

## Undervisningskommune i skolehelsetjeneste

Delt kunnskap mellom helsesøsterstudenter i  
utdanning og helsesøstre 2011 – 2013

Anne-May Teige





Anne-May Teige

**Undervisningskommune i skolehelsetjeneste  
Delt kunnskap mellom helsesøsterstudenter i  
utdanning og helsesøstre 2011 – 2013**

© 2017 Anne-May Teige

Høgskolen i Sørøst-Norge  
Porsgrunn, 2017

Skriftserien fra Høgskolen i Sørøst-Norge nr. 19/2017

ISSN: 2464-3505 (Online)

ISBN: 978-82-7206-461-6 (Online)



Utgivelser i publiseres som Creative Commons\* og kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift. Navn på utgiver og forfatter(e) angis korrekt. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.no>

## Forord

I dette prosjektet deltok alle ansatte helsesøstre i tre kommuner og studentene ved helsesøsterutdanningen. Ledelsen i kommunen og prosjektleder fra Høgskolen så det som hensiktsmessig å organisere en arbeidsgruppe for å drive arbeidet fremover. Den bestod av prosjektleder fra høgskolen og ledende helsesøster fra hver av de tre kommunene som deltok i prosjektet. Vi ønsket å sikre kommunikasjonen med helsesøstrene i praksisfeltet ved at ledende helsesøster informerte om prosjektet og fikk tilbakemeldinger på personalmøtene. Studentene kull 2011 – 2013 hadde ingen representanter i arbeidsgruppen. Gruppen har hatt fire møter hvor de planla intervensjonen i prosjektet. Dernest har gjennomføringen blitt evaluert i møtene opp mot prosjektets mål.

Prosjektleder Anne May Teige har ansvar for rapporten. Kommunenes representant Anne Marie Styrvold administrerte skjema med åpne spørsmål til helsesøstrene i kommunen og samlet inn data fra praksisfeltet. Begge har deltatt i utformingen av skjema i samarbeid med professor Rob Bongaardt, Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN.) En stor takk rettes til professor Solveig Hauge som har veiledet i skriveprosessen.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1.	Forskningsspørsmål .....	1
<b>2.</b>	<b>Beskrivelse av et utviklingsprosjekt .....</b>	<b>2</b>
2.1.	Punktpraksis .....	2
2.2.	Teoretisk undervisning til helsesøstre i praksisfeltet .....	3
2.3.	Organisering .....	3
2.4.	Finansiering .....	4
<b>3.</b>	<b>Teoretisk grunnlag.....</b>	<b>4</b>
3.1.	Teoretiske perspektiver på læring i praksis .....	4
3.2.	Modeller for læring og kunnskapsutvikling .....	5
3.2.1.	Seki – modellen etter Nonaka & Takeuchi (1995) .....	6
<b>4.</b>	<b>Metode .....</b>	<b>8</b>
4.1.	Utvalg .....	8
4.2.	Beskrivelse av datainnsamlingsverktøyet .....	8
4.3.	Datainnsamling .....	9
4.4.	Analyse .....	9
4.5.	Validitet .....	11
4.6.	Utvalg .....	12
<b>5.</b>	<b>Presentasjon av funn.....</b>	<b>12</b>
5.1.	Positiv fortelling fra helsesøster om prosjektet.....	12
5.2.	En kritisk fortelling om prosjektet .....	14
5.3.	En fortelling fra studentene .....	15
5.4.	Overordnet fortolkning av fortellingene .....	17
<b>6.</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>17</b>
6.1.	Kan valg av læringsmodell bidra til gjensidig læring?.....	17
6.2.	Administrative utfordringer.....	20
<b>7.</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>21</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>23</b>

## 1. Innledning

I helsesøsterutdanningen, som i andre profesjonsutdanninger, er diskrepansen mellom teori og praksis en kontinuerlig utfordring. Dette er også beskrevet i stortingsmeldingen, Utdanning for velferd (Utdanningsdepartementet, 2011). Meldingen legger vekt på at undervisningsinstitusjoner bør levere kunnskap som samfunnet trenger. Det kan bety en større integrering av teori og praksis. Hvilket igjen kan lede til økt samarbeid mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonen som kan bidra til å utveksle og utvikle kompetanse. Videre argumenteres det for en vekselvirkning mellom teori og praksis i studiene. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglige høyere utdanning: Praksisprosjektet (Universitets- og høyskoleråd 2016) omtaler kvalitet i studiene og fremhever studentenes læringsutbytte i studiet. Hvilken kunnskap skal studentene sitte igjen med etter endt studie og hva skal de måles på. Både stortingsmeldingen og kvalitetsrammeverket mener læringsutbyttene i studiene må henge sammen med velferdsstatens behov for kunnskap. For å få dette til bør læringsutbyttene for teoristudier og praksisstudier henge sammen. Dette fordrer et tett samarbeid mellom høgskolen og praksisfeltet. I prosjektet «undervisningskommune i skolehelsetjeneste» har vi forsøkt å organisere praksisstudier i helsesøsterfaget slik at læringen henger sammen for studentene, og samtidig kan bidra til læring i praksisfeltet. Vi ønsket å organisere praksisstudier slik at det kunne bli et felles faglig utbytte for studenter og helsesøstre i kommunen.

Denne rapporten redegjør for prosjektet «Undervisningskommune i skolehelsetjeneste. – Delt kunnskap mellom helsesøsterstudenter i utdanning og helsesøstre 2011 – 2013»). Helsesøstrene og studentene som har deltatt har gitt tilbakemelding via et skjema med åpne spørsmål. En arbeidsgruppe bestående av lærer fra Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN) og ledende helsesøstre i de tre kommunene, har kontinuerlig evaluert gjennomføring av arbeidskrav og seminarer. Foreliggende rapport er en tilbakemelding til oppdragsgivere; kommuneledelsene og instituttleder ved daværende Institutt for helsefag ved HSN. Det er også en evaluering av prosjektet.

### 1.1. Forskningsspørsmål

Dette prosjektet forsøkte å utvikle noe mer enn en tradisjonell student og veiledersrolle, hvor studentene er mottakere og helsesøster i kraft av å bli definert som ekspert blir giver. Ønsket var å

skape en læringsarena for gjensidig læring for helsesøstre i praksisfeltet og studentene. Den overordnede problemstillingen for rapporten blir om man gjennom prosjektet klarte å skape en arena for felles læring.

Forskningsspørsmålet er: Hvilke faktorer har betydning for at helsesøstrene i praksis og helsesøsterstudentene erfarer gjensidig felles læring?

Hensikten er å identifisere faktorer som bør være tilstede for å oppnå utveksling av kunnskap i en praksissituasjon.

## **2. Beskrivelse av et utviklingsprosjekt**

I dette prosjektet er det prøvd ut en intervensjon for å bedre utveksling av kunnskap i forbindelse med helsesøsterstudentenes læring i praksis. Intervensjonen i prosjektet bestod av to tiltak, det ene var å gi studentene fire dager med «punktpraksis» i kommunens skolehelsetjeneste. Det andre var å tilby teoretisk undervisning til helsesøstrene i praksisfeltet.

