991: 365-367). Vidensgrundlag er det pædagogiske arbejdes medie og er samtidig en af de væsentligste kilder til professioners legitimitet. Derfor anvendes Abbotts begreber om videnssystemer som figurer på en analyse af de praksisformer, hvor håndtering af viden gøres synlig. Det som af feltet selv beskrives som refleksion.

## **Redegørelse for undersøgelsens data og metode - rekonstruktioner af en forskningsproces**

Handlings- tale- og tekstperspektiv, som er operationaliseret ved deltagerobservation, spørgemetoder (herunder interviews) og læsning samt indsamling af uddannelsesdokumenter er i fokus i dette afsnit. Inden fremstillingen er det væsentlig at minde læseren om en bestemt form for læsning af begrebet metode, som jeg har lagt mig op af:

*”Metode” fremmaner et dobbelt billede af på en gang den fulgte vej og vejen at følge: af at gå efter færtten, at indfange genstanden ved at liste sig i dens slørede spor; men også af at gå efter et mål ved direkte at bøje banen mod sigtets centrum. Metoder er da disse veje, fremgangsmåder og undersøgelsesbaner. (Hasager et al. 1995, Redaktionens forord til Tidsskriftet Antropologi 31,1995).*

Metode må derfor indenfor dette etnografiske feltarbejde forstås som værende organisk i betydningen levende. Ligeså vel som der ligger bevidste intentioner bag visse valg af strategier, har jeg også som undersøger ”gået efter færtten”. Udfordringen er at være parat til at bøje af for at forfølge ”sigtets centrum”. Begrebet *bricolage* er dækkende for den måde, jeg har arbejdet på. *Bricolage* er beskrevet som ”at bevæge sig uregelmæssigt eller at foretage utilsigtede bevægelser”<sup>75</sup>. Både hvad angår metode og valg af datakilder. I mine studier har det f.eks. betydet, at jeg fik mulighed for at følge med til et team-møde med en afdelings kliniske vejledere, og *materiale-bricolage* har været anvendt, ved at jeg har suppleret observationer, interviews og dokumenter med materiale fra opslagstavler, afdelingsudsmykning, vagtskemaer/arbejdsfordelingssedler for plejepersonalet etc.

Metode er kendetegnet ved, at der ofte opstår både praktiske og faglige problemer - enten hver for sig eller praktiske problemer, der kan føre til faglige problemer eller omvendt (Wadel 2006: 20). Derfor må læseren indstille sig på, at fremstillingen af afhandlingens metoder er beskrivelser og refleksioner af de veje, fremgangsmåder og undersøgelsesbaner, der har været fulgt. Der har således ikke været tale om anvendelse af konkret fastlagte metoder, som det ofte fremstår i en positivistisk forskningstradition (Cohen et al 2008: 18), men snarere det som Wadel beskriver som en *runddans mellem teori, metoder og data* (Wadel 1991: 129). Her kunne jeg med Bourdieu også understrege min runddans, eftersom jeg som forsker også er i spil.

Den praktik- og professionsteoretiske ramme har på et overordnet plan været styrende instrumenter for den kliniske vejleders arbejdsopgaver og undervisningspraktikker, jeg ville

---

<sup>75</sup> Lévi-Strauss, 1969 gengivet i Mørck, 1995: 122-123. Bricole betyder middelalderlig kastemaskine og må antages at have været upræcis og have ramt utilsigtet. *Materiale-bricolage* indebærer eksperimentering med forskellige tilgange til empirien. Det kan gøres ved at blande forskellige typer af kildemateriale, hvilket betyder, at informationer indhentet gennem traditionelle antropologiske metoder som deltagerobservation og det etnografiske interview suppleres med andre former for kilder.

studere. Men der har også været et stærkt element af eksploration og åbenhed i forhold til den empiri, jeg havde adgang til. Når jeg har spurgt til, hvordan den kliniske vejleders undervisningspraksis får udtryk, så har jeg i det etnografiske arbejde gået efter gennemgående træk, der har manifesteret sig og er kommet til syne (for mig). Analysetematikkerne er således i højere grad empirigenererede end de er resultatet af operationaliseringer af et omfattende teoriapparat.

## Observation

*"At betragte det dagligdsags med forbløffelse er visdom"*  
(Lao Tzu Tao-Ching. År 400 før vor tidsregning).

Deltagerobservation er antropologiens metodiske håndværk. Hastrup og Ramløv fremhæver, at metoden omfatter to adskilte erkendelsesprocesser. Deltagelsen indebærer indlevelse i det fremmede, hvorimod observationen forudsætter en distancering til det sete foruden en registrering af en mængde af faktuelle forhold (Hastrup & Ramløv 1988: 7). Udfordringen er på den ene side som subjekt at bevæge sig ind i andre subjekters univers uden at "go native" i betydningen at leve sig for intenst ind i agenternes selvforståelse (Kristiansen & Krogstrup 1999: 105) og på den anden side at distancere sig på en overdreven objektiviserende måde. Ifølge Simmel kan rollen som fremmed opfattes om en fordelagtig position for observatøren på feltarbejde. Som fremmed drager man fordel af en vekselvirkning mellem nærhed og distance, ligegyldighed og deltagelse. Som fremmed har man ifølge Simmel særlige muligheder for som observatør at forholde sig objektivt (Simmel 1998: 97).

Jf. Bourdieu er man som medlem af et samfund *altid allerede*, hvorfor man som forsker indgår i en relation med sin undersøgelsesgenstand, som må analyseres som en væsentlig del af det videnskabelige arbejde, som jeg har beskrevet tidligere. Af samme grund talte Bourdieu om "deltagende objektivisering" (Broady 1991: 553-554, Callewaert 1998: 152). I videnskabeligt arbejde kan det på trods af al finfølelse og etnografisk takt ikke undgås at man gør en slags vold på 'de andre', eftersom man som forsker og observatør tildeles retten til at tale om og hen over de umiddelbare indtryk, man får (Hastrup 1992: 67). I Bourdieusk forstand er her tale om symbolsk vold, eftersom forskeren har retten til at påføre sin definition af situationen som den rigtige (Callewaert 1998: 128-129)<sup>76</sup>. I relation til observation kan det betyde, at

---

<sup>76</sup> Bourdieu har særligt behandlet det problem i relation til interviewformen i værket *The Weight of the World* fra 1999, hvor underprivilegerede grupper er interviewet om deres livsforløb. Her er asymmetrien mellem interviewer og informant særligt forstærket pga. deficit i informanternes kapitalformer (specielt kulturel kapital og uddannelseskapital). Jeg mener, at den samme problematik gør sig gældende i relation til observation.

man udvælger visse observationsfoci og udelader andre. Under selve observationen mister man under en lang observationsseance ind i mellem koncentrationen og er måske mindre opmærksom, når der foregår ting, der ikke har ens interesse, hvorved der foregår en selektion. Den symbolske vold manifesteres via en asymmetri i relationen mellem forsker og informant i den sociale forskelsrelation på baggrund af fordelingen af kapitalformer.

Den engelske antropolog, Roger Keesing, diskuterer problematikken med begrebet *den dobbelte voldtægt* (Keesing 1989: 28-31). Her refererer den ene 'voldtægt' til den asymmetriske socio-kulturelle relation. Den anden 'voldtægt' er den vold, forskeren påfører sine informanter ved at forbeholde sig retten til at tolke henover informanternes subjektive forestillinger<sup>77</sup>.

I min undersøgelse var informanterne informeret om min faglige baggrund, og det er min erfaring fra feltarbejdet, at informanterne qua de inkorporerede forskelsrelationer ind imellem forsøgte at positionere sig strategisk i forhold til min faglige baggrund. Det er kommet til udtryk ved, at informanterne har forsøgt at fremstå som "dygtig kollega" (f.eks. ved i lang tid at udrede en særligt specialiseret behandlingsform ved hjælp af mange meget specielle medicinske fagudtryk). Mit kendskab til kulturen har også betydet, at jeg kan have været brugt i et (fag)politisk ærinde, som f.eks. da en klinisk vejleder i forlængelse af en fortælling om for knappe ressourcer åbent siger, at de efter hendes vurdering dårlige arbejdsvilkår har været motivationen for at ville deltage som informant i undersøgelsen.

At være "hjemme-bane-etnograf" (Sandholm Larsen 2010) rummer en risiko for at undersøgelsens resultater i sidste ende kan blive skævvredet, men omvendt rummer kendskabet også nogle hjemmehane-fordele. Specielt gav kendskabet til det medicinske fagsprog den fordel, at jeg nogenlunde vidste, hvad der blev talt om. Når det f.eks. blev sagt, at der var "givet præ til 24.3", så vidste jeg, at det betød, at den patient, der lå på stue 24 i den 3. seng fra venstre talt fra døren, havde fået den medicin, der var ordineret af en læge som forberedelse til operation, og at en lang række sygeplejefaglige opgaver SKULLE være udført forinden. Og jeg fandt rimelig hurtigt ud af, hvem der var hvem i det virvar af hvide kitler, der kommer ud og ind af et afdelingskontor. Jeg vidste, at når en mand i hvidt tøj med opsmøgede ærmer og "tusser" malet på begge underarme og med en grøn kalot på hovedet kom ind på kontoret og spurgte efter "Åse Frandsen", så var han portør fra operationsafdelingen, og at han skulle hente en patient og køre seng og patient til operationsafdelingen med papirer stukket under hovedpu-

---

<sup>77</sup> Keesing har bl.a. forsket i den oprindelige Stillehavs-befolknings post-koloniale identitetsdiskurser, hvor han diskuterer den hvide antropologs rolle i mytedannelsen. Det særligt følsomme opstår her, når antropologen som både forsker og hvid i princippet taler hen over hovedet på den indfødte (Keesing 1989:28-31, Trask 1989:159-164).



den. På denne måde undgik jeg at spørge og forstyrre den kliniske vejleder i hendes arbejde. Dataindsamling er en kompleks proces, og ovenstående problemstillinger demonstrerer, at det i realiteten ikke giver mening at tale om at ”indsamle data”. Data er, som jeg har vist, ikke noget der ligger derude og bare venter på at blive samlet op af en tilfældig forsker, der er kommet forbi. Data konstrueres i et samspil mellem forsker, teoriramme og informanter, som alle er situerede i en bestemt social kontekst, konfigureret på en bestemt måde på et bestemt historisk tidspunkt.

Med begrebet observation mener jeg alt dette.

### **Etiske overvejelser og udvælgelse**

Undersøgelsens fokus er erhvervsudøveres arbejde på en hospitalsafdeling. Patienter, deres helbredsforhold og dermed personfølsomme oplysninger er dermed ikke i fokus. Projektbeskrivelsen blev før opstart af projektet forelagt *Den Videnskabetiske Komité for Region Nordjylland*, som skriftligt bekræftede, at projektet ikke var underlagt Helsinki-deklarationen<sup>78</sup>, og at der derfor ikke skulle søges om specifik tilladelse for at lave undersøgelsen (se bilag 1).

I undersøgelsens design var jeg i udgangspunktet inspireret af kvalitetene ved case-studier. Robert Yin er den forfatter, der oftest henvises til, når case-metoden omtales i metodelitteraturen (se f.eks. Kvale 2001, Andersen 1997, Maaløe 1999, Lofland et al. 2006). Yin anbefaler case-studiet, når ens forskningsspørgsmål søger efter forklaringer på nutidige sociale fænomener, hvor grænsen mellem fænomenet og konteksten ikke er klare (Yin 2009: 18). Jeg har ladet mig inspirere heraf og har tilstræbt at få variation og kontrast tænkt ind i valg af de to lokaliteter, dvs. to forskellige hospitalsafsnit<sup>79</sup>. Efterhånden som analysen skred frem, og jeg fandt, at substansen var den samme, har jeg ikke fastholdt et komparativt perspektiv i fremstillingen. Forskellighederne har imidlertid undervejs gensidigt informeret hinanden og har givet mig en opmærksomhed på særlige fokusområder i det etnografiske arbejde.

---

<sup>78</sup> Helsinki-deklarationen omfatter regler for sikring af frivillige forsøgspersoner og patienters rettigheder og sikkerhed samt anbefalinger, der skal vejlede læger i biomedicinsk forskning med mennesker som forsøgspersoner. Lov 503 af 24. juni 1992, Helsinki-deklarationen.

<sup>79</sup> Et hospitalsafsnit er et nyere organisatorisk begreb for det, der tidligere også af lægfolk blev kaldt en *afdeling*. I dette tilfælde er et afsnit således en enhed på ca. 30 sengepladser, som er en del af en afdeling, der rummer patienter med sygdomme i samme organsystemer. F.eks. rummer abdominal-kirurgisk afdeling (mave-tarm-kirurgisk afdeling) to sengeafsnit, et ambulatorium og et operationsafsnit. Afsnittet er således den fysiske lokalitet, jeg har opholdt mig på. Hvis afdeling alligevel optræder i datamaterialet omtalt af informanterne, kan der derfor være tale om ”afsnit”. Hvis det ikke har betydning for forståelsen, har jeg ikke korrigeret dette. Se senere i afhandlingen om organisering.

Der var flere forhold, der spillede ind på mine valg af hospitalsafsnit. Jeg havde mange kontakter til miljøet via min ansættelse som underviser, og før jeg startede projektet, begyndte jeg at forhøre mig uformelt i miljøet både blandt studerende og undervisere og centralt placerede udviklingssygeplejersker, om hvad der blev sagt om hvilke hospitalsafdelinger som undervisningssteder. Hospital som eksempel på virksomhedsforlagt praktik eller klinisk uddannelsessted blev valgt frem for andre praktiksteder (som f.eks. hjemmepleje eller plejehjem), fordi størstedelen af de sygeplejestuderendes praktikperiode den dag i dag foregår på et hospital (60%). Et forhold der dog i fremtiden kan ændre sig med den øgede ambulante behandling og indførelsen af flere ”sengeløse” hospitaler. Jeg blev mødt med det synspunkt, at det ikke ville give mening at vælge efter de medicinske specialers klassiske opdelinger: medicinske og kirurgiske afdelinger, hvilket jeg ellers havde tænkt. Argumentet var, at den kliniske undervisning var et selvstændigt domæne, der ikke ville være under indflydelse af specialet, og at sygeplejerskeuddannelsen er en generalistuddannelse, hvorimod lægerne gennemgår specialuddannelser. Men jeg holdt fast i, at kontrasten også skulle gælde den klassiske opdeling, hvilket delvist kan forklares ud fra egne indgroede erfaringer med opdelinger i medicinske behandlingsformer. Men samtidig ønskede jeg også at sige ”nej” til den ideologiske forklaring om sygepleje/klinisk undervisning som en autonom disciplin. Min antagelse var, at navnlig den kirurgiske logik, hvor patienter overvejende gennemgår en nøje iscenesat behandling i form af operation også ville spille ind på den kliniske undervisning.

I min sondering af mulige lokaliteter dannede der sig ret hurtigt et mønster af udtalelser om en ”rigtig god afdeling”, hvor man havde ”gjort rigtig meget for de studerende”, og hvor der var ”godt at være”. Der var lidt mere uklare meldinger om decideret ”dårlige” afdelinger, men der blev talt meget om specielt én afdeling, der var ”hård”, de studerende havde i en periode følt sig overladt til sig selv, og der var meget travlt. Det lå implicit i udtalelserne, at den afdeling, ville ikke være hensigtsmæssig af opsøge. Ret tidligt i forløbet fik jeg kontakt til hospitalets sygeplejefaglige sous-chef, som blev min indgang /”gate-keeper” til feltstudierne. Hun gav ligeledes udtryk for, at der var afdelinger, hvor man ”havde gjort meget for de studerende”, og så var der afdelinger, hvor ”det haltede lidt mere”. Jeg var indstillet på at gå efter at få disse forskelligheder repræsenteret. Gatekeeperen fortalte, at specielt én afdeling lå noget ”underdrejet” for tiden pga. omstruktureringer, hvor behandling og pleje skulle omorganiseres, hvilket havde givet en del uro. Denne afdeling havde mave-tarm-sygdomme som sit speciale, og jeg havde forinden tænkt, at netop en sådan afdeling ville give mig nogle fordele at vælge, eftersom jeg tidligere som sygeplejerske har arbejdet på en sådan afdeling, og jeg også tidligere har brugt denne type afdeling på et andet hospital, som afsæt for feltstudier

(Højbjerg 2003). Tanken var, at jeg i hvert fald på den ene afdeling ville vide et minimum af, hvad der foregik omkring mig. Gatekeeperen syntes ikke i udgangspunktet, det var den bedste afdeling at spørge, fordi de måske ikke havde overskud til at tage imod mig. Men vi blev enige om, at hun skulle spørge dér og også på den afdeling, hvor de ”havde gjort så meget for de studerende” (se bilag 2 for brev til hospitalsafsnittene). Jeg overvejede meget, hvorvidt jeg skulle fastholde det kontrasterende perspektiv, om det gav mening, at observere på en afdeling, hvor organiseringen var i opbrud, og hvor personalet måske stod i en ekstrem situation. Men ud fra idéen om, at alle offentlige institutioner i dag er det, der er blevet omtalt som ”omstillingsramte” (Krejsler 2006), er ustabilitet og forandring et vilkår for moderne institutioner i dag, som måske derfor var vigtigt at få sat i spil. Samtidig ønskede jeg, at de valgte afsnit skulle have både erfarne og ny-uddannede kliniske vejledere, jeg kunne følge for at få et så varieret udbud af de kliniske vejledere. Og endelig ønskede jeg at følge de kliniske vejledere på deres vej til klinisk vejlederuddannelse, sådan at jeg observerede dem:

- før uddannelsen, når de var vejledere for de sygeplejestuderende,
- mens de gik på klinisk vejlederuddannelse og
- efter overstået uddannelse når de som nyuddannede skulle fungere som kliniske vejledere ”for alvor”.

Den sidste del af designet blev ikke valgt ud fra en ambition om at ville lægge mig op af program-evalueringsforskningen, hvor hensigten er at vurdere resultatet af et uddannelsesforløb dvs. effekten, her klinisk vejlederuddannelse (se f.eks. Vedung 1997). Idéen var at få så forskellige vinkler som muligt på klinisk vejlederpraksis ved at lade data fra forskellige vinkler informere hinanden. Endvidere var antagelsen, at den ny-tilkomne (den nyuddannede kliniske vejleder) efter en ”dosis” med ny viden på uddannelsen begynder at stræbe efter den rette lære (ortodoksa) (Callewaert 1992: 32-33). Med hensyn til den kliniske vejleders jurisdiktion og brug af videnssystemer, antog jeg ligeledes, at markeringer og bestræbelser på at markere afgrænsninger ville fremstå mere tydeligt efter endt klinisk vejlederuddannelse.

Proceduren var, at gatekeeper tog kontakt med de respektive afsnit via oversygeplejersken; jeg fremsendte information om, hvad projektet gik ud på, og hvordan jeg ønskede at indsamle data, og jeg holdt et møde med hver af afsnittene. På afsnit 1 deltog afdelingssygeplejerske, klinisk undervisningsansvarlig sygeplejerske, en erfaren klinisk vejleder og en klinisk vejleder in spe. På mødet med afsnit 2 deltog ligeledes den undervisningsansvarlige sygeplejerske, den erfarne kliniske vejleder og en klinisk vejleder in spe, men ikke afdelingssygeplejersken, som dog kom forbi og hilste på.

Eftersom der ikke var mange uddannede kliniske vejledere på afsnittene, var der ikke mulighed for at udvælge kliniske vejledere blandt flere fra de respektive afsnit. På afsnit 2 fandt jeg dog senere ud af, at der reelt var flere muligheder, men pga. andre engagementer var der reelt ikke valgmuligheder. Begge afsnit var i udgangspunktet positivt indstillede på at lade mig følge de kliniske vejledere i deres arbejde med de sygeplejestuderende, men på afsnit 1 betingede man sig, at jeg ikke ”forstyrrede” for meget, som den kliniske vejleder in spe udtrykte det. Her ønskede man at få indføjet i den skriftlige samtykkeerklæring, at *”dataindsamlingen i videst muligt omfang giver mulighed for at opretholde min normale arbejdsrytme for så vidt angår mit professionelle arbejde, mine arbejdspauser og min sociale omgang med kolleger”* (bilag 4). Det lå mellem linjerne, at det var begrundet i, at de havde en travl hverdag og derfor havde brug for et pusterum, der ikke skulle udgå pga. mit behov for at tale med dem som en del af undersøgelsen. På dette tidspunkt i starten af en lang samarbejdsperiode, må jeg erkende, at jeg ikke havde modet til at spørge uddybende til det. Jeg vil mene, at dette krav specielt i starten af observationsperioden påvirkede mit mod til at få spurgt løbende til det, der foregik, og jeg gjorde mig meget umage med ikke at gå i vejen. Jeg trådte (måske overdrevent) til side og åbnede og lukkede opmærksomt døre. Jeg fik således meget hurtigt signaleret, at jeg anerkendte, at her var travlt. Afdelingssygeplejerskerne formidlede videre til det samlede plejepersonale, at jeg ville komme og være til stede, men der kommer mange mennesker ind og ud af en hospitalsafdeling, hvorfor der – specielt i starten – opstod situationer, hvor jeg hurtigt måtte introducere mig selv og forklare min tilstedeværelse.

Med de kliniske vejledere fulgte de studerende som informanter. De sygeplejestuderende, som den kliniske vejleder skulle være sammen med på observationsdage blev informeret og spurgt både skriftligt og mundtligt, om de var indforståede med min deltagelse og ønske om at interviewe dem. På et tidspunkt blev der ændret på hvilken studerende, der skulle være tilknyttet en bestemt klinisk vejleder, og der opstod usikkerhed om, den rigtige studerende havde fået grundlag for at samtykke, men det løste sig. Den ændrede planlægning var i høj grad et udtryk for den omskiftelighed, der på hver sin måde prægede praksis på de to hospitalsafsnit.

Det var mit indtryk, at de studerende overvejende var mere optaget af deres praktikforløb end af mit projekt, og tanken om, at jeg fokuserede på den kliniske vejleders praksis gjorde det ufarligt for dem at deltage, selvom de kendte min baggrund. De spurgte mig til råds – specielt når deres vejledere ikke hørte på. F.eks. om jeg havde skrevet ned, om en undersøgelse skulle foregå den ene eller anden dag, om *”hun sagde, at blodtryksmanchetten også skulle sprittes af efter brug”*, (hun var den kliniske vejleder) om *”hvad var det, han sagde det hed? Var det*

*cyklo..?”* (om lægen der har nævnt et medicinsk præparat). Jeg forholdt mig pragmatisk til rollen, forstået som at jeg i udgangspunktet ikke gav svar på spørgsmål, der på afgørende måde fik konsekvenser for pleje, behandling og undervisningen.

Der opstod undervejs situationer, hvor den kliniske vejleder indgik i en tæt samarbejdsrelation med repræsentanter fra andre faggrupper. F.eks. lægen ved stuegang, en fysioterapeut eller en socialrådgiver. Her præsenterede jeg mig og spurgte, om de var indforståede med, at jeg sad med. Det samme gjaldt i relationen til patienterne. I situationer præget af intimitet og privathed trak jeg mig tilbage og lod den kliniske vejleder arbejde u-observeret. Selvom jeg ikke optrådte i rollen som sygeplejerske, lod jeg mig vejlede af gældende regler om tavshedspligt for sygeplejersker (De Sygeplejeetiske Retningslinier, Dansk Sygeplejeråd, 2004<sup>80</sup>). Jeg oplevede en enkelt gang, at en patient med et meget kompliceret og kronisk sygdomsforløb opstået på baggrund af behandlingsmæssige komplikationer gav udtryk for, at hun ikke ”orkede have flere nysgerrige på slæb”, da jeg dukkede op på stuen og ville hilse på og forklare mig. Det tolkede jeg som et udtryk for den særlige sygdomssituation, hun var i, og jeg holdt mig væk fra stuen. Ellers var folk gennemgående positive men ikke specielt interesserede i mit projekt eller i min tilstedeværelse. Det var naturligvis svært at forstå (!), men på den anden side havde jeg også gjort mig umage med at falde i med omgivelserne. Dvs. jeg bar den samme uniform som plejepersonalet (bukser og overdel), ingen ur og smykker, og fænomenet med, at nogen følger med og ser, hvad andre laver er et kendt vilkår for de fleste, der kommer på et hospital i dag. Jeg havde fabrikeret et stort skilt med mit navn, cand. mag. ph.d. studerende Aalborg Universitet. Jeg skrev med vilje ikke sygeplejerske, fordi jeg ville minimere risikoen for, at folk – både personale og pårørende - forholdt sig til mig i den tro, at jeg kunne agere som sygeplejerske. Specielt i relation til patienterne afpassede jeg min forklaring på min tilstedeværelse efter forholdene. F.eks. undlod jeg at forklare mig til patienter, der var konfuse eller dødsige, og jeg undlod generelt lange forklaringer, hvis ikke der blev spurgt.

For så vidt angår kontakten til professionshøjskolen, (fremover kaldet UC Danmark), hvor klinisk vejledeuddannelse blev afviklet for bl.a. de to kliniske vejledere in spe, tog jeg tidligt kontakt til studielederen af uddannelsen, som stillede sig meget velvilligt til rådighed. Hun indgik både som informant, idet jeg interviewede hende og som gatekeeper, idet hun formidlede kontakten til de implicerede undervisere. Underviserne blev spurgt ud fra hvem, der havde erfaring og måske derfor ikke ville have noget imod at blive iagttaget af én, der selv var kendt med kulturen. Efter uddannelseslederens råd og vejledning spurgte jeg de klinisk

---

<sup>80</sup> Downloaded 20.4.2011 på: [http://www2.dsr.dk/dsr/upload/7/45/289/10-143\\_SERretningslinjer\\_2010.pdf](http://www2.dsr.dk/dsr/upload/7/45/289/10-143_SERretningslinjer_2010.pdf)

vejleder-studerende om samtykke til at overvære undervisningen via UC Danmarkss elektroniske studenterplatform. Eftersom holdet bestod af 40 studerende formulerede jeg brevet, således, at de kunne skulle reagere, hvis de ikke ønskede samtykke (se bilag 3). De to kliniske vejledere in spe havde i forvejen givet informeret samtykke (bilag 4 og 5).

Informanterne er blevet lovet fortrolighed i omgangen med deres data, ligesom de er lovet, at deres navne ikke vil fremgå i den endelige afhandling. Men da der i afhandlingen optræder oplysninger om særlige organisationsformer, og der henvises til specielle dokumenter, kan der for nogle af de implicerede parter være tale om genkendelighed. Det har ikke været intentionen men er et udtryk for konflikten mellem anonymisering og kontekstualisering.

### **Den praktiske gennemførelse af observationerne**

Aftalerne om, hvilke dage jeg skulle være til stede på de to hospitalsafsnit for at udføre observationsstudierne, kom i stand ud fra de praktiske muligheder dvs. hvornår den kliniske vejleder var på arbejde i en dagvagt med den studerende, hun formelt var vejleder for. Det skulle passes ind efter, hvornår de kliniske vejledere ikke var fraværende pga. aften- eller nattevagter, fridage efter week-end-arbejde, kurser, afspadsring og sygdom. For de studerendes vedkommende måtte jeg styre udenom ”studiedage”, hvor den studerende var væk fra afsnittet enten på grund af ophold på tværfagligt studie-unit, ophold på operationsafdeling/ambulatorium eller dage derhjemme ved bøgerne, som var den officielle forestilling om, hvad studiedage væk fra uddannelsesstedet skulle bruges til.

I feltobservationerne har jeg haft fokus på følgende forhold: Hvad folk siger, hvordan folk opfører sig, og hvilke artefakter der omgiver informanterne i de udvalgte situationer (Spradley 1979: 8). Jeg bestræbte mig på at få datamateriale til det Corsaro kalder en *interaktiv episode* i en undervisningssituation. En sådan episode indeholder idéelt set informationer om deltagere, ”setting” (hvor og hvordan foregår episoden), hvad sker der og varighed (start- og sluttidspunkt). Ifølge Corsaro er en interaktiv episode ”..those sequences of behavior which begin with the acknowledged presence of two or more interactants in an ecological area and the overt attempt(s) to arrive at a shared meaning of on-going or emerging activity” (Corsaro 1981: 127)<sup>81</sup>.

Jeg har fundet den interaktive episode hjælpsom i afgrænsningen af beskrivelsen af lange sekvenser, om end jeg ikke har brugt den i skemaform. Jeg har tidligere eksperimenteret med

---

<sup>81</sup> Corsaro har udviklet sin definition på baggrund af etnografiske studier af jævnaldrende børns leg i en børnehave i ’miljømæssige omgivelser, hvilket ikke helt er det samme som voksne med faglig baggrund i relation med en elev/studerende. Corsaro er til gengæld inspireret af Goffmans ”*Behavior in public places*” fra 1963, som ikke specifikt har børn som genstand.

at iagttage snævre forudbestemte kategorier (Højbjerg 2000), men jeg fandt det overordentlig vanskeligt at arbejde så strengt disciplineret, som denne metode fordrer (se f.eks. Croll 1986 om struktureret klasserumsforskning). Her har jeg desuden valgt at gå eksplorativt til værks indenfor teorirammen, hvorfor mit spørgsmål ikke lægger op til at identificere éntydige kategorier. Jeg trådte ind i feltet (her den etnografiske term) på feltets præmisser, konteksten eksisterede allerede, så jeg indstillede mig på det uforudsete og de ikke-kontrolable hændelser, som Kristiansen og Krogstrup anbefaler det for den ustrukturerede observation, hvis man vil stille sig åben overfor de muligheder, der pludselig opstår (Kristiansen og Krogstrup 1999: 47-48).

Jeg lagde ud med deskriptive observationer, derefter observerede jeg fokuseret og til sidst selektivt (Spradley 1980: 34). Det vil sige, at jeg fulgte den kliniske vejleder, og hvor hun og den studerende skiltes, fulgte jeg den kliniske vejleder (næsten) overalt, hvor hun gik. Senere fokuserede jeg på særlige situationer, f.eks. hvor dagens arbejde skulle planlægges og undervisningsfokus fastlægges og på de tidspunkter, hvor der var tid til at sidde på kontoret og ”snakke noget igennem”. Til sidst blev jeg selektiv og opsøgte de dage, hvor særlige undervisningsaktiviteter var planlagt som f.eks. gennemgang af refleksionsøvelse, klinikundervisning og en såkaldt P-dag (pædagogisk dag).

Jeg tog feltnotater simultant med de faktiske handlinger og fulgte således ikke rådet, som Kristiansen og Krogstrup videregiver fra Bailey om, at forskeren bør undgå at notere undervejs under samværet med feltets deltagere ud fra den begrundelse, at personerne kan føle sig overvåget og derfor måske ændrer adfærd (Kristiansen og Krogstrup 1999:151). Her kompenserede uniformen noget for det forhold. Jeg ønskede relativt åbent at etablere en ”notetaker-role” (Emerson et al 1995: 22) for ikke at foregøgle hverken mig selv eller informanterne, at jeg kunne være usynlig og dermed uden betydning for, hvad der foregik. Endvidere ved jeg fra tidligere erfaring, at det ikke er et ualmindeligt syn, at hvidkittede personer går rundt og noterer og skriver på A4-blokke, hvorfor det omvendt ikke ville påkalde sig en overdreven opmærksomhed. Endelig spillede det også ind, at blyant og A4 blok qua min baggrund er kendte artefakter, der i det mindste gav mig en smule tryghed i den i starten uvante situation. I løbet af en observationsdag trak jeg mig ind imellem tilbage til en ledig stol for at nedskrive hændelser mere fyldigt, mens de var i frisk erindring. Efter hver observationsdag gennemlæste og uddybede jeg mine feltnotater dels for at kunne huske de konkrete situationer, dels for at kunne skærpe fokus til næste observationsdag og revidere fokus. Hvis jeg kunne nå det inden næste observationsdag, genskrev jeg feltnoterne på PC'en, ellers skete det senere. Processen tjente også som refleksion med henblik på at skærpe og revidere fokus og som en del

af den tidlige analyse proces (Lofland et al 2006:221, Emerson et al 1995:41-42, Hammersley & Atkinson 2005:158).

Jeg overvejede at båndoptage samtidig med, at jeg skrev notater. Men jeg opgav at bruge båndoptageren konsekvent. For det første fordi jeg alligevel ikke kunne få optaget al tale, eftersom jeg vidste, at den kliniske vejleder og den studerende ville flytte sig fysisk, og mange mennesker ville indgå på lydoptagelsen. Jeg frygtede derfor, at jeg måtte koncentrere mig om min egen fysiske placering for at få optaget lyden, hvilket ville gå ud over koncentrationen på det, der skete i rummet. For det andet havde jeg dårlige erfaringer fra tidligere (Højbjerg 2003), hvor informanterne udtrykte modvilje mod, at jeg havde brugt båndoptager, idet de følte sig for overvågede. Dertil kom at der, før jeg skulle i gang med observationerne, havde været en meget omtalt sag i medierne om en ferieafløser der, forklædt som journalist på en institution for psykisk handicappede med skjulte båndoptagelser, havde afsløret forhold, der endte med at kompromittere hele arbejdsstedets omdømme ganske alvorligt med fyringer til følge ("*Er du åndssvag?*" sendt første gang på TV2 13.02.2007). Også derfor valgte jeg fra starten pointere, at jeg ikke brugte båndoptager, for at der netop skulle være klare linjer. Det var måske en overreaktion set i bakspejlet, men det gav god mening på det tidspunkt. Det endte dog med, at jeg efter samråd og aftale båndoptog undervisningsseancer, hvor vi sad "stille" i afsides rum væk fra afdelingens larm og travlhed. Samtlige gennemgange af refleksionsøvelserne er således optaget på bånd, derudover et uddannelsesteam-møde mellem fire kliniske vejledere og en undervisningsansvarlig sygeplejerske og to af de tre forudsætnings- og forventnings-samtaler, jeg deltog i. Alle interviews blev til gengæld båndoptaget.

På samme måde overvejede jeg at tage fotos til illustration og dokumentation. I udgangspunktet fandt jeg det for vanskeligt, specielt når jeg havde både informanternes og patienters fortrolighed og anonymitet at tage hensyn til. Her ved jeg dog, at der er tekniske muligheder for at overkomme den slags, men jeg må erkende, at jeg har nogle barrierer i relation til teknik, som jeg fortsat arbejder med at overkomme.

Med hensyn til observationsstudierne på professionshøjskolens klinisk vejlederuddannelse gjaldt de samme overvejelser. Her endte jeg med at båndoptage en to timers kommunikationsøvelse med seks klinisk vejlederstuderende, hvor jeg vidste, at jeg kunne overskue at dechiffrere stemmerne.

## **Spørgemetoder og interviews**



Man kan ikke spørge informanterne om det, man i virkeligheden allerhelst vil have svar på. Eksempelvis kunne jeg ikke spørge en klinisk vejleder om, hvorfor hun adskillige gange overfor den studerende pointerer, at den studerendes individuelle studieplan er afgørende for et godt praktikophold, når hun samtidig ved, at det er meget vanskeligt at følge en plan i praksis. Og på samme måde kunne jeg heller ikke spørge hende om, hvorfor det ”at reflektere over sygeplejen med teori” overvejende var forbundet med verbalisering af begreber fra sygdomslære og patofysiologi, eller hvorfor alle arbejdsopgaver må vige for at klargøre patienten, som står som nummer 1 på operationslisten. Netop miskendelsen gør det vanskeligt for agenten at give et udtømmende svar, hvorfor det, der observeres, må fremanalyseres med Bourdieus dobbeltoptik på både informanternes subjektive opfattelser og rekonstruktion af de objektive vilkår, som rammesætter de muligheder, den kliniske vejleder handler indenfor. Ligeledes kan det være problematisk at spørge til det selvfølgelige, hvis informanterne ved, at man med sin baggrund ved besked med mange forhold. De kan føle, at ”dumme” spørgsmål er et forsøg på at teste dem (Spradley 1979: 50).

De sociale strukturer, som indgår i relationen mellem forsker og den observerede, er principielt de samme, som indgår i et interview, og som sådan kan de påvirke forskningsresultatet. Men i modsætning til observation hvor der er mulighed for, at forskeren kan forholde sig tavst og afventende, må forskeren indtage en mere aktiv rolle i interviewet, eftersom hun på stedet må være i stand til at korrigere forskningssituationens socialt genererede skævvridninger i termer af at korrigere forskellene eller beregne deres konsekvenser (Callewaert 1998: 128). Når asymmetrien mellem forsker og informant er særlig stor, som f.eks. når en forsker interviewer udstødte og underklassen, kræver det ifølge Bourdieu en åndelig øvelse (*spirituel exercise*), en særlig form for selvforglemmelse, hvorved det bliver muligt at forstå sagen fra den interviewedes side (Bourdieu 1999: 614). I relationen mellem mig som forsker og den kliniske vejleder kan man sige, at der med hensyn til uddannelseskapital var tale om et overskud til min fordel, også set i forhold til min relative position som kommende fra det teoretiske skolemiljø, hvor undervisning i klassisk forstand praktiseres. Som sådan var asymmetrien ikke så stor, som ved f. eks. en relation mellem forsker og marginaliserede samfundsgrupper. Den åndelige øvelse i selvforglemmelse havde nærmere karakter af en anspændt opmærksomhed, der måske endda var gensidig. Bourdieu har fundet, at den halvlærde eller middelklasseborgeren ”*is haunted by the experience he offers to others and the judgement they make of it*” (Bourdieu 2002: 253). Her tænker jeg også på mig selv som halvlærd – på vej til at blive mere lærd. Omvendt oplevede jeg en større tilbøjelighed til selvforglemmelse i interview-

situationerne med de studerende, hvilket må tilskrives min egen faghabitus, hvor jeg har erfaring med at omgås studerende.

Med ovenstående vil jeg forsøge at godtgøre, at disse forhold kan have spillet en rolle for, hvorfor jeg i interviewene ind imellem måske har taget informanternes svar for for gode varer og har undladt at forfølge visse svar. Brudtænkningen må ideelt set integreres i ens forskerhabitus. Den må opbygges ved at udøve ens metier som forsker, hvorved man lærer - eller i det mindste bliver bedre til at kontrollere de skævvridninger, der udfolder sig under selve interviewet.

Interviewene i afhandlingen har været brugt til at få en fremstilling af agenternes udlægning og oplevelse af den kliniske undervisning. Der har ikke været tale om livshistoriske interviews (se f.eks. Bourdieu 1999, Steensen 2006, Halskov et al. 2008, Goodson 2005). De biografiske data har været suppleret med andre rapporter og undersøgelser om gruppen af sygeplejersker, der viser flere generelle socio-kulturelle forhold, som baggrund for rekruttering (Lange 2010, Eriksen 1995, Eriksen 2005).

Der har været anvendt halv-strukturerede interviews, hvor jeg tilstræbte at lade mine spørgsmål fungere som katalysator (Callewaert 1998: 139, Kvale 2001: 111). Derfor brugte jeg heller ikke mine interviewguides slavisk men som udgangspunkt. Interviewene af afdelingssygeplejerskerne fandt sted ret tidligt i perioden, da jeg også havde brug for at få et overblik over afsnittene og hvordan undervisningen var organiseret. Interviews af de kliniske vejledere og de studerende fandt sted efter, jeg havde observeret den pågældende, hvorfor det også var muligt at stille spørgsmål til særlige begivenheder eller forhold, der gjaldt den enkelte (se side 101 for oversigt over datamaterialet og bilagene 6-11 for interviewguides).

Jeg benyttede mig også i høj grad af samtale-interviewformen (Larsen 1995: 98-99), som er karakteriseret ved, at der ikke er fastlagt nogen rollefordeling med hensyn til, hvem der interviewer, og hvem der er informant. Intervieweren har dog på forhånd nogle specielle interesser inden samtalen påbegyndes. Den type samtaleform foregik typisk til og fra forskellige rum som f.eks. patientstue, kontor, medicinrum eller på vej til en anden afdeling eller i blodbanken, i personalerummet eller i en pause på kontoret, hvor en samtale udviklede sig under hensyntagen til, at jeg ikke forstyrrede. Den kunne indledes af den kliniske vejleder selv, der ville knytte en kommentar til en handling eller episode, eller af mig som stillede spørgsmål til de konkrete observationer. Min ”hjemmebanefordel” gav mig en viden om, hvad der foregik men jeg var ikke så fortrolig med kulturen, at jeg fandt det kunstigt at spørge til det, jeg så. Som Spradley siger: *”In fact skilled ethnographers often gather most of their data through participant observation and many casual friendly conversations* (Spradley 1979: 58). Min

egen oplevelse er, at det også var sådan, det foregik. Der lå til gengæld en udfordring i ikke at blive ”for friendly” med risiko for at ”go native”. Og der opstod naturligvis situationer, hvor jeg efterfølgende overvejede, om jeg kunne opretholde min ”note-taker-role” (som da jeg blev indviet i en informants meget private helbredsforhold, og jeg fandt mig selv refererende forhold om min svigermors helbredssituation). Men en form for personlig involvering mener jeg hører med, når man forsker i og blandt mennesker.

Jeg lagde mig fast på individuelle interviews med de kliniske vejledere, som sammen med datamaterialet fra klinisk vejlederuddannelse, skulle bidrage til et billede af en doxa, dvs. den erfaringsbundne moralske stillingtagen til, hvordan man er den gode vejleder. Jeg overvejede også fordelene ved fokusgruppeinterview, hvor netop gruppeformen gør det nødvendigt for gruppemedlemmerne at forklare eller forsvare synspunkter (Morgan 1997: 46, Kvale 2001: 282). Jeg endte dog med at få det ”forærende” fra feltobservationerne. Dels i form af deltagelse i et uddannelsessteam-møde med en undervisningsansvarlig som mødeleder for fire kliniske vejledere på hospitalet, dels ved en kommunikationsøvelse på klinisk vejlederuddannelse med seks kliniske vejledere in spe. Her oplevede jeg, at diskussioner og associationskæder blev sat i gang hos deltagerne i gruppen. Interviews med de studerende er overvejende brugt til at indfange deres oplevelser af de forskellige undervisningsinitiativer, som var gjort for deres skyld. Interview’ene med afdelingssygeplejerskerne og de undervisningsansvarlige sygeplejersker skulle bruges til at få informationer om mange faktuelle forhold både ved afdelingens generelle organisering og opbygning og ambitionerne for den kliniske undervisning. (Se interviewguides i bilag 6 og 7).

## **Tekstmateriale som uddannelsesdokumenter og hjemmesider**

Den del af datamaterialet der udgøres af tekst falder i flere niveauer:

- I. De statslige dokumenter. Dvs. Lovgrundlag og bekendtgørelser for henholdsvis sygeplejerskeuddannelsen og klinisk vejlederuddannelse. Ikke mindst de mange rapporter der på statens foranledning udgivet om praktikuddannelse af Anvendt Kommunal Forskning, (AKF) Danmarks Evalueringsinstitut (EVA), Undervisningsministeriet<sup>82</sup>.
- II. Uddannelsesdokumenter fra uddannelsesinstitutionen UC Jylland
  - Studieordning for sygeplejerskeuddannelsen
  - Planer for Klinisk Undervisning,
  - Modulbeskrivelser for sygeplejerskeuddannelsen
  - Studieplan for Klinisk vejlederuddannelse
- III. Uddannelsesdokumenter fra de kliniske uddannelsessteder

---

<sup>82</sup> Her er ikke tale om systematiske analyser af alle statens rapporter, men rapporterne har været konsulteret undervejs for at undersøge særlige perspektiver på praktikuddannelse.

- ”Velkomstpakker” fra de respektive hospitalsafsnit til de sygeplejestuderende
  - Funktionsbeskrivelser
- IV. Studerendes uddannelsespapirer
- Sygeplejestuderendes individuelle studieplaner og refleksionsopgaver
  - Klinisk vejlederstuderendes skriftlige arbejdsrapporter.
- V. Info-materiale down-loaded fra de respektive institutioners hjemmesider.

En institutions hjemmeside kan rumme mange faktuelle oplysninger. Den også har den særlige fordel som empirisk materiale, at den rummer positive selvfrestillinger om institutionen, eftersom ingen institutioner i udgangspunktet har et ønske om at fremstå i et ikke- gunstigt lys. Det giver mulighed for at analysere holdninger, værdier og præferencer. Til gengæld er hjemmesider flygtige og kan over et ph.d.-forløb blive opdateret. Det kan give forskeren udfordringer med at genfinde oplysninger og at dokumentere oplysninger, hvis de fjernes og gøres utilgængelige.

Det formelle tekstmateriale udsendt af de legitime institutioner har således givet faktuelle oplysninger men har også bidraget til feltets repræsentation af klinisk vejledning. Når den kliniske vejleder eksempelvis ”vælger” at sidde på kontoret med den studerende og skiftevis fortælle og spørge til de sygdomsfysiologiske forhold omkring hjertets ledningsbaner ved bagvægsinfarkt i hjertet, vil hun være i stand til at rekonstruere en forklaring herpå, som er begrundet i, at hun som klinisk vejleder har ansvar for at ”skabe rum for refleksion”. Grundtanken er, at tekst om hensigt og formål med klinisk undervisning ikke i sig selv er forklaring på, hvorfor hun gør, som hun gør. Hun bærer sig praktisk ad på trods af al refleksion og forklaring og teknologisk anvisning (Petersen 2001: 151, Callewaert 1992: 171ff). De officielle tekstdokumenter er derfor mere et udtryk for den herskende mening, som er det, der skal forklares. Diskursen om sagen om man vil.

## **Datamaterialet**

Datamaterialet er indsamlet over en periode på 10 måneder. De konkrete observationsdage har været planlagt og aftalt med den undervisningsansvarlige sygeplejerske, den kliniske vejleder og den studerende. Og de individuelle interviews med de kliniske vejledere blev foretaget, efter jeg havde været i gang med observationerne, og interviewene med de studerende blev foretaget efter de havde været til deres eksamener. Interviewene med de undervisningsansvarlige sygeplejersker og afdelingssygeplejerskerne blev foretaget meget tidligt i forløbene. Også fordi jeg havde brug for at få et råsigt over, hvordan klinisk undervisning var tænkt og organiseret i relation til det daglige arbejde.

**Oversigt observationer.** Alle navne er opdigtede.

**Feltobservationer på hospitalet/det kliniske undervisningssted**

Afsnit 1:

|  |        |
|--|--------|
| Erfaren klinisk vejleder (Bente)             | 4 dage |
| Klinisk vejleder in spe (Oline)              | 5 dage |
| Ny klinisk vejleder efter uddannelse (Oline) | 3 dage |

Afsnit 2:

|  |        |
|--|--------|
| Erfaren klinisk vejleder (Trine)             | 5 dage |
| Klinisk vejleder in spe (Nanna)              | 4 dage |
| Ny klinisk vejleder efter uddannelse (Nanna) | 3 dage |

Dertil kommer deltagelse i en klinikundervisning og gennemgang af fire refleksionsøvelser.

**Feltobservationer klinisk vejleder-uddannelse**

|   |             |
|---|-------------|
| Introduktion til klinisk vejlederuddannelse                         | 3 lektioner |
| Selvstændig gruppearbejde om tekstanalyse                           | 3 lektioner |
| Opsamling gruppearbejde   | 2 lektioner |
| Første møde i basisgruppen, opstart 1. scenarie                     | 3 lektioner |
| Holdundervisning. Underviser 1. Refleksion og læring                | 3 lektioner |
| Basisgruppemøde, opsamling/afslutning 2. Scenarie                   | 3 lektioner |
| Holdundervisning. Underviser 2, vejledningsbegrebet og vejledrollen | 3 lektioner |
| Kommunikationsøvelse uden underviser                                | 4 lektioner |
| Basisgruppemøde, opsamling/afslutning 3. scenarie.                  | 2 lektioner |
| Evaluerings, hele holdet  | 1 lektion   |

**Interview materiale**

Afsnit 1:

Erfaren klinisk vejleder (Bente)  
Klinisk vejleder in spe (Oline)  
Ny klinisk vejleder før de studerende kommer (Oline)  
Ny klinisk vejleder efter første forløb med studerende (Oline)  
Undervisningsansvarlig sygeplejerske (Tove)  
Afdelingssygeplejerske (Margit)  
Studerende Tanja (med Bente)  
Studerende Louise med Oline (før)  
Studerende Signe med Oline (efter)  
Endvidere samtaler med udviklingsygeplejerske

Afsnit 2:

Erfaren klinisk vejleder (Trine)  
Klinisk vejleder in spe (Nanna)  
Ny klinisk vejleder før de studerende kommer (Nanna)  
Ny klinisk vejleder efter første forløb med studerende (Nanna)  
Undervisningsansvarlig sygeplejerske (Heidi)  
Afdelingssygeplejerske (Birgitte)  
Studerende Helle (med Trine)  
Studerende Minna med Nanna (før)  
Studerende Stinne med Nanna (efter)  
Endvidere samtaler med udviklingsygeplejerske  
Interview med studiekordinator på hospitalet/klinisk undervisningssted

Klinisk vejlederuddannelse:

Uddannelsesleder, klinisk vejlederuddannelse

Den praktiske tilrettelæggelse af dataindsamlingen blev som nævnt til på feltets præmisser. En klinisk vejleder ønskede f.eks., at jeg skulle udskyde observationerne med hende til et tidspunkt, hvor der ikke var så mange studerende i afsnittet, og hvor hun kun skulle tage sig af én studerende. Inden klinisk vejlederuddannelsens forårshold 2008 startede 21. april gennemførte jeg observationsstudierne på de to kliniske vejledere in spe. Jeg forsøgte at få samlede dage med den samme vejleder for lettere at kunne overskue konteksten. Hver observationsdag på afsnittene begyndte jeg klokken 7 (dvs. ca. 10 minutter før) sammen med plejepersonalet for at få materiale om, hvordan dagen og dermed vejledningen og planlægningen af undervisningen kom i stand og for overhovedet at få styr på, hvad de foretog sig senere på dagen. Jeg blev for det meste hele arbejdsdagen, dvs. til kl. 15, nogle gange kortere tid hvis enten klinisk vejleder eller studerende skulle gå tidligere pga. helbredsundersøgelser, afspadsering, eller en vagt, der skulle lægges om. Nogle gange valgte jeg at blive i længere tid, hvis der blev arbejdet på overtid, og det så ud til at give interessante data. Formålet var at observere en almindelig hverdag i den kliniske vejleders arbejdsdag. Da jeg kom tilbage i efterårssemesteret var idéen at fokusere mere på de særlige undervisningsinitiativer. Designet med at observere to kliniske vejledere før, under og efter deltagelse i klinisk vejlederuddannelse skulle samtidig nuancere de forskelsmarkeringer, jeg antog, der ville være mellem at have og ikke at have klinisk vejlederuddannelse. Hele observationsforløbet på hospitalet har været præget af, at planerne og aftalerne blev ændret. Sygdom, kurser, ændrede vagtplaner, studiebesøg og også glemsomhed gav anledning til, at aftaler måtte laves om, og jeg gik også et par gange forgæves til aftaler. Det gjaldt for begge afsnit, men særligt afsnit 1 var ramt, når det gjaldt om at overholde de planer, de kliniske vejledere havde lagt for de pædagogiske aktiviteter. Det skal jeg vende tilbage til.

## **Databearbejdning**

Datamaterialet blev bearbejdet hver for sig, dvs. udskrivne feltnotater, båndudskrifter og interviewudskrifter fra hvert af afsnittene 1 og 2 og fra klinisk vejlederuddannelse. Materialet har gensidigt informeret hinanden og ligheder og forskelle har hjulpet med at fokusere på temaer. Feltnotaterne inklusive båndoptagelserne fra observationerne er skrevet ud af mig, 2/3 af båndudskrifterne fra interviewene er transskriberet af studentermedhjælpere. Resten af mig. Al tekstmateriale er efterfølgende blevet kodet ved hjælp af et kvalitativt dataanalyse softwareprogram NVIVO. Det har været en prøvelse at få det til at fungere, dels teknisk dels i forhold til ikke at få for mange kategorier eller 'nodes'. Det har været en meget tidskrævende

proces, og jeg har undervejs været i tvivl, om jeg i virkeligheden gik over åen efter vand. Mine frustrationer kan måske forklare, hvorfor selv erfarne kvalitative forskere har givet op over for systemet.

Jeg benyttede mig af åbne såkaldte "free-nodes" og "tree-nodes", der sætter koder op i hierarkier.

**Eksempel på "free nodes":**

*Oversættelse fra arbejde til undervisning og vice versa*

*Orden*

*Fnis og forlegenhed med teorisproget*

*Proaktivitetsviden*

*Larm og myretue*

**Eksempel på enkel "tree node":**

*Klinisk vejlederuddannelses etos*

*Tryghed og tillid er vigtigt for den studerende*

*Vi laver sjov om lægerne*

*Faglig sprogbrug er vigtigt*

*Orden og struktur*

*Hensyn til det individuelle*

*Det skal også kunne bruges til noget*

*Det nye / at være oppe på beatet*

**Eksempel på kompleks "tree-node":**

*Idealer for klinisk vejledning*

*Teori og praksis i praksis*

*Refleksioner*

*Refleksionsviden*

*Sygeplejeteori*

*Sygdomslære/behandling*

*Forvalter systemviden*

*Etik*

*Erfaringer*

*Anatomi og fysiologi*

Undervejs i kodningsprocessen lod jeg mig inspirere af Nonakas og Tacheuchi videnstransformationskategorier, som jeg forsøgte at kode efter:

*Tavs viden > tavs viden (socialisering)*

*Tavs viden > eksplicit viden (eksternalisering)*

*EksPLICIT viden > eksplicit (kombinering)*

*EksPLICIT viden > tavs viden (internalisering)*

(Nonaka & Tacheuchi 1995: 70 ff<sup>83</sup>)

Men jeg endte med at skære materialet op i alt for små enheder, uden at det bidrog til et klarsyn i forhold til undersøgelsens fokus. Endvidere fandt jeg heller ikke kategorierne entydige.

<sup>83</sup> Kategorierne er inspireret af Polanyis skelnen mellem eksplicit og tavs viden og er her som sådan taget ud af den sammenhæng, de indgik i, som er Nonaka og Tacheuchis bog "The Knowledge-Creating Company" fra 1995. Bogens hensigt var at forklare, hvorfor japanske virksomheder fra begyndelsen af 1980-erne viste sig at være mere succesfulde end vestlige. Ifølge forfatterne var hemmeligheden virksomhedernes evne til at skabe organisatorisk viden i en særlig kontinuerlig og dynamisk interaktion mellem tavs/skjult og eksplicit viden. En række betingelser skulle her være til stede og en fem-faset model følges.

F.eks. optræder i datamaterialet en beskrivelse af en situation, hvor den kliniske vejleder på kontoret, det vil sige væk fra patienterne underviser/ spørger den studerende om særlige hjerterytmeforstyrrelsers sygdomsfysiologi. Umiddelbart kategoriserede jeg talen som ”eksplicit > eksplicit”, men i virkeligheden var her også tale om ”tavs>tavs”, eftersom der samtidig blev ’socialiseret’ til, at beherskelse af de medicinske fagudtryk ansås for vigtige. Jeg vil dog sige, at Nonaka og Tacheuchis nodes hjalp mig til at se, at de undervisningsinitiativer, der gav legitimitet, havde eksplicitering som endemål.

Det har været den grundlæggende tænkning fra Bourdieus praktikteori suppleret med Abbotts grovere kategorier fra begreberne om professioners *abstrakt akademiske system af viden* og *det praktiske videnssystem*, der sammen med begrebet om *jurisdiktion* gav mig et blik for nogle gennemgående træk fra undervisningspraktikkerne. Ved at se efter arbejdsdeling og grænsedragninger fik jeg blik for særlige ”oversættelsespraktikker” og ”hybridformer”, der blev til i skæringsfeltet mellem arbejde og undervisning. På denne måde passer min arbejdsproces meget godt på det, Wadel har kaldt en ”runddans mellem teori, metode og data”, som han mener er kendetegnende for kvalitativt orienterede forskers arbejdsmåde (Wadel 1991: 129). Kodningen var en første organisering af datamaterialet, og set i bakspejlet har det givet et overblik og en mulighed for at gå på tværs af materialet. Et kontrasterende og relationelt perspektiv på de to afsnit gjorde det muligt at få øje på forhold, som jeg i udgangspunktet ikke havde forestillet mig ville dukke op. F.eks. var det netop kontrasten, der gjorde, at jeg blev opmærksom på det medicinske speciales betydning for vejledningens indhold. På afsnit 2 reddede man liv ved hjælp af højt specialiserede og sofistikerede indgreb, hvilket gav en særlig medvind i vejledningen. På afsnit 1 måtte de kliniske vejledere kæmpe for at overbevise deres studerende om, at håndtering af patienters afføring og ilde lugte fordrede særlige spidskompetencer på trods af, at både patienter og pårørende rynkede på næsen af dette arbejde.

Resultaterne af undersøgelsen præsenteres som konstruktioner på basis af analyse og fortolkning af materialet. Der er fokus på konstruktion af de den kliniske vejleders undervisningspraktikker, dvs. det som professionsinternt opfattes som undervisning og vejledning ud fra først en grovskitse om, at praktikkerne ikke ville have fundet sted, hvis ikke de studerende havde været til stede i afsnittet. Ved at iagttage grænsedragningen mellem den kliniske vejleders og andres arbejdsopgaver i relation til de studerende, er det blevet muligt at konstruere den kliniske vejleders jurisdiktion, som det der kan kaldes den kliniske vejleders undervisningspraksis. Ved grænsedragningen fremanalyseres de kræfter, der påvirker indhold og kontrol af arbejdet (jf. Abbott 1988: 19-20). I et relationelt perspektiv præsenteres tillige et udsnit



af en arbejdsdag, hvor ”det bare går derud af, og der ikke er tid til noget som helst”, som det blev udtrykt af den kliniske vejleder. Idéen er her at vise, hvordan undervisningen tager form, når grænserne for jurisdiktionen er mere udviskede, og hvilke miskendte læremestre, der konkurrerer om den kliniske vejleders pædagogiske initiativer.

## ANDEN ANALYSEDIMENSION

### 6. Pædagogiske krav, idealer og normer fra klinisk vejlederuddannelse

I det følgende fremstiller jeg væsentlige pædagogiske krav, idealer og normer, som den kliniske vejleder-studerende forholder sig til i mødet med klinisk vejlederuddannelse. Idéen er at fremanalysere dominerende selvfølgeligheder eller trosforestillinger om klinisk undervisning, som opfattes som naturlige og fornuftige. Blikket er på *hvad*, der siges og gøres mere end på *hvem*, der siger og gør. I et Bourdieusk perspektiv fungerer analysen som et bidrag til at forstå nogle feltinterne anerkendte måder at tænke, handle og forstå klinisk undervisning på, som er påført den kommende kliniske vejledere som en form for doxa. Der er således tale om kvalitativt og eksplorativt genererede mønstre af disse forholdemåder, som antages at indgå i de kliniske vejlederes bestræbelser på at praktisere klinisk undervisning og vejledning. I et professionsperspektiv fungerer analysen af materialet fra klinisk vejlederuddannelse samtidig som et billede på den del af den professionelles, den kliniske vejleders korpus af abstrakt, akademisk pædagogisk viden, der i Abbotts terminologi er en del af de professionelles (=den kliniske vejleders) vidensgrundlag.

#### Professionshøjskolen UC Danmark

Klinisk vejlederuddannelse er en del af professionshøjskolernes efter- og videreuddannelsesprogram, hvor diplomuddannelserne udgør den største del<sup>84</sup>. Uddannelsen er dimensioneret til 1/6 diplomuddannelse, svarende til 9 ECTS og kan således indgå som modul på de sundhedsfaglige diplomuddannelser men er samtidig selvstændigt kompetencegivende<sup>85</sup>. Før klinisk vejlederuddannelse blev formaliseret med egen ministeriel bekendtgørelse udbød sygeplejeskolerne, som vi så det i det historiske afsnit, sporadisk praktikvejlederkurser. Behovet for kurserne kom med 1990-uddannelsen, hvor uddannelsen blev omlagt til et studie. Kurser-

---

<sup>84</sup> Diplomuddannelser kan bygge ovenpå en kort eller mellemlang videregående uddannelse eller en videregående voksenuddannelse og svarer til bachelorniveau. Diplomuddannelserne udbydes som åben uddannelse og svarer til et års fuldtidsstudier dvs. 60 ECTS. De tilrettelægges oftest på deltid, dvs. over to år. Undervisningsministeriet har i 2010 igangsat en national revision af alle diplomuddannelser i Danmark. Målet er at gøre det lettere at overskue de videreuddannelsesmuligheder, uddannelserne rummer som videreuddannelse for voksne med erhvervs erfaring. Ændringerne træder i kraft 1. juli 2011. Downloaded 15.1.11 på: <http://www.uvm.dk/Uddannelse/De%20videregaende%20uddannelser/Efter-%20og%20videreuddannelse/Diplomuddannelser.aspx>

<sup>85</sup> *Bekendtgørelse om uddannelse af kliniske vejledere til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser.* BEK nr 497 af 20/06/2002.

ne startede som opdateringer i forhold til de nye sygeplejeteorier, som de studerende nu blev undervist i, og den blev varetaget af sygeplejeskolens undervisere.

Denne historie ligger også konkret bag klinisk vejlederuddannelse på det, der i dag har udviklet sig til professionshøjskolen UC Danmark. Den uddannelsesansvarlige for klinisk vejlederuddannelse, der har en baggrund som sygeplejerske, har således været med, siden man startede med at udbyde 3-dages kurser over 7-ugers modulopdelte praktikvejlederkurser frem til den formelle uddannelse normeret efter det europæiske ECTS-points-system. På trods af at klinisk vejlederuddannelse i dag udbydes som en tværfaglig efter-videreuddannelse for sundhedsprofessionerne, udspringer den af kursusvirksomhed for sygeplejersker. De fleste undervisere har en sygeplejefaglig baggrund, en enkelt underviser har en jordmoderfaglig baggrund.

Den følgende analyse af klinisk vejlederuddannelse rummer elementer fra single case studier - nærmere bestemt *en typisk case*, hvor idéen er at indfange forhold eller vilkår for en almindeligt forekommende situation (Yin 2009: 48). Det almindeligt forekommende ligger her i, at institutionen udbyder efter- og videreuddannelse som en del af institutionens virksomhedsgrundlag jf. Lov om professionshøjskoler § 2 (Undervisningsministeriet 2007), og som sådan er underlagt generelle vilkår for drift og udvikling af de pædagogiske aktiviteter.

På et mere overordnet plan er uddannelsesinstitutionen underlagt de samme moderniseringsbestræbelser som andre professionshøjskoler i form af fællestrækkene fra den neo-liberale managementtænkning, hvor decentralisering og markedstænkning, produkttænkning, ensliggørelse, brugerstyring samt økonomisk styring står centralt (Hjort 2006). Som én af de syv nye professionshøjskoler repræsenterer UC Danmark en typisk fusionspræget institution, der siden 2008, hvor professionshøjskolerne afløste Centre for Videregående Uddannelser (CVU'er), har forsøgt at finde sin form. På UC Danmark kom det f.eks. til udtryk ved, at underviserne stod for at skulle flytte fysisk til en anden lokalitet og organisatorisk skulle lægges sammen med andre efter-videreuddannelsesafdelinger i organisationen med opbrud af arbejdsopgaver og kompetencer som følge. Underviserne er det, som Krejsler har kaldt *omstillingsramte*, hvilket efterhånden er et grundvilkår for det at være professionel i dag i, hvor faggrupperne konstant må orientere sig i et landskab af omstilling og forandring (Krejsler 2006: 301).

Professionshøjskolen UC Danmark har således en del træk fælles med andre professionshøjskoler men har samtidig også nogle særegne træk. UC Danmark huser som uddannelsesinstitution professionsbacheloruddannelser indenfor pædagogik, sundhed, teknologi og business.

Klinisk vejlederuddannelse udbydes på en af de syv lokaliteter, som professionshøjskolen råder over, hvilket er samme sted som de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser, herunder sygeplejerskeuddannelsen, udbydes. Før UC Danmark blev etableret i sin nuværende form, har den daværende sygeplejerskole udbudt praktikvejlederkurser, og siden 2002 har der været udbudt klinisk vejlederuddannelse to gange årligt. I starten med 28 deltagere på holdet nu (2009) op til 40 på holdet. I alle årene har sygeplejerskerne været repræsenteret med ca. 85%. I alt har uddannelsesstedet produceret 589 kliniske vejledere, hvoraf de 458 har været sygeplejersker (samlet opgørelse findes i bilag 12).

I modsætning til tidligere hvor sygeplejerskeuddannelsens fysiske placering var i tæt tilknytning til hospitalet, er denne uddannelsesinstitution forholdsvis nyopført (2002) på en ledig byggegrund udenfor byen, hvor også byens tekniske skole (nu: Tech College) er placeret tæt ved Regionshuset og byens universitet.

Bygningen er bemærkelsesværdig lys og rummelig. Den ene yderfacade består af glas, og der er direkte udsigt til et åbent marklandskab. Når man træder ind i forhallen, ligger husets kantine i rummets stueetage med lyse borde og stole med bogstavelig talt højt til loftet. Bygningsens tre etager kan ses nedefra som ét åbent rum. Der findes to forelæsningsrum med stole og bordplads i opadstigende niveau. Disse rum er ligeledes lyse og rummelige, og der er kunst på væggene (stedet har en lokal kunstforening). Mange af klasseværelserne har et indbygget glasparti ud til gangarealet, som dog kan blændes af med persiener. Flere rum kan slås sammen til ét rum ved hjælp af foldedøre, eller de kan omvendt reduceres fra to til ét rum. De mange grupperum gør det muligt at samles i mindre grupper. Arkitekturen lægger op til fleksibilitet og åbenhed mod viden og verdenen, som står i kontrast til tidligere tiders uddannelsesinstitutioner. Her dominerede imponerende bygninger, som vi f.eks. kender det fra de gamle statsskoler (f.eks. Randers Statsskole, Risskov Skole, Viborg Katedralskole), hvor store spektakulære indgangspartier, ofte med en trappe OP til en knejsende hovedindgang, som symbol på den ypperste/højeste viden og den (sociale?) opadstigen, der bliver den forundt, som træder ind i lærdommens/visdommens hus. Panofsky<sup>86</sup> har undersøgt, hvordan der er ligheder mellem de gotiske katedralers indre organisation og den middelalderlige skolastiks argumentationsmåde<sup>87</sup> (Panofsky & Bourdieu 2002). Her har Bourdieu med udgangspunkt i

---

<sup>86</sup> Erwin Panofsky (1892-1968). Tysk amerikansk kunsthistoriker.

<sup>87</sup> Med skolastik menes den type filosofi og teologi, der fra ca. 1100-tallet blev dyrket ved de højere skoler i Vest-Europa og fra 1200-tallet ved universiteterne. Skolastik betyder "det der tilhører skolerne", hvilket vil sige universiteterne (lat. scholastica=skolelærdom, græsk: scholasticos). Skolastikerne lagde afgørende vægt på logisk stringens og præcision i det sproglige udtryk. Skolastikkens sprog var latin (Den store danske. Gyldendals Åbne Encyklopædi).

Panofskys arbejde vist, hvordan netop habitusbegrebet kan forklare forbindelsen mellem kropslige og mentale strukturer og den fysiske materialitet<sup>88</sup>.

## **Den pædagogiske organisering af klinisk vejlederuddannelse på UC Danmark**

Med inspiration fra Panofsky (2002) og Sigumfelt (1992, 1995) kan man sige, at arkitekturen med de åbne rum på professionshøjskolen understøtter **den viden og pædagogik, der ønskes formidlet på uddannelsesstedet.**

Siden efteråret 2007 har klinisk vejlederuddannelse været bygget op omkring en Problembaseret Læringsmodel (PBL), som også sygeplejerskeuddannelsen er organiseret efter. Holdet på klinisk vejlederuddannelse, jeg fulgte, var således som andet hold undervist efter PBL-modellen.

Det har formentlig styrket PBL-modellens troværdighed, at byens universitet, som var et af de universiteter, der blev etableret i midten af 1970-erne, siden sin opstart har profileret sig på en særlig PBL-model.

I det skriftlige materiale til de kommende kliniske vejledere introduceres PBL-modellen som er opstået i Canada for ca. 25 år siden

*"... som en kritik af lægeuddannelsen. Kritikken tog afsæt i den store stoftrængsel i uddannelsen samt at "boglig lærdom" ikke er tilstrækkeligt til god udøvelse i praksis. PBL anvendes i forskellige uddannelser i Canada, USA, Australien, Holland og Sverige"* (Introduktion til problembaseret læring, UC Danmark 2008: 2).

Undervisningens indhold er struktureret omkring de af bekendtgørelsen fastlagte pædagogiske temaer:

Læring.  
Refleksion.  
Vejledning.

---

<sup>88</sup> Britta Siegumfelt har ligeledes med inspiration fra Bourdieus praktikteori i sin magisterkonferens arbejdet med at fremanalysere grundlæggende principper for læger, arkitekter og læreres arbejde med folkeskolen (Siegumfelt 1992 og 1995). Ikke alene blev den lægevidenskabelige diskurs, dens forklarings- og tænke måder samt logikken i de skolehygiejniske praktikker anvendt i det lægelige arbejde med skolens børn (ret og rank ryg og eliminering af urenheder) men de anvendtes også i arkitekter planlægning af skolens fysiske rammer (luftcirkulation og opdeling af rum efter køn, skolebordes hældninger) og i lærerens undervisning der skulle fastholde børnene i den rette skrivestilling (skrå eller opret skrivestil) der understøttede den rette fysiologiske og anatomiske udfoldelse af børnenes organer (blodcirkulation og uhindret åndedræt, korrekt øjenhældning der hindrede nærsynethed osv) (Siegumfelt 1995: 122 ff).

Kristian Larsen har med inspiration fra Siegumfelts arbejde og Bourdieus praktikteori ligeledes vist en sammenhæng mellem arkitektur og pædagogik. I relation til sygeplejestuderende har han fundet, at arkitektur og artefakter indgik som usynlige læremestre sammen med patienter, andre studerende og aflæsning af hospitalslogik (Larsen 2000, Larsen 2001, Larsen 2005, Larsen 2008).

Evaluering.

PBL er baseret på tre grundprincipper: *problembearbejdning*, *gruppeprocesser* og *selvstyret læring*. Til hvert tema er der fastlagt et teoretisk oplæg i forelæsningsform ved en underviser. Herefter undervises og vejledes der efter i alt 9 trin i modellen (bilag 13). Basisgruppen mødes med basisgruppevejlederen, og der udleveres en case eller et ”scenario”, som det hedder. Temaet bearbejdes efter PBL-modellens første seks trin, som er:

1. Scenario.
2. Brainstorm.
3. Systematisering.
4. Vurdering.
5. Problemformulering.
6. Behov for læring.

Trin 7 ”indhente viden” foregår ved, at de studerende selv læser diverse tekster jævnfør en pensumliste, og der gives teoretiske oplæg fra underviser i forelæsningsform eller som holdundervisning. De producerer hver især et skriftligt materiale, som de uploader på uddannelsesinstitutionens digitale platform, og som de andre studerende og basisgruppevejlederen forventes at læse. Når basisgruppen mødes igen fortsættes PBL-modellens 8. og 9. trin (8. Belysning og 9. Besvarelse). Her fremlægger de studerende deres skriftlige arbejde, og der foregår en mundtlig drøftelse. Så følger næste pædagogiske tema, og der startes forfra med trin 1. Hele uddannelsen er skemalagt over 6 uger med ca. 1-2 ugentlige studiedage indlagt. PBL-modellen er i de interne dokumenter til de studerende meget detaljeret beskrevet, næsten som en drejebog.

Som kommende underviser i den medicinske klinik med fokus på praktisk uddannelse, er det ikke svært at ”købe” denne undervisningsform. Både lægerne, det stedlige universitet og den globale verden bruger den, og den anerkender den praktiske viden, som de kommende kliniske vejledere allerede har.

Den pædagogiske tilrettelæggelse signalerer åbenhed og selvforvaltning og dermed mindre autoritet. Åbenheden mod virkeligheden ses i, at det tilstræbes, at der arbejdes med ”virkelighedsnære og virkelighedstro problemer”, som det hedder i det interne dokument til de studerende (ibid:3). Åbenheden ses også i brugen af den digitale platform, hvor samtlige 40 studerendes dokumenter principielt kan læses af undervisere og alle de studerende på klinisk vejlederuddannelse. Basisgruppevejlederen anbefaler da også de studerende at læse de andre

grupperes besvarelser. De seks studerende i den basisgruppe jeg fulgte, havde dog nok med bare at læse de andre gruppemedlemmers arbejde, men muligheden var der.

## Det empiriske materiale

Jeg har fået adgang til denne professionshøjskoles kliniske vejlederuddannelse ved at tage kontakt til uddannelseslederen af klinisk vejlederuddannelse. Herigennem er der formidlet kontakt til relevante undervisere og studerede med henblik på informeret samtykke. I forvejen havde jeg fået samtykke fra de to sygeplejersker fra Sygehus Danmark, som jeg forinden havde fulgt i deres arbejde med studerende, og som jeg efter gennemførelsen af klinisk vejlederuddannelse fulgte i funktionen som klinisk vejleder<sup>89</sup>.

Holdet bestod af 40 studerende, som er det maksimum antal studerende, der kan være på holdet. 29 ud af de 40 var sygeplejersker. Resten var fysioterapeuter, ergoterapeuter, radiografer, og et par stykker er diætassistenter.

Jeg fik det arrangeret således, at de to kliniske vejledere in spe fra de to forskellige afsnit blev placeret i den samme basisgruppe, hvor der i alt var seks studerende<sup>90</sup>:

En fysioterapeut, Carina (35 år)

En diætassistent, Katja (30 år)

Fire sygeplejersker:

Kirsten (26 år)

Karen (27 år)

Oline fra afsnit 1 (27 år)

Nanna fra afsnit 2 (35 år)

Basisgrupperne var sammensat før de studerende startede på klinisk vejlederuddannelse, hvor idéen var at sætte forskellige faggrupper sammen. De pædagogiske hensigter var der således ikke ændret på. Jeg havde ikke specifikt udredt for gruppen eller holdet, at jeg havde lavet observationsstudier på de afsnit, hvor de to kliniske vejledere in spe kom fra, og jeg fik heller ikke indtryk af, at de to havde fortalt i gruppen, at de var blevet observeret af mig. Mit indtryk var, at de havde nok at gøre med at være nye studerende både i gruppen og på holdet og i langt mindre grad var optaget af mit projekt, end jeg selv var.

Basisgruppevejlederen blev på anbefaling fra den uddannelsesansvarlige valgt til at blive spurgt, om jeg måtte deltage i vejledningen i netop hendes basisgruppe ud fra et kriterium

---

<sup>89</sup> Informeret samtykke fra de studerende er formidlet gennem UC Danmarks studenterplatform på anbefaling af uddannelseslederen. De to kliniske vejledere in spe havde i forvejen givet informeret samtykke til, at jeg måtte foretage observationer i de basisgrupper, de var deltagere i. De øvrige gruppemedlemmer blev særskilt spurgt. De berørte undervisere har via mails givet deres samtykke.

<sup>90</sup> Alle navne er opdigtede.

om, at hun var en erfaren underviser (oprindelig sygeplejerske) og ikke ville have noget imod at invitere mig indenfor.

For at få så varieret et udbud af undervisningen valgte jeg at foretage observationer af et udvalgt af de forskellige undervisningsformer. Udover introduktion og evaluering til sidst i forløbet deltog jeg i basisgruppens selvstændige gruppearbejde, første møde i basisgruppen, holdundervisning / forelæsning ved underviser for samtlige 40 studerende, opstart og afslutning af udvalgte temaer (læring, refleksion og vejledning) og endelig en øvelse i kommunikation, hvor forskellige former for refleksionsteknikker blev afprøvet som rollespil. I alt 29 skemalagte timer. Hertil kommer observationer og uformelle samtaler ved ophold før og efter undervisningen på gangene og i kantinen og et interview med den uddannelsesansvarlige for klinisk vejlederuddannelse. Her har jeg haft mulighed for at bruge båndoptageren mere dels til visse af basisgruppe-møderne og til kommunikationsøvelsen, hvor der kun har været syv personer til stede, hvis stemmer jeg uden problemer har kunnet identificere.

Klinisk vejlederuddannelse udbydes to gange årligt og er så velsøgt, at det har været nødvendigt for uddannelseslederen at indføre udvælgelseskriterier. Ellers følger uddannelsen de officielle adgangskrav til uddannelsen, som er:

Fast ansættelse på et klinisk undervisningssted  
Mindst to års klinisk erfaring efter afsluttet mellemlang videregående sundhedsuddannelse.  
Godkendelse fra den ansættende myndighed (Undervisningsministeriet 2002 §3).  
Deltagerne er berettiget til statens voksenuddannelsesstøtte (SVU).

På baggrund af det empiriske materiale har jeg fremanalysert tre iøjnefaldende forholdemåder/temaer for det, som samler de pædagogiske krav, idealer og normer, som de kliniske vejlederstuderende overvejende forholder sig til. Forholdemåderne kalder jeg:

”Selvstyret læring/ansvar for egen læring.”

