

LIV-BERIT KNUDSEN

«Æ har nokka å fortell»

Å arbeide med studentenes
egne yrkesfortellinger



FOTO: BJØRN FOSSLI JOHANSEN

Høgskolen i Tromsø
EUREKA FORLAG



LIV-BERIT KNUDSEN

«Æ har nokka å fortell»

Å arbeide med studentenes
egne yrkesfortellinger

Høgskolen i Tromsø

EUREKA 4/2001

Tidligere utgivelser på Eureka Forlag:

1/2001 Marianne Aars og Nina Emaus: *Læring gjennom praksisfeltet. Evaluering av en-dag-i-uka-praksis ved Fysioterapeututdanningen i Tromsø.* 68 sider, kr.80,-

2/2001 Jorun Høier Kjølås: *Språk- og kommunikasjonsvansker. Språkvitenskapelig tenkning i det spesialpedagogiske fagfeltet.* 164 sider, kr.180,-

3/2001 Mia Lervik: *Hus og stil. En guidet og interaktiv tur gjennom noen sentrale stilarter (CD).* Kr. 170,-

1. opplag 2001

Utgiver: Eureka Forlag, Høgskolen i Tromsø

adr: Mellomv. 110, 9293 Tromsø

Sentralbord: 77 66 03 00

Telefaks: 77 68 99 56

E-post: eureka@hitos.no

<http://www.hitos.no>

Layout: Lundblad Media AS, Tromsø

Omslagdesign: Lundblad Media AS, Tromsø

Trykk: Lundblad Media AS, Tromsø

Eureka nr 4/2001

ISBN 82-7389-039-2

ISSN 0806-8356

Forord

Rapporten omhandler hvordan studenter og yrkesutøvere kan arbeide med sykepleiefaget ved å bruke egne «yrkesfortellinger». Temaet kan også ha relevans for andre yrkesfaglige utdanninger i tilegnelse av yrkets kunnskap. Tittelen er tvetydig, og det er meningen. Den henspiller på at studenter har noe å fortelle hverandre og oss som lærere. I tillegg har jeg noe å fortelle. Rapporten skrives på bakgrunn av yrkeserfaringer som sykepleier, lærer i høgskolen og studier i sykepleie. Rapporten er skrevet på bakgrunn av et Fou-arbeid ved Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag - Videreutdanningen i eldreomsorg.

Formålet med Videreutdanningen i eldreomsorg er å høyne kvaliteten på helsetilbudet til eldre. Studiet skal kvalifisere sykepleiere til å ha faglig ansvar for helsetilbudet til eldre innen sitt fagområde - i og utenom institusjon - og å kvalifisere for utviklingsarbeid. Gjennom studiet skal studenten utvikle kompetanse som innebærer forståelse for eldres livssituasjon og levevilkår, innsikt i sykepleiefagets muligheter og begrensninger med hensyn til helsetjeneste til eldre, ferdigheter til å tilpasse sykepleiefaglige metoder til forebyggende arbeid, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg (Studieplanen 1995).

Utdanningen er et deltidsstudium på 20 vekttall, som gjennomføres i løpet av to år. Studiet består av fire studieenheter (moduler) som representerer fire hovedtema med undertema. Enhetene følger hverandre i en logisk rekkefølge og består både av teoretiske- og praktiske studier. Undervisningen foregår som studiesamlinger av en ukes varighet ved høgskolen og lokale gruppesamlinger i regionen studentene tilhører. Utdanningen legger vekt på aktiv studiedeltaking i ulike grupper, organisert regionalt eller relatert til studiesamlinger ved høgskolen.

Denne rapporten er et resultat av egne refleksjoner over og erfaringer med bruk av studentenes egne fortellinger i undervisningen. På denne bakgrunn, en takk til studentene på kull 9 – 1996 og kull 10 - 1997, som var positive til å arbeide med «yrkesfortellinger» i undervisningen. De har tillatt å anvende fortellinger brukt i undervisningen og beskrive mine erfaringer. En spesiell takk til studentene Tove Svea og Hilde Storum for sine bidrag. Videre en takk til min kollega Toril Agnete Larsen som har deltatt i planlegging og gjennomføring av tilrettelegging for læring hvor fortellinger har inngått. Til sist en takk til Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag, som har lagt forholdene til rette slik at skrivearbeidet har vært mulig.

Tromsø, juni 2001

Liv - Berit Knudsen

Sammendrag

Denne rapporten handler om hvordan studenter og yrkesutøvere kan arbeide med sykepleiefaget ved å bruke egne "yrkesfortellinger". Rapporten belyser hvordan arbeidsformen er brukt ved Høgskolen i Tromsø, Avdeling for helsefag, Videreutdanningen i eldreomsorg, og mine erfaringer og refleksjoner relatert til dette. Arbeidsformen kan også ha relevans for andre yrkesfaglige utdanninger.

I rapporten drøftes: Hvilken kunnskap er nødvendig for å bli en dyktig sykepleier? Hvilken form og hvilket språk gjør det mulig å artikulere ulike sider ved sykepleiekunnskap og fagets egenart, samtidig som en ivaretar studentens kunnskap og erfaringer? Hvordan gjøre studentenes erfaringer og kunnskapen verdifull og tilgjengelige for studenten selv og medstudenter ved bruk av fortellingen?

Framgangsmåten innebærer å beskrive og reflektere over spørsmålstillingene med utgangspunkt i egne erfaringer og kunnskap. I første del av rapporten beskriver jeg situasjoner hvor ulike tilnæringsmåter inngår som fortellingen og eksakte gjengivelse av fakta. Tilnæringsmåtene har jeg møtt både privat og i skolesituasjoner.

I andre del av rapporten går jeg over til å se på hvilket sykepleieideal og kunnskapsbegrep mine erfaringer representerer. To sykepleieideal og kunnskapsbegrep settes opp mot hverandre. Det argumenteres for at for å bli en dyktig sykepleier trengs ulike former for kunnskap både påstands-, ferdighets-, og fortrolighetskunnskap. I den senere tid har fortellende viten også fått status som kunnskap. Denne kunnskapsformen er komplementær til de andre kunnskapsformene.

Å bruke fortellinger er en tradisjonelt formidlingsform i sykepleie. Å fortelle om sine yrkeserfaringer skaper orden og mening i ens erfaringer. Rapporten viser hvordan det kan arbeides med denne type viten i en yrkesutdanning.

Mitt utgangspunkt for å bruke yrkesfortellinger er at studenten og yrkesutøverne dyktiggjør seg ved refleksjon relatert til konkrete situasjoner. Når studentene kommer til videreutdanningen har de allerede en fagidentitet. Målet er å videreutvikle denne ved å styrke de sterke sidene, kompensere for de svake og bidra med ny kunnskap. Gjennom forbilledlige fortellinger kan en "fortelle fram" det mangetydige og mangfoldige. I tråd med Martinsen (1996) mener jeg at fortellingens styrke først og fremst å reflektere over det som gikk galt, og at en åpent møter de utfordringer og problemer som en møter i pleiesituasjon.

I rapporten presenteres fire «bilder» fra ulike læringssekvenser hvor studentfortellinger inngår. Disse knyttes det refleksjoner til, eksempelvis; hvordan kan fortellingen brukes? Hva kan læres ved å bruke fortellingene? Videre, noen forutsetninger som må være tilstede for at fortellingen kan brukes og de utfordringer læreren står overfor ved bruk av tilnæringsmåten. Til sist noen "advarsler" ved bruk av fortellingen i undervisningen.

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
1.0. INNLEDNING	6
2.0. YTTERPUNKTER, FRA "NATURMETODEN" TIL EKSAKT GJENGIVELSE AV FAKTA	7
3.0. ULIKE KUNNSKAPSBEGREPER - FORM OG INNHOLD TO SIDER AV SAMME SAK?	9
3.1. TRADISJONELL SYKEPLEIE.....	9
3.2. TEORETISK SYKEPLEIE	12
3.3. PÅSTANDSKUNNSKAP OG KUNNSKAP TILEGNET GJENNOM ERFARING	14
3.4. PENDELEN SNUR	17
3.5. UTGANGSPUNKT FOR LÆRING OG LÆRINGSAKTIVITETER	18
4.0. BILDER FRA LÆRINGSSEKVENSER	19
4.1. BILDER.....	19
4.1.1. <i>Bilde 1 - Å assosiere til «fortellingen»</i>	20
4.1.2. <i>Bilde 2 - Fortelling som utgangspunkt for diskusjon</i>	21
4.1.3. <i>Bilde 3 - Fortellingen planlagt inn i den tilrettelagte læringen</i> ...	22
4.1.4. <i>Bilde 4 - Arbeid med fortellingen i læringsgruppe - påfølgende analyse og miniforelesning i klassen</i>	26
4.2. EGNE REFLEKSJONER	26
LITTERATURLISTE	33

1.0. Innledning

I studieplanen (1995) skisseres vårt ansvar og plikter som utdanningsinstitusjon. Vi skal velge arbeids- og studieformer som fremmer studentenes faglige, så vel som personlige vekst og modning. Oppsummert skal studenten gis mulighet til å prøve ut ny kunnskap og forståelse og koble denne sammen med tidligere erfaringer på en konstruktiv måte, slik at kunnskapen blir meningsfull og anvendbar for den enkelte sykepleier i teoretisk og praktisk arbeid. Tilsvarende formuleringer finner en igjen i festtaler og planer for høgskolevirksomhet. Men hva betyr meningsinnholdet, og hvordan kan det omformes til praktisk handling? For meg er ikke meningsinnholdet så entydig og klart som det engang var. Hva skal læres, hvorfor og hvordan? For det første er jeg blitt oppmerksom på at en operer med flere kunnskapsbegreper i det sykepleiefaglige miljøet som påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap, taus kunnskap osv. Det er heller ikke tatt stilling til hvilke(t) kunnskapsbegrep som skal ha forrang (Kirkevold 1993). På denne bakgrunn kan en stille spørsmålet om hvilke kunnskapsbegrep(er) som er anvendbar for den enkelte sykepleier i teoretisk og praktisk arbeid? Dernest er spørsmålet om hvordan mennesket best tilegner seg kunnskap og viten i seg selv et vanskelig spørsmål. Kirkevold (1993) hevder sågar at det er et av de vanskeligste spørsmål i filosofien.

For oss som skal utdanne og videreutdanne sykepleiere er det ikke bare et filosofisk, men også et praktisk spørsmål. Gjennom min utvelgelse av kunnskapsstoff og måte å tilrettelegge for læring kommer mitt syn på kunnskap og kunnskapstilegnelse til uttrykk. Hvilken type kunnskap mener jeg er nødvendig for å bli en dyktig sykepleier? Etter mitt skjønn handler det ikke bare om å gi studentene innblikk i mer kunnskap som de skal prøve ut, men også tid og rom til undring og refleksjon over egen og andres kunnskaper og erfaringer. Flere spørsmål blir påtrengende: Hvilken form og hvilket språk gjør det mulig å artikulere ulike sider ved sykepleiekunnskap og fagets egenart, samtidig som en ivaretar studentenes kunnskap og erfaringer? Hvordan gjøre studentenes erfaringer og kunnskaper verdifulle og tilgjengelig for dem selv og deres medstudenter? Jeg hadde en forestilling om at fortellingen kunne være en form som egnet seg til å arbeide med sykepleie og sykepleiekunnskap både i klasserommet og i praksisfeltet. Kunne den få fram undring og ettertenksomhet hos studenter og lærere? Jeg har alltid brukt egne fortellinger i undervisningen. I møte med studenter på videreutdanningen som både hadde et «hav» av erfaringer, kunnskaper og identitet som sykepleiere, ble det viktig å få fram studentenes egne kunnskaper og erfaringer gjennom deres fortellinger.