### **2.1. Punktpraksis**

Punktpraksis vil si at studentene hadde fire enkeltdager i kommunene sammen med helsesøstre, for å fokusere på en ferdighet innenfor praksis. En ferdighet studentene skulle beherske etter endt utdanning. I dette tilfelle ble vaksinerings av skolebarn, helseopplysning i klasse, individuelle samtaler med ungdom og test av syn og hørsel valgt. Til sammen fire dager fordelt utover studieåret. Dagene ble plassert ut fra høyskolens plan for teoriundervisning og helsesøsters plan for gjennomføring av denne ferdigheten i kommunens skoler. Teorikunnskap for hver ferdighet var da gjennomgått før studentene gjennomførte praksis. Målet var at gjennom et stramt fokus på en ferdighet, ville helsesøster og student prioritere samtale og refleksjon med hverandre i etterkant av eller underveis i ferdighetstreningen. Prosjektet gav ingen føringer for hva i ferdigheten det skulle reflekteres om, det var opp til student og helsesøster å sette sin kunnskap i spill for refleksjon. Etter endt punktpraksisdag leverte studenten dokumentasjon på tilstedeværelse som også inneholdt hva helsesøster og student hadde snakket om i refleksjonen.

## **2.2. Teoretisk undervisning til helsesøstre i praksisfeltet**

Teoretisk undervisning til helsesøstrene i praksis var også et viktig tiltak i prosjektet. Høyskolen bidro med kunnskap til helsesøstre i det aktuelle praksisfeltet gjennom tilbud om deltakelse i relevante fagdager og forelesninger sammen med lærere og studenter. Seminarene var ment som en arena hvor studenter, lærere og helsesøstre i praksis kunne møtes for faglig å lære hverandre å kjenne. Gjennom spørsmål og svar i plenum og faglige diskusjoner i pauser ønsket vi å lage en arena for å lære av hverandre. Hensikten var å oppnå gjensidig læring for studenter og ferdig utdannede helsesøstre.

Det ble gjennomført tre faglige seminarer. Disse hadde tema om å forstå anerkjennende relasjoner, Barns utvikling og livssituasjon og Epigenetikk.

## **2.3. Organisering**

### *Arbeidsgruppe*

En arbeidsgruppe ble satt sammen for å drive arbeidet fremover. Den bestod av prosjektleder fra høyskolen og ledende helsesøster fra hver av de tre kommunene som deltok i prosjektet. Studentene kull 2011 – 2013 hadde ingen representanter. Gruppen har hatt fire møter hvor planlegging av studentenes ferdighetstrening har hatt fokus. Dernest har gjennomføringen av punktpraksis blitt evaluert i møtene opp mot prosjektets mål. Kommunikasjonen med helsesøstrene i praksisfeltet ble ivaretatt ved at ledende helsesøster informerte og fikk tilbakemeldinger fra helsesøstrene på personalmøtene.

Prosjektleder Anne May Teige har ansvar for rapporten. Sammen med prosjektmedarbeider Anne Marie Styrvold fra Larvik kommune ble det samlet inn data fra praksisfeltet og studentene. Begge har deltatt i utformingen av datainnsamlingsverktøy i samarbeid med professor Rob Bongaardt (HSN.) Teoretisk undervisning til helsesøstrene i praksis var også et viktig tiltak i prosjektet. Høyskolen bidro med kunnskap til helsesøstre i det aktuelle praksisfeltet gjennom tilbud om deltakelse i relevante fagdager og forelesninger sammen med lærere og studenter. Seminarene var ment som en arena hvor studenter, lærere og helsesøstre i praksis kunne møtes for faglig å lære hverandre å kjenne. Gjennom spørsmål og svar i plenum og faglige diskusjoner i pauser ønsket vi å lage en arena



for å lære av hverandre. Hensikten var å oppnå gjensidig læring for studenter og ferdig utdannede helsesøstre.

## **2.4. Finansiering**

Prosjektet ble finansiert gjennom høyskolens samarbeidsmidler. Samarbeidsmidler er midler høyskolen fordeler til prosjekter, der høyskole og praksisfelt samarbeider om kvalitetsutvikling av helse- og sosialfaglige praksisstudier.

## **3. Teoretisk grunnlag**

Erfarne helsesøstre har opparbeidet seg en type taus kunnskap som det er vanskelig, for ikke å si umulig for studenter å tilegne seg via undervisning på skolen. Det er også krevende for den enkelte helsesøster å sette ord på det hun faktisk gjør, når hun kan det så godt at handlingen er automatisk. Samarbeid med studenter kan føre til at helsesøstre må sette ord på det de gjør. Dette kan bidra til at denne kunnskapen blir synlig. Dette kan gi mulighet for at taus kunnskapen kan deles med kollegaer og studenter, fordi den ikke lenger er taus.

### **3.1. Teoretiske perspektiver på læring i praksis**

Det er flere teorier om hvordan en best kan tilegne seg kunnskap. Flere av teoriene som er relevante for læring i praksis bruker begreper som taus kunnskap, skjult kunnskap, automatiserte handlinger eller situert læring (Irgens 2011, Freidson 2001, Skårderud & Isdahl 1998). Dette er et mye diskutert begrep i litteraturen og i profesjonsteoriene. Diskusjonen om «Taus kunnskap» tangerer også diskusjonen om skjønn (Kirkebøen 2013) I denne rapporten diskuterer vi ikke begrepet, men beskriver begrepet slik det er brukt i prosjektet.

Irgens (2011) snakker om «den tause kunnskapen». Kunnskap som er sammenvevet med erfaringer i praksis og er vanskelig å sette ord på. Den kan læres gjennom å ta del i det praktiske arbeidet. Skårderud & Isdahl (1998) snakker om «den skjulte kunnskapen». De mener det er kunnskap profesjonsarbeidere opparbeider seg gjennom praktisk arbeid, og dannes gjennom erfaring, kunnskap og brukermedvirkning. Her har de støtte av Freidson (2001), som diskuterer ferdigheter og taus kunnskap. Den tause kunnskapen er i det daglige arbeidet ofte ubevisst for

profesjonsarbeideren. Det ansees som viktig at den med jevne mellomrom blir omtalt og diskutert, for på den måten kan profesjonsarbeideren bli bevisst denne type kunnskap. Helsesøstre, i likhet med andre profesjoner, benytter «den tause» eller «skjulte» kunnskapen i praktiske handlinger og når de foretar vurderinger i konsultasjoner, samtaler og observasjoner av og med foreldre og barn. Således er denne type kunnskap med på å bidra til valg av tiltak/handlinger. En måte å få skjult eller taus kunnskap frem på er å sette ord på den i diskusjon og refleksjon med kollegaer og andre fagfolk (Freidson 2001, Skårderud & Isdahl 1998).