”At koble teori på.”

”Brug af pædagogiske teknologier/”Man har manglet nogle redskaber.”

### **Første pædagogiske forholdemåde. Selvstyret læring/ ansvar for egen læring**

Det første tema jeg trækker frem, ligger i forlængelse af ovenstående iagttagelse af sammenhængen mellem uddannelsesinstitutionen som det åbne rum og den valgte pædagogik. PBL-modellens hviler på de tre grundprincipper *problembearbejdning*, *gruppeprocesser* og *selvstyret læring*. I forbindelse med sidstnævnte hedder det i vejledningen til PBL-modellen:



*”De enkelte studerende har forskellige forudsætninger. Derfor har de studerende også forskellige behov for at arbejde med og studere det faglige stof. Og den klinisk vejlederstuderende opfordres til ”at tage ansvar for egen indsats og læring, tage medansvar for samarbejdet i basisgruppen og med basisgruppevejlederen og håndtere brug af de ressourcer, der stilles til rådighed som bibliotek, Quickplace” (den interne e-plattform) og vejledning (ibid:3).*

Princippet om selvstyret læring ses også sat igennem i synet på den læring, de professionsbachelorstuderende skal tage ansvar for og som den kliniske vejleder skal tilrettelægge sin undervisning efter. Det kommer f.eks. til udtryk i de scenarier, der er oplægget til temaerne.

Ved det første basisgruppemøde, hvor temaet er *læring*, får de kommende kliniske vejledere udleveret et ”scenario”, der handler om en ung studerende, der har svært ved at lære det, hun skal i forhold til målene. Hun laver fejl, og hun ændrer ikke sine handlinger efter vejlederens anvisninger. Slutsætningen i scenariet lyder: *”Når I arbejder sammen spørger Susanne [den studerende] ofte: ”Hvordan er det nu, du gerne vil have gjort det?””*

Da underviser, Birgitte har delt scenariet ud, læser vi alle, og alle laver understregninger i teksten med en kuglepen eller gul markerings-tusch. Birgitte har forinden klargjort, at de skal nå de første 6 trin i PBL-modellen, og det første trin er ”brainstorm”.

#### **Udskrift fra observationsnoter 24.4.08**

Birgitte: **Det** gælder om, at vi skal forstå situationen. Har I et klart billede af, hvad det er for en situation? Det mener de nok, de har. Nu fordeler de rollerne: én skal skrive på tavlen og én skal skrive på papir og lægge det ud på QuickPlace, så de alle har arbejdsopgaverne. Kirsten tilbyder sig, hun vil godt være den første, der skriver på tavlen. De andre begynder at sige det, Kirsten skal skrive på tavlen:

*Hensyn til forskellige læringsmetoder*

*Kontrol*

*Mesterlære*

Birgitte: Det er et teoretisk begreb, kan du sætte flere ord på?

*Learning by doing*, siger Katja, der foreslog det.

Der kommer mere ”brainstorm” op: *Tryghed. Samspil mellem vejleder og studerende.*

(Kirsten skriver og de må ind imellem sige deres brainstorm-ord igen, så hun kan følge med).

*Forventninger - mellem vejleder og studerende*

*Gadamer, manglende horisontsammensmeltning*

Birgitte: Uha, hvor vi kan! (lille pause mens Kirsten skriver). Ved I, hvad der er århusianernes brainstorm? Stilleleg! (De griner). Der kommer flere brainstorm-ord:

*Manglende mulighed for selvstændighed, egen læring*

*Magt/kontrol*

Tuschen virker ikke, Birgitte går ud efter en ny. De fortsætter lidt endnu, da hun kommer tilbage.

*Tillid*

Birgitte: Spændende!

*Facitliste*

*Usikkerhed*

*Forsvarsmekanisme*

*Fordomme. Ja, nu snakker vi Gadamer igen... (Oline nævnte også Gadamer før).*

Brainstormen peger i sagens natur i mange retninger, men det ligger både i scenariet og i brain-stormen, at det er problematisk, hvis den studerende ikke tager ansvar for egen læring. Det samme gælder for scenario 2, som har refleksion som tema. Her handler scenariet om en indvandrer-studerende, hvor det er beskrevet, at:

*”det af forudsætnings- og forventningssamtalen fremgik, at Fatimas forventninger var, at hun kunne lære det kliniske arbejde ved, at du viste hende, hvordan ”man” gjorde tingene. Du havde forgæves forsøgt at tydeliggøre for Fatima, at hun også skulle reflektere over sine egne handlinger” .... ”Hun havde også svært ved at begrunde sine handlinger med teori eller omsætte teori til praktisk handling. Ofte var du i tvivl, om hvorvidt Fatima kunne sin teori eller ej” (Uddrag fra Scenario 2: Refleksion – planlagt og ikke-planlagt).*

Her ligger det implicit, at det er problematisk, når den studerende ikke tager ansvar for egen læring, og i hele set-up’et, signaleres det, at der nødvendigvis må lægges afstand til den autoritære underviser, der ”bare” siger, hvordan tingene skal gøres, uden at den studerende får lejlighed til at danne sig sin egen mening om tingene. Her ligger løsningen i temaets fokus: refleksion. Samtidig ligger det også som underliggende præmis, at teorien skal kunne ses i praksis i form af at begrunde sine handlinger med teori, omsætte sin teori og at kunne sin teori.

I det følgende fremstiller jeg dele af en kommunikationsøvelse, som skal illustrere de andre gennemgående temaer i de pædagogiske krav, idealer og normer, som de kommende kliniske vejledere forholder sig til, og som fungerer som uantastede sandheder, der ikke kommer ind i synsfeltet hos hverken undervisere eller de kommende kliniske vejledere, som noget der kunne være anderledes eller så problematiske, at de for alvor kunne forkastes.

### **Kommunikationsøvelsen**

I den fjerde uge (ud af de seks) er der planlagt en kommunikationsøvelse, som de studerende ser frem til. Dels er der flere gange henvist til den i løbet af uddannelsen, hvor såvel undervisere som kursusleder lader forstå, at det plejer at være noget, ”der rykker”. Og de kommende kliniske vejledere har også hørt øvelserne omtalt af tidligere studerende, som har været glade for dem. Undervisningen er struktureret således, at der er et teoretisk oplæg, som er to lektioner om formiddagen. Øvelserne er skemalagt fra kl. 11.00 til 15.15.

Øvelserne foregår i et af de små grupperum. De seks klinisk vejleder-studerende laver øvelserne selv, det vil sige, uden at der er en underviser til stede (selvstyret læring og ansvar for egen læring i praktiseret form). Der er udleveret et antal praksisbeskrivelser eller scenarier, hvor én studerende spiller rollen som klinisk vejleder og en anden rollen som professionsba-

chelorstuderende. De studerende, der ikke deltager i rollespillet, agerer ”reflekterende team”. Det vil sige, at de tager notater under rollespillet, og de kan konsulteres undervejs af rollespillerne. Bagefter kommenterer og diskuterer de alle det, der er blevet sagt.

Det teoretiske oplæg forud for øvelserne har overskriften: ”Modeller for vejledning”. De studerende bliver bedt om at summe over, ”hvilke spørgsmål, der virker i vejledning” og ”hvilke spørgsmål sætter tanker i gang hos dig”. Herefter gennemgås spørgsmålstyper som ”lineære spørgsmål”, ”strategiske spørgsmål”, ”cirkulære spørgsmål” og ”refleksive spørgsmål” med inspiration fra Karl Tomm<sup>91</sup>. Endvidere gennemgås faserne ”blive-kendt-fasen”, ”arbejdsfasen” og ”afslutningsfasen” og ”før-under- og efter-vejledning”. Derudover: En fire-faset refleksionsmodel<sup>92</sup> med faserne:

1. Konkret erfaring,
2. Observation, refleksion, analyse.
3. Abstraktion/ generalisering.
4. Nye handlinger på baggrund af det lærte.

Og endelig er der lagt op til, at de kommende kliniske vejledere selv foretager en læringsstilstest, hvor de kan kategorisere sig selv som ”føler”, ”iagttager”, ”tænker” eller en ”do'er” – dvs. én der gør ting /handler.

Denne opremsning yder naturligvis ikke undervisningen retfærdighed, men den skal give læseren en idé om, hvad der lægges op til, at der kan øves. Oplægget fra underviseren er, at de skal bruge 15-20 minutter på hver opgave. Så skal det reflekterende team fremlægge deres observationer, og endelig skal hele gruppen diskutere forløbet og ”udveksle idéer samt erfaringer med lignende situationer, og det reflekterende team kan komme med forslag til andre spørgsmål, der kunne være relevant at stille i en lignende vejledningssituation. Meningen er, at den der spiller den kliniske vejleder skal forsøge at stille lineære, strategiske, cirkulære eller refleksive spørgsmål, stille så korte spørgsmål som muligt, stille ét spørgsmål ad gangen, vente på den studerendes svar og ikke svare på egne spørgsmål. Og endelig er koreografien nøje instrueret: Underviseren har lavet en tegning over, hvor i rummet bordet med den kliniske vejleder, og den studerende skal være, og hvor bordet med det reflekterende team skal befinde sig i forhold til de to rollespillere.

---

<sup>91</sup> Karl Tomm er canadisk familierapeut. I studieplanen er der henvist til kilden ”*Er hensigten at stille lineære, cirkulære, strategiske eller refleksive spørgsmål*”, Forum nr. 4/1992. Endvidere er der henvist til Hermansen, Mads et al. *Kommunikation og samarbejde i professionelle relationer*. Alina. København 1. udgave, 1. oplag, side 112-119.

<sup>92</sup> Der henvises til May Solveig Fagermoen. 1993. *Sykepleie i teori og praksis – et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo Universitetsforlaget.

### Udskrift fra observationsnoter 15.5.2008

De seks studerende fra basisgruppen er til stede, da jeg kommer ind. Basisgruppevejlederen skal ikke deltage, de studerende laver selv øvelserne. Et gruppemedlem læser opgaven op:

*"Du er praktikvejleder for en 6. semester studerende. Den studerende skal stå for en udskrivningskonference af en ældre patient. Patienten var blevet indlagt fra beskyttet bolig i en sølle forfatning grænsende til vanrøgt. Patienten havde overraskende indvilget i at komme i en beskyttet bolig. På konferencen deltog patienten, dennes børn, en områdeleder og en sagsbehandler og jer. Den studerende skulle fortælle om patientens tilstand og hans plejebehov. Den studerende forblev tavs. Hun virkede rådvild. Du overtog udskrivningskonferencen, da du ikke ville presse den studerende i gæsternes påhør. Hvordan vil du bagefter reflektere med og vejlede den studerende?"*

Nanna spiller nu vejlederen og Katja spiller den sygeplejestuderende:

Nanna: Hvad er det, der er svært?

Katja: At skulle sige hvordan jeg skulle gøre det anderledes. Fordi...du kan...når du ligesom tager over, jamen, eh så...går det bare fint for dig, jeg har lidt svært ved at leve op til det, tror jeg.

Nanna: NÅR... (griner lidt).

Katja:...og jeg føler mig usikker..

Nanna: Du føler dig usikker. Hvad skulle der til for, at du følte dig mere sikker?

Katja: Hvis det var gået godt i dag, så havde jeg selvfølgelig haft den erfaring, det ville være et eksempel på, at jeg godt kan, men så inden...hvad er det, det hedder... at jeg var lidt mere afklaret omkring, at det også overfor pårørende er helt OK at sidde og remse op, hvor dårlig tilstand, han egentlig var i.

Nanna: Ville det være dit mål?

Katja: Hvad siger du?

Nanna: Ville det være dit mål i sådan en samtale?

Katja: Om målet ville være...?

Nanna: Om målet ville være at ride op for de pårørende, hvad der var...

Katja: Jamen, altså målet i dag var jo så, at vi skulle ligesom have planlagt et godt forløb for ham, og så få ham sendt hjem på rette vis og få tingene til at hænge sammen...men målet er vel, at alle føler, at...havde jeg nær sagt...at de kommer til orde. Alle føler, at de er taget med på råd på en eller anden måde.

Nanna: Gjorde det noget ved dig, at områdelederen var der?

Katja: Jeg følte måske, at jeg netop blev usikker, fordi...jeg tænkte...uha...der sidder så mange kompetente mennesker her, hvordan kan jeg lige leve op til det? Så ja, det tror jeg da helt sikkert, at det gjorde.

....

De spiller spillet lidt videre, og siger på et tidspunkt "cut". Så skal det reflekterende team på banen. Én synes, at Katja i rollen har været "velartikuleret", og så går de over til i fællesskab at tale om de spørgsmål, Nanna har stillet for at få den sygeplejestuderende til at reflektere:

Nanna: Men det er så bare lige med...hvordan man så skal greje den...om man skal gå noget mere i dybden...med nogen ting..

Kirsten: Det tænkte jeg også...mon man skal bruge noget mere de der refleksive spørgsmål eller hvad...? (lille pause). Altså: "hvad siger din teori, hvad er idealet for den her situation?"

Karen: Altså, det ville jeg aldrig spørge om, det ligger ikke til mig at spørge om. Det er sådan lidt (fløjter, holder hånden over hovedet= min tolkning er at hun mener 'for højtravende?') Synes I ikke det? At spørge en studerende om det? *Hvad siger dit ideal?* Det er sådan lidt...

Katja: Jo, det synes jeg også...*Hvad siger teorien lige om det her?*...oh...så skulle man...det gjorde du også lidt i det der med, hvad er formålet med den her samtale, kan man sige, ikk'? Altså, det er vel det nærmeste, man kan komme på at koble teori på. Det er: 'hvad er formålet med samtalen', og hvem er parterne, der deltager i den.

Carina: Man kunne måske også have spurgt: Hvordan havde du forberedt dig til den her samtale, du skulle holde? Var der et eller andet dér?

Katja: Ja, det er rigtigt..

### Anden pædagogiske forholdemåde. "At koble teori på"

Der synes at ligge en underliggende doxa om nødvendigheden af at inddrage teori i en refleksion med den studerende. Det er uklart, hvad det er for en teori, man kunne forestille sig, der

kunne hjælpe den studerende. Teori om magt? Om kommunikation? Socialt udsatte eller compliance-teori, der går ud på at få patienter til at følge de sundhedsprofessionelles anvisninger? Pædagogikken bliver her et instrument for fagligheden, som den kliniske vejleder forudsættes at trække på. Det ligger naturligvis i hele konstruktionen af klinisk vejlederuddannelse, som har et pædagogisk fokus med fastlagte pædagogiske temaer. Eftersom uddannelsen er tværfaglig, sætter den grænser for, hvor fag-fagligt undervisningsindholdet kan blive.

I forsøget på at få den professionsbachelorstuderende til at ”koble teori på” støder de kommende kliniske vejledere ind i problemet med at oversætte fra det abstrakte akademiske videnssystem (refleksionsmodellens 3. trin) til det praktiske system af viden (hvordan sige til den studerende, hvordan hun skal tale). Karen ved kropsligt, at den studerende ikke vil kunne forstå de teoretiske vendinger (*”hvad siger dit ideal om det her”*). Men det er vanskeligt at artikulere den før-bevidsthed, der dels ligger i forskelligheden ved de to forskellige videnssystemer dels i den sociale forskelsrelation, der ligger i den værditilskrivning, det abstrakte teoretiske videnssystem rummer. Karen antyder den førbevidste viden med håndbevægelsen og fløjtelyden, og der er resonans hos i hvert fald Katja og Carina, der forsøger at finde på alternative formuleringer.

Gruppen har taget opgaven på sig og forsøger at følge teorien som foreskrevet. Her kommer det generative element af de kropsligt indlejrede dispositioner frem hos de kliniske vejledere in spe (Bourdieu 2005: 198, 203, Callewaert 1992: 53, Prieur 2006: 40). De tilpasser sig den konkrete situation (set-up’et i kommunikationsøvelsen) men improviserer ud fra det uforudsætte – at rollespillet udspillede sig på en unik måde. Det vil sige, at de med deres praktiske sans ved, at sproglige formuleringer genereret fra teoretiske begreber i det, Abbotts kategoriserer som professionens abstrakte, akademiske videnssystem er forskellige og i værste fald uforenelige med, hvad der sker, og hvordan der tales i den praktiske virkelighed. Men det ændrer ikke ved troen på, at det kan lade sig gøre at overvinde forskellighederne. Det drejer sig bare om at finde de rette redskaber. Der synes at være overensstemmelse mellem den pædagogik, de professionsbachelorstuderende i øvelsen skal udsættes for og den pædagogik, de kommende kliniske vejledere selv udsættes for. Det, der bliver undervisningens fokus i øvelsen er, hvordan man får den studerende til at forstå, at der skal kobles teori på. Det vil sige, hvordan man som klinisk vejleder får formuleret sig, så hun kan forstå, at hun må sige noget fra det abstrakte videnssystems vokabularium. Det giver anledning til at overveje, om de kliniske vejledere efter egen uddannelse vil overføre den samme pædagogik, hvor det at kunne fremsige teori som pædagogisk teknologi tjener et formål i sig selv.

### **Tredje pædagogiske forholdemåde. Brug af pædagogiske teknologier /”Man har manglet nogle redskaber”**

Citatet stammer fra en vending, der er blevet brugt ikke blot af de kliniske vejledere in spe men også af andre af de kommende kliniske vejledere på klinisk vejlederuddannelse, når jeg spurgte til, hvad de håbede at få ud af at gå på klinisk vejlederuddannelse. Nanna fra afsnit 2 siger f.eks. følgende, før hun starter på klinisk vejlederuddannelse, da jeg spørger om hendes forventninger til uddannelsen:

*Nanna: Jeg har kun hørt, at det er godt at komme derind [på klinisk vejlederuddannelse] og få nogle redskaber til at arbejde med de studerende for at gøre det lidt nemmere for mig selv og for ikke at bruge så mange ressourcer på en eller anden ting, fordi man så har en eller anden teknik, man kan bruge. Så man har nogle redskaber at gøre brug af på en måde, som man synes er den bedste.*

Jeg tolker udtalelsen om, at der på klinisk vejlederuddannelse kan studeres pædagogiske teknologier, som efterfølgende kan få i anvendelse i praksis og aktivt skabe forandring i form af læring hos den studerende. Forestillingen er, at redskaberne kan spare ressourcer, hvilket kan ses som spor af det nyliberale tankesæt relateret til **markedstænkning, produkttænkning og ensliggørelse**. På denne måde forstærkes forestillingen om, at den kliniske vejleders undervisningspraktikker og beherskelse af teknikkerne er udslagsgivende og netop det, der gør forskellen for, om den professionsbachelorstuderende lærer noget eller ej. I Nannas udtalelse ligger også elementer af forestillingen om den *evidensbaserede praksis* som foreskrivende for den bedste kliniske vejledning. En forestilling som også understøttes af, at der i begyndelsen af uddannelsen er indlagt undervisning ved en bibliotekar i søgeteknik og informationssøgning i databaser, hvor videnskabelige artikler publiceres. Herom siger den uddannelsesansvarlige ved introduktionen:

*”Illeris siger også, at voksne godt kan lide en stram stil. Og det har vi videreført ved at pege på en litteraturliste. Igen det er ikke det samme som at sige, at I ikke selv må søge litteratur, som I skal bruge i begrundelserne. Vi giver jer jo også undervisning i søgning på biblioteket, for at I skal have muligheden”.*

Ingen af de kommende kliniske vejledere jeg talte med havde benyttet sig af muligheden. De oplevede, at de havde rigeligt med at få læst teksterne på pensum. Men ingen kunne samtidig være i tvivl om, at litteratursøgning med henblik på at finde ”begrundelser” var den bedste måde at agere ”rigtigt” akademisk på.

Som vi har set det ovenfor, er idéen med de teoretiske oplæg, at de kommer til at fungere som redskaber for, hvad der bør siges og gøres i en praktisk klinisk vejlederpraksis. En subjektiv stillingtagen og opfindsomhed hos de kommende kliniske vejledere forhindrer imidlertid, at teorien overføres direkte, den tilpasses den konkrete – her konstruerede – situation. Uddannelsesstedets samlede pædagogiske idé, PBL-modellen, (som også bruges på sygeplejerskeuddannelsen) er ligeledes bygget op om en teoretisk, trinvis foreskrivende model for, hvordan der skal iscenesættes undervisning. Herved orienteres den kommende kliniske vejleder mod den struktur og ensartethed, der ønskes uddannelsespolitisk, og som kræves af uddannelsesinstitutionen med henblik på at kunne holde styr på og tøjle den ureglerlige praksis.

I den måde øvelsen er lagt til rette på, er meningen, at der skal ”kobles teori på”, som også Katja siger. Med det menes, at teorien om spørgsmålstyperne skal være forskrivende for, hvordan den kommende kliniske vejleder i rollespillet skal tale til den professionsbachelorstuderende. I det følgende skal vi se, hvordan det ser ud til, at det ”At koble teori på” dels efter en refleksionsmodel, dels efter de forskrivende spørgsmålstyper truer med at opløse den kliniske vejleders faglige autoritet og samtidig devaluerer den studerendes udgangspunkt.

### **Måske jeg fisker? Når frygten for ”autoritær” bliver til frygten for ”autoritet”**

I næste case vælges der igen roller, og Carina og Oline læser op i fællesskab:

*”Den studerende er nu halvvejs i perioden og er begyndt på stuegang, varetage medicinuddeling og varetage ansvaret for en fire-sengs-stue. På jeres morgenrunde har den studerende travlt med at stille dig en masse teoretiske spørgsmål. Hun bemærker slet ikke, at en patient ikke reagerer særligt, da vi siger godmorgen. Desuden ser patienten forandret ud i ansigtet, har noget slim ved mundvigene. Du spørger den studerende, hvorfor patienten mon er svær at vække. Den studerende siger, at patienten måske ønsker at sove længe. Hvordan vil du gribe den videre vejledning an. Du har mistanke om, at patienten har udviklet en appoplexi [en halvsidig lamelse]”.*

Oline spiller den kliniske vejleder og Karen spiller den studerende.

Oline: Kære Maren...øh...Karen...(siger det ud i rummet: )Det er en god start! (De griner.)

Karen: Tilliden den er brudt!

Oline: Jeg starter lige forfra...

Ja, Karen vi har jo lige været ude på morgenrunden, og vi har lige været ude og give medicin...øh...gør du dig nogle tanker over noget af det, vi oplevede inde på stuen?

Karen: hmmm...

Oline: Var der noget, der sådan lige faldt dig i øjnene?

Karen: Nej, jeg synes sådan, det var som det plejer at være...synes jeg så'en..nu kender jeg alle 4 patienter, så..det var som det plejer, synes jeg.

Oline: Ja..

Karen: Der var en, der var lidt mere træt end de andre, men ellers var der ikke rigtig noget.

Oline: Hvem var det, der var lidt mere træt end de andre?

Karen: Det var ham i 2-sengen, ham der Svend.

Oline: Ja.

Karen: Men jeg tænkte også, at han havde godt nok haft mange gæster i går, så han ville nok bare sove lidt længere..

(...de griner alle...)

Oline: Hvad er det, der får dig til at tænke, at han bare vil sove lidt længere?

Karen: 'Amen, det er fordi han ikke rigtig svarede, da vi sagde godmorgen..

Oline: Okey...(Siger til gruppen:)Jeg tænker, at vi er noget længere på afstand her, for hvis han har en appoplexi, så skulle de jo have handlet...egentlig, kommer jeg faktisk lige til at tænke på nu..øh..

Carina: Svend han står der ... (de griner)

Oline: ...han er kreperet...Nå, men du tror, du synes, at Svend han ville have lov til at sove lidt længere...(nu er hun tilbage i rollen igen), men du havde ikke overvejet, at det slim, han havde i munden kunne betyde et eller andet?

Karen: Hmmm, nej, jeg synes ikke rigtig, jeg så noget slim.

Oline: Nej.. (siger det anerkendende med lys stemme). Du var henne og vække ham, da du skulle give ham hans morgenmedicin, og han reagerede ikke rigtigt på det. Hvad tænkte du så der, da han ikke rigtigt åbnede øjnene og kiggede på dig?

Karen: Altså, jeg tænkte, at han var anderledes, end han plejede at være, men han var nok træt, tænkte jeg..

Ma: Ja.. (anerkendende)

Oline: Han er jo ved at være ovre sin blodprop i hjernen, så...

(De taler i munden på hinanden).

Oline: Ja?

Karen: Det har været et langt forløb..så..

Oline: Hvad er det... synes du, han virkede anderledes? Hvad er det, du syntes, der var anderledes?

Karen: Jamen, han var så træt, at jeg ikke kunne vække ham, det har jeg ikke oplevet før, så der var nok lidt, der var lidt anderledes på den stue...

Oline: Kunne det at han var svær at vække være noget andet, end at han bare var træt?

Karen: Jae...det kunne det måske nok være...men jeg ved ikke lige hvad...

Oline: Du ved ikke lige hvad, det kunne være?...nej..

Karen: Ikke noget jeg har oplevet før.

Oline: Nej (anerkendende-'helt-i-orden-tonefald').

De fortsætter spillet lidt endnu. Så siger Oline: Jeg synes, det var svært at sætte sig ind i hele den der rolle..

Nanna: Du fik også...det hele det foregik inde i dig, sådan havde jeg lidt fornemmelsen af..

Oline: Jamen, jeg havde tænkt videre (taler i munden på hinanden)..jeg havde tænkt videre fra det der svar af, for det er måske fordi situationen er lidt ukendt, ikk' oss'..hvis jeg spørger om det, så kan hun svare så'en...og så...ja..

Karen : Hmm (lytter)

Oline: Jeg havde nok lidt svært ved at stille de der åbne spørgsmål, så'en.. smide bolden over til Karen.

Nanna: Ja, for du kom til at sidde med det hele selv, så'en. Og du følte, at det var dig, der blev nødt til at sige et eller andet.

Oline: Ja, lidt..

Katja: Men det var så også i starten, da der ikke rigtig...jeg synes egentlig i starten, du havde en meget god indledning. Dels var du sådan lidt forsigtig konfronterende på en måde, hvor du pakker det lidt ind, og det synes jeg egentlig var en god måde at gøre det på."Jeg lod mærke til, at du var henne for at ville vække ham, og du kunne ikke vække ham" (Katja gengiver det Oline har sagt), og så sagde du derefter: "Hvad tænkte du, da du ikke kunne få ham til at vågne", ikk' oss.

Oline: Ja.

Katja: Det er da at smide bolden over og få dig (ser på Karen) til at reflektere over, hvad kunne det her være. Men stadig hvor du egentlig havde en blid konfrontation, for du så, at hun var faktisk henne for at ville forsøge at vække ham, ikk..altså..

Oline: Ja..

(Pause)

Katja: Og så gik den ligesom over på det der, hvad ku' det...ku' det, at du ikke kunne vække ham være noget andet end det, at han var træt osv. Du forsøgte ligesom at formulere til, at der skulle spindes noget på det der.

Oline: Ja. Så vi var måske lidt i den rigtige retning i den situation..

(Tilkendegivelser fra flere)

Katja: Det synes jeg da.

Oline: Det, der lammede mig i den her situation, det var jo det der med, at jeg kom til at tænke, nej...sådan en situation kan man slet ikke stå i..

Karen: ..så blev du bremsat..

Oline: Jeg blev fuldstændig bremsat i.., jeg tænkte som sygeplejerske kan jeg jo ikke bare lade patienten ligge derinde, mens han ligger derinde og fråden vælter ud af munden på ham ikk' oss..(de griner – mest Oline) Det



næste der bliver, det er, at vi ringer efter Nanna, hun kommer, fordi der er hjertestop, ikk' oss...det tror jeg virkelig bremsede mig i situationen.

Oline: (til Karen) Jeg synes egentlig, du klarede meget godt sådan at ...

Karen... jeg var sådan lidt en tværing (sagt med dræven accent...) (de griner lidt).

Oline: Jeg prøved' egentlig på sådan at fange den.

Nanna: Men det er jo også med, hvordan spørgsmålene de bliver stillet, ikk'. Hvis de bliver stillet sådan, at det er Karen, der skal reflektere, så er det hende, der kommer til at skal sidde og snakke..

Oline: Ja..

Karen: Mmm(=ja). Men det er fint, der er sådan nogen der ind imellem også, sådan nogle situationer der, for de er sådan lidt svære...

Carina: Det er virkelig sjovt, når man sidder her udefra, det er virkelig lissom at slå i en dyne. Man synes virkelig, man spørger..(Karen: Ja..) på den ene måde og på den anden måde for at prøve at få et eller andet frem..

Ja... (det genkendes åbenbart tydeligt)...

Carina:... og der sker bare ingenting ("for-dårligt-stemme/det-er-håbløst-stemme), og så er det, jeg tænker, nogle gange så må man bare sige: OK, altså...Jeg tror ikke, at han gerne vil sove (de griner)..altså sådan prøve at sige: Jeg kan mærke, det virker bare ikke, der kommer ikke noget, altså bare..

(De andre samtykker og er meget enige).

Karen: Ja, så starte et andet sted..

Carina: Ja, fuldstændig!

Nanna: Det bliver også sådan lidt nogle ledende spørgsmål, du kommer med.

Oline: Ja, det ku' godt være, jeg ledte sådan lidt. Måske jeg 'fisker'..

Når jeg har medtaget denne forholdsvis lange passage, er det fordi, den viser noget centralt om, den funktion, de pædagogiske teknologier *refleksion* og *spørgeteknikker* kan have. I første omgang ser det ud til, at Oline har svært ved at finde ud af at spille rollen. Den viser sig ikke at passe til det billede, hun har af, hvordan en virkelig situation ville se ud. Hun har svært ved at genkende situationen. I hendes forestillingsverden ville hun som klinisk vejleder have handlet for længst på, at patienten ikke kunne vækkes. Hun falder ud af rollen ind i mellem men kæmper videre med at stille de rigtige spørgsmål. I underviserens oplæg om formiddagen er der givet eksempler på lineære spørgsmål, som kunne være "*hvad lagde du mærke til*" og "*hvad undrede dig*". Oline prøver først med de lineære spørgsmål "*var der noget, der sådan lige faldt dig i øjnene*". I øvelsen drives processen ikke frem, og Nanna foreslår, at der skal stilles nogle andre spørgsmål, der får den studerende til at reflektere. Forklaringen er, at det er den studerende, der skal sige noget, ikke den kliniske underviser. Her ses igen kravet om ansvar for egen læring som en underliggende doxa, hvor modellen for refleksion og spørgeteknologierne bliver midlerne. På trods af at Oline har besvær med at bruge spørgsmålene som redskaber, bliver der ikke stillet spørgsmål ved værdien af at fortsætte med at stille spørgsmål, før til sidst. At dømme efter de øvrige deltageres udsagn kender de alle til situationen i praksis, hvor de ikke kommer nogle vegne med spørgsmålene ("*det er ligesom at slå i en dyne..man synes virkelig, man spørger på den ene og den anden måde*"). Underforstået den kliniske vejleder gør det rigtige, og det er den studerende, der gør det forkerte. Og først i den situation, hvor alt er brugt op, må man, som Carina (fysioterapeuten) foreslår, sætte sin egen ekspertise ind, træde i karakter og komme med sin egen viden: "*Jeg tror ikke, patienten*

*bare er træet*". Det er måske at vride argumentationen til det yderste, men når det er fysioterapeuten, der forslår at bringe sin faglige autoritet i spil i den kliniske undervisning, kan det ses i lyset af, at netop fysioterapeuten i sit daglige arbejde på et hospital arbejder mere autonomt end sygeplejersker gør. Under alle omstændigheder synes det at bruge sin egen faglige autoritet at være en sidste udvej, når de pædagogiske teknologier ikke slår til. Frygten for at virke autoritær betyder, at den faglige autoritet må vige for de pædagogiske teknologier. På holdundervisningen blev det formuleret af en anden studerende: "*Det skal jo ikke være ren imitation, de[de professionsbachelorstuderende] skal jo også reflektere over det*". Og: "*Hvis vi bare kopierer hinanden, kommer der bare små kloner, så kommer der ikke udvikling*". Oline mærker dog intuitivt, at det er galt – "*måske jeg fisker*", men der rokkes ikke ved troen på, at det er spørgsmålstyperne, der er forkerte, og at det bare er et spørgsmål om at finde den rette teknologi.

## **Opsamling - ansatser til doxa**

Umiddelbart ser ovenstående ud som en Schön'sk form for *reflection on action* og *reflection on reflection in action* (Schön 2001), hvor der foregår en række kognitive processer. Nu har jeg imidlertid sat mig for at identificere et sæt af krav, idealer og normer, og temaerne "*ansvar for egen læring*", "*at koble teori på*" og "*brug af pædagogiske teknologier*" er dominerende i materialet, som jeg har givet eksempler på ovenfor. Orienteringstemaerne er taget for givet som noget, der ikke kommer ind i de kommende kliniske vejlederes synsfelt som noget, der kunne være anderledes eller problematisk, og som derfor hverken er frivilligt accepteret eller valgt men heller ikke påtvunget. Her er således tale om et sæt af krav, idealer og normer, som er påført de kommende kliniske vejledere, og som ligger som orienteringer for den kommende kliniske vejleder. Indprentningen sker ikke alene i stofudvælgelsen og i de temaer, der fylder i læseplanen på klinisk vejlederdannelse. Indprentningen forstærkes med den pædagogiske tilrettelæggelse, hvor de kommende kliniske vejledere så at sige får den samme medicin, som bliver deres kommende studerende forundt.

Man kan ikke sige, at gruppen ikke er kritisk i forhold til opgaven. Spørgsmålet om "*at fiske*" (efter et bestemt svar) er et udtryk for en praktisk følsomhed overfor, at det "*beskyttede værksted*" er en anderledes kontekst, end den virkelige praksis. Men det ændrer ikke ved troen på, at "*ansvar for egen læring*", "*at koble teori på*" og "*brug af teknologier*" er det, der skal gælde. Her er der blot tale om at finde de rette teknologier.

Man kunne forestille sig, at en underviser, hvis hun havde været til stede, kunne have forløst et kritisk potentiale, der kunne have gjort det synligt for de kommende kliniske vejledere,

hvilken doxa der ligger bag de pædagogiske praksisformer på klinisk vejlederuddannelse. Men selvom underviseren havde været til stede, er det langt fra sikkert, at hun ville have sat grundlæggende spørgsmålstejn ved, hvorfor det forekommer så naturligt, at det netop er disse idealer og normer og krav, der skal gælde i klinisk vejledning. Det ville jf. Bourdieu fordrer en selvanalyse, som er en anden praksis end at undervise i de rette pædagogiske teknologier. Hvad kan en videnskabelig forklaring være på, at undervisningsmaterialet er konstrueret på denne måde, at den pædagogiske tilrettelæggelse får det udtryk som den gør, og at de kommende kliniske vejledere kan lide konceptet og tænker om klinisk undervisning, som de gør? Hvorfor forekommer det så naturligt og selvfølgeligt for de kommende kliniske vejledere? Hvoraf kommer det, at de kommende kliniske vejledere tager disse doxae til sig? Det vil jeg vente med at give svar på og vende tilbage til kapitel 9, til jeg får præsenteret, hvordan klinisk undervisning ser ud i praksis, og får fundet ud af, om forholdemåderne også har sat sig i den kliniske vejleders undervisningspraksis i det virkelige liv.

Vi skal nu rette blikket mod den kliniske vejleders undervisningspraksis, som jeg har iagttaget den på de to hospitalsafsnit, afsnit 1 og 2 - i uddannelsesstermer af feltet selv kaldet *de kliniske undervisningssteder*, som er placeret på *det kliniske uddannelsessted*, sygehus Danmark.

## TREDJE ANALYSEDIMENSION

### 7. De institutionelle rammer for den kliniske vejleders undervisningspraksis

Inspireret af Abbott, som anbefaler et fokus på arbejdet hvor det udfolder sig i organisationer og institutioner, vælger jeg at fremstille etnografiske, deskriptive analyser af de lokaliteter, hvor den kliniske vejleders undervisningspraksis udfolder sig. Samtidig fungerer kapitlet som en analyse af sygeplejerskens (=den kliniske vejleders) position i forhold til strukturen af den specifikke fordeling af de mest anerkendte kerneydelser, en moderne medicinsk klinik varetager. I uddannelsesstermer indenfor sygeplejerskeuddannelsen er Sygehus Danmark uddannelsessted for de sygeplejestuderende, men overordnet er Sygehus Danmark en moderne medicinsk klinik. Fremstillingen er en konstruktion af de orienteringer, de sundhedsprofessionelle antages at have for at begå sig på et moderne sygehus. Datamaterialet er her sygehusets hjemmeside og årsberetninger fra 2008, som er det år, hvor jeg hovedsageligt har foretaget min dataindsamling. Hjemmesider har den fordel, at de i sagens natur præsenterer den pågældende hjemmesideindehaver på den mest gunstige måde, hvorfor man får en subjektiv selv-fremstilling af institutionen, hvis man så at sige kunne spørge den selv. Sammen med de objektive tal og opgørelser over forskellige aktiviteter giver materiale fra hjemmesider således både strukturelle og subjektive data<sup>93</sup>. Ulempen ved hjemmesider er, at de er flygtige, og de tidligste søgninger, fra da jeg startede projektet op, er siden blevet opdateret. Det ændrer dog ikke grundlæggende ved de værdier og præferencer, sygehuset har for sin virksomhed. Af hensyn til anonymiteten er de nøjagtige hjemmesidehenvisninger ikke gengivet men de kan indhentes ved henvendelse hos forfatteren.

Sygehus Danmark er det største hospital i den lokale region og det kliniske uddannelsessted, hvor UC Danmark sender flest af sine studerende på praktikuddannelse, og derfor den lokalitet, jeg har valgt for mine case studier. Sygehuset har ca. 6000 ansatte og er dermed regionens største arbejdsplads. Sygehuset har to hovedlokaliteter i byen og fire satellitlokaliteter decentralt i regionen. I alt rådes der over 808 sengepladser, som producerer 248.723 sengedage og 407.394 ambulante besøg (2008-tal). Aktiviteterne og effektiviteten ser ud til at være stigen-

---

<sup>93</sup> Data er baseret på de oplysninger, der er tilgængelige på Sygehus Danmarks hjemmeside og årsberetning fra 2008 downloaded 1.3.11. Adressen fås ved henvendelse til forfatteren.

de. I 2009 er sengedagene 245.913, dvs. at patienterne ligger kortere tid i sengene, til gengæld er de ambulante besøg stigende til 437.879. Driften af sygehuset er baseret på en kontrakt mellem sygehusets ledelse og regionskontoret. Siden strukturreformen fra 2007 har regionerne som hovedopgave at varetage opgaver indenfor sundhed<sup>94</sup>, hvorfor man kan sige, at en stor del af regionernes legitimitet står og falder med succesen indenfor sundhedsydelse. Sygehuset varetager højtspecialiserede landsdelsfunktioner for ca. 640.000 indbyggere i regionen men også for den tilstødende region. Endvidere regionsfunktioner for 490.000 indbyggere samt basisfunktioner for 250.000 indbyggere. Sygehuset tilbyder behandling og pleje indenfor 37 forskellige specialer. Disse er organiseret i 37 afdelinger inddelt i fire centre. De forskellige afdelinger er opdelt i mindre afsnit, som hver svarer til ca. 30 sengepladser. Her udgør afsnit 1 og afsnit 2 de to etnografiske lokaliteter i mit empiriske materiale, der er således tale om to forskellige afsnit fra to forskellige afdelinger og to forskellige centre. Som sådan afspejler sygehuset den generelle udvikling i hospitalssektoren, som over de sidste 10 år ifølge Dansk Sundhedsinstitut er kendetegnet ved:

- 24% kortere indlæggelsestid
  - 60% mere ambulante virksomhed
  - 8% flere indlæggelser
- Endvidere:
- Øget subspecialisering
  - Mere intensive og accelererede forløb
  - Tidligere udskrivelser
  - Mere syge og mindre selvhjulpne patienter i de stationære afsnit
  - Patienter med øget comobiditet og polyfarmacy<sup>95</sup>

## **Sygehuset som moderne medicinsk klinik med forskning, undervisning og klinisk virksomhed som hovedområder**

I 2003 blev Sygehus Danmark en del af Århus Universitetshospital, som er et samarbejde mellem Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet og i alt seks sygehuse, hvorunder sygehus Danmark er det ene. Denne organisering betegnes på hjemmesiden som

---

<sup>94</sup> Med strukturreformen (også kaldet kommunalreformen) blev opgavefordelingen af den offentlige sektor i 2007 organiseret mellem staten, 98 kommuner (tidligere 271), 5 regioner (tidligere 13 amter) og 5 statsforvaltninger (tidligere 15 statsamter). Regionerne varetager en række opgaver indenfor sundhed, det sociale område, psykiatri og regional udvikling, herunder bl.a. områder som erhvervsudvikling, kollektiv trafik og jordforurening. Downloaded 1.3.11 på: <http://www.regioner.dk/Om+Regionerne/Regionernes+opgaver.aspx>

<sup>95</sup>Flere konkurrerende lidelser og indtag af mange slags medicin. Downloaded 8.4.2011 på <http://www.dsr.dk/Documents/Fag/Uddannelse/Konference%202011/Sidse1%20Vinge%20til%20Web.pdf>

”skelsættende” i Sygehusets historie<sup>96</sup>. Universitetshospitalets tre hovedområder er beskrevet som

- *”sygehusbaseret forskning i tæt samarbejde mellem Det Sundhedsvidenskabelig Fakultet og sygehusene*
- *undervisning af medicinstuderende, speciallægestuderende og studerende ved andre sundhedsuddannelser*
- *klinisk virksomhed med højt specialiserede funktioner for borgere i Vestdanmark og i særlige tilfælde hele Danmark”<sup>97</sup>*

De tre hovedområder forskning, undervisning og klinisk virksomhed afspejler det, man kunne kalde en moderne klinik. Hvis man skal tage den rækkefølge, som hovedområderne er prioriteret efter, for pålydende, afspejler den tæt på den måde, som klinik blev tænkt, da den opstod jf. kapitel 4. Jeg skal i det følgende fremanalysere, hvordan sygeplejen, undervisning og forskning i sygepleje positionerer sig relationelt til medicinen baseret på de oplysninger, som Sygehus Danmark selv stiller til rådighed for offentligheden.

### **”Klinisk virksomhed”**

Sygehusets kerneydelse er beskrevet som funktioner, nærmere bestemt behandling og pleje organiseret omkring menneskets organsystemer samlet i centre og afdelinger. Ydelsen er højt specialiseret og et udtryk for den hyperspecialisering, der generelt har udviklet sig på hospitaler<sup>98</sup>. Det afspejles i lægeuddannelsen, hvor den 6½ årige kandidatuddannelse består af 40 % kliniske fag (øre-næse-halssygdomme, øjensygdomme, hud-og kønssygdomme etc.)<sup>99</sup>. I den kliniske del af uddannelsen gør studenten tjeneste ved 8-9 forskellige medicinske specialafdelinger, hvor studenten også deltager i vagter. Til sammenligning uddannes den sygeplejестuderende til en generalistfunktion. I løbet af sin 3½ årige professionsbacheloruddannelse, der udbydes på professionshøjskoler, kommer den sygeplejестuderende i praktik på to forskellige hospitalsafdelinger (foruden praktikophold i primær sektor og psykiatri), og hun indgår ikke i vagttjenesten medmindre hun indgår aftale herom.

Den fuldt uddannede læge er speciallæge med et postgraduat forløb bag sig, hvorimod sygeplejersken alene har sin praktiske erfaring efter et vilkårligt antal års ansættelse.

<sup>96</sup> Downloaded 1.3.11 på Sygehus Danmarks hjemmeside/fakta og tal. Adressen fås ved henvendelse til forfatteren.

<sup>97</sup> Downloaded 1.3.11 på Sygehus Danmarks hjemmeside/Fakta+og+tal/Historisk+overblik. Adressen fås ved henvendelse til forfatteren.

<sup>98</sup> Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktion i sygehusvesenet fra 2001 opgjort i alt 41 specialer. Downloaded 1.3.11 på

<http://www.sst.dk/publ/Publ2002/Specialeplanlaegning/pdf/Speciale.pdf>

<sup>99</sup> Bekendtgørelse om den lægevidenskabelige kandidatuddannelse, (Undervisningsministeriet 1986:2)

## ”Sygehusbaseret forskning”

Med status som universitetshospital er der indgået aftale med ét bestemt fakultet nemlig det sundhedsvidenskabelige fakultet, hvor der hovedsageligt bedrives forskning på et naturvidenskabeligt grundlag<sup>100</sup>. Herunder hører *Afdeling for Sygeplejevidenskab* som igen hører under Institut for Folkesundhed. Sygeplejerskernes forskningsandel på sygehuset ses homologt med sygeplejens placering universitetet. Forskningsaktiviteterne er samlet i det, der hedder *Forskningen Hus*. Her ”går den sundhedsvidenskabelige forskning hånd i hånd med undervisningen af studerende og yngre læger og erhvervsvirksomheder op i en højere enhed”. Her får alle parter de bedste rammer for et stærkt og dynamisk forskningsmiljø<sup>101</sup>, som det hedder på stedets hjemmeside. ”Studerende” er her medicinstuderende.

Om forskning generelt hedder det på sygehusets hjemmeside:

*”Et særligt fokus for os er, at forskning er en integreret del af arbejdet på alle hospitalets afdelinger. Det gør vejen fra de banebrydende forskningsresultater gøres, til de inkorporeres i den praktiske hverdag på hospitalsafdelingen, kortere. For eksempel i form af nyt apparatur eller en ny vaccine”<sup>102</sup>.*

Her refereres også til den medicinske forskning.

I *Forskningens Hus* er forskningen organiseret i ni enheder knyttet til lægefaglige specialer bortset fra *Enhed for forskning i klinisk sygepleje*. Forskningsaktiviteterne er opgjort for i alt 37 afdelinger og afspejler den hyper-specialisering, der generelt har udviklet sig på hospitalerne. I årsberetningerne er forskningen opgjort afdelingsvis. Ved et nedslag i årsberetningen fra 2008, som var det år, jeg overvejende foretog mine feltstudier, er forskningsaktiviteterne opgjort efter hver afdeling. *Enhed for forskning i klinisk sygepleje* går sammen med *Ergoterapi- og fysioterapiafdelingen* på tværs af afdelingerne, hvilket for sygeplejerskernes vedkommende afspejler generalistperspektivet.

|   | Ansatte                 | Heraf læger | Forskningsårsværk | Antal dr. med.grader | Antal ph.d. grader | Antal publikationer |
|---|-------------------------|-------------|-------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| Afdeling 1                              | 186                     | 36          | 10,74             | 3                    | 1                  | 46                  |
| Afdeling 2                              | 220                     | 38          | 12,17             | 3                    | 9                  | 85                  |
| Enhed for forskning i klinisk sygepleje | 6 (alle sygeplejersker) | 0           | 3,50              | 0                    | 4                  | 40                  |
| Ergo- og fysioterapiafdelingen          | 130                     | 1           | 3,08              | 0                    | 1 ph.d. stud.      | 15                  |

<sup>100</sup> Downloaded 1.3.11 på <http://health.au.dk/fakultetet/>

<sup>101</sup> Downloaded 1.3.11 på Sygehus Danmarks hjemmeside. Adressen fås ved henvendelse til forfatteren.

<sup>102</sup> Downloaded 1.3.11 på Sygehus Danmarks hjemmeside /For+fagfolk/Forskning/ Adressen fås ved henvendelse til forfatteren.

Tabellen viser, at forskningsdimensionering med hensyn til ressourceallokering ikke overraskende er i lægernes og de medicinske specialers favør. Til gengæld må man sige, at sygeplejerskerne fylder godt volumenmæssigt, specielt når man tager det beskedne forskningsårsværk i betragtning. I sammenligning med ergo- og fysioterapeutafdelingen aflæses det, at der med omtrent samme antal årsværk som på Enhed for forskning i klinisk sygepleje ikke er ansatte med fuldent forskeruddannelse. Sygeplejerskernes deficit i forskningsproduktivitet viser sig også i antallet af publikationer.

På afsnit 2 er der en bemærkelsesværdig høj forskningsaktivitet i forhold til de allokerede ressourcer. Det kan ses som et udtryk for, at afsnit 2 er en del af den kardiologiske afdeling, dvs. det hjertemedicinske speciale, som er et prestigøst speciale. I studiet af de medicinske specialers, organernes og sygdommenes sociale hierarki viser Album<sup>103</sup> (1992), hvordan de medicinske specialer som neurokirurgi, kardiologi (hjertesygdomme), anæstesiologi og kirurgi generelt er højt positioneret. Et speciale er højere hierarkisk placeret for så vidt der er tale om sygdomme, hvor der kan gøres noget aktivt og spektakulært frem for, at der ikke eller kun over mange år kan gøres noget, så patienten hurtigt er frisk og aktiv igen. Som Album siger det:

*”Det vil si at spesialiteter, som er handlingsorienterte, gjerne radikale, i sin tilnærming til sykdom, spesialiteter som arbeider med objektiv diagnostikk og en naturvitenskapelig årsaksforståelse, gjør bruk av mye, avansert og kostbart teknisk utstyr, arbeider med akutte, dramatiske og livstruende sykdommer i ærbare organer på forholdsvis unge mennesker, vil komme høyt i hierarkiet (Album 1992: 2133).*

Kardiologisk afdeling opfylder næsten samtlige kriterier. Her ligger den mave-tarmkirurgiske afdeling noget lavere i hierarkiet. Der arbejdes ganske vist efterhånden med avanceret og kostbart kirurgisk udstyr i behandlingen, især med den øgede brug af kikkertkirurgi, hvor der opereres gennem kikkerter, hvorved patienten undgår store operationssår. Der opstår til tider akutte og livstruende situationer, men til gengæld er særligt tarmen på ingen måde et ’ærbart’ organ. Snarere tværtimod, da organet med sine lugte og affaldsstoffer er urent og ikke ’ærbart’.

### **”Undervisning”**

For så vidt angår sygehusets egen fremstilling af undervisningsaktiviteterne kan det læses på sygehusets hjemmeside, at sygehuset medvirker i den praktiske del af ”samtlige sundhedsfag-

---

<sup>103</sup> Norsk sociolog, f. 1948.



lige grunduddannelser”. Herunder hører sygeplejerskeuddannelsen. Det fremgår imidlertid ikke direkte af hjemmesiden<sup>104</sup>, og først når man klikker ind på de forskellige afdelinger, står det på visse af afdelingerne beskrevet, at der foregår klinisk undervisning af de sygeplejestuderende. I kontrast hertil er der oprettet et selvstændigt link til *Lægernes Uddannelsesforum* (LUF), som indeholder allehånde oplysninger om såvel lægestuderendes som lægers postgraduate uddannelse på Sygehus Danmark<sup>105</sup>. Her finder man også en beskrivelse af en klinisk vejleders arbejdsopgaver – vel at mærke en klinisk vejleder for de medicinstuderende. Den kliniske vejleder for sygeplejestuderende og hendes arbejdsopgaver er tilsvarende ikke at finde noget steds på sygehusets hjemmeside.

I ”Forskningens Hus” beskrives det, at 200 studerende hvert år modtager undervisning. Her nævnes medicinstuderende fra Aarhus Universitet, civilingeniørstuderende indenfor bioteknologi og ingeniørstuderende indenfor sundhedsteknologi. Huset har desuden et færdighedslaboratorium, ”*hvor studerende og læger kan træne kliniske færdigheder på hinanden og på træningsmodeller (fantomer), før de skal udøves på patienterne*”<sup>106</sup> I praksis er her tale om de lægestuderende. De sygeplejestuderende har ikke tilsvarende adgang til færdighedslaboratoriet. Til gengæld har man på uddannelsesinstitutionen UC Danmark investeret i en udbygning af ”skills lab”, hvor institutionens undervisere nu også med deltagelse af kliniske vejledere underviser i såkaldt kliniske færdigheder med hjælp af patientmodeller. En opgave som de kliniske vejledere efter den kliniske koordinator udsagn i øvrigt er meget glade for.

Ovenstående gennemgang af sygehusets hjemmeside viser homologe relationer mellem læger og sygeplejersker for så vidt angår klinisk virksomhed, sygehusbaseret forskning og præsentation af uddannelsesaktiviteter. I forhold til det der anses for mest værdifuldt fremstår sygeplejerskerne med deficit. Det betydningsfulde i medicinsk klinik ser ud til at være:

- specialisering og ikke generalisering
- diagnostik og behandling (den legitime adgang til og udskrivelse fra sygehuset) og ikke pleje og omsorg
- beherskelse af rationelle teknikker med henblik på at handlingsforeskrive, systematisere og begrunde (evidensbaseret) jf. hensigten med forskning og ikke alene professionelle handlinger som er erfaringsbaserede, personbundne og situationsbestemte.

---

<sup>104</sup> Downloaded 1.3.11 på Sygehus Danmarks hjemmeside /For+fagfolk/KurserOgKompetenceUdvikling/ Adressen fås ved henvendelse til forfatteren

<sup>105</sup> Downloaded 1.3.11 på Sygehus Danmarks hjemmeside /For+fagfolk/KurserOgKompetenceUdvikling/LUF/ Adressen fås ved henvendelse til forfatteren.

<sup>106</sup> Downloaded 1.3.11 på Sygehus Danmarks hjemmeside Adressen fås ved henvendelse til forfatteren.

- En særlig forskningstradition, som rangerer højest i evidenshierarkiet, dvs. randomiserede (klinisk) kontrollerede forsøg (RCT<sup>107</sup>) (Krejsler 2009), som kan udgives i peer-review'ede tidsskrifter.
- Undervisningsaktiviteter der er beskrevet i relation til lægeuddannelse og i mindre grad i relation til sygeplejerskeuddannelse.

Disse fordelingsstrukturer antager jeg vil være til stede som mulige inkorporeringer i alle sundhedsprofessionernes repræsentanter – i det mindste i sygeplejerskerne som et beredskab, der kan aktiveres og slå igennem i form af en adækvat handling i konkrete situationer og dermed også i den kliniske vejleders undervisningspraksis.

### **Ressourceforbrug, arbejdsdeling og organisering af klinisk vejledning på sygehuset – en sub-profession konsoliderer sig**

Uddannelsesinstitutionen er jævnfør bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen ansvarlig den samlede uddannelse (Undervisningsministeriet 2008), men ressourcerne til klinisk vejledning tages fra sygehuset, hvilket i sidste ende vil sige fra regionen. Som det fremgår af bilag 12, bruger regionen ca. 1,5 mill kr. ud af et samlet budget for sundhedsområdet på 10 mia kr. (2008-tal), hvilket må siges at være en beskedent del af det samlede budget. I forbindelse med den nye nationale studieordning fra 2008, har der været lagt op til en taxameterstyringsmodel, der skulle udløse ressourcer efter den enkelte studieaktive studerende for den praktiske del af uddannelsen, men i foråret 2011 er denne ordning endnu ikke indført.

Det ser ud til, at regionens allokering af midler til uddannelse af kliniske vejledere har været nogenlunde stabil, siden uddannelsen blev oprettet i 2002. Det samme gælder for antallet af uddannede kliniske vejledere, som har været på mellem 30 og 40 to gange om året.

På landsplan har det været vanskeligt at få fat i statens samlede ressourceforbrug på den kliniske undervisning både hvad angår dimensionering og økonomi. Hverken Undervisningsministeriet eller Dansk Sygeplejeråd fører statistikker over, hvor mange kliniske vejledere, der uddannes.

Af de ca. 70 kliniske vejledere der dimitterer på et år fra regionens eneste udbudssted af klinisk vejlederuddannelse, produceres der ca. 50 klinisk vejledere med sygeplejerskebaggrund. Her står Sygehus Danmark klar til at aftage til 63 undervisningssteder. Sygehus Danmark sender ca. 10-15 sygeplejersker af sted på uddannelse hvert år på uddannelse, oplyser studie-

---

<sup>107</sup> Randomised controlled trial.

koordinatoren, og det passer angiveligt med det antal, der søger. Der findes ikke nogen overordnet politik for, hvordan man rekrutterer til klinisk vejlederuddannelse

Studiekoordinatoren siger herom:

*".....så er det sådan, så spotter afdelingssygeplejersken eller den kliniske undervisningsledersygeplejerske, de spotter ligesom: "Jamen, hende der, hun kunne være god" og...for det har de jo set ud fra deres praksis, at hun er god til at tage vare på de studerende og vejlede, og så spørger de typisk. Så det er sådan lidt...det er lidt den måde der...det er måske de spirer, der lidt kan være i en afdeling, de bliver sådan lige puffet lidt til og spurgt: "er du ikke interesseret i det?" og der kan jo selvfølgelig også være flere, men det er typisk noget, der foregår lokalt på afdelingen..."*

Det skal bemærkes, at det har været bemærkelsesværdigt svært at tilvejebringe præcise tal både fra sygehusets løn- og personaleadministration, fra den kliniske koordinator og fra regionen. Jeg har måttet vende tilbage flere gange for at få tal, og opgørelser har været fremsendt på ny, da afsenderne fandt, at de først afsendte tal var upræcise. Studiekoordinatoren har bedt mig om ikke at gengive egne tabeller og opgørelser over hvem og hvor mange, der har at gøre med klinisk undervisning. Begrundelsen har været, at listerne har været ufærdige, og at de stammer fra interne arbejdsdokumenter, der ikke har været bestemt for offentliggørelse. Her har jeg vurderet, at tidsforbruget ved selv at tage kontakt til de 63 undervisningssteder på sygehuset, der er tale om, ikke har stået mål med værdien af mere præcise oplysninger. Det har den konsekvens for undersøgelsen, at det ikke giver et helt præcist billede af fordelingen af uddannelseskapital på klinisk undervisning. Men de tilgængelige tal giver alligevel et fingerpeg. Det upræcise overblik illustrerer måske netop, hvordan hele virksomheden eller jurisdiktionen klinisk vejledning og undervisning er en amorf størrelse, der (endnu) ikke har fuldt konsolideret sig.

På de i alt 63 kliniske uddannelsessteder på sygehuset, er der ansat 39 klinisk undervisningsansvarlige sygeplejersker. De har i udgangspunktet alle klinisk vejlederuddannelse og 21 har derudover en sygeplejefaglig diplomuddannelse. De har ansvar for undervisning af sygeplejersker, sygehjælpere, social- og sundhedsassistenter og dertil hørende elever og sygeplejestuderende i et afsnit, og de superviserer de kliniske vejledere. De kliniske vejledere varetager undervisningsopgaver i forbindelse med de sygeplejestuderende. I alt får 77 kliniske vejledere tillægget på 10.400 kr. per år<sup>108</sup> som klinisk vejleder. Dvs. at der er  $77 + 39 = 116$  med officielle meritter til at varetage undervisende funktioner. Dvs. 1,8 underviser på hvert af de 63 undervisningssteder. Jeg skal minde om, at tallene er upræcise. Ifølge studiekoordinatoren

---

<sup>108</sup> Pr. 1. april 2009 er tillægget steget til 13.9000,- kr. pr. år.

kan der reelt være uddannet flere kliniske vejledere, som ikke fungerer formelt som sådan. Studiekoordinatoren angiver, at det kan være tilfældet, hvis de kliniske vejledere er ophørt med funktionen, hvis de er ”blevet trætte af den”, eller hvis de flytter afdeling og ikke ansættes det nye sted som klinisk vejleder. Når de kliniske vejledere ”bliver trætte af det”, er forklaringen gennemgående, at man føler sig splittet mellem på den ene side at holde sig ajour sygeplejefagligt og på den anden side følge med i, hvad der sker på uddannelsessiden. Af de 77 kliniske vejledere har 10 en hel eller delvis fuld diplomuddannelse. Til sammenligning har sygeplejelærerne målt i eksamensbeviser mere uddannelseskapital:

|                                 | Studiekoordinator         | Undervisningsansvarlig sygeplejerske | Klinisk vejleder                    | Sygeplejelærer fra uddannelsesinstitutionen  |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Antal                           | 1 men i halvtids funktion | 39                                   | 77                                  | 17 fordelt på de 63 uddannelsessteder  |
| Antal med fuld diplomuddannelse | Masteruddannelse (MPL)    | 21                                   | 10 ikke alle med en fuld uddannelse | 8 cand. cur<br>1 cand. pæd.<br>1 cand. scient.soc.<br>1 MPH<br>1 MI<br>1 MA køn og kultur<br>3 MLP<br>1 SD (sygeplejefaglig diplomuddannelse). |

Ansvarsfordeling mellem den studerende, sygeplejelæreren fra uddannelsesinstitutionen, den undervisningsansvarlige sygeplejerske og den kliniske vejleder er beskrevet af uddannelsesinstitutionen (se bilag 14).

*Studiekoordinatoren* på Sygehus Danmark er det officielle bindeled mellem uddannelsesinstitutionen og de kliniske uddannelsessteder, og hun sidder med i uddannelsesinstitutionens studieråd. Hun er uddannet sygeplejerske og har en masteruddannelse i Læring og Forandringsprocesser fra Aalborg Universitet. Studiekoordinatoren er halvt ansat som sådan og halvt som udviklingssygeplejerske i et af sygehusets fire centre. Som studiekoordinator refererer hun til chefsygeplejersken. Hun har ansvar for at koordinere og fordele praktikpladserne, og ser kopier af de studerendes evalueringer af deres kliniske ophold, ligesom hun ser kopier af de indstillinger til godkendelse af de kliniske uddannelsessteder, som sendes til uddannelsesinstitutionen. Sygeplejelæreren forvalter uddannelsesinstitutionens ansvar for den samlede uddannelse ved at påse, at det kliniske uddannelsessted lever op til en række krav. Den endelige godkendelse foretages af uddannelsesinstitutionens *kliniske koordinator*.

Det pædagogisk faglige samarbejde sker på sygehuset i *klinisk undervisningsudvalg*, hvor der sidder klinisk undervisningsansvarlige sygeplejersker, udviklingssygeplejersker, og oversygeplejersker. Derudover er der uddannelses- og udviklingsgrupper på center-niveau, som be-

står af undervisningsansvarlige sygeplejersker, men som reelt kun har eksisteret i ét center. Idéen er, at organiseringen skal udbredes til de øvrige centre. På afsnitsniveau har de klinisk undervisningsansvarlige, kliniske vejledere og praktikvejledere, som er ansvarlige for vejledning af so-su-assistenterne, organiseret sig i et uddannelsessteam (se organisationsdiagram bilag 15).

Det kliniske undervisningsudvalg tager initiativer til fælles pædagogiske møder eller faglige input.

På landsplan er der oprettet en Faglig Sammenslutning for Undervisende Sygeplejersker (FSUS)<sup>109</sup> i regi af Dansk Sygeplejeråd. Der afholdes konferencer to gange årligt i Danmark, et antal temadage henover året og sammenslutningen udgiver et tidsskrift/blad fire gange årligt med artikler fortrinsvist forfattet af undervisende sygeplejersker selv ("Uddannelsesnyt"). FSUS optager medlemmer blandt alle undervisende sygeplejersker således også for sygeplejelærerne på uddannelsesinstitutionerne. Medlemskab af FSUS kræver medlemskab af Dansk sygeplejeråd. Hvor mange af medlemmerne der er kliniske vejledere, er der ikke ført opgørelser over, men en repræsentant for sammenslutningen har givet udtryk for, at 'der er mange'. På FSUS's generalforsamling marts 2010 blev det diskuteret, hvorvidt de kliniske vejledere skulle stifte deres egen forening. Forslaget faldt imidlertid, og det blev besluttet at opfordre de kliniske undervisere/vejledere landet over til at melde sig ind i FSUS med henblik på at stå samlet og udvikle et nationalt fagligt fællesskab<sup>110</sup>.

Endvidere kan man som klinisk vejleder blive medlem af European Federation of Nurse Educators (FINE), som er en europæisk sammenslutning for undervisende sygeplejersker, der har eksisteret siden 1995, og som holder conference hvert 2. år.

I løbet af en sygeplejestuderendes praktikophold deltager sygeplejelærerne fra uddannelsesinstitutionen i forudsætnings- og forventningssamtalen, til én obligatorisk refleksionsøvelse/seminar forudgået af en skriftlig opgave og til den interne prøve til sidst i forløbet<sup>111</sup>. Studiekoordinatoren siger i interviewet, at der er et godt samarbejde med skolen, og med implementeringen af den nye studieordning er det blevet bedre, hvilket hun begrundet i, at der er mere anledning til samarbejde. Selvom studielederen oplever, at samarbejdet foregår på flere niveauer, er hovedindtrykket, at det kommer "*oppefra og brænder sig ned igennem og forplanter sig ned i afsnitsniveau*". De kliniske vejledere er som noget nyt med 2008-

---

<sup>109</sup> Se hjemmeside på Downloaded 7.3.11 på: Faglig Sammenslutning for Undervisende Sygeplejersker

<sup>110</sup> Se referat forår 2010 downloaded 7.11.2010 på <http://www.dsr.dk/msite/text.asp?id=55&TextID=2580>

<sup>111</sup> Alle de kliniske undervisere var i øvrigt enige om, at jeg ikke kunne deltage i den interne prøve, fordi det vurderedes, at vi ville være for mange personer både omkring den studerende men også omkring patienten.

studieordningen begyndt at undervise på sygeplejeskolen i kliniske færdigheder i færdigheds-laboratoriet /skills lab. Det har der været lidt modstand på i relation til ressourcespørgsmål, men nu hvor de har prøvet at deltage, er de meget begejstrede. Der findes ikke noget formelt eller reelt uddannelsessamarbejde mellem de lægestuderende og de sygeplejestuderende eller andre faggrupper så som fysioterapeut- og ergoterapeutstuderende. Det har dog været drøftet, om ikke det ville være en god idé at etablere et fælles pædagogisk fagligt forum, men kun indbyrdes for de mellemlange videregående sundhedsuddannelser – ikke de medicinske studenter.

Implementeringsgruppen<sup>112</sup> har fremsat ønsker overfor sygeplejeledelsen om, at en klinisk undervisningsansvarlig har uddannelse på minimum master-niveau, og man har diskuteret meget, om der skulle fremsættes krav om, at den kliniske vejleder har en fuld diplomuddannelse, dvs. 60 ECTS, og ikke ”bare” en 1/6 diplomuddannelse (på 9 ECTS), som er tilfældet nu. Men der er ikke taget beslutning herom. Med 2001-uddannelsen blev det besluttet, at normeringen skulle fastlægges ud fra, at hver klinisk vejleder var ansvarlig for 3 studerende ad gangen. Med 2008 ordningen har det kliniske undervisningsudvalg stillet forslag om en model, hvor én klinisk vejleder er ansvarlig for maksimalt to 2. semester studerende (svarende til modul 4 i 2008-studieordningen) og for maksimalt én 6. semester studerende (svarende til modul 11. eller 12. modul i 2008-studieordningen). Begrundelsen for at ville have ansvar for færre studerende er, at der i den nye studieordning lægges op til ”flere studieaktiviteter for de studerende” og ikke mindst de nye opgaver, der venter forude, når de studerende kommer på 12. modul og skal forholde sig til og deltage i udviklings- og forskningsarbejde.

I Bekendtgørelsen om professionsbachelor i sygepleje, BEK nr. 29 af 24.1.2008 er det formuleret på denne måde:

#### ***Modul 12 - Selvstændig professionsudøvelse***

##### ***Efter modulet har den studerende opnået følgende læringsudbytte:***

- *At søge, sortere, tilegne sig og vurdere praksis-, udviklings- og forskningsbaseret viden med relevans for professionsområdet.*
- *At anvende udvalgte analysemetoder ud fra forskellige perspektiver i bearbejdning af generelle og specifikke sygeplejefaglige problemstillinger.*
- *At anvende specialiserede dataindsamlingsmetoder knyttet til sygeplejefprofessionen og analysere empiriske data ud fra forskellige teoretiske perspektiver.*
- *At inddrage kliniske retningslinjer, udviklings- og forskningsarbejde i tilrettelæggelse af pleje og behandling.*
- *At lede sygepleje herunder prioritere, koordinere og delegere sygepleje inden for givne rammer og medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb og patientsikkerhed i samarbejde på tværs af sektorer og institutioner.*

---

<sup>112</sup> Gruppen af undervisningsansvarlige sygeplejersker og kliniske vejledere og studiekoordinatoren der blev nedsat i forbindelse med implementering af ny national studieordning fra 2008.

- At samarbejde med patienter og pårørende med respekt for menneskers forskellige værdier, opfattelser og reaktioner i forbindelse med sundhed, sygdom og sygepleje som grundlag for udførelse af professionel omsorg.
  - At redegøre for muligheder og barrierer knyttet til kvalitets- og udviklingsarbejde.
  - At beherske gældende dokumentationspraksis, administrative procedurer samt forholde sig kritisk til kvaliteten af den udførte sygepleje.
  - At deltage i implementering af resultater fra udviklings- og forskningsarbejde i sygeplejevirkosomhed.
- (Undervisningsministeriet 2008, bilag 2, 4.12)

Med ovenstående kan man sige, at der lægges op til, at den kliniske vejleder skal vejlede og undervise efter modellen evidensbaseret praksis. Og som studiekoordinatoren siger det:

*”De [de studerende] forventer jo også, at de skal være en del af et udviklingsarbejde, de studerende dér, på det niveau. Og for at den kliniske vejleder også kan være med til at vejlede den studerende ind i det udviklings/forskningsarbejde, så skal hun jo faktisk selv have en... det kræver jo faktisk temmelig meget..”*

Hvor arbejdsdelingen tidligere har været sådan, at det var uddannelsesinstitutionens sygeplejelærere, der tog sig af undervisning i relation til det abstrakte videnssystem, lægges der nu op til, at den kliniske vejleder også skal spille en rolle, nu hvor denne form for undervisningsselementer også skal foregå i praktikperioden. I et relationelt perspektiv kan vi se, at den kliniske vejleder er i underskud for så vidt angår uddannelses- og forskningskapital. Det gælder særligt i relation til sygeplejelæreren, der har en kandidat- eller mastereksamen, og en anelse i relation til ca. halvdelen af de undervisningsansvarlige sygeplejersker, der har en sundhedsfaglig/pædagogiske diplomuddannelse. Den samme position gør sig gældende i relation til udviklingssygeplejersken, der med master- eller kandidatuddannelse er ansat på hver afdeling<sup>113</sup>. En egentlig forskeruddannelse er der ikke nogen af de kliniske underviserne, der har.

## **Sammenfatning**

Sygehuset forstået som klinik og den deraf følgende indbyggede integrering af undervisning, forskning og praksis, understøtter primært lægernes såvel præ- som postgraduate undervisningsforløb. Hvor undervisningskompetencen hos sygeplejerskerne (med den 3½-årige professionsbacheloruddannelse) er givet til særlig gruppe praktikere uden akademisk uddannelse (de kliniske vejledere), er uddannelsesforpligtelsen hos lægerne (med en 6½ årig kandidatuddannelse) beskrevet som en del af en afdelings definerede opgave. For alle nyansatte i intro-

<sup>113</sup> En udviklingssygeplejerske har som sit ansvarsområde alene eller i samarbejde med det øvrige personale at igangsætte initiativer, der er i overensstemmelse med patienternes forventninger og krav til god sygepleje og som følger udviklingen i samfundet (samtale med udviklingssygeplejerske afdeling 1).

duktionsstillinger, dvs. yngre læger i postgraduate forløb, er der krav om et tre dages pædagogisk kursus (to dage med én dags opfølgning). Kurset udbydes kontinuerligt hver måned. Det vil sige uanset al retorik om akademia og forskning opretholdes den sociale arbejdsdeling og hierarkiet hvad angår uddannelsesnomenklatur inden for den medicinske klinik.

Hvor sygeplejerskerne i den medicinske klinik samlet set positionerer sig underlegent, sattes der til gengæld på formel, legitimerende uddannelse i form af klinisk vejlederuddannelse. Umiddelbart kan det ses som et forsøg på at introducere en kapitalform fra et felt, hvor konkurrencen ikke er så hård, som på "den kliniske virksomhed". Mange kliniske vejledere har ofte ikke en professionsbacheloruddannelse, eftersom den blev indført, efter de erfarne sygeplejersker selv blev kliniske vejledere. De har ganske vist fået flere pædagogiske kompetencer, og der er også blevet flere kliniske vejledere, siden uddannelsen blev etableret i 2002. Men hvis kravet nu er vejledning efter idealet evidensbaseret praksis, hvor de skal deltage i mere forsknings- og udviklingsbaserede aktiviteter med de sygeplejestuderende, forstår man studiekoordinatorens kunstpause. Den rummer på én gang hele sygeplejefagets historiske udvikling, som en forkropsliggjort viden om, at deltagelse i spillet om uddannelse indenfor sygepleje er som et tabt ludospil, hvor man bliver slået hjem og aldrig kommer i mål. Eller med Callewaerts metafor: uddannelse er som en stige, der står på mosegrund: selvom man kravler opad synker stigen ubønhørligt.

I mens fortsætter undervisningsaktiviteterne og konsolideringen af klinisk undervisning. Der afsættes kontinuerligt ressourcer til uddannelse og aflønning af de kliniske vejledere. Der kommer flere og flere til, de organiserer sig i et hierarki af sygeplejelærere, udviklings- sygeplejersker, koordinerende, uddannelsesansvarlige sygeplejersker og kliniske vejledere. De har konsolideret sig organisatorisk og fagligt såvel nationalt som internationalt. Men hvordan gør de, når de skal "gøre" undervisning? Det skal jeg snart vise. Men først må vi forstå, hvad det er for en lokal kontekst undervisning foregår i.

## **Præsentation af det kliniske undervisningssted, afsnit 1**

De følgende præsentationer af de to kliniske undervisningssteder fungerer som en kontekstuel analyse af de lokale vilkår og muligheder, de kliniske vejledere har for at praktisere klinisk undervisning.

Organisatorisk er afsnit 1 en del af en funktionsbærende enhed, som er en fusion mellem to sygehuses kirurgiske afdelinger, der blev sat i værk i 2004. Afdelingen er inddelt i to sengeafsnit med tilhørende ambulatorium og operationsafdeling. Sengeafsnittene har henholdsvis



14, 20 og 33 stationære sengepladser. Afdelingen modtager patienter fra hele regionen med lidelser i den øvre og nedre mavetarmkanal til 'højtspecialiseret diagnostik og behandling', som der står på hjemmesiden<sup>114</sup>. Patienterne ligger i gennemsnit i sengene i 4,5 dage<sup>115</sup>.

I det afsnit, jeg har foretaget feltstudierne, er der således plads til 33 kirurgiske patienter med lidelser i den nedre mave-tarmkanal. Afsnittet er inddelt i 3 grupper, der varetager plejen for mellem 10-12 patienter. Den ene gruppe er forbeholdt yngre patienter med kroniske tarmlidelser, der kræver kirurgisk behandling, de to andre grupper modtager voksne og ældre patienter med tarmsygdomme, der ligeledes kræver kirurgiske indgreb.

### **Specialisering**

Den organisatoriske sammenlægning af de to kirurgiske afdelinger til en funktionsbærende enhed betyder, at de specielle og ofte komplicerede kirurgiske forløb er samlet her, og de forholdsvis ukomplicerede indgreb, hvor patienterne indkaldes til mindre kirurgiske indgreb foretages på regionens andre sygehuse og ofte som ambulante forløb, hvor patienterne behandles og hjemsendes samme dag. Vicechefsygeplejersken, afdelingssygeplejersken og udviklingsygeplejersken udtaler uafhængigt af hinanden, at de oplever, organiseringen har fået den konsekvens, at de indlagte patienter har flere konkurrerende lidelser og deraf følgende komplicerede plejebestanden. Denne udvikling passer således på de objektive udviklingstendenser, Dansk Sundhedsinstitut har skitseret<sup>116</sup>.

Den højtdifferentierede specialisering betyder, at der fra lægernes side er forøget fokus på de patienter, der indlægges med en diagnose, der kan kategoriseres indenfor subspecialerne lidelser i øvre mave, øvre tarm, nedre mave, nedre tarm, inflammatoriske tarmlidelser, nedre tarmcancer, øvrig tarmcancer. Her kommer akut indlagte patienter ofte på tværs af de afgrænsede speciale-patienter. 75% af patientindtaget oplyser oversygeplejersken er akut indlagte. Problemet med akut indlagte patienter på en mave-tarm-kirurgisk afdeling er, at "ondt i maven" ofte kan være mange ting, som ikke nødvendigvis behøver at høre ind under det mave-tarmkirurgiske lægefaglige speciale. Et faktum er ifølge afdelingssygeplejersken, at disse patienter har haft en mindre smidig sagsgang i systemet. Organisering af patienters behandling og diagnostisering har således en erkendt social dimension, som får konsekvenser for et

---

<sup>114</sup>Sygehus Danmarks hjemmeside. Downloaded 28.10.08. Adresse fås ved henvendelse til forfatteren.

<sup>115</sup>Tallene gælder for den samlede funktionsbærende kirurgiske enhed og ikke alene afsnittet. Det har ikke været muligt at få det nøjagtige tal for det specifikke afsnit, men oversygeplejersken fortæller at liggedagene er højere her.