Dette var bakgrunnen for å benytte studentenes «yrkesfortellinger» i klasserommet. Første del av rapporten sier noe om mine erfaringer med

fortellingen både privat og i skolesituasjonen. I andre del går jeg over til å se på sykepleieidealene og de kunnskapsbegrep de representerer. Deretter presenterer jeg «bilder» fra ulike læringssekvenser hvor studentfortellinger inngår. Til sist reflekter jeg over å bruke fortellinger i undervisningen.

2.0. Ytterpunkter, fra «naturmetoden» til eksakt gjengivelse av fakta

Jeg vokste opp i en kystkultur. Der ble fortellingen tatt for gitt, og vi ble først oppmerksomme når den manglet. Fortellingen var levende i det daglige arbeidet og når bygdefolket var samlet til dugnad. Fortellingene var også sentrale i livets ulike begivenheter som barnedåp, bryllup eller begravelser og i organisasjonsmøter og foreningsvirksomhet.

Som barn fengslet fortellingene meg. Fortellingenes tema vekslet mellom de dramatiske og hverdagslige hendelsene. Historiene bygde på erfarte situasjoner som fortelleren rekonstruert og tolket. Ofte fortalte han¹ om konfliktfylte og vanskelige situasjoner. Selv likte jeg best fiskerens eller fødselshjelperens beretninger fra livets ytterpunkter, som inneholdt elementer av dramatik. I fortellingen kunne fiskeren fengsle tilhørerne med en følelsesladet beretning, og gjennom fortellingen kunne han gi uttrykk for en sinnsstemning eller sansing. Når han fortalte om hendelser på sjøen, som forlis eller når storkveita skulle berges, ga han plass til overveielser underveis og til å bruke egne og tilhørernes fantasi og oppfinnsomhet. Hendelsene var mangetydige. Tilhørerne visste sjelden hvilken vending fortellingen tok. Dette viste seg når fiskeren fant muligheter eller løsninger der det for tilhøreren ingen muligheter var. I fortellingen ble også hans livshistorie vevd inn, både erfaringer som hadde betydd noe forut for hendelsen, og de konsekvenser den hadde fått for hans livsførsel.

Fortelleren ga handlingshorisont og spillerom for fantasien og kreativiteten. Leveregelen var; bruk vettet ditt, tenk etter, vurder, bruk skjønn! Slik fikk vi unger bilder av den "dyktige eller gode fisker" eller "fødselshjelper" som hadde tilegnet seg mer livsvisdom enn andre. Gjennom fortellingen og ved å delta i de voksnes arbeidsfellesskap ble vi ungene ført inn i de voksnes verden, deres liv og arbeid. Slik fikk vi del i fortelleren og generasjoners erfaringer, kunnskap og livsvisdom. Fortellingen var en form som var naturlig når en skulle formidle praktisk yrkeserfaring eller erfarings-

1 Fortelleren benevnes som han, men kan like gjerne være en kvinne.

kunnskap². Fortellingene krydret tilværelsen, ga farge, glede og innhold i livet.

I barneskolen var fortellingen en naturlig del av formidlingen i alle fag. Senere i livet har fortellingen hatt ulik betydningen alt etter hvilken kultur jeg har vært en del av. Mitt første skjellsettende møte med en kultur som krevde eksakt gjengivelse av fakta, kan illustreres med en episode fra realskolen. I en time, jeg tror det var biologi, stilte læreren meg et spørsmål. Jeg husker verken spørsmål eller svar - men måten jeg ble møtt på av læreren. Jeg skulle besvare et faktaspørsmål, hvor jeg innledet med å si: *"Jeg tror at det er slik og slik"*, og så ga jeg en lengre utlegning som svar på lærerens spørsmål. *"Her handler det ikke om din tro, men om viten. Vet du det er slik, eller hva? Hva er riktig svar? Tro har med religion å gjøre, det hører ikke hjemme her, det er privat"* tordnet læreren. Til tross for at svaret var riktig, ble jeg gjort oppmerksom på at i formidlingen av denne type kunnskap kreves en eksakt gjengivelse av fakta uten skjønn og egne vurderinger. Min form var for upresis, jeg brukte fortelleren sine termer som innebar å gjengi med forbehold.

Fra jeg kom inn i pleiearbeidet og etter hvert begynte på sykepleieskolen i 1969 har jeg med meg "bilder," som for meg utgjør "god sykepleie". Bildene rommet både omsorg, pleie og organisering slik at den "gode pleien" kunne realiseres. Den "gode sykepleien" var knyttet til noen sykepleiere sin måte å uttrykke, utøve og organisere sykepleie på. Vi elevene så forskjellen fra de andre pleierne når søster Marta og Marianne gikk inn og stelte pasientene, ledet rapporten og fordelte arbeidet. Hva forskjellen bestod i var vanskelig å sette ord på, men forskjellen ble oppfattet som noe positivt som bidro til at vi ville ligne disse sykepleierne. Gjennom måten å utøve sykepleie på og deres fortellinger uttrykte de et ideal som innebar å handle til pasientens beste, ut fra en lydhørhet overfor pasienten og hans problemer. At dette var idealet, var vi aldri i tvil om, fordi ansvarsfølelsen kom til uttrykk i det daglige arbeidet.

Her møtte jeg «fortellingen» eller «pleieberetningen» som en naturlig del av rapportene og pleiehverdagen. Sykepleierne fortalte det de så i møtet med pasienten og som ga en spesiell betydning for dem. Fortellingen «levde» også på internatet og der vi elever møtte eldre elever eller søstre. På sykepleieskolen møtte vi dem som pleieberetninger. Pleieberetningene handlet om det som hadde skjedd i et pleieforløp og elevens³ refleksjoner rundt dette.

² Kunnskap framkommet gjennom egne og andres erfaringer.

³ Jeg bruker elev og ikke student, da dette var betegnelsen på studenter den gang.

I løpet av elevtiden ble et nytt begrep - pleieplaner - introdusert på sykepleieskolen. Pleieberetningen ble skiftet ut med pleieplaner. Etter hvert introduserte også avdelingene, med dyktige nyutdannede søstre sørfra, pleieplaner på sine avdelinger. Når vi arbeidet med pleieplanen på skolen, fikk vi en beskrivelse av en pasients sykehistorie. På denne bakgrunn skulle vi lage en tenkt plan for pleieforløpet med mål, problemer, tiltak og evaluering. I avdelingen ble pasientens sykehistorie utgangspunkt for planen. Pleieplanen var framtidsretta eller målorientert, i motsetning til pleieberetningen som innebar å reflektere over noe som hadde skjedd.

Jeg skal nå gå over til å se nærmere på de sykepleieideal og kunnskapsbegreper som mine erfaringer reflekterer.

3.0. Ulike kunnskapsbegreper – form og innhold to sider av samme sak?

I barnedommen møtte jeg i hovedsak kunnskap forankret i de voksnes erfaring eller yrkesutøvelse. På realskolen var et bestemt kunnskapsbegrep, faktakunnskapen eller påstandskunnskap i høgsetet. Denne kunnskapen stod fram i en annen drakt og med en annen makt enn ved tidligere skolegang. Senere har jeg skjønnt at dette var mitt første møte med en lærer som representerte et ytterpunkt av et strengt rasjonalistisk kunnskapsbegrep som bare aksepterte empirisk - teoretisk kunnskap. Innledningsvis sa jeg at en opererer med flere kunnskapsbegreper i sykepleie. I beskrivelsene fra mitt møte med sykepleien representerer søster Martha og søster Marianne et sykepleieideal og pleieplanene et annet, henholdsvis tradisjonell og teoretisk sykepleie. Vi skal nå se nærmere på hva de to idealene står for og hvilket kunnskapsbegrep de representerer.

3.1. Tradisjonell sykepleie

Elstad (1987) har tatt utgangspunkt i Florence Nightingale (1979) sine skrifter og gitt en tolkning av hva tradisjonell sykepleie innebærer. Nightingale (1979) forstod sykdom først og fremst som en erfaring i livet, en tilstand som oppleves av den syke og de som er rundt vedkommende. Sykdommer forstås som tilstander der kroppen prøver å bygge opp igjen livskraftene i forbindelse med nedbrytende prosesser. Hun mente at naturen helbredet. Legen og sykepleieren skulle assistere naturen i legingen av kroppen. Patologien beskrev de forandringer som følger sykdommen. Medisin og kirurgi kan fjerne hindringer for funksjoner i lemmer og organer. Det primære i enhver behandlingsprosess er å legge forholdene til rette, slik at naturen og kroppens egne helbredende krefter kan virke. Sykepleieren sitt ansvar var å legge forholdene til rette for

kroppens fornyende prosess, ved å sørge for frisk luft, ro, lys, variasjon, god næring og renselige forhold. I følge Elstad (1987) ligger Nightingale sitt syn nært opp til en fenomenologisk⁴ forståelse av sykdom. I en slik forståelse er menneskets erfaringer grunnleggende og kommer forut for den vitenskapelige forståelse av sykdom. Dette står i motsetning til en naturvitenskapelig forståelse av sykdom. Dette kommer jeg tilbake til under teoretisk sykepleie⁵.

Elstad (1987) hevder at tre trekk ved sykepleie er sentrale i sykepleietradisjonen. 1) "Stellet" står for innholdet i arbeidet. 2) "Måten" innebærer hvordan en tilnærmer seg den syke. 3) Kontinuerlig ansvar er en verdi knyttet til arbeidet som skal ivareta oversikten og sammenhengen. Stellet skal ivareta kroppens husholdningsrutiner. I stellet følger kroppens sirkelforma prosesser, fordi pasientens indre og ytre miljø skifter og stoffskiftet skaper noe nytt. Derfor må stellet kontinuerlig gjentas. Gjntagelse er typisk for denne type arbeid.

Når mennesket er sykt avviker utviklingen fra det sirkelformede naturmønstret. Det betyr at utviklingen hos pasienten kan gå i ulike retninger, og hans sykehistorie er derfor vanskelig å forutsi. I stellet skal sykepleieren understøtte naturen og sørge for at pasienten ikke tappes for krefter. Sykepleieren må forholde seg til det sirkelforma og linjeforma, ved å veksle mellom rutinepreget og spesifikk situasjonspreget atferd. Stellet er mål i seg selv. Dette innebærer at pasienten opplever å ligge godt, føle velvære eller unngår fare, at han hjelpes ut fra sin tilstand og ikke bare ut fra objektive funn. Det vil si at stellet ikke trenger å gi synlige eller langsiktige resultater.