Videre i rapporten benyttes Irgens og Freidson sitt begrep «taus kunnskap». Irgens (2011) mener at hvis profesjonsarbeideren, i dette tilfelle helsesøster, tar den tause kunnskapen opp til diskusjon med jevne mellomrom, kan det bidra til en faglig utvikling. Dette kan skje ved at praksisen blir synlig og kan da vurderes opp mot ny kunnskap og kan evt. endres ved behov. Videre mener både Irgens (2011) og Freidson (2001) at taus kunnskap kan læres, ved at man tar del i et arbeidsfellesskap. Helsesøsterstudenter kan få del i taus kunnskap under arbeidsfellesskapet med helsesøster gjennom praksisstudier. En annen måte å framstille praksisbasert læring på er framstilt i teorien om situert læring. Situert læring er et begrep hvor kompetanseutvikling skjer ved deltakelse i et arbeidsfellesskap med erfarne og kompetente medarbeidere (Lave og Wenger 1991). Helsesøsterstudentene er utdannede sykepleiere med flere års erfaring som sykepleiere. Det kan gjøre dem til gode refleksjonspartnere i faglige spørsmål (Benner, Sutphen, Leonard & Day 2010). Når helsesøster reflekterer sammen med helsesøsterstudentene over arbeidsoppgavene og situasjonene som oppstår i praksis, kan helsesøster få en mulighet til å sette ord på den tause kunnskapen. Fordi kunnskapen blir bevisst når helsesøster setter ord på den, kan den deles med andre. Dette kan gi en gjensidig læring for helsesøster, hennes kollegaer og helsesøsterstudenter. Det er denne type læring vi ønsker å utforske i dette prosjektet. For at praksisbasert læring skal bli kompetansehevende for begge parter bør helsesøsters fagtradisjoner, yrkesutøvelse og erfaringer settes i spill med studentenes kunnskap og livserfaringer.

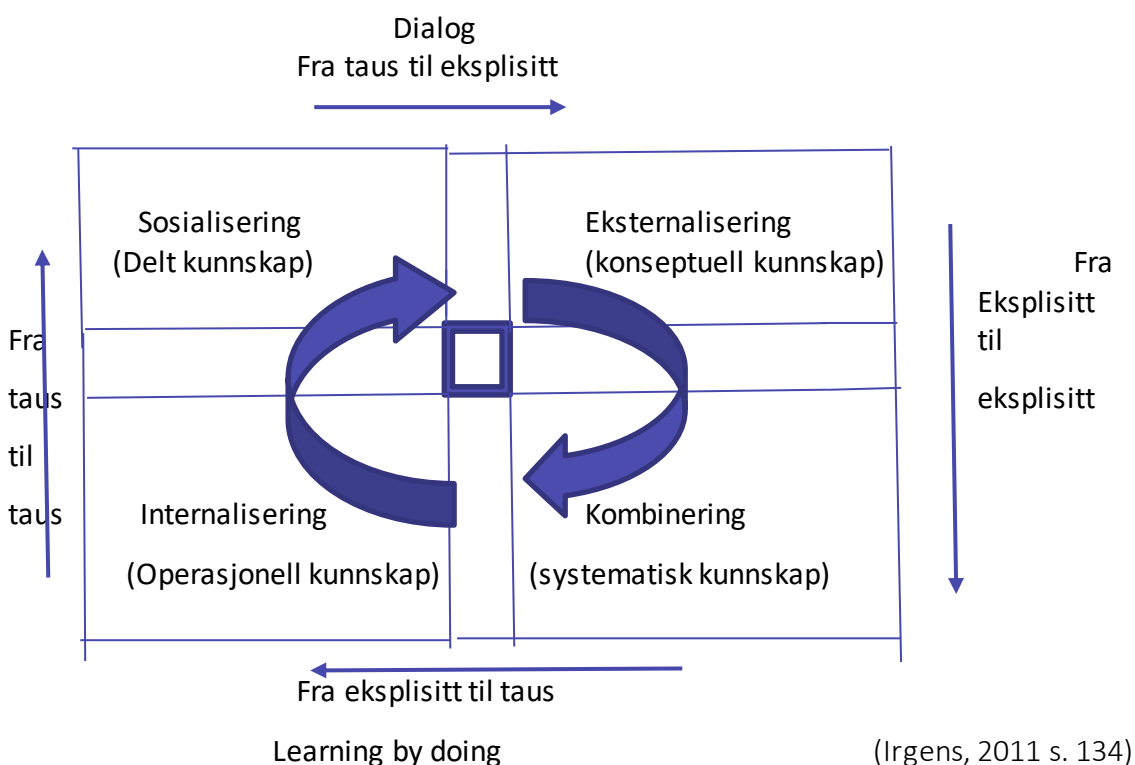
### **3.2. Modeller for læring og kunnskapsutvikling**

Det finnes flere modeller for læring i praksis. I dette prosjektet er Seki- modellen valgt. Modellen synliggjør læring som en kontinuerlig sirkulering mellom taus og eksplisitt læring, hvilket gjør denne modellen egnet for å kunne svare på problemstillingen i dette prosjektet.

Irgens (2011) bruker Seki – modellen når han vil vise og beskrive hvordan det er mulig å arbeide med dette i praksis. Når man kan noe svært godt vet man ikke alltid hva det er man gjør og da er det vanskelig å sette ord på. Når helsesøster ved det første hjemmebesøket til foreldre med nyfødt barn opparbeider kontakt, tillit og gir ro til familien er det vanskelig å skrive ned hvordan og hva hun gjør. Det er altså vanskelig å få tak i denne ekspertisekunnskap i eksternalisert form, som skrevet tekst. For å få tak i kunnskapen må den ifølge Irgens deles i en sosialiseringsprosess hvor man lærer gjennom å ta del i det praktiske arbeidet.

### 3.2.1. Seki – modellen etter Nonaka & Takeuchi (1995)

For å vise hvordan kunnskap kan utvikles og deles i et arbeidsfellesskap ble Seki – modellen utviklet. Modellen består av fire firkanter som illustrerer fire faser. Og navnet på modellen er forbokstaven til hver av fasene i modellens leseretning.



*Fase 1: Sosialisering.* Det er prosessen hvor taus kunnskap deles gjennom samhandling i praksis. Det må altså skapes en arena hvor taus kunnskap kan deles (bli delt kunnskap) gjennom en

sosialiseringsprosess. Når for eksempel helsesøsterstudenten og helsesøster har et felles hjemmebesøk hos nybakte foreldre vil dette kunne fremstå som en arena for samhandling. Likeledes når helsesøster tar med studenten for å vaksinere elever i en skoleklasse. De har en arena hvor studenten kan jobbe sammen med helsesøster, for å lære av det den erfarne helsesøster gjør. Studenten vil også kunne stille spørsmål til helsesøster som da må sette ord på det hun faktisk gjør. Dette skjer oftest i etterkant av det praktiske arbeidet.

*Fase 2:* Eksternalisering, eller «å gjøre kunnskapen tilgjengelig for andre» blir da neste steg. For å formulere kunnskapen slik at den kan bli eksplisitt kreves det dialog. Man må også ha en arena for å reflektere sammen, sette ord på det man faktisk gjør. Helsesøsterstudenten og helsesøster kan bruke veiledningstid og tid til refleksjon som en arena. Gjennom dialog og refleksjon kan den tause kunnskapen oversettes i ord og bli tilgjengelig for andre. Den individuelle kunnskapen blir gruppekunnskap i form av fortellinger, begreper, modeller eller metaforer. Den blir kjent for helsesøsterstudenten, tydeligere for den som artikulerte sin tause kunnskap og kanskje andre helsesøstre. Skal det bli tilfelle bør det tilrettelegges en arena for at helsesøstre kan dele seg imellom, for eksempel i dialogen på personalmøter. Det er nå muligheter for å ha oppnådd konseptuell kunnskap.

*Fase 3:* Kombinering. I denne fasen blir kunnskapen personliggjort og systematisert. Hvis det er behov for å systematisere den eksternaliserte kunnskapen inn i prosedyrer eller kvalitetssikringssystemer trengs det en kombinering. Begrepene innarbeides i et mer komplekst system gjennom sortering, kodifisering, tilføyelser, kombinering og kategorisering. Dette for å systematisere kunnskap. Hvis denne kunnskapen skal bli nyttig for praksis må den operasjonaliseres og ikke forbli statisk. Dette kan man få til gjennom et fjerde steg, her omtalt som siste fase i modellen.