<sup>116</sup>Downloaded 8.4.2011 på

<http://www.dsr.dk/Documents/Fag/Uddannelse/Konference%202011/Sidse%20Vinge%20til%20Web.pdf>

mere trægt patientflow på hele sygehuset. Dette problem har foranlediget, at sygehusledelsen har koblet et konsulentfirma på afdelingen med det formål at undersøge, hvordan man kan optimere behandling og pleje af de akut indlagte patienter. Konsulentbesøgene har resulteret i, at der forsøges etableret et akutafsnit, der særligt skal tage sig de akut indlagte patienter.

Efter vicechefsygeplejerskens udsagn har disse forhold jf. tidligere i høj grad medvirket til, at afdelingen er inde i en urolig periode, som har strakt sig over mindst tre år. Det var planen, at akutafsnittet skulle åbne 1. august 2008, men åbningen er blevet udskudt til 1. december 2008. Ombygningen af de fysiske rammer har nogenlunde fulgt planen, men det har knebet med at få sygeplejerskestillingerne og ikke mindst afdelingssygeplejerskens stilling besat<sup>117</sup>.

Der pågår således omfattende omstruktureringer, hvor stillinger er ubesatte, og der er usikkerhed om, hvordan fremtidige funktioner vil blive organiseret og afviklet. Det var disse forhold, der gjorde, at min *gatekeeper* i udgangspunktet mente, at det kunne være usikkert, om man i afsnittet var indstillet på, at jeg skulle foretage feltstudier netop der. Men fordi afsnittet på denne måde kunne være et eksempel på en omstillingsramt institution, som efterhånden er et vilkår i dag for mange offentlige institutioner, valgte jeg bevidst ikke at eliminere denne faktor. Plejepersonalet i afsnit 1 så frem til etableringen af det nye akut-afsnit. Forventningen var, at det daglige arbejde i højere grad kunne planlægges og afvikle. Samtidig gav omstruktureringen ofte anledning til diskussion om, hvordan bemanningen af det nye afsnit skulle fastlægges, og hvem blandt personalet der i givet fald ville med over i det nye afsnit. Hvilket igen ville betyde øget sårbarhed i form af nye, ikke erfarne kolleger i afsnit 1 – i værste fald mangel på plejepersonale, hvis der overhovedet kunne rekrutteres nye medarbejdere, som på daværende tidspunkt var et problem.

### **De fysiske rammer og afsnittets fremtræden**

Det kirurgiske afsnit er beliggende i et etagehus. Man stiger ud af elevatoren og afsnittet starter ved et træk i en snor med håndtag, og glasdøren åbner sig automatisk. En lang gang skærer ned gennem afsnittet med fire-sengs-stuer på højre side og ene-stuer venstre side. I umiddelbar tilknytning til sengestuerne ligger toilet og bad (se skitse over afsnittet i bilag 16). Midt i afsnittets venstre side ligger vagtstue/kontor, kaffestue og køkken med personaletoilet. Medicinrummet ligeledes i midten af afsnittet. Depot og skyllerum er placeret 2 steder på gangen, så der ikke skal løbes så langt fra de fjerneste stuer for enden af gangen. En 4 sengs-stue er blevet inddraget til dagligstue, hvor der ikke må ryges. Rygere må gå ud på terrænet.

---

<sup>117</sup> Det bemærkes, at det var før finanskrisen for alvor satte ind og fyringer på sygehusene blev en realitet.

Afdelingssygeplejerskens kontor er placeret længst væk i bunden af afdelingen. På vej ind til hendes kontor er der et lille indhak, hvor de indkaldte patienter ofte venter, til en sygeplejerske tager imod dem. Der er således ikke et rum, der er designet til undervisning og vejledning. Lægerne har et samtale-rum, som ligger lige indenfor, når man kommer ind på afsnittet, som omtales ”stue 18”. De bruger det, når de skal tale med patienterne om forhold, der ikke er egnet til, at medpatienterne kan lytte med. F.eks. ved svar på det dårlige undersøgelsesresultat, og hvor pårørende også deltager i samtalen. Samtalerummet kan anvendes til undervisning, men kun hvis det er ledigt.

På gangen og i dagligstuen hænger akvareller malet af en bekendt af afdelingssygeplejersken, der har malet en serie med forskellige motiver men tydeligvis den samme streg. ”Så er det også mere ens i stedet for en hel masse forskellig *rodeværk*”, som en sygeplejerske fortalte mig.

### **Personalerummet/kaffestuen**

Kontor og personalerum ligger ved siden af hinanden med en dør imellem, der forsøges holdt lukket, så der opretholdes en adskillelse mellem arbejdspladsen og pausepladsen. På døren ind til personalerummet står der ’personalerum’, men ofte omtales det som kaffestuen. Der er stillet tre borde sammen, som fylder det meste af kaffestuen, her sidder fortrinsvis sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter<sup>118</sup>, evt. en FADL-vagt<sup>119</sup>, og ind imellem sidder lægerne her og drikker kaffe i pausen om formiddagen og til frokost. Kl. ca. 9 bæres kaffe- og te-kander ind sammen med frisk brød, smør, ost og marmelade. Der er meget ofte kage og/eller slik til pauserne. Enten er der en, der har fødselsdag, eller en har sidste dag inden ferie eller sidste arbejdsdag. Det er overvejende plejepersonalet, der har sørget for slikkeriet, men en enkelt gang har to læger givet en kæmpe skål ”Quality Street”- små chokolader, da de har sidste dag, inden de som del af deres uddannelse skal videre på en ny afdeling. Det hænder også, at en patient har givet lidt sødt til kaffen. Helt op mod vinduet er der et smalt langt bord. Her er der ofte sygeplejersker, der dokumenterer i de håndskrevne sygeplejedokumentationspapirer. Som oftest sidder de her udenfor pausetiden, men det hænder, at en sygeplejerske i middagspausen spiser lidt frokost samtidig med, at hun skriver i rapportsystemet (eller dokumenterer plejen, som det formuleres).

---

<sup>118</sup> Social- og sundhedsassistenter gennemgår en grunduddannelse på 20 måneder, som bygger ovenpå social- og sundhedshjælperuddannelsen, som varer et år og 2 måneder.

<sup>119</sup> Forkortelse for Foreningen Af Danske Lægestuderende, dvs. en medicin-studerende der som studiejob har taget plejearbejde.

På bordet står en lyserød sparegris. Hvis man kommer som gæst og ikke er medlem af kaffekassen, skal man putte penge i grisen. En dag da jeg kommer, er grisen stjålet og alle udtrykker vrede og forargelse over at gøre sig til tyv for så lidt. På den ene af to opslagstavler hænger en seddel om, hvordan man kontakter centralkøkkenet, der er en planche med farvebilleder af "oral candiditis"<sup>120</sup>. (Det ser ikke rart ud... .) Endvidere en jubilæumsinvitation til "nuclear" afdeling, vagtplanerne fire uger frem, et bundt sygemeldingssedler, man skal udfylde og give til afdelingssygeplejersken efter endt sygdomsperiode og registreringseddel på vagter, der kan tilkaldes, og en liste over vagter, der ikke er besat, og derfor er "til salg", dvs. folk kan frivilligt skrive sig på til ekstra vagter. På A-4 sider er der skrevet op – i hånden –, hvem der er i dag-vagt på dagen og en uge frem. På dagssedlerne er der på mange af dagene skrevet S for sygdom over mange af navnene, og der er lavet pile for bytninger.

Der hænger også en ønskeseddel rettet mod arbejdsgiveren, fornemmer man: en stålift, en blærescanner, et rullebord med hjul, taburetter til badeværelserne, en kaffe- og tebrygger...listen fylder næsten en A4 side. På den anden opslagstavle hænger en fødselsdagsliste, så man kan se, hvornår plejepersonalet har fødselsdag. De plejer at købe en gave ved runde dage, og ved almindelig fødselsdag er der flag på bordet og vedkommende giver kage. På opslagstavlen hænger et udskrift fra en sygeplejerskes rejseblog, en plastlomme med pizza-brochurer, en samarbejdsaftale mellem afsnittet og akut modtageafdeling, en liste med præster, der kan kontaktes. En seddel hvor social- og sundhedsuddannelsen søger eksterne lærere til en timelærerbank. Opslag om en særlig energidrik, *Nutridrik*. Registreringseddel af navne på faste vagter. Et "pænt" brev fra en tilfreds patient med cancersygdom, der udtrykker taknemmelighed over, at han kom hurtigt forbi alle ventelister under konflikten. "Det gik så fint", og "læger og sygeplejersker var venlige og kompetente".

Udenfor pausetidspunkterne bruges kaffestuen på samme måde som kontoret.

## Kontoret

Kontoret hvor sygeplejeseekretæren holder til er et centralt sted på hospitalsafdelingen. Det er her plejepersonalet ofte befinder sig. Som en 2. semester studerende siger: "*Det er godt at have det her som base, det har de også sagt til os, det er vores base*". Fra kontoret går sygeplejerskerne *ud*, dvs. som hjælpere eller konsulenter, eller de bliver kaldt *ind* på kontoret, når der skal gås stuegang, når andre speciallæger kommer på tilsyn, når Falck kommer med en ny patient, eller der er pårørende, der vil tale med "den der passer min mand". Her ringer telefo-

---

<sup>120</sup> Mundbetændelse pga. svampeinfektion.

nen og patientklokkerne. Plejepersonalet går ofte *ind* på kontoret/kaffestuen undervejs mellem arbejdsopgaver, ligesom der udspringer arbejdsopgaver fra kontorområdet. Her aftales om morgenen hvem, der passer hvem, om social- og sundhedsassistenten kan skifte en bandagering, eller om sygeplejersken skal gøre det. Her læses lægejournaler og sygeplejefjournaler. Det er her, det aftales, hvem der kan "*gå fra*" til møde eller undervisning, her henvender laboranten sig, når hun ikke kan finde en patient, og fysioterapeuten henvender sig, når hun vil høre, hvordan det går med en patient. Det er også her, der tales privat såsom indkøb af babyudstyr, hvem der har meldt sig til festen, og om en ny frisure klæder kollegaen.

Både i personalerummet og på kontoret opstår der spontane undervisningssituationer, og der kan planlægges med korterevarende 'snakken igennem', opsamlinger, og "hvad-mangler-vi"-snakke. Forudsætnings- og forventningssamtalen og gennemgang af den obligatoriske refleksionsøvelse foregår enten i lægernes samtalerum, hvis det er ledigt eller på afdelingssygeplejerskens kontor, hvor afdelingssygeplejersken kan planlægge at lave noget andet, hvor hun ikke nødvendigvis sidder på kontoret. Endelig er der mulighed for at låne et kontor på ambulatoriet, der ligger ude af afdelingen forbi glasdøren, hvis det er ledigt, og der ikke foregår lægesamtaler eller undersøgelser.

På den lange gang der skærer ned midt gennem afdelingen er der i løbet af en dag en særlig aktivitet. Hvidklædte folk går ind og ud og op og ned med raske skridt. Senge køres frem og tilbage af portører. Pårørende i privattøj går forsigtigt og søgende rundt, de vil endelig ikke forstyrre det travle personale. Patienterne ses lejlighedsvis på gangen men mest omkring måltiderne, hvor en stor stål-madvogn er stillet op midt på gangarealet. Her står en social- og sundhedsassistent med et hvidt plastikforklæde på og øser op og deler maden ud. Så kommer patienterne ud fra sengestuerne og går af sted med små forsigtige skridt – trætte og med ømme sår. Nogen har slåbrok på, andre har bare patientskjorter på. De er lette at kende som patienter med drænposer, poser med urin, drop og dropstativer, støttestrømper, strømper der åler, slåbroksnoren der er for lang i den ene side, en pumpe sat på stativ osv.

Når man er kommet igennem glasdøren er det ofte sådan, at en særlig ram og ubehagelig lugt slår én i møde. Skyllerummet er et rum, hvor alt såkaldt urent håndteres. Dvs. fyldte bækkener og diverse kropsvæsker. Rummet ligger som et af de første rum, når man passerer på gangen, og selvom dørens forsøges holdt lukket, lugter det fælt her fra, når plejepersonalet tømmer kropsvæsker så som væsker fra dræn, opsuget maveindhold i glaskolber og ikke mindst tarmindehold fra poserne på de kunstige tarmåbninger. For at kunne observere patienternes væskebalance, skal mængderne fra kropsvæskerne måles og skrives op på en bestemt

tafle i skyllerummet. Eftersom patienterne har helbredsproblemer med tarmsystemet, bliver lyde, kropsvæsker og også lugte fra tarmsystemet således afprivatiseret og eksponeret. Det bliver hurtigt noget, de studerende og dermed også den kliniske vejleder må forholde sig til.

### **Snak ved frokosten i personalerummet**

Oline (klinisk vejleder) sidder med de to 2. semester studerende, Signe og Dorte, på hver sin side af et bordhjørne. Jeg sidder to pladser væk, overfor mig sidder en sygeplejerske og den anden kliniske vejleder, Bente, der skriver.

Vi spiser. De studerende har medbragt mad med, Oline har gafflet noget fra patienternes mad. De snakker om noget pus [betændelsesmasse], der er tyktflydende.

"Ja-tak" siger Signe, "nu sidder vi lige og spiser"!

Oline: "Ja, man må tåle noget på den her afdeling"!

Signe siger, at hun kan lugte om morgenen, når hun kommer ind i afdelingen. Så skal hun lige sådan tage sig sammen. I starten kunne hun ikke spise rugbrød derhjemme, fordi meget af det, de tømte ud hos en af patienterne, lignede øllebrød.

Dorte går i bad, når hun kommer hjem. Hun synes, hun kan lugte "den der afføringslugt". Somme tider tager Oline også et bad, når hun kommer hjem, hvis hun "har stået i noget". Det gør Signe ikke, men hun er bekymret for, om hendes hår kan lugte.

Når Signe har skullet tømme nogle af kanderne med stomi-indhold<sup>121</sup>, "så har det været sådan lidt: åh, nej, hvis jeg lukker munden, så har jeg det jo i næsen, men hvis jeg lukker næsen og lukker munden op, så har jeg det også bare sådan, at det er som om, det kommer ind i munden" (laver en grimasse).

Oline: "Ja, den kan være streng, lugten, men det er jo ikke så tit. Mest omkring kl. 14, når vi gør væskestatus og tømmer ud, så kan det godt lugte".

Dorte har "virkelig skullet vænne sig til det". Hun fortæller også om, hvordan hun har taget handsker på, da hun skulle vaske en patients hår, der var meget snavset.

Dagen efter sidder vi igen i kaffestuen og spiser frokost. Signe kommer ind, hun gør mine til at ville fortælle noget, der er væmmeligt:

Dorte: "Kan du ikke vente med at fortælle om det, til jeg har spist min rugbrød..."

Signe sætter sig: "Jo", (lille skævt smil). Hun lader et æble ligge, som hun ellers var begyndt på.

Efter en lille pause begynder hun alligevel at fortælle:

Signe: "26.3 skulle tisse, *Nej, jeg kan ikke alligevel*, sagde hun, men så: *Nej, nu kommer det!* Og så var det altså bare ikke tís! [Hun mener, det var afføring]. Det var bare ud over brættet, og ned på gulvet, på skjorten, på bukserne ALT! Addrrr!! [væmmelse, fortrukket ansigt]. Sjovt, de ikke kan mærke forskel..."

De to kliniske vejledere vender sig om mod Signe og griner.

Oline: "Hvad gjorde du så?"

Signe: "Jeg tog handsker på"!

Dorte: "På begge to"?

Signe: "Ja !!... "[ansigt: hvad tror du ellers!]" "Så tørrede jeg brættet og gav hende nyt tøj. Det var bare ...addrr! Nå, jeg skulle jo prøve det..."

Så stod jeg i den igen: Skal jeg trække vejret med næsen eller munden...[refererer til i går, hvor hun fortalte om, hvordan det var lige slemt, om hun trak vejret gennem munden eller gennem næsen...]"

Oline: "Altså, jeg tror ikke, du får det ind, hvis munden er åben..."

Signe: "Nej, men det er tanken..."

Først efter 10 minutter har Signe genoptaget spisningen og har hentet sin rugbrød fra skabet...

Patienter og pårørende bemærker også det særligt ubehagelige ved konfrontationen med kroppens affaldsprodukter. De udtrykker deres taknemmelighed overfor den hjælp, sygeple-

<sup>121</sup> Stomi er en kunstig tarmåbning, hvor afføring opsamles i en pose på maven.

jerskerne yder, men de giver også tydeligt udtryk for, at arbejdet med folks affaldsstoffer umuligt kan være attråværdigt arbejde. ”Der skal godt nok meget til for at tage det” sagde en kone, hvis mands afføringspose om den nyanlagte kunstige tarmåbning igen var sprunget læk. Og: ”Tænk at de tager sig af sådan noget helt frivilligt, jeg fatter ikke, de kan holde det ud”, siger en stor mandlig patient, da han går ind på stuen igen, efter han har fået hjælp på badeværelset til at skifte bandagen om sin kunstige tarmåbning af en studerende og den klinisk undervisningsansvarlige sygeplejerske.

### **Ressourcer og personale**

Der er ansat 40 plejepersonaler fordelt på 34 sygeplejersker (heraf 1 afdelingssygeplejerske, 1 souschef, 1 klinisk undervisningsansvarlig og 1 (2) kliniske vejledere), 7 social- og sundhedsassistenter og en sygehjælper. Derudover har afsnittet knyttet en udviklingssygeplejerske, som dog deles med resten af den funktionsbærende enhed.

Der er planlagt med, at mindst 10 plejepersonaler er på arbejde i en dagvagt, og minimum 2 sygeplejersker i hver gruppe. Afdelingssygeplejersken har tydeliggjort, at hun gerne vil kunne planlægge med flere personaler, men at det som regel ikke kan lade sig gøre. 10 personaler til 33 patienter giver en såkaldt plejeratio på 1,2 (40 personaler delt med 33 senge) = 3,3 seng per personale i en dagvagt. I forbindelse med strejken blandt sundhedsvæsenets sundhedsfaggrupper i foråret 2008, blev afdelingen ikke udtaget til strejke, fordi man ikke kunne stille med et nødberedskab uden at skulle bruge vikarer. Det betyder, at normeringen er stram, og personalet har talt om, at det nu er synligt for enhver, at normeringen er i underkanten.

Personaleflowet har siden 2004 været højt. Fra 12 personaler om året der har sagt op til nu 5-6 stykker. Nuværende afgang mener afdelingssygeplejersken er acceptabel, selvom hun mener, de ligger i den høje ende uden dog at have tal for det. Personaleflowet begrundes med, at mange sygeplejersker efter endt barselsorlov søger mod afdelinger, hvor der er færre weekend-vagter end hver anden weekend, som er tilfældet på afsnittet 1.

Det fremgår på flere måder i mit empiriske materiale, at det er en travl afdeling med knappe ressourcer. Afdelingssygeplejersken udtrykker f.eks., at det er svært at få implementeret et særligt struktureret og effektivt plejeprogram for tarmopererede patienter, kaldet *accelereret patientforløb*<sup>122</sup>, på grund af mangel på ressourcer. Programmet fordrer, at en sygeplejerske afsætter en time til at introducere og vejlede patienten i forløbet, og det kan ofte være vanske-

---

<sup>122</sup> Accelereret patientforløb er et behandlings- og plejekoncept, der går ud på at forkorte den tid, det tager at komme sig ovenpå en operation. Patienten skal gennemløbe standardiserede forløb, som fokuserer på mere patientinformation, kost, mobilisering og smertebehandling.

ligt at lade en sygeplejerske ”gå fra” i den fornødne tid. Ligeledes har det været vanskeligt at få specialfunktionen, stomi-klinikken<sup>123</sup> til at fungere. Der har længe manglet én ud af tre stomisygeplejersker, derfor har souschefen været nødt til at tage nogle af de funktioner, der betyder, at hun må forsømme andre af sine funktioner.

De kliniske vejledere bringer også ofte temaet ”manglende ressourcer” på banen – både i forbindelse med feltstudierne men også i direkte interviews. Budskabet er, at normeringen på afsnittet er ringe, og at det går ud over både kvaliteten i sygeplejen og den kliniske vejledning. En klinisk vejleder fortæller endda, at en af grundene til, at hun sagde ja til at deltage i mit projekt som informant var, at hun håbede på, at jeg kunne sætte fokus på deres forhold, så der ”kommer til at ske noget”. I relation til sygeplejen siger denne kliniske vejleder:

*”Vi har de fineste stomi-programmer og sådan noget, men vi følger dem jo ikke, og vi har jo hverken tid eller overskud til det” ..... ”Vi er en af landets førende afdelinger i at lave stomier og laver ca. 250, og det skulle være ret mange. Vi har et fint undervisningsprogram til stomi-oplæring, som vi skal følge til vores patienter, og dokumentationsmæssigt er der gjort meget ud af, at vi kan føre noget over den pleje vi giver vores stomi-patienter, men rigtig mange får bare ikke den pleje og så bliver de overladt til sig selv og kommer ud til hjemmeplejen”.*

At ressourcerne er knappe ses også på et opslag på opslagstavlen på kontoret. Her har afdelingssygeplejersken konstant en A-4 seddel til at hænge med datoer på vagter, der er ”til salg”. Enten går vagtplanen i udgangspunktet ikke op, eller også kan der være opstået sygdom, som udløser en ubesat dag-, aften- eller nattevagt. Meningen er, at man som sygeplejerske kan skrive sig på en vagt og dermed få udløst et særligt tillæg. I en periode har der været to ubesatte sygeplejerskestillinger, som udløser ekstra mange ledige vagter til sedlen.

Sygemeldinger - såvel forudsete som uforudsete har forekommet næsten på samtlige mine observationsdage. Når morgenholdet møder ind, udløser sygemeldingerne en særlig hektisk stemning. En klinisk vejleder udtrykker det således:

*”Men sådan en afdeling som den her er i øjeblikket kendetegnet af meget brok. Og især fra morgenstunden af. Det er også noget af det, jeg synes, der er rigtig træls...at man starter morgenen ud med sure miner, åh, nej, skal jeg nu være i den gruppe, og ..sygdom og syg, og så står de der, så har de allerede stresset sig selv op. I stedet for at sige: Nå, ja, det går nok...altså... Der var endda en morgen, hvor jeg blev mødt med, jeg står ude der og klæder om. Så stikker nattevagten hovedet ud, og så siger hun: ”Hvis jeg var dig, så ville jeg vende om og gå med det samme””.*

---

<sup>123</sup> En sygeplejerskebemandet klinik der rådgiver og vejleder patienter, der har fået lavet stomi.



Ved sygdom må personalet omfordeles i grupperne, og der trækkes først og fremmest personale fra den gruppe, hvor der er flest ”hoveder”, og det vil sige fra gruppe 2, hvor de studerende er. Som den klinisk undervisningsansvarlige sygeplejerske fortæller:

*”Når det er kampen om ressourcerne i det daglige, så er de fuldstændig ligeglade. Så går de benhårdt efter at skaffe så meget til deres egen gruppe som muligt. Hvis man satte sig som fluen på væggen og kiggede ned på det, så er det det, som foregår. Selvfølgelig prøver vi benhårdt at holde det væk, og vi er jo heller ikke bedre, end de er. Det bliver lidt glemt, at det faktisk er en opgave[klinisk undervisning], der tager tid, og at det er derfor, vi skal være flere”.*

Det følgende uddrag af mine feltnoter beskriver, hvor desperat kampen om at få arbejdet afviklet med de til rådighed stående ressourcer kan se ud:

Klokken er 6.50 en tirsdag morgen. I det lille forrum ind til kontoret klæder jeg om til den hvide uniform – bukser og bluse - sammen med en person, som jeg ikke har mødt før. Vi hilser, hun er social- og sundhedsassistent og skal arbejde som vikar i dag på afsnittet. Det summer hektisk på kontoret, folk går med hurtige skridt, spørgsmål besvares med korte svar. En særlig biip-lyd lyder fra et display som tegn på, at patienter har kaldt på personalet via et klokkesystem. Klokkerne er ikke besvaret, siden de bliver ved med at give lyd af sig. Alle flokkes om en håndskreven seddel, hvor der står navne opført i tre grupper. I gruppe 2 er der flest navne. Det er her, alle de sygeplejestuderende er. Der er overstregninger på sedlen. Der er tre syge i dag.

Vejleder in spe: *Tre syge...Har I bestilt ”noget”?*

Svar: *Der er bestilt én. Men det var i går for Helle [underforstået som vi allerede vidste var syg, og nu er der to mere].*

Vejleder in spe: *Ditte[sygeplejerske] havde hele stuegangen i går..*

Ditte: *Ja, og det var lige toppen.. Der mangler folk heroppe (peger på sedlen). Heidi var i midten sammen med mig i går.*

Der kommer flere hvidkittede ind.

Vikaren står midt i det hele med hænderne foldet foran kroppen og afventer.

Vejleder in spe til vikaren: *Hvad er du?*

Vikaren: *Jeg er assistent.*

Vejleder in spe til afdelingssygeplejersken: *Der står en assistent dér, der er kommet..* (nikker over mod vikaren).

Ingen hilser på hende.

Vejleder in spe og en so-sa- assistent, der har været i afdelingen i 18 år, fordeler nu hvem, der kan være hvor.

Vejleder in spe: (Læser et navn): *Er det hende, der står der?* (Kigger lige op et øjeblik og ser over mod vikaren).

Afdelingssygeplejersken: *”Hende”...* siger hun og smiler til mig og smiler venligt til vikaren. [Hun hentyder formentlig til det umiddelbart uopdragne i at titulere en person, der er til stede i rummet på denne måde, men hun hilser ikke selv på vikaren].

Vejleder in spe: *Hanne har ambulatoriet. Hvornår skal hun derned?*

En social- og sundhedsassistent hilser nu på vikaren.

Den håndskrevne seddel bliver yderligere overstreget, der sættes pile på navne. Afdelingssygeplejersken har nu skrevet en ny seddel, formentlig for at lette overblikket og slippe for overstregningerne. Hun lægger den foran klinisk vejleder in spe og social- og sundhedsassistenten.

Flere har et bud på løsning af problemet med mandefald: Vil en anden sygeplejerske fra ambulatoriet kunne hjælpe? – Nej, hun er der ikke i dag, en ny patient er indkaldt, hvem tager ham?

Plejepersonalet fordeler sig nu i tre grupper. To grupper i det store kontor og en gruppe i det lille kontor ved siden af. Alle de sygeplejestuderende er samlet i én gruppe med i alt 10 patienter. Således er der to 2. semester studerende, én 6. semester studerende, en ny ansat sygeplejerske og klinisk vejleder in spe. Gruppen har måttet afgive en sygeplejerske udover den undervisningsansvarlige sygeplejerske. *Det ser lidt kaotisk ud, som hun siger..*

Situationen afspejler en nærmest desperat stemning, der opstår i forsøget på at skabe sig et overblik over, hvordan arbejdsopgaverne kan fordeles. Den nyansatte sygeplejerske skulle have fulgt med den undervisningsansvarlige sygeplejerske som led i et højtprofileret oplæringsprogram, afdelingen flere gange fremhæver som værende et perspektivrigt udviklingsprojekt, der skal skrives artikler om i sygeplejerskernes tidsskrift. I stedet for at modtage vejledning og sparring må den nyansatte sygeplejerske nu være den, der skal vejlede og vise studerende til rette. Hun skal følges med en af de 2. semester studerende på en stue med 4 patienter, den 6. semester studerende skal tage sig af to patienter, der hver ligger på enestue, den anden 2. semester studerende er på en stue med 4 patienter og må have den kliniske vejleder in spe som back-up. Hun er ”lidt over det hele”, som hun siger. Hun skal gå stuegang på gruppens patienter og har det umiddelbare ansvar for plejen af de 10 patienter.

Den undervisningsansvarlige sygeplejerske, der må hjælpe i en anden gruppe, kommer hen til gruppen med studerende og spørger, om de har lavet en plan for, hvor de studerende er ”nu hvor vi er lidt trængte”. *Det har vi*, siger kliniske vejleder in spe men uddyber ikke. Hun starter med at læse op fra det skriftlige rapportsystem, så de kan komme i gang..

Det er vigtigt at komme i gang, hvis man skal nå arbejdet indenfor arbejdstiden. Det viser sig senere, at den kliniske vejleder in spe havde en times overarbejde den dag, og det er ikke attraktivt, når man har et barn, der skal hentes hos dagplejemoderen og man har ansvar for aftensmaden i hjemmet.

Afsnit 1's sygefravær er centralt i regionen opgjort for hele 2008 til 4,99% af det samlede personale, dvs. inklusive sekretær- og rengøringspersonale, ikke lægerne. Sygeplejerskernes sygefravær er 6,09%. Sygehusets samlede sygefravær – alle personalegrupper medtaget – er opgjort til 4,0%. Så afsnit 1 ligger lidt højere men ikke meget i forhold til afsnit 2, som det ses af tabellen på side 157. Men hver mand tæller.

## **Udviklingsprojekterne**

Ligesom sygehusets øvrige centre, har kirurgisk funktionsbærende enhed tilknyttet en udviklingssygeplejerske i stabsfunktion. Hun betjener de to sengeafsnit, ambulatorium og operationsafdeling. De aktuelle udviklingstiltag i afdelingen er således initieret af udviklingssygeplejersken og afdelingssygeplejersken i samarbejde med det øvrige personale.

Aktuelt forløber følgende aktiviteter:

- Introduktionsprogram for nyansatte sygeplejersker, et 3 måneders oplæringsprogram, der skal bidrage til at rekruttere og fastholde sygeplejersker.
- Implementering af Accelererede patient forløb på én patientgruppe, der forsøges udvidet til en anden patientgruppe. Souchefen har i den anledning skiftet til en funktion som *forløbskoordinator*, der på sigt skal fokusere på alle cancerpatienter. Hun har fået ansat en administrationssekretær til at bistå sig.
- Udvikling af sårpleje (en sygeplejerske er nøgleperson)
- Implementering af særligt fokus på småtspisende kirurgiske patienter (en sygeplejerske og social- og sundhedsassistent er nøglepersoner).

Derudover deltager sygeplejersker i *Efteruddannelse for kirurgiske sygeplejersker*, et kursus som oversygeplejersken har været med til at udvikle i samarbejde med to andre hospitaler og sygeplejerskoler og i Landskursus for Stomisygeplejersker. Dette kursus udbydes af *Fagligt Selskab for sygeplejersker i stomiplejen*, som ligger i regi af Dansk Sygeplejeråd, hvor også den undervisningsansvarlige sygeplejerske har været aktiv deltager i arrangementerne. Den undervisningsansvarlige sygeplejerske har også været en af medarrangørerne på sygehusets årlige sygeplejesymposium. Afdelingssygeplejersken oplever i denne forbindelse, at sygeplejerskerne generelt er meget lidt opsøgende i forhold til at komme på kurser og efteruddannelse. Til gengæld ”prikker” hun til nogle af sygeplejerskerne og opfordrer dem dermed til at tage med. I den periode jeg har foretaget mine feltstudier, har jeg heller ikke registreret megen tale om hverken kurser eller efter-videreuddannelses-muligheder. Når jeg har spurgt, har der været svaret, at det er der bare ikke hverken tid eller overskud til. En oplevelse som udviklingssygeplejersken er meget opmærksom på. Sygehusets forskningsenhed i klinisk sygepleje har initieret et fælles omsorgsetisk projekt, som alle afdelinger i princippet skal omsætte til konkrete udviklingsprojekter. På tegnebrættet fokuserer det fælles omsorgsetiske projekt på unge patienter med en særlig tarmlidelse. Projektet er imidlertid sat lidt på ”stand by”, og man har valgt at koncentrere indsatsen mod et projekt, der skal forsøge at rekruttere og fastholde nye sygeplejersker i afdelingen. Denne prioritering har ifølge udviklingssygeplejersken været helt nødvendig i et forsøg på at få mere stabilitet ind i sygeplejerskegruppen. Projektet har forsøgt at indtænke udvikling af fagligheden generelt, hvorfor man har etableret temadage for at balancere hensynet til både driften og udviklingen. Udviklingssygeplejersken fremhæver, at man til de fastlagte temadage bevidst har undgået de sygdomsrelaterede temaer. I stedet har man valgt at fokusere på tværgående sygeplejefaglige temaer såsom smerter, dokumentation af sygeplejen og sårpleje. Her fastholder man således det generelle frem for det specielle, som ellers dominerer på sygehuset.

## Organisering af klinisk undervisning

I afdelingen er ansat en klinisk undervisningsansvarlig sygeplejerske, som planlægger og organiserer de formelle rammer for undervisning og vejledning af både de sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistent-eleverne. På påtager sig også undervisningsopgaver i forhold til nyt personale. Pga. sygdom og vakance har hun fungeret som klinisk undervisningsansvarlig på både på afsnit 1 og på naboafsnittet. Afsnittet modtager hvert semester to 2. semester og to 6. semester sygeplejestuderende. To social- og sundhedsassistentelever er løbende i afdelingen i en periode på 15 uger ad gangen, og en til to gange om året kommer der erhvervspraktikanter i en uge ad gangen. Med den nye nationale studieordning kommer der endvidere 1. semester studerende i en uge. To gange over året i 10 uger er det ikke ualmindeligt, at der kan være 6-7 studerende ad gangen. Derfor forsøges de studerendes ”studiedage” fordelt, så de kan følges med deres kliniske vejleder i vagt eller week-end. ”Studiedage” er betegnelsen for de dage, hvor de studerende ikke er i afsnittet.

Afsnittet er inddelt i 3 grupper, og man har valgt at have alle 4 sygeplejestuderende i én gruppe med 10 patienter, fordelt på to 4- sengs-stuer og to enestuer. Begrundelsen herfor er, at man var inspireret af organiseringen med studieunits, som var meget fremme i 2006, hvor man besluttede sig for at organisere sig anderledes. En mere vægtig grund kom måske fra sygeplejerskerne og vejlederne selv og ikke så meget begrundet ud fra pædagogisk, didaktiske kvalitetskriterier. For det første havde de kliniske vejledere ytret ønske om, at hvis de skulle ”holde ud til” at være i deres funktion, så havde de brug for at være sammen med nogen, der også interesserede sig for vejledning og det pædagogiske arbejde. De følte sig meget alene, også selvom de havde den klinisk undervisningsansvarlige at spare med.

For det andet var der i afsnittet sygeplejersker, som ifølge den undervisningsansvarlige højløyd gav udtryk for, at *”det med de studerende bare var noget der skulle overstås”, og ”det gad de simpelthen ikke”, og ”det var en pine hver gang, de var der”*.

Afdelingssygeplejersken udtrykker det således:

*”Jeg oplever ikke, at der er nogen, der nogensinde har været særligt begejstrede for at have studerende. Der kan være nogen indimellem, der sådan synes, det er fint nok, men den generelle...[holdning] ja, hvorfor? Nogen gange kan jeg undre mig, for man kan have nogle nyanstattede sygeplejersker, der selv lige har været glade for at have nogle gode vejledere, og de synes, det er vigtigt at have nogle gode vejledere, og at der bliver taget hånd om de studerende, og når de så selv er kommet på den anden side og er blevet sygeplejersker, så har de bare slet ikke lyst nogen af dem til at beskæftige sig med det [vejledning].....Og, dengang det var bredt ud i hele afdelingen, hvem der tog sig af de studerende, altså jeg vil ikke sige, at de negligerede det, men ikke gøre det, som de burde gøre det, er jeg lige ved at sige. Jamen,*

*hvorfor? Det ved jeg ikke... det er nok noget med, at man har nok i det arbejde, man selv har, ikke?"*

Afdelingssygeplejersken mener til gengæld ikke, at den manglende interesse gælder for sygeplejerskerne i den gruppe, de studerende er knyttet til. Tværtimod.

Der er i afsnittet to kliniske vejledere. Herudover er den undervisningsansvarlige, som både har en klinisk vejlederuddannelse og en diplomuddannelse. I begyndelsen af observationsperioden var der således kun én klinisk vejleder og den undervisningsansvarlige sygeplejerske. Hver studerende havde tilknyttet en daglig vejleder, en sygeplejerske, som supplerede, når den kliniske vejleder pga. af ferie, vagter eller sygdom ikke kunne være i samme vagt som den studerende. Denne funktion havde *den kliniske vejleder in spe*. Den erfarne kliniske vejleder og undervisningsansvarlige sygeplejerske havde i udgangspunktet kun week-end-vagt hver 3.-4. uge i modsætning til de almindelige sygeplejersker, der arbejdede hver 2. weekend. I praksis betød det, at de mødte på de samme dage som deres studerende, bortset fra enkelte vagter. De studerende oplevede, at de havde været meget sammen med deres kliniske vejledere lige bortset fra en periode på tre uger, hvor en klinisk vejleder havde været sygemeldt. 6. semester studerende, Tanja siger således i interviewet:

*Karin: Jeg kan huske, du har sagt på et tidspunkt, - nu må du lige korrigere mig-, at det er faktisk den eneste afdeling, hvor du har gået så meget sammen med din vejleder?*

*Tanja: Ja, det har jeg aldrig prøvet før, her har de virkelig helt fra starten af, jamen alle mine vagter er lagt sådan, at jeg går sammen med hende. Det synes jeg simpelthen har været fantastisk.*

Den erfarne kliniske vejleder var ansvarlig for henholdsvis en 2. og 6. semester studerende. Når de 2. semester studerende afsluttede deres praktikstudier efter 10 uger, kunne man koncentrere indsatsen lidt mere om den 6. semester studerende, som var i afsnittet i 20 uger. Hvad der umiddelbart lyder som en regelmæssig rytme af studerendes kommen og gåen var imidlertid ikke sådan, det oplevedes i praksis mere. Med implementeringen af ny national studieordning der trådte i kraft 1. januar 2008, blev rytmen for studerendes ankomst i afsnittet brudt op, og man skulle have kilet de nye 1. semester studerende ind i planerne i en ekstra uges praktikstudie. I anden observationsperiode var der tre uddannede kliniske vejledere (inklusive den undervisningsansvarlige sygeplejerske).

Ambitionen var, at det nuværende antal kliniske vejledere skulle øges til fire, således at der var en klinisk vejleder for hver studerende. Der var imidlertid kun afsat midler til, at afdelin-

gen kunne få to kliniske vejledertillæg udbetalt løbende<sup>124</sup>. Der var afsat midler til én ”950-dag” om ugen, hvilket var navnet på en administrativ kode, hvor regionen betaler for 6 timer og afdelingen betaler med 1 time for den studerende. Den erfarne kliniske vejleders gode med færre weekend-vagter end de andre sygeplejersker blev udfordret med én ny klinisk vejleder på vej og endda måske flere, idet det så ville være vanskeligt at få vagterne fordelt på resten af sygeplejerskerne i afsnittet.

Konkret har uddannelsesinstitutionen defineret følgende undervisningsaktiviteter:

- ”Forudsætnings- og forventningssamtale”, hvor den studerende, den kliniske vejleder og en sygeplejelærer fra skolen deltager. Den undervisningsansvarlige deltager, hvis den kliniske vejleder ikke er med, eller hvis den daglige vejleder er med. Den studerende laver et skriftligt oplæg om, hvordan hun fortolker de af skolen opstillede ”læringsudbytter”.
- ”Midtvejsevaluering”. Her er ikke krav om skriftlighed, men i praksis laver den undervisningsansvarlige sygeplejerske et skriftligt udkast, som den kliniske vejleder kommenterer på og den undervisningsansvarlige sygeplejerske færdigformulerer, eller efter aftale kan den kliniske vejleder gøre det. Her deltager en repræsentant fra skolen ikke.
- Obligatorisk refleksionsøvelse. For 2. semester studerende: En skriftlig opgave udarbejdet af den studerende med udgangspunkt i et problem/en situation, hvori der indgår en patient. Refleksionen skal foregå med inddragelse af teori. Gennemgås med andre studerende fra andre afsnit og i det mindste én klinisk vejleder, ofte flere fra andre afsnit. En sygeplejelærer deltager. For 6. semester studerende: En skriftlig opgave udarbejdet af den studerende med krav om inddragelse af en forskningsartikel efterfulgt af diskussion / feed-back. Den kliniske vejleder står beskrevet som vejleder. Sygeplejelæreren deltager.
- Eksamen/intern prøve hvor både klinisk vejleder og sygeplejelærer optræder som eksaminatorer.

Udover de af uddannelsesinstitutionen fastlagte pædagogiske aktiviteter har afsnittet fastlagt yderligere pædagogiske initiativer.

- P-dagen (en pædagogisk dag)
- Refleksion ved hjælp af refleksionsark
- ”950-dag”

Disse aktiviteter uddybes senere i afhandlingen, da de indgår i analysen.

Endvidere har der været fastlagt undervisning, som de studerende selv har forestået. Det har været vanskeligt for vejledningspersonalet at finde tid til at deltage i, så denne aktivitet er gledet lidt ud. Også fordi de studerende fandt, at det var svært at finde tid til at forberede.

---

<sup>124</sup> Tillægget er på 10.400 kr. årligt i 2007-tal og i 2009 steget til 13.900 kr. årligt.

I det følgende præsenterer jeg det andet kliniske undervisningssted. Jeg har anvendt et kontrasterende blik, hvorved det er blevet muligt at få øje på særlige forhold, som spiller ind på planlægning og afvikling af den kliniske undervisning. På side 157 er der lavet en oversigt over hvordan afsnittene adskiller sig.

## **Præsentation af det kliniske undervisningssted, afsnit 2**

Organisatorisk er afsnit 2 en del af sygehusets hjertemedicinske specialafdeling, der varetager undersøgelser, behandling og pleje og ”specialiseret rehabilitering” for både børn og voksne i såvel regionen som landsdelen. Det lægefaglige område er inddelt i tre subspecialer, som er organiseret i 7 afsnit, hvor afsnit 2 er et sengeafsnit for voksne med plads til 31 patienter. Plejeteamet er opdelt i to grupper, der samler sig til den såkaldte morgensamling, inden en sygeplejerske (enten fra ledergruppen eller en af de meget erfarne) går med til lægernes morgenkonference for at bistå lægerne i beslutningstagning vedrørende patienternes behandling og diagnosticering. Her indenfor arbejdes der efter princippet om *tildelt patientpleje*, hvilket vil sige, at en sygeplejerske har det totale ansvar for et antal patienter, typisk 2-4, som hun også går stuegang på. Eventuelt har hun en social- og sundhedsassistent med som hjælper.

Afsnittets fysiske rammer minder et langt stykke af vejen om de rammer, der er gældende for afsnit 1, da de ligger i samme bygning og til samme side for elevatoren. Men rummene bruges på en anden måde. F.eks. er både personalerum og kontor anvendt som kontor, hvor man i afsnit 1 har forsøgt at adskille rummene, så der signaleres pauserum i det ene. På afsnit 2 har man så til gengæld inddraget et depotrum til pauserum, ”Oasen”, hvor folk kan spise frokost. Formiddagspausen holdes i et rum udenfor afsnittet, hvor også lægerne og personalet fra behandlingsafsnittene deltager.

Adspurgt svarer afdelingssygeplejersken, at de største strukturelle forandringer indenfor de sidste 5 år er, at patienterne er blevet ældre, har et mere komplekst sygdomsbillede og sidst men ikke mindst, er der kommet flere avancerede behandlingstilbud til patienterne. Det sidste mærker man hurtigt som observatør. Man skal ikke have opholdt sig i afsnittet længe, før man selv gribes af fascinationen af ”alt det man kan i dag”. F.eks. er det muligt gennem et lille hul i lysken at føre en slange eller sonde hele vejen gennem blodårerne helt op i hjertet, hvor man med små instrumenter kan udvide forsnævring og stop. Eller man kan få indopereret elektronisk udstyr i hjertet, som kan understøtte hjertets egen rytme.

Eftersom afdelingen har landsdels- og regionsfunktion for disse specialbehandlinger, indlægges og udskrives patienter fra nær og fjern til en bred vifte af mange forskellige og meget specielle undersøgelser og behandlinger. 90% af patienterne er ifølge oversygeplejersken akut indlagte. Men i modsætning til afsnit 1 står speciallægerne klar til at stille de mange forskellige specialdiagnoser og starte ditto behandlinger op. Meget aktivitet er forbundet med at planlægge og afvikle de mange specialbehandlinger, og sygeplejerskerne må først og fremmest vide, hvem ”der går hjem”, så nye patienter kan placeres. Patienterne ligger i gennemsnit 2,4 dage i sengene. Mange forskellige sygeplejersker går stuegang med lægerne, og de sygeplejersker, der venter på at få grønt lys fra lægerne, om en patient kan udskrives, skal ”gå som nummer et”. (Dvs. gå stuegang først. Stuegang er den situation, hvor lægen tilser patienterne på patientstuen med henblik på at lægge behandlingsplaner og ikke mindst sige god for den udskrivning, som kun lægen kan beslutte).

### **Ressourcer og personale**

Til de mange aktiviteter hører også en normering, som de kliniske vejledere anerkender nok er lidt bedre end på andre afsnit. Og det slår også en som udenforstående, at der er meget personale i hospitalstøj. Der er ansat ca. 60 personaler (sygeplejersker heraf er 6 social- og sundhedsassistenter) til 31 sengepladser. Både afdelingssygeplejersken og oversygeplejersken understreger, at de 60 personaler ”jo ikke alene er ansat til at passe de 31 patienter”, eftersom afsnittet varetager flere funktioner væk fra patienterne i sengeafsnittet, f.eks. ”skopvagten”<sup>125</sup>, en rehabiliteringsfunktion<sup>126</sup>, og der indgår også nogle ressourcer til kardiologisk ambulatorium. Derudover er der to sygeplejersker, der altid skal være parat til at kunne løbe ud af afsnittet, når der i resten af sygehuset kaldes til hjertestop. Til de 31 sengepladser er der ca. 12-15 plejepersonaler i en dagvagt, heraf er ca. 3 social- og sundhedsassistenter (so-su’er). Hertil kommer afdelingssygeplejersken og tre andre sygeplejersker, der har funktioner ude af afdelingen og de studerende (6 i alt, dvs. to 6. semester, 3 2. semester og en so-su-elev). Plejeratio er 1,9 (60 personaler delt med 31 senge), og der er 2,2 seng per plejepersonale (31 : 14). Mangel på plads til det store personale opleves som et stort problem. Medicingivning i det lille medicinrum er et særligt problem, hvor sygeplejerskerne står meget tæt, specielt indførelsen af elektronisk registrering og dokumentation af medicingivning med brug af computere

---

<sup>125</sup> En sygeplejerske som holder øje med overvågningsskærmene, hvor man kan overvåge hjerterytmen på patienter, der har påmonteret et særligt hjerte-overvågningsudstyr.

<sup>126</sup> En slags klinik hvor patienter med særligt alvorlige hjertelidelser kan få råd og vejledning fra en sygeplejerske.



har gjort pladsen trangere. Der er derfor iværksat et projekt, mhp. at få udbygget faciliteterne i medicinrummet.

Også på kontoret er der pladsmangel og trængsel. Når nattevagterne giver besked til dagholdet, står de op, der ikke plads til, at alle kan sidde. På kontoret sidder folk ikke nødvendigvis stille på en kontorplads men går rundt, taler med hinanden, sidder ved computeren, finder papirer frem, udfylder blanketter etc. Hertil kommer alle de andre aktiviteter, der ligesom i afsnit 1 også finder sted her. En af mine *kodnings-nodes* kaldte jeg af samme grund ”larm og myretue”. På opslagstavlen hænger et skilt med påskriften: HALLØJ, HALLØJ, HER ER ALT FOR MEGET STØJ !! – som en påmindelse om at ”skrue ned”. For det meste er her en iøjnefaldende let og munter stemning, som man måske bliver mere opmærksom på, fordi det muntre og livgivende står i kontrast til de mange patienters alvorlige diagnoser:

En sygeplejerske kommer ind på kontoret og siger til den kliniske vejleder, jeg følges med, at hun har en patient med infarkt (blodprop i hjertet) ude på gangen. Hun spørger, om den kliniske vejleder har en ”ledig dameplads” og fortæller nu, om en tilsyneladende komisk situation, hvor det lykkedes patienten ude på gangen (en stor og kraftig yngre patient) at trykke et bækket helt ned i toiletet i klemme mellem brættet og kummen, da der skulle tages urinprøve. Det var åbenbart temmelig besværligt at få bækket fri af ”kumme-klemmen”. De to ler, uden at de af den grund gør sig muntre på patientens bekostning; sygeplejersken får en af de to ledige damepladser, som den kliniske vejleder har.

Et andet eksempel:

Nattevagten fortæller til dagholdet, da de møder om morgenen:

Altså, Anne [en forholdsvis nyansat sygeplejerske], hun var så sød, hun var bare så sej. Jeg må godt fortælle det, ik’ Anne? [Hun smiler bredt].

Anne blusser med friske røde kinder: Jo.. Kollegaen fortæller, hvordan Anne var med til sit første hjertestop: ”Hun rystede bare over det hele, [her viser hun dramatiserende med rystende hænder].” Hun kunne næsten ikke sætte kanylen på, og hun kom til at sprøjte ved siden af, men du var så sej – kæmpede med det. Jeg fik sådan en lyst til at give hende en krammer! Det var noget af en ilddåb!”

Alle smiler og nikker anerkendende.

At være med til ”stop” (hjertestop) er så afgjort den ultimativt mest livgivende behandling, en medicinsk klinik kan tilbyde. At være med til ”stop” fungerer på denne måde som et indvielsesritual for den kardiologiske sygeplejerske, og i sygeplejerskens levende fortælling om episoden, forbindes en form for anerkendelse og kollegial opmuntring med det orienteringspunkt, som den livreddende behandling er rettet mod.

I de sidste 14 dage før jul synger plejepersonalet hver morgen julesang for patienterne. Efter beskederne fra nattevagten stiller de sig ud på gangen i en lang række. Da jeg er med, synger de ”Julen har bragt velsignet bud”. Enkelte patienter og også et par pårørende kommer ud på gangen fra stuerne. Et par stykker klapper efter sangen. En klinisk vejleder fortæller, at de ikke må springe over i week-enden, selvom de ikke har så god tid dér. Så kommer patienter-

ne, der kender til morgensangen og siger: ”Nej, altså, den går ikke”. Og så synger plejepersonalet morgensangen alligevel.

### **Specialistfunktionen**

Afsnittet har den særlige funktion, at det bidrager med to sygeplejersker til sygehusets hjertestop-team. Når en patient et eller andet sted på sygehuset får hjertestop, går en alarm i gang, og en særlig ringetone lyder i afsnittet. To sygeplejersker finder hurtigt sammen, og på en næsten ordløs måde aftales det, hvem der ”går”. De griber en ”stop-vogn”, der står i afsnittet med forskellige mediciner og kanyler og sprøjter etc. De to sygeplejersker indgår i et hold af læger, portører, der bliver kaldt. Pga. vognen må sygeplejerskerne altid af sted via elevatoren, og den kan de dirigere til øjeblikkeligt at stoppe lige der, hvor de er. Folk, der i forvejen er med elevatoren, må stige ud – en særlig alarmtone høres i elevatoren, og alle viger for vognen og de to specialsygeplejersker, der skal redde liv. Jeg får lejlighed til at komme med to gange, og det hele virker ganske spektakulært. De studerende kommer ikke sådan lige uden videre med. ”*Det er jo ikke kun underholdning*”, siger en klinisk vejleder. De skal have nogle ”sygeplejefaglige forudsætninger” for at være med.

Det er da også de mest erfarne sygeplejersker i afsnittet, der hurtigst indfinder sig, når alarmen lyder. At kunne handle adækvat i en situation, hvor kroppens – ikke mindst i den folkelige bevidsthed - mest vigtige organ skal behandles, fordrer specialviden. Afdelingens samlede lægefaglige speciale rangerer blandt de prestigefyldte specialer, som jf. Album (1992), både angår akut og livstruende sygdom, er knyttet til et ærbart organ (hvad kan være mere kært end hjertet) hos unge mennesker, (patienterne i afsnittet er ikke udelukkende unge mennesker, men oftest virksomme og produktive mennesker, der ligesom politikere og andre beslutningstagere rammes af hjertesygdomme). Det sidste er et forhold, som afdelingssygeplejersken peger på; hun er helt bevidst om den særstatus, specialet nyder.

### **”Al den snak om...”**

I samtlige de dage jeg har været i afsnittet, samles man om eftermiddagen i forbindelse med og forlængelse af frokostspisningen i de to grupper til det, der ind imellem kaldes ”summemøde”. Her bringes et problem eller samtaleemne op, som sygeplejepersonalet ønsker at drøfte med hinanden, og som de aftaler om morgenen, hvad skal være. Den sygeplejerske, der går med til konferencen er ansvarlig for, at der om morgenen aftales et emne. Afdelingssygeplejersken lægger vægt på, at det er plejepersonalets tid; hvis de studerende kan lære af situa-

tionen, er det fint, men ”de får så rigeligt andre steder”. F.eks. taler personalet om forholdet til pårørende til en patient, der har været langvarigt indlagt i afsnittet med følger efter hjertestop. Hvad siger de til patientens mand, når han spørger, hvordan de synes, det går. Og de fortæller anekdoter om, hvordan to af dem ”havde det godt med” at gå med til en anden patients begravelse, og om andre ville have gjort det samme. Det kan også være, at de taler om de vedtagne procedurer for skift af venflons<sup>127</sup>, hvor nogle af sygeplejerskerne har fundet ud af, at de ikke følger forskrifterne. Eller de diskuterer, om de selv skal læse rapporterne fra aften- og nattevagterne, eller om nattevagterne skal blive ved med at give besked om patienterne. Det forekommer også, at der ikke bliver talt om noget fagligt. En 6. semester studerende fortæller f.eks., at hun nogle gange prioriterede at blive færdig med arbejdet ”frem for bare at sidde og høre på snak om folks familie og børn”.

Den ene gruppe sidder på kontoret, den anden gruppe i ”Oasen”, som er et smalt, tidligere depot-rum med et bord og et par computere på et sidebord. Rummet er sært snævert, og pladsen er også her meget trang, og man må kante sig ind på en stol, man griber fra en stabel. Personalet spøger selv med navnet. Det er ikke et særlig hyggeligt rum, men her er lidt mere ro end på kontoret, selvom der også er telefoner, to computere og patientklokke-system.

På kontoret sidder der fast en ”skop-vagt”, dvs. en erfaren sygeplejerske, der sidder og holder øje med overvågningsskærmene. Hun overvåger patienternes hjerterytmes og ser efter, om de ser acceptable ud, eller om der er behov for akut medicinsk intervention. Hun ”sidder fast” og forlader kun sin plads, når hun bliver afløst. Hun er altid klar med en frisk bemærkning eller et godt råd til det plejepersonale, der uafsladigt kommer ind og ud af kontoret, og qua sin erfaring og tilgængelighed, bliver hun ofte spurgt til råds: F.eks. en patient skal have ekstra vanddrivende medicin: ”Ska’ jeg give ham uridom<sup>128</sup> på, så?”, kan en sygeplejerske spørge skopvagten om. Men generelt spørger sygeplejerskerne hinanden meget til råds i afsnittet. En sygeplejerske har f.eks. taget et elektrokardiogram<sup>129</sup> og spørger en kollega på kontoret, om ikke her er nogle ”VES’ere”<sup>130</sup>. Eller efter en nattevagt, hvor der har været særlig travlt, står to sygeplejersker tæt ved hinanden, og vil aflevere deres fælles oplevelser. Når den ene siger noget, kigger hun hen på den anden og omvendt. De bruger vendinger som: ”som vi også har snakket om”, ”vi blev enige om”, ”ikke også”, og den ene og den anden kigger på hinanden. Den ene af de kliniske vejledere, Trine, som jeg følges med, taler ligeledes meget, når hun er

---

<sup>127</sup> De tynde plastikrør, der lægges ind i en patients blodåre.

<sup>128</sup> En særlig kondomlignende anordning, der kan påsættes mandlige patienters penis og tilkobles en pose, hvor urinen kan opsamles.

<sup>129</sup> Optegnelse over hjerterimpulsernes udbredning i hjertemuskulaturen.

<sup>130</sup> Ekstra hjerteslag der udgår fra hjertekammeret.

sammen med den studerende og mig. Jeg spørger hende på et tidspunkt, om hun altid gør det, for hun gør det også, når hun ikke lige er sammen med den studerende. Jeg er interesseret i at vide, om hun gør det af hensyn til mig som fremmed, så jeg bedre kan forstå, hvad der sker. Hun svarer, at hun altid tænker højt, og at det er sådan, hun arbejder. ”Gad vide om han stadig får den høje dosis....” kan hun sige og slår efter i det elektroniske medicin-rapport-system eller: ”Hvad med ilt, får han stadig det, når han går i bad”? ”Og så skal jeg lige se, om der er ordineret *Plavix*” osv. ”Al den snak” gælder også overfor patienterne, som får forklaret mange (rigtig mange, tænker jeg..) ting. F.eks. forklarer Trine, hvorfor hun ”hiver det her plaster” af først, eller hvordan elektroderne til EKG’et<sup>131</sup> ikke skal sidde for lavt. Man kan sige, at det er en inkorporeret måde at være sygeplejerske på i afsnittet, en modus som udfolder sig i relationen til andre, men som selvfølgelig har variationer. Klinisk vejleder Nanna taler f.eks. knapt så meget. ”Al den snak” betyder, at den studerende får ledsagende forklaringer og huskeregler på de praktiske handlinger. F.eks. siger Trine, at elektroderne altid skal sættes på ligesom blinklysene: rødt, gult, grønt”, og ”vi udfylder kortene med kontaktpersonerne, som Lars Løkke<sup>132</sup> har bestemt”. Snakken kan udbygges og blive til regulær undervisning inde foran computerne, hvor afsnittet i modsætning til afsnit 1 har indført elektronisk rapportssystem for patientplejen. Det betyder, at der er rift om de 10 opstillede computere, når der enten skal dokumenteres eller læses om patienternes tilstande og planer. Både brugen af computere og ”al den snak” giver samlet set anledning til, at en del undervisningssituationer med den sygeplejestuderende udspringer ved computeren af det, der står skrevet, lige skal checkes og slås op, eller af det der skal skrives.

## Udviklingsprojekterne og goderne

Også på afsnit 2 er der forskellige udviklingstiltag i gang. En del flere end på afsnit 1. Ofte dukker sygeplejersker op i privat tøj og skal være med til et møde. De er villige til at komme ind i deres fritid, men de får dog betaling for timerne. For tiden er følgende grupper aktive:

- Kostgruppe
- Dokumentationsgruppe
- ”Den attraktive arbejdsplads”
- Patientforløb på ICD- patienter/”Anja Andersen-modellen”<sup>133</sup>
- Instrukser til patienter med VTL-plys – elektrobiologiske undersøgelser
- Revidering af forløb for pace-maker patienterne

<sup>131</sup> Elektrokardiogram – en optegnelse over hjertets impulsoverledning.

<sup>132</sup> Tidligere sundhedsminister, nuværende statsminister fra partiet Venstre.

<sup>133</sup> Patienter med indopereret hjertestøder, som håndboldspilleren Anja Andersen angiveligt har fået indopereret.

- Hypotermi-patienterne (de nedkølede patienter) – evaluering af praksis

Dertil kommer, at 6 sygeplejersker er involveret i forskellige lægefaglige projekter, der er sponsoreret af medicinalfirmaer, hvor udstyr og præparater testes på patienter.

Der er i afsnittet gratis kaffe og te, som om formiddagen indtages med brød og smør i et rum lige udenfor afsnittet sammen med lægerne. Afsnittet disponerer over rummet i et afgrænset tidspunkt, indtil et personalet fra et behandlersnit overtager rummet til deres kaffepause. Her sidder personalet i de blå behandler-dragter fra det afsnit, hvor man udfører de sofistiske behandlinger og undersøgelser. Ikke noget her med små sparegrise på kaffebordet, der alligevel bliver stjålet som på afsnit 1. I modsætning til afsnit 1 er her sjældent slik, kager og sødt til kaffen. I løbet af min tid i afsnittet bliver der indført frugtordning, selvom der er lidt problemer med at få det retfærdigt fordelt hen over de tre vagthold (dag, aften og nat). Patienterne får dagligt tilbudt frugt og nødder som mellemmåltid, og det er strengt forbudt at tage fra patienternes rationer. Det bliver (for det meste) overholdt. Som en studerende siger: *”Når afdelingssygeplejersken er der, så gør man det bare ikke!”*

På væggene både på gangarealet og i patienternes opholdsrum hænger i dansk sammenhæng dyr og anerkendt kunst: Johannes Hoffmeister litografier på gangene og to pænt store oliemalerier af Poul Anker Bech i dagligstuen. Billederne er gaver, jeg finder ikke ud af fra hvem, men det må være fra folk med overskud. Hvert år er der arrangeret en stort anlagt gratis Nytårs-gallafest i byens kultur og kongrescenter for hele afdelingen. Festmenu, vin, dans og musik er sponsoreret af et medicinalfirma. Det vil sige, alle disse materielle og symbolske goder understreger forskellen mellem høj- og lav-prestige afdeling.

### **Organisering af klinisk undervisning**

Afsnit 2 har ligesom afsnit 1 ansat en klinisk undervisningsansvarlig sygeplejerske. Man har prioriteret at have fire kliniske vejledere uddannet, hvor kun de to får funktionstillægget, når de formelt har studerende tilknyttet. Begrundelsen er, at de kliniske vejledere med denne organisering får mulighed for at holde en pause fra de studerende ind i mellem, og at der også er ”luft” til, at de kliniske vejledere kan være fraværende pga. sygdom, barsels- og uddannelsesorlov. Dermed bliver klinisk vejlederuddannelse kun delvis en del af en karrierestige, hvor indehaveren tilkendes symbolsk eller kulturel kapital men ikke økonomisk i en bourdieusk optik. I perioden hvor feltstudierne pågik, var der imidlertid perioder med kun én klinisk vejleder i afdelingen udover den klinisk uddannelsesansvarlige. Én var på barsel og én var langtidssygemeldt, én ved at færdiggøre sin diplomuddannelse. Dertil kom så den nyud-

dannede kliniske vejledere, som jeg fulgte, hvilket vil sige 5 i alt plus den klinisk undervisningsansvarlige sygeplejerske. Her indgik de almindelige sygeplejersker i vejledningen som såkaldt ”daglige vejledere” under supervision af den undervisningsansvarlige sygeplejerske. Ligesom i afsnit 1 er her særligt to gange om året mange studerende i afsnittet. Det gælder i begyndelsen af et semester, hvor der både er 2. og 6. semester studerende og enkelte dage også 1. semester studerende efter den nye studieordning. Her forsøger man ligeledes at planlægge, så ikke alle studerende er i afsnittet på de samme dage. Men det er ikke ualmindeligt, at der i en dagvagt kan være 6 studerende og so-su-elever.

Udover de pædagogiske initiativer der er fastlagt af uddannelsesinstitutionen og som også gælder for afsnit 2, har man suppleret med følgende initiativer:

- Refleksion ved hjælp af skriftlige refleksionsark
- Klinik-undervisning efter PBL-modellen.
- ¼-vejs og ¾ vejssamtaler med den studerende.

Det uddyber jeg nærmere. I skemaform ser forskelligheder ud på følgende måde:

| Afsnit 1:   | Afsnit 2:  |
|---|--|
| Sygefravær (2008 tal):<br>Total: 4,99%<br>Sygeplejersker: 6,09%   | Sygefravær (2008-tal):<br>Total: 4,89%<br>Sygeplejersker: 5,59%  |
| Generelt fravær på hele sygehuset: 4%<br>Generelt fravær blandt sygeplejersker på hele sygehuset: 4,55%   |  |
| 33 sengepladser   | 31 sengepladser  |
| Plejeratio : 1,2<br>Gennemsnitlig antal liggedage pr. patient: 4,5 dage   | Plejeratio: 1,9<br>Gennemsnitlig antal liggedage pr. patient: 2,4 dage   |
| Ca. i dagvagt: 10 plejepersonaler = 3,3 senge per personale   | Ca. i dagvagt: 14 plejepersonaler = 2,2 senge per personale  |
| Procentvis akut indlagte patienter: 75%   | Procentvis akut indlagte patienter: 90%  |
| Selvbetalte kaffe og te   | Betalte kaffe og te af afdelingen  |
| Seriekunst. Gave fra en bekendt til afdelings-sygeplejersken  | Dyr kunst der kan ses på kunst udstillinger, gaver fra velhavende givere.  |
| Håndskrevne sygeplejejournaler  | Elektroniske sygeplejejournaler  |
| 4 aktive udviklingsprojekter  | 7 aktive udviklingsprojekter + flere som assistenter for lægerne   |
| Langvarige plejeopgaver hos patienten   | Kortvarige plejeopgaver hos patienten  |
| Lavprestige (jf. Album 1992) specialbehandlinger i ikke ’ærbart’ organ (tarm), forbundet med ildelugt og noget, der er beskidt. Dog i stigende omfang med brug af kikkertkirurgi (avanceret teknik), også udført på unge, men mest på voksne og ældre cancer patienter. | Højsprestige (jf. Album 1992) specialbehandlinger i særdeles ærbart organ. Livreddende behandling med brug af avanceret teknologi til folk i den produktive alder. |

|   |   |
|---|---|
| Akutte patienter er en hæmsko for succes, speciallets uklare afgrænsning giver sløret jurisdiktion.                                     | Akutte patienter er en kilde til succes. Speciallets afgrænsning er distinkt og giver en veldefineret jurisdiktion.   |
| Formaliserede pædagogiske aktiviteter:<br>Refleksion ved hjælp af skriftlige refleksionsark<br>P-dagen (en pædagogisk dag)<br>"950-dag" | Formaliserede pædagogiske aktiviteter:<br>Refleksion ved hjælp af skriftlige refleksionsark<br>Klinik-undervisning efter PBL-modellen.<br>¼-vejs og ¾ vejsamtaler med den studerende. |

## Opsamling

Ovenstående etnografi er et forsøg på at fremstille to forskellige kontekster for klinisk undervisning på samme sygehus rundt regnet omkring 2008. På trods af at det var svært at vurdere forholdet mellem de forskellige afsnits normeringer var det tydeligt at afsnit 2 (højprestige hjerteafdeling) på flere parametre var privilegeret. Med Album (1992) og Larsen (2008) kan man sige, at den sociale betydning af specialbehandlingen og navnlig muligheden for som læge at udfolde sin specialviden betød, at 90% akut indlagte patienter på afsnit 2 ikke var et forholdsmæssigt lige så stort problem som 75% akut indlagte patienter på afsnit 1. Her havde lægerne sværere ved at udfolde sig som specialister i de slørede sygdomsbilleder i de længe-revarende behandlings- og plejeforløb. Selvom det store personale i afsnit 2 havde arbejdsopgaver udenfor plejen i sengeafsnittet, betød det mere plejepersonale, der var flere at rådføre sig med, og flere der lige kunne give en hånd med i en snæver vending. Det betød også, at der var ledig kapacitet på de kritiske tidspunkter (en sygeplejerske kunne f.eks. tilbyde sig i de travle morgentimer, inden hun skulle i ambulatoriet senere). Plejeopgaverne var gennemgående af korterevarende karakter på afsnit 2, hvorimod langvarige bandageringer på afsnit 1 ofte fordrede, at den kliniske vejleder "stod mere fast" på patientstuen.

For så vidt angår de økonomiske ressourcer fremstod afsnit 1 mere sårbart end afsnit 2. Plejeratio var lavere, og der var færre antal personale i dagvagt, selvom der på afsnit 2 var mange udadgående funktioner, der gik fra bemandingen i afsnittet. Sygefraværet var totalt set ikke så forskelligt i de to afsnit (dog var der flere syge sygeplejersker på afsnit 1), men en procentsats af en mindre mængde opleves alt andet lige tydeligere, end hvis procentsatsen er taget fra en større mængde. På det tidspunkt hvor jeg foretog observationer var der mangel på sygeplejersker, hvorfor det var vigtigt at passe godt på de sygeplejersker, man havde. Derfor gav udsigten til måske at miste flere sygeplejersker og frygten for ikke at kunne skaffe nye kvalificerede ansøgere anledning til uro ved udsigten til oprud og flytninger i afsnit 1 med det nye akutafsnit. På trods af at der var store forventninger på sigt til, at omstruktureringen ville væ-

re en fordel. Udviklingssygeplejersken havde af samme årsag prioriteret, at projektet om introduktion af nyansatte sygeplejersker skulle have forrang frem for andre udviklingsprojekter rettet mod patientplejen.

Den mindre mængde økonomisk kapital i afsnit 1 i form af færre antal plejepersonale og dermed kvalificeret arbejdskraft så ud til også at gælde for de kulturelle og symbolske goder (f.eks. elektroniske sygeplejejournaler, antallet af udviklingsprojekter, lysten til at tage på kurser for de menige sygeplejersker).

Alt i alt må man sige, at afsnit 2 positionerer sig overlegent, når det gælder det højt profilerede hjertespeciale, den forholdsvis gode normering, den overvejende lette positive atmosfære, faglige udviklingsprojekter, flere computere og gratis kaffe og fest og dyr kunst. Den mere eller mindre tilstedeværelse af de økonomiske og symbolske kapitalformer ser således ud til at sætte forskellige betingelser for den kliniske vejleders undervisningspraksis.

Hvis vi ser på antallet af de fastlagte undervisningsaktiviteter kan der måske anes en overvægt af tilbud på afsnit 2 (1/4 -vejs og 3/4-vejssamtaler med den studerende). Men om de relationelle forskelle sætter sig andre kvalitative spor i den undervisningspraksis, der udfoldes, skal jeg vende tilbage til i analysen af de forskellige praksisformer.

### **De kliniske vejledere og de studerende der indgik i observationsstudiet**

Jeg fulgte specifikt fire kliniske vejledere i observationsstudierne. To sygeplejersker som jeg fulgte, mens de endnu ikke havde gennemført klinisk vejlederuddannelse og to erfarne kliniske vejledere. Der var således tale om på hvert afsnit en klinisk vejleder in spe, som jeg fulgte før gennemført uddannelse, på klinisk vejlederuddannelse og efter gennemført uddannelse og en erfaren klinisk vejleder. Derudover deltog jeg i en klinikundervisning<sup>134</sup> som den undervisningsansvarlige sygeplejerske i afsnit 2 forestod, og hvor den kliniske vejleder deltog.

De kliniske vejledere havde mellem 3 og 14 års anciennitet i de respektive afsnit og havde alle gennemført klinisk vejlederuddannelse i hhv. 2002, 2006 og de to nyuddannede i 2008. De var alle gift og boede i kernefamilier (far, mor og 1-4 børn). Mændene var henholdsvis købmand, murer, afdelingsleder i et håndværkerfirma og ingeniør. De havde alle gymnasieuddannelse, hvor forældrenes højeste uddannelsesniveau var små selvstændige (2), erhvervsfaglig uddannelse (snedker) (1) og funktionær (1). De havde mellem 1 og 3 søskende. Alle var de vokset op i det optageområde, hvor de har taget deres sygeplejerskeuddannelser. De

---

<sup>134</sup> En slags klasserumsundervisning.



holdt ferie i Legoland og i sommerhus, og to af familierne tog på skiferie til Norge om vinteren.

Der indgår ingen spørgeskemaundersøgelse af de kliniske vejledere eller de studerendes sociale herkomst og livsforløb i min undersøgelse. Det kunne have været undersøgt og bidraget med en grundigere indsigt i de rekrutteringsrelaterede strategier for, hvorfor netop disse informanter indtager den specifikke position, som de gør som henholdsvis klinisk vejleder og sygeplejestuderende. På denne måde kunne jeg i en Boudieu-optik tydeligere have kunnet vise homologien mellem social herkomst og agenterne konkrete praktikker. Her har jeg imidlertid prioriteret arbejdet med observationerne. Det tidskrævende arbejde med at indsamle, systematisere, bearbejde og analysere data fra det etnografiske arbejde er blevet prioriteret på bekostning af spørgeskemaundersøgelser.

Som kompensation herfor støtter jeg mig til Eriksens empiri (Eriksen 1995), hvor hendes population af sygeplejestuderende (på det tidspunkt benævnt som elever, dvs. før bekendtgørelse af marts 1990) overvejende er rekrutteret fra mellemlagene (57%). Kun få er rekrutteret fra det øvre mellemlag/den herskende klasse og ligeledes få fra arbejderklassen. Det skal dog bemærkes, at Eriksens studier er foretaget i hovedstadsområdet, hvor den forholdsmæssige andel af den herskende klasse må anses for at være procentvis højere end i provinsen, eftersom centraladministrationerne, de største virksomheder og de mest prestigefyldte universiteter er overrepræsenteret her. I Eriksens afdækning af elevernes sociale bane over tre generationer finder hun, at småborgerskabet udgør en stadig mindre gruppe af de kommende sygeplejersker. Samtidig finder Eriksen, at 82,5% vokser op i en kernefamilie, og at de har to til tre søskende og meget få flytninger i barndommen. I 2002 gentager Eriksen en kortlægning af de kvindelige sygeplejestuderendes institutionelle og skolemæssige forudsætninger i de samme institutioner (Eriksen 2004). Her finder hun en lavere social baggrund og dårligere skoleforudsætninger til at indgå i den akademiserede uddannelse (Eriksen 2004: 66).

Disse fund understøttes af en undersøgelse foretaget i den lokale region, hvor jeg har lavet min undersøgelse. I en opgørelse over de studerendes rekruttering og optag på velfærdsuddannelserne i regionen ses det, at af de sygeplejestuderendes forældres højeste uddannelsesniveau havde 53% (2008-tal) en erhvervsfaglig baggrund (mod 42,6% i hele landet), 25% havde mellemlang videregående uddannelse (25,6% i hele landet), 7% havde lang videregående uddannelse (8,1% i hele landet), 4% en kort videregående uddannelse (7,1% i hele landet). I den lokale region rekrutteres ligeledes 81,7% fra enten den samme kommune (39,3%) eller den samme region (42,4%) (Tal fra Region "Danmark" 2010).

Her afviger ”mine” kliniske vejledere ikke meget. Og heller ikke de studerende, som i højere grad passer på den tidsmæssige rekruttering fra regionen: Af de 6 studerende der fulgte med de kliniske vejledere var den højst uddannede forældre ufaglært (2), 1 med mellemlang videregående uddannelse, 1 funktionær, 1 med lille selvstændig virksomhed og 2 med erhvervsfaglige uddannelser.

Set i relation til den medicinske klinik hører sygeplejerskerne til i mellemgruppen, som f.eks. også Lindgren har vist det i sit studie af hierarkier og myndighedsstrukturer på et hospital i Sverige (Lindgren 1992), hvor forskellige former for klasserelateret samspil viste sig indenfor grupperne *doktorer*, *systrar* og *flickor*, der ækvivalerer med læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i dansk sammenhæng.

## 8. Den kliniske vejleders jurisdiktion – når professionspædagogik får udtryk i praktikuddannelse

I det følgende fremlægger jeg analyser af markante undervisningspraktikker, som ved deres grænsesætning af det pædagogiske arbejde er med til producere den kliniske vejleders jurisdiktion. Forskellige praksisformer fungerer som grænsedragninger mellem det særligt klinisk undervisningsrelaterede og de arbejdsrelaterede arbejdsopgaver som sygeplejerske. Idéen er at vise, hvordan disse grænsedragninger produceres og får udtryk, dvs. hvordan klinisk undervisning produceres og reproduceres i en offentlig institutionel sammenhæng, den såkaldte kliniske praksis eller rettere: medicinske klinik.

På det diskursive niveau er der enighed om, at planlægning og strukturering af det kliniske undervisningsforløb er afgørende for en succesfuld klinisk undervisning og et deraf følgende succesfuldt udbytte for den sygeplejestuderende. Den følgende analyse af forskellige eksempler fra det empiriske materiale, har til formål at analysere det udtryk, de pædagogiske praksisformer får, når der ”tilrettelægges målrettede og planlagte undervisnings- og vejledningsforløb i den kliniske uddannelse”, som det f.eks. formuleres i bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen<sup>135</sup>. Hensigten er i første omgang at kunne diskutere de undervisningsmæssige konsekvenser på undervisningens egne præmisser og i anden omgang den sociale funktion af disse pædagogiske praksisformer. Analyseenhederne er overvejende empirisk genererede men indfanget og udvalgt indenfor rammerne af Abbotts jurisdiktionsbegreb og Bourdieus tænkning omkring begrebet den symbolske kapital.

Første konkrete nedslag er forskellige planlægningspraktikker.

I bekendtgørelsen er der beskrevet krav om, at der skal udarbejdes en individuel studieplan: *”...uddannelsesinstitutionen udarbejder en individuel studieplan i samarbejde med den studerende og det kliniske undervisningssted”*<sup>136</sup>. Formuleringen skal ses i lyset af, at ansvaret for den samlede uddannelse ligger i uddannelsesinstitutionen. I praksis har det kliniske uddannelsessted beskrevet læringsudbytte jf. formuleringerne fra bekendtgørelsen. Undervisningsstedet har beskrevet en såkaldt *generel studieplan*, hvori det bl.a. er beskrevet, hvad de forskellige læringsudbytter kan være på det pågældende kliniske undervisningssted. På

<sup>135</sup> Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, BEK nr 29 af 24/01/2008 kap. 3 og bilag 2. Undervisningsministeriet, 2008.