⁴ *Fenomenologi er studiet av fenomener. Begrepet fenomen indikerer en relasjon, hvordan noe framtrer som noe for noen. Et fenomen er benevnelsen på en erfaring, (for eksempel, å være syk), enten det dreier seg om å erfare et objekt eller hendelse. Det er fullt mulig å beskrive sykdommer i fysikalske termer, og uavhengig av den sykes opplevelse. En person kan for eksempel være syk uten å vite om det. Når personen føler seg syk er dette alltid knyttet til personens opplevelse. Fenomenologien vil beskrive menneskets livsverden, som vil si hvordan fenomenene framtrer for mennesket i dets daglige liv. I følge fenomenologien er det denne typen praktisk kunnskap som må være utgangspunkt og grunnlag for alle teorier. Livsverden er knyttet til kroppslig opplevelser, kroppslig kunnskap som ikke avhenger av det geometriske, objektive rommet, men av den praktiske verden. Vår forståelse av livsverden har vi fått i samvær med andre (Fjelland & Gjengedal 1995).*

⁵ *Fjelland og Gjengedal (1995) hevder at den naturvitenskapelige forståelsen tar utgangspunkt i verden slik vitenskapen (først og fremst hvordan fysikken) sier den er.*

Måten innebærer å rette seg etter pasientens tilstand, å observere og anvende regler og prosedyrer. Sykepleieren observerer pasientens tilstand, symptomer og særtrekk. Observasjon er en faglig ferdighet som sykepleieren har fått i samhandlingen med mange syke, og som går ut over den dagligdage måten å følge med på. Den sykes særtrekk er gjerne den mest verdifulle indikator på hva som skal til for at han skal bli frisk.

Nightingale (1979) legger vekt på at de kunnskaper som sykepleieren skaffer seg om variasjonene skal være presise. Det dreier seg om søvn, matlyst, hva pasienten klarer og lignende. Observasjonene må være kontinuerlige og gå over tid. Dette fordi sykdomstilstanden kommer til uttrykk i ansikt og kropp, og sykdommen har sitt eget uttrykk som sykepleierne må lære. Det vesentlige er å registrere forandring; «*det uventede, eller det som kan ventes, det uunngåelige som en jevn økning i manglende krefter* (Elstad 1987)». I følge Elstad (1987) er måten avgjørende for karakteren av pleien. Måten handler om en form for hermeneutikk⁶. Sykepleieren må forsøke å forstå hva helheten uttrykker - hvordan pasientene er klinisk og hvordan tilstanden er. Her inngår pleierens forforståelse og situasjonsforståelse. Forforståelsen skal bidra til at sykepleieren er i forkant av situasjonen, slik at pasienten skal føle seg trygg, og få den pleie han har krav på. Forforståelse blir en del av situasjonen, eller endres av den, fordi pasientens tilstand forplikter sykepleieren. I forforståelsen inngår sykepleierens medisinske kunnskaper og støttefag. Slik kjenner hun igjen tegn på at en alvorlig tilstand er under utvikling, eksempelvis kan hun se at pasienten er dårligere enn en først trodde.

Observasjonen er praktisk rettet. Sykepleieren kan eksempelvis forutse hvilken kost pasienten klarer å spise, eller at han slipper å forklare seg gjentatte ganger. Måten kan sees på som forholdet mellom regel og situasjon. Eksempelvis kan morgenstellet forstås som en regel eller rutine. I situasjonene bestemmer sykepleieren måten regelen skal anvendes på. Dette innebærer at situasjonen må tolkes. Dette gjør sykepleieren på bakgrunn av sykepleierens iakttagelse og observasjon. Måten handler altså om hvordan sykepleieren ivaretar pleien og møter pasienten.

Elstad (1987) hevder at i sykepleietradisjonene innebærer det kontinuerlige ansvaret en form for omsorgsansvar. Det innebærer å være innrettet mot den andre og ansvaret for ham. Pasientens hjelpeløshet når han er syk, virker på sykepleieren som en forpliktelse. Omsorgsansvaret kjennetegnes ved at det er praktisk, viser seg i konkrete handlinger og har en blankokarakter som innebærer at det ikke kan fastlegges i forkant. Ansvaret i tradisjonell sykepleie overføres fra vakt til vakt ved rapportering.

6 Fortolkingskunst ; vitenskapen om skrift - tolkningen sin teori.

God sykepleie handler om hvordan sykepleieren skal ta seg av den syke under skiftende forhold og tilstander. De "dyktige" sykepleierne skjønnsmessige vurderinger bygger på observasjon av den syke og sykdomsutviklingen.

Den tradisjonelle sykepleien med dens kjennetegn var rådende i mitt møte med sykepleien. Når sykepleieerfaringer skulle formidles ble fortellinger brukt både i teoretisk- og praktisk undervisning. Etter hvert ble fortellingene erstattet av pleieplaner. Dette skifte i måten å formidle sykepleie på, er et uttrykk for en endring i norsk sykepleie. Kirkevold (1992) sier at det på siste del av 1960-tallet skjedde en endringen som innebar en overgang til teoretisk sykepleie.

3.2. Teoretisk sykepleie

Pleieplanene som ble introdusert tidlig i min elevtid var en problemløsende metode forankret i sykepleieprosessen. Sykepleieprosessen har to retninger. Den ene definerer sykepleie som "den vitenskapelige metoden", som er synonym med den hypotetisk deduktiv vitenskapsmetode. Den problemløsende prosess bygger på en generell regel om observasjon, utvelgelse av fakta, formulering av hypotese og forsøk på å bekrefte eller avkrefte den (Knudsen 1994).

Den andre retningen framholder at sykepleieprosessen består av to deler; både en mellommenneskelig - og en problemløsende prosess. Den mellommenneskelig prosess er fundert i et ønske om å vektlegge det som foregår mellom sykepleier og pasienten. Også i den mellommenneskelige prosessen er problem- og målorientering i fokus. Sykepleieteorier som ble introdusert helt fram til slutten av 1980-tallet har den problemløsende prosess som innholdskomponent (ibid).

Sykepleieprosessen har naturvitenskapen som ideal, og bygger på empirisk-teoretisk kunnskap (ibid). Ved innføringen av pleieplaner i sykepleien møtte jeg igjen et strengt rasjonalistisk kunnskapsbegrep som på realskolen. Gjennom sykepleieprosessen⁷ søker en vitenskapelig forståelse av pasienten. En forsøker å ordne og forklare hendelser ved å lete etter universelle tilstander og sammenhenger.

Sykepleieprosessen blir introdusert som en teoretisk modell for praksis og i sykepleieskolen. En er opptatt av at praksis må baseres på rasjonelle

⁷ I tilsvarende helsefag har en fra samme tidsepoke det samme kunnskapsideal. Her blir prosess kalt opp etter faget det dreier seg om.

handling, derfor må det stilles andre krav til det teoretiske grunnlaget for å pleie syke enn tidligere. Intuisjon og normer blir avvist som grunnlag for handlinger i praksis (Hamran 1991). Sykepleieren skal arbeide målorientert (terapeutisk) i relasjon til pasienten. Dette kan legitimeres ut fra troen på en teknisk rasjonalitet eller målrasjonalitet som et tilstrekkelig grunnlag for utøvelse av faget, og det er i tråd med den tradisjonelle tankegangen om profesjonell kompetanse. Ut fra dette synet har profesjonen en kunnskapsbase med fire kjennetegn; kunnskapen er spesialisert, avgrenset, vitenskapelig og standardisert (Schøn 1993). Yrkesutøvelsen skjer ved at yrkesutøveren velger ut en relevant del av kunnskapsbasen og bruker den i praktisk virksomhet. Konkret betyr dette at sykepleierne i praksis skal følge forskningens regler. Det forutsetter en omfattende kartlegging av pasienten. Siktemålet er å finne pasientens problemer. Deretter undersøker en sammenhengen mellom problemene. Til sist søker sykepleieren å finne sammenhengen mellom årsak og virkning av problemene (Knudsen 1994).

Sykepleieprosessen blir på den ene siden presentert som en metode arbeidet i praksis skal foregå etter. Metoden skal bidra til profesjonell sykepleie. På den andre siden setter en et likhetstegn mellom sykepleieprosessen (metoden) og sykepleiens innhold (Knudsen 1994). Å sette likhetstegn mellom metode og innhold innebærer etter mitt skjønn å forveksle innhold og metode.

En konsekvens av tankegangen i den teoretiske sykepleien er at begrep må gjøres entydig, standardisert og eksakt. Derved blir det hevdet at sykepleien beveger seg fra det tilfeldige til det vitenskapelige. En stiller krav til praksis, den må bli mer rasjonell og i samsvar med teorien (Hamran 1991). Hamran hevder at sykepleieprosessen er en teoretisk konstruksjon som skal erstatte en innarbeidet praksis (ibid).

Den teoretiske sykepleien står i kontrast til en tradisjonell forståelse hvor en søker å ordne og forklare hendelser ved å søke etter mening og sammenhenger. Ved overgangen til den teoretiske sykepleien blir pleiearbeidet presset inn i nye arbeidsformer som ikke nødvendigvis ivaretar tradisjonelle trekk ved sykepleie (Knudsen 1994). Dette vil jeg gi to eksempler på.

Skaar skriver en rapporten fra NIS i 1983: "Rapport pågår. Vennligst ikke forstyr⁸". Her stiller hun spørsmål ved rapportens, utforming, tidsbruk og funksjon. Konklusjon er at tidsbruken til de muntlige rapportene må

8 Skaar,S; Rapport pågår. Vennligst ikke forstyr. En arbeidsorganisering moden for utskifting. Rapport 5/1983. Norsk Institutt for sykehusforskning, Trondheim 1983

reduseres, rapportens funksjon må klargjøres og utformingen av rapporten må bli mer eksakt og objektiv. Dette er altså i tråd med det vitenskapelige idealet. I tillegg stilles det krav om pleieplaner (bruk av den vitenskapelige metoden), som er et synlig resultat av sykepleieprosessen. Rapportene skal dokumentere den pleien som blir gitt, og de muntlige rapportene skal skiftes ut med skriftlige. En tankegang som Skaar står for bidrar til at de muntlige rapportene endres og forsøkes minimalisert. Fortellingen fortrenses fra rapportene fordi form og innhold ikke er i samsvar med et vitenskapelig ideal.

Et annet eksempel på at pleiearbeidet presses inn i nye former, er innføringen av en organisasjonsform som primærsykepleie. Organisasjonsformen har også sin forankring i sykepleieprosessen. Gjennom organisasjonsformen stilles det krav om målorientert sykepleie, klare strukturer for makt, myndighet, arbeidsdeling og kommunikasjon. Strukturen tilsier at færre er tilstede på rapportene, tidsbruken skal reduseres ytterligere. Strukturen i pleiearbeidet fordrer klare linjer og at primærsykepleier forordner pleie til pasienten som utøves av sekundærsykepleier og de andre pleierne (Knudsen 1994). Et innarbeidet pleiefellesskap innsnevres og funksjonen til rapportene likeså. I begge eksemplene som her skisseres, fortrenses fortellingen og den kunnskapsform som den representerer, fordi den ikke er forenlig med kunnskapsynet i teoretisk sykepleie. Tankegangen som ligger til grunn for modellen og tradisjonell sykepleie er vesensforskjellige. Mens modellen har vitenskapelig eller sikker kunnskap som sitt ideal, er tradisjonell sykepleie forankret i kunnskap tilegnet gjennom erfaring.

3.3. Påstandskunnskap og kunnskap tilegnet gjennom erfaring

Påstandskunnskap er den form for kunnskap som kan artikuleres språklig. Johannesen (1988) peker på at de logiske positivistene sin arv har bidratt til å innskrenke vårt kunnskapsbegrep til det som 1) kan formuleres språklig, 2) det som kan belegges med empiriske metoder eller 3) bevises med formelle metoder. Alt som falt utenfor, ble ikke regnet som kunnskap. Det ble regnet som noe subjektivt, relativt eller religiøst og derfor var det av privat karakter. Eksempelvis; læreren på realskolen som bare ønsket å forholde seg til påstandskunnskap. Det kunne se ut som han tok avstand fra faktakunnskapens motsetning - erfaringskunnskapen - som åpner for skjønn, erfaring, vurdering og personlig kunnskap og som var en integrert del av min barnelærdom.