*Fase 4:* Internalisering i praksis. Dette kan skje ved «learning by doing» altså internalisere kunnskapen slik at den blir en del av den enkelte helsesøster igjen. Studenten har fått del i den tause kunnskapen gjennom praksisstudier, og kan ta dette med tilbake til klasserommet. Det er helsesøster som er i sirkelen og lar sin kunnskap bli taus igjen. Ved å fortsette «å gjøre» i praksis er kunnskapen blitt operasjonell kunnskap, som er en del av det erfaringsbaserte handlingsrepertoaret, og dermed er den i ferd med å bli taus igjen.

*Oppsummering av modellen.* Modellen fremstår gjennom disse fire fasene som en sirkel. Kunnskap går fra taus til taus igjen. Hvilket vil si at det alltid vil være taus kunnskap i kollegiet. Hvis helsesøstre velger studentarbeidet som en arena til sosialisering, vil det kunne stimulere til at denne prosessen kan bli en måte å dele kunnskap. Da det på ny kan bli behov for å dele den tause kunnskapen når nye studenter kommer til arbeidsplassen. Praksis kan så dele taus kunnskap, som ikke er taus lenger, i personalgruppen. Sirkelen er sluttet når helsesøstre tar ny kunnskap i bruk og den går tilbake til å bli taus igjen. Sirkelen vil da bli en modell for å kvalitetssikre kunnskap. For på dette tidspunkt vil man være tilbake i den første firkanten av modellen.

Gjennom prosessene i de fire fasene av modellen kan den tause kunnskapen bli nyttig for helsesøstre sin arbeidsplass. Det kan gi mulighet for å utarbeide prosedyrer, skriftlige rutiner og for å bygge opp felles arbeidsrutiner. Det kan også gi studentene god mulighet for å vurdere og tilegne seg erfaringsbasert kunnskap.

## **4. Metode**

Det ble valgt en kvalitativ tilnærming for å få kjennskap til hvordan helsesøstre og studenter i prosjektet opplevde mulighetene for å lære av hverandre.

### **4.1. Utvalg**

Et strategisk utvalg av helsesøstre og studenter deltar i undersøkelsen. Helsesøstre i barne- og ungdomsskolen i samarbeidende kommuner og helsesøsterstudentene i kull 2011 – 2013. Det ble delt ut skjema med åpne spørsmål til 37 studenter og 35 helsesøstre.

### **4.2. Beskrivelse av datainnsamlingsverktøyet**

Informantene fikk tilsendt skjema med tematiske spørsmål som de skulle besvare skriftlig. To skjema ble utformet, et til studenter og et til helsesøstre i kommunene. Skjemaene hadde samme tema, men noe ulikt formulert. Helsesøstre ble spurt hvordan de opplevde å dele sin yrkeserfaring med studenten og studentene ble spurt om hvordan de opplevde at veileder delte sin

erfaringskompetanse med studenten. Øvrige spørsmål i skjema berørte følgende tema: informasjonsflyt i prosjektet, nytte og utbytte av fellesseminar og studentenes faglige forberedthet til de ulike punktpraksisdagene. Skjema for innsamling av data i kvalitative undersøkelser er ifølge Malterud (2017) en vanskelig øvelse. En betingelse for at det skal gi mening er åpne spørsmål. Det var utfordrende å bestemme seg for hvor mye plass man skal sette av til svaret. To linjer gir ikke mening, samtidig som en hel side kunne virke uoverkommelig på informanten. Det ble satt av ca.10 cm ved hvert spørsmål slik at informanten kunne bruke sine egne ord for å uttrykke seg. Det ble gitt rom for at informantene skulle brukte mer plass, for eksempel i form av et eget ark i tillegg om de ønsket det.

### **4.3. Datainnsamling**

Skjema med åpne spørsmål ble sendt på mail til ledende helsesøster i kommunene og fordelt derfra til 35 helsesøstre som hadde deltatt i prosjektet. Ledende helsesøstre er aktive i arbeidsgruppen og hadde den nødvendige innsikt i prosjektet og undersøkelsen til å informere deltakerne ved utsendelse av skjema. Det kom inn svar fra 25 helsesøstre, hvorav et skjema var felles svar fra seks helsesøstre ved et familiesenter. Dette skjema ble regnet som ett svar, og det kom dermed 19 svarskjema. Svarene ble sendt på mail tilbake til ledende helsesøster som sendte dem videre til prosjektmedarbeider. Flere av helsesøstrene hadde benyttet anledningen til vedlegg. Materialet utgjorde totalt 40 sider tekst.

Det deltok 37 studenter i prosjektet. De besvarte skjema i studietiden og det kom inn 13 skjema I tillegg har vi benyttet dokumentasjonsskjema fra studentene som ble utfylt etter hver ferdighet. Dokumentasjonsskjema beskrev hva refleksjonene/samtalene etter øvelse i vaksinerings av skolebarn, helseopplysning i klasse, individuelle samtaler med ungdom og test av syn og hørsel handlet om. Det er 37 dokumentasjonspapirer x 4 ferdigheter. Dokumentasjonsmaterialet fra studentene utgjorde 148 sider tekst. Det totale mengde tekst var 188 sider tekst.

### **4.4. Analyse**

Datamaterialet ble analysert og bearbeidet gjennom systematisk tekstkondensering. Analysen er inspirert av Malterud sine 4 stadier;

1. Å få et helhetsinntrykk

2. Å identifisere meningsbærende enheter
3. Sette faglig perspektiv på de meningsbærende enhetene
4. Sammenfatte betydningen av dette. (Malterud 2017 s. 100)

Analysearbeidet ble gjennomført av prosjektleder og prosjektmedarbeider. Vi startet hver for oss med å lese gjennom svarene fra helsesøstrene og studentene sine skjema med åpne spørsmål for å danne oss et helhetsbilde av materialet. I tråd med Malterud sine prinsipper forsøkte vi å holde forforståelse og etablert kunnskap i bakgrunnen. I denne fasen var helheten viktigere enn detaljene for at vi kunne være åpne for hva datamaterialet formidlet. Inndelingen i skjema/intervjuguiden gav en umiddelbar tematisering av svarene. Hvilken informasjon helsesøstrene og studentene hadde fått om prosjektet, var studentene forberedt til de ulike praktiske øvelsene, hva reflekterte helsesøster og studenten om og hvilket utbytte hadde de av felles seminarene. Ved å lese svarene med spørsmål som hva er informantene opptatt av her, kunne vi begge identifisere tydelige negative og positive svar fra helsesøstrene sine skjema. Det var få nyanser.

For å ivareta åpenheten til materialet møttes vi for å diskutere forforståelsen slik at den ble synlig for oss. Med dette forsøkte vi å sikre at vi ikke overså nyanser i materialet, men at det faktisk var klare positive eller negative besvarelser. Vi oppdaget at data av denne typen via skjema gav en ekstra utfordring i analysearbeidet. Da vi ikke hadde mulighet for å stille utdypende spørsmål til informantene. Dette krever, ifølge Malterud, at man følger stadier for kvalitativ analyse meget oppmerksomt (Malterud 2017).