<sup>136</sup> Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, BEK nr 29 af 24/01/2008 §8, Undervisningsministeriet 2008.

baggrund heraf er meningen, at den studerende skal formulere en *individuel klinisk studieplan*, som uddannelsesinstitutionen har formuleret det.

## **Oversættelsesarbejdet ved forudsætnings- og forventnings-samtalen**

Ved at sammenligne formuleringerne fra uddannelsesinstitutionens studieordning fra henholdsvis 2001 og 2008 om formålene for denne pædagogiske aktivitet bliver det tydeligt, hvordan detaljeringsgraden af beskrivelsen er øget, og de læringsmæssige aktiviteter fremstår mere formaliserede. Ifølge ”Planer for Klinisk Undervisning, Studieordning 2001-februar 2008”, er formålet med forudsætnings- og forventningssamtalen:

*At den studerende præsenterer sine faglige og personlige forudsætninger og forventninger i forhold til målene for den kliniske undervisning med hensyn til at skabe de bedste rammer for en målrettet og individuel læring (ibid: 24)*

De i alt 11 mål er beskrevet i samme dokument. På baggrund af samtalen skal den studerende udarbejde en individuel undervisningsplan.

I den nye studieordning fra 2008 hedder det nu om forudsætnings- og forventningssamtalen:

*I begyndelsen af hvert klinisk undervisningsforløb afholdes en samtale, hvor den studerende præsenterer sine forudsætninger og forventninger for det aktuelle forløb. På baggrund heraf, udformes den individuelle kliniske studieplan. Den studerende forbereder sig til samtalen skriftligt og medbringer resultatet af den udførte læringsstiltest, der er udarbejdet på modul I (”Klinisk undervisning – generelle forhold august 2009”: 2, mine understregninger).*

”Mål” er skiftet ud med det lidt mindre mundrette ”læringsudbytter”, hvilket umiddelbart kan ses som en oversættelse af den engelske formulering ”outcome”, som i højere grad knytter an til ”viden der virker” og modus 2-viden. Disse to vidensformer er dem, professionbacheloruddannelserne henviser til, når professionernes særlige vidensgrundlag skal beskrives, fremhæves og forklares<sup>137</sup> (se f.eks. tidligere CVU-rektorforsamlingens formand Mikkelsen 2007: 17ff). Det pointeres, at den studerende skal formulere sine forudsætninger og forventninger skriftligt, som nu også forsøges klassificeret og styret i en *læringsstiltest*. *Den individuelle kliniske studieplan* skal have afsæt i testen og tænkes at være styrende for planlægningen af uddannelsesforløbet og dermed den kliniske vejleders undervisning og vejledning. Der ses

---

<sup>137</sup> Modus 2-viden er beskrevet som værende ”relevans- og anvendelsesorienteret, netværksorganiseret, båret af en transdisciplinær logik og refleksiv viden og nye kvalitetskontrolsystemer” (Kristiansson 2006: 18).

således en udvikling i de statsligt institutionelle reguleringer og formaliseringer, som kan spores tilbage til New Public management-inspirerede styringslogikker, hvor selvforvaltning, centraliseret decentralisering, brugerindflydelse, kvalitetssikring og -styring står centralt (Hjort 2008).

For at forstå hvordan forudsætnings- og forventningssamtalen konfigureres, som en del af den kliniske vejleders jurisdiktion, fremstilles her konteksten for samtalen.

### **Deskriptiv analyse af konteksten**

Det er september, og der er planlagt forudsætnings- og forventningssamtale hvor både sygeplejelæreren, Kirsten, fra uddannelsesinstitutionen og den kliniske vejleder fra afsnit 1, Oline, deltager i samtalen sammen med den studerende, Signe.

Signe har været på afsnittet på første semester i en uge i løbet af foråret. Nu er hun kommet tilbage efter sommerferien og har været i afsnittet i 9 dage af sit 2. semester. Hun er på det første hold efter den nye nationale studieordning, der trådte i kraft 1. januar 2008.

Den kliniske vejleder Oline skal afholde samtalen for første gang i sin egenskab af at være nyuddannet klinisk vejleder. Oline har før deltaget i forventnings- og forudsætningssamtaler, når hun har været daglig vejleder for 2. semester studerende, men hun har aldrig deltaget "alene" som eneste repræsentant for praktikken. Den undervisningsansvarlige sygeplejerske plejer at deltage i samtalerne. Men nu har Klinisk vejledersuddannelse givet hende adgang til selvstændigt at tage samtalen. Det er planlagt, at begge de to 2. semester studerende, som Oline er vejleder for, skal have afviklet forventnings- og forudsætningssamtale denne eftermiddag. Der er afsat en time til hver studerende; jeg går med til den første samtale. De to studerende har i løbet af dagen talt en del om, hvordan det egentlig foregår med den samtale, hvad de har skrevet, og hvordan de har grebet det skriftlige an. De virker usikre på, hvad samtalen går ud på, og om deres skriftlige oplæg er godt nok. De aftaler lige til sidst indbyrdes, at Signe skal være den første.

Forventnings- og forudsætningssamtalen er en planlagt pædagogisk aktivitet. Alle, der deltager, det vil sige sygeplejelæreren (fra skolen), den kliniske vejleder (fra hospitalet) og den studerende (fra både skolen og hospitalet), er taget i ed med hensyn til, om dato og tidspunkt passer.

Samtalen foregår i lægernes samtalerum, der som nævnt bruges til samtaler, hvor beskeden om det dårlige undersøgelsesresultat og de afledte behandlingsplaner skal drøftes. Sygeplejerskerne har ikke et tilsvarende rum til de intime eller "svære" samtaler, de måtte have med patienterne. Samtalerummet har ikke altid tjent dette formål. Oprindeligt var rummet en to-mands-sengestue, der nu er blevet inddraget til formålet. Der er paneler på væggene, hvor der er adgang til ilt og sug, og der står en undersøgelsesbrik op ad en væg. Rummet er ikke decideret reserveret, men Oline konstaterer, at det er "ledigt", hvilket jeg tolker som, at lægens samtale med patienten har fortrinsret, hvis der skulle opstå en konkurrence situation om rummet.

Alle har gjort et stykke hjemmearbejde – eller et forarbejde til forudsætnings- og forventningssamtalen. Den studerende har formuleret en individuel beskrivelse af læringsudbytte og lavet et udkast til den individuelle kliniske studieplan. Den kliniske vejleder og sygeplejelæreren forventes at have læst den studerendes skriftlige materiale.

Forud for samtalen ligger en hektisk dag. Fra morgenstunden var en sygeplejerske syg, og der kom en social- og sundhedsassistent som vikar i stedet for.

Den kliniske vejleder Oline forsøgte at få den undervisningsansvarlige sygeplejerske Tove til at sige god for, at hun selv kunne "gå fra" kl. 12, så hun kunne nå at læse og forberede sig til de to samtaler. Til det sagde Tove:

*Tove: Ja... Det er tydeligt, at det ikke er nemt med det mandefald [at få tid til at sætte sig et roligt sted og læse].*

*Oline: Ja, for det er jo ikke rimeligt, at jeg skal læse det derhjemme.*

*Tove: Nej... det er jo selvfølgelig rimeligt, at du gør det her i arbejdstiden.*

Da det senere bliver tydeligt, at muligheden for at "gå fra" til at læse de studerendes skriftlige oplæg, hænger i en tynd tråd, siger Oline til mig, at hun har overvejet, om hun skal "skrive noget overtid på".

*"Jeg har læst det derhjemme, men kun den ene. Sådan må det måske også være lidt i starten. Jeg har prøvet at være med til en forventningssamtale før, så det går jo nok".*

Oline siger det til mig, men de to 2. semester studerende står ved siden af og hører på, og Oline ender med at kigge på dem også. De siger ”ja” som et udtryk for, at det er OK, at hun kun har nået at læse den ene studerendes oplæg.

Olines udsagn har karakter af en højt-tænkende refleksion over, hvorvidt hun allerede den første gang, hun skal forstå forudsætnings- og forventningssamtalen, skal ”statuere et eksempel” og kræve overtidsbetaling/afspadsering, men tilsyneladende reflekterer hun sig frem til, at det vel er OK, at det er lidt løst i konturerne i starten.

Hun kommer ikke til at ”gå fra”. Der er mange gøremål, samtalerne er fastsat til kl. 13, og hen mod middag skal Oline modtage to indkaldte patienter, der skal opereres den følgende dag:

#### Kl. 11.45

Oline gør patienternes papirer parat. ”*Vi har lidt travlt nu*”, siger hun til den studerende Signe. Oline bytter om på patienternes journaler, vil hellere tage dem i en anden rækkefølge. Hun går med hurtige skridt. Vi ender med at sidde i ”hakket” med Finn, som skal have lavet en LAR og tømmes ud<sup>138</sup>. Han vil gerne fortælle om sine oplevelser med sygdomsforløbet. Signe sidder og iagttager patient og Oline; hun griner passende de rigtige steder men er ellers ikke aktiv.

Oline foreslår, at patienten kommer på patienthotellet, når han er færdig på afdelingen, for her er ”booket”, og der er kun en plads på gangen.

”...*Jo hurtigere du kommer i gang igen, jo hurtigere får du det bedre, jo hurtigere kommer du også hjem igen*”.

Oline: Og så vil Signe gerne tage et blodtryk på dig.

Patienten fortæller, at han ryger, og at hans ”piger” er efter ham. Signe siger, at de jo også har nikotinplaster, men hun bliver lidt spag og tilbuddet følges ikke. Oline siger lige efter til mig, at det skal gå lidt ”tjept” nu, hvis vi skal nå at være klar til samtalerne til kl. 13.

#### Kl. 12.25

Oline ringer til patienthotellet.

Nu vil Oline checke blodprøverne med henblik på, om en patient kan gå hjem. Hun kan ikke logge sig på systemet. Tove taster sit password, og hun kommer ind i systemet.

Til Signe: Du har jo prøvet at tage mål til støttestrømper før, så det kan du godt gøre nu.

Signe tøver lidt...siger så ja og går ud.

Oline har hældt middagsmedicin op i morges, nu deler hun den ud. Tilbage til de indkaldte patienter.

Blodprøverne var fine, hun ringer til forvagten (lægen) for at fortælle, hvordan ”infektionstillene” ligger med henblik på om patienten må udskrives. Forvagten tøver, vil gerne kalde bagvagten, men siger så OK for at han må udskrives. ”Han kommer jo i ambulatoriet om en uge”, som Oline siger...Det er tydeligt, at hun gerne vil have taget beslutning om, at patienten kan udskrives.

#### Kl. 12.45

Oline pakker forbindsstoffer til patienten, der skal hjem. Jeg hjælper med at fiske noget frem fra bunden af skabet. Hun har hænderne fulde. Oline giver instrukser til patienten.

Oline leder efter Line (den nye sygeplejerske). Hun skal tage over med hensyn til modtagelsen af den nye patient. Hun kan ikke lige finde Line, så hun spørger Mai-Britt, om hun kan få tid, men det kan hun ikke, siger hun. Line findes. Hun er ikke begejstret men vil gøre det med det samme. Oline giver hende lidt besked om patienten.

Oline spørger Tove, om hun vil ”stomi-markere” den anden patient. Det vil hun godt.

”*Det kan så ikke blive på stue 18*”, siger Oline. Det er lægernes samtalerum, hvor vi nu skal have forventnings-samtale.

Oline ringer efter en taxa.

#### Kl. 13.00

Oline beklager sig over at være bagud i tid.

Sygeplejelæreren, Kirsten fra uddannelsesinstitutionen er kommet til tiden, og vi sætter os ind i samtalerummet omkring et rundt bord.

Oline skyder et rødt skilt frem på døren, som tegn på, at der er optaget. Klokkeren er lidt over 13.00. Vi har alle papirer med, som består af den studerendes skriftlige oplæg til forudsætnings- og forventningssamtalen samt hendes udkast til studieplan og litteraturliste. Sygeplejelæreren og den kliniske vejleder har sat blyantsstreger og kuglepensstreger i deres eksemplarer, Oline havde åbenbart læst dette oplæg.

---

<sup>138</sup> Et stykke tarm der skal fjernes. Samt anlæggelse af kunstig tarmåbning på maven, og patienten skal have afføringsmidler, så tarmen kan være tømt før operationen.

Som det ses har den kliniske vejleder svært ved at nå arbejdsopgaverne, inden det aftalte tidspunkt for samtalen. Hun forsøger at afsætte arbejdsopgaverne, og det lykkes med noget besvær. Det forhold at sygeplejelæreren med sit teoretiske ”rejsegods” er rejst tværs gennem byen frem til sygehuset, forstærker Olines mulighed for at kontrollere den pædagogiske aktivitet.

Forudsætnings- og forventningssamtalen indledes af sygeplejelærer, Kirsten:

Kirsten: Det er meningen, at vi skal afklare forudsætninger og forventninger. Du kommer med dine tanker og ideer, og Oline kommer med sine tanker og ideer, og jeg supplerer lidt hen ad vejen.

Oline: Og så skal vi gennemgå målene, altså de kompetencer du skal opnå, og dem synes jeg simpelthen, vi skal arbejde os slavisk igennem...men først må du da egentlig godt fortælle lidt om, hvem du er...

Student, Signe: Nu?

Oline: Ja, til det du har skrevet, hvis der er et eller andet, du vil tilføje...

Signe: Ja..jeg startede, og så lød det sådan lidt som sådan en jobansøgning..[hun kommenterer på det, hun selv siger].

Oline: Nåå ja, hæhæ

Signe: ...men jeg er 21 år gammel og jeg bor her i Jystrup, [anonymiseret.Byen hvor sygehuset og uddannelsesinstitutionen ligger], og det har jeg altid gjort. Så ja..ganske normal...der er ikke noget specielt, sådan..god familie..stor familie..

Oline: Signe og jeg.. vi har haft sådan en snak om, hvem vi lige er, og... og sådan, så alt det der, det er vi ligesom kommet over.

Signe (til sygeplejelæreren): Så du er alt for sent ude...he-he

Oline: Så hvis det er OK med dig, at vi simpelthen springer den over....

Kirsten: Ja, OK...så kan vi jo afstemme forventninger til hinanden.

Signe: Ja.

Oline: Ja, for det er det, der er lidt mere vigtigt at få snakket om...de forventninger..Ja, men jeg synes..skal vi ikke starte med at hoppe på de der mål dér..så gennemgår vi lige de 8 mål, for så mange er der ikke af dem. Vil du så ikke prøve at læse målene op og så læse, hvad du har skrevet ud for dem, så kan vi snakke om dem? (siger det til Signe)

Sygeplejelæreren tager initiativet til at indlede. Forudsætninger og forventninger skal afklares. På trods af at hun er gæst (hospitalet er ikke hendes hjemmebane) påtager hun sig rollen som vært og ”byder velkommen”. Hun har dispositionerne fra sin underviserfunktion på institutionen til at sætte scenen og den dominerende position qua sin kandidatuddannelse. Oline er ivrig efter at træde i karakter i den nye rolle, hvor hun på ”slap line” uden den undervisningsansvarlige sygeplejerskes tilstedeværelse kan udfolde sig. Hun lægger afstand til sygeplejelæreren hverdagsudtryk ”tanker og idéer” og bruger i stedet ”mål” og ”kompetencer”, som er de pædagogiske termer, der skal forskelsmarkere, at der er tale om en særlig pædagogisk handling, som ikke skal forveksles med ”almindelig snak”. Oline kender fra sin praksis som sygeplejerske selv alt for godt på sin egen krop, hvad det vil sige ikke at besidde den dominerende kapitalform, og hun solidariserer sig med denne position ved at underspille det pædagogiske arbejde (*”hoppe på de der mål der”*). Når hun kontrasterer det abstrakte teoretiske sprog med en meget konkret kropslig handling opstår der en ironisk tone, som kun fungerer ved, at det socialt betingede styrkeforhold mellem videnssystemerne er genkendeligt for

alle. Herved kommer hun til at markere en form for ambivalens, hvor hun både (næsten) behersker og efterstræber og ikke behersker og lægger afstand til det abstrakte, pædagogiske videnssystem. At ”mål” med den nye nationale studieordning nu er omdøbt til ’læringsudbytter’ har Oline endnu ikke taget til sig.

På trods af Olines eget forslag om, at den studerende skal fortælle om sig selv, mister hun tilsyneladende tålmodigheden, da hun selv bliver mindet om, at hun har hørt det hele før. Hendes forslag om at springe præsentationen af den studerende over kan måske tilskrives, at hun har haft en travl dag, og at hun har svært ved at komme ”ned i gear”, men også at hun nu med den nye uddannelse kan markere sig og være ordførende. Læringsstiltesten blev ikke nævnt ved denne samtale, hvilket kan skyldes, at den pædagogiske teknik var ny for alle parter og derfor endnu ikke indarbejdet som et fast indslag i forudsætnings- og forventningssamtalen.

Forudsætnings- og forventningssamtalen fortsætter:

Oline: Vil du så ikke prøve at læse målene op og så læse, hvad du har skrevet ud for dem, så kan vi snakke om dem?

Signe: Jo: *"Reflektere over patientsituationer i relation til den enkeltes levevilkår, evner og muligheder, samt sygepleje interventioner i forbindelse hermed"*. Og så har jeg skrevet: *"Ud fra VIPS<sup>139</sup> og samtale med patient dannes der et indtryk af, hvem patienten er. Dvs. patientens familiesituation, alder, fysiske tilstand osv...derudfra dannes der et billede af patienten...jeg har endnu ikke været med til at modtage en patient..."* og det er så mine forudsætninger der kommer dér...[Signe fortæller, hvornår hun læser op af de fra skolen fastlagte læringsudbytter, og hvornår hun selv fortæller om egne forudsætninger].

Oline: Aha..

Signe: [læser videre hvad hun har skrevet]: *"Jeg har endnu ikke været med til at modtage en patient, men i praktik-ugen på første modul stiftede jeg bekendtskab med VIPS-journalen"* og så skal det lige tilføjes, at jeg nu har været med til at modtage en patient, så..

Oline: Ja, det har du, og den eneste ting, jeg har og tilføje til..det er at, altså...ordet reflektere, det er jo det, der sådan rammer meget, så det er jo selvfølgelig refleksions-arten, der også ligger under det her..

Signe: Ja

Oline: ..at man ligesom går ind over og reflekterer over hvem patienten er og hele situationen, ikke også?

Signe: Ja, jeg har også skrevet, at det ville jeg gerne bruge.

[Signe henviser til et særligt refleksionsark, som de studerende anbefales at bruge. Det er blevet pointeret, at det er frivilligt at bruge refleksionsarkene, det er ikke noget krav].

Oline: Ja, det har jeg set, der er blevet skrevet senere, så..men jeg synes, det er fint det, du har skrevet dér..

Signe: Altså, vi fik jo også i de papirer, vi havde fået af jer, der har de også beskrevet, hvad de mente der var.. de der emner dér, så det er sådan lidt..jeg kunne ikke rigtig sige noget andet end det, der var skrevet....

Kirsten: Ja, det kan være lidt svært en gang imellem..

Oline: Men det vi egentlig skal sikre os, det er, at du forstår, hvad det mål det indeholder, og bare det at du har læst det, vi har skrevet gør jo også, at det sætter dine tanker i gang, og du får en fornemmelse af, hvad vi mener med det, for lige umiddelbart kan de godt være sådan lidt diffuse..

Signe: Og meget lange...og store ord..

Oline: Ja, og store ord, nemlig, altså jeg skal også sådan tygge på den for lige sådan at finde ud af, hvad der ligger i den..og hvis du, Kirsten (sygeplejelæreren) har noget...

Kirsten: ...så skal jeg nok supplere....

Oline: Men jeg synes sagtens, vi kan tage den næste...

Signe læser næste mål/læringsudbytte op.

---

<sup>139</sup> Det sygeplejefaglige skriftlige rapportsystem.



Under samtalen forbliver den kliniske vejleder ordførende. Hun sørger for at drive samtalen frem, afslutte en sekvens og drive et nyt såkaldt *læringsudbytte* frem. Sygeplejelæreren roste efterfølgende overfor mig den kliniske vejleder, som hun opfattede som ”særdeles aktiv”, og ”det var dejligt at se”. Jeg er opmærksom på, at Oline ved, at både jeg og sygeplejelæreren ser hende for første gang i en af de pædagogiske aktiviteter, hun nu selvstændigt kan varetage med sin nyerhvervede uddannelse. Derfor kan hun opfatte, at hun må yde noget ekstra for at legitimere sin nye uddannelse. Men netop herved fremstår *ortodoksien* stærkere. Ved andre forudsætnings- og forventningssamtaler var rollefordelingen dog den samme, om end den kliniske vejleder / uddannelsesansvarlige var knap så meget ”pacemaker”.

De papirer, Signe henviser til, er dels planer for klinisk undervisning, som udgår fra skolen og dels de generelle uddannelsesplaner, som afsnittet har fortolket ud fra skolens planer. Den studerende er således blevet bedt om at komme med sin version af det, som to autoriteter allerede har beskrevet i officielle dokumenter.

Samtalen kommer til at foregå som en oversættelse mellem uddannelsesinstitutionens teoretiske, pædagogiske begreber og de praktisk og muligt forekommende situationer i afsnittet. For den studerende som novice i begge videnssystemer får den kliniske vejleder en særlig rolle med at mediere og oversætte mellem det akademisk abstrakte og det praktiske system (jf. Abbott 1988). Hele tiden med undertoner om de sociale forskelsmarkeringer af den abstrakte og den praktiske vidensforms vokabularium. Den kliniske vejleders oversættelsesretning er overvejende fra teoretiske begreber til praktiske begreber. Retningen ligger i samtalens struktur, hvor den studerende er blevet bedt om at læse den abstrakte formulering op først. Det abstrakte sprog indoptages i starten af den studerendes fortolkning, hvor hun fastholder den passive præsens bøjning på verberne i sin egen udlægning: ”*der dannes et indtryk af, hvem patienten er*”. Her fastholder hun det upersonlige, abstrakte men skifter senere til ”jeg”.

Den kliniske vejleders oversættelsesarbejde går dog også den anden vej. Olines italesættelse af refleksion kan ses som et forsøg på at ville begrebsliggøre den studerendes beskrivelse af, at ’der dannes et indtryk’. Her går oversættelsespraksis fra det personbundne, erfaringsprægede til det abstrakte videnssystem. Den studerende opfatter oversættelsen som en mangel af det, hun har skrevet og sagt, men det er ikke tilfældet. Oline anerkender, at Signe senere i teksten mere udførligt har beskrevet, hvordan hun gerne vil bruge refleksionsarkene, så det var åbenbart ikke forklaringen på, hvorfor begrebet refleksion måtte ekspliciteres. Oline må således med skiftende retning kæmpe for at markere grænsen for det særligt pædagogiske. På denne måde sætter hun grænser for sin virksomhed og legitimerer samtidig den nyerhvervede titel som klinisk vejleder.

Den studerende fortsætter med at forklare, hvorfor hun har skrevet, som hun har. Hun henviser til de papirer, hun har fået tilsendt fra afsnittet. Afsnittet har under hvert enkelt læringsudbytte givet forslag til, hvordan det kan nås i afsnittet. Afsnittets beskrivelse af det aktuelle læringsudbytte lyder som følger. Det med fed skrevne er det læringsudbytte, skolen har formuleret, og det med kursiv skrevne er afsnittets lokale fortolkning heraf:

***”At reflektere over patientsituationer i relation til den enkeltes levevilkår, evner, muligheder samt sygeplejeinterventioner i forbindelse hermed.”***

*Den studerende kan bl.a. arbejde med målet ved at deltage i indlæggelsessamtaler med indkaldte og akutte patienter. Her arbejdes med VIPS journalen, med anamnesen og ankomststatus, som udgangspunkt for at af-dække evt. sygeplejediagnoser. Den studerende vil i starten være observerende, siden deltagende og til sidst vil der være mulighed for selvstændigt at modtage indkaldte patienter til planlagte operationer. Den studerende har også mulighed for at arbejde med en oplevet situation ved at benytte refleksionsarket og herved arbejde med ovenstående læringsmål”.(Afsnit 1’s velkomstpapirer til 4. modul studerende: 19)<sup>140</sup>.*

Som Signe siger, så er det svært at skrive noget andet end det, afsnittet allerede har formuleret. Afsnittet må pr. definition være autoriteten, der ved, hvilke situationer i det praktiske sygeplejearbejde, der kan være relevante for den studerende at få adgang til og sidenhen reflektere over. Men som den studerende antyder, har det lidt karakter af dobbelt konfekt. Samtalen kommer da også til at dreje sig om det vanskelige ved oversættelsesarbejdet. Når sygeplejelæreren siger, at *”det kan være lidt svært en gang imellem”*, anerkender hun den studerendes dilemma. Den kliniske vejleder sætter i næste replik hele autoriteten bag for at legitimere hele dette ”set-up”, hvor sygeplejelæreren har rejst tværs gennem byen, og den kliniske vejleder har arbejdet hurtigt, afbrudt sit arbejde og ladet en anden overtage arbejdsopgaver, for at de kan lægge planer, og uddannelsesinstitutionen og det kliniske uddannelsessted kan sikre sig, at den studerende forstår, hvad der står skrevet i dokumenterne. Den kliniske vejleder kommer dog alligevel den studerende i møde: Hun synes også selv, at *’de’* (læringsudbyttene/målene) kan være lidt diffuse. Signe bliver lidt modig og kommer med en forsigtig kritik – *de ”meget lange og store ord”*. Oline tager nu Signes parti: Det er *”store ord”*, som hun også selv skal *”tygge på for lige sådan at finde ud af, hvad der ligger i dem”*. Til sidst lægger hun således op til, at sygeplejelæreren må træde til og udrede meningen. Så selvom den kliniske vejleder burde være ekspert på, hvad der kan læres i lige netop denne kliniske praksis, afsnit 1, ender hun således med at diskvalificere sig selv og tillægge sygeplejelæreren den endelige autoritet, som den der kan hentes hjælp fra. Det abstrakte videnssystem udgående fra uddannelsesinstitutionen, som det gældende, påføres på denne måde alle deltagerne som en form for symbolsk vold. Volden virker via en tro på det, som ikke engang kommer ind i synsfeltet

<sup>140</sup> Det inkonsekvente sprogbrug mellem ’læringsudbytte’ og ’mål’ tilskriver jeg, at den nyeste formulering endnu ikke er inkorporeret.

som noget, der kunne være problematisk og som derfor hverken er frivilligt, accepteret eller valgt men heller ikke påtvunget (Callewaert 1992: 117, Callewaert 1994: 13-14, Callewaert 1996: 341). Kravet om den studerendes egne udlægninger kan ses som et ønske om, at den studerende skal tage ansvar for egen læring. Det så vi også var en af de markante pædagogiske forholdemåder på klinisk vejlederuddannelse, som også trækker tråde tilbage til ønsket om selvforvaltning som en del af moderniseringstendenserne (Hjort 2008).

At det alligevel er den praktiske, ureglerlige hverdag, der på sin egen, komplekse måde bestemmer, hvordan der kan arbejdes med at nå læringsudbyttet fremgår af det følgende, hvor Oline forbereder Signe på, hvordan det kommer til at være i praksis. Signe læser et læringsudbytte op:

*"At anlægge et patientperspektiv og samarbejde med patient og fagpersoner om planlægning, udførelse og evaluering af sygeplejen"*

[Så ændrer hun tonefaldet, så vi kan forstå, at hun læser sin egen fortolkning op] : *"Det er i samarbejde med patienten, at mål nås, og det kan være nødvendigt at samarbejde med andre faggrupper for at nå målene. Jeg har kun prøvet at samarbejde med patient, sygeplejersker, læge og social- og sundhedsassistenter"*.

[Hun ændrer yderligere tonefaldet, så vi kan forstå, at hun er færdig med at læse op]:

Signe...det er bare fordi...jeg har ikke prøvet med fysioterapeut, og det kunne jo godt være lidt interessant...

Oline: Og det er så noget af det, der bliver mulighed for også..hvis vi får en patient, hvor fys [fysioterapeuten] eller ergoterapeut er tilknyttet..jamen, så har du mulighed for simpelthen at følge dem lidt..altså, hvis man bare har rigtig god tid, og det går skide godt... Så sidst i praktikken kan man måske også overveje, at du kan følge en fys<sup>141</sup> ved nogen flere patienter, men ellers så er det med at hoppe på de patienter, som der er, og der bliver også mulighed for at følge med patienten ned og se nogen undersøgelser, og det giver dig nogen gode erfaringer og noget viden, som du kan bruge til andre patienter...fordi så ved du lige pludselig, hvad der foregår, når vi skal ned og lave et røntgenbillede, f.eks.

Den kliniske vejleder trækker lidt i land på den studerendes forslag til den "individuelle studieplan". Det individuelle kan blive til noget under betingelse af, at der er "*rigtig god tid*", og "*det går skide godt*". Det vil sige, at det i praksis ikke er helt de pædagogiske hensyn, der skal bestemme, hvad og hvordan der skal studeres. Den kliniske vejleders forslag med at følge med patienten til undersøgelser tolker jeg som et udtryk for en inkorporeret viden om, at den kliniske undervisning står og falder med, "om der er tid", fordi patienterne skal passes og systemet opretholdes. Hun har selv dilemmaet mellem de ideale forestillinger om systematisk og planlagt undervisning og kravet om det praktiske arbejdes afvikling tæt inde på kroppen fra formiddagens arbejde. At nå arbejdet – hvad enten det er sygeplejerskearbejdet eller det pædagogiske arbejde, betyder, at det skal nås indenfor lønarbejdets fastsatte arbejdstid. Hun oplever, at tempoet skrues højere og højere op, og hun ikke selv kan nå det pædagogiske arbejde med at læse og forberede den sidste af forudsætnings- og forventningssamtalerne. Den kliniske vejleders sidste forslag om, at den studerende kan gå med patienter til undersøgelser,

---

<sup>141</sup> Fysioterapeuterne.

det vil sige ud af afdelingen, viser umiddelbart, at hun gerne vil anerkende den studerendes individuelle ønske om en særlig uddannelsesrelateret aktivitet. Men også at hendes egen legitimitet står og falder med, at hun er i stand til at opfinde uddannelsesrelaterede aktiviteter, der af omgivelserne kan genkendes som sådanne. På denne måde opretholder hun en distinktion mellem at agere som almindelig sygeplejerske og som klinisk vejleder og former derved jurisdiktionen ved klinisk vejledning (jf. Abbott 1988). Men samtidig kommer den kliniske vejleder også til at fungere som forvalter af det selvforvaltningsprincip, som blev en del af moderniseringsbestræbelserne af de offentlige institutioner (Hjort 2008).

Som anført er den individuelle kliniske studieplan udløberen af forudsætnings- og forventningssamtalen. Den studerende har lavet en provisorisk plan på en side, hvor hun har planlagt og organiseret aktiviteterne efter, hvad hun skal foretage sig i de forskellige uger af den praktikperiode (se bilag 17). Nu skal vi se lidt nærmere på, hvordan det ser ud, når planen skal føres ud i livet.

### **”Hvor langt er du kommet”? At tage ansvar for egen læring betyder at have oversættelseskompetence**

Den individuelle kliniske studieplan er, som det ses af forrige delanalyse, italesat som en fremadrettet foreskrivende plan, der bestemmer, hvad der skal læres, og hvordan der skal undervises og hvilke situationer, den studerende skal sættes i.

Denne forståelse fremgår f.eks. også af følgende citat fra den kliniske vejleder Oline fra afsnit 1, da jeg spørger til hendes oplevelse af en anden 2. semester studerendes forarbejde til forudsætnings- og forventningssamtalen:

Oline: *”Og hendes ugeplan [den individuelle kliniske studieplan], den havde hun heller ikke lavet så detaljeret, det var meget sådan overfladisk og egentlig bare en kopi af den, vi havde sendt som et forslag, så der har jeg jo også sådan sagt, at nu skal den altså også snart til at være færdig, fordi...nu er vi i tredje uge, og det er jo den, de skal arbejde ud fra...”*

Den kliniske vejleder forventer, at den studerende skriver noget andet og mere end det, afsnittet har formuleret, og den studerende forventes at tage ansvar for planens fysiske udformning. En forventning der er vanskelig at indfri, eftersom hun i sagens natur som novice ikke behersker hverken det abstrakte pædagogiske akademiske videnssystem eller det praktiske videnssystem og slet ikke en teoretisk udgave af det praktiske.

Ikke alene havde denne studerende svært ved at tage ansvar for planens fysiske udformning, men i praksis så jeg heller ikke de studerende tage ansvar for den praktiske anvendelse af den

individuelle studieplan. I løbet af mine observationsdage så jeg ikke, at de studerende selv tog initiativ til at finde planen frem med henblik på at følge den, selvom et par studerende i interviewene fortæller, at de bad om at få snakket planen igennem op mod den interne prøve (se nedenfor).

Til gengæld tog den kliniske vejleder forskellige initiativer til at tage afsæt i den individuelle kliniske studieplan. I det følgende skal jeg give nogle eksempler på, hvordan oversættelser mellem det abstrakte system af viden og det praktiske videnssystem tog sig ud i praksis, når en plan skulle realiseres.

Afdeling 1. Uddrag af feltnotater fra afsnit 1, 29.2.08 med klinisk vejleder in spe, Oline.

Når dagholdet møder ind kl. 7.00 fordeler plejepersonalet sig i tre grupper, to grupper i kontoret og én gruppe i personalerummet. I ”vores” gruppe sidder den kliniske vejleder, en sygeplejerske, en social- og sundhedsassistent og den studerende som er på sit 2. semester.

Oline læser op fra rapport-systemet. Hun har ikke været der i to dage. ”Hold da op en masse, der er skrevet”. Hun taler om en pose, der lækker. En udskrivning er stillet i bero, patienten skal blive her. Patienten har været indlagt længe på grund af tarmlækage, ”er re-opereret gange to, hun har en åben cicatrice der skal skiftes med... [her kommer flere fagudtryk...]”<sup>142</sup>

En patient på stue 24 skulle egentlig have været udskrevet, men så kom der ”sivning fra cicatricen”.

”Han skal have et klyx”. (Oline læser/fortæller).

Social og sundhedsassistenten (so-su) er startet for en måned siden, hun er uddannet i efteråret. Hun siger: ”Han kigger den anden vej, når vi skifter hans stomi”.

(Ingen kommenterer).

Oline læser om den næste patient: ”Rectum ekstirpation 15.2. Han er en rar gammel mand, men de er nu alle sammen rare..”

Oline kan ikke læse skriften: ”Solvejg...altså din skrift”.. [Solvejg er der ikke...]

En anden sygeplejerske tager over og læser op fra sygeplejerapporten. Den nye so-su spørger, hvad ”Argon-beaming” er. Det bliver forklaret.

Sygeplejersken læser....”Han har ikke ønsket middagsmad, gået en lille tur med stativ. Har ikke har sovet, evt. en sovetablet næste nat.

Mere rapport...

Nu fordeler de arbejdet:

Sosu: Jeg var på 24 i går men jeg tager ikke stomierne. Jeg har jo ikke været på det der kursus endnu.

Oline: ”Sidst var jeg også på 24. Jeg tror, vi skal være sammen derinde, Louise (den studerende). Så kan du (til so-su) være på 21.

So-su: ”Der har jeg ikke været før”.

Oline: Nej, jeg har heller ikke været der længe.

Oline.: Til Louise: Hvor langt er du nået?

Louise: Hvad mener du?

Oline: Hvad lavede du i går?

Louise tøver...

Oline peger på Louises seddel, hvor der står et navn: Ham skal du kigge med hos, når han skal have skiftet forbindelse. Men du kan hjælpe ham med personlig hygiejne. Børge skal have en let hånd. Én patient er ligesom ikke nok. Du skal også med på OP men også i en sammenhængende periode. Hvilke områder skal du arbejde med?

Louise: Øh...mm...

Oline: tag lige mappen [Louise tager en mappe fra hylden, der står hendes navn på. Hun slår op på den plan, hun selv har lavet].

Oline: Mangler du noget af det foregående? Temperatur?

---

<sup>142</sup> Af hensyn til læsevenligheden er ikke alle fagudtryk er i det følgende oversat og forklaret. Hvor jeg har skønnet, at den præcise betydning ikke har været relevant for forståelsen af, hvad der i virkeligheden tales om, er forklaring udeladt. Her er det vigtigste den symbolske betydning, der ligger i, AT der bruges fagudtryk.

Louise: Ja, axil og rectal<sup>143</sup>

Oline: Hvis vi lige får tid, må du meget gerne ....snakke værdier<sup>144</sup>.

Louise: Ja, det vil jeg meget gerne.

Oline: Så er det puls og det er blodtryks-måling, lidt morgenmad (remser op-stemme). Hun rejser sig og gør mine til, at de skal i gang med arbejdet.

De går ud på stuerne for at måle temperatur, puls og blodtryk og give morgenmad.

Når Oline spørger den studerende, ”hvor langt hun er nået” refereres der til den studerendes individuelle plan. Den studerende forudsættes at kunne foretage en oversættelse mellem det pædagogiske abstrakte videnssystem til det praktiske videnssystem med mange fagudtryk/praktiske begreber. Men ligesom vi så det hos Signe til forudsætnings- og forventnings-samtalen er det også vanskeligt for Louise at oversætte mellem de to videnssystemer, eftersom hun er novice indenfor dem begge. Oline er som sygeplejerske nødvendigvis fokuseret på den konkrete kontekst: at komme i gang med dagens arbejde i en fart, så hun har ikke megen tid til at vente på den studerendes respons. Men hun reagerer på Louises rådvildhed og hjælper hende med oversættelsesarbejdet. Oversættelsen går tilsyneladende flere veje: fra det abstrakte pædagogiske videnssystem (”hvor langt er du kommet” = studieplanen og det abstrakte videnssystem) til det praktiske system af viden ”hvad lavede du i går”. Og fra det professionelle, praktiske videnssystem i en teoretiske omskrivning, hvor ”cicatrice der skal skiftes”, ”pose der lækker”, ”udskrivning”, ”re-operation” skal der oversættes til pædagogiske adfærdsformer, der er genkendelige for den studerende: ”kigge med hos”, ”hjælp med personlig hygiejne”, ”give en let hånd”.

At kunne anvende den individuelle studieplan som studerende er tilsyneladende det samme som at kunne oversætte mellem det abstrakte og det praktiske videnssystem.

I det følgende giver jeg et eksempel på, hvordan det abstrakte videnssystem kommer til at dominere undervisningens indhold, og hvordan det har en tendens til at lukke sig om sig selv med sin logiske konsistens og rationelle begrebsliggørelse, som Abbott også pegede på (Abbott 1988: 53).

I fortsættelse af ovenfor beskrevne situation er der ikke lige nu tid til at ”snakke værdier”, men senere på formiddagen byder der sig en mulighed: Den kliniske vejleder (Oline) og den studerende (Louise) sidder inde på kontoret ved et af bordene, hvor der ligger patientmapper og journaler, og observationsskemaer. Som sædvanligt kommer der folk ind og ud af rummet.

---

<sup>143</sup> Måling af temperatur i armhulen og i endetarmsåbningen.

<sup>144</sup> Her menes måling af temperatur, blodtryk og puls.

Oline: Temperatur. Vi tager to slags temperatur. Axil og rectalt. Hvem tager vi hvad på?  
 Louise når ikke at sige noget..  
 Oline: Ja, hvis de ikke har nogen rumpe, så tager vi axil.  
 Oline: Hvad er normal temperatur?  
 Louise: 37,3.  
 Oline: Ja, og så skal vi lægge mellem en halv og hel grad til, hvis vi tager den axil. Er der nogen fejlkilder?  
 Louise: Ja, hvis patienten har hule armhuler  
 Oline: Nemlig, ja.  
 Oline: Vi ville jo nok ikke lige putte den i munden, så vi skal gøre dem rene...  
 (En overlæge kommer ind og spørger efter, om nogen har set Holger [en anden overlæge]).  
 Oline. kigger op: ”Nej, jeg har ikke set ham...”  
 Oline: Hvornår skal vi reagere på feber?  
 Louise. Når patienten har sådan 38.  
 Oline: Ja, vi bruger også tit det begreb der hedder ”subfeбри”<sup>145</sup>  
 Oline: Hvordan kan man se, at de har feber?  
 Louise: De bliver blege.  
 Oline: Nej, de bliver ikke blege men røde. (Ingen forklaring her).  
 Oline: Hvad er tegn på infektion?  
 Louise: Varme, rødme, smerte...  
 En sygeplejerske der har haft slik med i dag siger: ”*rubor, calor, tumor, dolor...*”<sup>146</sup>er det ikk’ så’ en?” (kigger hen på mig, jeg ser ”videre” på Oline).  
 Oline: Jo, det kan du se på cicatricen. Søren har tegnene på det.  
 Louise: (nikker) mmm..  
 Oline: Hvordan kan vi observere respirationsfrekvensen? (Nu er Oline gået videre til en anden værdi: respirationsmåling).

Undervisningen holder sig på det generelle, abstrakte niveau og tager ikke udgangspunkt i en af de patienter, Louise netop denne morgen har målt temperatur og blodtryk og puls på, hvilket kunne have været en mulighed. Oline nævner ganske vist, at patienten, Søren, ”har tegnene på det”, men hun uddyber det ikke. Kollegaen opremser -forstærket med de latinske betegnelser for at understrege vigtigheden- infektionstegnene, men det følges ikke op af en tættere kobling til patienten. Hvor var der varme, rødme og smerte? Havde Louise set tegnene? Hvordan kan man finde ud af, om tegnene er der? Hvis Oline skulle holde sig til det strengt abstrakte, kunne hun have tydeliggjort forskellen mellem den lokale infektion, som kollegaen opremser de latinske symptomer på og den generelle febertilstand og have udfoldet sygeplejerskens handlemuligheder i relation hertil. Nu ender hun med hverken at holde sig på det rent abstrakte eller det praktiske, som kunne være Louises egne praktiske observationer og handlinger hos patienterne. Det får den konsekvens, at det praktiske vidensystem, som praksis bygger på, i virkeligheden underkendes. Tempoet er lettere forceret, og Oline venter ikke på Louises svar. Men der foregår en pædagogisk handling, der kan genkendes af omgivelserne som undervisning og vejledning: der arbejdedes med den individuelle kliniske studieplan,

<sup>145</sup> Subfebrilia er den latinske betegnelse for temperaturforhøjelse op til ca. 38,5.

<sup>146</sup> Latinske betegnelser for rødme, varme, hævelse, smerte som er symptomer på en lokal infektion.

og der tales i skoletermer, det vil sige på en måde, der er en alment anerkendt som en måde at bedrive undervisning på.

Ved at italesætte videnskategorierne fra det abstrakte videnssystem, og med spørgsmål der fordrer ét bestemt svar, gives den kliniske vejleder desuden bedre mulighed for at fastholde kontrollen over situationen. Der er forstyrrelser nok på kontoret, og hun er derfor tilbøjelig til at følge en tematisk plan, der skaber fremdrift: hun går videre til næste emne, respirationen (vejrtrækningen), uden at udtømme temperatur-emnet.

Man kan indvende, at det spiller ind, at den kliniske vejleder in spe endnu ikke har gennemgået klinisk vejlederuddannelse, og at en uddannet klinisk vejleder vil have anderledes forudsætninger for at mediere frit mellem de to videnssystemer, men som jeg senere skal vise, sker den slags også for den erfarne kliniske vejleder med klinisk vejlederuddannelse.

Det var overordentlig vanskeligt at få sat planen på dagsordenen i den travle hverdag. Både af den studerende og af den kliniske vejleder. Da jeg senere i interviewet med Louise spurgte, hvordan hun oplevede arbejdet med studieplanen, svarede hun følgende på spørgsmålet, om de kunne holde planen:

*Louise, 2. semester: Nej eller jo, faktisk så brugte vi den ikke. Jeg synes, det var sjældent, jeg havde den fremme, altså det kan godt være, Tove (undervisningsansvarlig sygeplejerske) hun sådan spurgte, hvad skal du have i den her uge, og så hver gang.. jamen, det vidste jeg ikke, for det var ikke noget, man gik og kiggede på, altså det var ikke sådan en, vi fulgte: Så kunne jeg lige tage den frem, og sådan... det var noget om kommunikation og så... men så var det sådan, ja, så skulle jeg så have om kommunikation, men det har jeg altså... jeg kommunikerer hver dag, det var ikke sådan, at jeg skulle.... jeg havde forestillet mig lidt, at så havde jeg læst på kommunikation, og så havde man sat sig ind og snakket om kommunikation, for det var jo det, man havde om, altså sådan var det ikke. Det var bare: nu skulle jeg have om kommunikation, men det har jeg hver dag! Og hvis jeg havde en uge om VIPS, jamen, det lærte jeg fra dag 1 nærmest. Så det var heller ikke noget, jeg skulle lære den uge. Altså, jeg følte ikke, vi brugte den faktisk, det gjorde vi ikke. Det var fint nok som en støtte, hvis nu man var i tvivl, men vi brugte den ikke.*

*Karin: Heller ikke som en checkliste for, hvad du havde..?*

*Louise: Nej faktisk ikke, fordi jeg synes, at alle punkterne, jamen de kom sådan set, jamen de smeltede sammen på en dag. Så var der den ene uge, hvor jeg skulle have noget om immobilisation og den anden uge om noget tryksår, og så om kommunikation. Jamen, det fyldte hele ens dag, altså. Jeg skulle både have én i bad, og jeg skulle have én op og gå, og jeg skulle snakke med én, altså det var sådan. Jeg synes ikke, man sådan kunne tage fra uge til uge, det synes jeg ikke, så vi brugte den faktisk ikke.*

En 2. semester studerende fra afsnit 2 oplevede det på samme måde men med en variation:

Til interviewet med hende spurgte jeg:

*Karin: Hvordan har det været for dig at have den plan, og så f.eks. komme i gang med dagen..?*

*Helle: Var det de der mål, vi skulle nå?*

*Karin: Ja, og høre rapporten...*

*Helle: Ja, de der mål gjorde mig også lidt forvirret, fordi der var mange, jeg synes, jeg mangler, og som jeg kunne slet ikke overskue, hvordan vi skulle nå alt det. Så dem har jeg faktisk ikke set så meget på, før helt til sidst op til eksamen, hvor jeg gik dem igennem med Trine [klinisk vejleder afsnit 2], og hvor jeg faktisk havde udfyldt dem alle sammen, havde prøvet det hele. Så når selve dagen startede, det var jo også, at vi hørte rapport, og så spurgte Trine mig, hvad jeg synes var interessant i forhold til, hvad jeg skulle lære, og hvad jeg havde behov for at lære noget om.*



*Karin: Var det nemt nok at sige noget om, ud fra det du havde hørt fra rapporten?*

*Helle: Ikke altid. Der skulle hun måske også lige skubbe mig i gang og sige: "Hvad ser du her? Du har sådan og sådan, og han har sådan et blodtryk. Hvad synes du så, du skal gå ind og observere?"*

Her volder det også problemer for den studerende at skulle følge planen fremadrettet. Planen og læringsudbytte opleves diffuse i relation til den daglige planlægning men er trods alt en hjælp i relation til bagudrettet at finde ud af, om den studerende kan nok til at kunne gå til eksamen. Som den studerende her fortæller det, er det mere den enkelte patients konkrete tilstand, end læringsudbytte der bliver omdrejningspunkt for, hvad der skal gøres som udgangspunkt hos patienten.

På afsnit 2 indgik planerne og målene i formelle "kvartvejs"-, "midtvejs"- og "trekvartvejs"- samtaler. En 6. semester studerende på afsnit 2 siger herom:

*Studerende Minna: Jamen, altså jeg ved, selvfølgelig har vi de her gange, hvor vi er inde og snakke mål, og sådan..*

*Karin: Og det er, jeg skal lige forstå det rigtigt, det er stadigvæk til de der midt- eller kvart- og midtvejs og trekvart?*

*Minna: Nemlig, så er det altid planlagt i lang tid, sådan jeg ved, hvem det er, jeg skal følges med, og så er der så nogen, der er bedre til sådan at snakke og evaluere det... "Hvad er du i gang med at lære nu, og hvad er det, vi skal koncentrere os om i dag?"*

*Karin: Har du haft nemt ved egentligt at definere det?*

*Minna: Det synes jeg er svært, jeg synes, det er rigtigt svært, fordi så har man måske en patient, der skal have pacemaker, og så har jeg en patient, som har.. der har fået lavet ballonudvidelse, der har været mange forskellige sygdomsgrupper, og så har de sagt, "Jamen, du skal koncentrere dig om én ting ad gangen", og det har alligevel været svært, fordi der ligger ikke bare én bestemt sygdom på stuerne.*

Planerne og målene/læringsudbytte ser ud til at have en kontrol funktion i forhold til, hvad den studerende har lavet, men som styringsredskab af den studerendes fremadrettede læring af den sammenfildrede praksis, opleves de ikke som en hjælp. Tværtimod ser det ud til, at de studerende må tage ansvaret for den modsætning, der synes at ligge i at ville ordne den uordentlige praksis med en pædagogisk teknologi, som fordrer en oversættelseskompetence, den studerende ikke har forudsætninger for at besidde. Idéen med den individuelle studieplan er knyttet til princippet om selvforvaltning. I det følgende vil jeg vise et eksempel på, hvordan det kan se ud, når den kliniske vejleder forsøger at lægge op til en højere grad af valgfrihed, og hvor den studerende ultimativt bestemmer, hvad hun vil lave.

## **"Nu skal jeg høre, hvad du gerne vil" – den kliniske vejleders bestræbelser på at imødekomme den studerendes selvbestemmelse**

**Uddrag fra observationsnotater 16.9.2008, afsnit 2:**

Studerende Helle på 2. semester og klinisk vejleder Trine er mødt kl. 7.  
 Som sædvanlig er der mange mennesker på kontoret. Jeg bliver som altid hilst med godmorgen.  
 Vi sætter os ind på det inderste kontor, hvor gruppe 2 sidder.  
 Der er 5 computere. Vi sætter os hver især ved en computer, dvs. Trine og Helle sidder sammen. Der sidder sygeplejersker, studerende og sygeplejersker ved de andre 4 computere.  
 Vi har taget en fortrykt seddel fra det store kontor, hvor patienternes navne og alder, sengeplacering, deres sygdomme, indgreb og behandlinger står skrevet op. Vi sidder ved den computer længst hen mod vinduet. I går var Helle på stue 22, men de skal være på stue 20 i dag (der er ingen forklaring herpå). Det står på sedlen. Stue 20 er en patientstue med plads til fire patienter, men der ligger kun tre patienter derinde.  
 Trine: Har du været med til DC-konvertering<sup>147</sup>?  
 Helle: Nej, jeg har forstået, at det ikke var noget, vi måtte.  
 Trine: Nårr...der er lidt forskel på det. [Trine kigger på Helle med et smil, og "alliance-blik"]. Nogen kan godt synes jeg [Helle er åbenbart blandt de udvalgte..]  
 Helle fortæller om casen i går til klinik-undervisningen, som netop handlede om en patient, der var bange for DC konvertering, "så derfor kunne det være sjovt...altså det kunne være godt at gå med.."  
 Det bliver de enige om så.  
 Natte-vagten kommer og fortæller om patienterne, som ligger på den stue, hvor Helle og Trine skal være: "600 mg (medicin-navn) her til morgen, Blodtrykket er lavt 90 over 60". Nattevagten står op og Trine og Helle sidder ned.  
 Trine vender sig mod Helle: Kan du huske, vi snakkede om det i går, det med hjertesufficiens? (Nattevagten venter med at tale videre). Hvordan var det definitionen på hjerteinsufficiens var?  
 Helle: Var det 30 %?..  
 Trine: Nej, det var 50%.  
 Natte-vagten fortæller videre om, at der er "obs blødning hos 20.3". "Så må jeg tilstå, at blodtrykket skulle være målt kl. 3, men det har jeg altså fuldstændig glemt".  
 Trine siger, at patienten er den type, der ikke vil være "til byrde".  
 Nattevagt: "20.4 han har blod i urinen. Det må man så godt, for vi ringede til urologerne og spurgte, og de sagde, at saftvandsfarvet eller rødvinsfarvet var OK".  
 Nattevagten er færdig, hun går videre til en anden sygeplejerske for at aflevere sine beskeder.

Klokken 7.12

Trine: Nu skal jeg høre, hvad du gerne vil.  
 Helle: Jeg skal finde ud af, hvilken patient situation, jeg skal finde til opgaven, hvor patient og mig gør noget sammen. [Hun henviser til, at uddannelsesinstitutionen har defineret en obligatorisk refleksionsopgave, mens de 2. semester studerende på 4. modul er i praktik].  
 Trine: Så er det nok mere Bent (som blev opereret for en forstørret blærehalskirtel, fik blødninger og fik akut blodprop i hjertet og som følge heraf fik lavet akut ballonudvidelse i hjertet. Han har nu fået en pacemaker pga. uregelmæssig hjerterytme). Nej, nu snakkede vi om DC-konvertering. Så starter vi med Holger. (Hun finder patientens oplysninger på skærmen).  
 Kan du huske, hvad den høje puls tyder på? Har de atrieflimmer<sup>148</sup> fra start?  
 Helle: Nej.  
 Trine: Så man er rimelig..Han har fået lavet TEE. Ved du hvad det er?  
 Helle: Nej.  
 Trine forklarer: Transesophageal echocardiogram, hvor man igennem spiserøret kan undersøge om der er tromber altså blodpropper. Hvorfor vil vi gerne vide, om der er tromber i arterierne? (...ingen svar fra Helle...)  
 Hvad er det, der sker, hvis tromberne bliver pumpet rundt ?  
 Helle: Ja, så kommer de rundt i kroppen...  
 Trine: Ja, og det er farligt, hvis de sætter sig i hjernen og giver en blodprop. I går fik han lavet TEE, derfor er han sat i Marevan-behandling.  
 Trine: Vi har et papir, hvor der står sygeplejeopgaver i forbindelse med DC-konvertering (det finder hun ikke frem nu).  
 Helle: Skal han have skiftet sengetøj?  
 Trine: Nej, det behøver han ikke. Ikke anderledes end ellers. Patienten kender DC konvertering, for han har prøvet det før. Der holdt det i 12 sekunder.

<sup>147</sup> DC stød eller DC konvertering er en behandling af uregelmæssig hjerterytme. Under en kortvarig bedøvelse gives et elektrisk stød, der skal stimulere hjerterytmen til en normal regelmæssig rytme (Downloaded på Netdoktor 2.1.11 på: <http://www.netdoktor.dk/sygdomme/fakta/atrieflimren.htm>)

<sup>148</sup> Uregelmæssig hjerterytme udgående fra hjertets forkammer.

Trine remser nogle symptomer op, som patienten har, og hun siger, at det var ligesom det, de talte om i går på undervisningsdagen, hvor de begge var med. "De objektive symptomer vi talte om i går", siger hun.

Trine: Så er der 20.3. Hvad skal vi observere hos ham? (H svarer ikke lige...)

Trine fortsætter: Vi skal observere i lysken. Hvorfor?

H: For at se, om der er hæmatom [blodansamling].

T: Ja, og om han har ondt og feber. Det er ikke sikkert, du ved, hvad der sker, når et hæmatom skal observeres, vi kalder det 'absorptionsfeber'...

7.20 De andre er nu gået, og Trine og Helle sidder alene tilbage i rummet.

Trine: Hvad kan der ske med sådan en varm sø.. ? Trine siger til Helle og mig: Det har jeg lært det ved: "en varm sø"... [Trine mener, at det er en huskeregel, hun selv har brugt, når hun skal huske, hvad der sker med en blødning i vævet].

Trine: En varm sø kan udvikle sig til infektion.

Helle: Hvad var det, du sagde, det hed?

Trine: absorptionsfeber.

Trine: Jeg måler altid blodtryk "gammeldags" (laver fingre som anførselstegn). Du får nogle særlige informationer, f.eks. lille og påskyndet. Hvor meget fyldte, der er. Man får noget andet, man kan også høre uregelmæssigheder.

Trine ser i computer-oplysningerne. Vi skal afklare, om han skal blive her eller ej.

Helle: Blødningen...er det her bagved (viser med hænderne på bagsiden af lænden).

Trine: Det er retroperitonealt, altså bagved den bindevævshinde der er, der ligger rundt om organerne.

Helle: Hvad får man af symptomer?

Trine forklarer hvordan puls og blodtryk er, hvis han bløder.

Trine: Hvad får man mere?

Helle: Ondt?

Trine: Hvad er de kliniske symptomer hvis blodtrykket falder?

Helle: Han er jo bleg, lidt klam.

Trine: (kigger i skærmen) Er der bestilt hæmoglobin? Godt. (Hun taler lidt til sig selv her).

Helle peger på noget, der står fortrykt på sedlen ud for patienten på stue 20.3.: Hvad betyder BIV?

Trine forklarer hvad "biventrikulær rytme med defibrillator" er.

Helle: Hvad er TUR-P?

Trine forklarer hvad "transuretral resection af prostata" er..

Trine: Ved du godt, hvorfor han kan have fået "infarkt"? Det er lidt spidsfindigt.

Helle ved det ikke.

Trine: Nej, jamen det er helt i orden.

Trine forklarer hvordan "dalende blodvolumen" hænger sammen med risikoen for at få et "infarkt".

Helle: Hvornår kom han her til afdelingen?

(Helle stiller mange spørgsmål...hun virker næsten lidt hektisk?)

Trine: Han kom d. 14. Det kan du se her (viser på seddel, hvor indlæggelsesdatoen står som standard under patienternes navne).

Trine forklarer nu, hvad en ekstern pacemaker er.

Trine: Hvad skal vi gøre i relation til den pacemaker? (Hun forventer ikke, at Helle svarer, for hun siger selv lige bagefter): Vi holder øje med puls og blodtryk, og så har vi jo skærmen, hvor vi kan se, hvordan rytmen er.

Trine: Du kender også godt til, at vi screener? (Hun henviser til standardspørgsmålene, de altid stiller ved indlæggelsen af nye patienter om bl.a. kost og rygning).

Jeg var jo til møde i går i kvalitetssikringsgruppen, og vi fandt faktisk ud af, at kun 50 % var dokumenteret (siger det mest til mig).

Trine viser nu, hvordan og hvor de dokumenterer, at de har skiftet forbindinger, vinget af etc.

I dag skal Trine gå kl. 14 til "pacemakermøde", de er ved at revidere pjecen til patienterne.

Klokken er 7.40

Vi går på patientstuen.

Før nattevagtens besked om patienterne får den kliniske vejleder startet dagen op ved at tage udgangspunkt i de patienter, de har fået tildelt. Trine kredser om patienten, som skal DC-konverteres, og hun får det til at passe med, at de godt kan passe denne patient. Senere da jeg spørger Trine, finder jeg ud af, at der er lidt uenighed i plejegruppen, om hvorvidt det er for

dramatisk for 2. semester studerende at deltage i DC- konvertering. Men Helle har åbenbart før deltaget i plejen af en patient, som skulle DC-konverteres. Det fremgår af det oplæg, hun holdt dagen før til klinikundervisningen (se senere), hvor der netop var taget udgangspunkt i hendes case om en mand, der var meget nervøs for behandlingen. På denne måde argumenterer Helle indirekte med, at hun har haft teoretisk undervisning i emnet, og at det skulle styrke beslutningen om, at hun godt kan være med til DC-konverteringen. Den kliniske vejleder godkender det, og så ligger det i hvert fald fast. Men nu er det som om, den kliniske vejleder husker sig selv på, at hun ”bør” spørge den studerende, hvad hun har lyst til: *”Nu skal jeg høre, hvad du gerne vil”*. Som om hun bliver mindet om, at rækkefølgen bør være omvendt. Udgangspunktet bør være den individuelle plan, der skal styre, hvad den studerende skal lave og ikke patienterne og deres sygdomstilstand, ønsker og behov, der kan have et præg af tilfældighed over sig. Nej. Det må gå ”ordentligt” til. Adspurgt fremfører den studerende lidt overraskende et andet ønske for, hvad hun vil. Nu havde hun ellers lige ”fået lov” til at overvære DC-konverteringen, men hun ”ønsker” at finde en patient til sin opgave og vil gerne have hjælp til det. Men på trods af, at den kliniske vejleder selv har opfordret den studerende til at fremkomme med sine forslag og ønsker, så holder den kliniske vejleder fast i fokus på DC konvertering og en anden patient.

Planlægningen af hvordan den studerende skal lære sygeplejen går nu direkte over i undervisning, hvor Trine begynder at holde undervisning om patientens symptomer, og den studerendes ønske om at få hjælp til at finde en patient bliver ikke indfriet denne dag. Da jeg to dage senere er sammen med Trine og Helle igen, gentager mønsteret sig: *”Er der noget, du gerne vil have fokus på i dag”*, spørger den kliniske vejleder om morgenen. *”Opgaven”*, svarer den studerende. *”...hvis vi kunne finde et fokus..”* Og den kliniske vejleder siger: *”Vi kan se, hvad der dukker op i løbet af i dag”*. Men heller ikke denne dag får Helle hjælp til at nærme sig opgaven. Hendes medstuderende har fundet en patient og et emne og er i gang med at skrive, fortæller hun mig på et tidspunkt. Hun synes, hun er ”bagefter”.

Man må tolke, at det er Trines hensigt at lade Helles individuelle studieplan og ønsker bestemme planlægningen af dagens arbejde, men på trods af ønsket om at vise den gode vilje efterkommes den studerendes ønske alligevel ikke. Det kan der være flere forklaringer på.

Først og fremmest har den kliniske vejleder dispositioner for at orientere sig mod det praktiske sygeplejearbejde mere end for at vejlede i teoretisk opgaveskrivning. Hun agerer i en højt specialiseret afdeling, hvor hun internt har en distinkt position: Hun har 9 års anciennitet i afdelingen, så over tid har den ankerkendte viden om diagnose og behandling iklædt medicinsk specialist-fagsprog bundfældet sig og er blevet forkropsliggjort som det rigtige og vig-

tige at kunne tale om. Den kliniske vejleder ved dermed helt ind i knoglerne, hvad det bedste for studerende er. Og det får den studerende tilbudt: DC-konverteringen.

Planlægning og undervisning flyder sammen på kontoret. Aflæst på den viden der ekspliciteres og gøres til genstand for undervisning er den overvejende sygdomsfysiologisk og sygdomslære-orienteret i relation til det prestigefyldte speciale. Trines dispositioner orienterer hende mod at ”vælge” undervisningsindhold ud fra det højt profilerede lægespeciale, de latinske, lægefaglige betegnelser og sygdomslæren. Helle forsøger at forberede sig på, hvad hun skal gøre inde på patientstuen (*”skal han have skiftet sengetøj?”*), men det når de ikke videre med.

Hos den patient der havde fået foretaget en undersøgelse ind igennem en blodåre i lysken, spørger den kliniske vejleder den studerende, hvad der skal observeres. Det må antages, at nogle svar er mere gyldige end andre. Da den studerende tøver, giver Trine svar og patofysiologiske begrundelser. Jeg så ikke denne dag, den kliniske vejleder vise og kommentere det meget omtalte sted i lysken med henblik på at identificere de infektionstegn, den kliniske vejleder underviste den studerende i på kontoret, hvilket kunne have været en mulighed. Men retfærdigvis skal det siges, at jeg andre dage så klinisk vejleder og studerende sammen inspicere et lignende indstikssted, og der blev sagt, at ”det så fint ud”. Den type undervisning finder med andre ord sted, men min pointe er at vise, at der opstår en centrifugalkraft omkring både planlægning og undervisningsindhold. Denne centrifugalkraft har mindre at gøre med den studerendes studieplan og de individuelle ønsker, eller de praktiske handlinger, hun skal stå i eller står i. Til gengæld har undervisningen mere med det medicinske speciale og specialbehandlingerne at gøre.

Man kan sige, at den studerendes mange spørgsmål bærer præg af at et umiddelbart behov for helt basalt at forstå, hvad der tales om, og hvad der foregår. Helle er 2. semester studerende og dermed ganske ny i uddannelsen. Den kliniske vejleder ved tilsyneladende ALT, hvad der skal vides som sygeplejerske, så hun kan bare spørge (det pointeres i andre sammenhænge flere gange: de studerende må bare spørge- ”der findes ingen dumme spørgsmål”, som de kliniske vejledere siger). Men den studerende begynder også at udvikle en sans for, hvad de legitime spørgsmål er. Jo mere den kliniske vejleder stiller sin viden om dette eksklusive speciale til rådighed, jo flere spørgsmål genereres der i denne genre.

I det følgende skal jeg vise, den del af undervisningen, der angik DC-konverteringen. Undervisningen er som anført ikke kommet i stand ud fra ”hvor langt den studerende er kommet” (den individuelle studieplan), eller hvad den studerende har mest lyst til (det særligt individu-

elle). Men eftersom Trine har prioriteret DC-konverteringen, skal jeg i det følgende vise, hvad det så er, Trine så gerne vil lade Helle se.

## **DC-konverteringen. Den kliniske vejleders ”valg” af undervisningsindhold - en læreplan i arbejdsdeling og det ærbare speciale**

### **Uddrag af observationsnoter fra samme dag som ovenfor, d. 16. 9.08**

Kl. 8.40.

Der skal gøres klar på stuen til patienten, der skal DC- konverteres. ”Vi er små tjenere for narkosen”, siger Trine på vej ned på den enestue, de skal gøre klar, og hvor behandlingen skal finde sted. Hun siger det mest til mig. Helle tager ikke notits af det. Trine tager ”stopkassen”. Det er den kasse, som to sygeplejersker griber fat i, når de via en særlig klokke bliver kaldt til hjertestop andre steder i huset. Kassen indeholder de ting, de skal bruge for at kunne gå i gang med en akut hjælp.

Helle: Skal jeg tage den? (gør mine til at hun kan aflaste Trine ved at bære stopkassen). Trine giver den til hende. [Jeg får det indtryk, at Helle gerne vil prøve at holde den...og det får hun lov til].

Trine checker forskellige tekniske ting, hun siger højt, hvad hun kigger efter, og vi går ind på sengestuen til patienten, der skal have lavet DC-konvertering.

Patienten er en mand sidst i tresserne. Han siger: Jeg håber, jeg overlever! (til Trine) Har du set den film, der hedder COMA, hvor de sælger organer? (Patienten fortæller om en film, hvor patienters organer bliver opereret ud, mens de uforvarende er bedøvet i forbindelse med et andet indgreb. Filmen lyder bestemt ikke rar...)

Trine: Nej, STOP. Det gør de måske på Skejby (griner lidt skævt), men ikke her!

Helle står ved siden af.

Patient: Må jeg arbejde igen? Jeg er skuespiller, siger han til Helle. Ja, for jeg savner det sådan..

Helle: Det lyder da spændende. Har du været med i noget, man kender? Et TV- spil eller noget?

Patienten fortæller, at han har spillet med i et amatørteater, der bygger på virkelige begivenheder. Trine har set alle forestillingerne undtaget en. Hun går ud efter tøj til en anden patient, jeg bliver på stuen.

Kl. 9.10

Patienten fortæller om spillene, Helle kender dem. Patienten snakker og snakker, og de to medpatienter i sengene overfor gør miner, som om de synes, patienten taler for meget. De er begge jyder, og patienten taler med sjællandsk accent. Den ene patient ligger nu med lukkede øjne. DC-patienten remser op, hvad der er blevet spillet siden 2001.

Trine kommer tilbage og hjælper en anden patient på badeværelset . Helle og DC-patienten snakker. Det vil sige, det er mest patienten, der snakker.

9.15

Trine rydder op ved nabosengen, mens Helle og patienten snakker videre om spillene.

Nu skal patienten køres ind på DC-stuen.

9.20.

Anæstesi-sygeplejersken (nark. Spl.) og anæstesioverlægen (nark. Ovl) kommer ind på stuen. De præsenterer sig for patienten, og de hilser på den studerende og mig, og da vi (måske lidt for detaljeret) får forklaret, hvorfor vi er med på stuen siger nark. Ovl:”Og vi er her bare”!

Nark. Ovl. foreslår, at Helle prøver at ”ventilere”, det vil sige klemme på den ballon, som skal sørge for, at patienten får ilt under bedøvelsen. Trine siger, det er en god idé. Men Helle virker lidt beklemmt. Nark. Ovl. siger: ”Nu kan vi lige se”.

Trine sætter plaster på brystet af patienten, smider tom emballage væk – også det som de to fra anæstesen genererer, og hun ordner forskelligt ved patientens skjorte. Patienten fortæller videre til Helle om en lille rolle som tosse i en af Niels Malmros’ film. Helle er ikke helt så interesseret mere.

Trine henter hjertelægen. Han kommer ind, han er afdelingslæge, det vil sige anciennitetsmæssigt på linje med en overlæge. Han hilser ikke på patienten.

Patienten bliver bedøvet, han sover, og afdelingslægen følger patientens hjerterytme på skærmen, så trykker han på en knap =der stødes. Patienten giver et lille spjæt.

Trine til Helle: Hvordan syntes du det var? Helle trækker på skuldrene: Det var ikke så slemt, og det er jo hurtigt overstået.

Nark. Ovl. forklarer til Helle: Nu skal der ”drive på respirationen i medulla”! Var det Helene, du hed?

Helle: Nej, Helle (hun spørger ikke, hvad han mener, men jeg er ret sikker på, at hun ikke forstår, hvad han siger). Ovl. forklarer, at han ventilerer 10-12 gange i minuttet. Han vil øjensynligt gerne bidrage til undervisningen.

9.35

Trine beder Helle om at kigge op til en af patienterne på stuen, som er gået på badeværelset og har været lidt utryg ved at bevæge sig. Imens bliver Trine på stuen hos DC-patienten.

Helle går ud.

Patienten er ved at vågne.

Trine til patienten: Det er gået godt, rytmen holder. Hjertelægen er gået ud.

De ordner forskellige ting på stuen. Helle kommer tilbage. ”Han har det fint”, siger hun.

Patienten er nu vågen: Dygtigt personale, de kan bare på Sygehus Danmark! Super, Trine, du er en knag!

Trine: Det var jo ikke bare mig..

Patient: Bare din måde at være på..

Maden er god, personalet er super (Trine smiler lidt forlegent...)

Vi kører patienten i sengen ned ad gangen og ind på stuen. Patienten taler hele vejen. Han virker synligt lettet og glad.

Patient: Lægerne er også bare så dygtige her! Han kalder den studerende ’en engel’. Det er svært ikke at lade sig smitte af begejstringen, og både studerende og klinisk vejleder smiler og er glade!

Patient: Alt er bare blevet bedre! Må jeg be’om den næste? (slår ud med armene)

Trine: Hvad?

Patient: Ja,...dans! De griner alle tre (og mig med)

Trine: Hvad vil du have til morgenmad?

Patient: Det hele! Yougurt, te, juice, vi skal gøre det til en fest dag!

Trine: Sidste gang holdt rytmen kun 12 sekunder, men denne her gang...

(hun vipper lidt med hovedet). Jeg fik sagt, at der nok var 50 % chance for, at den ville holde, men det passer jo ikke helt. (Siger det også til mig?) Men det er bedre, at det er den vej...

9.50

Patient: Onkel Poul lærte mig at tage bukser på. Patienten fortæller, at Poul Richard lærte ham et fif, så bukserne ikke blev snavsede af at røre gulvet i det øjeblik, man tager dem på.

Patienten taler nu i telefon med sin kone. ”Jeg spørger Trine, hun er et omvandrede leksikon”! Konen vil vide, om han kan få en lægeerklæring på, at han kan køre trailer. Han fortæller sin kone i telefonen, at Helle kender spillene, og Trine har set dem alle sammen undtagen ét. Trine er omkring patienten, og Helle spørger, om hun godt må fjerne venflon på en anden patient. Det må hun gerne, og det gør hun så.

Mens vi er på stuen kommer en sygeplejerske ind og spørger, om der er noget, hun skal hjælpe med. Hun har en 5 timers arbejdsdag i dag, siger hun. Trine siger nej tak. Hun og Helle er på stuen, de har ikke brug for hjælp.

10.02

Trine og Helle går ned og rydder op på DC-stuen. Kører ”Stop-vognen” ud, som bruges internt i afsnittet ved hjertestop. Der er forskellige remedier på.

Trine: Den her, den skal bare gøres klar.

Helle: Kan han egentlig mærke, at han har det bedre?

Trine: Nej, ikke sådan fra det ene øjeblik til det andet...

En anden studerende spørger Trine, hvor noget er. Trine svarer beredvilligt.

Vi er på kontoret. Trine laver ”Thumb up” til Birte, der som sygeplejerske er ”skopvagt”. Det vil sige, at hun er den sygeplejerske der sidder og holder øje med de overvågede patienters hjerterytme på en overvågningsskærmen,

Birte: Han holder rytmen. Det er bare godt!

Vi går i køkkenet og skærer frugt til patienterne. Trine fortæller, at nogle læger mente, at nogen burde kunne se en blødning ”retroperitonealt på 20.3”. Trine havde til morgensamlingen med plejepersonalet foreslået en scanning, der skulle kunne afsløre den slags, men fra den sygeplejerske, der havde været med til lægernes morgenkonference forlød det, at det ville ’de’ ikke. Trines diagnostiseringsforslag, som klart er lægernes domæne er således blevet underkendt, og Trine prøver at legitimere sit forslag ved at sige, at nogle læger – ligesom hende selv - mente, at nogen burde kunne se det på en undersøgelse. Hun siger det til både Helle og mig, men måske mest til mig. Helle reagerer ikke på hendes udsagn.

Efter kaffepausen kl. 11: Vi går på kontoret. Der er stuegang. Lægen (afdelingslægen, som DC-koverterede) er der, han kigger på tavlen og spørger, om Trine vil ”gå”. Det vil hun godt.

Helle går hen til skabene og tager læbepomade på, kommer tilbage.

Trine går i gang med at præsentere patienterne:

”20.2. har været til DC-konvertering...” Hun fortæller, hvordan det er gået (Lægen var selv med).

Læge: Jamen så skal han hjem.

Trine: Han er blevet lovet, at han kan blive til i morgen, det har vi også talt om på stuen.

Lægen: Det skal han ikke. Det er der ingen grund til.

Vi sidder ved den første ’bordafdeling’, hvor lægen sidder komfortabelt på en stol med journalerne foran sig, læser/bladrer, Trine sidder på en stabel stole, ubekvemt og på det yderste af en stol.

Helle sidder lidt væk overfor. En klokke ringer, Trine kigger efter, hvem det er.

En patient står i døråbningen.

Trine: Hvad kan jeg hjælpe med?

Patienten spørger efter en sygeplejerske. Trine rejser sig og følger patienten ned i ”Oasen”, det lille pause-rum, hvor hun åbenbart ved, sygeplejersken sidder.

Lægen rejser sig. Han venter ude på gangen, til Trine kommer tilbage.

På stuen:

Trine tager sygeplejersjournalerne, lægen tager lægejournalerne, Helle går bagefter, og processjonen går ind på patientstuen.

Lægen sætter sig på sengen hos patienten, der lige er blevet DC-koverteret. Han fortæller om planen.

DC-konverteringen er et behandlingsmæssigt højdepunkt på flere måder. Den kræver en specialindsats, hvor både den medicinske læge og narkosepersonalet, inklusiv en overlæge, er hidkaldt som specialister. Behandlingen rummer dramatiske elementer af liv og død, og den studerende har fået en særlig tilladelse til at være tæt på. Hun inviteres endda til selv at spille en aktiv rolle. Men det er næsten for meget af det gode, at den studerende får lov til at stå med patientens liv i hænderne (narkoseoverlægen der vil give Helle lov til at ventilere patienten ved at klemme på luftposen - et tilbud hun takker nej til). Den kliniske vejleder ”curler” og gør klar til ”the peak performance” og rydder op efter de andre. Den kliniske vejleder udtrykker selv, at sygeplejerskerne er ”små tjenere”. På denne måde forsøger hun tage brodden af en mulig ”afsløring” af hendes perifere rolle som sygeplejerske i forhold til den behandling, det hele drejer sig om. Denne rolle har ligheder med Petersen beskrivelse af sygeplejerskens funktion som *universal-vikarfunktion* i betydningen, at sygeplejersken har udviklet en evne til at ordne noget for nogen hele tiden i en underordnet stilling ikke bare i relation til lægen men også til patient, pårørende og andre faggrupper (Petersen 1993: 238). På sengestuen i lægens fravær forsøger hun sig som ”vikar” for lægen ved at udtale sig om prognosen for DC-konverteringen – hun mener, der er 50% chance for at rytmen vil holde. Men rytmen holdt faktisk 100%, og hun skyder også galt, når hun udtaler sig om, hvor længe patienten kan blive i afdelingen. Løftet til patienten om, at han må blive til næste dag, bliver underkendt.

I relation til Abbotts jurisdiktionsbegreb, kan vi med ovenstående se, at den kliniske vejleder, Trine, forsøger at overskride ordenen for arbejdsdelingen, hvor lægen tager sig af diagnose,



prognose og behandling. Men lægen kan til enhver tid forvise den kliniske vejleder og sygeplejerske til hendes ”rette” plads, så her er der ikke megen plads til forhandling. Den kliniske vejleder kan til gengæld forsøge at spille *patient-imperativet* som kort (hun afbryder stuegangen for patientens skyld, patienten der vil tale med en sygeplejerske), og på denne måde kan hun forsøge at erobre lidt mere autonomi momentant. I sidste ende finder arbejdsdelingen sted indenfor visse grænser. Lægen har bemyndigelsen til at beslutte, hvornår patienten kan udskrives, og Trine må ændre planerne og få arrangeret det, så patienten kan udskrives samme dag og ikke dagen efter, som hun ellers havde ”lovet” patienten.