Etter hvert har en i de fleste miljøer begynt å akseptert, dog motvillig, at det er legitimt å snakke om kunnskap også om det som ikke kan gis en adekvat språklig drakt. Johannesen (1988) kaller denne kunnskapen taus

eller innforstått, fordi denne ikke kan formuleres fullstendig i språk. Fjelland (1987) viser hvordan den uartikulerte kunnskapen finnes nedfelt i håndverkernes yrkeskultur. Han stiller spørsmål ved om det ikke på høyt teoretisk nivå også må være en god del uartikulert kunnskap, eksempelvis er det en god del ekspertkunnskap som ikke kan formuleres eksplisitt.

Nordenstam (1992) skiller mellom tre former for kunnskap; påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Påstandskunnskap forstås som teoretisk, vitenskapelig og verbalisert kunnskap. Et eksempel på slik kunnskap er kroppens anatomi og fysiologi. Ferdighetskunnskap er å kunne utføre noe, eksempelvis stell av pasienten på en hensiktsmessig måte, gjennom de handgrep en benytter. Det er kunnskapen om hvordan en skal handle. Fortrolighetskunnskap er en form for erfaringsbasert kunnskapen. Skaalvik (2001) sier at denne form for kunnskap erverves gjennom førstehåndserfaringer eksempelvis ved å omgå gjenstanden eller erfaringen. Fortrolighetskunnskap er situasjonsbundet og kan ikke fullstendig overføres til andre situasjoner. Dersom en forsøker å formidle situasjonen finnes det en verbal grense for hvor fullstendig formidling blir. Den som forsøker å formidle situasjonen opplever gjerne en følelse av at noe forblir skjult og ikke formidlet. Aspekter ved denne type kunnskap kan altså være vanskelig å formidle.

Anvendt i praksis vil artikulert- og uartikulert kunnskap eller Nordenstams kunnskapsformer være vevd sammen. Til sammen utgjør de et helhetlig kunnskapsbegrep. Å skille kunnskapsformene fra hverandre har nytteverdi bare i et analytisk perspektiv.

Schøn (1983) har gjort studier av utøvelse av yrket hos profesjonelle. Ut fra disse studiene trekker han den konklusjonen at mesteparten av yrkesvirksomheten ikke er bevisst planlagt. Praktikeren foretar vurderinger og treffer valg uten at han er i stand til å forklare reglene eller teoriene som brukes. For å fange opp det som skjer i praksis introduserer Schøn ulike nivåer i refleksjon:

Knowing in action (handlingskunnskap)

Reflection-in action (handlingsrefleksjon)

Reflection-on-reflection - in action (refleksjon i ettertid)

Handlingskunnskapen har tre kjennetegn:

1. Yrkesutøvere vet hvordan de skal utføre handlinger og vurderinger uten at de tenker på det mens de arbeider.
2. De er ikke klar over at de har lært dette og hvordan.

3. De er ikke i stand til å beskrive kunnskapen som deres handlinger og vurderinger er bygd på (de vet mer enn de kan uttrykke), jamfør Fjelland (1987) som sier at yrkesutøveren kan mer enn han uttrykker.

Refleksjon i handling har en kritisk funksjon idet den stiller spørsmål ved vår viten i handling. Vi stiller spørsmål ved det som har ført oss opp i handlingen. Deretter forsøker vi å rekonstruere måten å handle på. Martinsen (1994) kaller dette på stedet eksperimentering, som igjen kan fordre ny eksperimentering. Hun hevder at på stedet eksperimentering er noe annet enn problemløsning i vitenskapelig betydning, fordi vi handler i situasjoner som vi kan endre og er engasjerte i. Problemene vi står ovenfor endres, og målene er ofte uforutsigbare. Det som skiller handlingsrefleksjon fra andre typer refleksjon, er at den får umiddelbar betydning for handlingen. Det er glidende overganger mellom handlingsrefleksjon og handlingsviten (ibid).

Å reflektere i ettertid, er å kunne gi en god beskrivelse av handlingen. Martinsen hevder videre at å tenke i ettertid på det vi har gjort, har ingen direkte forbindelse med handlingen, men at det framskynder en dialog mellom tenkning og handling og gjør at vi kan bli bedre praktikere. Det er refleksjon i ettertid som er interessant i min sammenheng.

I sykepleietradisjonen er skjønn, erfaring, vurdering og personlig kunnskap den sentrale kunnskapsform. Dette er en form for kunnskap som de uerfarne lærer sammen med den kyndige i det kliniske felt. Martinsen (1996) hevder at yrkets tradisjoner best formidles gjennom eksempler og forbilder som i håndverkslæringen. Den erfarne sykepleieren viser den yngre sykepleieren og studenten hva godt skjønn, håndlag og gode sykepleieholdninger er. Skjønn er alltid knyttet til en konkret situasjon. Skjønnheten fordrer en emosjonell involvering og situasjonsanalyse for å kunne overveie ulike handlingsalternativer. Ut fra skjønn skal sykepleierne bli i stand til å utføre sykepleie tilpasset den enkelte pasient uten å være for regelstyrt. Martinsen hevder at den faglige dyktige sykepleier også handler ut fra intuisjon. Sykepleieren ser løsningen på forhånd, jamfør Schøns handlingskunnskap. I situasjonen vet hun hva som er riktig handling ut fra erfaring med lignende situasjoner, og hun kan gjenkjenne mønstre ved situasjonen. Hun handler overveiende, fleksibelt og fornuftig ut fra situasjonen.

Martinsen (1994) hevder at denne type kunnskap ikke kan omsettes i et eksakt språk, presise og entydige begreper som påstandskunnskap, jamfør Schøn (1983) som sier at yrkesutøveren ikke kan forklare reglene eller teoriene som brukes. Kunnskapen kommer til uttrykk gjennom mesterens råd, vink og samtaler med studenten eller den nye sykepleieren i praksis. På denne måten bygges kunnskapen opp gjennom en rad av eksempler som

gir ulike perspektiver på pleien. Eksemplene rommer et repertoar av erfaringskunnskap om pasientsituasjoner for en bestemt type praksis hvor den teoretiske kunnskapen er integrert. Til sammen utgjør de sykepleier - pasientsituasjoner med visse typiske trekk. På bakgrunn av disse handler vi i konkrete situasjoner. De uerfarne kan dra veksler på disse når de står i lignende pasientsituasjoner. For selv om enhver situasjon er unik, har den også visse typiske trekk. Sykepleiereksemplene gir et langt mer nyansert bilde av virkeligheten enn det regler og teorier alene kan formidle. Derfor vil læring gjennom sykepleiereksempler stille krav til studenten om bruk av sin fantasi og kreativitet i den konkrete situasjonen og bruk av sitt faglige skjønn. Den uerfarne lærer også dette ved rådslagning med mesteren i ettertid i Martinsen (1994) sine termer.

I min eleveltid på sykepleieskolen fungerte lærernes kommentarer og diskusjon med utgangspunkt i pleieberetningen på denne måten. Rådslagningen var knyttet til samtale om den konkrete pleiesituasjonen hvor en prøvde å få fram situasjonens dilemmaer. Gjennom refleksjon i handling og refleksjon i ettertid lærte eleven det en i sykepleiekollektivet mente var gode sykepleiehandlinger - og holdninger (ibid). Dette var måten skjønnnet og dyktigheten ble utviklet i tradisjonell sykepleie.

3.4. Pendelen snur

Etter hvert begynte flere å kritisere at fagområder som befatter seg med omsorg og pleie av mennesker lar naturvitenskapelige lovmessighet gjelde. Det ble hevdet at sykepleieverdiene vanskelig lar seg forene med et vitenskapsyn hvor pasienten objektiviseres og hvor kausalitetsbegrepet er sentralt (Alvsvåg 1978, Hamran 1987, Benner 1987, Martinsen, 1975, 1979, Kirkevold 1992). Kirkevold (1993) hevder at i tråd med dette har det skjedd en framvekst av fenomenologisk vitenskapsforståelse⁹ hvor narrativ eller fortellende viten eller forståelser er blitt en aktuell form for kunnskap (Kirkevold, 1993). Jeg oppfatter det heller slik at den fortellende viten alltid har vært der uavhengig av vitenskapelig forståelse. Tidligere har denne form for kunnskap ikke hatt status og derved aktualitet.

Kirkevold (ibid) hevder at narrativ forståelse er menneskets tendens til å skape orden og mening av livets ulike hendelser ved å binde dem sammen til en større sammenhengende livshistorie. Narrativ forståelse skaper mening i ens eget liv, fordi erfaringer er opplevelser som er meningsbærende. I det ligger det at erfaringen ikke kun består av det som konkret

⁹ Andre har heller vært opptatt av fenomenologi som filosofi og ikke som vitenskap, eksempelvis Martinsen (1996).

hendte i en bestemt situasjon, men også av den meningen som personen(e) knytter til hendelsen.

De erfaringer vi husker er gjerne slike vi blir «truffet» av på godt eller vondt, fordi erfaringen på en eller annen måte har beveget oss. Vi sier gjerne at i den situasjonen lærte vi noe, eksempelvis om oss selv, våre følelser, måte å reagere på eller lignende. Læring av denne typen er ikke nøytral, men involverer personen som helhet og blir for alltid en del av personen.

Kirkevoold (ibid) hevder at den fortellende form for kunnskap er komplementær til andre kunnskapsformer, fordi de ulike kunnskapsformene forklarer menneskelige erfaringer på ulike måter, og slik representerer ulike former for rasjonalitet. Jeg tror hun har rett i så måte. Dette har vært mitt utgangspunkt for å trekke inn yrkesfortellingen i undervisningen. På denne bakgrunn skal jeg si noe om mitt utgangspunkt for tilrettelegging av studentenes læring og valg av læringsaktiviteter.

3.5. Utgangspunkt for læring og læringsaktiviteter

Mitt utgangspunkt ved valg av innhold i læringsaktiviteter er at sykdom både kan forklares ut fra årsak og forstås som en erfaring i livet. Begge perspektiv vektlegges, fordi de representerer ulike kilder til innsikt. Eksempelvis er medisinsk kunnskap (påstandskunnskap) nødvendig for å observere pasienten og behandle hans sykdom. Gjennom diagnostisering leter en i hovedsak etter objektive kriterier på sykdom og sykdomsutvikling. Men denne type kunnskap er ikke alltid tilstrekkelig for å forstå pasienten og hans situasjon. Andre vesentlige aspekter kan i dette perspektivet tapes av syne, slik at en får problemer med å se helheter og sammenhenger. De som skal hjelpe den syke kan derfor stå i fare for ensidig å fokusere på sviktende funksjoner og de negative livshendelser. Skjer dette kan en komme i skade for å overse at sykdom er en erfaring i livet som oppleves av den syke og hans familie.