I andre trinn leste vi hele teksten en gang til for å danne meningsbærende enheter. Disse ble organisert og sortert etter tema og kodet. Fordi det var lite nyanser i materialet ble all tekst relevant og delt i meningsenheter.

I trinn tre forsøkte vi å hente ut mening i de meningsbærende enhetene som vi klassifiserte og kodet i trinn to. Det forble tydelige meninger i materialet om negative og positive erfaringer. Og studentene sine meninger kunne knyttes opp mot helsesøstrene sine tydelige meninger.

I trinn fire sammenfattet vi hva datamaterialet fortalte oss, gjennom å konstruere tre fortellinger. Begrunnelsen for dette er at vi valgte å gi tilbakemelding til informantene ved å legge frem en positive og en kritiske fortelling fra helsesøstrene i praksis, da dette ville ivareta anonymiteten i større grad

enn ved sitater. Studentenes anonymitet kunne ivaretas gjennom å sammenfatte tilbakemeldingene i en fortelling.

Dokumentasjons skjema som studentene hadde skrevet etter hver ferdighetstrening støttet opp om de data som intervju-skjema gav. Da de var tydelige på hva studenter og helsesøstre hadde reflektert eller ikke reflektert sammen om.

Ved å konstruere helsesøster Lise som helsesøster i vårt empiriske materiale, kunne vi fremsette positive og kritiske funn og bevare anonymiteten til informantene på en god måte. Likeledes kunne studentenes stemme bli hørt gjennom student Inger, uten å identifisere stedet studentene hadde praksis. En kan i vårt materiale lese helsesøstrene sine meningsbærende enheter som en positiv og en kritisk fortelling. En positiv og en kritisk fortelling basert på funn i undersøkelsen (Tangvald-Pedersen og Bongaardt 2011). Studentenes fortelling er nyansert og preget av hvilken kommune de hadde praksis. Fortellingene er altså presentasjon av funn gjennom sitater fra datamaterialet. I fortellingene utpeker det seg funn som blir diskutert i drøftingsdelen.

#### **4.5. Validitet**

Det kan være en svakhet ved studien at vi valgte å benytte en skriftlig kort tilbakemelding fra informantene i istedenfor intervju. Dette gav oss ikke mulighet for å stille utdypende spørsmål. I ettertid ser vi at det kunne vært nyttig.

Det kan også stilles spørsmål ved kommunikasjonen mellom prosjektets ledelse og deltakerne. Da noen av informantene valgte å besvare skjema med åpne spørsmål som en gruppe, ikke individuelt. Det er vanskelig å vite om dette var fordi de ønsket å stå frem som en enhet, eller om de hadde misforstått. Uansett gav det færre svar enn ideelt i undersøkelsen.

Det kan være en styrke at studentene hadde fylt ut et dokumentasjonsskjema etter hver punktpraksis. Disse gav informasjon som støttet opp om funn i skjemaene med åpne spørsmål. I varierende grad hadde helsesøster og student fylt ut dokumentasjonen sammen, hvilket også gir nyttig informasjon til datainnsamlingen.



For å styrke validiteten i undersøkelsen valgte vi å presenterte de sammenfattede fortellingene for informantene. Sett fra en pedagogisk synsvinkel er fortelling en presentasjonsform som kan skape gjenkjennelse. Gjenkjennelse gir mulighet for å lytte med intellekt og følelser, som igjen kan skape engasjement hos tilhørerne (Todres 2007). Da fortellingene ble lest sammen med informantene kunne helsesøstre og studenter kjenne seg igjen i historiene. Informantene bekreftet at fortellingene skapte gjenkjennelse og beskrev det de hadde ønsket å formidle til oss.

## **4.6. Utvalg**

Det innsamlede materialet viste seg å være lett gjenkjennelig for informantene. Presentasjonen ble utfordrende fordi tilbakemeldingene var tydelig positive eller negative. En liten personal gruppe som kjente hverandre godt ville kjenne igjen sitater. Samarbeid og lite fagmiljø ville også føre til at mulighet for gjenkjennelse ble stor mellom kommunene. Vi løste det ved å fremstille funn i fortellinger.

Prosjektet er diskutert med NSD, som mente den ikke var meldepliktig.

## **5. Presentasjon av funn**

Datamateriale fra helsesøstrene i praksisfeltet var som sagt lite nyansert og delte seg tydelig i positive og negative meninger. Vi vil presentere funnene fra dem gjennom to fortellinger, en positiv og en kritisk fortelling som gjengir hva helsesøstrene beskrev (Todres 2007, Tangvald-Pedersen & Bongaardt 2011). Dette gjøres ved å sette sammen Lise som representant for helsesøstrene i materialet, i begge fortellingene. Studentenes stemme er representert i en fortelling ved helsesøsterstudent Inger.

### **5.1. Positiv fortelling fra helsesøster om prosjektet**

Lise tenkte det var nyttig for hennes faglige utvikling og spennende for arbeidshverdagen å samarbeide med studenter. Det er mange som søker til helsesøsterstudiet og Lise visste at studentene derfra er sykepleiere med ulik og lang erfaring. I motsetning til bachelorstudenter uten utdanning og arbeidserfaring gjorde dette helsesøsterstudentene til interessante diskusjonspartnere.

De kunne utnytte eksisterende kunnskap og integrere ny kunnskap for å bli helsesøstre. Noen ganger møtte Lise studenter med arbeidserfaring fra barsel- eller barneavdeling med mer kunnskap enn hun selv hadde. Lise trodde hun skulle finne tid i en travel hverdag for dette prosjektet. Det gav henne en mulighet til å diskutere faget og bli bevisst sin egen hverdagspraksis, fordi hun måtte sette ord på og begrunne sine handlinger overfor studentene. Lise mente dette kunne gi utfordringer blant kollegene, da det i kjølevannet av refleksjonene med studentene kunne komme diskusjoner i personalgruppen om deres valg av handlinger. Dette kunne igjen fremtvinge endringer som kunne være vanskelig å gjennomføre i praksis på grunn av tid og ressurser.

Lise undret på hvordan tiden skulle strekke til for refleksjon og diskusjon med studentene, men ble beroliget over at fokuset var konkrete ferdigheter studentene skulle øve inn. Lise så at dette ikke ble tidsbesparende, men det var heller ikke målet med prosjektet. Lise mente ledelsen hadde gått inn for prosjektet og var klar over merarbeid og tidsbruk, så hun trodde det ble gitt rom for merarbeidet. Dette kunne bli interessant, særlig fordi Lise skulle følge studentene videre i en kommende praksisperiode på åtte uker og var spent på nytten av prosjektet. Hun erfarte at studentene brukte lang tid på enkle oppgaver og lurte på om punktpraksis kunne føre til at studentene raskere ble selvstendig i den lange praksisen. Helsesøsterstudiet varer i to år og i løpet av den tiden vil studentene opparbeide identitet og ferdigheter som helsesøster, så Lise visste hun bidro til en av flere viktige deler av utdanningen. Lise håpet hun fikk studenter som var teoretisk sterke og reflekterende med interesse for arbeidsoppgavene som helsesøster. Lise mente det kunne være vanskelig å få studentene med i en refleksjon, de ville helst stille spørsmål. Helsesøsterstudentene var først og fremst i praksis for å lære nye ferdigheter av henne som erfaren helsesøster. Hun oppgav likevel at det var hennes ansvar å skape den tryggheten i læresituasjonen som åpnet for at studentene turte tro på og reflektere med egen kunnskap. Samtidig som de tillot seg å være uvitende og lærende i ferdighetssammenheng. Som hun sa; «De kan jo sette sprøyter, de er bare ikke vant til å vaksinere barn».