Senere forsøger Trine i øvrigt at legitimere sin beslutning overfor både patient og den studerende ved at fortælle, at den form for bedøvelsesmidler, man bruger i dag, er meget hurtigere ude af kroppen end dem, man brugte før i tiden. Underforstået: så er der heller ingen grund til at blive.

Med denne type erfaringer og strukturer inkorporeret, og hvor de dominerende kapitalformer kun kan håndteres stedfortrædende og ikke med fuld autonomi, kan den kliniske vejleders undervisningspraktikker tidligere på morgenen ses som kompenserende strategier, hvor Trine i det mindste kan tale om de medicinske specialiseringer. Den studerende undervises med andre ord også i at kende sin plads, og hvad der kan ske, hvis sygeplejersken alligevel forsøger at udfordre den jurisdiktion, der er gældende.

### **Glæde og det livgivende aspekt som orienterende kraft for ”valg” af undervisningsindhold**

Hvad der kan ses som et komplekst relationssystem mellem dominerede og dominerende og ind imellem forhandlinger og genforhandlinger i tilblivelsen af klinisk undervisning ser imidlertid også ud til at rumme andre dimensioner end de sociale. Situationen med den nervøse patient, der levende fortæller om det, der betyder noget for ham i sit liv parret med hans bekymringer for, om hele indgrebet vil gå godt, forløses med en vellykket behandling. Patientens respons er en spontan glæde, der bærer både studerende og klinisk vejleder frem som noget helt særligt. Den smittende begejstring ses også hos sygeplejersken Birte, der som skopvagt deler glæden ved den vellykkede behandling. Glæden ligger ikke kun i forlængelse af den sociale anerkendelse og behaget ved at være på det ”rigtige hold” eller på solsiden så at sige, men det hjælper. Planlægning og ”valg” af undervisningsindhold er her forsøgt forklaret som et sociologisk fænomen, men forløbet viser også et livgivende og glædefrembringende aspekt af sygeplejerskens arbejde. Aspektet frembringes ganske vist af det lægefaglige

speciales succesfulde behandlings- og diagnosticeringsmetoder, men det rummer også i sig selv begejstring, glæde og lethed ved livet. Det forekommer derfor ikke helt rimeligt at reducere disse aspekter til gangbare kapitalformer. Glæden ved livet som en spontan livsytring og et grundvilkår er her formidlet gennem personlige udtryk, i samspillet mellem den kliniske vejleder og den livfulde patient, som Trine kender og som den studerende får adgang til. Man kan diskutere, om her er tale om elementer af selvforglemmende væren, som filosofen Pahuus taler om som en stærk kraft ved det gode liv (Pahuus 1998) i modsætning til det retningsbestemte og det ”villedede”. Man kan måske strække det Bourdieu’ske argument så langt, at Trine også har forkropsliggjort den slags livs-dejlige erfaringer, så de også bliver medbestemmende for, at hun lader Helle ”få lov til at være med” til DC-konverteringen. Og Helle kender hun efterhånden også som pige med appetit på sygeplejen – hun stiller i hvert fald mange spørgsmål, som Trine beredvilligt svarer på, som vi så ovenfor. Trine selv har ikke svært ved at træde i karakter som en munter og let person. Adspurgt om den studerende Helle har nogle forbilleder i afsnittet, fortæller hun, at hun gerne vil være ligesom Trine:

Helle: Jamen, det er bare den måde, hun møder patienterne på, og snakker til dem, og jamen hun er bare så menneskelig, det er ikke sådan ding, ding, ding, sådan skal det foregå vel? Altså, hun kan godt bevæge sig ud over og lige tage en snak om, hvad der sker i, ja sådan lidt få dem til at glemme, hvad de egentlig fejler, og hvorfor de egentlig ligger her og skabe lidt sjov, og det synes jeg bare, det er vigtigt.

Karin: Synes du også, hun er dygtig?

Helle: Ja, det synes jeg. Hun ved utrolig mange ting, og det kan jeg også.. mange kommer også tit og spørger hende om noget.. af de nye sygeplejersker, der er startet på afdelingen, og så er det tit, det er Trine, de henvender sig til. Og det er også hende, de helst vil gå med, har jeg sådan hørt, fordi hun er bare god til og lære fra sig...

Jeg har nu givet eksempler på planlægning som oversættelsesarbejde mellem det abstrakte og praktiske videnssystem, og hvordan den studerende forventes at tage ansvar for oversættelsesarbejdet på trods af, at hun ikke har forudsætningerne for det. Jeg har vist, hvordan det abstrakte videnssystem har en tendens til at lukke sig om sig selv, og hvordan der alligevel ikke frit kan vælges undervisning på trods af alle gode hensigter. Analyserne viser vanskelighederne ved at etablere en plan, sådan som der er lagt op til i arbejdet med studieplanen. Praksisformerne omkring planlægning af undervisning sker i højere grad som inkorporeringer og efterfølgende orienteringer. Inden jeg samler op og trækker nogle lidt større linjer, skal jeg vise et eksempel på, hvad der sker med undervisningen, når planen er lagt og opgaven for den studerende er veldefineret.

## **En veldefineret og operationel plan for undervisning. Så kører det!....eller?**

I det følgende eksempel har klinisk vejleder, Nanna fra afsnit 2 bestemt, at hun vil overvære, når Stinne (6. semester) skal dele medicin ud. ”Mediceringivning” indgår i Stinnes individuelle plan; hun skal snart til eksamen. Nanna har fortalt, at hun ikke har været så meget sammen med Stinne, da Nanna, efter hun blev færdig som klinisk vejleder, har afløst den undervisningsansvarlige sygeplejerske, der har været på sit afsluttende modul på en af diplomuddannelserne. Nu vil hun gerne høre, hvad Stinne siger til patienterne, når de skal have deres medicin, som Nanna selv siger direkte og præcist. I ”Planer for Klinisk undervisning, står der at *”den studerende inden det kliniske undervisningsforløb har haft undervisning i professionel handlekompetence – herunder administration af medicin i forhold hertil”* (Planer for Klinisk undervisning, studieordning 2001 – 2008). Endvidere er det beskrevet, at *”den studerende i løbet af det kliniske undervisningsforløb skal tilegne sig de kundskaber og færdigheder, som er nødvendige for udførelsen af ordineret medikamentel behandling. Den studerende skal kunne varetage patientens behov for information, vejledning og observation vedrørende anvendte lægemidler”* (ibid). Der er således ikke store oversættelsesmæssige udfordringer her; den kliniske vejleder har ydermere defineret den aktivitet, den studerende skal foretage sig. For så vidt angår hendes egen aktivitet, lægger formuleringen ”høre, hvad hun siger til patienterne” op til, at den kliniske vejleder får mulighed for at se og høre, hvad den studerende foretager sig. Med andre ord gives hun mulighed for at bruge denne praksissituation i undervisningen. I det følgende skal jeg vise, hvordan det kommer til udtryk.

### Uddrag fra observationsnoter 12.12.2008. Afsnit 2

Kl. 8. Nanna [klinisk vejleder] er mødt en time senere end den studerende, Stinne er 6. semester sygeplejestuderende og har været ca. 3 ½ måned i afsnittet og har ca. 1 ½ måned tilbage af sit praktiksemester. Nanna møder altid kl. 8, når hun er i dagvagt. Hun har en særlig aftale med afdelingssygeplejersken, så hun kan sørge for børnene om morgenen, når hendes mand er taget på arbejde. Nanna finder Stinne i medicinrummet, hvor Stinne er gået i gang med at hælde medicin op.

Nanna: Godmorgen, Stinne. Nå, du er i gang her.

Stinne: Ja, jeg er i gang, men de skulle jo have alt muligt morgenmad, så..[hun lyder som om, hun undskylder, at hun ikke er nået længere med morgenarbejdet].

Nanna: Jeg vil gerne overvære, når du giver medicin. Det skulle jeg måske have sagt i går, men jeg tænkte først på det i går aften. Jeg har ikke hørt det før, når du giver medicinen til patienterne. [Nanna har før givet udtryk for, at hun lægger meget vægt på, at patienterne ikke bare får et glas piller. Hendes holdning er, at det er vigtigt, de ved, hvad de får og hvorfor].

Nanna: Kommer du også ind til samling<sup>149</sup>?

---

<sup>149</sup> Samlingen foregår ved at gruppens plejepersonale sidder sammen på kontoret. Den sygeplejerske, der skal med til lægernes konference, får informationer om patienternes aktuelle situation af de sygeplejersker, der har ansvar for at passe et antal patienter. Det er typisk souschefen eller også ofte den undervisningsansvarlige sygeplejerske, der går med til for at kunne give relevante informationer, der kan bidrage til at lægerne kan træffe beslutning om de rette undersøgelser og behandlinger. Konferencen foregår i afsnittets personalestue. Når den konference-gående sygeplejerske har fået besked, aftales det, ”hvem der går først”. Det betyder, at de sygeplejersker, der har patienter, der skal overflyttes eller udskrives, skal gå stuegang først, så de kan få flow i systemet og skabe plads til nye patienter.

Stinne: Ja, ja..(Underforstået, jeg skal gøre hvad jeg kan for at nå det.. ) Stinne fortsætter med at ophælde medicinen. Nanna og jeg går på stuen.

En patient har næseblod. Nanna finder blødt papir.

(...)

Efter "samlingen" går vi kl. 9.04 på stuen, hvor Stinne og Nanna skal tage sig af de fire kvinder, der ligger der. Sengepladserne betegnes 28.1, 28.2, 28.3 og 28.4 startende fra venstre, når man kommer ind ad døren, og ofte omtales patienterne efter den sengeplads, de har fået tildelt.

Stinne bærer bakken med medicin til de fire patienter, og Nanna begynder at rydde en morgenbakke op, der står på bordet henne ved vinduet.

Stinne kalder på Nanna. Hun står ved den første patient lige indenfor døren. Patienten (ca. 70 år) sidder i sengen med opslået hovedgærde og morgenbakken foran sig på sengebordet. Nanna kommer nu hen til sengen, og Stinne begynder sin information. "Den lille hjerteformede er en hjertemagnyl for at blodet skal flyde lidt nemmere, og så er der Iprenen, som du kender..." Nanna står ved siden af, hun siger ikke noget. Flere piller skal forklares. Patienten skylder dem ned på én gang med lidt mælk.

De går begge videre til næste patient, og Stinne begynder også her at forklare, hvad der er hvad, men hun opdager, hun mangler en "Kaleoid-tablet". Den vil hun komme tilbage med. Nanna siger ikke noget. Stinne går videre til den tredje patient, hvor hun går i gang med at forklare her: "Så er der Cordarone..." men Nanna er blevet opholdt hos den forrige patient. De snakker om en undersøgelse, patienten skal til. Patienten har spurgt Nanna, og hun fortæller om, hvordan den foregår. Imens er Stinne i gang hos den tredje patient: "Den runde dér er for..."

Nu kommer Nanna, og hun siger: "Slimhinderne i maven kan godt være sarte, derfor giver vi en kur..."

Stinne: ...nå, det var derfor... Patienten fortæller om noget smertestillende medicin, hun er vant til at tage.

Stinne siger, at vi kan lige så godt "skrive det på" (medicinlisten). Den medicin, som patienten får, hedder noget andet end den, hun er vant til at tage derhjemme, Stinne fortæller, at det er det samme virksomme stof.

Patienten fortæller om en behandling, hun gennemgik i 1989.

Nanna: Stinne er ikke så gammel i gårde, dengang gjorde man... (og Nanna fortæller, hvordan man gjorde med den type behandling i 1989). De griner lidt.

Patienten henvender sig ligeligt til både Nanna og Stinne.

Nanna har set på uret. Patienten der taler skal til undersøgelse nu. "Så du skal lige have piller og så ud på toiletet", siger Nanna.

Nanna går ud efter en kørestol, som patienten skal transporteres til undersøgelse i, hun er væk et stykke tid, imens bliver jeg på stuen.

Stinne: (forklarer videre om medicinen): Dét pauserer du med.

Patienten: Hvaffor nå'e..?

Stinne: Den skal du ikke have mere.

Nanna kommer tilbage, der var ikke nogen ledig kørestol. Patienten der skal til undersøgelse er nu gået på toiletet.

Stinne er gået tilbage til nummer 2 patient, hvor hun fortæller mere om, hvad pillerne er. Hun syntes åbenbart, hun havde glemt at sige noget. Nanna fortæller mig med lav stemme, at der ventes på patienten, der skal til undersøgelse og som er ude på toilettet. Nanna stiller sig udenfor ved toilettet i den lille mellemgang, gør "sving-med-håndtag-tegn", som om hun ønsker, at patienten skal "komme i omdrejninger".

Stinne er nu nået til den sidste patient, og hun går i gang med at fortælle om pillerne. Nanna bliver stående udenfor toiletdøren, så hun kan ikke høre, hvad Stinne siger til patienten.

En sygeplejerske i blå tøj stikker hovedet ind, hun er fra det undersøgelsesafsnit, hvor undersøgelsen skal foregå. Nanna fortæller sygeplejersken, at patienten er på toilettet. "De er klar", siger den blå sygeplejerske, og hun forsvinder igen.

Nanna siger til mig, at hun synes godt, de selv kunne hente patienterne, gøre klar med kørestol etc. "De står bare og venter og venter, når de ikke gør klar til, at en læge kan lave undersøgelsen".

9.30

Stinne går ud i medicin rummet efter den glemte medicin. Nanna bliver på stuen og fjerner en venflon<sup>150</sup> hos den første patient. En anden patient taber alle pillerne på gulvet og vælter medicinglasset! Nanna udbryder: Neej...!?!

Patienten: Var det mig?...

Nanna: Ja! (siger hun højt med opspilede øjne, men hun smiler). Nanna samler dem op og putter dem i medicinglasset og tager dem med ud i medicinrummet. Her kommer Stinne fra, og hun går nu ind på stuen.

Nanna: "Ud med dem". Hun hælder pillerne op i en bøtte. (Jeg samler en pille op, hun taber, og som hun ikke har set). Hun finder medicinen frem fra pilledåserne og hælder dem op i et lille medicinglas.

<sup>150</sup> Den tynde plastiknål der ligger i en blodåre til brug for medicin og væsker.

På stuen i den lille mellemgang:

Nanna: Jeg bliver lidt utålmodig, kan jeg mærke..(siger det til mig). Hun giver medicinen til patienten og smiler.

Stinne sidder på sengekanten ved patienten på 28.2, som taler om lejligheden, patienten er glad for.

Stinne skal give intravenøs medicin, det vil sige ind i en blodåre. Vi går i medicin rummet. Stinne finder små medicinglas og sprøjte og kanyler frem. Hun tager noget beskyttelsespapir af. Nanna korrigerer på hygiejnen. Visse steder må ikke blive berørt, ellers er det usterilt.

Stinne vil give 80 mg Furix intravenøst. Nanna spørger, om det er rigtigt, for patienten har også fået 3 tabletter Furix. Stinne mener bestemt, det var 80, der var ordineret...De ser efter i det elektroniske system.

Stinne: Nej! Det var 40 mg!

Nanna: Vi venter til stuegang med at give det, så kan vi spørge om, hvad det rigtige er.

Stinne foreslår, at de alligevel giver 40 mg, som der står i ordinationen.

Nanna siger: Hvad var det, vi blev enige om?..(som om hun siger: "nu holder vi fast ved vores beslutning").

Stinne: Nå, ja...Vi venter..

En sekretær stikker hovedet ind og vil have Nanna til at tage et telefonopkald - en pårørende. På vej til kontoret siger hun til mig: Det er så træls for hende, hun vil så gerne have kontrol over det, det er synd...Hun hentyder til, at det var kedeligt for Stinne at blive taget i at lave en fejl.

Stinne siger lidt senere: Godt du så lige var der til at checke. (Stinne har ellers tidligere fortalt mig, at hun gav 80 mg sammen med en anden sygeplejerske den anden dag, men det siger hun ikke til Nanna).

9.50

Nanna taler med en svigerdatter i telefonen.

Vi er tilbage på stuen: Stinne er ved at give inhalationsmedicin til en patient. Et slangesystem er sat til væggen, og det hvæser ud med ilt og luft. Patienten skal have en maske på. Nanna deltager ikke i processen og ser ikke, hvad Stinne laver. Hun hilser fra svigerdatteren og går ud for at gøre klar til at lægge en ny venflon på den første patient. Arbejdsopgaverne flyder videre: Nanna kigger til et indstikssted, skifter en forbindelse, Stinne hjælper en patient ud på badeværelse, afmonterer ledninger til overvågningen, henter nødder og frugt, taler med en anden patient, der vil vente med at blive vasket, til der har været stuegang. Medicingivningen er overstået nu. Kl. 10.10

Planlægningen af undervisningen er tilsyneladende udtænkt af den kliniske vejleder aftenen før uden Stinnes inddragelse, men hun ser ud til at være indforstået med, at Nanna skal se hendes arbejde. Hun kalder Nanna til sig, så hun kan se, hvad hun siger og gør. Nanna formår da også at overvære medicinuddelingen hos to patienter. Hun supplerer en enkelt gang det, Stinne siger (kuren mod de sarte slimhinder), og hun undervises hermed i, hvad man også kan sige til patienterne. Når hun ikke følger hele seancen, som der ellers var lagt op til, kan det overvejende forklares med to forhold. For det første sætter det, man kunne kalde *praksisimperativet* sig igennem: F.eks. en patient der opholder Nanna, så hun mister momentum på Stinnes handlinger, en telefonforespørgsel der fordrer, at Nanna må gå på kontoret og tale med pårørende, og situationen med de tabte piller på gulvet.

For det andet er kravet om *flow* – om at arbejdet skal afvikles – medvirkende til, at Nanna ikke som ellers planlagt følger intensjonen om at overvære, når Stinne informerer om medicinen til alle fire patienter. En venflon SKAL fjernes, morgenbakkerne SKAL ud, og patienterne SKAL forberedes til deres undersøgelser. Nanna bærer sig praktisk ad og prioriterer de opgaver, der SKAL udføres som en del af arbejdsflow'et i løbet af arbejdsdagen frem for de pædagogiske aktiviteter.

Og der SKAL gås stuegang. Og det får også betydning for, om det Stinne har sagt til patienterne i forbindelse med medicingivningen gøres til genstand for undervisning. Hvilket kunne være en mulighed.

Efter kaffepausen og nogle gøremål på stuen, foreslår Nanna, at de sætter sig ud i Oasen (det lille pauserum) for at forberede stuegang. Som vi skal se det, gøres nu runden til patienterne med lægen til genstand for undervisning og vejledning.

Kl. 11.30

Nanna: Er der ellers noget, du skal have spurgt [lægen] om [på stuegang]?

Stinne: Vi skal have lagt medicin ind på 28.3. Hvad er det nu Imovane er?

(Pause: Nanna venter, Stinne venter, Nanna fortæller hvad det er).

Nanna: Hvilke kliniske observationer har du gjort dig hos Ruth?

Stinne: Hun er forpustet, har ilt..

Nanna: Er der nogen måder, du kan måle den?

Stinne: Jeg kan måle en SAT<sup>151</sup> inden middag.

Stinne: Vi skal også snakke Furix [med lægen], om hun skal...

Nanna: Ja, hun får 120 mg Furix + 40 mg på én gang. Det er en stor dosis...(afventer..)

Stinne: Jeg har ikke lige begrundelsen for hvorfor, om det var...

Nanna: Er der kliniske observationer efter blodprop (i hjertet)? [som patienten i seng 28.3 har. Nanna springer tilbage til den anden patient]

Stinne: Smerter, blodtryk, puls ..(Nanna siger hm...= ja, anerkendende)

Nanna: ..og hvordan de klarer at være i bad, har de dyspnø (åndenød).

Stinne: og temperatur...Jeg vil gerne snakke om dyspnø også i forhold til refleksionsøvelsen. Jeg forsøgte med Ulla forleden, men det var en kaotisk dag, så det blev ikke til noget.

Nanna nikker – hun bliver kaldt til telefonen af sekretæren. ”Nogen vil tale med enten en læge eller en sygeplejerske”. Nanna går til telefonen.

Nanna spørger til de ”kliniske” observationer. Her har begrebet ”klinisk” også sneget sig ind og understreger vigtigheden. Observationerne er de informationer, hun skal vidererapportere til lægen på stuegangen, som svar på hvordan patienten reagerer på den medicinske behandling. De taler ikke om den information, Stinne har givet til patienterne, og som Nanna gerne ville se - hverken nu eller senere på dagen. Det kunne have været en mulighed at lade en af de mange situationer, Stinne lige har stået i med hensyn til medicingivningen, være omdrejningspunkt for en pædagogisk aktivitet, når de nu alligevel sidder ned, væk fra praksisimperativet og med en ’time-out’ fra kravet om flow. I stedet taler de om så meget andet i det medicinske univers. Nanna underviser f.eks. i, hvad ”aortaaneurisme” er, og hvad undersøgelsen ”EKKO” går ud på. Hun tegner et hjerte på et papir og viser, hvor lungevenerne starter. Og de taler om behandlingsregimerne, i hvilken rækkefølge undersøgelserne skal foretages, og hvordan patienterne får svar, eller det som Petersen har kaldt forvaltningspraksis og administrationspraksis (Petersen 1993: 44). Det planlagte undervisningsindhold, dvs. hvad den stu-

---

<sup>151</sup> Iltmætning der måles ved at sætte en klemme på patientens finger.

derendes siger til patienten i forbindelse med medicingivning, udfoldes ikke her. Da det pædagogiske spor bliver afbrudt af sekretæren, taber den kliniske vejleder momentum.

I den praktiske afvikling af arbejdet er det lykkedes Nanna at holde nogenlunde fokus på medicingivning. Men i sidste ende må den pædagogiske aktivitet, medicingivning, vige for praksisimperativet og kravet om flow. På trods af at den kliniske vejleder hele formiddagen med sine prioriteringer og sin krop i rummet har vist, at det praktiske arbejde **har** forrang med alle dets imperativer, så beder hun den studerende om at handle imod denne logik ved at opfordre den studerende til at prioritere sin egen uddannelse frem for det praktiske sygeplejearbejde:

Nanna: Du kan overveje din egen eller en anden seddel.. (til at holde styr på, hvad hun skal spørge lægen om på stuegang). Kan du godt lide, at være ude hos patienterne?

Stinne: (smiler og ser på Nanna) Ja!

Nanna: Men nogle gange må du sige: Nu går jeg lige ud og forbereder mig. Det er fint, at du vil være ude, men du må godt overgive det til den, du går med.

Stinne nikker.

Nanna viser med sit spørgsmål, at en ”rigtig” sygeplejerske er hos sine patienter og er drevet af et ønske om at gøre det godt for patienterne. Det spiller formentlig også en rolle, men som vi har set det, bliver den kliniske vejleder og sygeplejerske også ”ude” på stuen af hensyn til kravet om flow. Mauss taler i sit essay om kropsteknikker om *prestigetung efterligning*, som er de handlinger, som lykkes, og som man har set lykkes for de personer, man stoler på og som har autoritet over en selv (Mauss 2004: 72). Den kliniske vejleder er den studerendes nærmeste autoritet. Som vi så det i starten på dagen, hvor den studerende indirekte undskylder, at hun ikke er nået længere med medicinophældningen, synes den studerende at have forstået, at det (også) drejer sig om kropsligt at agere, så arbejdsopgaverne bliver afviklet, og der bliver holdt flow i arbejdet. Når man overgiver arbejdet til en anden, som Nanna foreslår, bidrager man dermed ikke til det vigtige flow. Det er med andre ord ikke en handling, man i udgangspunktet lykkes med som sygeplejerske, hvorfor kravet om at prioritere sin egen uddannelse som studerende i denne sammenhæng er vanskelig at efterleve på grund af de indbyggede modsætninger.

Opsummerende kan man med disse observationer sige, at selv når planen er klar, og der er et minimalt behov for at oversætte den abstrakte, akademiske viden til praksisviden (fra ”*administration af medicin*” til ”*hvad den studerende siger til patienterne i forbindelse med medicingivning*”) kommer den planlagte pædagogiske aktivitet til at konkurrere med kravet om *flow* og *praksisimperativet*. Undervisning i praksis er en rodet affære, præget af brudte strømme af handlinger, og planer der må indrette sig på de mikrosituationer, der opstår. Da den kliniske vejleder og den studerende trækker sig tilbage fra patienterne, er der en teoretisk

mulighed for at gøre det planlagte ”*hvad den studerende siger til patienten i forbindelse med medicingivning*” til genstand for undervisning. Men her prioriteres undervisning og vejledning i at *performe* hensigtsmæssigt til den forestående stuegang med lægen og en skoleagtig gennemgang af hjertets fysiologi højere end undervisning og vejledning i at informere patienterne hensigtsmæssigt om den medicin, de får. Det kan indvendes, at den kliniske vejleder prioriterer, som hun gør ud fra et skøn om, at der ikke er et stort behov for undervisning og vejledning i relation til medicingivning, underforstået den studerende kan det, hun skal kunne, og så stopper den pædagogiske aktivitet med det. Men Stinne laver nogle fejl i medicinadministrationen: den glemte *Kaleorid*, den måske forkerte dosis *Furix*, og hun bruger også et fagsprog, som en patient ikke forstår, så helt fejlfrit var det ikke. Og det kunne også have været en mulighed at tale om de dilemmaer, der opstår, når der skal handles og informeres. Jeg spurgte ikke Nanna direkte, hvorfor hun ikke overværede al medicinuddelingen, og om hun var tilfreds med Stines indsats. Måske fordi jeg fandt, at situationerne talte for sig selv. Og jeg spurgte slet ikke, hvorfor Nanna prioriterede at undervise i, hvordan man *performer* hensigtsmæssigt til stuegang med lægen, og hvorfor hun foretager en skoleagtig gennemgang af hjertets fysiologi frem for at tale om Stines vejledning og information til patienterne. Jf. Bourdieu kan man nemlig ikke spørge om det, man allerhelst vil vide noget om og få et udtømmende svar. Min pointe er at vise, at den kliniske vejleder handler og gør ting til forskel fra andre. Når Nanna og Stine sætter sig i ”Oasen”, og der principielt etableres en undervisningssituation, så kan jeg konstatere, at noget sker frem for andet. Det ser ud til, at når man sidder i rum væk fra patienterne, så er der en tendens til, at der opstår en form for undervisning, hvor der indgås alliancer mellem de behandlingsrelaterede emner og det abstrakte videnssystem.

Da vi gik kl. 15.40 – dvs. 40 minutter efter fyraften og sagde tak for i dag til hinanden, havde der stadigvæk ikke været stuegang. Lægerne havde travlt. Nannas prioritering blev ikke modsvaret af lægernes prioritering.

### **Opsamling på den kliniske vejleders planlægningspraktikker**

Nødvendigheden af at planlægge og strukturere klinisk vejledning og undervisning optræder som et uantastet dogme i såvel statslige rapporter, uddannelsesdokumenter og blandt aktørerne i feltet – også blandt de kliniske vejledere. Jeg har ovenfor foretaget forskellige nedslag i planlægningspraktikkerne for at vise det mønster, jeg har set: nemlig at den kliniske vejleder handler på måder, som ved første øjekast får planlægnings- og undervisningspraktikkerne til at se meningsløse ud.



I forudsætnings- og forventningssamtalen så vi, at det er vanskeligt for den studerende at ”oversætte” fra professionens abstrakte teoretiske videnssystem til det praktiske system af viden, når hun i udgangspunktet er novice indenfor begge videnssystemer. Derfor tyer hun til de ”oversættelser” af læringsudbytte, som praktikstedet har forfattet i den generelle studieplan. Det får den konsekvens, at hun kommer til at skrive det samme som i den generelle studieplan, men eftersom den studerende forventes at lave en individuelt tilpasset plan, skal hun skrive noget andet end det, som praktikstedet har gennemformuleret. Det får den konsekvens, at hun står tilbage som den mislykkede, og rollefordelingen mellem underviser og studerende fastholdes: den studerende kan endnu ikke men skal lære. Når den kliniske vejleder tager rollen på sig som underviser udi kunsten at oversætte, underspiller hun som vi så det i forventnings- og forudsætningssamtalen i solidaritet med den studerende det abstrakte, teoretiske sprogbrug. Qua sin egen habitus kender hun alt for godt, hvad det vil sige ikke at beherske de dominerende kapitalformer (professionens teoretiske og abstrakte videnssystem og viden om diagnose og behandling). Den kliniske vejleder ender med at ville hente hjælp til at udlægge teksten hos skolens repræsentant. Hermed flyttes fokus på ”oversættelsen”, som bliver det, der skal læres. Herved diskvalificerer hun sin egen praktiske viden og det, som praktikken står for og legitimerer samtidig skolens orden og definitionsret, hvor det symboliske mesterskab, teoretisk viden står over den praktiske kunnen. Med eksemplet på den kliniske vejleders oprigtige forsøg på at følge den studerendes individuelle studieplan, så vi, hvordan det også er vanskeligt for den studerende at oversætte fra det praktiske system af viden til den individuelle plan. Og når det lykkes at få sat en dagsorden for undervisning med afsæt i planen, (temperaturmåling), så er den kliniske vejleders tilbud om undervisning overhøring af teoretisk stof – gerne fra den biomedicinske videnskategori. Den abstrakte viden har i sit væsen en tendens til at lukke sig om sig selv (Abbott 1988: 53), og det bliver derfor ikke patienternes konkrete udtryk, der gøres til genstand for undervisning.

Endelig viser studierne som vist med ovenstående eksempler, at det på trods af alle gode hensigter om at tage udgangspunkt i den individuelle studieplan er helt andre kræfter, der bestemmer undervisningens indhold. Jf. Bourdieu kan man sige, at de kliniske vejledere agerer ikke efter regler og forskrifter eller studieplaner men ud fra deres praktiske sans. Den individuelle kliniske studieplan kommer i skarp konkurrence med kravet om *flow* og *drev*, der gælder for hele institutionen. Patienter med behov og ønsker skal drives igennem behandlingssystemet i en jævn strøm, så nye kan komme til, og behandlingsgarantier kan overholdes. Planlægning i overensstemmelse med den individuelle studieplan og den studerendes ønsker kommer til at konkurrere med de opgaver, der er forbundet med de prestigefyldte medicinske

behandlingsformer, herunder de arbejdsopgaver, der opstår i samarbejdet med lægen, f.eks. den prestigefyldte specialbehandling eller stuegang. Disse arbejdsopgavers værdi forstærkes af, at de diagnose- og behandlingsrelaterede vidensformer er afgørende for, at der kan foregå et flow, som også er det, der efterspørges blandt patienter (og pårørende) ud fra et helsefremmende synspunkt. Planlægning af undervisning bliver hermed et spørgsmål om, hvad der er inkorporeret som værdiorienteringer hos den kliniske vejleder. Og her spiller de livgivende og glædesfrembringende elementer i omgangen med mennesker sammen med de salutogenetiske aspekter også ind (Antonowsky 1987)<sup>152</sup>. Undervisning i den konkrete praksis ude hos patienterne sker i mikro-situationer. Undervisningssekvenser brydes op af praksisimperativer – man MÅ svare og samtale, når en patient henvender sig til én, man MÅ handle, når de mange og farvestrålende piller tabes på gulvet. Praksis' væsen er uorden. Undervisningens væsen er at ordne og lægge til rette - at disciplinere disciplinen, kunne man sige. Sammen med de socialt bestemte forkropsliggjorte værditilskrivninger orienterer den kliniske vejleder sig mod både det, der anses for værdifuldt men også mod det, der kan ordne og afgrænse. Hertil kalder rummet med borde og stole, hvor man kan sidde med papirerne, på en særlig videnskategori, når praksis skal ordnes.

Ovenfor har vi set eksempler på forskellige forsøg på at planlægge og strukturere undervisning med den individuelle kliniske studieplan som omdrejningspunkt. I det følgende skal jeg vise, hvordan mere stramt strukturerede undervisningspraktikker får form. Først ”P-dagen”.

## **P-dagen – planlægningens svære kunst**

En **P-dag** står for en *pædagogisk dag*, som den undervisningsansvarlige sygeplejerske i afsnit 1 beskriver som:

*”En dag, hvor den studerende er i centrum, og hvor det er hende, der for en gangs skyld får lov til at have den kliniske vejleders fulde opmærksomhed. Det vil sige, at den kliniske vejleder ikke skal gå stuegang og har ikke ansvaret for noget som helst andet i gruppen end at følges med den studerende og være koncentreret om det emne, hun nu har bedt om vejledning på”.*

---

<sup>152</sup> Den israelsk amerikanske medicinske sociolog, Aaron Antonovsky har udviklet teorien om salutogenese, som har fokus på, hvad der skaber sundhed og liv frem for sygdom og død.

Det vil sige en læringslogik fremfor en praksislogik skal bestemme, hvad der skal udvælges. Her er det den studerende og ikke ”læreren”=den kliniske vejleder, der vælger ud, hvad der skal læres.

En P-dag er planlagt til at skulle foregå 1 -2 dage om måneden ud af den studerendes ca. 16 tilstedeværelsesdage. Den er nøje beskrevet i afsnittets velkomstpakke/uddannelsesdokument over fem sider og er ideelt set struktureret som følger: Den studerende har to dage før den planlagte P-dag udfyldt en af afdelingen fortrykt A4-side, hvor emnevalg er beskrevet, begrundelse for emnevalg, hvilke arbejdsopgaver der vil være relevante i forhold til emnevalg og endelig: hvad den studerende forventer at få ud af P-dag. Nederst på siden er der lavet en linje med plads til den studerendes underskrift. Efter P-dagen er det meningen, at den studerende udfylder en evaluering. Her skal der evalueres over ti punkter, der er listet op under hinanden:

Emne, begrundelse for emnevalg, planlægning af dagen, prioritering, gennemførelse af plejehandlinger (dataindsamling, observation og rapportering), endvidere: samvær med patienterne (herunder kommunikation), samarbejde (herunder det tværfaglige), kobling af teori og praksis, klargøring af mulige og relevante læringsfelter og endelig en ”egen evaluering af P-dagen”. Evalueringen skal afleveres en uge efter til den kliniske vejleder. Den undervisningsansvarlige fortæller om P-dagen:

*Selve P-dagen bygger på, at de [studerende] kommer med det oplæg. Så snakker vi om det oplæg, og bliver klar på, hvad det er, hun vil have vejledning på. Så går jeg mest efter det, men der kommer også nogle ting på i løbet af dagen. Så får de stort set lov til at arbejde med det i løbet af formiddagen – altid i relation til en eller to patienter. Når de så er færdige om formiddagen, så overlader vi patientplejen til nogle andre, og når vi har spist frokost, går vi fra, og der har de så eftervejledningen i ca. en time, hvor de fortæller om, hvad der egentlig skete, hvad lykkedes for dem, hvad lykkedes ikke for dem, hvorfor gik noget anderledes, end de troede, og så prøver vi at grave os ned i det og finde ud af, hvad det handler om. ”Når du ikke vidste noget om det, hvad betød det så for dig, at du ikke kunne svare på det spørgsmål?” De bliver klogere og klogere på nogle ting...*

Om selve eftervejledningen siger den undervisningsansvarlige:

*Når vi så har eftervejledning eller efterrefleksion, eller hvad man nu vil kalde det, så er det der, vi prøver at prikke til dem med: ”Kender du noget til det her? Siger det dig noget? Har du hørt noget, der beskriver det? Kan du trække det ind, hvis du nu skal forstå det og det?” Det kan både være meget konkret, altså fysiologisk og anatomisk forståelse, og det kan også være noget psykologi eller noget pædagogik i forhold til, hvad der lige udspillede sig omkring den her patient. Det kan også være i forhold til smertebehandling, altså når de går ind til en patient, der har smerter, vidste de så noget om, hvad de kunne tilbyde patienten, eller*

*hvordan de skulle administrere det medicin, de kunne give. Hvor dybt ned rækker deres viden i forhold til det, de gør?*

Intentionerne var, at det, der skulle tales om, skulle være tæt på den studerendes oplevede praksis og handlingerne i relation til patienten. Der var lagt op til en struktureret rammesætning af et undervisningsinitiativ, som kunne markere en grænse mellem den almindelige sygeplejerskes arbejde og det, der hører under en klinisk vejleders arbejdsopgaver. Det var derfor oplagt at komme til at observere på en sådan P-dag. Det skulle vise sig slet ikke at være så nemt. Aftalen med informanterne var fra starten, at jeg skulle følge de kliniske vejledere, og eftersom jeg havde et forløb over næsten et år, var jeg ikke i tvivl om, at der ville opstå en naturlig mulighed for at kunne være med på en P-dag. Men hele foråret 2008 kom til at gå, uden at jeg fik mulighed for at være med. De planlagte P-dage blev aflyst. I starten tænkte jeg, at det var uheldigt, men at der sikkert ville komme andre muligheder. Men mønsteret gentog sig, så da jeg begyndte mere målrettet at planlægge min tilstedeværelse de dage, hvor P-dagene skulle finde sted, blev jeg for alvor opmærksom på, at P-dagen nærmest rutinemæssigt ikke blev afviklet som planlagt. Adskillige gange har jeg sammen med både de to kliniske vejledere i afsnittet og den undervisningsansvarlige og den studerende forsøgt at få en aftale i stand. I stedet for at studere hvilke undervisningspraktikker, der kunne iagttages på en P-dag blev fokus derfor rettet mod at studere forsøget på at afvikle en P-dag. Som oftest blev en P-dag aflyst, udsat eller den blev gennemført i en tillempet form, hvor den kliniske vejleder alligevel måtte passe patienter, som ikke i udgangspunktet indgik i planlægningen af P-dagen. P-dagen blev enten på forhånd aflyst, da man ud fra den planlagte bemanning vidste, at den ikke kunne gennemføres, eller P-dagen blev aflyst om morgenen pga. sygdom i plejegruppen, så der var for få til at varetage plejen. En variant af ”ikke-P-dag-alligvel” har været, hvor den kliniske vejleder blev bedt om tage en aftenvagt i stedet for en dagvagt på den dag, hvor P-dagen var planlagt. Da jeg således efter aftale mødte op den morgen, hvor den planlagte P-dag skulle finde sted, var den kliniske vejleder slet ikke til stede i afdelingen, - den studerende havde fået besked om den aflyste P-dag, men jeg måtte gå hjem med uforrettet sag. På denne måde blev jeg selv som forsker udsat for skrøbeligheden ved undervisningsplanlægningen i den kliniske praksis.

Endelig hen mod slutningen af feltstudierne lykkedes det mig omsider at komme til at observere en P-dag. Besværlighederne ved at planlægge formaliseret undervisning i en travl arbejdskontekst, bliver med eksemplet P-dag til en konkurrence om den kliniske vejleders jurisdiktion, som er defineret af pædagogiske idealer udtænkt af en professions abstrakt, aka-

demiske videnssystem ud fra begreber om *før-vejledning* og *efter-vejledning* og *refleksion*. Men i det praktiske møde med hverdagens krav om at få arbejdsopgaverne løst på afsat tid med de forhåndenværende ressourcer kommer den kliniske vejleders formaliseringsbestrebelse og relative autonomi i udøvelsen af klinisk vejledning under pres.

Blandt plejepersonalet var der en form for tavs konsensus om, at patientplejen havde forrang for den kliniske undervisning.

Det kom f.eks. til udtryk ved en episode, hvor afdelingssygeplejersken ved dagens begyndelse opremser, hvem der er fremmødt. Hun siger: ”Bente *står til* en P-dag”. Bente er den kliniske vejleder, og når afdelingssygeplejersken siger ”står til” med et eftertryk, så ved den kliniske vejleder og den studerende, at de gode hensigter hænger i en tynd tråd. Man kunne forestille sig, at den kliniske vejleder i princippet kunne kæmpe for afviklingen af P-dagen eller i det mindste indgå i en form for forhandling om, hvorvidt P-dagen kunne gennemføres, men hun kender alt for godt præmisserne for at agere som klinisk vejleder. Det praktiske arbejde med patienterne har forrang og skal først og fremmest passes. Den kliniske vejleder har således i mindre grad kontrol over afviklingen af undervisningen, end det er tilfældet i en skolesammenhæng, hvor aflysning af undervisning stort set kun finder sted, hvis der er snestorm, manglende fremmøde af enten underviser eller underviste. Den manglende kontrol over undervisningen opleves også af den studerende. En 2. semester studerende fortæller, da jeg spørger hvor mange P-dage, der var planlagt for hende:

*Louise: Jamen, jeg kan ikke huske det, jeg tror der var de der 5 stykker, der var planlagt, hvor jeg så kun havde 1.. det var også lidt.. jeg var træt af den måde, det var på sådan, det var ikke fordi, jeg var syg, eller min vejleder var syg, det var fordi, der ikke var nok personale. Så tænker jeg sådan lidt, jamen, så skal afdelingen jo ikke have studerende, når der ikke er nok personale til, at de kan tage sig af én ordentligt, men ja, det var jo så bare uheldigt, at det lige rammer der.*

Det betyder tydeligvis noget for den studerende at blive lovet noget, som man ikke kan holde. Hun vurderer de uindfrieede løfter som så stort et problem, at hun er parat til at gå så vidt som at sige, at afdelingen ikke bør have studerende, når den planlagte undervisning må aflyses gang på gang. En anden studerende gik glip af fire planlagte P-dage. De blev ikke erstattet bortset fra, at hun lige før eksamen fik en P-dag, som dog ikke blev planlagt med noget på skrift fra den studerendes side, men blev gennemført i tillempet form

*” for ligesom at checke op, om jeg gør noget rigtigt, eller om det hele er helt hen i vejret lige inden eksamen, eller sådan.. bare lige se, om det er okay, det jeg laver. Det kunne jeg godt lige tænke mig nemlig, og det gjorde hun (klinisk undervisningsansvarlige) så også der om*

*mandagen, hvor jeg skulle op om onsdagen, så det var også en slags P-dag, hvor vi så snakkede om det bagefter, hvad der var godt, og hvad jeg lige kunne nå og lave om og sådan noget..” (studerende Signe, 2. semester).*

Det nøje planlagte og strukturerede præg som karakteriserer P-dagen, involverer en klassisk elevforberedelse: et skriftligt oplæg. Hermed skabes en forventning hos den studerende om at afviklingen af dagen står mål med de forudgående forberedelser for den studerende. Desto større er oplevelsen af skuffelse og følelsen af uindfrie forventninger, når dagen må aflyses. Med Mauss kunne man her sige, at der bliver skabt uorden i gaveudvekslingen, hvor den studerendes bidrag (den skriftlige forberedelse) ikke bliver mødt med gen-gaven (den kliniske vejleders respons) (Mauss 2000). Struktureringen af undervisningen er i udgangspunktet med til at markere den kliniske vejleders jurisdiktion, eftersom det kun er en opgave, som den kliniske vejleder (og den undervisningsansvarlige sygeplejerske) kan tage på sig. Men forsøget på grænsedragning slår ikke igennem, hvilket truer den kliniske vejleders kontrol med den kliniske undervisning.

### **Når P-dagen endelig lykkes**

Nu har jeg analyseret omstændighederne omkring afviklingen af en P-dag, og de besværligheder, der ligger i overhovedet at få dem stablet på benene. Når det så endelig lykkes at gennemføre en P-dag, er det rimeligt at undersøge, hvad der rent faktisk sker. Det vil jeg forsøge at vise i det følgende.

Den praktiske afvikling af den P-dag, jeg havde mulighed for at deltage i, var, som det fremgår valgt efter de forhåndenværende søms princip. Den var på flere måder mindre fast i strukturen, end der var lagt op til på papiret.

Den nyslåede kliniske vejleder, Oline, var blevet stillet i udsigt, at hun skulle introduceres og have anvisninger på, hvordan hun nu efter endt uddannelse, skulle overtage funktionen med at afholde en P-dag. Men tid og mulighed for introduktionen blev også udsat og aflyst. Derfor var den P-dag, jeg endte med at overvære ”sådan lidt uofficiel”, som den kliniske vejleder sagde. Hun havde ikke modtaget introduktion, og som hun sagde: ”Så nu gør jeg det bare på min egen måde”!

På P-dagen hvor jeg havde planlagt at komme, var det lykkedes at bemane gruppen med en ekstra sygeplejerske. Mod normalt 3 sygeplejersker (eller 2 sygeplejersker og 1 social og sundhedsassistent) var der nu to sygeplejersker, to kliniske vejledere og to 2. semester studerende til de 10 patienter. Den ekstra sygeplejerske hørte normalt til i en anden gruppe end den, hvor de studerende var tilknyttet, så mit indtryk var, at der var gjort noget ekstraordinært

for at få P-dagen gennemført. Her er der således foregået en form for forhandling, hvor undervisning er blevet prioriteret højt i konkurrencen med arbejdets afvikling. Jeg har ikke data, der kan understøtte, at personalet for min skyld har prioriteret, som de har, så jeg omsider kunne få mulighed for at deltage i P-dagen. Den studerende havde i modsætning til, hvad der var beskrevet i papirerne ikke forberedt noget derhjemme. Der var heller ikke lagt op til det fra den kliniske vejleders side. ”Nu har vi bare dagen sammen, så vi kan få snakket nogle ting rigtig godt igennem”, som var den kliniske vejleders rammesætning af P-dagen for den studerende. Den kliniske vejleder havde tidligere forklaret mig, at den første P-dag ofte blev brugt til enten et ”sengebåd”, som er en situation, hvor en patient skal hjælpes med personlig hygiejne, fordi han/hun af en eller anden grund er sengeliggende. Eller P-dagen blev brugt på en indlæggelsessamtale, hvor en ny-indlagt patient skal modtages og vises tilrette i afsnittet. På denne P-dag var der på forhånd valgt indlæggelsessamtalen. Den kliniske vejleder havde anbefalet/foretaget dette valg, og den studerende – der var på sit andet semester og på det første kliniske uddannelsessted, havde accepteret. Indlæggelsessamtale-situationen forekom forudsigelig og dermed mere håndterbar som undervisningssituation. Patienten og dennes pårørende kom hjemmefra og sad og ventede på, at den kliniske vejleder og den studerende skulle tage sig af dem. De var ikke allerede hvirvlet ind i afsnittets rutiner men ventede så at sige på at blive givet adgang til hele den medicinske klinik af den kliniske vejleder. Det gav et andet udgangspunkt for kontrol, end hvis sengebådet var blevet valgt som undervisningssituation. Her kan der være flere ubekendte og uforudsete situationer, der kan opstå som følge af pludseligt opståede behov, som får udtryk på en sengestue, hvor der også ligger andre patienter. Det var for så vidt muligt at vælge en patient, der skulle have foretaget et sengebåd, eftersom der var flere patienter, der den dag havde det behov. Det fremgik af rapporten fra morgenstunden, og det var principielt også en viden, der var til stede dagen i forvejen. Derfor tolker jeg den kliniske vejleders valg snarere som et fravalg og en orientering mod det kontrollable og det, der kan organiseres i sekvenser og et langt stykke ad vejen forudsiges og også vises frem som en overskuelig situation, eftersom jeg som forsker var til stede. Alt var dog ikke forudbestemt, idet der skulle tages bestemmelse om, hvilken indkaldt patient, der kunne gøres til genstand for undervisningssituationen. Den kliniske vejleder, Oline, diskuterede med den anden kliniske vejleder, Bente, hvilke to indkaldte patienter, der kunne vælges iblandt. En 16-årig dreng blev hurtigt afvist som egnet. Tilbage var en ældre, dårligt gående mand på 85 år, der skulle have foretaget en kikkertundersøgelse af tarmen og mavesækken pga. mistanke om cancersygdom. Det var ikke almindelig procedure at blive indlagt til disse undersøgelser, men her var gjort en undtagelse, da manden var svag og dårligt gående.

## Scener fra en P-dag

Vi er på kontoret. Vi sidder ved bordet, hvor der er læst rapport. Den studerende, Dorte, siger, at hun kun har set en indlæggelsessamtale én gang før og lader forstå, at hun ikke føler sig tryk ved at skulle foretage en indlæggelsessamtale på denne patient. De snakker videre i gruppen, - hvem skal være hvor?...

Oline har rejst sig fra bordet, omkring hvilket gruppens medlemmer har siddet og fået rapport, før dagens arbejde er gået i gang. Vi står nu henne ved sekretærens skrivebord. Oline kigger i journalen: 'Den er da tynd' [hun hentyder til journalens tykkelse].

Oline: Nu skal vi prøve at se, hvad der står.

Oline: Frisk blod *per rectum*, har tabt to kilo, skal have lavet *sigmoideoskopi*. Ved du hvad, det er ?

Dorte: Er det ikke tyktarm? [Det skal bemærkes, at både kliniske vejledere og studerende på dette 2. semester /4 modul har tidligere udtrykt beklagelse over, de studerende endnu ikke har fået undervisning om mave-tarmkanalens anatomi og fysiologi. Sådan er det blevet med den nye studieordning, som trådte i kraft 2008, og som denne studerende som første hold er undervist efter].

Oline viser Dorte planchen med tarmene på, som hænger på døren inde i personalestuen.

Dorte: Årh, det er på engelsk...

Oline: Nå, men du behøver ikke kunne alle enkelt-delene... Hun peger og fortæller, hvad der er tyktarm: "Det her", siger hun og peger op og hen og ned på det, der ligner en tyk pølse, men som jeg ved er tyktarmen.

De sætter sig forholdsvis hurtigt igen ved et bord på kontoret med journalen. Oline læser højt og læser videre:

Oline: Ved du hvad *anæmi* betyder?

Dorte: Ja, det betyder noget med blodet...

Oline: Vi kan lige prøve at slå det op for at få den korrekte oversættelse. (Hun henter en bog. Klinisk Ordbog, hedder den). Der sidder en sygeplejerske ved det andet bord, som bladrer i en journal.

### Kl.7.27

De slår det op – de kan ikke lige finde det, men finder det omsider - det står stavet på en anden måde.

Dorte læser sammen med Oline fra ordbogen: Blodmangel.

Oline: Ja. (Hun læser videre) ...træthed, svimmelhed.

Oline fortæller nu om symptomer fra kræftsvulsten: Canceren kan nærmest æde sig ind. Hun læser nu videre i journalen. Der står "arv" som overskrift et sted.

Oline: Der er nogle få familier i DK, der er arveligt belastet, så de bliver fulgt meget nøje.

Oline: Hvad betyder "objektivt"?

Dorte: Uha, ja hvad er det nu...det jeg ser? (siger det lidt tøvende)

Oline: Ja. (læser videre...) "AT". Det betyder almentilstand.

Oline læser "adipøs", ved du hvad det betyder?

Dorte: Nej..

(Vi sidder alene fra kl. 7.30, de andre er gået ud fra kontoret).

Oline: Prøv at slå det op.

Dorte: (bladrer) Det er svært at finde...det står der ikke. Oline giver et hint: "Adipositas betyder fedme. Så det betyder slet og ret fed". (Oline vil alligevel ikke vente på, at Dorte får fundet ordet i ordbogen).

Oline læser videre op fra journalen: "Ved rectaleksploration findes"...Oline forklarer, hvordan sådan en undersøgelse foregår.

Oline: Divertikler...ved du hvad det er?

Det gør Dorte heller ikke, og Oline forklarer, at 'diverticulit' er meget almindeligt, og alt hvad der ender på "it" er betændelse.

Dorte har hentet sine briller fra skabet: "Nu når vi ikke skal ind til patienterne, så kan jeg godt tage dem på". Hun forklarer, hvornår hun bruger briller.

Oline: Nej, ikke i første omgang...

Oline forklarer flere medicinske fagudtryk, der forekommer i journalen: *colo-rectal cancer, hæmoglobin, palpation, epigastrium, perkussion og eksploration*...Det er åbenbart ikke let at begå sig uden at kende disse fagtermer, og der er rigeligt af dem.

Nu finder Oline en seddel frem, som er en checkliste over det, patienterne skal spørges om, når de bliver indlagt i afdelingen. Oline har nu en hel samling af sedler, der ligger ovenpå et plastikchartek med patientens papirer.

Oline: Kan du huske, hvilke sedler der er hvad?

Dorte: Den der (peger)- det er til urin-stix, det har jeg prøvet.

Oline forklarer de andre sedler: "OP sedlen" kan vi godt bruge, selvom han ikke skal opereres. Der står noget om ernæring, skide med det, det følger vi alligevel aldrig.. Der skal også være en pjece om selve udtømmningen (hun finder den frem af bunken).



Oline begynder at fortælle om, hvad man kan sige under de forskellige punkter. 'Samtykke', 'telefon', 'kontaktårsag', 'overfølsomhed'...

Under punktet 'åndelig' siger Oline: Da vi lavede opgaver på skolen, skulle der altid være noget om det åndelige, men det er rigtig, rigtig svært. Jeg plejer gerne og sige: Er der et eller andet, du synes, vi bør vide. "Har du nogen særheder?", kan man også godt spørge, hvis man sådan kan høre, at de godt kan tage en spøg...

Dorte gentager, at hun jo kun har set en modtagelse af en patient én gang før. Oline foreslår, at hun tager samtalen og så kan Dorte observere, hvordan det foregår, og det kan de så tale om bagefter. Det synes Dorte er en god idé.

Kl. er nu 8.25. Vi finder patienten, som også har sin kone med.

Vi hilser på. Så går vi alle ind i dagligstuen og sætter os. Der er ikke andre end os i rummet.

Manden stod i journalen omtalt som "adipøs" (overvægtig). Sådan ser han ikke ud, tænker jeg. Oline fører ordet. Patienten fortæller om, at han har været indlagt med hjernerystelse, han var faldet pga. svimmelhed.

Oline: Nå, går du og skrumler? (Hun siger det med et glimt i øjet). Konen fortæller om, hvordan det gik til, hun svarer hver gang, manden bliver spurgt om noget. Dorte skriver ned på en A4-blok (ligesom mig..) men kun i starten. Hun har kommentarer tre gange, som understøtter det Oline siger, mest det som Oline siger, når hun vil lave "sjov".

Klokken 9 er de færdige med indlæggessamtalen, og de har vist patienten til rette på stuen og givet diverse information om, hvad der skal ske. Nu holder de kaffepause og kl. 9.30 er de klar til at tale om indlæggessamtalen. Ved kaffepausen minder Oline både Dorte og Signe (den anden 2. semester studerende) om, at de skal huske listerne med litteratur. "I skal jo opgive 420 siders litteratur".

Men nu er der tid til at "snakke det igennem". De næste 40 minutter samtaler Oline og Dorte om forløbet. De har sat sig inde på kontoret.

Oline: Hvad har du skrevet?

Dorte: Jeg har skrevet, at du ikke fortæller ham, at du skriver samtidig med, at du taler. Det kan måske virke som om, du er uinteressert.

Oline: Ja, det kan der være noget om, det har jeg ikke tænkt på på denne måde.

Dorte: Så tænkte jeg, at han havde forberedt sig ved at skrive alle navnene og telefonnumrene op. Han minder mig om min farfar. Han kan heller ikke huske telefonnumre! Jeg synes, han var sød og også sjov. Han havde forståelse for det, der skulle foregå, det var nok pga. nedsat hørelse, at han ikke helt forstod nogle ting.

Oline: hvordan synes du, kommunikationen mellem os var?

Dorte: Jeg synes, konen blandede sig meget.

Oline: Observerede du noget specielt ved hende? Synes du ikke, hun virkede nervøs?

Dorte: Jo. Og hun skulle også kigge med i toiletet på, hvor meget blod der var. Hun grinte også lidt akavet. De var meget søde. Det der med at tisse om natten, det kunne hun ikke lide, at manden fortalte..

Oline: Nej, hun tænkte nok, hvad mon det kommer dem ved.

Dorte: Ja, det var ligesom, hun tænkte, at han var lidt pinlig eller sådan..

Det med at datterens mand var død, det var måske irrelevant.

Oline: Ja, men det var alligevel vigtigt.

Dorte: Men jeg synes, han talte om en svigersøn, der havde spillet ved et af deres guld- eller platin-bryllupper, og han var 43, da han døde..?

Oline: Ja, det fik jeg heller ikke lige fat i. Det er ikke så væsentligt. Det lod også til, at hun havde det hårdt, for manden tog ikke del i noget af det huslige.

Dorte: Nja...jeg tror ikke, hun havde det så hårdt. som det lød til...

Oline: Det er jeg ikke sikker på...

Dorte: Hun kan garantere ikke leve med, at der ligger lidt støv i hjørnerne!

Oline: Det er også et spørgsmål om rollefordeling...han var trods alt vant til at købe ind med rollatoren..

Dorte: Jae, men alligevel, det tror jeg ikke.

Oline: Han forventer jo sikkert, at alt er, som det plejer...det er svært at vide...

Dorte: Og så har jeg skrevet øjenkontakt og god kommunikation. Han virkede ikke forvirret. Han var klar og relevant.

Oline: Men det er rigtig nok det med at informere samtidig med at skrive....Men jeg fik fyldt på efterhånden [hun mener, hun fik udfyldt skemaet].

Oline læser nu alt højt, hvad hun selv har skrevet ned på indlæggelsespapiret.

Dorte: Det var som om, det var en lettelse, at han kunne komme hjem i morgen efter undersøgelsen.

Oline: Nu skal vi så give ham tøj og armbånd på plus de ting til "præ". Han skal have taget en urinprøve fra.

Dorte: Det har jeg prøvet før.

De ordner nu nogle praktiske ting omkring patient-tøj, som de finder frem samt et bæger til urinprøven, en label der skal sættes på urinprøven etc.

Kl. 10.25 er de atter tilbage på kontoret.

Oline: Nu skal du bare bruge mig til at snakke og sådan.. Så jeg synes, du skal bestemme.

Dorte: Så vil jeg gerne snakke lidt anatomi.

Dorte tager en bog frem, det er hendes egen anatomi- og fysiologi-bog. Oline viser på planchen, hvad de forskellige dele af tyktarmen hedder, den opadgående, den tværgående og nedadgående del af tyktarmen. Dorte siger igen: Åh, nej det er på engelsk... (henviser til at navnene på planchen er på skrevet på engelsk, hun synes tydeligvist, at det engelske gør det vanskeligt at lære...)

Oline: Men at det lige hedder 'ascendens' og 'descendens', det er ikke så vigtigt.

Nu sætter de sig ned med bogen inde i personalerummet, som nu er ryddet for folk, der lige har holdt kaffepause.

Oline har fundet et afsnit i bogen, der handler om fordøjelsen.

Oline: Lidt om ernæring ville nok være meget fint [at læse mener hun åbenbart]. Alt det her om molekyleopbygning, det behøver du ikke. (Oline peger på nogle afsnit i indholdsfortegnelsen).

Oline: Det om natrium og kalium det er vigtigt. (Dorte sætter kryds ved det, hun skal læse).

Oline bladrer i bogen og siger 'ja' og 'nej' til det, hun mener Dorte bør læse. Hun læser lidt ned over afsnittene. "Herovre fra", siger hun og peger på noget. Du skal ikke gå så meget ind i hinder og muskulatur, bare skimme hen over... Fra side 133-136, det med galden kan du godt kigge på. Jeg sidder lige og leder efter det, hvor i tarmen... væsken trækkes fra tarmen... hold da op, hvor er det lang tid siden, jeg har... (bladrer og læser)... Portåresystemet... det behøver du heller ikke, men galde det er er godt...

Her står noget om blodsukker og noget på side 250 om stofskiftet.

Regulering af blodsukker (læser en overskrift...). Leveren har også påvirkning af galden, som også påvirker afføringen... (hun leder efter noget om det...)... bilirubinens påvirkning af afføringen ville jeg gerne finde (leder.. finder det): HER! Mens Oline lige læser lidt, kigger Dorte med.

Oline: Proteiner i såret og i musklerne... hvor står det, Karin? (hun spørger mig)

Karin: Jeg tror også, jeg ville lede under blodet. (Det ser ud som om, hun leder i det afsnit af bogen).

Oline: Uha, det er langt væk. Prøv lige at se.. (viser mig en indviklet molekyleopbygning) det var meget sjovt dengang...

(Til Dorte): Du er god til at understrege, min bog var helt gul, fordi jeg bare overstregede det hele!

Dorte: Vi gruer bare sådan for mikrobiologi.

...

Vi får ikke lov til at sidde uforstyrret længe. Der kommer kontinuerligt folk ind i rummet, en sygeplejerske skal lige have en mappe, en anden sygeplejerske spørger, om vi har set en journal. Oline hjælper med at lede... nej, hun har heller ikke set den.. En tredje kommer og spørger, om vi har set en navngiven læge. Det har vi ikke. Der er flere sygeplejersker, der nu har slået sig ned i kontorområdet. De venter på lægerne - på, at de skal skrive journal på de nye patienter og på at gå stuegang, imens skriver og læser de i rapportsystemerne og snakker lidt med hinanden. Dem med de grønne "dotter" på tavlen skal ses af en overlæge.

Oline: Så fik vi set lidt på anatomen, nu har du fået peget noget ud, som du kan læse på.

Oline klapper bogen i og gør mine til at rejse sig.

Hun vil gerne starte udtømmningen op hos patienten. Dvs. klargøre den væske han skal indtage for at få tarmen tømt til undersøgelsen næste dag. Klokkeren er blevet 11.

I begyndelsen har den studerende tilsyneladende forventninger om, at de skal være mest hos patienten. Men eftersom de skal læse og tale, må hun hente brillerne. En af arbejdsopgaverne ved at modtage en patient er at orientere sig i lægejournalen om, hvorfor patienten skal undersøges og hvilken undersøgelse, han skal igennem. Her støder de på mange medicinske fagudtryk, som Dorte ikke kender. Oline prioriterer i overensstemmelse med, hvad der hersker i den medicinske klinik: Alle de fagudtryk, hun støder på i teksten må forstås, og Oline anviser "den rette" studiemetode: at slå op i ordbogen, hvis der er ord, hun ikke forstår. I længden passer metoden dog dårligt med praksis-imperativet: Patienten venter trods alt, og de skal have ham i gang med udtømmningen, hvis undersøgelsen i morgen skal kunne gennemføre

succesfuldt. Men det demonstreres for den studerende, at de medicinske fagudtryk fungerer som indgangsbilletten til den medicinske klinik. Så læres det må de. Den studerende har et erkendt vidensunderskud i forhold til den anerkendte viden. Da Oline senere lægger op til, at den studerende selv må vælge undervisningsindhold, er den studerendes naturlige ”valg” at ville ønske undervisning i anatomi og fysiologi. Dagens emne var imidlertid ”kommunikation” med udgangspunkt i indlæggelsessamtalen. Før de går ind til patienten, giver Oline et eksempel på, hvordan man kan oversætte professionens abstrakte sprog til det praktiske videnssystems talemåder. På ”spisesedlen” står, at der skal spørges til åndelige forhold. Her giver Oline et eksempel på, hvordan det kan lyde i praksis. Ved ”eftervejledningen/refleksionen” over det, der er foregået hos patienten, er udgangspunktet det, der blev sagt og gjort i den særlige situation. Her foregår der det, som var intentionen med P-dagen, sådan som det er udlagt af den undervisningsansvarlige sygeplejerske. Oline tager udgangspunkt i de overvejelser, den studerende har gjort i relation til det, der skete, og Olines brug af det teoretiske begreb *rollefordeling* bliver brugt til at belyse, hvad der skete. Her indgår elementer fra flere forskellige slags refleksionsviden: logistisk, teknisk, etisk viden, som indgår i registeret af sygeplejerskers anvendte vidensfomer i sygeplejen (se f.eks. Larsen 2010, Svanholm 2008 ). Alligevel dominerer kravet om at beherske den medicinske kliniks vidensform. Der er ikke tale om, at den kliniske vejleder i klassisk forstand underviser i anatomi og fysiologi, hvor hun stiller sin egen viden til rådighed for den studerende. Den kliniske vejleder undgår at vise sin egen viden (Oline antyder flere gange, at det er ”langt væk”). Den studerende skal lære at lære, og det vil sige, at hun anvises væsentlige kapitler om anatomi og får dem tilpasset en sværhedsgrad, som ikke tager modet fra den studerende, der i forvejen ikke har det nemt med engelsksprogede tekster og al for megen læsning. Den ekstra tid der kan bruges på undervisning ser ud til at trække på de klassiske undervisningsartefakter: bøger, planche, bord og stole, gul understegningstusch.

Der anvendes imidlertid også egne erfaringer som refleksionsviden:

Senere da Oline og Dorte har stillet afføringsdrikken ind til patienten, og de atter er tilbage på kontoret, fortæller den studerende, at hun selv har prøvet at skulle udtømmes til undersøgelse af tarmen, hvor det fordres, at man drikker meget af den særligt afførende væske:

Dorte: De siger, det ikke smager så slemt, men det kan ikke camoufleres med saft, det smager lisså salt som Vesterhavet!

Oline: Det smager af røv!

Dorte: For satan da... jeg får helt kuldegysninger. Du ku' lisså godt drikke Vesterhavet, fy for satan.

Oline: Du kan godt bruge dine egne erfaringer.

Dorte: Undersøgelsen er bare så ubehagelig. Jeg lå bare og skreg, og jeg kunne følge med, når lægen han stødte mod tarmvæggen, jeg blev holdt fast. Jeg kunne slet ikke forholde mig til, at noget kunne gøre så ondt. Men det forstår jeg lidt bedre nu, også når kvinder føder.

Oline: Det påvirker også ens blufærdighed at ligge sådan.

Dorte: Det påvirkede ikke min blufærdighed. Det gjorde bare så ondt.

Samtalen dør ud, det er ved at være frokosttid.

Oline anerkender, at det er legitimt at bruge egne erfaringer. Næsten som om hun kommer i tanker om, at det stod der også i bøgerne fra klinisk vejlederuddannelse, men erfaringerne løftes ikke videre frem i retning af, hvad de kan bidrage med i relation til patientens situation. Her kunne man indvende, at det ikke er muligt at gribe alle de mange situationer, der opstår i løbet af en dag, og gøre dem til genstand for undervisning. Nogle situationer ”vælges” ud. Analysen af det empiriske materiale skal vise hvad og hvorfor.

## **Opsamling**

P-dagen er et af de undervisningsinitiativer, som afsnittet selv har konstrueret uafhængigt af de pædagogiske aktiviteter, der er fastlagt af undervisningsinstitutionen. P-dagen har en stram struktur med både skriftliggørelse før og efter selve P-dagen. Desto større er forventningerne og dermed også skuffelsen hos både studerende og de kliniske vejledere, når den ikke kan gennemføres. Men når P-dagen gennemføres, så følges planen. Det, der var på dagsordenen, blev også afviklet. Og når muligheden for at vælge er til stede, vælges en kontrollerbar situation, hvor risikoen for forstyrrende praksisimperativer er minimeret mest muligt. Patient og kone venter kun på, at den kliniske vejleder og den studerende skal dukke op. Princippet om det individuelle ønske om undervisning – en udløber af idéen om ansvar for egen læring tilgodeses – dels i forhold til at den studerende foretrækker at se den kliniske vejleder informere frem for selv at gøre det, og dels må hun vælge, hvad hun selv har lyst til at bruge den kliniske vejleder til. En luksus i forhold til hvordan det ellers overvejende er praksis, der definerer, hvad der skal foregå. Når den studerende kan vælge, vælger hun at snakke anatomi og fysiologi. Altså det medicinske vanskelige hovedfag som er rent descriptivt men som konkret modsvarer de patienter og diagnoser som den studerende møder i den kliniske praksis. Det kunne også have været en mulighed at interessere sig for angst, usikkerhed, kriser (psykologi) tryghed, livsytringer (omsorgsfilosofi).”Vælger” bør sættes i anførselstegn, for den studerende har allerede efter kort tid i praktikuddannelse forstået – godt hjulpet af den kliniske vejleders undervisning - hvor mange medicinske fagudtryk, en sygeplejerske skal kunne. Allerede inden hun træder ind i den medicinske klinik har den studerende som socialt væsen inkorporeret godernes sociale fordelingsstruktur. Med Mauss kan man tale om ”prestisjetung efter-

ligning” (Mauss 2004: 72). Interessant for ansvar-for egen- læring-udtrykket er, at den kliniske vejleder får mulighed for at gemme sin egen faglighed bagved dogmet. Hun behøver ikke bruge sin egen viden og autoritet, for den ”moderne” underviser er for længst kommet videre og længere end til at opvise de klassiske lærerstyrede undervisningsformer. Samtidig kommer den kliniske vejleder til at skulle balancere det skisma, der opstår, når sygeplejerskeuddannelsen er tilrettelagt som en generalistuddannelse, men virker i en praksis organiseret efter de lægelige specialer.

Det skal pointeres, at den analyserede P-dag har involveret en ny-uddannet klinisk vejleder. Om fremtrædelsesformerne havde været anderledes, hvis jeg havde observeret de erfarne vejledere, f.eks. den undervisningsansvarlige sygeplejerske, er muligt. Studiet af den nyuddannede kliniske vejleder giver imidlertid mulighed for at fremanalysere det, der stræbes efter som det, der tages for givet af alle, som en slags sund fornuft. P-dagen er på det ideologiske plan tænkt som at tage udgangspunkt i en praktiseret praksis jf. ovenstående citat fra den undervisningsansvarlige sygeplejerske. Og det lykkes også den kliniske vejleder at holde et vist fokus på det oplevede, situationsbundne, men konkurrencen fra de dominerende medicinske vidensformer og den abstrakte viden er hård.

Jeg har nu vist, hvordan en struktureret og systematiseret undervisning får udtryk, når den er komponeret af det kliniske undervisningssted, afsnit 1. I det følgende vil jeg analysere en anden udgave af den selvkomponerede undervisningsform, dvs. som uddannelsesinstitutionen ikke har defineret. Denne gang fra afsnit 2, som jeg minder om af bl.a. gate-keeperen og andre feltinterne agenter blev omtalt som et afsnit, hvor man gjorde så meget for de studerende. Denne undervisningsform er noget mere struktureret, og vi skal se, hvad det kommer til at betyde.

## **Klinik -undervisning. Når skolen flytter ind**

I afsnit 2 er der ca. én gang om ugen planlagt undervisning i form af ”klinik”, som aktiviteten beskrives i afsnittets dokument ”Beskrivelse af det kliniske undervisningssted” Afsnit 2, januar 2006”. Klinik foregår i lægernes konferencerum væk fra afsnittet på en anden etage, end hvor sengeafsnittet ligger. Den undervisningsansvarlige sygeplejerske, Heidi, har eksperimenteret med lidt forskellige former: I interviewet med Heidi fortæller hun:

*Heidi: Vi har prøvet lidt forskellige udgaver, alt efter hvad det er for tilbagemeldinger, de studerende også giver os på det. De sidste par hold, der har jeg faktisk haft en del refleksionsseancer med dem på baggrund af nogle eksempler, som de kom med og fortalte hinanden om – hvad de havde oplevet, og så prøvede vi at arbejde med*

det ud fra problembaseret læring, for at drage en parallel fra den metode, de kender fra skolen af og så prøve at arbejde videre med den i praksis<sup>153</sup>. For det er meget sådan, vi også arbejder som sygeplejersker i praksis, så for egentlig at **koble de to ting**. Og der evaluerede de jo, at de fik utrolig meget ud af det, men de syntes, at det tog for meget tid fra praksis, og det kan vi jo slet ikke tåle at høre i praksis, at de synes, at der går rigtig meget tid fra deres praksis, at de skal bruge tiden væk fra patienterne.

Karin: Hvor meget tid var det da?

Heidi: Det var jo engang hver halvanden uge, et par timer eller tre. Men så var det jo til gengæld alle studerende i afdeling 2, det har været otte – ti studerende...med sosu-assistent-eleverne....

Og det med tiden... hvad gjorde vi næsten med det? Så i dette semester har vi prøvet at trække frem, hvad er det for noget sygepleje, der er specielt, og hvad er det, vi specielt arbejder med, som der er fokus på i afdelingen og så lade de, der arbejder med det, for hele tiden at få den der **connection** til det nære og patienterne, så lade dem fremlægge det. Så det ikke er mig...[der alene siger noget].

Heidi henviser her til, at sygeplejerskerne på skift har forestået undervisningen alt efter deres interesseområder, f.eks. forstyrrelse i fedtstofskiftet og hjerterigtig kost, sukkersyge og hjertesygdom. Men eftersom de studerende næsten aldrig havde forberedt sig, var de studerende for passive efter sygeplejerskernes smag. Undervisningen blev for meget en ”envejskommunikation”, som Heidi udtrykte det, og ”det ville hun ikke byde sygeplejerskerne”. Den underliggende præmis synes at være, at man skal være synligt aktiv for at kunne lære noget. Sygeplejerskerne og de kliniske vejledere skal ikke stille op til ”tankpasserpædagogik”<sup>154</sup>, som Heidi også udtrykte det. Metaforen har konnotationer til dels den moderne ’forkælede’ unge, der ikke vil yde men bare nyde, og også til et forsøg på et endeligt dødsstød til den resterende af den sorte skoles pædagogik, hvor læreren autoritært doserer og hælder på i passende mængder på de passive elever.

Når sygeplejerskerne har ydet noget udover det sædvanlige ved at forberede undervisning, og den forventede respons i form af studenteraktivitet udebliver, opfattes de studerendes passivitet som et brud på en uskreven regel. Som vi tidligere har set det med Mauss, opfylder de studerende ikke kravet om gengave til den gave, sygeplejerskerne har ydet de studerende i form af forberedt undervisning (Mauss 2000). Den symbolske ydelse repræsenterer sit ophav, sin fremstiller, sin giver, og giverens historie, og at give, at modtage og at gengælde er forbundne handlinger, der ikke må brydes, hvis alliance, fællesskab og navnlig æresfølelse skal opretholdes (Mauss 2000: 51ff). Når de sygeplejestuderende således ikke lever op til den ibo-

---

<sup>153</sup> Læringsmodellen som anvendes på uddannelsesinstitutionen består af 9 trin: 1. Scenariet læses og ukendte begreber afklares. 2. Brainstorm og frie associationer. 3. Systematisering af associationerne. 4. Vurdering af gruppens kundskaber ift. systematiseringen. 5. Formulering af problemstillinger. 6. Formulering af læringsbehov. 7. Indsamling af kundskaber. 8. Belysning af problemstillingerne med anvendelse af analyserede og fortolkede kilder. 9. Belysning af den konkrete problemformulering med brug af viden fra kilderne. (Internt dokument: Information om skriftliggørelse i sygeplejefaget. 1. semester. Sygeplejerskeuddannelsen, Jylland, februar 2007).

<sup>154</sup> Steen Larsens bog *Den videnskabelige skole* fra 1993 fik begrebet ”tankpasserpædagogik” almentgjort, så det i dag optræder som populær metafor for den type undervisning, der IKKE er attraktiv for moderne undervisere og uddannelsesinstitutioner.

ende forpligtelse, er ikke alene gaven afvist men også den person og det system, gaven udgår fra.

Organiseringen af sygeplejerskernes ”interesseområder” kan ses som et forsøg på også på sygeplejeniveau at organisere sig efter specialer. Tanken er, at sygeplejerskernes specialviden skal være den, der skal videregives til de sygeplejestuderende. Heidi er opmærksom på, at klinik undervisningen har haft den sideeffekt, at tiden med at holde klassisk undervisning er gået fra praktiktiden, et forhold hun opfatter som problematisk. Men grundlæggende er idéen, at ”de to ting”, som jeg tolker som teori og praksis skal kobles, som Heidi også siger. I det følgende skal vi se, hvordan klinik undervisningen har organiseret denne kobling:

Stolene er stillet i en hestesko-form, der er tavle og mulighed for at bruge powerpoints i dette rum, der anvendes til lægernes konference men som også kan bookes af andre, hvis det er ledigt. Dvs. lægerne har fortrinsret. Heidi har sørget for at booke lokalet forinden. I reolerne på den ene væg er der fyldt med læderindbundne bøger, medicinsk faglitteratur, i lige, ordnede rækker. Jeg følges med Trine, som er klinisk vejleder. Hun skal i ”rehab”en’ om en time, hvor hun vejleder og taler med udskrevne patienter, der har været indlagt med svære hjerteproblemer. Jeg har været med hende én gang, for hun har flere gange fortalt om sin funktion dér, som hun er glad for. Her er det hende, der sidder for bordenden efter hun sammen med fysioterapeuten har trænet patienterne fysisk. Så tegner og forklarer hun og svarer på spørgsmål fra de ængstelige patienter, der har haft så alvorlige hjerteproblemer, at de har været tæt på at dø. Nu deltager hun i klinikundervisningen i en time og ”er med på en lytter”, som hun siger. Og det er hun bogstaveligt talt. Et par gange inddrager Heidi Trine ved at spørge, om ’det ikke er rigtigt’ til det, hun siger. Jeg får den tanke, at Heidi må legitimere Trines tilstedeværelse overfor de tilstedeværende. På det effektive og fortravlede hospital forventer man ikke, at der kan være tid til at foretage sig noget, der ikke direkte har et formål. Heidi siger, at de kliniske vejledere altid har en stående invitation.