Filosofen Kay Toombs (her i Fjelland & Gjengedal 1995) er opptatt av at det gjør en forskjell å lytte til medisinen og livsverdenes stemme. Den tradisjonelle sykehistorien er uttrykk for «medisinen stemme». Livsverdens stemme reflekterer pasientens egne opplevelser av å være syk. Disse to stemmene avdekker to verdener med ulike meningshorisonter. Dersom helsepersonell vil hjelpe pasienten med det som er viktig for dem i deres liv, må hjelperen lytte til begge disse stemmene. Menneskets private sfære er dets livsverden. Til denne sfæren hører familie, venner og sosialt nettverk. Når mennesket blir sykt er det ikke bare kroppen som rammes, men menneskets totale tilværelse (Fjelland & Gjengedal, 1995).

I omsorgen for syke kan hjelperen ikke bare fokusere på diagnosen, men også møtet med personen som er syk. I dette møtet må personen med det liv han har levd, gis rom. Mennesket må få lov til å fremstå som en person med sine forutsetninger, personlighet, livshistorie, livsmuligheter og behov, til tross for sin sykdom. Utfordringen blir å mobilisere den syke sine egne livskrefter og bidra til å gjøre livet meningsfylt.

I samhandlingen med den syke personen kan helsearbeideren oppleve problemer med å forstå. Utfordringen er å forsøke å få tak i hva som plager den syke personen, og gi han den hjelp han trenger ut fra eget utsagn, kroppsuttrykk og sykdomstegn i situasjonen.

Mennesket er ikke av naturen isolert og ensomt, men avhengig av andre mennesker, grupper og samfunnet. Dette kommer spesielt til uttrykk når mennesket er sykt eller hjelpetrengende. For meg er forbildet ansvaret for den svake og solidaritet som kan begrunnes ut fra at alle er avhengig av hverandre. Vi bør derfor handle slik at alle kan få samme muligheter til å leve det beste liv de er i stand til (Martinsen, 1989).

Å vise omsorg innebærer å være oppmerksom på det den syke trenger hjelp til, å forholde seg til den andre, lindre smerte, kunne hjelpe til å takle dagligliv og løse problem. Det handler om å forutse, sanse og være delaktig med og gi tid og rom for den andre. Hjelperen trenger evne til observasjon og klinisk blikk. Observasjonen fanger helheten ved pasientens tilstand. Observasjon gjør at hjelperen har muligheter til å se hvilke handlinger situasjonen vil kreve. Gjennom måten hjelperen gjør dette, kommer håndlaget til uttrykk (Elstad 1987).

Omsorgsansvaret for den syke er mangfoldig, lite spesialisert eller teknisk og derfor vanskelig å avgrense mellom de ulike faggruppene. For å ivareta pasienten på en god måte trenger sykepleieren allsidige kunnskaper, både vitenskapelig kunnskaper og andre former som taus kunnskap, ferdighets- og fortrolighetskunnskap.

Jeg skal nå gå over til å gi noen bilder av hvordan fortellingen er brukt i tilrettelagt læring.

4.0. Bilder fra læringssekvenser

4.1. Bilder

I "bildene" nedenfor er arenaen Videreutdanningen i eldreomsorg. Bildene 1, 2 og 3 hører til studieenhet 1, og studentene har nettopp begynt studiet. Jeg har orientert om at jeg ønsker å gjøre et forsøk med å bruke studentfortellinger i undervisningen, noe studentene er positive til. Før læringssek-

vensene har studentene hatt introduksjon til studiet¹⁰ og emnene eldreomsorgens historie og innføring i vitenskapsteori. Bilde 4 hører til modul 3 på slutten av studiet, og mesteparten av studiet undervisning er gjennomført.

4.1.1: BILDE 1 - Å ASSOSIERE TIL «FORTELLINGEN»

Temaet på timeplanen er kunnskap og kunnskapsutvikling i sykepleie. Forut for sekvensen har jeg bedt studentene skrive en selvopplevd «fortelling» fra egen praksis som har gjort inntrykk og som innebærer læring. Studentene oppfordres til å finne sin egen form. Det understrekes at de skal anonymisere alle persondata (både pasient og medarbeidere). Etter tur forteller studentene sin fortelling i gruppen de tilhører, og sier hva de selv har lært av situasjonen. De andre får komme med sine assosiasjoner relatert til fortellingen. Til sist velger gruppa den fortellingen som de vil presentere i klassen. Fortellingen nedenfor kan stå som eksempel.

Jeg var på nattvakt på sykehjemmet og vakta hadde ikke vart lenge da fru A. tittet rundt hjørnet. Kledt i kåpe, støvletter og med håndvesken på armen sa hun at hun nå var klar til å ta bussen hjem. Fru A. hadde noen dager tidligere kommet inn på sitt første avlastningsopphold. Hun hadde en begynnende demens og hadde vanskelig for å huske hvor hun var og hvorfor hun var her. Rapporten kunne fortelle at fru A. flere ganger disse dagene hadde gått ut fra sykehjemmet på egen hånd. Personalet hadde brukt både beina og sykkel for å hente henne inn igjen, og det hadde angivelig ikke vært så lett å overtale henne til å bli med tilbake. Med dette i tankene, samt synet av nattpersonalet på leiting i nabolaget, låste jeg ganske raskt ut en tablett som fru A. kunne få «ved søvnproblemer». Før dette hadde vi fortalt henne at kveldens siste buss var gått, men hun mente at hun kunne gå hjem, selv etter at vi hadde påpekt det glatte føret. Fru A. tok tablettene før jeg fulgte henne tilbake til rommet. Rommet viste tydelig at hun hadde pakket for å dra - senga var oppreidd etter at sengetøyet først var tatt av, og alle klærne var pakket i veske og poser. Sammen ordnet vi senga, og fru A. la seg for å sove uten noen særlig innvending da hun på nytt fikk høre hva klokka var. Før vakta var over neste morgen kom fru A. gående igjen, denne gangen iført kjole, sko og veske. Hun kunne fortelle at hun hadde sovet bra og at hun nå skulle koke kaffe.

Etter en friperiode på en ukes tid, var jeg igjen på nattvakt. Også nå kom fru A. ut på stua før det var midnatt. Av rapporten hadde jeg lest at fru A. ofte hadde søvnproblemer og at dette ble prøvd hjulpet med sovetabletter, noe som tilsynelatende ikke hadde god effekt ettersom hun pleide å

¹⁰ Introduksjon inkluderer «bli kjent fase» praktisk orientering om studieplan, studium og undervisningsformer og metoder, studentrollen, arbeid i grupper, gruppekontrakt, ulike læringsformer som undervisning og veiledning.

komme opp flere ganger i løpet av natta. Denne natta ble fru A. sittende å prate med oss en stund over en kopp kaffe. Vi kom inn på hva hun hadde drevet med tidligere og hun kunne fortelle at hun hadde tatt nettene til hjelp for kunne arbeide uten å bli forstyrret. Hun fortalte at hun pleide å legge seg tidlig, sove noen timer og så stå opp og arbeide en stund. Denne kvelden ga jeg ikke fru A. noen sovetablett. Allikevel sovnet hun og sov noen timer før hun igjen var oppe.

I klasserommet assosierer studentene til fortellingen, med stikkord, setninger eller nye fortellinger. Eksempler på assosiasjoner er:

hva ser en - klinisk blikk

å lytte til pasienten gjør at hun framstår som person

omsorg i handling

søvnproblemer – hva er søvnproblemer og for hvem er dette et problem

for - forståelsen endres av situasjonen

for - forståelsen kan gjøre at vi ikke ser

livshistorien og sykehistorien gir ulike kilder til innsikt

sykepleieansvaret er mangfoldig og mangetydig

Assosiasjonene illustrerer ulike tema eller problemstillinger forankret i ulike kunnskapsformer.

4.1.2. BILDE 2 - FORTELLING SOM UTGANGSPUNKT FOR DISKUSJON

Temaet er teorier og modeller i sykepleie. Innledningsvis foreleser jeg om den historisk utviklingen i sykepleien fra Nightingale til dagens utvikling av teorier og modeller. Jeg spør om det er slik at studentene tenker ut fra teorier og modeller i praksis, og om noen eventuelt kan illustrere dette ved hjelp av en fortelling. Som svar får jeg at teorier og modeller er noe «skolen» beskjeftiger seg med. Dette utsagnet utfordrer jeg studenten på. Etter en stund med stillhet fortelles historien nedenfor.

I hjemmesykepleien fikk vi en gammel dame; en tidligere sykepleier, kom hjem fra sykehuset. Hun hadde uhelbredelig kreft, og sykehuset hadde ikke annet enn smertelindring og tilby. Det kunne hun få i hjemmesykepleien like så gjerne som på sykehuset. Dama brakte aldri på bane at hun snart skulle dø, og når noen kom inn på dette temaet avviste hun de bryskt. De unge sykepleierne forundret seg over dette, og det var et tilbakevendende tema på rapporter og i diskusjoner om hennes pleie. De bekymret seg over at dama ikke ville snakke med dem om døden. De lurte på om hun hadde et vanskelig forhold til døden, og om hun fortrenget den. En dag ble fortelleren, som for tiden hadde en ledende stilling tilkalt til pasienten.

Hun ville at hjemmesykepleien skulle henge opp intravenøst drypp dagen etter for da hadde noen sykepleievenninner sagt at de ville komme på besøk. Den tilkalte sykepleier forundret seg over ønsket fra pasienten, og fikk følgende svar på sin undring: «Når de ser at jeg har drypp vil de snakke om det i stedet for at jeg skal dø. Jeg ønsker ikke å snakke om døden i utrengsmål». Dama fikk etter dette opphengt intravenøst når ho venta besøk, slik at hun hadde noe å snakke om i stedet for at hun skulle dø. Respekt for at pasienten ikke skulle være nødt til å snakke om døden i utrengsmål fikk forrang, framfor «sannheten» om pasientens tilstand og andres behov for å snakke om døden med henne.

Deretter tar vi en runde på: Hva sier fortellingen deg? Nå er det med ett ingen som er i tvil om at teorier og modeller er noe sykepleiere bruker i praksis, og kriseteorier blir ett hett tema. Spørsmålet er heller om vi har et bevisst forhold til det. Plutselig har studentene mange fortellinger. De kommer fram til at det heller er slik at ulike teorier og modeller både fra eget og andres fag er så godt integrert i praksisutøvelsen at en bruker de mer eller mindre ureflektert, eksempelvis kriseteorier som ligger til grunn i eksemplet overfor og som kanskje bidro til unødig bekymring hos sykepleierne. I tillegg gir det et snevert bilde av pasienten og hennes situasjon. Deretter får vi en diskusjon om ulike sykepleieteorier og modeller sin relevans for praksis, holdt opp mot deres sykepleieideal.

4.1.3. BILDE 3 - FORTELLINGEN PLANLAGT INN I DEN TILRETTELAGTE LÆRINGEN

Temaet er etiske problemstillinger i sykepleien, og jeg gir en kort introduksjonsforelesning som omhandler etiske tankeretninger og prinsipper i etikk. Jeg spør etter selvopplevde etiske problemer eller dilemmaer. Studentene svarer uoppfordret med fortellinger. I fellesskap velger vi ut fortellingen nedenfor, som vi arbeider videre med i klassen.