Det var også nødvendig for Lise og sikre at studentene holdt fokus på dagens oppgave. Dette synes Lise var vanskelig, da det var mange situasjoner som oppstod denne dagen hun gjerne skulle delt med studenten. Lise holdt fast ved dagens tema for læring og brukte en situasjon fra tema vaksinerings som eksempel. En elev med tydelige arr etter selvskading kom inn for å få vaksine. Lise forklarte

studentene at selvskading fikk de kunnskaper om senere og at hun alene ivaretok denne eleven nå. Det var Lise sin måte å finne tid til refleksjon mellom helsesøster og student angående vaksineringsprosjektet. Innflytelse i prosjektet opplevde Lise å ha ved at hennes leder gav informasjon og åpnet for diskusjoner på aktuelle møter i personalgruppen. Prosjektleder fra høyskolen deltok av og til på disse møtene, og Lise mente det var tilstrekkelig for å delta i prosjektet. Lise påpekte at hun hadde ønsket flere faglige diskusjoner på disse møtene, da det hadde åpnet for evaluering av deres handlingsmønstre og beslutninger. Hun opplevde disse møtene som kun tilbakemelding om administrative endringer for å gjennomføre prosjektet. Lise mente hennes ledelse eller prosjektledelsen burde tatt et ansvar her. Helsesøstrene selv synes det var vanskelig å diskutere egen praksis. Tilbakemeldingene fra møtene ble formidlet til ledelsen av prosjektet og resulterte i endringer for prosjektets videre arbeid.

## **5.2. En kritisk fortelling om prosjektet**

Lise syntes informasjonen om prosjektet var greit nok, og mente hun gjennom informasjonen i prosjektets første møte fikk kjennskap til organiseringen av samarbeidsprosjektet. Som hun sa; «Studenter har vi jo alltid hatt» og hun tenkte at dette var greit å være med på. Lise var redd det ble vanskelig med studenter som skulle droppe inn for en dag. Hun så ikke hvordan dette skulle føre til at studentene lærte noe som helst. Prosedyren vaksineringsprosjektet inneholdt både forberedelse og etterarbeid, altså mye mer enn å stikke barn. Dessuten var det umulig å holde seg til et tema, for det dukket alltid opp noe. En elev med en problematisk hverdag, som det ville ta tid å sette studenten inn i. Hun var likevel villig til å prøve, siden ledelsen hadde bestemt at de skulle være med i prosjektet. Fordelene mente Lise var at dette ble tidsbesparende, da hun regner med at studentene skulle gjennomføre prosedyrene, og at teori og praktisk undervisning var gitt i undervisning av skolen på forhånd. Studentene skulle lære en ferdighet og få mengdetrening og det ville Lise bidra til. Selv kunne hun dette svært godt og opplevde det unødvendig å oppsummere hvordan dagen hadde foregått. Spesielt dersom studenten hadde fungert godt og fått vaksinert mange elever på riktig måte. Lise oppgav at studentene hadde mange faglige og praktiske spørsmål til helsesøster som hun kunne svare på, men de diskuterte lite. Lise valgte noen ganger å ikke være tilstede sammen med studenten gjennom arbeidsoppgaven, da studenten etter en innføring fungerte godt på egenhånd. Helsesøsterstudenten er jo sykepleier og kan f.eks. sette sprøyter.

Lise opplevde fellesseminarer med studentene som en gulrot for å delta. Forelesninger med spennende og dyktige fagfolk var en fin måte å oppdatere kunnskap på. Det var sjelden helsesøstre fra en kommune fikk reise sammen så mange, så denne tiden ville hun benytte til samtale med kollegaer og ikke studentene, som hun mente ikke hadde erfaringer som helsesøstre.

Samarbeidet med prosjektets ledelse syntes Lise var uklar og ukjent. Hun forstod ikke hva prosjektet skulle med en arbeidsgruppe. Lise valgte å rapportere direkte til sin leder, og ble negativ mot studenter og prosjektet når leder ikke endret slik hun foreslo. Etter hvert som Lise tok imot studenter i de ulike aktivitetene opplevde Lise at målene med prosjektet ble uklare. Det skjedde så mye mer med barna enn akkurat dagens fokus. Dette mente hun var en viktig del av helsesøsters hverdag som studentene måtte lære om. Hun mente at den riktige måten var å lære studenten dette nå når de var i situasjonen. Lise brydde seg ikke om at studenten hadde et studieløp og fikk det som skjedde med barna senere i studieløpet. Lise fikk for liten tid til å lære studentene om alt hun ønsket å formidle, og det ble heller ikke tid til refleksjon eller samtale. Dette mente Lise var gode argumenter for at punktpraksis ikke var nyttig for studentene. Og for henne ble det bare mer arbeid. Lise mente studentene kunne ha nytte av en lang praksisperiode på ni uker og møtte ikke studentene på deres ønske om å mestre noen ferdigheter, før de kom ut i praksis. Lise var uenig i betydningen av å konsentrere seg om en ferdighet en dag i praksis. Hun fikk medhold av noen av kollegaene, men ikke egen ledelse eller prosjektledelse. Lise mente kommunikasjonen mellom henne i praksis og høyskolen var dårlig.

### **5.3. En fortelling fra studentene**

Inger er helsesøsterstudent med praksis fra en sykehusavdeling. Hun har fortsatt i en 50% stilling på sykehuset under studiene. Selv med erfaring som sykepleier gruet Inger seg til de ulike oppgavene med barn og unge i praksisstudier som helsesøster. Hun beskrev at hun lå våken natten før hun skulle i praksis for å vaksinere barn, teste syn og hørsel, snakke med ungdom og undervise en stor gruppe. Med punktpraksis fikk hun trene på enkelte ferdigheter uten å måtte forholde seg til helheten. Når Inger hadde studenter i praksisstudier på sykehuset forventet hun at de kom fort i gang med «å gjøre» arbeidsoppgaver. Derfor la hun et press på seg selv for å være den flinke studenten. Ved å trene en dag sammen med helsesøster i praksis fikk Inger en trygghet som åpnet for mer læring i praksisperioden på ni uker, fordi hun opplevde å mestre noen ferdigheter. Inger oppgav at hun var

meget fornøyd med punktpraksis. Det gjorde at hun følte seg trygg på at hun klarte noen av oppgavene til helsesøster og at hun ble kjent med hvordan «ting» foregikk i praksis.

I møte med praksis opplevde Inger å innta studentrollen. Hun sa hun glemte litt at hun var en dyktig sykepleier fra før. Dette var andre oppgaver, andre vurderinger og helsesøster hadde ingen lege å støtte seg til, slik Inger var vant til. Her opplevde hun å stå med ansvaret alene. Derfor vurderte Inger kunnskapen hun ervervet seg denne dagen som nyttig og relevant. Hun opplevde ikke behov for å diskutere kunnskapen bak handlingene. Helsesøster fortalte hvordan det skulle gjøres og Inger utførte for å lære håndverket. Inger stilte noen spørsmål og beskrev at hun fikk svar på det hun lurte på.