Heidi har indtaget ”lærer”-pladsen; vi andre sidder i en kreds rundt om hende. Hun har medbragt hjertefiguren i naturlig størrelse fra afsnittet. Hun og Trine har de hvide hospitalsuniformer på, de studerende har klædt om fra uniform til privat tøj, så de hurtigt kan gå, når de har fri. Seancen er planlagt fra kl. 13 til kl. 15. Der er to 6. semester studerende, tre 2. semester studerende og én social- og sundhedsassistent-elev til stede, vi har rykket os lidt sammen, så vi ikke sidder for spredt.

Heidi indleder: Ja..sidste gang var jo første gang, vi mødtes og prøvede at snakke modellen igennem og prøve at arbejde lidt på baggrund af den problembaserede læring, og det var jo dig (peger på en 2. semester studerende), der havde en case med, en fortælling omkring en patient –situation, som du har oplevet, og som handlede om en patient med hjertheinsufficiens. Og på baggrund af det stillede vi 5 problemstillinger op, eller stillede 5 arbejds-spørgsmål, kan man vel næsten kalde det, som I hver især har valgt at arbejde med på baggrund af nu her, ja, her hen over week-enden. I fik jo nærmest lektier for, kan vi kalde det, (griner lidt) hen over week-enden. Så jeg vil høre, om der er en af jer, der vil starte med at fortælle lidt om, hvad er det, I har fundet frem til, og hvad er det for nogle tanker, I har gjort jer undervejs, og har det rejst nogle nye spørgsmål. Og jeg tænker jo, at vi skal bruge en 5-6 minutter per studerende, per elev, og så har vi noget tid til lige at snakke om det, og I har også mulighed for at stille spørgsmål til hinanden efterfølgende, så jeg vil høre, om der er en af jer der vil starte? (pause – stilhed, længe...)

Trine: Åh, hvor de råber i munden på hinanden!

Mette (so-su-elev): Ja, men det kan jeg da godt..

Heidi: Det gør du, Mette.

Mette: Igen så er det jo ikke som VI gør på min uddannelse, overhovedet ikke, så jeg har altså bare skrevet op i nogen punkter.

Heidi: Ja.

Mette: Det er lidt rodet, jeg har ikke lige fået skrevet det ind, men jeg har taget problemstilling nummer 5, og..

Heidi: ..hvad var spørgsmålet?

Mette læser op fra sine papirer: ”Det er et problem, at Erik har hjerte insufficiens, da han ikke selv kan varetage den personlige hygiejne”. Så har jeg skrevet (læser op): ”Erik bliver forpustet ved mindste aktivitet”. Og det vil

sige, det gælder, når han går i bad men også bare at blive vasket – bare i det hele taget personlig hygiejne. Og så har jeg skrevet at ”formålet med personlig hygiejne er at fjerne affaldsstoffer, som bl.a. udskilles gennem huden og snavs, som ophober sig i hår og negle, hudfolder og slimhinder”.

Og så...(Mette fortæller mere om, hvad hun har skrevet). Heidi spørger på et tidspunkt, om der er nogen, der har nogen spørgsmål, til det Mette har skrevet. Ingen siger noget til det.

Heidi: Det der med trætheden, tænker jeg, og så det med at spare kræfter. Hvad er det for nogle overvejelser, du har i den sammenhæng, Mette?

Mette: (pause) Jamen, øh...han er jo træt. Det hører med til sygdommen, og så for at man kan hjælpe ham til de ting, han gerne vil, altså udover personlig hygiejne, hvis han gerne vil ud og gå en tur, eller han får gæster en dag, eller han skal til fødselsdag, så på den måde så kan han bruge sine kræfter på det. (Heidi nikker og siger ja, aktivt lyttende)

Heidi: Så det er noget med virkelig at gå ind og hjælpe og støtte og få prioriteret de ressourcer, han egentlig har – få snakket med ham om, hvad er det, du skal bruge kræfterne til i dag...

Heidi uddyber, hvad hun kalder ”skismaet mellem hvile og behovet for mobilisering” og siger så:

Og så snakkede du noget omkring infektioner. Du snakkede noget om tandbørstning, det er vigtigt.. det er vigtigt at være opmærksom på hudfolder for at se – er der fugt, er der risiko for svamp. Du snakkede om hudpleje, ..forebygge at der ikke kommer huller i huden, dvs. at huden revner eller andet.. Hvordan er det med hjerteinsufficiens, ved du noget om hjerteinsufficiens og det med infektion?

Mette: Nej, men jeg kunne forestille mig, at de har større risiko for.. i og med at de er syge, og ...altså...(‘ja’, Heidi opmuntrer)..ikke bliver mobiliseret så meget som alle andre...altså...de løber ikke lige en tur eller et eller andet og dermed immobiliseret. Så jeg kunne forestille mig, at de har større risiko for infektioner, altså...(ja, siger Heidi, men det er ikke godt nok svar, kan man høre..) Det ved vi andre da også, hvis ikke vi har været ude, ..og vi kun har været os selv, og vi skal ud blandt mennesker, så er der..

Heidi: Så er der en større risiko...

Mette: ...for at man får et eller andet.

Heidi: Hm..er der nogen af jer andre der har et bud på det med infektionerne? Hjerteinsufficiens..hvorfor man er særlig skrøbelig?

(Helle 2. semester og Birgit 6. semester siger noget i munden på hinanden, Helle siger: Nej, du må gerne..)

Birgit: Jeg tænkte, når man har en eller anden infektion, så øger kroppens iltforbrug sig, og når det øges så øges hjertets pumpefunktion også, eller det skal det gøre, og det forværrer jo sådan set insufficiensen. (Hm, Heidi er tilfreds..)

Heidi: Ja, fordi når man får feber, så sker der det i kroppen, at man får et øget iltforbrug, ja, man får jo selvfølgelig feber...stigning..hvad sker der så med pulsen?

Birgit: Når man har feber?

Heidi: Ja!

(Små pip fra de andre): Stiger...

Heidi: Hvor meget tror I, den kan stige?

Mumlen..100..mumlen

Heidi: 100 OVER 100, ja der omkring.

Katrine 2. semester: Den er normalt 60 til 80, stiger op til 100, var det ikke sådan?

Heidi: Ved I, hvordan det er med pulsen hos de, der har hjerteinsufficiens i forvejen?

...

Undervisningen er gledet fra fokus på pleje og social- og sundhedsassistentelevens hverdags-sprog (f.eks. *gå i bad, blive vasket, bruge kræfter, fødselsdag*) til sygdomslære og patofysiologi og flere abstrakte begreber (*hjerteinsufficiens, skisma mellem hvile og behov for mobilitet*). Når Heidi spørger åbent til, hvilke tanker Mette gør sig i relation til forbindelsen mellem træthed og spare på kræfter, så er de rigtige svar fra den refleksionsviden, der knytter sig til patofysiologi og sygdomslære.

Den 6. semester sygeplejestuderende har lært det; hun har forstået koden. Samtidig viser episoden hvordan social- og sundhedsassistenteleven er med til at synliggøre for de sygeplejestuderende distinktionen mellem en sygeplejestuderende og en social- og sundhedsassistent-



elev og hvilken form for sprogbrug og refleksionsviden, der er passende at trække på for en sygeplejestuderende.

Heidi: Tak for det.

Er der andre, der har arbejdet med det spørgsmål.. nummer 5?

Stinne (6. semester): Altså...lidt at det kommer ind over hinanden, men ikke lige decideret det spørgsmål..

Heidi: Hvad nummer har du arbejdet med?

Stinne: 1 og 2...tror jeg det var. Nu har jeg ikke lige oversigten over det der..

Heidi: Ja, (=helt i orden..) Men vil du fortsætte, Stinne.

Stinne: Ja, det kan jeg godt.

Heidi: Er det det spørgsmål, der hedder at ”Det er et problem at patienten har hjerteinsufficiens, da han så kan få lungeødem”?

Stinne: Ja.

Heidi: Det er det, du har kigget på?

Stinne: Ja. (læser): ”Hjerteinsufficiens er karakteriseret ved, at hjertets pumpeevne er nedsat”...du må altså lige undskyldte...men jeg er simpelt hen så hæst..men jeg skal gøre mit bedste..øh..ja, og det endte så i de 4 klasser i forhold til de her NYHA-grupper, og det er alt efter de kliniske symptomer, alt efter hvor dyspnøiske, de bliver i forhold til ....det behøver jeg vel ikke sådan...gå i dybden med? Kender vi ikke..?

Heidi: Ja, eller så skulle du måske lige nævne, hvad det er for nogle former for forpustelse, hvis det er dyspnø man inddeler efter, hvad..

Stinne: Ja, 1’eren, der er man bare fysisk..hvad skal man sige...indskrænket. Der er ikke dyspnø eller træthed. 2’eren der er man velbefindende i hvile, men det er noget, der kommer i takt med fysisk aktivitet. OG 3’eren der bliver man dyspnøisk ved let fysisk arbejde. Og 4’eren der har man det nærmest sådan i hvile. Det var bare lige sådan hurtigt. Men øh.. Insufficiens det vil altid starte i venstre hjertehalvdel, og derved er der et øget tryk i karsystemet. Hjerteinsufficiens...så vil det også ligesom forplante sig ind gennem...ud gennem hjertet, så har man venstre hjertehalvdel og lungevingerne, der går ud til det lille kredsløb (fniser..), som er lungekredsløbet, så det tryk i det her...i og med at det ligesom staser op i venstre hjertehalvdel, i venstre ventrikel, så vil det tryk forplante sig op gennem lungekredsløbet, hvis vi har det her (viser på figuren af hjertet, som Heidi har taget med til undervisningen fra afdelingen). Og det bevirker jo.. i og med at blodet, det staser, at der presses vand ud igennem karrene. Øh...Ja, det betyder jo så også, at der bliver presset vand ind i alveolerne, hvor vi ligesom har vores gasudveksling. På den måde så bliver det sværere at få den her ombytning af kuldioxid og ilt. Så på den måde bliver de dyspnøisk. Og det er som sagt et af hovedsymptomerne ved hjerteinsufficiens. Så er der også det, at ved at der bliver vand i lungekredsløbet, så bliver den skillevæg, der ligesom er alveolerne og kapillærene, den bliver tykkere. På den måde så bliver der ikke så god plads til udveksling – til iltudvekslingen. Det bliver endnu sværere og trække vejret..

Heidi: Så det er en del af dyspnøen, så sker der den fortykkelse her..

Lone (2. semester) : Hvad bliver det tykkere af? Det forstår jeg ikke.. altså hvordan bliver den tykkere? (Heidi rømmer sig ..)

Stinne: Det er noget med at vandet...nu skal jeg lige se her (kigger ned i sine noter)..der siver vand ind i den skillevæg der..

L: Nårr..

Stinnes besvarelse lægger sig op af de biomedicinske forklaringer, som Heidi har vist er de gangbare måder at tale om stoffet på. Også demonstrationen af klassifikationen af ”forpustelse” anses for vigtig viden at kunne demonstrere.”Forpustelse” er selvopfundet ord for åndenød, og med et underspillet sprogbrug bliver den medicinske betegnelse ”dyspnø” mere genkendelig for noviceerne, der er i gang med at erobre professions vidensbase. Det formulerede spørgsmål er sanktioneret af Heidi ved sidste undervisningsgang. Det lægger op til at svare med patofysiologi, og studenten kender koden. På trods af Heidis intention om at ”få den der **connection** til det nære og patienterne”, som hun i interviewet fortalte, hun lægger vægt på, sker der en gradvis fjernelse fra den specifikke patient, Erik. Patienten er nu forvandlet til en

case – ligesom det foregår på uddannelsesinstitutionen ifølge PBL modellen. I de statslige rapporter er der et udtrykt ønske om at koble teori og praksis (Muusmann 2006, Rambøll 2006 og igen senere i fire rapporter om praktikuddannelse, Hjelmar et al. 2009, Thune 2009, Rambøll 2010, Jensen 2010). Her foregår det således ved at gøre det samme, som der gøres på uddannelsesinstitutionen.

Men Heidi får også sin inspiration til den pædagogiske tilrettelæggelse andre steder fra, som vi skal se lidt senere i klinikundervisningen:

Heidi: Da er vi kommet dertil i undervisningen, at ja.. vi skal jo vende tilbage til lidt af det, vi gjorde sidste gang, og jeg har jo...ser I fjernsyn hver torsdag aften?

Nej, en enkelt siger ja..Hvad mener du?

Heidi: Dét omkring læringsstile - omkring den skoleklasse dér?

Helle: Nårr, det med den skole?<sup>155</sup>

Heidi: Nej, nå men jeg fik jo bare den her tanke sidste gang, så feg jeg rundt med et stykke kridt, og så tænkte jeg, at det skal jeg jo ikke gøre, fordi at det er jo JER, der skal gøre det. I skal jo gå op og skrive jeres associationer på tavlen selv, kom jeg i tanker om. Det skal jeg da ikke gøre! Fordi der var ..

Mette: Jeg tror, du skal slukke for fjernsynet hver torsdag! (De andre griner!)

Heidi: Jo, også nu fordi vi snakkede så meget omkring læringsstile med jer på 4. modul, hvor I skal gå ind og teste jeres egen læringsstil og finde ud af, hvor I er. Men de sagde faktisk, at 40 % faktisk var "bevægelsesmennesker" og havde brug for at bevæge sig, mens man lærte!

Helle: He-he..

Heidi: Og så tænkte jeg: Og her render jeg rundt og sætter streger og gør ved, og det kunne I jo akkurat lisså godt selv gøre! Fordi så fik I måske også mere...skrevet det, så går det jo ikke igennem mit filter, så kan det komme på tavlen, som I tænker det, og som I vil kalde det, så hvis ikke I har noget imod det, så vil jeg gerne prøve det ..

De griner og fniser lidt, Stinne siger, hun har ikke noget imod det, "det er fint nok".

Line (2. semester): Er det ikke nemmest, hvis vi skiftes til at være en, der står oppe ved tavlen?..

So-su-elev: Jo, jeg synes også det bliver forvirrende, hvis vi alle sammen løber..

Birgit, (6. semester.): Ja..

Line (2. semester)...sådan skal løbe frem og tilbage..

(De taler i munden på hinanden)

So-su-elev, Mette: Er der ikke bare én, der kan stå deroppe, og så kan vi sige det? Og så næste gang..

Birgit (6. semester) : Bare gør ligesom sidste gang..(hvor Heidi skrev).

Heidi: Men så får I jo ikke bevæget jer, det er jo dét...(hun har en underspillet skuffet, "for-sjov-tone" på)

So-su-elev, Mette: Nej..

Line (2. semester): Vi har også bare bevæget os SÅ meget i dag (de griner, Birgit griner meget højt!) Vi har så 'tæme ikke bestilt andet! [Hun mener åbenbart, at de er trætte og trænger til at sidde ned].

Birgit (6. semester): Mette, du stiller dig bare derop, så siger vi noget..

Line (2. semester): Så næste gang så går jeg op..

Helle (2. semester): Vi har lavet vores læringsstile..

Birgit (6. semester): Det var også sådan, vi gjorde før..

Heidi: ..og hvad var det? Var det noget med bevægelse at gøre..?

Helle (2. semester): Angst og empati (hun går videre med det faglige)

Logikken synes at være, at læringsstilstests er vigtige som forudsætning for tilrettelæggelse af undervisning afpasset efter den enkelte lærende. Det har man (for længst) taget til sig i sygeplejerskeuddannelsen, hvor læringsstilstest er indført med den nye studieordning fra 2008, så

---

<sup>155</sup> Der henvises til TV serien "En skole i verdensklasse", der blev vist i efteråret 2008 om en folkeskole, der indførte differentieret undervisning på baggrund af læringsstilstests. Skolen (Gaurlund Skole) forbedrede sine elev-performance-resultater bemærkelsesværdigt, og skolen dannede forbillede for talrige andre skoler i landet.

uddannelsen kommer samlet til at fremstå som opdateret og med på "det nyeste". Hvis de studerende selv skriver på tavlen, lærer de bedre, og Heidi refererer til fjernsynsudsendelsen, hvor 40% er "bevægemesker". Læringsstiltest som pædagogisk teknologi til styring af pædagogikken i de offentlige pædagogiske institutioner har således bredt sig fra folkeskole og nu også til de mellemlange videregående uddannelser. Idealet om individualiseringen ser ud til at blive parret med frygten for det autoritære. De studerende er imidlertid ikke så interesserede i idéen om klinikundervisningen.

Jeg spørger Helle på 2. semester, hvad hun synes om klinikundervisningen:

Helle: Jeg synes lidt, det var spild af tid. Det er det der Problembaseret læring, hun underviser ud fra, hende Heidi, hvor vi skulle komme med nogle patientsituationer. Jeg synes bare, det var meget. Vi skulle komme med en patientsituation, og så skulle vi komme med nogle stikord oppe på tavlen, og derudfra skulle vi så danne nogle problemformuleringer, vi undrede os over, og hjemme skulle vi så finde noget litteratur om noget. Når vi så mødtes igen, så var det meget, at folk læste op fra et papir om, "Hvad er hjerteinsufficiens, hvad sker der ved et hjertestop" og sådan noget, så vi fik noget ud af det. Jeg kunne hellere tænke mig, at man havde en diskussion, hvor man ikke skulle gå hjem og finde ud af noget som sådan, men at... Jeg tog en situation med, hvor jeg virkelig undrede mig over noget, at sygeplejersken måske havde gjort, eller jeg havde reageret, og hvordan de andre så ville have gjort i sådan en situation. Så nej, jeg synes ikke, man fik særlig meget ud af det. Især til sidst ville jeg egentlig bare helst have været på afdelingen, altså inden eksamen. Der var det sådan "åh, de der to timer, man skulle til det dér." Det var bare træls.

Helle, der som 2. semester studerende må anses for at være novicen, siger her, at hun ønsker, at undervisningen skal være koblet tættere til den praktiske praksis, dvs. det, hun eller sygeplejersken gør i praksis, den praktiske handlen. Heidis intension er som nævnt, at "få en connection til det nære og patienterne", men som vi kan se, sker der det med "det nære", at det akademiske videnssystem kommer til at kolonisere undervisningen, en skolegørelse eller skolastisering som også kan være udtryk for det, Helle oplever, når hun siger, at "*folk læste op fra et papir om, hvad er hjerteinsufficiens*". Hun har endnu ikke fuldstændigt fået inkorporeret de gangbare kapitalformer, sygdomslæren og patofysiologien, om end hun ikke er ukendt med, hvad der gælder. Hun anerkender dog også, at de "fik noget ud af det". Novicen kan naturligvis ikke forkaste den dominerende lærdom i det medicinske felt.

Den 6. semester studerende Stinne har en lidt anden opfattelse af undervisningsseancen:

Stinne: Jamen, jeg synes det var.. jeg synes, det var utrolig godt, eller ja... det var fint. Man lærte noget igen, og så kunne man lige koble teori og praksis, man havde en patientsituation med. Og man valgte sig ind på et emne, men det kunne godt gøres anderledes altså, men det snakkede vi også om til de der formelle refleksioner, at jamen altså, vi er vant til at gøre det på forskellige måder, i forhold til hvilke skoler, altså assistenterne og også sygeplejerskerne. Så på den måde, var der jo nok noget, der kunne gøres bedre, men jeg synes i hvert fald, det er godt at mødes der, og om ikke andet så for sammenholdets skyld, assistenter og studerende og sygeplejestuderende sammen, det synes jeg var meget hyggeligt.

Jeg læser Stinnes vurdering som et udtryk for, at hun har inkorporeret de i feltet anerkendte måder at holde undervisning på. Al den snak om sygdomslære og patofysiologi gav anledning til oplevelsen af at 'man lærte noget igen' – underforstået ligesom på skolen. Den erfarne studerende, der kender sin skole, giver her udtryk for, at det at koble teori og praksis betyder at trække skolepraktikker med tilhørende teknikker fra det abstrakte videnssystem ind i praktikuddannelsen. Når Stinne synes, at noget kan gøres bedre, så er det ikke, fordi hun oplever, at der grundlæggende er noget galt med formen men snarere at forskellige uddannelser (sygeplejerskeuddannelsen og social- og sundhedsassistentuddannelsen) skal finde fælles fodslag på trods af, at de er indplaceret forskelligt i det medicinske system. Fra at være "utrolig godt", til "fint" ender Stinne med at omtale undervisningen som "meget hyggelig" og opbyggelig for sammenholdet, hvilket sikkert ikke ville matche det kliniske undervisningssteds ambitionsniveau.

### **Opsamling**

Det er ikke fordi, Heidi ikke er opmærksom på problematikken med, at skolegørelsen risikerer at kolonisere praksis. Ambitionen er at skabe *den der connection til det nære og patienterne*, og hun forsøger hårdt på det. Da de f.eks. taler om årsager til hjerteinsufficiens siger Heidi f.eks.:

*Prøv at tænke på de patienter, vi har oppe i afdelingen. Hvem er på stue 22? 24?*

*Hvad er grunden til, at hun har hjerteinsufficiens hende, der ligger i 2-sengen?*

Her bruges en konkret patient, som alle de studerende principielt ikke kan have et personligt kendskab til som illustration af det generelle. Men det er det generelle videnssystem, der skal læres og er omdrejningspunkt for undervisningen. Ironisk nok ligger denne klinikundervisning fjernt fra den form for klinik, som man ellers låner det anerkendte begreb fra. Den medicinske klinik foregik netop ved sygesengen med det formål at beskrive og indkredse og undervise i at kende og genkende for de kommende generationer (Foucault 2000, Petersen 2010).

Opsummerende kan man sige, at denne formelle klinikundervisning med brug af de klassiske skole-artefakter som tavle, kridt, papirer, anatomiske figurer, bøger og mapper parret med at seancen finder sted i lægernes konferencerum med de tykke læderindbundne bøger i lige rækker på reolerne, fremkalder en undervisningspraksis, som mødes med den undervisningsansvarlige sygeplejerskes faghabitus og fornemmelse for spillet i subfeltet af sygeplejerskeuddannelse, hvorved der fremkaldes en refleksionsviden, der overvejende har at gøre med den behandlings- og diagnoserelaterede biomedicin. Ligesom vi så det med Trine, giver Heidi

også her det bedste, hun har: den viden hun har om det prestigefyldte speciale, sygdomslæren og patofysiologien.

Den undervisningsansvarlige sygeplejerske har påtaget sig opgaven med den skolelignende undervisning. Hun har principielt mere uddannelseskapital end den kliniske vejleder, idet hun har bygget ovenpå sin kliniske vejlederuddannelse med en diplomuddannelse, hvor hun kun mangler det afsluttende modul. I denne sammenhæng har den kliniske vejleder en mere passiv rolle. Som 'undervisningsleder' har Heidi retten til at påføre den pædagogiske teknologi som den rigtige. Men Heidi er selv klar over, at der er en risiko for, at undervisningsformen kommer til at fylde for meget og stjæle fokus fra praktikuddannelsens særlige kvaliteter. Set udefra kan det se ud som om, skolen er flyttet ind i klinisk praksis. Når nu det ikke var meningen, og det sker alligevel, hvordan kan det så forklares? Det skal jeg vende tilbage til.

I den følgende analysesekvens skal vi se nærmere på, hvordan arbejdsdelingen i relation til sygeplejelæreren fra uddannelsesinstitutionen medieres gennem det, der kaldes forskningsbaseret viden.

## **Refleksionsøvelsen. Den kliniske vejleders position, når akademien og evidensbaseret rykker ind i klinikken**

Den følgende beskrivelse tager udgangspunkt i en refleksionsøvelse på afsnit 1.

Alle sygeplejestuderende skal i løbet af deres praktikperioder udarbejde en skriftlig refleksionsopgave, der skal danne grundlag for en mundtlig drøftelse. Jævnfør opgavekriterierne er målet for denne refleksionsopgave, at den studerende kan:

- Beskrive et oplevet sygeplejefagligt problem i klinisk praksis
- Udarbejde en konkret sygeplejefaglig problemformulering og opsøge viden i form af en videnskabelig artikel
- Analysere en videnskabelig artikel
- Kan diskutere en sygeplejefaglig problemformulering på baggrund af en valgt videnskabelig artikel og herudfra forholde sig kritisk, etisk og perspektiverende til sygeplejen. ("Planer for Klinisk Undervisning 2008: 31).

Der er således krav om, at den viden, der reflekteres med, er videnskabelig viden, som traditionelt produceres og formidles på de tungeste læresteder, universiteterne. Eftersom videnskabelig viden lagres på skrift og gøres tilgængelig -indenfor den medicinske fagtradition- i videnskabelige tidsskrifter, må de studerende opsøge de databaser, hvor de opbevares. Her er der ikke tale om at konsultere bøger, som er mere anvendt indenfor de human- og samfundsvidenskabelige fagtraditioner. Som vi skal se senere er det ikke en nem opgave for den stude-

rende. Til brug for analysen har uddannelsesinstitutionen udarbejdet et fem siders dokument: ”*Analyseredskab til kritisk vurdering af kvalitativ forskningsartikel*”, som er en guide med spørgsmål til, hvad den studerende skal forholde sig til, når hun læser en videnskabelig artikel. De første fire mål for hele refleksionsøvelsen skal opnås via et skriftligt materiale (max 12.000 tegn = ca. 5 sider). Den videnskabelige artikel har den studerende fremsendt før mødet. Det sidste mål skal opfyldes ved en mundtlig diskussion.

I refleksionsøvelsen deltager den studerende (6. semester studerende, det vil sige sidste praktikperiode inden det afsluttende bachelorprojekt), sygeplejelæreren fra uddannelsesinstitutionen og den kliniske vejleder. For så vidt angår planlægningen, så er tidspunkt for afholdelse af refleksionsøvelsen planlagt i et samarbejde mellem sygeplejelæreren, den klinisk undervisningsansvarlige sygeplejerske og afstemt med den kliniske vejleder. Sygeplejelæreren er som regel den udfarende. I god tid forinden tager hun kontakt til den kliniske vejleder og/eller den undervisningsansvarlige sygeplejerske med henblik på at få fastlagt en dato. Dels har hun interesse i at få planlagt arbejdsopgaven, så den passer sammen med de øvrige opgaver på uddannelsesstedet, dels har hun dispositioner for at planlægge undervisningsopgaver, så de er rimeligt fordelt i forhold til det samlede antal opgaver både på uddannelsesinstitutionen og på det kliniske undervisningssted. En hensigtsmæssig planlægning giver hende mulighed for at afvikle flere aftaler på hospitalet, så hun slipper for mere transporttid fra uddannelsesinstitution til hospital end højst nødvendigt.

Der er afsat 60 minutter til seancen (”Planer for Klinisk Undervisning” :32), og den foregår på afdelingssygeplejerskens kontor, hvor risikoen for afbrydelser er mindre, end hvis refleksionsøvelsen foregik i personalestuen eller på kontoret. Den undervisningsansvarlige sygeplejerske deltager de første ca. 20 minutter, herefter lister hun ud. Jeg får ikke spurgt hvorfor, men jeg tolker det som om, hun - som hun ofte gør - lige er til stede som ”back-up” for den kliniske vejleder, hvis der skulle opstå uddannelsesmæssige uklarheder. Opgavetyper er rimelig ny og har kun været afviklet to gange tidligere i denne form. Den kliniske vejleder har tidligere givet udtryk for, at hun ikke føler sig så godt klædt på til at vejlede den studerende i denne opgavetype. I uddannelsesinstitutionens undervisningsdokumenter står der om refleksionsøvelsen beskrevet, at den kliniske vejleder kan give vejledning ved udvælgelsen af praksisbeskrivelse og/eller af videnskabelig artikel. Vejledningen fra klinisk vejleder og sygeplejelærer skal dog primært ligge under selve drøftelsen, der har karakter af at støtte den studerendes refleksionsproces (”Planer for Klinisk Undervisning”: 32). Det vil sige, at hvis den studerende henvender sig til den kliniske vejleder om råd og vejledning, er der lagt op til, at hun skal kunne være til rådighed i et ikke nærmere defineret omfang.

I den fremdragne undervisningsseance har en 6. semester studerende beskrevet et ”sygeplejefagligt problem” på ca. en A4-side. Hun har beskrevet en situation med en patient, der efter en tarmoperation er koblet til et særligt accelereret plejeprogram. I plejeprogrammet er det fastlagt, hvad der skal ske dag for dag, så patienten kan komme på benene så hurtigt som muligt. Nu problematiserer den studerende, hvorvidt hun har presset patienten for meget til at følge programmet. Hun formulerer følgende problemformulering: *”Hvad er min rolle som sygeplejerske i et patientforløb som Bentes? Samt hvad kan jeg gøre for at motivere hende til at blive mobiliseret og spise sufficient?”* Hun har fundet en dansk artikel fra Tidsskriftet Sygeplejersken<sup>156</sup> skrevet af en stud. scient. san ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet. Forfatteren refererer til en undersøgelse, der forsøger at vise, at det nytter noget, når sygeplejersken yder sygepleje efter den slags programmer. Undersøgelsen er baseret på interviews af 20 patienter fordelt ligeligt mellem en interventionsgruppe og en kontrolgruppe.

I og med at refleksionsøvelsen indeholder krav om inddragelse af en videnskabelig artikel, er de mest prestigøse undervisningskapitalformer således trukket ind på det kliniske uddannelsessted. Jævnfør analyseredskabet skal den studerende bl.a. vurdere hvilke *videnskabsteoretiske forudsætninger undersøgelsen bygger på, hvordan den videnskabsteoretiske tilgang afspejler sig i forskningsspørgsmål og problemformulering, hvilket design der er anvendt, hvordan datakilder er udvalgt og hvilke dataindsamlingsmetoder, der er blevet anvendt i undersøgelsen*<sup>157</sup>. Den studerende skal således demonstrere kompetencer, der ikke kan siges at være blandt den kliniske vejleders kernekompetence. Med en sygeplejerskeuddannelse fra 1991 og klinisk vejlederuddannelse fra det første hold i 2002 og en daglig praksis på en hospitalsafdeling, i omgang med syge mennesker der kommer for at få stillet en diagnose og blive behandlet i et højt differentieret sundhedsvæsen underlagt moderne styringsformer og -logikker, har den kliniske vejleder ikke inkorporeret vaner for dels at søge databaser dels at analysere videnskabelige artikler. Denne dificit har den kliniske vejleder erkendt, og hun har meldt sig til en undervisningsrække udbudt af udviklingssygeplejersken i afdelingen, hvor en gruppe sygeplejersker læser og analyserer en videnskabelig artikel. Som den kliniske vejleder siger: *”Der kommer jo også mere og mere krav om at kunne læse evidensbaserede undersøgelser”*. Krav om evidensbaseret viden i sundhedsvidenskabelige databaser, anses for at være kompetencer den ny-

---

<sup>156</sup> Tidsskriftet rummer ikke videnskabelige artikler, om end der i visse udgaver er en særlig sektion med peer-reviewed'ede artikler. Den artikel som den studerende havde valgt, var ikke hentet fra denne sektion.

<sup>157</sup> Analyseredskab til kritisk vurdering af kvalitativ forskningsartikel, downloaded 11. 11.2008 på UC Danmarks hjemmeside.

uddannede, moderne, professionelle sygeplejerske bør besidde, og som også er skrevet ind i den nye nationale studieordning jf. læringsudbyttet for modul 12 gengivet på side 134. Som vi så det på klinisk vejlederuddannelse, er der indlagt en lille symbolsk øvelse i at søge litteratur i databaser, men der blev ikke arbejdet mere hermed. Med andre ord matcher den kliniske vejleder ikke sygeplejelærerens undervisningskapitaler, hvilket i denne sammenhæng vil sige beherskelse af videnskabelige kompetencer og videnskabelig arbejdsform f.eks. med hensyn til at søge litteratur i databaser. Qua sin cand. cur. uddannelse tager sygeplejelæreren derfor naturligt "ordførerskabet" i undervisningsseancen. Sygeplejelæreren er specielt kritisk overfor beskrivelsen af "*sammenhængen mellem design og udsagnskraften af undersøgelsens resultater*". Hun spørger: "*Hvor troværdige er inklusionskriterierne*", og: "*metodemæssigt er undersøgelsen uklar*". Med et sprogbrug hørende til den dominerende uddannelseskapital udtrykker sygeplejelæreren en skepsis, som den studerende er villig til at adoptere. Samtidig får sygeplejelæreren demonstreret hvilke begreber, der skal kunne beherskes:

Sygeplejelærer (Spl lærer): ..det metodiske..og det er ikke helt klart, hvor meget information får den ene gruppe, og hvor meget information får den anden gruppe.

Studerende: Nej, der står jo bare det der med, at der er en informationsgruppe, der vis' har fået information før..både flere gange- både skriftligt og mundtligt, og så står der bare, at den her kontrolgruppe bare har fået mundtlig information, det er sådan set det eneste, som står om det.

Spl lærer: Hmm (er tilfreds..)

Spl lærer: Hun laver det, hun...kan du huske, hvad det hedder, når man tager to grupper og.. hun tager to grupper, på hver sin afdeling ikk', og siger de to grupper her, de kan egentlig godt sammenlignes. Kan du huske, hvad det hedder? ..når man tager to grupper, og den ene udsætter man for noget, og den anden udsætter man så ikke for det..(pause) Den ene gruppe af patienterne, de får ekstra information..

Studerende:..ja, og den anden den...ikke...åh, ja, hvad er det nu, det hedder...det er ikke det, jeg har skrevet så, kan jeg regne ud, siden du siger sådan?...Nå, nej, det var jo...Det er da ikke det der "case-kontrol" (siger ordet med tryk på sidste stavelse..)

Spl lærer: Ja, ja..case-control- undersøgelse(siger *case-control* på en meget engelsk måde og med tryk på første stavelse). Ja.

Studerende: Så det ville du gerne have, at jeg havde skrevet?

Spl lærer: Nej, det var bare for at få dig til at overveje, hvad er det for en undersøgelse, hun har haft fat i her..

(Refleksionsøvelse afsnit 1, 14.11.2008)

Størstedelen af seancen kommer til at dreje som om, hvorvidt undersøgelsen lever op til videnskabelige krav. Da den undervisningsansvarlige sygeplejerske efter 24 minutter lister ud, har hun og den kliniske vejleder kun bidraget med bifaldende nik og 'hmm'er'. Den undervisningsansvarlige sygeplejerskes beskedne bidrag kan formentlig forklæres med, at det ikke er "hendes" studerende. Den kliniske vejleder står som vejleder for denne studerende. Ved den følgende refleksionsøvelsesseance med den anden 6. semester studerende, som den undervisningsansvarlige sygeplejerske var vejleder for, spillede den undervisningsansvarlige en mere aktiv rolle. Men arbejdsdelingen var tydelig: Hvad, der havde med vurdering af artiklens videnskabelighed at gøre, var sygeplejelærerens bord, hvorimod den undervisningsan-



svarlige sygeplejerske var mere på banen, da perspektiverne for sygeplejen i afdelingen blev diskuteret.

Den kliniske vejleders bidrag var i den udvalgte refleksionsøvelse endnu mere beskedent end den undervisningsansvarlige sygeplejerskes. Udover bekræftende hmm'er og ja'er, der lagde sig op af det allerede sagte og enkelte forståelsesspørgsmål i relation til, hvad der blev sagt, bidrog den kliniske vejleder kun fire gange med input, som relaterede sig til, hvad "vi gør i praksis". Resten af tiden var sygeplejelæreren ordførende, og den studerende faldt ind i lærer-elev-rollen (svarede på de af sygeplejelæreren stillede spørgsmål). Som konsekvens heraf kiggede den studerende mest på sygeplejelæreren, når hun talte og svarede.

Hen mod slutningen af seancen spurgte sygeplejelæreren, hvad den kliniske vejleder mente om artiklen:

Spl lærer: Hvad tænker du om artiklen, Bente? Er det noget, du kan bruge til noget i forhold dine patienter, eller.?

Klinisk vejleder (klin. vejl): Altså i forhold til det sidste synes jeg godt, ...det hun finder frem til ..det sidste..(det er lidt uklart for mig, hvad hun hentyder til).

Spl lærer: Ja (opmuntrer)

Klin vejl : Ja. (Med tryk på) øh...(pause) altså, jeg synes måske ikke, der var så meget nyt i det, men det siger jo..

Studerende (stud): Nej, det var lidt sådan, at man tænkte, det ved man da godt..

Klin vejl : Altså man bliver bekræftet i det, man går rundt og tror..

Stud: Ja.

Spl lærer: Det er jo også godt nok.

Klin vejl: Det er det nemlig. Det er det.

Stud: Men ..ja, der kommer ikke så meget om, hvor man tænker : Nå, det vidste jeg ikke..

(Lille pause)

Klin. vejl: Neeej (trækker lidt på det)

Stud: Ikke i så store doser som man godt kunne tænke sig, og det er måske også det, du mener med, at den ikke er på højt nok niveau..eller?

Spl lærer: Den er ikke på højt nok niveau i forhold til at være gennemskuelig.

Stud: Nej...

Spl lærer: Om det er en undersøgelse, som er forløbet på en måde, så den rent forskningsmæssigt er i orden (pause), så er den svær at gennemskue ud fra det her. Den kan sagtens være det, men det er svært at bedømme.

Stud: Jamen, det er rigtigt.

Fordi sygeplejelæreren hidtil har været ordførende og har haft lærerrollen i klassisk forstand, og klinisk vejleder har været tilsvarende svagt markerende, kommer sygeplejelæreren formentlig velmenende spørgsmål til at påføre den kliniske vejleder en dobbelt underposition: den kliniske vejleders relation til sygeplejelæreren som en elev-lærer-relation og som underlegen i forhold til ikke at være i besiddelse af de gangbare kapitalformer. Undersøgelsen i artiklen har forsøgt at dokumentere, at information, der indeholder mål for ernæring og mobilisering efter patienterne har været igennem et operativt forløb, gavner patienterne bedst. Her synes den kliniske vejleder og den studerende ikke, at undersøgelsen bidrager med nyt. Den underliggende præmis synes at være, at det nye skal være retningsgivende for en ændret

fremtidig praksis. Artiklen udtrykker tilsyneladende det, som Petersen har kaldt *legitimerende praksisforskning*, hvilket vil sige: Praktikken er god nok, men med visse tiltag kan den yderligere kvalificeres og bedre argumenteres overfor samfundsmæssige instanser (Petersen 1995: 89).

I modsætning til undervisningsseancer der forlægges til kontoret eller personalestuen, bliver undervisning der foregår på afdelingssygeplejerskens kontor ikke afbrudt. Artefakterne i kontorummet minder os dog om, at vi ikke sidder på en uddannelsesinstitution (gamle porcelæns-stikbækkener står til pynt, på hylderne står et par udtjente blodtryksapparater, der ikke har kunnet finde en bedre plads, kontorinteriør med kontorstole, skriveborde etc.). En ambulance med udrykning høres tæt på, og en telefon ringer (den blev dog ikke svaret, og ingen lod sig synligt anfægte af lyden). Både studerende, klinisk vejleder og undervisningsansvarlig sygeplejerske har de hvide hospitalsuniformer på, hvorimod sygeplejelæreren som den eneste har privat tøj på. Selvom artefakterne understøtter hospitalskonteksten, har studieaktiviteten/undervisningsseancen stærke konnotationer til skoleverdenen. Alle sidder med papirer/opgaven foran sig. Og alle har ”lavet lektier” forinden. Den studerende har gule overstregninger i sit eksemplar. Sygeplejelærer og klinisk vejleder har forberedt sig med bemærkninger og understregninger i opgaven – sygeplejelæreren har skrevet mere til i margin end klinisk vejleder har, ligesom hun også har et papir med håndskrevne notater.

I en form for evaluering som sig hør og bør i ”rigtig undervisning” spørger sygeplejelæreren den studerende, da ”timen” - i bogstaveligste forstand - er ved at være gået:

Spl lærer: Hvordan har det været at lave det? [det skriftlige materiale].

Stud: Det er jo aldrig sjov’ at skulle sidde hver aften (griner) Jo...det er jo noget, man skal gøre og ...

Spl lærer: Jo, men jeg tænker, er det noget, du kan bruge til noget?

Stud: Jeg ...tænker at det er noget, jeg kan bruge til noget, men derfor er det lige svært næste gang at skulle gå ind og finde en artikel. Man får ikke ret meget....det er alligevel ret lang tid siden, vi har fået undervisning om det . Det er et halvt år siden.

Spl lærer: Hmm..

Stud: Jeg kan ikke engang huske, hvornår det var. Jo, det var i foråret..

Spl lærer: ...foråret. ja.

Stud: Det er næsten ¼ år siden, og så kan man godt sidde der helt alene...man har ikke nogen at spørge om det, hvordan er det så egentlig, man søger. Så kan man godt føle sig sådan lidt fortabt. Det har jeg gjort. Men det skal jo bare overstås og laves, og så har man det jo dejligt bagefter...(griner) Men, ja...men måske noget mere information om..hvordan det skal laves....

Det banker på, og den næste studerende og undervisningsansvarlige sygeplejerske kommer ind.

Spl lærer: ..om søgeteknikker og om hvor man søger henne.?

Klin. vejleder: Kom indenfor.

Stud: Jeg synes ikke, vi har haft SÅ meget om informationssøgning, er det ikke kun..?

Spl lærer: du kunne godt have brugt lidt mere?

Stud: Kan du huske, hvor meget det er ?

Spl lærer : Nej (prompte)

Stud: er det 2-3 timer?

Spl lærer: Jeg kan ikke huske det.

Stud: Jeg synes bare ikke, det er meget til at få os til at søge på forskningsartikler..

Spl lærer: Så det kunne I godt bruge lidt mere af det?

Stud: Ja. Det synes jeg...på en eller anden måde..

Spl lærer: Godt.

Klin vejl: Yes..

Spl lærer: Tak, Berit. Nu bliver vi smidt ud – eller nogen af os bliver?..

Jeg har ikke tilstrækkelige data til at gå ind i en nærmere analyse af de forudsætninger, den studerende er blevet tilbudt for at kunne løse opgaven. Det ville bl.a. have fordret en undersøgelse af den samlede undervisning, hvori systematisk litteratursøgning ville kunne indgå. Men de fire studerende hvis refleksionsøvelse, jeg overværede (to refleksionsøvelser på hver af de to afsnit), oplevede, at analysen af artiklen var svær, og at artikelsøgningen var særdeles tidskrævende og så uoverskuelig, at de enten endte med at bruge en artikel, de kendte i forvejen, eller de fandt en artikel fra fagforeningstidsskriftet, *Sygeplejersken*. Sproget var dansk og artiklerne kunne de nemmere finde frem end ved de systematiske litteratursøgninger i de inden for den medicinske og anglosaksiske sygeplejetradition anerkendte databaser. Ikke alene ser vi et *mis-match* mellem de pædagogiske intentioner og den kliniske vejleders muligheder for at indgå i undervisningen. Vi ser også et lignende billede i relation til de krav, der stilles til de studerende og deres forudsætninger for at løse opgaven, som den var tænkt.

Det er iøjnefaldende, at alle de studerendes inddragne såkaldt videnskabelige artikler trak på hermeneutisk og/eller fænomenologisk inspirerede undersøgelser med fokus på patientoplevelser. Den fænomenologiske tilgang understøtter en opfattelse af sygeplejen som en humanmoralsk-faglig virksomhed, som f.eks. Kari Martinsen har formidlet den (Martinsen 1996). Set i lyset af hvor megen refleksionsviden, der i andre refleksions-situationer har været brugt fra den lægevidenskabelige videnspool, er det interessant, at der her ved den skoleinitierede undervisning var markant større fokus på en fænomenologisk tilgang. Prioriteringen kan ses som en modvægt til de eksakte videnskaber, som traditionelt har været anvendt indenfor lægevidenskaben.

Refleksionsøvelsen som undervisningspraksis får legitimitet ved sin systematisering: Planlægningen i forhold til tid og sted, folk der indfinder sig efter planen og afviklingen i god ro og orden uden afbrydelser. Selvom truslen om afbrydelser var tæt på : telefonen fik lov til at ringe ud, og en støjende ambulance med udrykning gav det ikke anledning til den mindste forstyrrelse. Sygeplejelæreren fra uddannelsesinstitutionen er ”rejst” (ca. 8 km) tværs gennem byen for at deltage i refleksionsøvelsen, og både den studerende, sygeplejelæreren og den kliniske vejleder har gjort forberedelser, hvilket understreger vigtigheden af øvelsen og understøtter resistensen mod afbrydelser. Her i dette modstandsdygtige rum er der større kontrol

over undervisningen, og den fænomenologisk inspirerede refleksionsviden får større plads, hvor der kan vælges mere frit fra pool'en af sygeplejeartikler. Ved at formalisere en sådan form for undervisningspraksis som en del af den kliniske undervisning legitimeres samtidig en underliggende præmis om, at det er ”nødvendigt” at lade videnskaben foreskrive, hvordan der skal handles i praksis. Herved underkendes i sidste ende den praktiske praksis og dens erkendelsesformer.

Den følgende analysesekvens skal vise, hvordan en anden af akademias udtryksformer håndteres i praksis. Nemlig kravet om, at der skal læses teori som en del af den kliniske uddannelse.

## **Når litteratur og bøger kommer på arbejde – den kliniske vejleders håndtering af litteraturkrav i praktikuddannelsen**

Uddannelsesinstitutionen har formuleret krav om, at den studerende skal have læst en vis mængde litteratur under praktikperioden. Ikke alene er der krav til omfanget, som skal svare til 30 sider per 1 ECTS, men der stilles også krav til kvaliteten. I ”Planer for Klinisk undervisning fra februar, studieordningen 2001-2008” fremgår det, at litteraturen ”så vidt muligt skal være baseret på udviklingsprojekter og forskning, og at skønlitterære værker i mindre omfang kan være relevante” (ibid: 14). I den nye studieordning fra 2008 gælder disse krav fortsat, men som noget nyt er arbejdsdelingen mellem sygeplejelæreren og den kliniske vejleder beskrevet i relation til kravene. Den kliniske vejleder har fået defineret endnu en pædagogisk opgave, idet hun nu skal godkende ”relevansen” af litteraturen. Hvor kravene til litteraturen tidligere var beskrevet på fem linjer, har beskrivelsen i den nye studieordning fra 2008 fået tildelt et selvstændigt afsnit på en halv side. Kravene står beskrevet på følgende måde:

### **5.3.1 Litteraturkrav og litteraturomfang i den kliniske undervisning**

*For at synliggøre den studerendes evne til at søge ny viden samt dokumentation heraf udarbejdes en litteraturliste.*

*Megen litteratur anvendt i den teoretiske undervisning vil være identisk med den litteratur, som danner grundlag for den kliniske undervisning. I relation til den kliniske undervisning vil der yderligere være angivet litteratur relevant for det specifikke kliniske område/speciale. Litteraturen skal så vidt muligt være baseret på udviklingsprojekter og forskning. Skønlitterære værker kan i mindre omfang være relevante. Litteraturen antages at have et omfang af ca. 30 sider pr. kliniske ECTS. Litteraturen vælges af den studerende selv, den kliniske vejleder godkender relevans og den endelige godkendelse foretages af underviseren ved Uddannelsesinstitutionen.*

**Den studerendes litteraturliste kan godkendes, når:**

- den har det angivne omfang,
- den afspejler den konkrete kliniske sygeplejepraksis,
- den afspejler modulets tema og læringsudbytte,
- den i videst muligt omfang indeholder forsknings- og udviklingsbaseret litteratur,
- den afspejler et professionsbachelorniveau,

- *litteraturen er ny i forhold til litteratur, som tidligere er anvendt i uddannelsen, det vil sige, den kan ikke indeholde litteratur opgivet i holdets modulplaner tidligere i uddannelsen,*
- *den følger Redaktionelle krav til skriftlige opgaver, UC Danmark*
- *litteraturlistens relevans godkendes af klinisk vejleder hvorefter den tilsendes elektronisk til sygeplejerskeuddannelsen (ibid: 9-10).*

Den kliniske vejleder har ikke har den endelige bemyndigelse til at godkende litteraturlisten, men hun har alligevel ansvar for at vejlede den studerende i relation til, om litteraturen er faglig relevant. Hvis ikke den godkendes, har den kliniske vejleder således et medansvar. Dette ansvar giver anledning til en del overvejelser og usikkerheder hos de kliniske vejledere. Det første hold sygeplejestuderende efter den nye studieordning er nu startet i afsnittene. Jævnfør ovenstående kan den kliniske vejleder ikke godkende litteratur, som den studerende allerede har læst på uddannelsesinstitutionen, så selv om den forekommer relevant, kan den ikke tælles med. Der skal findes alternativer, men udfordringen for den kliniske vejleder (og den studerende naturligvis) er hvilke. Hvad det betyder, at litteraturen skal afspejle et professionsbachelor-niveau, er ikke klart. Generelt synes både de studerende og de kliniske vejledere, at kravene er svære at leve op til. Det fremgår f.eks. af nedenstående passage:

I afsnit 2 står jeg i medicinrummet sammen med klinisk vejleder Trine, som er ved at hælde medicin op. En anden sygeplejerske er ved at være færdig med at hælde op, så hun går ud.  
 Trine siger til mig: Med hensyn til litteraturlisten og kravene fra skolen, så er det ganske enkelt for meget, men det har Heidi [den undervisningsansvarlige sygeplejerske] også skrevet til dem [fra skolen]. Der er ikke noget givet på forhånd. De skal selv tænke på, hvad der er nødvendigt, og 450 sider.. det er meget.  
 2.semester studerende Helle kommer ind i medicinrummet.  
 Trine: Jeg så nogle bøger i går i ”Sygeplejersken”. Der var en hel side i ”Sygeplejersken”. Måske du kunne blive inspireret derfra?  
 Afdelingssygeplejersken kommer ind i medicinrummet: ”Jeg vil gerne have to damer ind til jer”. Hun fortæller, hvad de fejler, den ene er ankommet i afdelingen.  
 Helle: Jeg har læst om diabetes og hjerte og hjertesygdomme, men det er på for højt niveau.  
 Trine: Der findes jo også noget fra Dansk Cardiologisk Selskab, men måske er det på for højt niveau? Det er jo ikke kun sygdommene, du skal have fokus på men også den grundlæggende sygepleje. Der må jo også være nogle bøger dér. Ellers bliver vi nødt til at gå ud i noget speciale-relateret. Eller vores værdigrundlag? Der er Merry Scheel, men man kunne jo også tage noget Virginia Henderson...[navne på sygeplejeteoretikere, der undervises efter i den teoretiske del af uddannelsen].  
 Helle: De kan jo finde på at spørge om det [til eksamen]. Og hvorfor allerede i uge 41? [litteraturlisten skal afleveres i uge 41]. Vejlederne [sygeplejelærerne] holder jo alligevel efterårsferie i uge 42. Hvis man kunne læse 30 sider om dagen, kunne man nå det. I stedet for 100 sider lige til sidst.  
 Trine: I den gamle uddannelse skulle de bare læse det, der var opgivet.  
 Helle: Og hvad er en side? Der er ret stor forskel på, hvor tæt de er skrevet.  
 Trine: Nå, det var den inhalator... (Trine vil videre med at hælde medicin op, men hun begynder selv at tale om, hvordan samarbejdet mellem fysioterapeuter og sygeplejersker var i gamle dage. Hun hælder medicin op til en fysioterapeut, der nu som patient er indlagt. Hun har engang arbejdet sammen med patienten).  
 Trine: Vi må hellere gå ned og hilse på patienten, bare så hun føler sig velkommen.

Det skal understreges, at det er første gang, der skal opgives litteraturlister efter den nye studieordning, hvilket kan forklare visse usikkerhedsaspekter. Men usikkerhedsaspektet kan netop tydeliggøre, hvori konflikterne består. Når Trine kritiserer, at litteraturlisten og kravene

fra uddannelsesinstitutionen ”ganske enkelt er for meget”, så tolker jeg det som om et udtryk for, at det ikke bare opfattes som kvantitativt for mange sider, den studerende skal læse. At uddannelsesinstitutionen vil regulere om niveauet er ”højt” nok’ svækker de kliniske vejledere kontrol med arbejdsopgaven. Der er forsøgt forhandling med uddannelsesinstitutionen, men grundlæggende sættes der ikke spørgsmålstejn ved, at litteratur og læsning må der til i praktikdelen af uddannelsen. I et professionsperspektiv betyder det, at når den kliniske vejleder påtager sig en pædagogisk opgave, der inddrager de mest prestigefyldte undervisningstekster (”forskningsbaseret litteratur” – lærde bøger og artikler) markerer hun samtidig en grænse for sit virksomhedsområde. Samtidig får den kliniske vejleder adgang til den i feltet alment anerkendte kapitalform – ganske vist som bestyrer og forvalter, da uddannelsesinstitutionen kan veje og finde litteraturlisten for let.

Det fremgår af formålet med udarbejdelse af litteraturlisterne, at den studerende skal være i stand til at søge ny viden. I det følgende ser vi en studerende forsøge sig hermed: Vi (klinisk vejleder, Trine, den studerende, Helle og mig) sidder på kontoret inde ved computeren:

Helle: Der er egentlig mange kvinder i afdelingen. Har vi en bog om det? Hvad kan det skyldes? Det fra Hjerteforeningen [en patientforening], er det så ikke godt nok? (hun tænker åbenbart på, om Hjerteforeningen kunne have noget materiale, hun kunne opgive på litteraturlisten)

Trine: Jeg er ikke sikker på, at niveauet er højt nok. Der er en bog om fortællinger fra hjertepatienter. Det må være godt nok.

Samtalen dør her, det er frokosttid, og vi finder vores medbragte mad frem.

Den studerende har i udgangspunktet en sund undring, som mange undervisere kunne ønske sig af den gode student. Men nysgerrigheden bremses allerede før, den er udfoldet. Den forsvinder og bliver opsuget af de formelle regler om, hvilken litteratur der er gyldig og acceptabel. Den kliniske vejleder holder samme fokus og opfordrer ikke den studerende til at følge sin spirende nysgerrighed. Det, der kunne være begyndelsen til et fagligt, nyt perspektiv på patientklientellet bliver til en frustrerende og uforløst lærings- og undervisningssituation. Den kliniske vejleder får endnu en erfaring med academia som toneangivende. Men også en erfaring med at definitionsmagten tilhører andre, hvilket efterlader den kliniske vejleder som stedfortræder og vikar for det akademiske vidensystem, der ikke selv vil/kan være til stede i klinikken.

På afsnit 1 havde de kliniske vejledere de samme besværligheder. I det følgende skal jeg vise, hvordan den nyslåede kliniske vejleder tager sin del af ansvaret for en passende litteraturliste alvorligt. Hun vil gerne hjælpe så godt hun kan med at stille relevant litteratur til rådighed.

Fra observationsnoter afsnit 1, 9.9.2008:

Over middag tager Oline de to 4. modul studerende hen på afdelingssygeplejerskens kontor. Hun har lovet at vise de bøger, der står på kontoret. Måske kan de inspirere til de 450 sider litteratur, de studerende skal opgive. Indenfor de næste fem uger, skal de aflevere en liste til skolen.

Afdelingssygeplejersken er gået i dag kl. 12, så der er tomt og fred og ro til at kigge på mulighederne.

På væggen inde til venstre er der et hyldearrangement med 4 hylde i et glasskab. På de to øverste står der gamle remedier, udtjente måleapparater af ubestemmelig karakter, blodtryksapparater, ledninger, små porcelænsskåle, der måske har været brugt til knusning af medicin. Artefakterne får én til at tænke på en mellemting mellem et antikvariat og et depot.

På én hylde er der mapper og på én hylde er der bøger.

Oline hvisker, så vi alle kan høre det: *Det er vist noget gammelt noget...*

Der står et sæt blå sygeplejerskehåndbøger, som jeg brugte i min elevtid fra før 1980. Det samme med anatomi-bøgerne. Der er enkelte bøger fra en bogserie fra sygeplejerskernes bogklub. Afdelingssygeplejersken har måske benyttet sig af et af de introduktionstilbud, bogklubben ofte tilbyder for at rekruttere nye læsere..

Oline: *Det er alle sygeplejeteoretikerne, men dem er I vist ikke kommet til endnu?*

Nej, det er de ikke, siger de studerende.

Oline læser: *"Den nødvendige smerte"...det ved jeg ikke lige, hvad det er for noget..* [bogen handler om sorg og krise].

Oline: *Vi kan også lige se på Margits bord... dér er en bog om ernæring. Den har jeg også!* (Der står i alt 12-14 bøger. Oline læser på ryggen af en bog): *Sygdomslære, den kan I godt få brug for.*

Hun bladrer i den...*Hvad skal vi lige...blindtarm, mavesår, tyndtarmssvulster, Chrons sygdom. Det kunne godt være relevant, men det er mest i de andre grupper, de patienter ligger.*

På opslagstavlen står der skrevet med tusch navnet på en sygeplejelærer, som forlod skolen for over et år siden. Hun har været tilknyttet afsnittet, men nu kommer her en anden sygeplejelærer.

Oline kigger i en bog om ernæring. *Det kan hurtigt blive indviklet*, siger hun og stiller den igen!

*Men i hvert fald: I kan godt låne nogle af de her bøger, I skal bare sige det til Tove* (den undervisningsansvarlige).

Vi går ud.

Som Oline selv siger, så er det "noget gammelt noget"! I dette rum som er en hybrid mellem et antikvariat / en marskandiserbutik og et kontor, ligner det langt fra den orden, systematik og mangfoldighed af udlånsemner, der typisk hersker på et "rigtigt" bibliotek. En fornemmelse Oline sikkert også har haft. Hendes bemærkning om, at det "vist er noget gammelt noget", kan opfattes som et forsøg på at tage brodden ud af en mulig skuffelse hos de studerende over, at fremvisningen ikke blev en hjælp til at komme videre med at finde passende litteratur.

Oline bruger anledningen til at få vist, at der venter noget mere spændende for de studerende: sygeplejeteoriene, som de to 2. semester studerende ikke ved noget om endnu, men som Oline ved om. På en underspillet måde får hun vist, at på trods af det lidt kiksede indtryk, man får af bog-udbuddet, så rummer samlingen trods alt nogle godbidder. Oline forholder sig ikke indgående til bogtitlerne. Bogen om "Den nødvendige smerte" og ernæringslære henholdsvis kender Oline ikke, og finder hun for vanskelig, hvorfor hun ikke er i stand til at vejlede de studerende i, om disse bøger kan bruges til litteraturlisten. Derimod anbefaler hun bogen om sygdomslære og kan også udpege kapitler, som de studerende ikke "behøver" at læse. Oprindeligt kan forklares med, at daglig omgang med bøger og fordybelse i teoretiske og akademiske tekster ikke er det, der praktiseres mest i en travl hospitalsafdeling. Derfor har den kliniske vejleder ikke den fortrolighed med stoffet, som giver hende forudsætninger for at kunne

vejlede de studerende i valg af litteratur til den obligatoriske liste. Og på klinisk vejlederuddannelse, som Oline lige har gennemgået, har der udelukkende været undervist i pædagogiske temaer og ikke faglige stofområder af relevans for undervisning og vejledning af den sygeplejestuderende. Alligevel formår hun at bruge bøgerne om sygeplejeteori som et trumf-kort. I Bekendtgørelsens modulbeskrivelser er 4. modul ikke dimensioneret med teoretiske ECTS<sup>158</sup>. Uddannelsesinstitutionen har således formuleret kravet om at formalisere læsning af faglitteratur i praktikperioden, hvilket kan forklares på flere niveauer. Først og fremmest kan denne praksis ses som en bestræbelse på at klæde de studerende på til det tiltagende krav om evidensbaseret praksis. En strategi som matcher retorikken om videnssamfund, hvor viden er en vare på det globale marked, der kan bidrage til vækst, og hvor professionen er aktiv medspiller i moderniseringen af den offentlige sektors liberalistiske managementtænkning (jf. Hjort 2008, Mathiessen 2005). "Viden der virker" er med den venstre-ledede regering for længst blevet et slogan, som ikke mindst professionshøjskolerne har taget til sig<sup>159</sup>. Formålet med at udarbejde litteraturlisterne er som nævnt beskrevet som "*at synliggøre den studerendes evne til at søge ny viden samt dokumentation heraf*". Det kan forstås helt bogstaveligt i relation til kravet om, at den studerende ikke må opgive litteratur, der tidligere har været anvendt i uddannelsen. Logikken fra uddannelsesinstitutionens side synes at være, at det "snyd", hvis litteratur læses to gange. Men i begrebet ny viden ligger også en forestilling om, at det nye i udgangspunktet er mest værdifuldt og det, der skal bære professionen fremefter. Selve konsultationen af litteraturen skal dokumenteres, og med formuleringen fremstår den som et mål i sig selv og ikke som et middel til at nå et højere mål, der har at gøre med den samfundsopgave, den professionelle sygeplejerske i udgangspunktet er sat til at løse. Vi har nu set to eksempler på klinisk undervisning, som er stærkt struktureret og som foregår væk fra praksis. Det betyder, at undervisningen ikke så let lader sig forstyrre og dermed er nemmere at gennemføre efter hensigten. Vi har også set, at der i lighed med de øvrige undervisningspraktikker fremstår et misforhold mellem det, der var den pædagogiske hensigt og så de muligheder og vilkår, den kliniske vejleder har for at løse den pædagogiske opgave. Arbejdsdelingen i relation til den akademiske og evidensbaserede viden betyder, at den kliniske vejleder kommer til at bestyre og forvalte den akademiske viden, som hun har ikke selv har kontrol over. Opmærksomheden på forvaltningen af den akademiske viden i relation til litte-

---

<sup>158</sup> Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje. BEK nr 29 af 24/01/2008, bilag 2, §4.4).

<sup>159</sup> Se f.eks. Professionshøjskolen metropols slogan: "Viden der virker, viden der udfordrer" Downloaded 23.3.11 på <http://karriereportalen.dk/default.asp?Action=Details&Item=569>. Også på forskningssiden har den venstre-ledede regering fremlagt en handlingsplan, som understøtter idéen om viden, der virker (Regeringen 2003: "Nye tanker mellem forskning og erhverv – fra tanke til faktura").



raturisterne gør, at den også her lukker sig om sig selv. Arbejdsdelingens sociale betydning får den effekt, at den viden der ligger i praksis fremstår underlegen i forhold til den viden uddannelsesinstitutionen repræsenterer.

Vi skal nu se et eksempel på, hvordan den kliniske vejleders undervisning får udtryk, hun forsøger at skabe sig rum for at udføre en mere formel undervisning, som der fra statslig side er krav om. Den foregår på kontoret midt i det, jeg kalder ”prime time” dvs. på det tidspunkt om formiddagen, hvor der er flest aktiviteter omkring patienterne på et hospital.

### **Refleksionsarkene på arbejde. Når den kliniske vejleder holder undervisning på kontoret i ”prime time”**

Som vi så det på klinisk vejlederuddannelse anses refleksion som et vigtigt middel til læring. Ikke kun som en kognitiv proces der kontinuerligt finder sted men også som en pædagogisk teknologi, der kan sættes på didaktisk formel. Forestillingen er, at refleksion skal forbinde teori og praksis og i øvrigt overkomme mange af de tavse dimensioner ved professionen (Jf. Benner 1995). Til det brug har afsnittene beskrevet en særlig refleksionsmodels, som den studerende skriftligt skal reflektere efter: Den indeholder følgende trin:

1. **Oplevelse.** Beskriv med egne ord en oplevelse/handling.
2. **Reflekterende observation.** Hvilke tanker/følelser havde du i situationen?
3. **Abstrakt begrebsliggørelse.** Hvilke teorier/begreber kan belyse din oplevelse?
4. **Aktiv eksperimenteren.** Hvordan kan du anvende den nye viden/erfaring i lignende situationer?  
(Arbejdsblad afsnit 1).

Som det ses af modellen, lægges der op til, at der eksplicit inddrages teori, som kan inspirere den studerende til at forsøge sig med nye handlinger. Når den studerende har skrevet en refleksion, meddeler hun den kliniske vejleder det. Hun kan enten kommentere skriftligt på refleksionerne, og/eller hun kan finde et tidspunkt, hvor arbejdet ikke forsømmes, og de kan sidde ned og tale om det, den studerende har skrevet. En sådan aftale er ikke skrevet ind i arbejdsplanen men afvikles, når arbejdet tillader det.

Såvel klinisk vejleder som klinisk undervisningsansvarlig lægger op til, at det er en god idé, at bruge de skriftlige refleksionsark. Men det understreges samtidig, at det ikke er noget krav – hverken fra uddannelsesinstitutionens side eller fra praktikstedets side. Denne holdning er begrundet i et ønske om at anerkende, at studerende kan have forskellige læringsstile, idet det

at lære er en individuel sag. Men eftersom det gentagne gange pointeres, at det er en "rigtig god idé" at bruge refleksionsarkene, ligger det i luften, at den gode studerende benytter sig af tilbuddet, og at man som studerende løber en risiko ved gå glip af en god læringsmulighed, hvis ikke man bruger arkene.

I praksis er det forskelligt, om refleksionsarkene bliver brugt. Yderpolerne mest og mindst brugt refleksionsark fandtes på afsnit 1, hvor to 2. semester studerende slet ikke kom til at bruge refleksionsarkene i praktikperioden, og i den anden ende af skalaen 2. semester studerende, Louise der lavede fem skriftlige refleksioner på en ti ugers praktikperiode. Hun siger følgende herom:

Louise: Ja, altså der var jo på nogle afdelinger, ved jeg, at... nu har jeg snakket med de andre, at de skulle skrive én om dagen eller én om ugen. Vi fik at vide til at starte med, at de tog dem ikke så seriøst, de refleksionsopgaver, men at det var godt, vi skrev dem. Men det var ikke sådan, at vi skulle aflevere en om ugen og sådan noget, og så var det sådan lidt, nå okay, så blev det sådan noget "lalle værk", synes jeg, med at det var jo ikke noget, jeg sådan lige skulle have lavet, eller sådan noget.. og så blev det først, jeg ved ikke, en måned - halvanden måned henne, hvor jeg begyndte. Og det kunne jo godt være, jeg skulle få skrevet nogen, og så skrev jeg så også en masse på en gang, og det synes jeg også, det var rart nok faktisk, at jeg så opdagede der, når man så... så blev de også taget seriøst nok. Så fik de læst dem igennem, og der blev skrevet spørgsmål. Så var det jo så, jeg snakkede med Oline [klinisk vejleder] om dem, og der fik jeg altså noget ud af og have lavet de her refleksionsøvelser. Hvis jeg nu havde vidst det, så kunne det være, jeg var gået i gang noget før, men det var jo ikke et krav på vores afdeling, det var sådan lidt: "Nåh, hvad er nu det for noget", og "nej det behøves jeg nok ikke lige". Men da jeg så fik lavet dem, så blev de også taget seriøst af de andre, både af Tove [klinisk undervisningsansvarlige] og Oline...

Den studerende har i første omgang reageret nølende overfor det dobbelte signal, som afsnittet har sendt. Men alligevel synes hun godt om brugen af dem, og hos hende fungerer de tilsyneladende efter hensigten.

I afsnit 2 er brugen af refleksionsark mere systematiseret, idet der er arrangeret en undervisningsseance, hvor de studerende introduceres til brugen af refleksionsark, men det er stadig ikke et krav, at de studerende bruger dem.

Som den undervisningsansvarlige sygeplejerske siger i afsnit 2:

*Det er lidt forskelligt, hvor meget de studerende arbejder med det, vil jeg sige. Når først de når derhen til, hvor de finder ud af, hvor meget det giver dem, så er motivationen der i sig selv. Men det er ligesom vores arbejde at få dem derhen til.*

Og undervisningsansvarlige sygeplejerske afsnit 1 siger:

*Nogle gange kan refleksionsarkene hænge dem langt ud af halsen, men jeg prøver at fortælle dem, hvad de kan bruge dem til og prøver at vise dem, hvad de kan opnå ved det. Jeg sætter ikke noget krav om, at de skal udfylde et vist antal eller noget, for det står der ingen steder, at de skal.....Og der er jo stor forskel på, hvor meget, de får ud af det.*

En 2. semester studerende i afsnit 2 gav udtryk for stor frustration over brugen. Hun havde fundet det svært at udtrykke de tanker og følelser, hun havde i forbindelse med den blodtryksmåling, som hun havde villet reflektere over. Og Stinne (6. semester) på afsnit 2 oplevede, at refleksionsarkene ikke blev brugt. Her var der ellers lagt op til, at de skulle bruges hver uge:

Stinne: Ja, altså fra selve afdelingen af, så havde Heidi [undervisningsansvarlig sygeplejerske] jo lavet sådan en mappe til os med refleksionsark og alle sådan nogle ting, som vi... ja, vi skulle kigge på hver uge. Men det blev ikke gjort, og der var da også mange ting, der ikke kom ind i den mappe. Heidi lovede os også at se billeder af hjertet og af sådan nogle farverige billeder, så vi kunne se alt, hvad der skete inde i hjertet, det fik vi heller ikke ind i den mappe og, altså den var sådan lidt, den blev ikke rigtig brugt, som jeg tror, formålet var med det. Ikke at det gør noget, altså, jeg har ikke mistet noget på den baggrund overhovedet, Med hensyn til refleksion så tror jeg, vi har gjort det mundtligt, ja, og jeg har da også gjort det, når jeg er kommet hjem, har jeg da også tænkt over det, man tager det jo lidt hjem og tænker over det, og så måske den næste dag igen lige spørge, ”Jeg kom til at tænke over, det jeg gjorde der, var det rigtigt?” eller ”Han sagde sådan og sådan, hvordan kan det være?” og sådan noget.

Når refleksionsarkene ikke bruges så meget, som der er lagt op til, er det muligt for underviserne at forklare det med, at de studerende har forskellige og individuelle læringsstile.

I det følgende viser jeg et eksempel på, hvordan den praktiske hverdag sætter rammerne for, hvordan det er muligt for den kliniske vejleder at få gennemført en undervisningsseance, der ikke ligner almindeligt sygeplejerskearbejde.

Denne refleksionsseance finder sted på kontoret mellem Louise (2. semester) og vejleder Oline (vejleder in spe, som senere får uddannelsen som klinisk vejleder). Louise har været i afsnittet i 7 uger ud af 10, og hun er en af de studerende, der godt kan lide refleksionsarkene.

Der findes ikke i afsnittene et særligt undervisningsrum, hvor den kliniske vejleder og den studerende kan sidde og gennemgå en refleksion. I afsnit 1 kan der principielt disponeres over lægernes samtalerum, hvis det er ledigt, men oftest foregår snakken på kontoret eller personalerummet, så man hurtigt kan glide ind i arbejdet igen, når det kræves.

Kontoret er som beskrevet et centralt sted på hospitalsafsnittet, idet mange aktiviteter udgår herfra.

#### **Feltnotater fra afsnit 1 26.3.08:**

Jeg er sammen med vejleder Oline på kontoret. Kl. er 8.20. Oline har modtaget besked om en ny patient, der skal overflyttes fra et andet hospital. Sygeplejestuderende Louise har været på patientstuen og har selv skiftet et sår hos en patient, uden Oline har kigget med. Forinden har Oline spurgt om, Louise ville gøre det. Hun så det blive gjort i går, og Louise er synligt glad for at få vist tilliden. Før skiftningen har Oline opremset, hvilke forbindsstoffer og hjælpemidler, Louise skal bruge, og Oline har hjulpet Louise med at finde de rigtige ting. Nu kommer Louise tilbage til kontoret.

Oline: Fik du klaret skiftningen?

Louise: Ja, det gjorde jeg.

Oline: Det var godt. Super!

Oline: Vi kan lige prøve at kigge på Kurts udskrivningspapirer sammen. (Kurt er en anden patient end den patient, hvis sår hun har skiftet). Prøv lige at sætte dig her. Du kan lige læse det igennem. Hun gør tegn til, at de skal sætte sig ved et af skrivebordene. Der står en computer, der ligger sygeplejerapport-mapper og observations-skemaer i en bunke. Spejlvendt står der et tilsvarende skrivebord med en computer på. Her sidder en sygeplejerske og en studerende ved den ene side af bordet og snakker sammen. Ved den anden ende af bordet sidder en sygeplejerske foran computeren.

I rummet ved et tredje bord sidder en sekretær. Hun rejser sig, tager papirer fra en printer og lægger dem ind i journaler, lægger ting i bunker, streger noget ud på et papir og tager telefonen, der ofte ringer.

Mens Louise læser, taler Oline med en nyansat sygeplejerske, som kommer ind og en anden sygeplejerske om, hvorvidt de skal gå med på "førstuegang på udskrevne patienter". Den erfarne siger: "Jeg ved ikke rigtigt, hvad jeg skal derinde". Oline forklarer til mig, at hvis de har noget til behandlingsplanen, så kan de gå "derind" (hun hentyder til afsnittets kontorområde, hvor lægerne holder konference), men hun "tager det altid på stuegangen". Nu diskuterer de også en FADL-vagt<sup>160</sup>, som de synes er en "sølle" hjælp, fordi hun ikke kan suge en patient i luftvejene. Louise er færdig med at læse udskrivningsbrevet, som skal sendes til hjemmesygeplejersken.

Oline til Louise: Har du noget, der skal tilføjes?

Louise: Nej....

Oline: De kender ham jo også derude [i hjemmeplejen mener hun].

Sekretæren har svaret på et telefonopkald, der er en forespørgsel fra en pårørende. Sekretæren spørger, om vejlederen "vil tage den". Det vil hun godt. Oline rejser sig fra bordet og taler nu med konen til den patient, hvis udskrivningspapirer Louise læser.

Oline vender tilbage: Har du sat noget på hans sår derinde?

Louise: Nej..

Oline: Siver det?

Louise: Jeg har ikke lagt mærke til noget..

Oline: Er der pletter på hans underbukser?

Louise: Nej.

Oline: Så skal jeg lige have ordnet noget med hans medicin (siger det til sig selv). Han får noget HUSK.

Louise fortæller om, at patienten ville have suppe, men så ville han alligevel have havregrød.

Oline: Ja, han er pudsigt, er han ikke...

De taler mere om, hvad patienten har sagt og gjort.

Der er telefonbesked om en ny patient, sekretæren siger det videre til Oline, som går ud og finder en sygeplejerske for at give beskeden videre. Louise bliver siddende.

Da Oline kommer tilbage siger hun: Skal vi ikke kigge lidt på én af dine refleksioner? Vi kan godt lige nå lidt, inden der kommer stuegang.

Louise henter en mappe. De snakker lidt om, at Louise har haft tid til at skrive nogle refleksioner ned i påsken, hun har været hjemme hos sine forældre, fået vasket lidt vasketøj, spist påskemad. "Det var dejligt".

Louise slår op på en A4 side i mappen.

Oline kigger på siden: "Jeg læser lige". Så læser hun ca. ½ A 4 side, som Louise har skrevet. Beskrivelsen handler om en patient med gigtsmerter, som har meget ondt, og som har været træt og opgivende. Den studerende har selv har en gigtsygdom, som hun går til undersøgelser for at få udredt. Hun har fortalt om sine egne gigtsmerter til patienten. Nu er hun i tvivl, om det var OK at drage sig selv ind i situationen.

Oline: Har du nogen teorier om det? (Louise har kun beskrevet sin historie. De andre trin er ikke udfyldt).

Louise: Nej, ikke så'en...

Oline: Nogle sygeplejersker har det sådan, at man er meget privat. Det er vigtigt at finde din egen grænse....

Oline: Hvad tror du, det gør, at man inddrager sit eget liv?

Louise: Det giver tryghed, tillid..

Oline: Skriv lige de ord ned. (Louise skriver til på papiret).

Der kommer hele tiden folk ud og ind af rummet. En social- og sundhedsassistent der tilsyneladende leder efter en eller anden. En afdelingssygeplejerske der kommer og skriver noget på en tavle. Hun spørger først ud i rummet og derefter specifikt Oline, om Kjeldsen går hjem i dag. Oline svarer.

En høj tynd portør kommer ind og skal hente en patient til operationsstuen. Han har en grøn éngangshue på hovedet. "Gurli Frandsen", siger han til sekretæren. Både vejleder og studerende kigger på ham, vejlederen svarer ikke, sekretæren hjælper ham.

Oline: Hvorfor giver det tryghed?

Louise: ... (pause)

Oline: Så er man ikke kun den der autoritet, ikk'? Hvorfor giver det tillid?

---

<sup>160</sup> Foreningen Af Danske Lægestuderende bruges som vagter ved spidsbelastningssituationer.