Denne fortellingen er hentet fra en sykehjemsavdeling der jeg arbeidde en tid som sykepleier. Avdelingen var inndelt i fire pleiegrupper med fast pleiepersonale og hver av gruppene hadde en eller to sykepleiere. Jeg var eneste sykepleieren på min gruppe, og dermed gruppeleder. Resten av personalet var hjelpepleiere. Vi arbeidde etter tilnærma primærsykepleie. Jeg var primærkontakt til en mann i slutten av åttiårene. Han hadde lenge vært dårlig til beins og var nå avhengig av rullestol. Han klarte ikke å stå på beina, og var avhengig av to personer ved forflytting. Noen ganger brukte vi også heis. I tillegg hadde han langt framskredet demens og var 100 % pleietrengende. Han var både inkontinent for avføring og urin og brukte hjelpemidler for dette. På grunn av hans inkontinens brukte han sjelden toalettet, da dette ble sett på som særs tidkrevende fra personalet. Han var også avhengig av regelmessig inntak av laxantia for å få tømt magen.

Dette var et gjennomgripende problem blant svært mange av beboerne. Jeg hadde lyst til å gripe fatt i dette, da jeg mente at pleiepersonalet ikke var flinke nok til å tenke forebyggende i forhold til obstipasjon. Jeg mente at «min beboer» ville få en bedre hverdag dersom han fikk tømme magen regelmessig og ikke var avhengig av faste «tømmedager» en til to ganger i uka. Disse dagene fikk han gjerne både laxanti som både suppositorer og klyx. Han vart svært medtatt av dette og brukte å ligge til sengs etterpå. Jeg begynte derfor med faste toalettider tre ganger om dagen, moset svsker og registrering av væskeinntak for å sikre at han fikk nok drikke. Jeg fikk god støtte fra personalet i min gruppe, men det var ikke alltid at toalettrundene ble fulgt opp av det øvrige personalet i avdelinga, da dette ble oppfatta som svært tidkrevende.

Etter en tid viste det seg at vi fikk «belønning for strevet». Han fikk ofte litt avføring når han satt på toalettstolen. Når vi var usikker på om han hadde fått magen tilstrekkelig tømt gav vi han Dulcalac sup. Det var viktig for meg å overbevise det øvrige personalet om at det nyttet å gjøre noe med dette problemet. Dette lyktes jeg også med og mitt regime ble overført til flere beboere med samme problem. I tillegg til å få regulert magen ble også mannen mobilisert mer enn tidligere. Nå klarte han til tider å stå ved å holde seg i gåstativ, noe som var til god hjelp under forflytting. Han ble også mer stimulert og fikk anledning til bidra med mer egeninnsats. Han måtte opp og stå og måtte trykke når han satt på toalettet. Han var derimot svært ordknapp, og jeg fikk derfor ingen respons fra han hva han syntes om å gå så hyppig på toalettet.

Dette holdt fram noen måneder, men etter hvert utvikla demenstilstanden seg, og det ble vanskelig å gjennomføre opplegget. Han lå for det meste i senga, han mista alt språk og måtte forflyttes med heis. Det måtte vurderes fra dag til dag hvor mye han klarte å sitte oppe. Jeg stod likevel på med drikke, svsker eller annet som påvirka tarmbevegelsen og toalettbesøk så langt det lot seg gjøre. Jeg så samtidig på ham at dette tok på kreftene og at han heller kunne tenke seg å få fred. Mannen ble mer og mer redusert, fysisk og mentalt, og til slutt døde han.

Studentens kommenterer fortellingen slik:

I ettertid har jeg stilt meg flere spørsmål. Var jeg villig til å se hans reaksjoner på dette opplegget mitt? Selv om han ikke klarte å uttrykke seg verbalt, så jeg at han vegret seg for å forlate senga, spesielt på slutten. Fikk han den fredfulle døden jeg skulle legge til rette for? Skulle han ikke heller fått fred og ro den siste delen av livet sitt? Det kunne se ut som det var det han først og fremst ville selv. Så jeg at han var inne i dødsfasen de siste dagene han levde, eller var jeg for opptatt med mine prosedyrer? Var det han som stod i sentrum for mine prosedyrer, eller brukte jeg han som et

middel for å oppnå forståelse og respekt for min måte å gripe fatt i et uttalt problem i avdelingen?

Etter at han døde følte jeg sterkt at jeg hadde gjort han urett, at jeg ikke hadde gitt han den fredfulle døden han fortjente å få. Det er vanskelig å finne det rette svaret. Kanskje stod valget mellom to onder. Alternativet hadde vært obstipasjonsproblematikk med eventuelt påfølgende ileus eller tømmedager som ville vært mer utmattende for denne beboeren.

I arbeidet med fortellingen kommer det fram at studenten i aktuelle situasjon hadde en følelse av at de andre pleierne så situasjonen annerledes uten at de utfordret henne på dette. I ettertid ønsket hun at de hadde gjort dette.

Vi velger å se om en slik utfordring vil hjelpe henne i ettertid. Klasserommet blir omgjort til avdelingens planleggingsmøte der studenter får tildelt roller som medlemmer av pleiegruppa. De skal diskutere opplegget som «fortelleren» eller primærsykepleiere har bestemt.

I rollespillet som følger stiller hjelpepleier Lise spørsmål ved det sykepleiefaglige valget - og uttrykker usikkerhet med hensyn til om det er mulig å få ønsket resultat gjennom opplegget som «fortelleren» skisserer og om det er riktig fordi pasienten nesten alltid motsetter seg opplegget. Hun argumenter heller for det «gamle opplegget». Hjelpepleier Hilde argumenter ut fra at opplegget er faglig riktig fordi en har fått resultater i forhold til pasientens fysiske tilstand. Han ble jo så slapp med det «gamle opplegget», men for henne blir det problematisk når pasienten stritter imot og vil ha gode råd med hensyn til dette. Skal en da avvike fra opplegget? Sykepleier Siv argumenterer ut fra at pasienten har lagt inn årene. Hjelpepleier Tora argumenterer ut fra at hun er usikker på om pasienten forstår når de strever med å få han på do. Hjelpepleier Anne argumenter ut fra arbeidssituasjonen og alle de andre pasientene som også skal på do. I diskusjonen bruker pleierne både normative og deskriptive utsagn, og det utkrystalliserer seg en rekke spørsmål, eksemplvis:

Hva er det beste opplegget når en skal velge mellom to onder? (faglig spørsmål)

Er det riktig å kutte ut begge opplegg, med eventuelt fare for ileus? (etisk/faglig spørsmål)

Er det riktig å fortsette og arbeide etter oppsatt plan for pasienten? (etisk spørsmål)

Forstår pasienten hva som foregår? Forstår han sitt beste? (medisinsk faglig/etisk spørsmål)

Hvordan ser en (kommer det til uttrykk) at pasienten har lagt inn årene? (sansing, observasjon, faglig spørsmål)

Hvor lojal skal vi være mot opplegget? (samarbeidsproblemer)

Er det riktig å forskjellsbehandle pasienter ut fra at det var ønskelig at alle fikk komme på toalettet? (faglig/etisk spørsmål)

Rollespillet illustrerer hvor forskjellig vi ofte ser en situasjon. Noen er opptatt av handlingsetikk, andre av relasjonsetikk. Gjennom rollespillet forsøker aktørene å forstå situasjonen både ut fra sykepleier og pasientens ståsted. Sykepleieren (fortelleren) er tilstede og kan gjøre rede for sitt perspektiv. Utfordringene er å få tak i pasientens perspektiv når språket manglet. Pasienten uttrykker noe med sin kropp, men hva uttrykker han og hvordan? Etter rollespillet går vi tilbake til studenten som «eier» fortellingen. Hva ser hun nå? Hun uttrykte at situasjonen hadde endret seg slik at det nå var lettere å se hva som nå var de viktigste problemstillingene for henne og hun så andre problemstillinger enn hun hadde sett tidligere. Gjennom arbeidet har det altså både skjedd et skifte- og utvidelse av perspektiv. Hun sitter igjen med noen få spørsmålsstillinger som hun kan tenke seg at vi ser nærmere på. I dette arbeidet tar vi utgangspunkt i Fjelland og Gjengedal (1995) sitt forslag til en måte å arbeide med etiske problemstillinger. Vi tar utgangspunkt i det hun nå syntes var det mest sentrale problemet eller dilemmaet. Vi ser på relevante fakta for å belyse situasjonen ytterligere. Deretter setter vi ulike etiske prinsipper opp mot hverandre og drøfter hvilket prinsipp som bør ha forrang. Til sist ser vi på hvem av partene en her bør ta mest hensyn til.

Undervisningen bidro ikke til å besvare om «fortelleren» handlet riktig eller galt i situasjonen. Det var heller ikke meningen å felle en moralsk dom, men å lære noe for tilsvarende situasjoner. Gjennom arbeidet fikk vi et mer nyansert bilde av pasientens situasjon, hans tilstand og særtrekk, og den kompleksitet som var tilstede i situasjonen Slik som denne sekvensen utviklet seg, ble det tydelig for studentene at dersom en person fikk pleieansvar for en pasient som i en organisasjonsform som primærsykepleie, kan det bidra til at andre pleierne ikke går inn og diskuterer bestemmelsen til tross for at en er uenig i forslag til tiltak. Dette fordi autoritetsstrukturen nettopp innbyr til en slik tankegang. Det er primærsykepleier som har myndighet å bestemme pleien pasienten skal ha. Sentralt blir hvordan kan vi unngå å fraskrive oss ansvar i en modell som primærsykepleie. Hvordan kan vi sammen i pleiekollektivet få fram en livsmoral som er til pasientens beste?

4.1.4. BILDE 4 - ARBEID MED FORTELLINGEN I LÆRINGSGRUPPE – PÅFØLGENDE ANALYSE OG MINIFORELESNING I KLASSEN

Temaet tilhører modul (studieenhet) tre og benevnes på timeplanen: Terminal pleie i hjem og institusjon - utfordringer. Hver gruppe får tildelt en utfordring¹¹ som ble diskutert der. De som har en fortelling relatert til utfordringen legger den fram. Deretter velger gruppa en fortelling de vil arbeide videre med. Igjen bruker de assosiasjonsmetoden for å si hvilke utfordringer fortellingen representerer. Runden fortsatte til alle har sagt sitt¹². Utfordringene skrives ned uten kommentarer. Neste skritt er at hver enkelt får utdype/svare på spørsmål relatert til egne utfordringer. Ved sekvensens slutt leveres gruppas fortelling og utfordringer/ drøftingskissen til lærerne. Sekvensen fortsetter i neste studiesamling.

Hver gruppe presenterer sin fortelling og oppsummer sitt arbeid i gruppa. Lærerne har analysert fortellingene og sett på de utfordringene studentene skisserte. Utfordringene blir strukturert etter tema, blant annet for å belyse hvor sammensatt situasjonene er. Fra to av fortellingene blir en utfordring valgt ut til diskusjon i klassen. Sekvensen avsluttes med en miniforelesning over en utfordring fra den tredje gruppa: «Pårørende ønsker å vite mer enn pasienten vil fortelle». Denne velges fordi den også er en utfordring i en av de andre fortellingene.

4.2. Egne refleksjoner

Gjennom bildene fra ulike læringssekvenser har jeg presentert ulike måter å bruke fortellingen på. Ingen av fortellingene her står alene. Dette kan noen ganger være hensiktsmessig, fordi fortellingen har et selvstendig budskap. Noen ganger kan det oppleves meningsløst å knytte kommentarer til fortellingen fordi den i seg selv sier mer enn utdyping i form av ord.