Inger beskriver videre at atmosfæren var slik at hun ikke ønsket å stille kritiske spørsmål til helsesøster. Bortsett fra en gang under vaksinerings. Inger spurte hvorfor de vasket huden før vaksinerings og hvorfor de brukte akkurat dette desinfiseringsmidlet? Hun fulgte opp med en faglig begrunnelse for hvorfor hun undret seg til dette, og at de ikke lenger gjorde dette på sykehuset. Helsesøster hadde smilt og sagt; «dette har vi alltid gjort! og det er kontordamen som kjøper inn varer». Dette resulterte i en diskusjon blant personalet på flere plan og endring i rutinene. Inger var glad helsesøster hadde respondert så hyggelig og hun var stolt over å ha fått til det hun opplevde som en faglig forbedring i praksis. Stort sett opplevde Inger at egen usikkerhet hindret henne i å starte faglige diskusjoner med helsesøster. Hun valgte heller å ta spørsmålene med inn til lærer og medstudenter på skolen.

Inger beskrev også at det var ikke alltid helsesøster valgte å være tilstede gjennom hele dagen i praksis. Noen ganger møtte hun på morgenen og satte Inger i gang med arbeidet. Helsesøster forventet f.eks. at Inger behersket audiometri og synstavlen og lot henne arbeide alene med barna. Dette opplevde Inger som vanskelig. Hun savnet en rollemodell og en som kunne gi tilbakemeldinger på arbeidet hennes. Inger beskriver dette som å «famle i blinde», hun visste jo ikke om hun jobbet riktig. Likeledes savnet hun en helsesøster i samarbeid med skolen. Når Inger skulle ha helseopplysning til en tredjeklasse valgte helsesøster å la en lærer møte Inger på morgenen. Inger mente læreren tok godt vare på henne gjennom dagen. Inger hadde ønsket hun hadde fått vite hvordan helsesøster ville håndtert de utforutsatte ting som dukket opp når man skulle undervise i en

klasse. Inger konkluderer med at hun absolutt vil ha punktpraksis men at hun vil ha lærer eller aller helst helsesøster tilstede under ferdighetstreningen i praksis.

#### **5.4. Overordnet fortolkning av fortellingene**

I fortellingene til «Lise» og «Inger» kommer det frem fire funn. 1. et felles syn på læring som kanskje kan ha betydning for resultatet. I tillegg peker funnene på tre administrative faktorer; 2. tid i arbeidshverdagen til studenten, 3. liten kommunikasjon med egen ledelse og prosjektledelsen og 4. Samarbeidet mellom høyskolen og helsesøstrene i prosjektet.

### **6. Diskusjon**

I dette prosjektet viste det seg å være vanskelig å få til gjensidig læring mellom helsesøstrene i praksis og studentene. Dette kan ifølge de funn denne undersøkelsen gir ha flere årsaker og kan forklares på flere måter. Vi vil i det følgende diskutere syn på læring og argumentere for at valg av læringsmodell kan ha betydning for læring. Kanskje også være med å imøtekomme noen av de administrative faktorene.

#### **6.1. Kan valg av læringsmodell bidra til gjensidig læring?**

Helsesøsterstudentene er sykepleiere med lang praksis. De er derfor kompetente profesjonsutøvere for faget sykepleie. Helsesøster er en videreutdanning med fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge og deres foreldre. Den største utfordringen for studentene er som regel å gå fra kurativt arbeid og over i den helsefremmende og forebyggende tankegangen. Hvor det sjelden er noen prosedyre å følge, og løsningen ligger i samarbeidet med brukeren. Det er ofte flere muligheter som må vurderes i situasjonen før man velger løsning. I disse situasjonene er helsesøster en god veileder for studentene. Likevel har helsesøsterstudenten en solid sykepleiefaglig bakgrunn og lang erfaring i arbeid med f.eks. barnesykepleie eller nyfødt intensiv. Bruker vi Dreyfus & Dreyfus sin modell for læring, «Fra novise til Ekspert» (Benner 1984) vil helsesøsterstudenten kunne fremstå som ekspert i gitte situasjoner og helsesøster som novise. F.eks. i hjemmebesøk til en familie med et fortidligfødt barn, som kommer hjem fra nyfødt intensiv. I andre, og kanskje de fleste situasjoner, vil helsesøster fremstå som eksperten.

Når «Lise» sier; «studenter har vi alltid hatt, det er ikke så vanskelig, jeg gjør bare som jeg pleier». Så stemmer det med virkeligheten. Når «Inger», som er sykepleier, var meget fornøyd med dagen i praksis og sier; «Jeg stilte mange spørsmål og fikk svar på alle». Så er det også sant. Og det bidrar til læring for studenten. I dette kan vi også kjenne igjen læringsmodellen til Dreyfus & Dreyfus, fra novise til ekspert (Benner 1984), som er læringsmodellen alle sykepleiere kjenner fra sine studiedager. Hvilket vil i dette tilfelle si at helsesøster i kommunen er eksperten og studenten er novisen. Ved å benytte denne modellen mister helsesøster og student mulighetene til å veksle mellom disse rollene for å utveksle kunnskap. I dette prosjektet kan det se ut som begge parter inntar sin respektive rolle som novise og ekspert etter modellen. I det studentene påpeker at det ikke var atmosfære til å diskutere. På den annen side ser vi at noen av helsesøstrene og studentene ser denne muligheten for vekselvirkning og velger å lære av hverandre i gitte situasjoner. Det vil si at begge parter tørr å åpne det handlingsrommet som skal til for at læring kan oppstå. (Hjålmhult 2007). Studenten tørr å ta plass ved å stå frem med sin kunnskap og helsesøster er trygg nok til å lage handlingsrommet i situasjonen.

Studien til Esther Hjålmhult (2007) om «Erobring av handlingsrom» følger helsesøsterstudenter i praksis. Hjålmhult snakker om tre «rom» studenten må erobre for å nå frem til rollen som helsesøster. Den første fasen kaller hun posisjonering. Det er her studenten leter etter rolle og søker dialog med veileder. Studenten deltar tilfeldig og skimter et handlingsrom. Fase 2 er involvering, hvor studenten utfordres i rollen og søker veiledning med tilbakemelding. De deltar selektivt og justerer handlingsrommet. I den siste og tredje fasen integrering deltar studenten fullt ut. De søker anerkjennelse fra praksismiljøet og integrerer rollen. Studenten realiserer potensialet i handlingsrommet. Hjålmhults teori for læring støtter langt på vei Benner. Med den nyansen for helsesøsterstudenter som hun mener ikke starter som noviser. Hjålmhult mener å dokumentere at Benner sine fem stadier går for sakte frem. Helsesøsterstudenten starter på et høyere nivå og lærer raskere. Hjålmhult synes å støtte opp om Benner sin formulering av at det er når teoretisk kunnskap og erfaring kombineres med refleksjon og personlig egnethet at man kan oppnå ekspertkunnskap (Benner 1984,2010). Ved at helsesøster og helsesøsterstudent anerkjenner hverandres kunnskap og erfaring blir kan det bli mulig med felles refleksjon i ferdighetstreningen, som kan lede til at begge

parter oppnår læring. Begge har taus kunnskap som må snakkes frem gjennom arbeidet med ulike ferdigheter.