Louise: Så føler patienten sig tryk..  
Oline: Det har I måske ikke haft så meget om? [Hun mener et tema om tillid og tryghed?].  
Louise: Nej, det var mest Virginia Henderson....[Louise er godt klar over, at Oline hentyder til en sygeplejeteori].  
Oline: Ja, hendes 14 punkter. Det er mest de fysiske behov. Men der er også nogen af de andre..Kari Martinsen og Orem...  
Louise: ....(siger ikke noget...der er pause)

En læge og en sygeplejerske kommer ind og tager opstilling, så de står diagonalt i forhold til vejleder Oline og den studerende Louise, der sidder ved den ene ende af bordet. Her diskuterer de højlydt henover pladsen, hvor Louise og Oline sidder. De diskuterer, om der skal tilsættes vitaminer i en bestemt form for intravenøs ernæring. "Hvor meget tilsætter vi normalt"? "Hvorfor"? og "Plejer vi at gøre det"? "Er det en standard, vi skal have indført, for så skal vi altid have de vitaminer i afdelingen" ...etc.  
Diskussionen forløber over et stykke tid. Vejlederen kigger hen på diskussionen om vitaminerne, hun har tydeligvis sin opmærksomhed på samtalen, men hun deltager ikke i den. Så siger hun til den studerende:  
Oline: Hvad gør det ved patienten, at der er tillid mellem jer? (ingen svar fra stud). Oline fortæller og udreder, hvad hun mener, en hvid kittel kan betyde for tilliden. Den studerende nikker og lytter.  
Oline: Man kan melde tilbage, hvis man ikke ved, hvad de spørger om. Det er vigtigt at standse op og spørge, hvad det her gør ved mig.  
Louise: Det at jeg inddrog mit privatliv, det.. jeg kendte bare hans smerter så godt, og så kom jeg ud med det.  
En klokke ringer, et display lyser. Oline kigger over for at se, om det er en af "deres" patienter, der ringer. For hvis det er, må de besvare klokken. Det er det ikke.  
Oline: Man kan også sætte et ord på som *empati*. Kender du det?  
Louise: Ja, øh, jeg ved ikke lige, hvordan jeg skal forklare det, det er noget med forståelse...  
Oline: Man skal også være god til at aflæse hans *non-verbale sprog*, sætte sig i deres sted. Du ved jo ikke, hvordan han har det. Der har været en *horisontsammensmeltning*...  
Oline bliver nu afbrudt af en mandlig overlæge, der spørger, hvordan det går med Preben. "Hvad kommer der i hans dræn"?  
Oline rejser sig og går med ind på stuen. Hun siger til lægen: Vi kan lige se, hvordan det ser ud.  
Louise bliver siddende på kontoret. Jeg går med.  
På stuen ser de på posen og indholdet. "I går var det serøst, i dag er det mere blodigt", siger Oline.  
Læge: Hvor meget er der kommet?  
Oline: Vi kan gå ud og se efter...hun og overlægen går ud i skyllerummet for at se på en tavle, hvor meget væske der står opgjort som udtømt. Overlægen går tilbage og giver patienten besked om behandlingsplanen. Vejlederen går med. Overlægen går ud af afdelingen med raske skridt. Vejlederen sætter sig ind på kontoret igen til den studerende, og de fortsætter, hvor de slap med horisontsammensmeltningen...

Som det ses af ovenstående kommer brugen af refleksionsarket lidt tilfældigt i stand. Olines arbejdsopgave med at forfatte et udskrivningsbrev til hjemmeplejen danner afsæt for at den studerende på kollegabasis bliver bedt om at læse det skrevne, og der lægges op til at den studerende skal komme med et kvalificeret bidrag – en slags kvalitetskontrol. Der vises hende en høj grad af tillid og respekt. Inspireret af situationen og nu hvor de alligevel venter på, at lægen skal komme på stuegang, inviterer Oline nu Louise til at indgå i en mere formel undervisningssituation. Men fokus og koncentration på undervisningen vanskeliggøres af de aktiviteter, der foregår på kontoret. Vilkaerne for undervisning i dette rum er væsensforskellig fra den undervisning, der finder sted i dertil indrettede uddannelsesinstitutioner. Her foregår undervisningen som oftest bag lukkede døre, der skærmer den pædagogiske aktivitet fra andre aktiviteter, der foregår på en uddannelsesinstitution. Når en dør til et undervisningslokale går op, opfattes det – mere eller mindre - af de tilstedeværende som en afbrydelse. Her på kontoret løber begivenheder sammen i et virvar af strømme. Når man opholder sig her, er det et

vilkår, at man afbrydes eller forstyrres i den begivenhedsstrøm, man selv er en del af. Dermed bliver det også et vilkår for undervisningen, men det betyder også, at hun har sværere ved at få kontrol med arbejdet. Her bliver arkitekturen og den sociale kontekst en aktiv modstander i hendes forehavende. Vejlederen lader sig i vekslende grad distrahere. Fra tavst at flytte blikket (patientklokkerne der ringer) til aktivt at svare verbalt på andre aktiviteter, der pågår (svarer afdelingssygeplejersken på, om en patient skal udskrives) over til fysisk at flytte sig ud af rummet (når overlægen vil vide, hvordan det går med en patient, som han samtidig vil se). På baggrund af ovenstående suppleret med andre iagttagelser ses en social struktur for hvad og hvem, der kan afbryde undervisningen, hvor *afbryde* her er defineret ved spørge ud i kontor-rummet, hvor den kliniske vejleder afbryder sin tale-sekvens og svarer verbalt eller forlader situationen fysisk.

#### **Hvad og hvem kan afbryde undervisning/vejledning på kontoret:**

Læge der spørger efter patient  
Læge der spørger, hvem der vil gå stuegang  
Læge der spørger efter patientjournal  
Læge der kommer med en stor dåse "Quality Street" og siger, at nu der er godter  
Afdelingssygeplejerske der spørger efter, hvornår en patient kan overflyttes  
Afdelingssygeplejerske der spørger efter, hvornår en patient skal udskrives  
Afdelingssygeplejerske der spørger, hvor mange damepladser den kliniske vejleder har  
Oversygeplejerske der spørger, om det var et godt kursus  
Udviklingsygeplejerske der spørger, om det var et godt kursus  
Undervisningsansvarlig sygeplejerske der spørger, om de lige kan snakke bagefter  
Sygeplejerske der spørger efter, hvad sumatriptan er  
Sygeplejerske der spørger efter, om klinisk vejleder har set en sygeplejerskekollega  
En sygeplejerske-kollega der kommer på visit med det nye barn og wienerbrød  
Sekretær der spørger, om klinisk vejleder vil tage en forespørgsel (tale med en pårørende)  
Sekretæren spørger efter, hvor man køber de bedste barnevogne  
En patient der spørger, om han må tage et plaster af, når han går i bad  
To solbrændte, unge veltrænede Falck-mænd i farvestrålende tøj, der spørger efter en patient, de skal hente

#### **Hvad kan ikke afbryde undervisning/vejledning på kontoret?**

En portør der spørger efter en patient, han skal hente  
En sosu-assistent der spørger efter en anden sosu-assistent  
En picoline der skal hente en prøve  
Et blomsterbud der kommer med en buket blomster til en patient

Klinisk undervisning og vejledning som aktivitet på kontoret indgår på denne måde i et socialt hierarki af over- og underordningsrelationer af positioner, hvor klinisk undervisning og vejledning ikke er særlig resistent overfor hændelser, der har med medicinsk behandling og patientflow at gøre<sup>161</sup>.

---

<sup>161</sup> Inspireret af Larsen der har konstrueret et lignende klassifikationssystem i relation til teknologier i sundhedsvæsenet. F.eks.: So-su-assistent bruger vaskebalje og ble. Sygeplejerske/jordmoder bruger afføringsmiddel, Læge bruger laserkanon ved behandling af nyresten (Larsen 2008: 313).

Men som det ses, er det ikke alene de socialt hierarkiserede hændelser, der kan afbryde eller forstyrre. Også lyst- og interessebetonede afbrydelser så som de flotte Falck-mænd og interessen for barnevogne kan afbryde undervisning.

På afsnit 2 gjaldt det ligeledes, at undervisningssituationer blev forstyrret eller distraheret af samme type hændelser. På et tidspunkt talte jeg op, at 26 hændelser på 10 minutter pågik parallelt, mens den kliniske vejleder og den studerede hver skulle skrive ”sygeplejebreve” til hjemmeplejen i forbindelse med, at to af deres patienter skulle udskrives. Alt imens de taler sammen, om hvad den studerende kan skrive og hvorfor, kommer f.eks. en læge ind og sætter sig tæt på og begynder at diktere journaldiktat til sin diktafon. Der kommer pludselige (for mig i det mindste..) bimplende og duttende lyde fra skop-stedet, to sygeplejersker kommer ind og sætter sig og taler sammen, der lyder en høj skramlen fra madvognen ude på gangen, ”skop-vagten” spørger ud i rummet, om det er OK, hun lige går et lille øjeblik, etc. etc. Både klinisk vejleder og den studerende reagerer og kigger op med mellemrum, men da jeg senere foreholder den kliniske vejleder, hvor mange episoder der faktisk bryder ind, er hun overrasket men siger, at hun næsten ikke ænser disse forstyrrelser. Hun har dog ved tidligere lejligheder foreslået, at hun og den studerende skulle sætte sig i ”Oasen” for at ”få lidt ro”. Den studerende gav udtryk for, at hun mærkede uroen, så noget tyder på, at der er foregået en vis form for inkorporering hos den kliniske vejleder. Det store antal personaler i afsnittet bidrog til støj og uro. Skiltet på opslagstavlen med påskriften ”HALLØJ, HALLØJ, HER ER ALT FOR MEGET STØJ” viste, at larm og uro på kontoret var et velkendt fænomen, som ønskedes minimeret<sup>162</sup>.

På trods af at refleksion, vejledning og undervisning på kontoret ofte forgår med afbrydelser og larm, synes det alligevel attraktivt for de studerende at ”komme ind og sidde lidt”. Alternativet – at holde undervisning på patientstuen opleves værre:

#### **Uddrag fra interview med Louise (2. semester studerende):**

Karin: Hvad gav det dig egentlig, det der med at komme ind og sidde [på kontoret]?

M: Jamen, det gav mig bare sådan en ro. Jeg havde oplevet med Tove (klinisk undervisningsansvarlig) flere gange, at når jeg havde været inde ved en patient og var ved noget med patienten... om jeg lige var ved at hente noget inde i skabet eller, så kunne hun sådan lige pludselig spørge et eller andet med... Der var en gang noget med: ”Hvad er tegnene på en lungebetændelse”, og om jeg kunne fortælle noget om lungebetændelse. Og det var sådan, jamen, det kunne jeg godt, men jeg skulle lige ned på jorden, for jeg havde lige en patient, jeg var ved noget, og så kom det bare lige pludseligt, og det var forvirrende, og jeg tænkte, skal jeg svare her, for jeg havde

---

<sup>162</sup> Støj opfattes også som et problem for fagforeningen. I 2010 blev forstyrrelser og støj gjort til et fagpolitisk tema af Dansk Sygeplejeråd, hvor støj og forstyrrelse - og i tillæg hertil - travlhed fik skyld for at øge risikoen for fejl og ”utilisgitede hændelser” (Sygeplejersken nr. 17/2010: 22ff).

lige en masse andre ting i hovedet. Det hjalp bare meget ved O, sådan sidst på dagen, nu kan vi lige sætte os ind, og så var det ligesom en ro, der havde jeg ikke noget andet at tænke på. Og så sad vi lige og snakkede, hvis jeg havde brug for at snakke om et eller andet, eller hun kunne spørge mig f.eks., ”hvad er en lungebetændelse” eller sådan noget. Mere det der med at komme væk fra patienterne... det hjalp meget til ...bare det der med, at så følte man sig mere som en studerende og ikke som en hjælpende hånd på afdelingen, kan man sige, som en ekstra sygeplejerske, fordi det der med, at de har tid til en, at man lige kan sætte sig ind og snakke, i stedet for man bliver stoppet i et eller andet, eller skal svare på et eller andet...

Den type undervisning, som foregår på kontoret, opleves tilsyneladende ikke på tilsvarende måde at kunne foregå på patientstuen. At blive bedt om at mobilisere den generelle, abstrakte viden kommer tilsyneladende på tværs af oplevelsen af at være midt i en praksis, hvor mange hændelser og handlinger væver sig ind i hinanden, og den studerende har nok at gøre med at holde en rytme og retning på sit arbejde. Den studerendes modvilje kan selvfølgelig skyldes, at den studerende ikke bryder sig om at blive ”overhørt” af læreren, men eftersom hun ikke har noget imod, at den type undervisning finder sted på kontoret, er her nok snarere tale om, at det er vanskeligt at foretage en ”episteme-time-out” midt i praksis. Når den studerende oplever modvilje mod at veksle mellem at tale teori og at handle i praksis, kan det måske netop forklares ud fra de modsætninger, vi kender fra Aristoteles’s kundskabsformer og de dertil hørende aktivitetsformer. Knyttet til kundskabsformen *episteme* er aktivitetsformen, *theoria*, der går ud på at beskrive, betragte og analysere, hvilket har en anden logik i sig end ved *phronesis*’ aktivitetsform, *praxis*, som har at gøre med partikulære og meningsfulde handlinger af etisk-social karakter, hvor aktivitetens mål ligger indlejret i selve aktiviteten (Aristoteles 1994: 345-347).

Da jeg senere på dagen spurgte den studerende, hvad hun syntes om refleksionen på kontoret, udtalte hun, at hun syntes, det var ”helt rart” at få kigget på refleksionsarket. Man kan sige, at den studerende bliver taget alvorligt som studerende. I udgangspunktet tales der om hendes uddannelse og hendes oplevelser og det hjemmearbejde, hun har gjort. Hun bliver set i det praksisvirvar, der har en tendens til at suge den enkelte ind i en ubrudt strøm af begivenheder, hvor det er svært at holde kontrol. Brugen af de abstrakte begreber bidrager til forestillingen om, at her foregår undervisning. Ligesom på skolen sidder der ved borde. Mapper og papirer trækkes frem, og der tales og bruges begreber fra det abstrakte akademiske system af viden. På denne måde opretholdes forestillingen om, at der holdes undervisning med en lærer og en studerende som grundfigurer. På trods af de objektive afbrydelser og forstyrrelser. Den studerende forveksles ikke med ”en hjælpende hånd i afdelingen”, som tilsyneladende er en uattraktiv rolle for den studerende. Med ovenstående kan vi se, at professionens abstrakte videnssystem har potentiale til flytte ikke bare ind på kontorerne men endda helt ind på sengestuerne.



## Opsamling

Med ovenstående kan vi se, at når undervisningsformerne er stramt struktureret og sygeplejelæreren fra uddannelsesinstitutionen deltager, er der stor sandsynlighed for, at undervisningsformerne gennemføres som planlagt. Det er med til at styrke den kliniske vejleders kontrol over arbejdet og stabilisere den kliniske vejleders jurisdiktion. I de praksisformer der er komponeret af uddannelsesstedet selv, (P-dag, refleksion med refleksionsark) er der større skrøbelighed i forhold til gennemførelse. Undtagen klinikundervisningen som er noget mere stabil, hvilket kan hænge sammen med, at den foregår i et *theoria-rum* (godt flankeret af lægernes tykke læderindbundne bøger) væk fra det pulserende afsnit og også med en stram struktur. Der synes at være en tendens til, at stram struktur i et skolepræget rum fremkalder en større opmærksomhed på professionens abstrakt akademiske videnssystem. Med eksemplet fra klinikundervisningen er den undervisningsansvarlige sygeplejerske klar over problematikken, og selvom hun vælger en undervisningsform, som principielt samtænker teori og praksis, ender undervisningen alligevel med at være ligesom den, der foregår på uddannelsesinstitutionen. Næste generation af sygeplejersker er godt på vej til at anerkende undervisningsformen som den rigtige. Selvom novicen gør modstand, så vi at den 6. semester studerende Stinne var succesfuld i relation til at kunne ”lektien”, som den burde kunne. Hun fik anerkendelse fra læreren på sin *theoria*-aktivitet: gengivelsen af ”forpustelses-klassifikationer”. Herved reproduceres de abstrakt akademiske vidensformer og den medicinske videns forrang.

I et professionsperspektiv må den kliniske vejleder orientere sig mod at skabe kontrol over sit virksomhedsområde. En sygeplejerskes virksomhedsområde er i sig selv præget af uforudsigelighed og en ubrudt strøm af begivenheder, der ikke lader sig stoppe. Den medicinske vidensbase og det abstrakte, akademiske videnssystem kan da bidrage med en form for kontrol. Men eftersom der ikke er tale om, at hverken den akademiske eller det lægefaglige medicinske viden er den kliniske vejleders domæne, får den kliniske vejleder en rolle som forvalter. Det bliver således mere i rollen som forvalter, at den kliniske vejleder kan erobre selvstændigt virksomhedsområde. Den kliniske vejleders underlegne position i arbejdsdelingen med sygeplejelæreren qua deficit i beherskelsen af de dominerende abstrakte vidensformer, gør at den praksisviden, der er den kliniske vejleders ekspertise, underkendes. Der synes generelt at være et misforhold mellem den kliniske vejleders dispositioner, de pædagogiske hensigter med praktikuddannelse og de mulighedsbetingelser, der er til stede i klinisk praksis. Det skal jeg vende tilbage til, men inden jeg kommer så langt, vil jeg afslutte fremstillingen af, hvordan formalisering af den kliniske vejleders undervisningspraksis får udtryk med at vise flere

af de ustrukturerede og spontant opståede undervisningspraktikker, som opstår i løbet af en dag, hvor klinisk vejleder og sygeplejestuderende går sammen.

## **”950-dagen”. Når undervisning er ude af den kliniske vejleders kontrol**

*....det går jo bare der ud af, og så er det jo meget afhængigt af, hvad studerende man har....hvordan det går, om det er en, der kan klare mosten. Også tempoet i det (Klinisk vejleder Bente, 17.6.08).*

I citatet taler Bente om de dage, som efter hendes mening ikke er en ønskesituationer hverken for hende selv som klinisk vejleder eller for den studerende. Det er denne type dage, en klinisk vejleder frygter, fordi de giver hende dårlig samvittighed, fordi de ikke ”når noget” – underforstået vejledning og undervisning. Problemet er måske snarere, at den kliniske vejleder ikke har kontrol med arbejdet som underviser, hvorved legitimiteten som klinisk vejleder truer med at erodere. Men som vi skal se, foregår der alligevel en form for videnstransformation, både i form af momentant opståede situationer, hvor den kliniske vejleder bidrager mere end hun selv måske er klar over. Men også via de mange miskendte læremestre, hvor ikke mindst lægerne, patienter og pårørende spiller en vigtig rolle. 950-dagen står opført på arbejdsplanen, men som Bente siger:

*Ja, altså der afsat den der ugentlige 950 dag, hvor vi har 6 timer til den studerende, og så har vi den månedlige dag, hvor vi kører med en P-dag, og ellers så indgår vi jo ligeså meget i plejen, som de andre medlemmer i gruppen. Og de 950 dage fungerer faktisk heller ikke særlig godt, fordi det er jo egentlig timer, hvor jeg skal kunne trække mig ud sammen med den studerende, hvor vi så skal kunne fokusere på et specielt emne, som den studerende synes, vi skal koncentrere os om den dag, og det bliver slugt i plejen... det gør det”.*

Som vi også har set det ovenfor i de formaliserede og strukturerede undervisningspraktikker er forestillingen, at man skal have muligheden for at ”trække sig ud” og væk patienterne, det vil sige at undervise væk fra klinikken og ikke i klinikken.

Denne 950-dag er det Tanjas fødselsdag. Datoen er 11.6.08. Fandens fødselsdag<sup>163</sup>.

Kl. er 6.50 og plejepersonalet begynder at komme ind. Den officielle mødetid er kl. 7.00. Der er to sygeplejersker syge, der vil komme en vikar men først senere. Den kliniske vejleder, Bente og den 6. semester studerende Tanja skal være i gruppen med 10 patienter. Udover Tanja og Bente er der en ung sygeplejerske, der har været

---

<sup>163</sup> D. 11. juni og 11. december er populært udråbt til at være Fandens fødselsdag, idet datoerne er fastsat til at være terminsdage, hvor renter og afdrag skal betales.

sygemeldt men nu er tilbage og en anden 6. semester studerende. De fire deler patienterne mellem sig – 5 patienter til hvert hold sygeplejerske/klinisk vejleder og studerende. Bente er ansat på 32 timer ugentlig. I flere dage har hun skullet gå kl. 14, men det ”kunne hun ikke komme til” – hvad det helt nøjagtigt dækker over vides ikke med bestemthed, men det ligger i luften, at der har været for mange arbejdsopgaver til den tid, der har været til rådighed. I dag vil hun derfor meget gerne kunne gå til tiden.

Afdelingssygeplejersken meddeler, at P-dagen i morgen definitivt er rykket til på mandag pga. sygdom. To sygemeldinger og en allerede aflyst P-dag tegner ildevarslende. Nattevagten har vidst, at det bliver en travl vagt for dagholdet. Derfor har hun hældt morgenmedicinen op, så den bare skal uddeles. Normalt er ophædning og uddeling varetaget af den samme sygeplejerske, så her er tale om en ændret arbejdsgang, der skal effektivisere arbejdet.

Tanja har været i praktik i 16 uger ud af 20. Det er hendes sidste praktikperiode, før hun skal skrive bachelorprojekt. Hun er den studerende, der fremhæver, hvor godt det har været, at hun har kunnet følges så meget med sin vejleder.

Tanja opremser ”hvad der er med dem”. Hun sidder med en lille stak A4-plastikmapper foran sig. Én for hver patient. Heri har dag-, aften- og nattevagterne skrevet, og hun udvælger nogle af oplysningerne. Det lyder sådan her på 4 af de 5 patienter, som Bente og Tanja skal passe:

Tanja: Stue 26.1: Bodil på 83 år. Blev 9.6. rectumextirperet pga. cancer recti<sup>164</sup>. Hun er med i svampeprojektet. Hun har stomi, abdominalcicatrice, sacralcicatrice, suprapubisk katheter, venflon, væske, får fuldkost, 10 liter ilt på fugter, blodtryk gange 3. Hun har dræn, holder pause med blodtryksmedicin. Blodtryk på 91/47 en SAT på 70, og hun er meget bange for at dø.

26.2. Lizzy på 65 år. Har været indlagt siden 7.2. på intensiv. Hun har pacemaker, coeliaci, diabetes. Hun får fys-øvelser onsdag og fredag. Hun bruger en skinne og skal mobiliseres med enten lift eller talerstol ved måltiderne. Hun har en forhøjet CRP. [Jeg ved, hun også har en kunstig tarmåbning (stomi), et stort operationssår, der ikke vil hele og skal bandageres på en indviklet og tidskrævende måde, et sår ved endtarmsåbningen, som skal skylles hver dag. Det nævner hun ikke men det hører med til billedet af, at det er en meget plejekrævende patient].

26.3. Ligger Minna på 78 år. Fik lavet sigmoideum resection d. 23.5. og fik stomi. Blev 30.5. re-opereret pga. anastomosebrist. Vægt daglig. Hun har CVK, abdominal cicatrice skal skylles dagligt, væskebalance, P-drik x 3 dagligt. Fik lavet gastroskopi i aftes, hvor man fandt to gange ulcus, hun er el-koaguleret, er på koldt flydende i et døgn.

Bente: Vi skal lige høre, om det stadig gælder, eller om det er en gammel procedure. [Hun mener, at lægen skal spørges til stuegang].

26.4. Ligger Nina på 86 år. Indlagt med obs ileus d. 9.6. Fik lavet stomi for 14 dage siden. Hun har venflon, hun har ikke ondt på smertestillende, der blev ordineret i går.

De skal i gang, og Bente spørger: Skal jeg tage værdierne, så kan du kan orientere dig - se journalerne og gå rundt og hilse på patienterne?

Sådan bliver det. Det betyder, at Tanja skal gå stuegang.

Tanja giver sine beskeder om patienter hurtigt og på en opremsende måde, som hun har hørt de uddannede sygeplejersker og den kliniske vejleder læse op om patienterne. Det er ikke nu, der skal undervises. Nu skal de bare i gang. Med Mauss kunne man tale om prestigetung efterligning (Mauss 2004: 72), hvor den studerende har set en handling lykkes for en person, som har autoritet, og som den studerende stoler på.

Pga. sygdom og mandefald og de mange arbejdsopgaver der skal nås på tid, hjælper afdelingssygeplejersken i dag med at dele maden ud til de oppegående patienter. Hun står bagved madvognen med et plastikforklæde på. De tre plejegrupper skiftes til at ”tage madvognen”.

---

<sup>164</sup> Jeg gengiver det sagte uden forklaring af de medicinske fagudtryk. Hvad de præcist betyder er ikke så vigtigt her. En vigtig pointe er dog, at disse patienter har komplicerede lidelser og er ekstremt behandlings- og plejekrævende, sådan som Dansk Sundhedsinstitut også har analyseret er kendetegnende for indlagte patienter på hospitaler i dag (Vinge 2010).

Ofte er det en social- og sundhedsassistent, der har den tjans. Plejepersonalet har overfor afdelingssygeplejersken ladet forstå, at de gerne vil have, at en rengøringsassistent som fast arbejdsopgave klargør madvognen, men afdelingssygeplejersken kan ikke for nærværende få råd til det ud af normeringen, har hun sagt.

Gennem hele dagen arbejder Bente og Tanja tæt sammen omkring patienterne. Ind imellem stiller Bente enkle spørgsmål: F.eks.:

... hvad med væsken på 26.3 ...?<sup>165</sup> Tanja tænker sig om, og Bente holder pausen.

Tanja: Jeg tænker, at der ikke skal noget op.

Bente: Nemlig.

Tanja: Hun drikker jo efterhånden godt.

Pause..

Bente: Vil du 'proppe' det, eller skal jeg?

Tanja: Det kan jeg gøre.

Her opstår undervisningen på baggrund af arbejdsopgaven, der skal løses. Bentes spørgsmål får Tanja til at ræsonnere sig frem til, hvad der er det bedste at gøre. Sætte mere væske op? "Proppe venflon'en"<sup>166</sup> og få sikret, at det sker. Bente ekspliciterer ikke tydeligt sit spørgsmål men antyder ved at holde pausen, at Tanja forventes at tænke højt, hvilket Bente tidligere har givet udtryk for, at hun gerne vil have den studerende til. Denne form for undervisning rummer mulighed for at den studerende kan træne et ræsonnement i praktisk handling. Her er ikke tale om at teorien "kobles på", som vi har set det i undervisningsseancerne inde på kontoret, hvor de abstrakte klassificeringer ofte gengives uden at koble dem til, hvordan de rent faktisk tages i brug.

Hos en anden patient måler de iltmætningen med en såkaldt SAT-måler. En klemme der sættes på patientens finger og en værdi fremkommer på et lille display:

Tanja har sat klemmen på. "97", siger hun.

Bente: Hvad synes du så om det?

Tanja: 97, det er godt.

Bente: Vil du give ilt på det?

Tanja: Nej.

Bente: Nej.

Også her understøttes hun i at tolke på en afgrænset situation.

Hos patienten, Lizzy, der ikke selv kan gå eller stå arbejder Bente og Tanja sammen omkring brug af liften, når patienten skal op af sengen, over på en bækkenstol, over i stol etc. De be-

---

<sup>165</sup> Plastikflasken med væske, der skal løbe ind gennem blodåren, er tom. Patienten har et tyndt plastikrør til at ligge i en af de store centrale blodårer, hvis ikke der er flow igennem størkner blodet, hvilket er en uholdbar situation. Der skal derfor handles.

<sup>166</sup> Dvs. sprøjte NaCl ind i plastikslangen, så blodet ikke størkner og ødelægger adgangsvejen ind i blodåren.

høver ikke at aftale, hvem der gør hvad. Mellem kroppe og artefakter foregår der med Polanyi en form for indwelling (Polanyi 1966: 15), hvor redskabet bliver kroppens forlængelse og gradvist indlemmes det som en samlet kropslig viden. Viden overføres fra tavs viden til tavs viden (Nonaka & Tacheuchi 1995: 71), når de er i stand til indbyrdes at aflæse, hvem der skubber stolesædet ind under patientens bagdel, hvornår og hvem der giver sko på, hejser liften op og ned og kører kørestol og seng etc. Patienten vises tilrette og instrueres, patient, student, klinisk vejleder, seng og lift og bækkenstol og sko og underbukser etc. går i ét.

"Jæn – tå – træ" (en-to-tre) siger Tanja på karikeret jysk, som vi begge har hørt Bente sige det tidligere.

I løbet af formiddagen kommer Bente og Tanja til være meget omkring en kvindelig patient Bodil på 83 år. Patienten har for to dage siden fået bortopereret endetarmen pga. cancersygdom. Hun har fået lavet en kunstig tarmåbning på maven og har både et operationsår på maven og ét i mellemkødet og skal således forholde sig til en noget anderledes krop, hvorfra der også stikker diverse slanger ud. Patienten har mistet en del blod under operationen, men eftersom hun er medlem af Jehovas Vidner, kan hun ikke modtage blod, som ellers ville være et normalt behandlingstilbud. Patienten er vejrtrækningsbesværet og hiver efter vejret. Hun får ilttilskud på en næse-slange, og hun har svært ved at tale tydeligt. I løbet af formiddagen, hvor hun får det tiltagende dårligere, virker hun mere og mere desperat og angstpræget. Bente måler ofte patientens iltmætning ved at sætte klemmen på hendes pegefinger (SAT-måling). Bente er ikke tilfreds med resultatet af de målinger, hun foretager, og hun er bekymret for, om patientens blodtab og dermed manglende evne til at få ilten transporteret rundt i blodet kan forværre hendes situation. Alt dette siges ikke eksplicit men udtrykkes kropsligt med nedadvendte/bekymrede mundvige, når SAT falder, og når Bente siger til patienten: "*Du er godt nok slemt forpustet, hva'?*" Eller hun siger til Tanja: "*Vi må have Torben (navn på stuegangslægen) ind over*". På samme måde som Bente og Tanja i et nærmest symbiotisk samarbejde hjælpes ad med patienten i lift, går patient, klinisk vejleder og student og seng og sengehest og sengetøj ud i ét, når de utallige gange hjælper hinanden med at løfte patienten højere op i sengen, så patientens vejrtrækning kan lattes.

Ind imellem de hyppige kontroller og løften patient op i sengen hjælpes de andre patienter på badeværelset, de får skiftet deres sår, får rent tøj, får et glas kærnemælk, får fjernet dræn og slanger fra diverse kropsåbninger og får deres kunstige tarmåbninger bandageret med de sædvanlige ilde lugte dunstende ud fra badeværelset, opblandet med en duftspray, der alligevel ikke kan camouflere den påtrængende lugt. Der er lift og snavsetøjskurv, affaldsposer, rent og snavset sengetøj, på bordene *Billedbladet* og *Se Og Hør* og friske og visne blomster-

buketter sammen med forbindsstoffer, medicinglas, vaskefad, og der er rullebord med forbindsstoffer. Ud og ind ad dørene. Der er ustandseligt gøremål, meget skal nås, og intet skal glemmes. Tanja har lagt vægten foran sengen hos patienten, Minna, som en slags ”så-glemmer-vi-det-ikke-handling”. Vejning af patienten skal passe med, at patienten alligevel skal op. Sådan har Bente tidligere gjort det, har jeg set.

På trods af at der er mange gøremål for de to, kan de ikke forvente, at der er hjælp fra det andet plejepersonale i afsnittet. Her er man mindst ligeså hårdt hængt op. Det præger arbejdet, at der er mange gøremål, og at de ofte afbrydes eller får en anden drejning, som f.eks. når Bente, der sammen med Tanja vil lejre Bodil, får øje på, at dråben i dråbekammeret i væskeflasken ikke drypper og dermed ikke løber med den hastighed, det burde. Bente finder saksen frem fra lommen og stryger/klemmer på slangen i retning mod patientens blodåre for at få det i gang. Tanja kigger på. Da droppet igen løber, fortsætter de med at få løftet patienten højere op i sengen. Tanja får endnu et trick til prestigetung efterligning.

Den følgende sekvens fra dagen skal illustrere, hvor kompleks en undervisningssituation, der vokser frem, og hvordan der synes at være en stærk kontrast mellem lægens forrang for det ordnede og den uordnede praksis på samme måde, som der er kontrast mellem de ordnede undervisningspraktiker og den uordnede praksis.

Kl. er 9.35. Bente og Tanja går ind på kontoret.

Her sidder en overlæge (Ovl) og bladrer i en journal. Det er ham, der skal gå stuegang på de 5 patienter, Tanja skal gå stuegang på. De kender hinanden, og ovl ved, at Tanja er studerende.

Da Tanja og Bente nærmer sig lægen, siger Tanja til Bente: Vi skal have fundet på en plan mht. 26.1.

Bente: Hvad mener du? [Måske vil Bente have Tanja til at præcisere?] Men Tanja når ikke at svare.

Ovl: Bløder hun? [Stuegangen er i gang].

Tanja: Nej. Hun får 10 liter ilt.

Bente: 10 liter på masken [Bente præciserer, så hun viser, at der er handlet på, at der altid skal gives ilt på maske, når der skal gives en stor mængde ilt].

Tanja: Hun siger [om patienten]: ”Hvorfor har jeg det så dårligt”? [Tanja spiller patientens replik].

Ovl. *Fordi du ikke vil have blod...* [som om han svarer patienten]. Hvad svarede du så? (Kigger op på Tanja).

Tanja: Ja, noget i den retning... [det har jeg nu ikke hørt Tanja sige..]

Tanja: Hun har et hæmatom [blodansamling<sup>167</sup> -] bagtil.

Ovl. Er du sikker på, det er et hæmatom? Der er noget, der hedder ”sugillation”, og så er der hæmatom, det er ikke det samme. Det interessante er, om der er tale om en ansamling.

Tanja: ..[gør mine til at sige noget men fortryder].

Ovl: Kan hun ikke få noget jern? [Siger det til journalen, han ser ikke ud som om, han forventer et svar].

Tanja og Bente står. Ovl sidder. Telefonen ringer. Ovl tager den.....

De taler videre om de øvrige patienter og går bagefter ind på sengestuerne.

Patienten, Bodil, der er Jehovas Vidne, ligger i sengen lige indenfor døren til venstre. Patienten hiver efter vejret. Igen hjælper Tanja og Bente hende højere op i sengen, hovedgærdet er hævet, så patienten falder hurtigt ned. Bente måler SAT, og Tanja måler blodtryk og puls. Det gøres men aftales ikke eksplicit, hvem der gør hvad.

Ovl til patienten: Hvordan har du det?

Patienten: Skidt.

---

<sup>167</sup> Oversættelse fra den Store Åbne Danske Encyklopædi.

(SAT- måleren driller, Bente går ud efter en anden måler. Da hun kommer tilbage med den, er det lykkedes Tanja at få målt en SAT.  
Tanja: SAT er 92, ledningen sad løst.  
Ovl reagerer ikke på beskeden.  
Han fortæller, hvilken type væske patienten skal have ind i en blodåre.  
Tanja: Må vi fjerne drænet? (Ovl kigger ned på posen, der hænger på sengen med blodig væske i).  
Ovl: Ja, ud med det.  
Patienten sidder udmattet og er ikke med i samtalen.  
Tanja: Vil du lige se hende bagpå?  
Ovl: Ja.  
Tanja og Bente hjælper patienten om på siden, Ovl ser såret bagtil: Det er godt nok.  
Bente: Hun får jo 10 liter ilt.  
Tanja stikker sit ansigt hen til patientens og siger: Vi seponerer drænet. Vi vil jo gerne give dig noget, der øger blodvolumen.  
Patienten støder et JA ud, hun er meget forpustet.  
Ovl står nu ved fodenden. Han reagerer ikke på Bentes' udsagn om de 10 liter ilt men siger:  
Man kan også lægge i *Trendelenburg-leje*. Ovl lægger trykket i begyndelsen af ordet [ Jeg har kun hørt ordet udtalt med tryk på midterste stavelse]. Ovl. siger (som om han ved, at vi alle undrer os over udtalen), at det er den rigtige måde at udtale det på. Som om alle har opmærksomheden på navnet og ikke på behandlingen, som betyder en særlig lejringsform, hvor ben-enden kommer til at ligge højere end hjerteniveau.  
Ovl: Navnet er opkaldt efter en tysk læge, men alle udtaler det forkert.  
Bente kigger venligt og smiler men siger ikke noget. Ovl kommer nu tilbage til sagen og siger:  
Måske vil hun have human albumin? (Siger det henvendt til Bente).  
Bente: Er det ikke også udvundet af mennesker?  
Ovl til patienten: Vi hænger en flaske albumin op til dig, vil du have det?  
Patienten: Det må I lige spørge Ejvind om (siger det højt og desperat, hun har brugt mange kræfter på at få det sagt). Hun sidder fortsat halvt op i sengen, uroligt og hiver efter vejret).  
Ovl: OK, det spørger vi så om.  
Han går videre til de næste patienter.

I to tilfælde reagerer lægen ikke på de observationer, Bente tilvejebringer. Dvs på SAT-værdien hvor Bente endda gør noget ekstraordinært for at kunne give en præcis værdi (går ud og henter en ny SAT-måler) og på oplysningen om, at patienten får 10 liter ilt. Bente har gjort sig umage for at finde en anden SAT-måler, så de netop kan få en nøjagtig værdi – og nøjagtighed og præcision har vi forstået på overlægen er vigtigt i arbejdet. Samme overlæge har ved en tidligere lejlighed pointeret vigtigheden af præcision og nøjagtighed ved at tale nedladende om de læger, som angiver størrelser på tumorer ved hjælp af sammenligninger med pigeonæbler. Overlægens anke mod denne analogi er det u hensigtsmæssige ved at pigeonæbler kan have forskellig størrelse. Både som kirurg og i arbejdet med dokumentation i journalen er kendsgerninger, præcision og nøjagtighed vigtige.

Med overlægens præferencer for præcision og eksakt viden, får vi demonstreret, hvordan disse orienteringer bliver attråværdige men står i stærk kontrast til sygeplejerskens praksis, som ofte er uforudsigelig. Begivenhedsstrømme bøjer ofte af i en anden retning, som vi så det ovenfor, hvor Bente og Tanja vil løfte patienten højere op i sengen men må rette opmærksomheden mod et drop, der ikke løber og som kræver handling. Eller hvor Bente og Tanja går på patientstuen med det formål at måle blodtryk og puls hos Bodil, men målingen må vige for

et akut toiletbesøg hos en anden patient. Eller de skal hjælpe Lizzy med at blive liftet fra seng til stol. På vejen må de lige hjælpe den forpustede Bodil højere op i sengen. Disse konstante korrektioner er en integreret del af en sygeplejerskes hverdag, og som vi også så det, da Nanna skulle se Stinne give medicin i afsnit 2, er det den slags ”praksisimperativer”, der også kan give den kliniske undervisning en anden retning end den intenderede.

Dagen udvikler sig til at blive særdeles kompleks, og det skal vise sig, at den studerende bliver sat på en prøve, der kommer til at besejle hendes skæbne:

Efter stuegang samler Tanja papirer og journaler sammen, overlægen går ud af afdelingen. Han har åbenbart ikke tænkt sig at tage kontakten til Ejvind, der af patienten opfattes som eneste person, der kan beslutte, hvilken behandling, hun må få. Bente og Tanja holder nu kaffepause - Tanja har fødselsdag og hun har flødeboller med. Tanja siger til Bente, at hun synes, det er svært det med, at patienten ikke vil have blod. ”Det var ubehageligt”. Og hun genfortæller for Bente, hvad patienten havde sagt. ”Det skulle Ejvind tage stilling til..” Bente, der selv var til stede, siger ja og nikker, som om hun anerkender at Tanja reflekterer over situationen mere end, at hun informerer om, hvordan det var. Efter 10 minutter går Tanja ud af kaffestuen. Det viser sig, at hun har ringet til Ejvind og har forhørt sig om, hvilke præparater patienten må få. Ejvind skal rådføre sig med folk, og han vil ringe tilbage og vil i øvrigt komme ind på sygehuset. Situationen udvikler sig, patientens tilstand er ikke stabil, en forvagt (yngste mand) tilkaldes, da Bente og Tanja ikke kan få fat på overlægen. Bente vil have patienten overført til intensiv afdeling. Alt imens de arbejder med den dårlige patient, hjælpes de ad med de andre patienter. Bente siger: Hvis du holder lidt øje med 1-sengen [den vejrtrækningsbesværede patient], så sørger jeg for at 4-sengen bliver udskrevet.

Patienten skal have ordnet sin stomi, det skal Bente hjælpe med, så mens patient og Bente går på badeværelset, går jeg på kontoret med Tanja, hvor Ejvind netop ringer tilbage og giver besked på, hvilke præparater, patienten må få.

Forvagten kommer. Og det gør forløbet endnu mere komplekst. Forvagten er en mandlig tysk talende læge, der taler gebrokkent dansk. Hans kittel står halvåben, håret er halvlangt og uredt, han virker usøigneret, jaget og forvirret. Tanja fremlægger, hvad pårørende har sagt angående den tilladte medicin. Lægen er synligt forvirret. Ind imellem må han tale i telefon – der kommer en akut indlagt patient fra et andet sygehus, som han skal vide om. Han har en tysk-dansk ordbog i lommen, som han slår op i indimellem.

Lægen: Jeg forstår ikke, hvad problemet er.

Tanja siger, at patienten er Jehovas Vidne.

Lægen: Hvar? Hvad ... Jehovas Vidne?

Tanja forklarer, hvad Jehovas Vidne er. Nu kommer Bente ind på kontoret, hun skal ringe efter en vogn, der kan køre patienten, der skal udskrives, hjem. Lægen og Tanja går på stuen, og Bente bliver siddende for også at ringe til et ambulatorium. Jeg holder mig stadig til Tanja for at finde ud af, hvad er det for situationer, hun forventes at agere i, mens Bente sørger for at få patienten udskrevet, så der kan blive plads til flere.

På stuen med Tanja og forvagten.

Lægen: Hvordan har du det?

Patient: Jeg lever da endnu!

Lægen forklarer patienten på gebrokkent dansk, at hun skal have taget et elektrokardiogram og en blodprøve, og så skal hun have 2 portioner blod.

Patienten bruger al sin kraft på at råbe/stønne: DET VIL JEG IKKE !!

Ud af stuen igen og ind på kontoret.

Lægen taler med kraftig accent, - han siger til Tanja: Hvad er problemet, hun skal have blod, men hun bløder ikke! Hendes hæmoglobin er lav og pulsen er høj, så der må ske noget nu! [Det lyder som om, han forsøger at ridser problemstillingen op? Han lyder hektisk og utålmodig].

Tanja: Ja, og hendes SAT er lav.

Lægen: SAT? Kigger op – han er tydeligvis ikke med.

Tanja: Ja, du ved den, du sætter på fingeren [gør tegn til iltmåleren, der sættes på som en klemme på fingeren].

Nu finder de et hæfte frem fra patientens journal, hvor der står hvilke præparater, man må få og ikke få, når man er medlem af Jehovas Vidne. Ingen havde tilsyneladende set dette dokument før.

Bente er ikke på kontoret, så Tanja spørger en anden sygeplejerske, om ’vi’ har de præparater, der står anført som acceptable. Lægen lader sagen om præparaterne ligge. Han tager specialblodprøven – den fra arterien og haster herefter ud af afdelingen.



På stuen arbejder Bente og Tanja sig igennem arbejdsopgaverne. Ind imellem hjælper de den vejtrækningsbe-  
sværede og angste patient op i sengen endnu engang. ”Hvad foregår der?” siger patienten. ”Jeg vil ikke ligge og  
dø her alene, ring til Dorit og Emmy ”!

”Du skal sandelig heller ikke dø nu, siger Bente til den skrækslagne patient. Hun taler beroligende til patienten.  
De hjælper nu den ben-lamme patient over på en bækkensol.

Hele formiddagen har Bente og Tanja arbejdet sammen krop til krop, hvor Bente har forsøgt  
at lade Tanja agere så selvstændigt som muligt. Bente har forsøgt ikke at svare, når overlæ-  
gen har spurgt men har ladet Tanja give et svar. Når hun har ment, at der skulle handles  
(f.eks. på en dropflaske der var tom) har hun henledt Tanjas opmærksomhed på problemet og  
har bedt hende komme med et forslag til handling. I tilfælde hvor det er vigtigt for patientens  
sikkerhed, har Bente svaret / korrigeret eller ”blandet sig”, som hun selv kalder det (f.eks. de  
10 liter ilt på maske og Bente har stillet spørgsmålet om human albumin er udvundet af men-  
nesker). Nu vælger Bente at lade Tanja være alene sammen med den udenlandske reservelæ-  
ge, hvor hun må udrede den komplekse problematik med dels forståelsesmæssige problemer  
og dels det komplicerede i at gå på tværs af den gængse behandlingsnorm og efterkomme et  
for patienten livsvigtigt ønske, et ønske der er sat under pres. Her prioriterer Bente at kunne  
udskrive en patient og dermed få flow i tingene frem for at følge sin studerende tæt. Da jeg  
dagen efter taler med Bente om dagen, siger hun om Tanja: ”*Jeg ved, jeg kan stole på, at hun  
kommer, hvis der er noget. Hun er meget ærlig. Det betyder meget*”.

Bente har tidligere givet udtryk for, at hun ”meget gerne vil gå kl. 14 i dag”. Nu er klokken  
14, og de opsummerer ude i skyllerummet:

Bente: Vi mangler at skrive, skifte plaster og fjerne et dræn. Bente siger, at hun skifter plaster og fjerner drænet.  
”Du skal jo også skrive”. [Når man går stuegang og har det administrative overblik over patienterne, skal man  
skrive og dokumentere plejen]. Tanja er næsten fuldgyldig sygeplejerske, så det skal hun så gøre. De opsummer-  
rer lige mht. patienten, Bodil:

Bente: Har vi nogen hængepartier?

Tanja: Nej, narkosen kommer jo..

Bente kommer først til at gå kl. 14.30. Det betyder, at sygeplejestuderende Tanja kommer til  
at hjælpe narkoselægen selvstændigt, da han kommer. I det følgende skal vi se, hvad der sker,  
da den kliniske vejleder slipper kontrollen.

På kontoret:

Narkoselægen (narc) er en yngre afdelingslæge, dvs han er ikke overlæge men dog speciallæge i anæstesi – i  
daglig tale kaldet narkosen. Jeg kender ham fra tidligere akutte situationer, - også fra den anden afdeling, hvor  
jeg lavet feltobservationer. Han optræder med autoritet og sikkerhed på en nærværende og behagelig måde. Han  
har fundet journalen og spørger Tanja: Hvad er puls og blodtryk nu?

Tanja: Det kan jeg ikke huske, men vi kan se det derinde.

Narc: Hvordan ligger hendes SAT nu? (Det fortæller Tanja)..

Narc: Lad os gå ind og kigge på hende.

På stuen:

Tanja: Pulsen er 130 og blodtrykket er 150/80 (hun aflæser observationsskemaet)

Narc (til patienten): Hvordan har du det?

Patienten: Jeg har det frygteligt. Jeg kan ikke få vejret. Hun er blevet mere blålig i kuløren og venerne strutter på halsen. Ejvind har været der, men han er nu gået.

Narc: Har I givet smertestillende?

T: Ja, 10 mg Morfin.

Narc: Det var en rigtig god ide. Har du drænet?

Tanja: Drænet er seponeret, der kom ikke noget særligt i.

Narc lytter på lungerne med et stetoskop. Tanja hjælper patienten frem, så lægen kan lytte.

Narc: Vand og lidt astma er problemet. Vi giver lidt nitroglycerin, 0,25 mikrogram. Han forklarer det til patienten.

Patienten: Ja, ja..

Tanja går ud og finder tabletten i medicinrummet og hjælper patienten med at få den til at ligge under tungen.

Narc: Nydeligt. Astma og våde lunger kan give det her billede. Jeg kan se, at hæmoglobinen er steget fra 4 til 4,3. Vi hjælper dig lige lidt højere op i sengen. Tanja og lægen hjælper hinanden.

Narc: Nu måler vi blodtrykket efter 5 minutter. Vi skal også give 40 mg Furix.

Tanja går ud og finder tablet Furix og stiller den på bordet. Narc er der ikke.

Tanja måler puls og blodtryk: *145 over 86, puls 132* siger hun højt. Overlægen fra stuegang kommer ind sammen med narc. Tanja siger værdierne og viser Furix tabletten frem. Narc: Nej, det skal gives som iv. [Intravenøst, dvs. som injektion ind i en blodåre]. Tanja går ud i medicinrummet og trækker selv injektion Furix op. [I uddannelsesinstitutionens papirer står der, at studerende ikke selvstændigt må administrere iv. medicin. Det bekræfter i øvrigt flere sygeplejersker inklusiv den kliniske vejleder Bente, da jeg ved en anden lejlighed spørger generelt til det. Så den studerende foretager sig noget ureglementeret].

Tanja kommer ind med injektionssprøjten.

Narc: Skal vi starte med at give 10 mg?

Tanja: Er det så 1 ml?

Narc: Ja, det må det være i mit hoved.

Tanja giver medicinen iv ind i den lille plastikslange.

Narc: Vi sætter lige en streg på [urin]posen, så vi kan holde øje med, hvor meget der kommer. [Han siger det på en undervisningsagtig måde.] Vi skal også give inhalator på maske...præparat zz [jeg hører ikke navnet].

Tanja går ud til medicinrummet. Hun er i tvivl, om det er det rigtige præparat, så hun vil spørge lægen. 'Vil du lige blive her, siger hun til mig, [dvs om jeg vil holde vagt/sørge for, at der ikke kommer uvedkommende ind i medicinrummet, mens hun går hen på stuen og spørger]. Jeg siger ja!

Lægen kommer med tilbage til medicinrummet.

Tanja: Er det den her? (Tanja viser medicin-ampullen).

Narc: Ja, det er den samme. Lægen går igen.

Tanja går ned i depotrummet for at finde en maske. Der står to social- og sundhedsassistenter. Tanja spørger dem, om de ved, hvilken maske man bruger.

En sosu viser, hvor masken er, og hvor man hælder medicinen ind. Tak, siger Tanja og går ind på stuen med tingene.

På stuen:

Narc og Tanja hjælper hinanden. Narc foreslår, de bruger en anden luftkilde end den med den fugtede luft, som patienten ellers har på ansigtet. "Der er ingen grund til fugt nu". Narc guider Tanja i, hvordan hun skal skrue op – "Den skal helt op på 10".

Sygeplejerske Lisbet [den unge sygeplejerske der har været sammen med en anden 6. Semester studerende hele dagen] kommer ind og spørger: "Hvordan går det herinde hos dig?" Du mangler ikke noget? Er der noget, jeg kan gøre?

Tanja: Nej, jeg mangler ikke noget. Lisbet går.

Narc: Nu går jeg lige ud og skriver. Så kommer jeg tilbage og ser, hvordan det går. Du kan lige måle et blodtryk om 5 minutter.

Vi står inde på stuen. Venter. Siger ikke noget. Patienter ligger med lukkede øjne og trækker vejret besværet. Der er ikke gået 5 minutter endnu. Tanja måler blodtryk, puls og SAT.

Lisbet kommer ind igen. Holder lidt rundt om skulderen på Tanja, hun siger noget og kigger på Tanja. Jeg gætter på, at hun siger, hun må sige til, hvis der er noget, men jeg kan ikke helt høre det.

Tanja: Ja. Hun smiler. Lisbet går ud igen. Ude i medicinrummet siger Tanja til mig: Man vil jo også godt lige se, hvordan det går. [Måske som forklaring på, hvorfor hun ikke bare er gået til tiden, som er kl. 15. Klokken er langt over, og hun ender med at gå kl. 16.00. En adfærd der helt sikkert sættes pris på blandt de andre sygeplejersker, og så endda på hendes fødselsdag...]

På kontoret: Narc til ovl der nu er kommet: Hun skal afvandes lidt og CPAP'es, hvis det ikke bliver bedre. Så må vi se, om hun ikke kvitterer på det.

På stuen sætter Tanja ilten til igen.

Medicinalgas fra morgen + middagsmedicinen står stadig på bordet, gardinerne er rullet ned, selvom solen ikke generer mere.

Narc kommer ind på stuen. Han læser de ting op, han selv har ordineret. ”Og så én gange maske medicin mere og blodprøver til kl. 16.30”.

Sygeplejerske Susan kommer og spørger Tanja: ”Er der noget, jeg kan gøre?”

Tanja: Nej, jeg er lige ved at være færdig.

Narc. siger, at de bare kan kalde, han har kode xxx, hvis der er noget, ’der driller’. Susan er gået ud af stuen igen. Tanja gør klar til inhalationsmasken, hun tænder for ilten, inden masken er sat på patientens ansigt, så medicinen støver ud i rummet. Det var ikke meningen, idet forstøvningen skulle ende i patientens lunger. Så får hun masken sat på patientens næse og mund, og resten af medicinen støver ind i patientens luftveje.

I medicinrummet har Tanja sagt, at han er meget rolig, denne læge – ”Sikke en forskel fra den tyske læge, ro...det gør meget”....

Aftenvagterne sidder i pauserummet. Tanja kommer ind og siger: ”Måske skal hun overflyttes”. Hun har journalnotatet fra narc. i hånden. Hun siger et par introducerende bemærkninger om patienten, aftenvagten læner sig ind over notatet og læser det hele op. Nogle af aftenvagterne bryder op. Vagten er overleveret. Nu har Tanja kun tilbage at skrive, så hun sætter sig.

Hun sidder i personalerummet og skriver. Noget personale er tilbage. Hun fortæller om den tyske læge, der ikke kunne forstå, hvad Jehovas Vidne var. Hun fortæller med store øjne, og i en forarget tone får hun givet udtryk for, hvor udelig han var. De overvejer enestue til patienten. Det synes Tanja også er en god idé. Hun skriver videre.

Jeg går 15.55. Næste dag siger Tanja, at hun gik kl. 16.00.

### **Tillykke med fødselsdagen! I mere end en forstand...Tanja har fødselsdag, men dagen markerer også, at hun nu er fuldgældigt medlem af professionen:**

Dagen efter får Tanja lejlighed til at fortælle om gårsdagens oplevelser, da hun og den kliniske vejleder og afdelingssygeplejerske er i personalerummet på samme tid. Patienten blev overflyttet til intensiv afdeling til tættere observation og behandling. Den kliniske vejleder siger, at Tanja klarede det flot. Tanja siger, at hun jo bare gjorde, hvad lægen sagde, hun skulle. Afdelingssygeplejersken og den kliniske vejleder er ikke tilfredse med den lægelige hjælp – det var ikke tilfredsstillende, at de skulle vente så længe på at få kvalificeret hjælp. Og de er hurtigt enige om, at den tyske læges fremtoning ikke var acceptabel. Der har været tidligere episoder. Afdelingssygeplejersken skriver noget på en seddel, som jeg tolker som om, hun vil drøfte sagen med lægerne. Her falder Tanja ind i samtalen og genfortæller, hvordan lægen ikke vidste, hvad Jehovas Vidne og SAT var. Afdelingssygeplejersken spørger nu til, hvordan det lige er, når hun er færdig med uddannelsen om godt et halvt år. Tanja og kæresten har købt ejerlejlighed i byen og vil gerne blive boende, selvom kæresten midlertidigt måske skal på praktikophold i en anden by. Afdelingssygeplejersken siger, at hun er mere end velkommen til at søge en stilling i afdelingen, når hun er færdig til februar. Tanja smiler over hele hovedet. Det er hun da glad for at vide, siger hun. Er der andre, der er blevet spurgt, spørger hun? Nej, det er der ikke. [Der er yderligere en 6. Semester studerende i afsnittet, som også bliver færdig til februar, så Tanja er altså ”første valg”].

### **Opsamling**

Jeg oplevede selv dagen temmelig dramatisk tæt på liv og død og store etiske spørgsmål. Mange dage var præget af, at patienterne var svært syge og havde komplekse sundhedsproblemer, og da jeg spurgte Bente, om hun mente, jeg havde set et repræsentativt udsnit af deres dage med de studerende, sagde hun ja. ”Sådan er her bare”. Arbejdsomt afspejler dagen således det billede, Dansk Sundhedsinstitut har tegnet af patientklientellet på hospitalerne i dag, hvor indlagte patienter har komplekse sundhedsproblemer og er meget plejekrævende (Vinge 2010). Med gårsdagens præstation fik Tanja sin ilddåb. Hun fik vist, at hun selvstændigt kan klare både en ”umulig” læge, en svært syg og kompleks patient, at hun selvstændigt

kunne assistere narkoselægen, at stille sig kollegialt ved ikke at ligge andre til last og lade sin vejleder gå hjem, som hun gerne ville, og hun var villig til at arbejde over – endda på sin fødselsdag – bedre kollega fås ikke! Med Bentes ord, kan man sige, at Tanja får vist, at hun ”kan klare mosten”. Ikke bare som studerende men også som næsten færdiguddannet sygeplejerske. Der kvitteres straks med tilbud om ansættelse.

Med så meget syge patienter er det afgørende for den kliniske vejleder, at hun kan stole på, at den studerende handler ansvarligt. Den kliniske vejleder, Bente, siger næste dag herom:

*Jeg ved, jeg kan stole på, at hun kommer, hvis der er noget. Hun er meget ærlig. Det betyder meget.*

*Karin: Hun siger også: ”Ja, hun må jo stole på mig”, men det gør du så også?*

*Bente: Ja, det gør jeg.*

*Karin: Det er da dejligt for hende, at hun er blevet tilbudt arbejde i afdelingen.*

*Bente: Ja, men det hænger jo så også sammen med det.*

Man kan diskutere, om Tanja er til at stole på. Hun overskrider sit kompetenceområde ved at give intravenøs medicin uden at rådføre sig med en sygeplejerske. Og hun afviser to gange at lade sygeplejersker hjælpe sig. Man kunne strengt taget overveje, om patienten skulle have erstattet sin tabte inhalationsmedicin, som var spildt/forstøvet ud i rummet. Så helt ærlig er hun vel ikke, eftersom hun ikke konfererer sine fejl. Men sådan er det måske med ”ærligheden” i den medicinske klinik, hvor systemet skal køre, og den ene læge vil give blod og den anden human albumin til en patient, der ikke vil have menneskelige blodprodukter. Som vi kan se, er den medicinske klinik og sygeplejepraksis en rodet og uforudsigelig affære, og det samme kan man med dette eksempel sige, at læring og undervisning i praksis er. Det har Tanja efterhånden fået erfaringer med, så hun accepterer, at hun både arbejder og lærer på en uplanlagt måde, hvor der sker ukontrollable hændelser. Da hun forstøver/spilder medicinen ud i rummet, lærer hun at koordinere medicin, maske, luftart og patientens næse/mund gennem at handle i praksis. Derfor takker hun nej til hjælpen. Det går fint = dvs. som det altid går. Her foregår læring og socialisering, som med Bourdieu er to sider af samme sag, men uden de legitime formidlere af faget, dvs. uden den kliniske vejleders eller en anden sygeplejerskes mellemkomst, som også Larsen (1999) og Johnsen (2003) har fundet i deres undersøgelser af den studerendes læring i praktikuddannelse indenfor sygeplejerskeuddannelsen. I et undervisningsperspektiv overlader den kliniske vejleder, Bente, undervisningen til andre læremestre, da hun gerne ville gå hjem tidligt på 950-dagen, som hun havde lovet sine børn.

Lægen kommer her til at vikariere for den kliniske vejleder, og qua sin position fungerer han som ’bagstopper’ og garant for, at det ikke går (helt) galt, mens den studerende lærer. Også

det ved den kliniske vejleder. Hun har over tid inkorporeret feltets sociale strukturer i sit handleberedskab og ved, at Tanja vil handle på lægens anvisninger.

### **Formelle og uformelle undervisningspraktikker**

En række formelle og uformelle undervisningspraktikker får udtryk. Jeg har ovenfor vist og analyseret en række formelle undervisningspraktikker, som også rummer nogle ustrukturerede og spontant opståede undervisningssituationer.

De uformelle undervisningspraktikker kan samles i følgende typologier:

- Undervisning afledt af de forestående opgaver (som vi så det i forbindelse med planlægning af arbejdet f.eks. hos Trine og Helle).
- Teoretisk undervisning på stuen (som da Louise fortæller at Tove ”overhørte” hende i tegnene på lungebetændelse).
- Undervisning i vurdering af handlemuligheder (Bente der spørger: ”hvad med væsken”)?
- ”Time-out” på vej til eller fra rum, hvor enten den kliniske vejleder eller den studerende lægger sin umiddelbare tolkning af en situation frem.
- Når de alligevel sidder foran computeren og dokumenterer, og der dukker noget op.
- Når der kun er småting tilbage at gøre om eftermiddagen, og de kan ”samle op”
- Direkte instruks/ arbejde der skal gøres.
- Prestigetung efterligning.

Fælles for de ustrukturerede og uformelle undervisningspraktikker er, at de nemmere lader sig kontrollere, eftersom de er afpasset efter små ophold i strømmen af arbejde. Ligesom de strukturerede og formelle undervisningspraktikker var der en tendens til, at der blev trukket på refleksionsviden fra professionens abstrakte videnssystem og i særlig grad fra det medicinske domæne, når undervisningen foregik væk fra patientstuerne. Men der blev også trukket på refleksionsviden fra professionens praktiske videnssystem, hvor der blev taget udgangspunkt i de praktiske handlinger, som enten den studerende eller den kliniske vejleder havde foretaget sig. Hvis der var tid, inden den kliniske vejleder og den studerende skulle gå hjem, kunne der opstå en form for opsamling, som enten var en sikring af, at alle arbejdsopgaver var nået, og/eller i forbindelse med dokumentationen, hvor der blev skrevet i sygeplejerapportsystemerne. Som f.eks. da Nanna og Stinne (6. semester) dokumenter, inden de skal gå hjem:

Nanna: Med hensyn til Alma... Har du reflekteret over, at hun har taget 3 kg på?

Stinne: Vi har kost-registreret hende og fyldt på med god kost.

Nanna: Andre ting?

Stinne: Hun kan være inkompeniseret<sup>168</sup>. Det var hun i går?  
 Nanna: Hvor hurtigt har hun taget 3 kg på?  
 Stinne: Det ved jeg ikke....(de kigger begge to i papirerne men kan ikke helt se, at det er sket så hurtigt).  
 Nanna: Andre ting du tænker på?  
 Stinne: At hun ikke rører sig..  
 Nanna: Andre ting?...helt basalt...(misser med øjnene..) hvad sker der mange gange, når man er indlagt?  
 Stinne: Nå, ja. Obstipation [forstoppelse].  
 Nanna: Jeg har spurgt. Hun plejer at have afføring 1-2 gange ugentligt. Det ville også være fint at få dokumenteret. Mange gange glemmer vi det helt basale, fordi vi er så optaget af det specielle.  
 Stinne fortæller om en patient, hun har passet på et andet afsnit, der havde en ”kæmpe stor udspilet abenumse. Det rumsterede jeg med hele ugen”..  
 Nanna: Christa sagde også, at hun gerne ville have kaffe, for hun har ikke haft afføring i et par dage.

På P-dagen så vi, at der foregik ansatser til en form for tolkning af situationen eller det, som Benner kalder en *narrativ forståelse* (Benner 2010: 122), hvor Dorte fortæller om sin tolkning af, hvordan hun oplevede kommunikationen mellem sin kliniske vejleder, Oline, patient og pårørende. Her er ikke nødvendigvis gjort brug af teoretiske begreber, selvom vi så Oline forsøgte lidt på det. Et andet eksempel er, da Oline forklarer Dorte, hvad hun gør, og hvad hun kan finde på at sige til patienten, når der på manualen til indlæggelsespapirerne står ”åndelig status”. Her formulerer hun nogle udsagn i et sprog, som patienten kan forstå, og viser sin faglighed frem ud fra lignende situationer, hun har stået i.

Det er interessant, at den studerende Helle, som er novice, netop efterspørger denne form for undervisning i sin kritik af klinikundervisningen. Her efterlyste hun, at de snakkede om, hvad hun selv havde gjort, egne reaktioner og hvordan andre ville have gjort i sådan en situation.

Det er vigtigt at pointere, at der også praktiseres undervisning, som tager højde for den situations- og personbundne og ikke mindst komplekse praksis. Men som jeg også har vist, var der en tilbøjelighed til, at undervisningen på trods af, at den tager udgangspunkt i patienterne, bliver en til anledning til at tale om det abstrakt teoretiske videnssystem, som Abbott også anfører det, har en tendens til at lukke sig om sig selv. Når undervisningen foregår væk fra patienterne, er der mindre risiko for at blive forstyrret, men herved får professionens abstrakte vidensbase større rum, kontrollen kan bedre opretholdes og arbejdsdeling og afgrænsningen til det øvrige plejepersonale nemmere at opretholde. Hvorfor får klinisk undervisning det udtryk? Hvad beror det på og hvorfor i det hele taget al den snak om praktikuddannelse? Det skal jeg forsøge at sammenfatte i næste kapitel ved at svare på **forskningsspørgsmålene: Hvordan får den kliniske vejleders undervisningspraksis udtryk i koblingen mellem undervisning og profession. Og hvilken funktion har det øgede fokus på praktikuddannelse i uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje?**

<sup>168</sup> På grund af dårlig pumpefunktion kan væske i kroppen hobe sig op og øge vægten.

## 9. Sammenfatning af fund og perspektivering

### ***Første analysedimension. Opkomst af udvikling af klinisk undervisning***

I forkonstruktionen af den platform hvorfra den kliniske vejleder praktiserer klinisk undervisning, har det vist sig, at der forekommer en form for historisk efterslæb. Opkomst og fremvækst af klinisk undervisning må ses i lyset af faggruppens bestræbelser på at vriste sig fri af lægernes kontrol med såvel sygeplejefag som -uddannelse, som på lægernes foranledning blev etableret med det formål at styrke den medicinske klinik. At sætte grænser mellem det praktiske sygeplejerskearbejde og undervisning har således historisk været en del af kampen om kontrol over eget virksomhedsområde. Sådan er det fortsat i dag. Med etablering af klinisk vejleddannelse med egen ministeriel bekendtgørelse anerkender staten, at undervisning i praksis er et selvstændigt virksomhedsområde. Men vel at mærke som en del af den medicinske klinik, hvor lægen fortsat er den, som definerer klinikken. Udstyret med de legitime meritter i form af både titel, eksamensbevis, vidensbase og beføjelser til på en ”mere” kvalificeret måde at praktisere sin virksomhed som klinisk underviser, forstærkes den kliniske vejleders bestræbelser på at markere en forskel fra det almindelige sygeplejerskearbejde. At praktisere undervisning i en af de offentlige institutioner betyder, at man som professionsudøver må agere professionelt, hvilket vil sige i henhold til de statsligt regulerede styringslogikker. Det gælder således også for klinisk undervisning, at der skal ske en tilrettelæggelse i form af *centraliseret decentralisering, produkttænkning, ensliggørelse, brugerstyring og individualisering*. Det har vi set i særlig styrket grad med den seneste bekendtgørelse om professionsbachelor i sygepleje fra 2008.

Sygeplejerskernes lange tilløb mod akademisering som er en udløber af grænsedragningsarbejdet mellem almindeligt sygeplejerskearbejde og etablering af selvstændig vidensbase, har givet faggruppen gentagne erfaringer med at blive vist tilbage til sin ”rette plads”. Det har formet den kliniske vejleders dispositioner for at opfinde kætteriets strategier men også dispositioner for at forhandle og genforhandle i sameksistens med feltets aktører. Den seneste tilbagevisning ser vi med den massive kritik fra 2006, der gjaldt kompetence-kritikken og frafaldskritikken. Den tiltagende akademisering ansås grundlæggende for at være ondets rod. Godt hjulpet på vej af *vox publica*, den offentlige stemme, med hele det sociale spektrum repræsenteret fra hjemmehjælper til overlæge, blev løsningen indlysende: praktikuddannelsen skulle styrkes. Med den nationale studieordning fra 2008 indfører staten nu krav om mere struktur og planlagte og målrettede undervisningsforløb i de sygeplejestuderendes praktiske

del af uddannelsen, og obligatorisk praktikuddannelse i professionsbacheloruddannelserne og erhvervsakademiuddannelserne generelt skrives ind i lovgrundlaget samme år. Med hjælp fra de nyliberale styringssystemer får formalisering af klinisk undervisning dermed i et bredere perspektiv den funktion at bringe orden i den samfundsmæssige uorden.

## **Anden analysedimension: Krav, idealer og normer på klinisk vejlederuddannelser**

På klinisk vejlederuddannelse fremtræder særligt tre centrale pædagogiske forholdemåder udledt af pædagogiske krav, idealer og normer for det kliniske vejlederarbejde. De fungerer som det, man med Bourdieu kunne kalde en *overordnet og transponerbar disposition* eller *ethos* (Bourdieu 2005[2000]: 199), der afgør, hvad der af de kliniske vejledere anses for rimeligt/urimeligt i forhold til den kliniske undervisning. De er:

- ”Nødvendigheden” af at lægge undervisning til rette, så den studerende tager ’ansvar for egen læring’.
- ”Nødvendigheden” af at den studerende skal kunne ”koble teori på”.
- ”Nødvendigheden” af at den kliniske vejleder ”behersker pædagogiske teknologier” som refleksion og spørgeteknikker der kan fremme, at den studerende kobler teori på.

Forholdemåderne er retoriske og fremtræder som uantastede dogmer. De er taget for givet og problematiseres ikke. Der kan være besværligheder med dem (jf. ”måske fisker jeg”), men det ændrer ikke på forestillingen om, at ”nødvendighederne” må gælde for klinisk undervisning. De er båret frem af en særlig pædagogisk tænkning, som understøttes af uddannelsesinstitutionens arkitektur. Den pædagogiske prægning forstærkes ved, at de kommende kliniske vejledere bliver præsenteret for de samme pædagogiske virkemidler, som de forventes at påføre de professionsbachelorstuderende. Og desuden ved at PBL-metoden bruges af de toneangivende, dvs. lægerne (angiveligt i Canada jf. introduktionen på klinisk vejlederuddannelse), det lokale universitet, og den globale verden.

## **Tredje analysedimension: Formaliseringens udtryksform i klinisk undervisningspraksis - formaliseringshybrider**

Hvis vi vender os mod de udtryksformer formalisering har i den kliniske vejleders undervisningspraksis genfindes de samme kategorier som på klinisk vejlederuddannelse. Ikke sådan at forstå at de er sivet fra klinisk vejlederuddannelse ned i praksis via de nyuddannede kliniske vejledere. Der er snarere tale om, at de pædagogiske praksisformer, hvad enten de udfolder



sig på klinisk vejlederuddannelse eller i medicinsk klinik udgår fra de samme professionsdispositioner. Det interessante er her, hvordan de konfigureres, når bestræbelserne på at formalisere opblandes med de institutionelle betingelser. **Planer og planlægning** af de pædagogiske aktiviteter synes at være vigtige markører i de grænsedragningsprocesser, der skal trække grænser til det almindelige sygeplejerskearbejde. Parret med **troen på selvstyret læring** får de pædagogiske praktikker en særlig udtryksform i relation til den studerende. Som vi så det, er det bekendtgørelsesbelagt, at der skal udarbejdes en individuel studieplan, og at den skal være retningsgivende for den kliniske undervisning. Staten er så at sige helt inde i detailstyringen af den kliniske undervisning som en form for *centraliseret decentralisering*<sup>169</sup>. Men som vi så det, rummer den praktiske håndtering af den individuelle kliniske studieplan flere paradokser og har nogle utilsigtede effekter. I relation til den skrevne plan har den studerende for det første svært ved oversætte mellem professionens abstrakt, akademiske system af viden (f.eks. ”begrunde sygeplejeinterventioner”, ”anvende kliniske metoder”) og praktikkens praktiske videnssystem (f.eks. morgenbeskederne om ”50 ml i drænet”, ”sonde til sug”, ”udskrivelse i dag”), eftersom den studerende er novice indenfor begge videnssystemer. For det andet er det vanskeligt at give den individuelle kliniske studieplan et særligt individuelt præg, når læringsudbyttet allerede er fortolket af ekspertsygeplejerskerne i den generelle studieplan forfattet af det kliniske undervisningssted. Og for det tredje viser det sig, at det sjældent er den individuelle plan, der afgør hvilket indhold, der gøres til genstand for undervisningen. Parret med idealet om selvstyret læring får det den konsekvens, at den studerende bliver skudt i skoene, at hun er for utilstrækkelig. Den studerende fremkommer efter mange overvejelser med en plan, som enten kommer for sent eller af den kliniske vejleder bliver opfattet som forkert, fordi den ligner for meget det, klinikken selv har formuleret i den generelle studieplan. Og når planen endelig er der, oplever den studerende, at planen ikke bliver fulgt som det fremadrettede redskab, den var tænkt som. At den faktiske undervisning ikke falder ud som planlagt er ikke et ukendt fænomen indenfor undervisning generelt. Men når det her forekommer særligt iøjnefaldende, skal det ses i lyset af, at planen tales frem som afgørende, både af staten, uddannelsesinstitutionen og det kliniske undervisningssted (jf. den stærkt strukturerede forudsætnings- og forventningssamtale).

Den studerende, der ”nødvendigvis” må tage ansvar for egen læring, kommer dermed til at bære ansvaret for, at praksis har sin egen orden, som ikke så nemt lader sig underlægge de mest gennemtænkte pædagogiske teknologier, som selv staten har sanktioneret.

---

<sup>169</sup> De samme tendenser har vi set med indførelse af elevplaner i folkeskolen i 2003/”Fælles Mål”- bekendtgørelsen i 2009 og indførelse af læreplaner i daginstitutionsområdet i 2004.

Når undervisning skal ordnes og systematiseres, opstår der alliancer mellem det abstrakte, akademiske videnssystem og den biomedicinske behandlerviden, som både er prestigefyldte vidensformer men som også i struktur passer til den orden, der efterspørges. Der synes at være en tendens til, at den undervisning, der foregår væk fra patienten og på kontoret aktiverer det abstrakte, akademiske videnssystem. Hermed nedtones den viden, som er koblet til de foranderlige og uklare situationer i de personlige og konkrete møder med patienten. Jo mere struktureret en undervisningspraktik er tænkt og beskrevet, jo tydeligere bliver til gengæld grænsedragningen og markeringen af eget virksomhedsområde, hvorfor denne type undervisning vil være attråværdig i et professionsperspektiv.

Dertil kommer, at det ser ud til, at bestræbelserne på at systematisere og strukturere undervisningen kommer til at stå i modsætning til de kliniske vejlederes institutionelle mulighedsbetingelser. Herved opstår nogle professionspædagogiske praksisformer, som jeg med en metafor kalder *formaliseringshybrider*. Metaforen er et forsøg på at få greb om netop denne modsætning. I analysen er det f.eks. kommet til udtryk ved:

- At holde skole på kontoret i ”prime-time”, hvor forsøget på at skabe struktur over undervisningen opløses af de afbrydelser der udspringer af kontorrummets sociale liv.
- At ”holde bibliotek” på afdelingssygeplejerskens kontor, hvor det marskandiserprægede indtryk af rummet langt fra ligner et sted, hvor der kan holdes orden på bøger.
- At ”holde skole” på patientstuen hvor der lægges op til aktivitetsformen *theoria* i et rum skabt for *praxis*.
- At opfordre til at læse ”det rette” selvom noget andet føles mere rigtigt.
- At skrive og tale om vigtigheden af at planlægge og strukturere, når den kliniske vejleders dispositioner sammen med institutionens sociale struktur og ”praksisimperativer” alligevel bestemmer, hvad der skal læres.
- At reflektere over praksis betyder at patienterne er en anledning til at italesætte abstrakt teoretisk viden overvejende fra den biomedicinske behandlerviden, som har en tendens til at lukke sig om sig selv og som ikke åbner op for praksis’ kompleksitet.
- At planlægge ”P-dage” som alligevel må aflyses.
- At bruge praktiktiden på at afholde undervisning som den gøres på skolen.
- At ”holde skole” om de akademiske discipliner hvor forudsætningerne (måske) både hos studerende og klinisk vejleder ikke matcher.

Formaliseringshybrider fremstår umiddelbart ufornuftige. Men de rummer en fornuft, som jeg skal udrede i det følgende, som samtidig skal være et svar på, hvilken funktion det øgede fokus på undervisning i praksis har.

## Fornuften i ufornuften

Udskillelse af uddannelse fra det almindelige sygeplejerskearbejde har været en fortløbende professionsstrategi. Ikke alene som et forsøg på at etablere egen vidensbase, som en klassisk professionsstrategi. Udskillelse af uddannelse og de senere akademiseringsforsøg som den ultimative distinktion kan ses som forsøg på at etablere en platform med mere kontrol og selvbestemmelse, som en modvægt til den medicinske dominans, en form for kætteriets strategier.

Undervisningsplanlægning må siges at være en central del af en undervisers professionelle praksis. Didaktikken forstået som pædagogikkens hvem, hvad, hvornår, hvordan og hvorfor er opkoncentreret i den individuelle kliniske studieplan, hvorfor aktiviteter i relation til planen er med til at markere den kliniske vejleders jurisdiktion. Den kliniske vejleder kan qua sin uddannelse selvstændigt deltage i forudsætnings- og forventningssamtalen, hvor studieplanen italesættes, hvilket ikke var muligt uden klinisk vejlederuddannelse. På denne måde markerer arbejdsopgaver med studieplanen tæt relation til arbejdsopgaver med professionens abstrakt akademiske videnssystem, hvorved der sættes grænser mellem (sub)professionen, de kliniske vejledere, og andre mulige læremestre. Samtidig gør de kliniske vejledere det, der må gøres af professionelle i moderne velfærdsinstitutioner, dvs. de bringer orden, ensliggør, produktorienterer (efter læringsudbytter) og gør undervisningssystemer genkendelige for centraladministrative medarbejdere, så undervisningen kan gøres til genstand for kvalitetscheck og akkreditering. Arbejdet med studieplanerne giver ikke alene de kliniske vejledere legitimitet. Også de studerende får legitimitet som uddannelsessøgende i en kompleks og svært gennemskuelig arbejdskontekst. Og for de studerende gav det en vis mening at bruge planen bagudrettet som en form for summativ evaluering, selvom planen sjældent blev brugt fremadrettet.