I vårt studium er vi opptatt av å dyktiggjøre sykepleiere som skal hjelpe eldre mennesker hvor liv kan være preget av sykdom og lidelse. Sykdom og lidelse er eksisterende og potensielt spesielt i alderdommen, og påvirker

11 Hvilke utfordringer opplever dere i arbeidet med døende pasienter i hjemmetjenesten?

Hvilke utfordringer opplever dere i arbeidet med pårørende til døende pasienter?

Hvilke utfordringer opplever dere i arbeidet med døende pasienter som er innlagt i institusjon?

¹² *En av gruppene skisserte 14 utfordringer relatert til sin fortelling.*

menneskets livsløp. Omsorg og pleie er likeledes menneskelige hendelser som virker inn på og forandrer de involverte.

Arbeid med fortellingen er en form for læring som jeg tror kan bidra til å utvikle begrunnelse av skjønnet eller refleksjon. Innledningsvis sa jeg at studentene har en kompetanse eller identitet som sykepleiere når de kommer til utdanningen. De har med seg kunnskap tilegnet gjennom livet, skolegang, og arbeid som sykepleiere i ulike deler av helsevesenet. Identitet skapes i en kontinuerlig prosess i samspill med mennesker og omgivelser. Slik lærer vi mennesker noe om vår plass i verden, hvem vi er, og hvordan vi blir sett på av andre. Identitetsutvikling og identitetsproblemer kan handle om læring. I videreutdanningen er målet å videreutvikle studentenes fagidentitet ved å styrke de sterke sidene, kompensere for de svake og bidra med ny kunnskap som gjør dem i stand til å oppdage og utvikle seg som sykepleiere. At identiteten er påvirkelig gjør den også til en sårbar størrelse som gjør det påkrevet å vise varhet overfor den andres sårbarhet.

Menneskelige erfaringer er særegne for den enkelte, men har også felles menneskelige elementer. Fellesskap med andre skapes ved at vi deler og utveksler erfaringer. Ved at en alene eller sammen med andre reflekterer over erfaringene kan det skje en læring.

Kirkevold skiller mellom direkte og indirekte (representative) erfaringer. Direkte erfaringer er de vi selv har opplevd i konkrete situasjoner. De er preget av å være levende, påtrengende, følelsesladde og intime. Dersom vi bare skal tilegne oss læring gjennom direkte erfaringer gjør vi begrensede erfaringer. De fleste av våre erfaringer er indirekte eller representative (Kirkevold, 1993). Å dele yrkeserfaringer kan gi oss flere erfaringer.

En form for fortelling som har fått spesiell oppmerksomhet innenfor faget de siste årene, er det Benner og Wrublers (1987) kaller «paradigme cases», eller i Martinsens (1996) termer forbilledlige historier¹³. Paradigme cases er tidligere konkrete situasjoner som praktikerne opplevde som skjellsettende for vedkommende, fordi det på et eller annet vis forandret hennes eller hans oppfatning eller forståelse. Situasjonen utviklet seg ikke slik vedkommende hadde forventet, eller lot seg ikke tolke ut fra praktikerens sin umiddelbare antagelser. Paradigme cases påvirker praktikerens sin yrkeser-

13 Martinsen (1996) sier at Benner og hun begge tar utgangspunkt i den fenomenologiske bevegelse, men at de arbeider med den ulikt. Martinsen arbeider ut fra en filosofisk tenkemåte, for å få fram hverdagerfaringene, mens Benner arbeider ut fra en vitenskapelig forståelse.

faringer i lignende situasjoner. De gir utøveren forståelse av hva som er vesentlige aspekter ved situasjoner av en bestemt type. Som oftest er det slike situasjoner studentene husker.

Benner har foretatt studier av fortellinger samlet i det kliniske felt. Hun har kategorisert fortellingene ut fra deres karakter og skiller mellom 1) konstituerende og 2) korrigerende. Konstituerende fortellinger omhandler situasjoner som tilkjennegir personens forståelse om hva det vil si å være en bestemt type praktiker. Korrigerende fortellinger omhandler læring. De formidler situasjoner som viser betydningen av å være åpen overfor nye erfaringer og lære av feil. De understreker overfor praktikerens hvordan ting bør være, og peker på implikasjoner for praksis. I følge Benner vil denne type erfaringer bidra til å integrere følelser, tanker, perseptuell gjenkjenning og hukommelse. Historien fungerer som en måte å oppdage seg selv på og lære praktikerens å oppføre seg på en bestemt måte.

Martinsen (1996) er opptatt av forbilledlige historier - av «å fortelle fram» det mangetydige og mangfoldige. Hun hevder at fortellingens styrke først og fremst vil være en refleksjon over det som gikk galt, og at en åpent møter de utfordringer og problemer som er i en pleiesituasjon (det Benner kaller korrigerende fortellinger). Martinsen referer til Nigthingale som beskrev læringssituasjoner som forløp uhensiktsmessig. Martinsen vektlegger at fortelling er en form som kan åpne opp for å se situasjonen på ulike måter, fordi formen fremmer oppfinnsomhet og fantasi.

Benner derimot tar ikke spesielt opp det som er felles for mange pleiesituasjoner eller det dagligdage i pleien. Hun er opptatt av avgrensede, kritiske hendelser eller fortellinger om vellykkede forløp. I alle sekvensene arbeidet vi med utgangspunkt i fortellingen. Dette fordi jeg er opptatt av at fortellingen skal bidra til kritisk refleksjon i ettetid. Ikke for å bedømme handlingen, men heller for å bevisstgjøre studenter og lærer(e) i forhold til utøvelse av faget, jamfør det Martinsen (1996) kaller dialog mellom tenkning og handling. Jeg tror at fortellinger med utgangspunkt i studentenes egen yrkespraksis kan bidra til at de lærer noe om hvordan sykdom og lidelse, omsorg og pleie innvirker på menneskene generelt og på dem som hjelpere spesielt. Ved å oppmuntre til å beskrive og fortelle om de relasjoner studentene står i og deres handlinger i pleiehverdagen, vil de få hjelp til å se hvilke verdier, normer, kunnskaper og strukturer pleien bygger på. Dette er en kontinuerlig læringsprosess. Fortellingene har ofte flere dimensjoner. Derfor kan de tolkes og forstås ut fra forskjellige innfallsvinkler. Avhengig av hvilket perspektiv en velger, vil ulike sider ved historien framtre som vesentlig og meningsfulle. De kan omfatte andre former for praktisk kunnskap, slik som sanselige kliniske vurderinger (kliniske blikk) og verdimeslige eller praktisk og moralske forutsetninger for handling i situasjonen (Martinsen, 1996).

I bilde 1 ber jeg om studentenes assosiasjoner. I hele sekvensen beveger vi oss på det konkrete planet. I arbeidet med fortellinger spør jeg ofte etter studentenes assosiasjoner eller hva fortellingene forteller den enkelte. Gjennom disse assosiasjonene eller kommentarene får vi fram studentenes forståelse både av situasjonen og av faget. Å arbeide med fortellingen og egne assosiasjoner kan oppleves avslørende. Fortellingen er personens egen og representerer hans sansing, opplevelse og tolkning av en situasjonen eller relasjon. Eksempelvis har pasienten og hans situasjon gjort inntrykk på fortelleren (sykepleieren/studenten), et inntrykk som fortelleren formidler til tilhørerne gjennom å fortelle hva hun så, hørte, opplevde og følte. Her inngår pasientens livs- og lidelseshistorie. Fortelleren utlegger samtidig sin egen fag- og livshistorie, fordi hun har den med seg inn i situasjonen når hun forsøker å forstå pasienten. Fortelleren sin egen historie er med på å bestemme hva en ser i situasjonen, hva som oppleves vesentlig. Den gir personen både for- forståelse, forståelse i situasjonen og forståelse og erfaring i ettertid.

Å arbeide med fortellingen i pleie- eller yrkesfellesskapet kan bidra til utvidelse av eget og andres perspektiv og eventuelt perspektivskifte. Fordi egen identitet er en sårbar størrelse og påvirkelig på godt og ondt, er det av avgjørende betydning hvordan fortelleren blir møtt med sin fortelling. Dersom klimaet i klassen ikke er rimelig trygt vil det ikke være «lov» å avsløre egne feiltrinn eller svakheter. Måten læreren og medstudentene klarer å motta fortellingen på vil avsløre klimaet i klassen. Ord og handlinger trenger ikke å være i samsvar, vi kan ha et ønske om å være deltagende og lyttende uten å være det. Dersom miljøet ikke er trygt, kan en meget lett komme i den situasjonen at det er bare «helthinnehistorie» (nostalgisk tilbakeblikk) som blir fortalt, det Benner (1984) kaller konstituerende historier. Primært ønsker jeg å arbeide med fortellinger som ikke er ferdig «tygd». Jeg ønsker å få fram det mangetydig, som innebærer utfordringer og problemer, fordi jeg tror at i disse fortellingene ligger et stort potensiale for læring. Dette er bakgrunnen for at jeg ber om fortellinger som har disse elementene, eksempelvis som i bilde 3 og 4.

I bilde 2 har jeg planlagt å starte med en forelesning fordi jeg ønsker at studentene skal ha et felles utgangspunkt før en kritisk drøfting¹⁴ hvor

¹⁴ *Jeg kunne selvsagt valgt en annen arbeidsform som hadde gitt like mye læring, eksempelvis at studentene hadde arbeidet med teorier og modeller selv individuelt og i grupper. Når jeg har valgt forelesninger i flere av læringssekvensene henger dette sammen med at jeg mener at forelesning kan være en god læringsform når abstrakt kunnskap skal formidles. Noen vil hevde at studentene på egen hånd kunne tilegnet seg kunnskapsstoffet individuelt eller i grupper. Dette er jeg enig i, men valget henger også sammen med tidsbruken, da bruk av fortellingen i undervisningen tidkrevende i seg selv.*

både fakta, forståelse, analyse, syntese og vurdering inngår. Jeg ønsker å gå fra det abstrakte til det konkrete, for så å utfordre studentene relatert til faglig ståsted i praksis. I utgangspunktet har jeg bestemt at vi skal bruke fortelling og ha diskusjon i læringssekvensen. Så langt har jeg planlagt. I utgangspunkt har studentene ingen fortellinger. De må hjelpes litt på gli. Når fortellingen som skissert blir fortalt, leder dette til at studentene assosierte til egne fortellinger. I situasjonen kommer studentene med motsetningsfortellinger, dvs en fortelling som illustrerer et annet ytterpunkt. Når dette skjer får vi et nyansert bilde av virkeligheten. Fortellingene rommer slik et repertoar av erfaringskunnskap, i dette tilfelle en rekke pasienteksempler fra eldreomsorgen. Studentenes konklusjon etter sekvensen var at teorier og modeller er en integrert del av utøvelsen av yrket. Fortellingen var virksom og ga studentene et mer nyansert bilde av virkeligheten enn hva utgangspunktet var.

Når assosiasjonene er mange kan en avveining være hvor mange fortellere skal vi slippe til. Skal vi arbeide med en eller flere fortellinger? Dette er avhengig av situasjonen og hvordan den utvikler seg. Gjennom diskusjonen etterpå blir det fokusert på studentenes sykepleieideal og hvordan dette lar seg forene med ulike teorier og modeller i sykepleie.

I bilde 3 velger jeg forelesning som utgangspunkt for læringssekvensen. Deretter har jeg planlagt å bruke fortelling, som jeg har tenkt å arbeide med i klasserommet. I utgangspunktet har jeg ikke bestemt hvordan vi skal arbeide med fortellingen. Jeg har en ide om at det er hensiktsmessig å vise studentene et arbeidsredskap som de kan arbeide etter når de møter etiske problemer/dilemma i praksis. Fortellingen illustrerer ett dilemma som studenten har møtt. Hun har selv tenkt mye på situasjonen og reiser mange spørsmålsstillinger relatert til denne selv. At det blir valgt å arbeide med rollespill er ikke enkelt å forklare. Det ble bare slik fordi jeg opplevde at det var riktig der og da. «Rollespillet» innebar en rekonstruksjon av situasjonen hvor vi opplevde en emosjonell involvering fra aktørenes side.

Martinsen (1994) sier at en hver situasjon har noen typiske trekk ved seg, men at det typiske samtidig kan variere i den spesielle situasjonen. Noe vil alltid være underforstått ut fra situasjonens bakgrunn og hvor det underforståtte leder forståelsen. Gjennom rekonstruksjonen blir det tydeligere hvor forskjellig en kan oppfatte den syke og hans kroppsuttrykk, spesielt når personen har vanskelig for å uttrykke seg, og hvor viktig bakgrunn og det underforståtte er for å forstå den syke. Studenten så at noen spørsmål ikke lenger var aktuelle, samtidig som hun fikk nye spørsmål. Hun sa selv at hun fikk hjelp til å strukturere sine spørsmål. Gjennom arbeidet fikk vi et mer nyansert bilde av pasientens situasjon, tilstand og særtrekk og den kompleksitet som var tilstede i situasjonen, noe blant annet spørsmålene som ble stilt illustrerer (både skifte og utvidelse av

perspektiv). Gjennom analysen så vi hvor mange forskjellige perspektiv en kunne arbeide med fortellingen ut fra. Videre hvor vanskelig, men nyttig det kan være å strukturere diskusjonen om etiske problemer, og hvor forskjellig vi kan se en og samme situasjon. Martinsen (1994) hevder at i fortellingen såvel som i sansingen lever vår faglighet og livsmoral, mon tro om det var det som her kom til uttrykk?

I bilde 4 tar hele sekvensen utgangspunkt i en spørsmålsstilling som de skal konkretisere (fortellingen). Gjennom spørsmålsstillingen rettes blikket mot utfordringer. Slik kan vi se situasjonen på ulike måter. Når vi tar fortellingen inn i klasserommet, deler vi kunnskap og erfaringer med hverandre. I den påfølgende diskusjonen ønsket vi å få fram det mangetydige og mangfoldige. Miniforelesningen til slutt tok utgangspunkt i det konkrete, men viste også det allmenngyldige relatert til situasjonen.

Å bruke studentfortellinger i undervisningen er utfordrende av flere grunner. Undervisningen kan bare til en viss grad planlegges. Læreren og studentene må tåle stor grad av uforutsigbarhet og være villige til å ha mindre kontroll enn om læreren eksempelvis skal forelese over faktakunnskaper, hvor alt kan planlegges til minste detalj. Jeg har erfart at det er en balanse mellom hvor mye eller lite du skal planlegge. For å unngå frustrasjoner som går ut over interessen og læringen for studentene og min egen trygghet som lærer arbeider jeg ut fra en ramme omkring den tilrettelagte læringen. Slike rammer er eksempelvis studentforutsetninger, studiets mål, temaet i studieplan, timeplan og timeantall som var avsatt. Videre klargjør jeg for studentene hva jeg har planlagt. Jeg understreker at dette er rammer, men at vi har stor frihet innenfor disse. Dette fordi jeg tror undervisningen kan bli «prat» dersom en ikke på forhånd har klargjort noen rammer. Undervisning er en form for praksis, og jeg tror Schön (1983) har rett når han sier at det ikke alltid er like lett å gjøre rede for hvordan en tenker mens en handler. Å bruke fortelling fordrer at en tør å eksperimentere. Læringssituasjonen er foranderlig, både student og lærer er forhåpentligvis engasjerte i situasjonen og påvirker den gjennom sin tilstedeværelse og deltagelse. I en situasjon er det kanskje på sin plass å stoppe opp i undervisningssekvensen og reflektere sammen med studentene over hva som skjer nå og hvordan undervisningen skal fortsette. For at dette skal skje fordrer det en åpenhet og tillit mellom student og lærer. Andre ganger er det riktig at lærere tar ansvaret for hvordan den tilrettelagte læringen gjennomføres.

Jeg har vist ulike måter å bruke fortellinger på i den tilrettelagte læringen. Fortellingen kan selvsagt også brukes på andre måter, eksempelvis i veiledning, i studentoppgaver o.l. Det er bare vår egen fantasi som her vil kunne være en hindring.

På tampen vil jeg gi noen advarsler dersom en bruker fortellingen i undervisningen. I helsefaglige utdanninger vil noen av de temaene en berører ligge nært opp til studentenes hverdagsliv. En grenseoppgang mellom det faglige, personlige og det private er nødvendig slik at private betroelser ikke blir i fokus. En annen advarsel i samme gata er at fortellingene kan bli sentimentale. I det legger jeg at fortelleren blir så opptatt med egne følelser at en glemmer pasienten og situasjonen som en skal berette om. Et tredje moment er anonymisering. Hva dette innebærer og hvordan anonymisering kan gjøres, bør etter mitt skjønn gjøres til tema. Dersom en ikke er bevisst til hva og hvordan en bruker fortellingen er det grunn til å tro at den bare vil kunne bli et nostalgisk tilbakeblikk hvor en gjør fortiden mer idyllisk enn den var. I så måte vil fortellingen bli tilslørende og ikke avdekkende.

Har fortellingen noe å bidra med for å dyktiggjøre praksisutøvere? Jeg tror det, fordi fortellingene er en form som passer til fagets egenart. Formen skaper også umiddelbar kontakt mellom budskap og tilhørere. Den skaper rom for engasjement og forståelse som abstrakte strukturer mangler. Ved et sterkt fokus på fortelling i den tilrettelagte læringen er det også på sin plass å advare mot en teorifiendtlighet. Etter mitt skjønn har vi bruk for ulike kunnskapsformer i sykepleie og bruk av fortellinger er bare en av mange måter å arbeide med sykepleie og sykepleiekunnskap på. Jeg er enig med Kirkevold (1993) som sier at fortellingen kan være et redskap som kan hjelpe praktikerne med spørsmål som: Ivaretar fortellingen på en tilfredsstillende måte de verdier og normer som holdes høyt innenfor faget? Peker historien på nye løsninger på gamle problemer? Holder løsningene mål ved en kritisk granskning?

LITTERATURLISTE

Alvsvåg, H (1978); Hvordan organisere pasientrettet sykepleie? I: *Tidsskr Sykepleien*, 65(5):264-259

Benner, Å (1984); From novice to expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Addison-Wesley Publishing company

Benner, P. & J. Wrubler (1987); *Skilled Clinical Knowledge*, New York

Elstad, I (1987); Å stø opp om naturprosessane. En filosofisk studie av gangen frå sjukdom til pleie og omsorgsansvar, Magistergradsavhandling, ISV, Universitetet i Tromsø

Elstad, I & T. Hamran (1995); Et kvinnefag i modernisering: sykepleien mellom fagtradisjon og målstyring, Ad. Notam Gyldendal, Oslo

Fjelland, R (1997); *Hva bør vi vite om vitenskap og teknologi?* Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen, Bergen

Fjelland og Gjengedal (1995); Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for sykepleiere, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Hamran, T (1986); *Den tause kunnskapen*, Universitetsforlaget, Oslo

Hamran, T (1991); Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske tenkemåten, Gyldendal Norsk forlag

Johannesen, K.S (1988); Tanker om tyst kunnskap i *Dialog*, nr 6

Martinsen, K (1994); Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien, Tano

Martinsen, K (1989); Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk filosofisk, Tano forlag, Oslo

Martinsen, K (1979); Omsorgens filosofi, I *Tidsskr. Sykepleien*, 69(9):4-10,25

Martinsen, K (1975); *Sykepleie og filosofi: et fenomenologisk og marxistisk bidrag*, Universitetet i Bergen, Filosofisk institutt, Bergen

Martinsen, K (1996); *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*, Tano Aschehoug, Oslo

Nightingale, F (1979); *Notes on Nursing, What it is, and What it is not*, Dover Publications inc. New York

Nordenstam, T (1992); *Fra kunst til vitenskap*. Sigma forlag, Bergen

Kirkevold, M (1993); "Fortellingens plass i sykepleiefaget" I Marit Kirkvold (red); *Klokskap og kyndighet*, Ad. Notam Gyldendal

Kirkevold, M (1992); *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*, Ad. Notam Gyldendal, Oslo

Knudsen, L.B (1994); Primærsykepleiemodellen. En analyse av sentrale begrep og målrealisering i forhold til tradisjonelle trekk ved sykepleiearbeid, Hovedoppgave i sykepleievitenskap, ASV - Universitetet i Tromsø

Schøn, D (1983); *The Reflective Practitioner, How Professionals Think in Action*, New York

Skaar,S (1983); Rapport pågår. Vennligst ikke forstyrr. En arbeidsorganisering moden for utskifting, *Rapport 5/1983*, Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim

Skaalvik, M.W (2001); Sykepleiestudenten – i spenningsfeltet mellom teori og praksis. Om skriveprosessen som læringsredskap. Hovedoppgave i pedagogikk/skoleforskning. Institutt for pedagogikk, Universitetet i Tromsø, 2001.

Studieplanen (1995) Videreutdanningen i eldreomsorg, Avdeling for helsefag, Høgskolen i Tromsø

LIV-BERIT KNUDSEN

«Æ har nokka å fortell»

Å arbeide med studentenes egne yrkesfortellinger

Rapporten «Æ har nokka å fortell» – å arbeide med studentenes yrkesfortellinger – er et resultat av et utviklingsprosjekt ved Videreutdanningen i eldreomsorg. Den omhandler hvordan studenter og yrkesutøvere kan bruke «yrkesfortellinger» som en arbeidsform.

Forfatteren beskriver og reflekterer over egne kunnskaper og erfaringer. For å bli en dyktig sykepleier trengs ulike kunnskaps- og arbeidsformer. Yrkesfortellinger er en unik form fordi den gir tilgang til andres erfaringer og kunnskaper. Den egner seg spesielt når en skal reflektere over ferdighets- og fortrolighetskunnskap.

Forfatteren presenterer fire «bilder» fra ulike læringsseksjoner der fortellinger inngår, og illustrerer hvordan fortellinger kan brukes, og hva som kan læres. Spørsmål relatert til noen forutsetninger og utfordringer berøres. Til sist pekes det på noen «advarsler» ved bruk av fortellingen i undervisningen.

Rapporten henvender seg studenter og lærere innen profesjonsutdanninger rettet mot helsevesen, skole og barnehage, samt til yrkesutøvere innen disse sektorer.



Forfatteren er sykepleier med embetseksamen i sykepleievitenskap. Hun arbeider som høgskolelektor ved HITØ, Avdeling for helsefag og er prosjektleder sammen med Toril Agnete Larsen i Undervisningssykehjemsprosjektet i Tromsø. Larsen og Knudsen avslutter høsten 2001 et prosjekt om bruk av videokonferanse i desentralisert utdanning. Sommeren 2001 avsluttet Knudsen et prosjekt som innebar å lage en plan for den pedagogiske virksomheten ved Sykepleierutdanningen.