Den individuelle kliniske studieplan og idéen om at vægtlægge det personligt individuelle, som er at forstå som en del af de nyliberale styringslogikker, vinder genklang hos sygeplejerskerne. Qua de historiske forudsætninger har de dispositioner for at orientere sig mod det antiautoritære. I relation til de formaliserede undervisningspraktikker passer både det generelle, abstrakte videnssystems natur og de lægevidenskabelige vidensformer, der rummer mange klassifikationer, fint sammen med idéen om at ordne, samtidig med, at de som dominante vidensformer indenfor hvert sit felt er attråverdige at beskæftige sig med.

Den kliniske vejleders undervisningspraksis iagttaget på mikroniveau henter her forklaringskraft fra det makrostrukturelle niveau. Det ser således ud til, at en pædagogisk praksisform praktiseret af en repræsentant for professionen får udtryk gennem inkorporerede orienteringer, der er medieret gennem alliancer mellem de neoliberale styringsformer og de dominante vidensformer indenfor såvel uddannelsesfeltet (akademia) som det medicinske felt (diagnose og behandlingsrelateret biomedicinsk viden).

Set over et længere historisk perspektiv ser det ud til, at den kliniske vejleder har dispositioner for at ordne og forvalte. Først var det lægens klinik, så blev det undervisningsinstitutionens abstrakt, akademiske videnssystem. Og nu ser det også ud til, at det gælder statens nyliberale styringslogik. Man kan sige, at de kliniske vejledere har forhandlet sig til en arbejdsdeling, der giver adgang til en relativt afgrænset jurisdiktion mod til gengæld at forvalte statens styringslogik. Det særlige ved at være forvalter er imidlertid, at man som stedfortrædende ikke har den fulde kontrol over det, man forvalter. Hverken medicin eller de akademiske vidensformer er under den kliniske vejleders kontrol. Derfor er der et misforhold mellem de pædagogiske ambitioner og de institutionelle vilkår, som bliver forstærket ved kravet om formalisering. Herved får undervisningspraktikkerne disse hybride fremtrædelsesformer.

Er det godt eller skidt? Betyder de noget, og får det konsekvenser? I relation til de pædagogiske aspekter har jeg vist, at det får en uheldig konsekvens for de studerende. De ender med at måtte tage ansvar for, at praksis har sin egen logik, som selv de mest gennemtænkte planer og undervisningsformer ikke kan betvinge. Akademias og den biomedicinske videns forrang reproduceres, eftersom disse vidensformer er den foretrukne refleksionsviden, der trækkes på i undervisningen. Praksis med al dens uordentlighed, ubrudte begivenhedsstrømme, uforudsete og situationsbundne udtryk opleves paradoksalt nok som forstyrrelsen. I virkeligheden kunne man snarere tale om, at det er de strukturerede og systematiserede undervisningspraktikker, der ender med at forstyrre den praksis, som er, som den er.

Praksis er praksis og slår tilbage uanset ambitioner, gode viljer og hensigter. Med "950-dagen" så vi, at de studerende lærer sig det, de skal også uden de legitime formidlere af faget, som Larsen (1999) og Johnsen (2003) har vist det. "950-dagen" blev således Tanjas fødselsdag i mere end én forstand. Men i et professionsinternt perspektiv var det måske netop en *Fandens fødselsdag*, eftersom det viste sig, at det jo går alligevel - med eller uden den kliniske vejleders professionelle, pædagogiske indsats.

Med formaliseringshybriderne kan man sige, at de kliniske vejledere har tilpasset sig den samfundsmæssige orden, der er på spil og har fundet en professionspædagogisk retorik (p-dage, klinikundervisning, refleksionsark etc), der passer til det herskende dogme. Spørgsmå-

let er imidlertid, om professionen selv kan blive ved med at praktisere professionalitet på denne måde? Det har vist sig, at andre end professionen selv kan have endog stærke meninger om, hvad undervisere indenfor sygeplejerskeuddannelsen bør foretage sig. Hvis professionen ikke selv forholder sig til egen praksis, er der andre instanser, der er klar til endnu engang at ”slå sygeplejerskerne hjem”.

## **Refleksioner over afhandlingens udsagnskraft og perspektiver**

Med afhandlingens titel **Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse** har ambitionen været at belyse, hvordan en undervisningspraksis får form, når den praktiseres af en repræsentant fra en faggruppe med professionsbestræbelser. Titlen burde måske mere retteligt hedde: **Professionsperspektiver på formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse**. Klodsetheden til trods ville en sådan titel ville rumme en præcisering af, hvordan en praksis fremanalyseres, når forskeren er rundet af den selvsamme profession, hun undersøger.

Ved at bruge Bourdieus praktikteori som ramme for undersøgelsen har jeg villet gå til undersøgelsesgenstanden med et sæt af konstruktionsværktøjer, men samtidig har jeg insisteret på at holde mig åben for feltet. Bourdieus relationelle tænkning giver mulighed for at holde et fokus på dominans og over-underordningsrelationer. Men som professionsforsker har man (=jeg) (alt for?) stor følsomhed for det dilemma, der ligger i, at man på den ene side solidariserer sig med de informanter, som generøst stiller sig selv og deres tid til rådighed i en travl hverdag, og på den anden side udsætter de samme informanter for at få afsløret deres ideologiske selvbilleder – alt sammen i videnskabens navn. Bourdieu siger det på denne måde:

*”Jeg ved bedre end nogen, at der er noget ubehageligt og usympatisk ved analyser, der afdækker de sociale bestemmelser i en offentlig attitude, som folk selv følger er resultatet af bevidste valg eller et mere eller mindre heroisk brud med systemet”* (Bourdieu & Waquant 1996: 58).

Det kan forklare, hvorfor jeg også har orienteret mig mod Abbotts mere professionsinterne perspektiv. Med Abbotts perspektiv på professioner som systemer, er det blevet muligt også at få øje på en professions forhandlinger og genforhandlinger i et rum af sameksistens, når undervisning skal markeres som en afgrænset jurisdiktion. I analysearbejdet har Abbott hjulpet med at holde fokus på grænsedragningsprocesser, arbejdsdeling, forhandling og genforhandling på arbejdspladser, hvorved det er blevet muligt at identificere de forstyrrelser af arbejdet, der truer kontrollen af arbejdet. Forhandlinger i relation til at kontekstualisere kli-

nisk undervisning er ikke kun at forstå som verbaliserede ytringer. Den kliniske vejleders forhandlinger får udtryk i mødet mellem den kliniske vejleders inkorporering af den sociale verdens objektive strukturer og hendes egne subjektive præferencer, dvs. i komplekse dynamikker mellem stat, institution, brugere (studerende) profession og fænomenet undervisning. Bourdieus samtænkning af mikro- og makroniveau har gjort det muligt at trække tråde fra det konkrete mikrofysiske niveau til det nationale – og endda internationale niveau. Da f.eks. den kliniske vejleder Oline beder den studerende Signe læse sine fortolkninger af læringsudbyttet op i forsøget på at etablere en individuel klinisk studieplan, må en sådan praksis ikke alene ses som et forsøg på at skabe orden i en u-ordentlig praksis men også som en faggruppes bestræbelser på at markere sin jurisdiktion (”at gå fra” og adskille sig fra de andre ”almindelige sygeplejersker”), der som ”rigtig” professionel forstår at tage de herskende virkemidler i brug: de overnationale styringsteknologier.

Bourdieus tilgang har været vigtig for at kunne få fat i den sociale værditilskrivning, der har ligget i praksisformerne. Spændingen i konstruktionen af forskelsrelationerne og det relationelle blik har gjort det muligt fremanalysere, hvad der indenfor sygeplejerskeuddannelse anses for mere værdifuldt end andet, det vil sige, hvad der effektivt sætter grænser.

Ved at forholde mig åben, har jeg imidlertid også fået øje på undervisningspotentialer, som i mindre grad har haft en social betydning – her tænker jeg f.eks. på ”liv- og glædesdimensionerne”. Jeg anerkender, at det spiller ind, at dimensionerne særligt fremtræder i det hospitalsafsnit, der arbejder med det ”ærbare organ” med forholdsvis flere goder (anerkendt og dyr kunst på væggene, fri kaffe og gallafest, flere forskningsmidler og udviklingsprojekter). Både det sjove (liv- og glædesdimensionerne) og det alvorlige (at kunne stole på den studerende i omgangen med de meget syge patienter) indgår som orienteringer i valg af undervisningsindhold og form. Det sidste så vi f.eks. på 950-dagen, hvor den studerende ’får lov til’ at arbejde selvstændigt. Det har også været muligt at få øje på det undervisningspotentiale, der ligger i den ”snakkedkultur”, der særligt hersker i afsnit 2, hvor den studerende får mange af ekspertens overvejelser over praktiske handlinger lagt frem ved den kliniske vejleder, Trines højlydte småsnakken.

Den åbne tilgang har haft den konsekvens, at konstruktionen af en *professionspædagogisk praksis* har været styret af en løs fortolkning af Bourdieus konstruktions-redskaber. Kapitalformer er f.eks. blevet til idealer, krav og normer, og i samtænkningen af objektive strukturer og subjektive ønsker har jeg måske forsømt at efterspore flere subjektive udlægninger og objektive optællinger af det, der foregik. I stedet har jeg lagt vægt på at fremstille fyldige beskrivelser af etnografien. Måske er jeg selv blevet (for) fascineret af at videregive den om-

skiftelige, levende og situationsbundne praksis. Desuden har det været vanskeligt rent praktisk dels at spørge til de mange mikroaspekter ved præferencer og opfattelser men også at få adgang til opgørelser og optegnelser (over f.eks. afsnittets sygedage, antal af akut indlagte patienter, ressourceforbrug på klinisk vejledning). Det kan måske forklare, hvorfor interviewundersøgelser stadig foretrækkes af mange kvalitative forskere frem for observationsstudier og analyser af en levende og dermed uforudsigelig praksis.

Min faglige baggrund og det deraf følgende kendskab til kulturen har givet fordele og ulemper. Fordelene har været, at det er blevet muligt at forstå meningen med mange af de faglige gøremål og de spørgsmål, den kliniske vejleder har stillet den studerende. Jeg har kunnet kode en stor del af betydningen af de medicinske fagudtryk, og dermed om et svar fra den studerende blev opfattet af den kliniske vejleder som acceptabelt eller ikke. Til gengæld har kendskab til kulturen gjort det vanskeligt at stille spørgsmål til det, der er allermost indlysende for informanterne og mig. Det kan have fået den konsekvens, at det professionsinterne blik er blevet fremtrædende. At undervisningen i sin egen selvforståelse visse steder har fået for megen plads. Det kan måske også forklare undersøgelsens design, hvor jeg ønskede at tage den almene opfattelse af meningen med klinisk vejlederuddannelse på ordet: hvis det skulle være nødvendigt med en formel uddannelse, ville jeg tage den alvorligt og se på, hvad man lærer dér.

Man kan overveje, om jeg kunne have kommet frem til de samme fund af den kliniske vejleders undervisningspraksis uden analyserne fra klinisk vejlederuddannelse. Idéen var dels at få fremanalyseret, hvordan idealer, krav og normer tales frem som en ideal fremstilling af, hvordan der bør bedrives undervisning. Ikke overraskende genfandt jeg de samme kategorier i den kliniske vejleders undervisningspraksis, eftersom de beror på de samme inkorporeringer og dispositionssystemer. Men konfigurationerne var anderledes. I professionshabitus's møde med klinisk praksis – eller snarere medicinsk klinik og de særlige mulighedsbetingelser, der var til stede, fik undervisningspraktikkerne et forvredent udtryk. Formaliseringshybriderne rummer på samme tid en faggruppes professionsbestræbelser og institutionelle mulighedsbetingelser og fortolkning af overnationale styringslogikker.

Jeg har ikke kunnet konstatere en signifikant ændret adfærd på baggrund af erhvervet klinisk vejlederuddannelse i retning af f.eks. flere refleksionsseancer med kobling af teori og praksis, som ville have været den alment erkendte måde at interessere sig for uddannelsens effekt på. Med designet har det snarere været muligt at indfange elementer af det ”særligt rigtige”, f.eks. da Oline på P-dagen gør særligt meget ud af, at lade den studerende ”vælge” undervis-

ningsindhold. På denne måde fungerer den kliniske vejleder i sig selv som en vigtig markør for det, jeg har kaldt formalisering.

I dansk sammenhæng er der mig bekendt ikke tidligere foretaget studier af undervisningspraksis på klinisk vejlederuddannelse. Jeg er siden blevet opmærksom på, at PBL-modellen i stigende grad er introduceret i klinikundervisningen, hvorfor mine analyser kan bidrage til at forstå og forklare, hvorfor denne undervisningsmodel vinder indpas.

Som kender af kulturen har jeg haft en særlig fornemmelse for den iboende asymmetriske relation mellem mig som forsker og informanterne særligt i hospitalsafsnittene. Denne viden kan have medført et overdrevent ønske om at vise min respekt for deres arbejde. Det blev forstærket af, at informanterne fra specielt afsnit 1 ønskede, at jeg ikke skulle forstyrre dem i deres arbejde og sociale samvær i pauserne. Det betød, at jeg måske i for høj grad accepterede de vilkår og muligheder, jeg blev budt for observationsstudierne på hospitalet. Jeg fastholdt således aftalerne om, at jeg skulle følge de kliniske vejledere, hvor jeg muligvis ville have fået flere nuancer på arbejdsdelingen, hvis jeg mere systematisk havde fulgt den undervisningsansvarlige i hendes arbejde. Nu fik jeg stykket et billede sammen via et relationelt blik på den kliniske vejleder. Forskerhabitus er også at kunne korrigere for de i situationen opståede skævvridninger, og her er der stadig noget at lære.

Hvad gav det bevidst at gå efter kontrasterne i udvælgelsen af dataindsamlingssteder? Man kan sige, at de etnografiske beskrivelser af de to forskellige hospitalsafsnit har fungeret som en form for fælles subjektivitet eller rettere kultur i de institutionelle rammer. Forskellighederne har haft indflydelse på, hvor resistente undervisningspraktikkerne har været særligt i relation til at gennemføre den del af undervisningen, som var tilrettelagt af afsnittet selv. Forskelligheden i henholdsvis ”ærbare/ikke-ærbare” sygdomskomplekser, som afsnittene er organiseret efter, vil jeg mene spiller ind på den ”medvind”, den kliniske vejleder har i forhold til at overbevise den studerende om, at sygepleje er et godt valg. Den tunge og stressede stemning med synlige konsekvenser ved sygemelding og brug af vikarer i afsnit 1, hvor både patienter og pårørende minder den studerende om, at arbejdet ikke anses for særlig prestigefyldt, står i stærk kontrast til afsnit 2, der redder liv ved at besidde en eksklusiv ekspertise, resten af hospitalet nyder godt af, og som alt andet viger for. At arbejde med det ærbareste organ giver et andet og muntert udgangspunkt for arbejdet, hvor der ganske vist er høj aktivitet og mange mennesker på lille plads, men også dermed større mulighed for at udveksle og efterprøve egne handlinger. Netop i det ressourcestærke afsnit har man overskuddet til at



planlægge og afvikle undervisning, som man gør det på skolen. Men om det så er godt, er en anden diskussion. Hermed er vi fremme ved undersøgelsens perspektiver.

## Udgang

Mine fund peger på en tendens til, at der sker en forskydning i undervisningsfokus, når man sætter sig til rette på kontoret ved stole og borde væk fra de levende (eller halvdøde) patienter. Fra det foranderlige og uklare, konkret situationsbundne, personligt involverende til en opmærksomhed på det abstrakte, generelle videnssystem, der har en tendens til at lukke sig om sig selv. Min undersøgelse viser også, at den kliniske vejleders undervisningspraktikker får udtryk som skævvredne *formaliseringshybrider*, som vises frem for den studerende til fri inkorporering. Sygehus Danmark har organiseret klinisk undervisning som en del af det almindelige arbejde. Men mange steder er der, siden jeg gik i gang med afhandlingsarbejdet, opstået et mere organiseret klinisk undervisningssystem á la det, jeg så i Holland. Flere steder har klinisk undervisning konsolideret sig i differentierede arbejdsdelinger. På en konference den 28. april 2011 om *Fremtidens kliniske uddannelse på sygeplejerskeuddannelsen*<sup>170</sup>, talte jeg på deltagerlisten følgende titler på undervisere i klinisk sygeplejepraksis:

- Klinisk vejleder
- Klinisk sygeplejelærer
- Undervisende sygeplejerske
- Klinisk underviser
- Uddannelsesleder
- Uddannelsesansvarlig sygeplejerske/ uddannelsesansvarlig
- Uddannelseskoordinator
- Klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske
- Uddannelsessygeplejerske
- Ansvarlig klinisk sygeplejerske [man tænker der må være tale om en fejl..]
- Klinisk undervisende sygeplejerske
- Uddannelses- og udviklingsygeplejerske

Flere steder rundt om på større hospitaler har de kliniske vejledere egne kontorer. Udover de forskellige planlægningssamtaler, midtvejssamtaler samles de studerende i større hold fra

---

<sup>170</sup> Initiativtagere til konferencen var Undervisningsministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, KL, Professionshøjskolerne, Dansk Sygeplejeråd, Sygeplejестuderendes Landssammenslutning, Hvidovre Hospital og Københavns Kommune.

forskellige afsnit og afdelinger med en klinisk underviser til skolepræget undervisning i overordnede emner som f.eks. sårpleje og smerter. Undervisningsaktiviteterne på hospitalet ser ud til at tage til og svulme op. Kravet om evidensbaseret praksis, der er tydeliggjort i den nye nationale studieordning fra 2008, betyder skærpede krav til de studerende om at kunne søge forskningsbaseret litteratur i databaser. På en konference i FSUS-regi (Foreningen af undervisende sygeplejersker) i efteråret 2010 handlede et indlæg om en klinisk vejleders angiveligt succesfulde projekt med at etablere undervisning, hvor hun foretog søgninger i databaser sammen med de studerende i praktiktiden. Endnu en mulighed for at strukturere og systematisere skoleprægede undervisningsopgaver, som den kliniske vejleder tilsyneladende er villig til at tage på sig.

Med det stigende antal ambulante behandlinger, der i dag gennemføres på hospitaler, vil det i fremtiden være muligt at gennemføre undervisning, hvor de uforudsigelige strømme af gøremål i mindre grad kan forstyrre en planlagt undervisning. Med tendenserne vist i denne undersøgelse kan man forstille sig, at de kliniske vejledere er klar til at fylde ud med flere strukturerede undervisningsformer.

PBL-undervisning fremhæves stadig oftere som en undervisningsform, der er relevant i praktikuddannelsen<sup>171</sup>. En sådan undervisning kan bidrage til at styrke den kliniske vejleders muligheder for at konsolidere sit virksomhedsområde og markere sig til forskel fra de 'almindelige' sygeplejersker. Men som vi har set det, kan selv denne undervisningsform, der principielt kan favne både professionens abstrakt, teoretiske og praktiske videnssystem blive side-tung, når først den kliniske vejleder og de studerende sætter sig til rette med skoleartefakterne stole og borde, tavle, papir og mapper. Og der er mulighed for yderligere ekspansion af virksomheden: Social- og sundhedsassistenterne er begyndt at rejse krav om tilsvarende "kvalificeret" vejledning i deres praktikuddannelse. Det vil sige, at supervision og vejledning af social- og sundhedsassistenterne, der nu skal være vejledere for deres socialsundhedsassistentelever, bliver en ledig jurisdiktion for undervisningskyndige og -ivrige sygeplejersker. Og hvem ved, om ikke også denne virksomhed skal konsolideres i et samlet undervisningssystem.

Den kliniske vejleder har tilsyneladende dispositionerne for at udfylde en ledig plads indenfor vejledning og undervisning. Og som det ser ud nu, er der grund til at overveje, om de forskellige undervisningspraktikker understøtter eller underminerer praktikuddannelsens iboende

---

<sup>171</sup> I forsommeren 2011 er jeg f.eks. inviteret til at holde et oplæg på en sygeplejerskeuddannelse i Danmark forud for, at de kliniske vejledere og uddannelsesinstitutionens undervisere skal drøfte mulighederne for at implementere PBL i praktikuddannelsen.

kvaliteter. Sygeplejerskerne vil være godt tilfredse med at erstatte den gamle platform i den medicinske klinik med en ”ny” indenfor undervisning og vejledning. Samtidig vil de være nyttige forvaltere af statens nyliberale styringslogik, som de også selv profiterer af i arbejdet med at konsolidere sig som en sub-profession med egen vidensbase.

Den øgede interesse for undervisning i klinisk praksis ses også globalt. I USA, som indenfor mange felter er toneangivende, har sygeplejeforskeren, Patricia Benner, i samarbejde med andre forskere i 2010 lavet en stort anlagt undersøgelse af sygeplejerskeuddannelsen. Hun finder et stort misforhold mellem uddannelsens indhold og de krav, der stilles til sygeplejerskernes arbejde. Hovedbudskabet er, at der må ske drastiske ændringer af uddannelsen, og at omlægningen af uddannelsen skal ligge i den praktiske del af uddannelsen, som skal styrkes. Det er *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*<sup>172</sup>, der står bag undersøgelsen og den deraf følgende bogudgivelse. Organisationen er kendt for sine kritiske studier af professionsuddannelser, men også for at kræve, at studierne resultater formidles på en måde, så forskningsbaseret kundskab spredes langt ud over sine vanlige grænser. Ambitionen er, at lærere, ledere, studenter og politikere skal oplyses, og resultaterne af de gennemførte arbejder skal anvendes. Allerede samme år som bogen udkom i USA, blev bogen oversat til norsk, hvor det har været muligt for sygeplejerskoler at erhverve sig bogen til en fordelagtig pris ved massekøb. Og til efteråret 2011 gæster Benner Danmark på FSUS’s efterårskonference.

Om denne intensive markedsføring kun er udtryk for godt købmændskab er et godt spørgsmål. Markedsføringen af nogle pædagogiske initiativer kan umiddelbart ses som et overfladefænomen, en professions forsøg på pædagogisk nytænkning. Men det kan også være et udtryk for mere dybdegående udviklingstendenser, hvor udvikling af sygeplejerskeuddannelse skal fungere indenfor rammer, der anerkender og reproducerer en bestemt samfundsmæssig orden. I øjeblikket prøver regeringer i mange vestlige lande at ændre lærerprofessionens praksis til en teknikerens (Goodson 2007: 40). Dygtige undervisere bliver til dygtige forvaltere af præfabrikerede undervisningskoncepter (læs: evidensbaserede), og udvikling af uddannelsen foregår i den praktiske del, hvor kvalificering betyder klasseværelse baseret træning (Goodson 2007: 35)<sup>173</sup>. Inden for sygeplejen har vi set, at den kliniske vejleder står klar med sine forvalterdispositioner, der let kunne matche kravet om at agere tekniker, hvis det skulle komme dertil. Indtil videre har vi set, at det ikke er så nemt at få facon på de formaliserede undervis-

---

<sup>172</sup>Downloaded 10.5.2011 på <http://www.carnegiefoundation.org>

<sup>173</sup> Det er bl.a. set indenfor lærerprofessionen i USA, hvor Bush’s lovkompleks ”No-Child-Left-Behind” har produceret fænomenet ”scripted teaching”. I et sindrigt økonomisk belønningssystem baseret på elevens testresultater fastholdes både den professionelle lærer og skolen i særlige undervisningsformer, der sikrer *teach to the test* (Callewaert & Steensen 2005 :4).

ningspraktikker. Benners fremstød vil derfor kunne bruges som den evidensbaserede viden, der kan legitimere, at den kliniske vejleder bare skal øve sig mere og ”try harder”.

Først må vi naturligvis forholde os til, hvad Benner foreslår som de nye måder at undervise på. Men dernæst må vi have modet til at standse op overfor den massive vestenvind fra USA og sige et NEJ til dette umiddelbart forførende ”There-Is-No-Alternative – fænomen” (Steen- sen 2009: 297). Eller med Hall kunne man sige et NEJ til ”Det Nyes Tyranni” (Hall 1996: 133)<sup>174</sup>.

Et nej der passende kunne bruges til diskutere mulige konsekvenser af disse tendenser. Der er fortsat brug for mere forskning i, om disse formaliseringstendenser udvikler sig globalt indenfor sygeplejen, men også i hvordan de konfigureres i forskellige kontekster – også indenfor primær sektor, hvor vi må forvente et forøget antal praktikpladser qua udviklingen mod de sengeløse hospitaler. Og endelig er der brug for forskning, der mere systematisk på tværs af professionsbacheloruddannelserne gør status på, hvordan det øgede fokus på praktikud- dannelsen har fået udtryk.

---

<sup>174</sup> Begrebet ”det nyes tyrani” er her taget fra en diskussion af postmodernismen, som Hall har ført. Hall har været ledende figur i den britiske kulturstudietradition, der er inspireret af Gramsci men også af de postmoderne strømninger, som han med en eklektisk tilgang har inddraget i definitionen af sit eget videnskabsteoretiske stå- sted. Han mener, at pluralismen og betoningen af noget nyt, vi aldrig har set før, er en ny version ”*of that historical amnesia characteristic of American culture – the tyranny of the New*”. Det nyes tyranni ser han som et ”*west-centric*” udtryk for, at vi alle drømmer om at være amerikanske. I nærværende sammenhæng bliver en orientering mod ”det nye” en værdi eller ressource i en verden, der ofte omtales som i hastig og stadig foran- dring (se f.eks. Giddens’ strukturationsteori Giddens 1996).

## 10. Litteratur

- ABBOTT, A. 1988. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago and London, The University of Chicago Press.
- ABBOTT, A. 2005a. *Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions* [Online]. [Accessed 23:3].
- ABBOTT, A. 2005b. *Ecologies and Fields* [Online]. Chicago University. [Accessed 19.4. 2011].
- ALBUM, D. 1992. *Sykdommers og medisinske specialiteter prestisje*. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 111, Årg, (1991), Nr. 17
- AMTSRÅDSFORENINGEN. 1994. *Overenskomstfornyelse med Dansk Sygeplejeråd, brev af 22. juni 1994*. København, Amtsrådsforeningen.
- AMTSRÅDSFORENINGEN. 1999. *Oplæg vedrørende sygeplejerskeuddannelsen og de mellemlange videregående uddannelser*. København, Amtsrådsforeningen.
- ANDERSEN, S. S. 1997. *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*, Bergen-Sandviken, Fagbokforlaget.
- ANDERSEN, L. 1999a. *Den disciplinerede lyst*. In: ERIKSEN, B. F. OG MATHIESEN, A. (ed.) *Kvalifikationer - definitioner af ord eller relationer mellem mennesker*. København, Munksgaard.
- ANDERSEN, L. 1999b. *Facader og facetter. Modernisering og læreprocesser i socialpædagogik og forvaltning*, Roskilde, Roskilde Universitet Forlag.
- ANDERSSON, PILHAMMAR E. 1997. *Handledning af sjuksköterskestuderande i klinisk praktik*. Göteborg. Acta Universitatis Gotheoburgensis.
- ANORDNING (KGL.) OM SYGEPLEJERSKEUDDANNELSEN. 1957. København, AMALIENBORG.
- ANTONOWSKY, A. 1987. *Unravelling The Mystery of Health*, San Fransisco, Jossey Bass Publishers.
- ARISTOTELES. 1994. *Nicomachean Ethics* Cambridge, Massachusetts, Harvard University press.
- BACHELARD, G. 1983. *Videnskabshistoriens aktualitet* In: OLESEN, S. G. (ed.) *Epistemologi*. København, Rhodos.
- BACHELARD, G. 1976. *Nej'ets filosofi*. København, Vinten.
- BEEDHOLM, K. 2003. *Forandring og træghed i den sygeplejefaglige diskurs*. Viborg, Forlaget, PUK, Viborgseminaret.
- BEEDHOLM, K. OG GREVE, C. 2010. *Professionsdidaktik - et særligt anliggende for professionshøjskolerne?* Aarhus, VIA SYSTIME.
- BENNER, P. 1995. *Fra novice til ekspert. Mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis*, København, Munksgaard.
- BENNER, P. ET AL. 2010. *Å udanne sygepleiere. Behov for radikale endringer*, Oslo, Akribe.
- BERGQUIST, L. 1990. *Ny og bedre efteruddannelse*. Sygeplejersken, 17.

- BJERKNES, M. S. OG BJØRK, I. T. 1994. *Praktiske studier: perspektiver på refleksjon og læring*. Oslo, TANO.
- BLIGAARD MADSEN, R. 2006. *Læring i kliniske studier i sygepleje. En empirisk undersøgelse af sygeplejestuderendes, sygeplejerskers og kliniske vejlederes oplevelser og erfaring med læring i kliniske studier i sygepleje samt hvilke aspekter der tillægges betydning i læreprocessen.*, Aarhus, Afdelingen for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- BOURDIEU, P. 1997 (1976). *Nogle egenskaber ved de sociale felter*. (Forelæsning holdt ved École Normale Supérieure i november 1976 for en gruppe filologer og litteraturhistorikere): Men hvem skabte skaberne? København Akademisk Forlag A/S.
- BOURDIEU, P. 1981. *Men and machines*. In: KNORR-CETINA, K. AND. CICOIREL, A.V. (ed.) *Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro- and macrosociologies*. Boston, London and Henley: Routledge & Kegan Paul.
- BOURDIEU, P. & WACQUANT, L. J. D. 1996. *Refleksiv sociologi*, København, Hans Reitzels Forlag A/S.
- BOURDIEU, P. 1997. *Af praktiske grunde*, København, Hans Reitzels Forlag.
- BOURDIEU, P. 1998a. *De tre former for teoretisk viden*. Oversat efter *The Three Forms of Theoretical Knowledge* af Morten Nørholm og Karin Anna Petersen, København, Akademisk Forlag.
- BOURDIEU, P. 1998b. *Socialt rum og symbolsk magt*. Oversat efter *Social Space and Symbolic Power* af Morten Nørholm og Karin Anna Petersen. In: *In Other Words. Essays Towards a Reflexive Sociology*, Polity Press, København, Akademisk Forlag.
- BOURDIEU, P. 1999. *The Weight of the World. Social Suffering in Contemporary Society and Culture*. Cambridge, Polity Press.
- BOURDIEU, P. 2000a. *Pascalian meditations*, Oxford, Polity Press.
- BOURDIEU, P. 2000b (1992). *Konstens regler. Det litterære fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag, Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- BOURDIEU, P. 2001. *Modild*, København, Hans Reitzels Forlag.
- BOURDIEU, P. 2002. *Distinction - A Social Critique of the Judgement of Taste*. London, Routledge.
- BOURDIEU, P. 2005. *Udkast til en praksisteori*, København, Hans Reitzels Forlag.
- BOURDIEU, P. & P. J.C. Passeron. 2006. *Reproduktionen*, København, Hans Reitzels Forlag.
- BOURDIEU, P. 2008 (2001). *Viden om viden og refleksivitet. Forelæsninger på Collège de France 2000-2001*. København, Hans Reitzels Forlag.
- BRANTE, T. 2005. *Staten og professionerne*. In: ERIKSEN, T.R. og JØRGENSEN, A. M. (ed.) *Professionsidentitet i forandring*. København: Akademisk Forlag.
- BROADY, D. 1991. *Sociologi och epistemologi: om Pierre Bourdieus författerskap och den historiska epistemologi*. Stockholm, HLS Förlag.
- BROADY, D. 1998a. *Kapitalbegreppet som utbildningssociologisk vertyg*. Skeptronhäftan / Skeptron Occasional Papers, nr. 15. Uppsala, ILU Uppsala Universitet.
- BROADY, D. 1998b. *Kulturens fält. En antologi*. Göteborg. Forfatterne och Bokforlaget Daidalos.
- BROADY, D. 1998c. *Kapitalbegrebet som uddannelsessociologisk værktøj*. In: BJERG, J. (ed.) *Pædagogik, en grundbog til et fag*. København: Hans Reitzels Forlag.

- BRØBECHER, H. OG MULBJERG, U. 2009. *Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelser*, Danmark, Munksgaard.
- CALLAGHAN, D. ET AL 2009. *The experience of two practice education models: collaborative learning unit and preceptorship*. *Nurse Education in Practice*, 9, 244-252.
- CALLEWAERT, S. 1992. *Kultur, pædagogik og videnskab: habitusbegrebet og praktikteorien hos Pierre Bourdieu*, København, Akademisk Forlag.
- CALLEWAERT, S. 1996. Pierre Bourdieu. In: ANDERSEN, H. OG KASPERSEN, L.B. (ed.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- CALLEWAERT, S. ET AL (eds.)1998. *Pierre Bourdieu. Centrale tekster indenfor sociologi og kulturteori*. København, Akademisk Forlag.
- CALLEWAERT, S. 2000. *Tanker fra sidelinien om sygeplejerskeuddannelsen*. *Sygeplejersken*, 49.
- CALLEWAERT, S. 2003. *Fra Bourdieus og Foucaults verden - pædagogik og sociologi, diskurser og praktikker efter det moderne*. Danmark, Akademisk Tid & Tanke.
- CALLEWAERT, S. OG STEENSEN, J. 2005. Om globalisering, uddannelsespolitik og professionalisme. Århus, *Kvan 72*.
- CANGUILHEM, G. 1991. *The Normal and the Pathological*, New York, Zone Books.
- CHRISTIANSEN, B., HEGGEN, K. & KARSTH, B. 2004. *Klinikk og akademia. Reformer, rammer og roller i sygepleieutdanning*, Oslo, Universitetsforlaget.
- CICOUREL, A. V. 1981. *Notes on integration of micro- and macro-levels of analysis*. In: KNORR-CETINA, K. AND CICOUREL, A. (eds.) *Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro- and macrosociologies*. Boston, London & Henley: Routhledge & Kegan Paul.
- COHEN, L. ET AL. 2008. *Research methods in Education*, London and New York, Routhledge.
- CORSARO, W. A. 1981. *Ethnography and language in Educational Settings*, USA, Ablex Publishing Corporation.
- CROLL, P. 1986. *Systematic Classroom Observation*. , London and Philadelphia. The Falmer Press.
- CROXON, L. & MAGINNIS, C. 2009. *Evaluation of clinical teaching models for nursing practice*. *Nurse Education in Practice*, 9, 236-243.
- DAHL, H. M. 2005. *Fra en klassisk til en (post?)moderne opfattelse af professioner?* In: ERIKSEN, T. R. OG JØRGENSEN, A. M. (ed.) *Professionsidentitet i forandring*. København, Akademisk Forlag.
- DANIELSEN, M. OG HELLESHØJ, H. 1998. *Nyt kursus for praktikvejledere*. *Sygeplejersken*, 33.
- DANSK SYGEPLEJERÅD. 1993. *Aftale vedrørende studerendes forhold under praktikuddannelsen til sygeplejerske*. København.
- DANSK, SYGEPLEJERÅD 2004. *De Sygeplejeetiske Retningslinier* [Online]. København, Dansk Sygeplejeråd. [Accessed 20.4.2011].
- DREYFUS, H. OG DREYFUS, S. 1991. *Intuitiv ekspertise: den bristede drøm om tænkende maskiner*. København, Munksgaard.
- DURKHEIM, É. 1972. *Den sociologiske metode*, Fremads Samfundsvidenskabelige serie.
- ELZINGA, A. 1989. *Kunskapsanalys och klassanalys - med fokus på omvårdnadsforskning*. In: SELANDER, S. (ed.) *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap*. Lund, Studentlitteratur.

- EMERSON, R. ET AL. 1995. *Writing Ethnographic Fieldnotes*, Chicago and London, The University of Chicago Press.
- ERIKSEN, T. R. 1995. *Omsorg i forandring*, København, Munksgaard.
- ERIKSEN, T. R. 2001. *Omsorgsteori i et kritisk og videnskabsteoretisk perspektiv*. In: *Filosofi, Etik og Videnskabsteori*, København, Akademisk Forlag.
- ERIKSEN, T. R. 2004. *Professionsbacheloruddannelsen. Akademisering: Fup eller fakta?* Dansk Pædagogisk Tidsskrift, 2, 61-73.
- ERIKSEN, T. R. 2005. *Professionsidentitet i forandring - Komparativt perspektiv*. In: TINE RASK ERIKSEN, JØRGENSEN, A.M. (eds.) *Professionsidentitet i forandring*. København: Akademisk Forlag.
- ESPING-ANDERSEN, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Policy Press.
- EVALUERINGSCENTERET 1996. *Sygeplejerskeuddannelsen - Evalueringsrapport*, København.
- FOUCAULT, M. 1977. *Overvågning og straf*, København, Rhodos.
- FOUCAULT, M. 2000 (1963). *Klinikkens fødsel*, København, Hans Reitzels Forlag.
- FRIMODT, V. OG Ravn, K. 1984. *Evaluering af sygeplejerskeuddannelse*, København, Munksgaard.
- GARFINKEL, H. 1989. *Studies in Ethnomethodology*. Boston, Oxford, Polity Press.
- GLASDAM, S. 2001. *Det danske hospitalsvæsens opståen*. In: Petersen, K. A. (ed.) *Praktikker i erhverv og uddannelse*. København: Akademisk Forlag.
- GLASDAM, S. 2001. *Det danske hospitalsvæsens opståen*. In: Petersen, K. A. (ed.) *Praktikker i erhverv og uddannelse*. Akademisk Forlag.
- GLINSVAD, B. 2006. *Det muliges kunst*. In: Frederiksen et al (eds.) *Perspektiver på faglighed*. Århus, Udviklingsinitiativet for Sygeplejerskeuddannelsen i Århus Amt.
- GOODSON, I. 2005. *Learning, Curriculum and Life Politics*, London, Routledge Falmer.
- GOODSON, I. 2007. *Professionel viden. Professionelt liv. Studier af uddannelse og forandring.*, København, Frydenlund.
- GRAMSCI, A. 1972. *Politik og kultur: optegnelser og breve fra fængsle*. Udvalgt af Keld Østerling Nielsen. København, Gyldendals Uglebøger.
- GØTZSCHE, I. OG NYGAARD, K. 1993. *Sygeplejens udvikling og kulturhistoriske baggrund*. København, Nyt Nordisk Forlag.
- HABERMAS, J. 1994. *Teorien om den kommunikative handling*. Aalborg, Aalborg Universitetsforlag.
- HALL, S. 1996. *On Postmodernism and Articulation*. In: MORLEY, D. AND CHEN, K. (ed.) *Critical Dialogues in Cultural Studies*. London and New York, Routledge.
- HALSKOV, G. ET AL. 2008. *Homologier*. In: PETERSEN, K. A. OG HØYEN, M. (ed.) *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu - æresbog til Staf Callewaert*. Danmark, Forlaget Hexis.
- HAMMERSLEY, M., AND ATKINSON, P. 2005. *Ethnography - principles in practice*, London and New York, Routledge.
- HASAGER, U. E. A. 1995. *Metode*. København, Foreningen Stofskifte.



- HASTRUP, K. 1992. *Det antropologiske projekt - om forbløffelse*. København, Nordisk Forlag A/S.HASTRUP, K. & RAMLØV, K. 1989. *Feltarbejde - oplevelse og metode i etnografien*, Danmark, Akademisk Forlag.
- HEDEGAARD LARSEN, B. 2006. *Anerkendelse og krænkelse. En undersøgelse af diskursive kontrolprocedurer i relation til sygeplejerskers bestræbelser på at opnå anerkendelse i det verdslige sygeplejefag som selvstændigt fag*. Viborg, Forlaget PUC.
- HEGGEN, K. 1995. *Sykehuset som klasserom : praksisopplæring i profesjonsutdanninger*, Oslo, Universitetsforlaget.
- HELLESHØJ, H. 2007. *Forholdet mellem teoretisk undervisning og praktik i sygeplejerskeuddannelsen*. Århus, Danmarks Pædagogiske Universitets-skole.
- HENRIKSEN, J. 2009. *Magt, viden og sygepleje - sygeplejestuderendes subjektiveringsprocesser i to kliniske læringsarenaer*, København Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet.
- HJELMAR, U. et al. 2009. *Praktikvejledning på professionsbacheloruddannelserne*. København: AKF, Anvendt Kommunal Forskning.
- HJORT, K. 2002. Videnskabelse. *Social Kritik*, 78/2002.
- HJORT, K. 2004. *Viden som vare? - Om CVU'erne og kvaliteten i og af de professionelles arbejde*. In: HJORT, K. (ed.) *De professionelle - forskning i professioner og professionsuddannelser*. Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.
- HJORT, K. og Weber, K. 2004. *Hvad er værd at vide om professioner?* In: HJORT, K. (ed.) *De professionelle – forskning i professioner og professionsuddannelser*. Frederiksberg. Roskilde Universitetsforlag.
- HJORT, K. 2005. *Professionaliseringen i den offentlige sektor*, Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.
- HJORT, K. 2008. *Moderniseringen af den offentlige sektor*. Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.
- HØJBJERG, K. 2000. *Bingo-bongo-stuegang ! Om observation af det tværfaglige samarbejde mellem læge og sygeplejerske i forbindelse med stuegang på en kirurgisk afdeling*. Eksamensopgave på faget Pædagogisk observation og teori. BA 10. København: Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik. Københavns Universitet.
- HØJBJERG, K. 2003. *Tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser - vilkår og muligheder for sygeplejersken*. Speciale i pædagogik. Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet. København, Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik
- HOLADAY, S. D. & BUCKLEY, K. M. 2008. *Addressing challenges in nursing education: through a clinical instruction model based on a hybrid, inquiry-based learning framework*. *Nursing Education Perspectives*, 29, p 353-358.
- HØY, B. 1999. *Kompetenceprofil af en sygeplejerske som grundlag for autorisation*. Rapport. In: SUNDHEDSSTYRELSEN (ed.) *Høringskonferenceudgave august 1999* ed.
- ILLERIS, K. 2007. *Læring*, Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.
- JACKSON, P. 1988. *Kunsten å undervise*. Oslo, Universitetsforlaget.
- JENSEN, PILEGAARD, T. OG. HASELMANN, S. 2010. *Studerendes vurdering af teori og praksis på professionsbacheloruddannelserne*. In: AKF, ANVENDT KOMMUNAL FORSKNING. (ed.). København.
- JENSEN, T. P. ET AL. 2006. *Sygeplejerskeuddannelsen – de studerendes vurdering og frafald*. København, Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut

- JOHNSEN, M. H. 2003. *Undervisning og læring i praksis*. Ph.d afhandling. Viborg, Forlaget PUC, Viborg Seminaret.
- JØRGENSEN BRANDT, E. 2007. *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje*. Danmark, Forlaget Hexis.
- KEESING, R. M. 1989. *Creating the past: Custom and Identity in the Contemporary Pacific*. The Contemporary Pacific, 1, 19-42.
- KNORR-CETINA, K. 1981. The micro-sociological challenge of macro-sociology: towards a reconstruction of social theory and methodology. In: KNORR-CETINA, K. OG. CICOUREL, A.V. (ed.) *Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro- and macrosociologies*. Boston, London and Henley: Routledge & Kegan Paul.
- KOLLSTAD, M. 1992. *Projekt: Praksisvejleders rolle i sygepleieruddanningen. En analyse af kontaktsygepleiers vejledning*. Lillehammer, Sygepleiehøgskolen i Oppland.
- KRAGELUND, L. 2007. *Uddannelse til professionsbachelor i sygepleje. - En kvalitativ undersøgelse af sygeplejestuderendes læreprocesser under klinisk uddannelse i psykiatri*, København, Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- KREJSLER, J. 2006. *Professionel eller kompetencenomade*. Nordisk Pedagogik, 4/2006, 298 - 308.
- KREJSLER, J. 2009. *Epistemologi, evidensbevægelse og folkesundhed*. In: GLASDAM, S. (ed.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København, Nyt Nordisk Forlag.
- KRISTIANSEN, S. & KROGHSTRUP, H. 1999. *Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetode*, København, Hans Reitzels Forlag.
- KRISTIANSSON, M. R. 2006. *Modus 2 videnproduktion*. DF Revy, Danmarks Forskningsbiblioteksforenings magasin. Februar 2006, s. 18-21.
- KRUSE LJUNGAHL, A. 2009. *Normer og normalisering. Georges Canguilhem i et sundhedspædagogisk perspektiv*. In: CARLSON, M., SIMOVSKA, V. OG JENSEN, B.B. (ed.) *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis*. Aarhus, Aarhus Universitetsforlag.
- KVALE, S. 2001. *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, København Hans Reitzels Forlag.
- LANGE, T. ET AL. 2010. *Studerende på velfærdsuddannelserne på University College Nordjylland*. Aalborg, Region Nordjylland. Kontoret for Uddannelse, kultur og oplevelsesøkonomi.
- LARSEN, J. A. 1995. *Samtalen som interview. At tale om kulturelle artikulationer i Kina*. METODE. Tidsskriftet Antropologi, 31/1995.
- LARSEN, K. 1999. *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider. Et observationsstudie af praktikuddannelse indenfor sygeplejerskeuddannelsen*. København, UCSF, Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning, Rigshospitalet.
- LARSEN, K. 2001. *Med arkitektur som læremester - om praktikuddannelse af sygeplejestuderende*. In: PETERSEN, K. A. (ed.) *Praktikker i erhverv og uddannelse*. Viborg, Danmark: Akademisk.
- LARSEN, K. 2005. *Hospitalsarkitektur og social arkitektur. Om klasser af rum, klasser af mennesker og klasser af tanker*. In: LARSEN, K. (ed.) *Arkitektur, krop og læring*. Hans Reitzels Forlag.
- LARSEN, K. 2007. *Videnskab mellem kontinuitet og brud - hvad siger den historiske epistemologi og kan pædagogik og sociologi lære af den ?* Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur og samfundsvidenskab. Nr 2 Sommer 2007.

- LARSEN, K. 2008. *Sundhedsprofessionernes kamp - hvorfor opretholdes status quo over tid? - om stabiliserende faktorer i det medicinske felt*. In: PETERSEN, K. A. OG. HØYEN, M. (ed.) *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu - æresbog til Staf Callewaert*. Danmark, Forlaget Hexis.
- LARSEN, K. 2009a. *En passende uvidenhed. Om semiprofessions dobbelte læreplan eller jantelov*. Gjallerhorn. Tidsskrift for professionsuddannelserne, 10/2009 s. 42 - 53.
- LARSEN, K. 2009b. *Observationer i et felt. Nogle muligheder og udfordringer*. In: HAMMERSLEV, O. (ed.) *Refleksiv sociologi i praksis*. København, Hans Reitzels Forlag.
- LARSEN, N. S. 2010. *Sygepleje mellem pakker og personer - en mikrosociologisk undersøgelse af relationer mellem vidensformer, som bringes i spil i sygeplejerskens arbejde med rehabilitering og behandling*. Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet.
- LARSEN, S. 1993. *Den videnskabende skole*, Steen Larsens Forlag.
- LAURSEN, P. F. 2004. *Hvad er egentlig pointen ved professioner? - om professioners samfundsmæssige betydning*. In: HJORT, K. (ed.) *De professionelle - forskning i professioner og professionsuddannelser*. Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.
- LAURSEN, E. 2008. *Habitus, mønsterbrud og forventninger til den gode lærer*. In: PETERSEN, K. A. O. M. H. (ed.) *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu - æresbog til Staf Callewaert*. Danmark, Forlaget Hexis.
- LAURSEN, E. 2010. *Coaching, ledelse og selvudvikling i organisationer*. In: LAURSEN, E. ET AL. (ed.) *Coaching og organisationer. Ledelse, magt og læring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- LAUVÅS, P. & HANDAL, G. 1994. *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo, J.W. Cappelens Forlag.
- LAVE, J. 1999 (opr. 1996). *Læring, mesterlære og social praksis*. In: NIELSEN, K. O. K., STEINAR. (ed.) *Mesterlære - Læring som social praksis*. København, Hans Reitzels Forlag A/S.
- LAVE, J. AND WENGER, E. 1991. *Situated learning. Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge, Cambridge University Press.
- LAVE, J. OG. WENGER, E. 2003. *Situeret læring - og andre tekster*. København, Hans Reitzel.
- LINDBERG-SAND, Å. 1996. *Spindeln i klistret. Den kliniska praktikens betydelse för utveckling av yrkeskompetens som sjuksköterske*, Göteborg, Kompendiet, Göteborg.
- LIPSKY, M. 2010. *Street-level democracy: dilemmas of individuals in public services*, New York, Russel Sage Foundation.
- LOFLAND, J. ET AL. 2006. *Analyzing Social Setting. a guide to qualitative observation and analysis. Fourth Edition*. Canada, Thomson. Wadsworth.
- LUHANGA, F. L. ET AL 2010. *The one-to-one relationship: is it really key to an effective preceptorship experience? A review of the literature*. International Journal of Nursing Education Scholarship, 7, 15p.
- LÜTKEN, C. 1906. *Sygeplejesagen*. Tidsskrift for Sygepleje, 6. årgang, april.
- LYNGA, J. 1995. *Pigerne i hvidt*, København, Munksgaard.
- LYNGGAARD, B. K. 2003. *Sygeplejerskeuddannelsen - i skæringspunktet mellem tradition og fornyelse*. Aarhus, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.
- MAALØE, E. 1999. *Case-studier af og om mennesker i organisationer*, København, Akademisk Forlag.

- MALCHAU, S. 1998. *Kærlighed er tjeneste. Søster Benedicte Ramsing - En biografi*. København, Dansk Sygeplejeråd.
- MARROW, C. E. & TATUM, S. 1994. *Student supervision: myth or reality?* Journal of Advanced Nursing, 19, 1247-1255.
- MARTINSEN, K. 1979. *Fra ufaglært fattig sygepleie til profesjonelt yrke: konsekvenser for omsorg*. København, Munksgaard.
- MARTINSEN, K. 1984. *Sygepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1800 – 1905*. Kolbotn, Aschehoug/Tanum-Norli.
- MARTINSEN, K. 1996. *Omsorg, sygepleie og medisin. Historisk filosofiske essays*. Oslo, Tano.
- MATHIESSEN, A. 2005. "Velfærdsprofessionernes" arbejde i det liberaliserede videnssamfund. In: ERIKSEN, T. R. OG. A. M. JØRGENSEN. (ed.) *Professionsidentitet i forandring*. København, Akademisk Forlag.
- MAUSS, M. 2000 (1923). *Gaven. Gaveudvekslingens form og logik i arkaiske samfund*. Danmark, Spektrum.
- MAUSS, M. 2004. *Kropp og person: to essays*, Oslo, Cappelen Akademisk Forlag.
- MCKENNA, L. & WELLARD, S. 2009. *Mothering: An Unacknowledged Aspect of Undergraduate Clinical Teachers' Work in Nursing*. Advances in Health Sciences Education, 14, 275-285.
- MIKKELSEN, H. E. 2007. *Professionshøjskolernes rolle i videndeling*. Uddannelse, Undervisningsministeriets Tidsskrift, 8/2007.
- MILLER, P. 1993. Piaget's Cognitive-stage Theory. *Theories of Developmental Psychology* New York: W.H. Freeman and Company.
- MINISTERIET FOR VIDENSKAB. 2003. *Nye veje mellem forskning og erhverv - fra tanke til faktura*. København: Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling.
- MOOS, L. 2004. *Relationsprofessioner - hvem er de?* In: MOOS, L. et al. (ed.) *Relationsprofessioner - lærere, pædagoger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, socialrådgivere og mellemlidende*. København, Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- MORGAN, D. L. 1997. *Focus Groups as Qualitative Research*, USA, SAGE Publications, Inc.
- MUUSMANN RESEARCH & CONSULTING. 2006. *Samlet analyse af Fremtidens krav til sundhedsprofessionelle*. Undervisningsministeriet, København.
- MYLOV, P. 1998. *Teorier i og om praksis. I: Pædagogik - en grundbog til et fag.*, København, Hans Reitzels Forlag.
- MØRCK, Y. 1995. *Kulturel kompleksitet og empiri-bricolage. Refleksioner over et projekt om etnisk minoritetssundhed og multikulturalisme*. Tidsskriftet ANTROPOLOGI, 31.
- NIELSEN, K. & KVALE, S. 1999. *Mesterlære. Læring som social praksis*. København, Hans Reitzels Forlag.
- NIELSEN, K. & KVALE, S. 2003. *Vandringer i praktikkens læringslandskab*. In: NIELSEN, K. OG. KVALE, S. (ed.) *Praktikkens læringslandskab. At lære gennem arbejde*. København: Akademisk Forlag
- NONAKA, I. & TAKEUCHI, H. 1995. *The Knowledge-creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. New York, Oxford, Oxford University Press.
- NOWOTNY, H. 2005. *The Potential of Transdisciplinarity*. Interdisciplines. A website for interdisciplinary Research. Downloaded 12.9.2009: <http://interdisciplines.org/>.

- NØRHOLM, M. 2008. *Om den sociale og symbolske funktion af uddannelsesevalueringer - konstruktion af et objekt*, København, HEXIS.
- PAHUUS, M. 1998. *Det gode liv. Indføring i livsfilosofi*. København, Gyldendal.
- PANOFSKY, E. & BOURDIEU, P. 2002. *Gotik: Arkitektur, skolastik, habitus*. København, Klim.
- PATON, B. I. 2010. The professional practice knowledge of nurse preceptors. *Journal of Nursing Education*, 49, 143-149.
- PETERSEN, K. A. 1993a. *Den praktiske erkendelse. Forholdet mellem teori og praksis i sygeplejen og sygeplejuddannelsen*, Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet.
- PETERSEN, K. A. 1993b. *At konstruere en teori om sygepleje*. In: RAMHØJ, P. (ed.) *Overvejelser og metoder i sundhedsforskningen*. København, Akademisk Forlag.
- PETERSEN, K. A. 1995. *Ligheder og forskelle i nyere teori om praktikernes erkendelsesgrundlag*. In: PETERSEN, K. A. (ed.) *Praktikteori i sundhedsvidenskab*. Danmark: Akademisk Forlag.
- PETERSEN, K. A. 1996. *Den situationsbundne kundskab - om praktikernes egenlogik*. In: JØRGENSEN, E. B. (ed.) *Sundhedsvidenskabelige praktikker*. København: Akademisk Forlag.
- PETERSEN, K. A. 1997. *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed? Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark*. Ph.d. afhandling, Aarhus, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- PETERSEN, K. A. 2010. *Klinisk betyder empirisk*. Gjallerhorn. Tidsskrift for professionsuddannelser. Risskov: Enhed for professionsforskning VIA UC.
- PLUM, M. 2010. *Dokumenteret faglighed. Analyser af hvordan 'pædagogisk faglighed' produceres gennem læreplanernes dokumentationsteknologi*. Ph.d. afhandling, Institut for Medier, Erkendelse og Formidling, København Københavns Universitet.
- POLANYI, M. 1966. *The Tacit Dimension*. Glouster, Mass. Peter Smith.
- POLANYI, M. 1969. *Knowing and Being*, London, Routledge & Kegan Paul.
- POSSING, B. 1992. *Teser. En historisk biografi og Vilkår, strømninger og skole i dannelsens århundrede*. In: Viljens styrke. Nathalie Zahle - en biografi. København, Gyldendal.
- PRESTBAKMO, R.T. 2006. *A study of the dialogue between supervisor ( nurse ) and student in the training program in nursing*. Vård I Norden. Nursing Science and Research in the Nordic Countries, 26, 36.
- PRIEUR, A. & Sestoft, C. 2006. *Pierre Bourdieu. En introduktion*. Gylling, Hans Reitzels forlag.
- RAMBØLL 2006. *Evaluering af sygeplejerskeuddannelsen*. København, Rektorforsamlingen for Sygeplejerskeuddannelsen.
- RAMBØLL 2010. *Praktik i erhvervsakademi- og professionsbacheloruddannelserne*. København: For Undervisningsministeriet.
- RASMUSSEN, P. 2005. *Professionsprojekt og vidensudvikling - om forskelle i professionsforståelser og professionsstrategier*. In: HJORT, K. (ed.) *De professionelle - forskning i professioner og professionsuddannelser*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.
- RÆDER, H. 1961 (opr. ca. år 380 f. Kr.) *Staten I af Platon*
- SANDHOLM LARSEN, N. 2010. *Sygepleje mellem pakker og personer - en mikrosociologisk undersøgelse af relationer mellem vidensformer, som bringes i spil i sygeplejerskens arbejde med rehabilite-*

*ring og behand-ling*. Ph.d. afhandling, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet

- SAUGSTAD, T. 2001. *Teori og praksis i et aristotelisk perspektiv*. In: PETERSEN, K. A. (ed.) *Praktikker i erhverv og uddannelse*. Viborg, Danmark, Akademisk Forlag.
- SAUGSTAD, T. 2003. *Læring i skole og i praksis*. In: NIELSEN, S. OG KVALE, S. (ed.) *Praktikkens læringslandskab*. København: Akademisk Forlag.
- SCHÖN, D. 2001 (1983). *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus, Forlaget Klim.
- SCHUMANN SCHEEL, L. 2007. *Refleksion og intuitiv didaktik-i-handling - vejledningssamtaler i praksis*, København, Danmarks Pædagogiske Universitet.
- SELANDER, S. 1989. *Kampen om yrkesütvöning, status och kunskap*, Lund, Studenterlitteratur.
- SELANDER, S. 1993. *Professioner och professionalisering*. In: *Lærerprofessionalisme*. (red.). Cederström, John et al. Unge pædagoger.
- SESTOFT, C. 1998. *Ordet fanger. Modernebegrebernes historie*. KRITIK, NR. 136.
- SESTOFT, C. 1999. *Hvad et begreb gör (u)begribeligt. Postmodernisme-begrebets historier*. KRITIK, nr. 139.
- SIEGUMFELT, B. 1995. *Om at bygge skoler, bestemme skrift og varetage hygiejne*. In: PETERSEN, K. A. (ed.) *Praktikteori i sundhedsvidenskab*. Danmark: Forfatterne og Akademisk Forlag.
- SIEGUMFELT, B. 2001. *Skolebygningen som aktör i opdragelsen af den nye generation*. In: PETERSEN, K. A. (ed.) *Praktikker i erhverv og uddannelse - om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker*. Danmark: Akademisk Forlag.
- SIGVALDSEN, B. 1993. *De kvindeligste kvinder*, Århus, Skriftserie fra Danmarks Sygeplejerskehöjskole.
- SILBERBRANDT, H. 2000. *Klinikkens födsel. Information*.
- SIMMEL, G. 1998. *Ekskurs om den fremmede*. In: SIMMEL, G. (ed.) *Hvordan er samfundet muligt? Udvalgte sociologiske skrifter*. København, Samlerens Bogklub.
- SMITH, P. & ALLAN, T. H. 2010. *"We should be able to bear our patients in our teaching in some way": Theoretical perspectives on how nurse teachers manage their emotions to negotiate the split between education and caring practice*. *Nurse Education Today*, 30, 218-223.
- SPOUSE, J. 1996. *The effective mentor: a model for student-centred learning*. *Nursing Times*, 92, 32-35.
- SPRADLEY, J. P. 1979. *The Ethnographic Interview*. USA, Harcourt Brace Jovanivich College Publishers.
- SPRADLEY, J. P. 1980. *Participant observation*. USA, Harcourt Brace Jovanivich College Publishers.
- STEENSEN, J. 2006. *Biographical Interviews in a Critical Realistic Perspective*. *IACR Annual Conference 2006*. University of Tromsö.
- STEENSEN, J. 2009. *Om globaliseringen og dens udfordringer*. In: OLESEN ET AL (ed.) *Individ, institution og samfund - antologi for faget*. Værlöse: Billesöe & Baltzer.
- STENHOLT, B. 2001. *Sygeplejefagets kampe i det medicinske felt*. I: Petersen, K. A., (red): *Praktikker i erhverv og uddannelse*. Danmark, Akademisk Forlag.
- STOCKHAUSEN, L. 2006. *Métier Artistry: revealing reflection-in-action in everyday practice*. *Nurse Education Today*, 26, 54-62.

- SVANHOLM, J. 2008. *Sygeplejefaglig metode: En videnssociologisk analyse på grundlag af en empirisk undersøgelse af sygeplejerskers hverdagsliv*. Aalborg, Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation.
- THUNE, C. 2009. *Praktik i professionsbacheloruddannelser. Udfordringer, erfaringer og gode råd*. København, Danmarks Evalueringsinstitut.
- TSCHERNING, E. A. 1906. *Nogle bemærkninger om sygeplejeuddannelsen*. Tidsskrift for Sygepleje, 6. årgang, april 1906.
- TYLER, R. W. 1977. *Undervisningsplanlægning*. København, Christian Ejlers Forlag.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET 1986. *Bekendtgørelse om den lægevidenskabelige kandidatuddannelse*. BEK 514 af 28. juli 1986. København, Undervisningsministeriet.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET. 1989. Perspektivudvalget vedr. fremtidens social- og sundhedsuddannelser: *Rammer for Fremtidens Bistands- Pleje- og omsorgsuddannelser. "Betænkning nr. 1180"*.
- UNDERVISNINGS- OG FORSKNINGSMINISTERIET. 1990. *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelse*. nr 143 af 2. marts 1990, København.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET. *Det 21. århundredes uddannelsesinstitutioner*, København, 1998.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET 2000. *Lov om mellemlange videregående uddannelser Lov nr. 481 af 31.05.2000*. København.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET 2001a. *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor BEK nr 113 af 19/02/2001*. København
- UNDERVISNINGSMINISTERIET. 2001b. *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen*. BEK nr 232 af 30/03/2001. København.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET 2002. *Bekendtgørelse om uddannelse af kliniske vejledere til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser*. BEK nr 497 af 20/06/2002. København.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET 2006a. *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor som sygeplejerske*. Bek nr 1095 af 07/11/2006, København.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET. 2006b. *Anbefalinger til en revision af sygeplejerskeuddannelsen*. Kommisorium for udvalg af revision af sygeplejerskeuddannelsen, 7. september 2006. København.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET. 2007. *Lov om professionshøjskoler for videregående uddannelser*. Lov nr 562 af 06/06/2007. København.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET. 2008. *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje*. BEK nr 29 af 24/01/2008. København.
- UNDERVISNINGSMINISTERIET. 2008. Lov nr 207 af 31/03/2008. *Lov om erhvervsakademiuddannelser og professionsbacheloruddannelser*. København.
- VALLGÅRDA, S. 1985. *Sjukhus och fattigpolitik - et bidrag til det danska sjukhusens historia 1775 - 1880*. København, Institut for Socialmedicin, Københavns Universitet.
- VEDUNG, E. 1997. *Public Policy and Program Evaluation*, New Brunswick, Transaction Publishers.
- VINGE, S. 2010. *Fremtidens plejeopgaver i sygehusvæsenet*. Dansk Sundhedsinstitut, København.
- VOIGHT, J. R. 2007. *En ny kontekst for læring i hospitalspraksis - læringsmiljøets organisering og betydning: en kvalitativ undersøgelse af læringsmiljøet på to hospitalsafsnit og dets betydning for sygeplejestuderendes læreprocesser*. København, Learning Lab Denmark. Doctoral School of Organisational Learning, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.

- WACHERHAUSEN, S. 1990. *Sundhedsfag i krise. Bemærkninger til de sidste 10-15 års udvikling i sundhedsfagene*. In: JENSEN, T. (ed.) *Grundlagsproblemer i sygepleje*. Aarhus, Philosophia.
- WACHERHAUSEN, S. & WACHERHAUSEN, B. 1993. *Tavs viden og pædagogik*. Dansk Pædagogisk Tidsskrift, 4, 190-201.
- WADEL, C. 1991. *Feltarbejd i egen kultur. En indføring i kvalitativt oreintert samfunnsforskning*. Flekkefjord, Seek A/S.
- WEBER, K. 2004. *Videnskab eller hverdagsbevidsthed - et kritisk blik på professions(selv)forståelser*. In: HJORT, K. (ed.) *De professionelle - forskning i professioner og professionsuddannelser*. Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.
- WINTER, S. OG VIBEKE LEHMANN NIELSEN 2008. *Implementering af politik*. Danmark, Academica.
- WRIGHT, S. 2009. *What counts? - The skewing effects of research assessments systems*. *Nordic Studies in Education*, Special.
- WULFF, H. O. GÖTZSCHE P. C. 2007. *Rationel klinik: evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger*. København, Munksgaard.
- YIN, R. K. 2009. *Case Study Research. Design and Methods. Fourth Edition*, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC., Sage.
- ØSTERGAARD, S. 1989. *Sygeplejerskegrunduddannelsen i Danmark 1863 - 1979*, Næstved, Gruppen Kon-tekst.



## 11. Resumé

Afhandlingen undersøger, hvordan den kliniske vejleders undervisningspraksis får udtryk i praktikuddannelse, og hvilken funktion et øget fokus på praktikuddannelse i uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje har. Gennem en Bourdieu-inspireret analyseramme og perspektiver hentet fra Abbotts teori om professionssystemer, og gennem etnografisk inspirerede observationsstudier, interviews og samtaler og diverse tekstmateriale undersøges, hvordan undervisning markeres af fagets legitime formidlere, de kliniske vejledere, på to forskellige hospitalsafsnit. Fire kliniske vejledere følges, to erfarne og to sygeplejersker både før, under og efter de har gennemgået deres kliniske vejlederuddannelse.

Afhandlingen er bygget op om tre analysedimensioner inspireret af Bourdieus tænkning om objektkonstruktioner. **I den første dimension** analyseres opkomsten af klinisk undervisning ud fra tre historiske nedslag i tidligere forskning om sygeplejens historiske udvikling og udvalgte kilder. Analysen viser, at opkomst og fremvækst af klinisk undervisning må ses i lyset af sygeplejerskefaggruppens bestræbelser på at opnå større autonomi, eftersom både sygeplejefag og -uddannelse på lægeprofessionens foranledning blev etableret med det formål at styrke lægens medicinske klinik. I bestræbelserne på at etablere egen vidensbase har kampen om at udskille undervisning fra sygeplejerskearbejde har været en del af en professionsstrategi, siden uddannelsen blev etableret. Gennem bestræbelserne har gruppen af sygeplejersker kollektivt inkorporeret forskellige tilbageslag. Specielt har sygeplejerskernes forsøg på at placere sygeplejerskeuddannelsen i mere akademiske rammer formet særlige dispositioner for at forhandle og gen-forhandle. Med den samlede kritik af sygeplejerskeuddannelsen, der kulminerede senest i 2006, har staten yderligere øget sit fokus på praktisk undervisning, hvilket i et sociologisk perspektiv kan ses som et forsøg på etablere en social orden, hvor de mellemrange videregående uddannelser holdes på midtersporet.

I afhandlingens **anden analysedimension** fokuseres på de idealer, krav og normer for pædagogisk praksis, som den kliniske vejleder forholder sig til på klinisk vejlederuddannelse. Der fremanalyseres tre centrale pædagogiske forholdemåder, som den kliniske vejleder forventes at bære med sig ind i sin undervisningspraksis: 1. "Nødvendigheden" af at lægge undervisningen til rette, så den studerende tager ansvar for egen læring. 2. "Nødvendigheden" af at kunne "koble teori på". 3. "Nødvendigheden" af at den kliniske vejleder behersker pædagogiske teknologier som refleksion og spørgeteknikker.

I afhandlingens **tredje analysedimension** fremanalyseres konkrete undervisningspraktikker. De empiriske kategorier udgøres af arbejdsdeling og grænsedragningsprocesser, og den måde professionens videnssystemer bringes i spil på, når den kliniske vejleder praktiserer undervisning. Herved fremanalyseres den jurisdiktion, som den kliniske vejleder i en institutionel sammenhæng gør krav på. Udgangspunktet for analyserne er mikroperspektiver, hvor de institutionelle og inter-individuelle empiriske kategorier bindes sammen med makrosociologiske strukturers inkorporering.

De tre pædagogiske forholdemåder fra klinisk vejlederuddannelse genfindes i den kliniske vejleders undervisningspraksis, eftersom de udgår fra samme faggruppes dispositioner. Men

som undervisningspraksis konfigureres de som *formaliserings-hybrider*, eftersom bestræbelserne på at formalisere opblandes med både de institutionelle betingelser og de fælles fagdispositioner.

De pædagogiske konsekvenser af *formaliseringshybriderne* er, at der er en tendens til, at abstrakt, teoretisk og biomedicinsk viden er den dominerende refleksionsviden, der bringes i spil i undervisningspraktikkerne, der samtidig orienterer sig mod en skolelogik.

Når det kommer til den kliniske vejleders akademiske kompetencer i anvendelsen af såkaldt forskningsbaseret viden, fremstår de qua de fællesfaglige dispositioner og den praktiske forankring mindre skarpt. Herved risikerer den praktiske viden at blive underspillet. Praktikuddannelsens iboende kvaliteter, dvs. handlingsaspektet i relation til de foranderlige og flertydige situationer i praksis, gøres kun indirekte til genstand for undervisning. Der synes imidlertid at ligge et miskendt undervisningspotentiale i, at den kliniske vejleder italesætter sine overvejelser over praksishandlinger, hvorved det er muligt at vise sine relevansvurderinger frem. Uanset den kliniske vejleders mellemkomst foregår der imidlertid hos den studerende en inkorporering af vurderingsmatricer fra en række andre konkurrerende læremestre.

En vigtig markør for en undervisningspraksis er planlægning. At følge den individuelle studieplan fordrer oversættelseskompetencer hos den studerende, men som novice indenfor både professionen abstrakt, akademiske og praktiske videnssystem er det vanskeligt for den studerende at oversætte mellem videnssystemerne. Eftersom den studerende forventes at tage ansvar for egen læring, ender hun således med også at måtte tage ansvar for denne iboende modsætning. Plan og indhold af klinisk undervisning afgøres ikke af den individuelle studieplan men i højere grad af hospitalets krav om *flow og drev* og af den kliniske vejleders kropsliggjorte orienteringer af, hvad der anses for mest værdifuldt at beskæftige sig med i den medicinske klinik. Men også af den kliniske vejleders fundamentale erfaringer med livsglæde, begejstring og drama om liv og død.

Historisk set har den kliniske vejleder dispositioner for at ordne og forvalte. Først og fremmest lægens klinik, dernæst undervisningsinstitutionens abstrakt, akademiske videnssystem. Og nu også statens neo-liberale styringslogik som hun forvalter til gengæld for at opnå kontrol med egen jurisdiktion. Herved opstår alliancer mellem neo-liberale styringslogiker og den dominerende viden indenfor uddannelsesfeltet (akademia) og det medicinske felt (diagnose og behandlingsrelateret biomedicinsk viden).

Undersøgelsen viser, professionspædagogiske praksisformer, her i skikkelse af den såkaldte kliniske undervisning, opstår i relationer af over- og underordning men også i forhandlingsprægede konkurrencerelationer i et rum af sameksistens i krydsfeltet mellem national og international styringslogik, pædagogiske intentioner, en faggruppes professionsbestræbelser, den institutionelle kontekst og den sociale funktion af praktisk undervisning.

## 12. Abstract

This thesis examines how the clinical teacher's teaching practice is formed in practical education and what is the function of an increased focus on practical education in the Bachelor in Science of Nursing. Within a Bourdieu-inspired analytical frame and perspectives from Abbott's theory of *system of professionals* and by ethnographically inspired observation studies, interviews, dialogues and different text material it is examined how the legitimate mediators of the profession, the clinical teachers, demonstrate teaching in two different hospital wards in Denmark.

Four clinical teachers are followed, two experienced and two nurses are followed before, during and after they have conducted their clinical teacher-education.

The thesis is organized in three dimensions of analysis. **The first dimension** analyses the emergence of clinical education. Three historic points of reference are made in previous historic research and sources. The analysis shows that the emergence of clinical teaching must be seen in the light of a professions's endeavour to get more autonomy since both nursing and nurse education were established on the doctor profession's initiative to strengthen the doctor's medical clinic. Struggling to establish own base of knowledge the fight to distinguish between education and work has been a significant profession strategy ever since the education was established. Through the fights the group of nurses has collectively incorporated the set-backs. Especially the attempts to place the nurse education in more academic frames have shaped dispositions to negotiate and re-negotiate. The recent criticism of nurse education in 2006 has increased state focus on practical education. In a sociological perspective it can be seen as an attempt to bring back social order and keeping the middle range educations on the middle track.

**The second analysis dimension** focuses on the ideals, demands and norms of teaching practice which the clinical teachers relate to at clinical teachers education. Three central educational approaches emerge: 1. The 'need' to organize clinical teaching so that the student will take responsibility for her own education. 2. The 'need' to connect theory to practice. 3. The 'need' to master educational technologies such as reflection and questioning techniques.

**The third analysis dimension** analyses specific teaching practices. The empirical categories are composed by division of labor, the boundary setting processes and the way the professional knowledge is brought into play when the clinical teacher is practicing teaching. Hereby the clinical teachers' claim of jurisdiction in the institutional setting is analysed. Microperspectives are the starting point for the analysis where the institutional and inter-individual empirical categories are linked together with embodied macrosociological structures.

The study shows the same educational approaches from the clinical teacher education in the clinical teacher's teaching practices since they derive from the same profession's disposi-

tions. But as practices they are configured as *formalization – hybrids*, as to the efforts to formalize meet both institutional conditions and profession dispositions.

The pedagogical consequence is that abstract, theoretical and mainly bio-medical knowledge is the dominant reflection knowledge brought into play in increasingly school oriented teaching practices. Due to the collective profession dispositions and the practical setting the clinical teachers academic competences when it comes to so called research based knowledge are less sharp. Consequently the practical knowledge is at risk of being underestimated. The immanent qualities of practice, i.e. knowledge of action in relation to changeable and unclear situations, are only indirectly subject to teaching. However there seems to be an unreleased potential for teaching when the clinical teacher expresses her considerations on acting and shows her judgment of relevance. Regardless the clinical teacher's intervention, however valuation is incorporated from other competing 'teachers'.

An important teaching practice includes planning. Planning and following the individual study plan requires the student's translation skills but as a novice in both the profession's abstract and practical system of knowledge it is difficult for the student to translate. Since the student is supposed to take responsibility of her own education, she is held responsible for the intrinsic difficulties with writing up the plan. Plan and content of clinical teaching is not determined by the individual study plan but rather by the *flow and drive* at the hospital ward and the clinical teacher's embodied orientations of what is considered most valuable within the medical clinic. However profound experiences with joy of life, enthusiasm and drama about life and death also orient her planning when possible.

In a historical perspective it seems as if the clinical teacher/the nurse has dispositions to put in order and to manage. First and foremost the doctor's medical clinic. Subsequently the educational institution's system of abstract, academic knowledge. And now apparently the governmental neo-liberal regulation logics in return for obtaining control with own jurisdiction. Hereby alliances seem to emerge between neo-liberal governance and the dominant knowledge within the field of education (academia) and the medical field (diagnose and treatment related biomedical knowledge).

The investigation shows that profession pedagogical practices – here formatted as clinical teaching emerge in relations of dominance and subordination but also in more negotiable relations of competition in a space of co-existence in the intersection of national and international logic of governance, educational intentions, professional ambitions, the institutional context and the social function of practical education.

## **13. Bilagsfortegnelse (er samlet på CD)**

Bilag 1.

Bekræftelse fra Sekretariatet for Den Videnskabetiske Komité for Nordjylland på, at projektet ikke skal anmeldes til det videnskabetiske komité-system

Bilag 2.

Brev til hospitalsafsnittene om forespørgsel om deltagelse

Bilag 3.

Brev om projekt og samtykke til de studerende på klinisk vejlederuddannelse

Bilag 4.

Informeret samtykke de kliniske vejledere afsnit 1

Bilag 5.

Informeret samtykke de kliniske vejledere afsnit 2

Bilag 6.

Interviewguide afdelingssygeplejerske

Bilag 7.

Interviewguide undervisningsansvarlig sygeplejerske

Bilag 8.

Interviewguide sygeplejestuderende

Bilag 9.

Interviewguide klinisk vejleder

Bilag 10.

Interviewguide med NY-slået klinisk vejleder

Bilag 11.

Interviewguide EFTER første hånd med nye studerende

Bilag 12.

Opgørelse over uddannede kliniske vejledere fra UC Danmark siden uddannelsens start 2002

Bilag 13.

Beskrivelse af de 9 trin i PBL-læringsmodel, Klinisk vejlederuddannelse, UC Danmark

Bilag 14.

Uddannelsesinstitutionens beskrivelse af fordeling af ansvar i det kliniske undervisningsforløb

Bilag 15.

Uddannelsesorganisation indenfor sygeplejerskeuddannelsen, Sygehus Danmark

Bilag 16.  
Oversigt over hospitalsafsnit 1

Bilag 17.  
Eksempel på individuel klinisk studieplan fra 4. modul studerende

Bilag 18.  
Observationsnoter

Bilag 19.  
Interviewudskrifter