I Seki-modellen er det fire stadier for å hente frem taus kunnskap og knytte den opp mot ny kunnskap. De fire stadiene fungerer som en sirkel og vil kunne være en evig læringsprosess. Om vi benytter Seki-modellen i et prosjekt som dette. Kan det da være slik at det blir lettere for helsesøster å benytte seg av erfaringen og kunnskapen til studenten og omvendt. Kan modellen bidra til å skape det rommet for refleksjon som er viktig for læring?

For å anvende Seki-modellen må det skapes en arena for å arbeide sammen. I dette prosjektet er det skapt en arena hvor kunnskapen og ferdighetene kan deles, gjennom at ledelsen av tjenesten og helsesøstrene er vel forlikte om å ta imot studenter. Studenten skal følge helsesøster gjennom en hel arbeidsdag i praksis. En dag med fokus på en bestemt ferdighet. Gjennom arbeid og samtale i gjennomføringen av ferdigheten kan taus kunnskap og ny kunnskap bli tydelig og tilgjengelig for dem begge. I modellens to første faser hvor partene samhandler og gjør kunnskapen tilgjengelig for hverandre kreves det at både helsesøster og student tenker nytt. Dette er et tema prosjektledelsen bør kommunisere og arbeide med. Hvordan lære opp deltakerne i modellen og skape entusiasme for den skal jeg ikke diskutere her. Men det er et nødvendig arbeid for å lykkes.

Utfordringene ligger også i modellens to siste faser, å få tid til refleksjonen og systematiseringen av kunnskap for å kommunisere til de andre i faggruppen. I betydningen av at «samtale om» for å bli bevisst hva man gjør ikke er det samme som å reflektere over det man gjør (Irgens 2011). Erfaringen i prosjektet er at det blir i varierende grad prioritert å reflektere sammen med studenten eller andre helsesøstre/kollegaer. Noen reflekterer i sosialiseringprosessen, altså på arenaen for å jobbe sammen, der og da. Andre tar noen minutter etter endt arbeidsfellesskap. Ytterst få setter av spesiell tid for å sette seg ned å diskutere og reflektere systematisk over arbeidsoppgaven som er gjennomført i fellesskap. I dette prosjektet var valget opp til helsesøster for hvordan dette skulle foregå. Ved bruk av Seki-modellen kunne dette vært satt i system.



## 6.2. Administrative utfordringer

Bruk av tid, hvordan man kommuniserer og samarbeider er nøkkelbegreper i et hvert prosjekt (Nylehn 2002). Et prosjekt kjennetegnes av at det er en avgrenset oppgave som utføres innenfor en bestemt tidsramme. Med en spesiell oppgave både i innhold, omfang og tid. En annen viktig premis er at gruppen som arbeider med prosjektet avvikles når oppgaven er utført (Nylehn 2002). Dette prosjektet oppfyller ikke disse kriteriene. Det blir derfor et «gråsoneprojekt». Denne type prosjekt kjennetegnes ifølge Nylehn av å falle mellom prosjektets intensjoner og organisasjonens daglige virksomhet. I dette prosjektet har helsesøstrene i kommunene studenter til veiledning, som en del av sin arbeidshverdag. Arbeidsoppgavene som skulle utføres i prosjektet tilhørte også den normale arbeidshverdagen. Prosjektet hadde altså en utfordring i at de vante arbeidsoppgavene måtte utføres annerledes, fordi utbytte av arbeidet skulle bli noe mer enn tidligere. Nemlig gjensidig læring mellom student og helsesøster. I litteraturen beskrives gråsoneprojekter som ekstra utfordrende. De er vanskelige å avgrense presist og tydelig (Nylehn 2002).

Gjennom Lise sine to fortellinger kan det leses at noen helsesøstre har forstått prosjektets intensjoner og mener det er spennende, mens andre ikke har klart å se mulighetene i prosjektet. Disse funn kan indikere at kommunikasjonen fra prosjektledelsen til deltakerne ikke har vært god. Målet for arbeidet kan være kommunisert ut, men når det ikke legges føringer på hvordan målet kan oppnås, blir sannsynligvis ikke kommunikasjonen tydelig. Hvilke oppgaver som skal gjøres i prosjektet blir også utydelig. En forklaring på dette kan være organiseringen av prosjektet.

Kommunens ledelse gikk inn og styrte prosjektet i kommunen, som en del av sin daglige rutine. De forventet at helsesøstrene kommuniserte om prosjektet i sine eksisterende møter. Det ble altså ikke satt av tid til å arbeide med prosjektet. Prosjektledelsen var ikke i møte med helsesøstrene underveis og helsesøstrene stod alene om å finne redskapet for hvordan de skulle nå prosjektets mål. Dette er mangler ved prosjektet som helt klart kan ha påvirket resultatet.

Ved å gi helsesøstrene og studentene Seki-modellen som redskap kunne prosjektledelsen tatt en større styring av prosjektet. Modellen kunne bidratt til tydeligere kommunikasjon om hva målet for prosjektet var, og hvordan helsesøstrene og studentene kunne nå målet om gjensidig læring. Modellen kunne kanskje også ha hjulpet prosjektledelsen i arbeidet med å avgrense prosjektet.

Rammene, som en modell gir, kunne også bidratt til at ledelsen tydeligere hadde sett behovet for å sette av nødvendig tid. Det er lettere og sette av tid på personalmøter eller skape rom på andre møter når agendaen er konkret og deltakerne vet hva det skal jobbes med. F.eks. som i dette tilfelle vil være å vurdere og reflektere over egne handlingsmønstre.

Det er bare helsesøstrene som kan få fullt utbytte av Seki-modellen i dette prosjektet. Det er de som i utgangspunktet besitter taus kunnskap om helsesøsters arbeid. Derfor der det helsesøstrene som kan slutte ringen ved at taus kunnskap kan gå tilbake til taus igjen etter refleksjon og diskusjon i personalgruppen. Studentene kan få del i den tause kunnskapen ved å bidra med sine erfaringer og sin kunnskap. Har studenten lyktes og fått del i den tause kunnskapen er det nyttig lærdom å ta med seg tilbake til medstudenter og videre studier.

Lise i den kritiske fortellingen mener det er viktig at studentene ikke konsentrerer seg om en oppgave i punktpraksis, men også lærer om alt det andre som dukker opp i situasjonen. I praksis gjennomfører hun dette og det blir ikke tid til refleksjon med studenten. Årsaken kan fortsatt være dårlig kommunikasjon om prosjektet, men det kan også være samhandlingsproblemer mellom høyskolen og praksisfeltet. Forutsetningen for godt samarbeid er å kjenne hverandres arbeidsområder og anerkjenne den andres bidrag inn i samarbeidet (Willumsen, 2009). I dette prosjektet samarbeider høyskolen og praksis om å utdanne sykepleiere til helsesøstre. Lise sin kommentar kan tyde på at hun ikke ser studentens læringsløp. Lise sitt bidrag er ni viktige uker i praksis. De fire dagene i punktpraksis er i tillegg. For å imøtekomme dette kan det være nyttig å informere om fagplanen til studenten og hvor viktig det er med teori kunnskaper for å kunne ta imot læring i praksis. Det vil kunne bidra til at Lise ser sin rolle i utdanningsløpet til studenten tydeligere, og kanskje føre til bedre samarbeid.

## **7. Konklusjon**

Funnene i denne studien gir indikasjoner om at studiens hensikt ikke fullt ut ble nådd. I drøftingen har vi antydnet at dersom Seki-modellen hadde vært brukt som teoretisk rammeverk i planlegging og gjennomføring av studien, kunne en muligens ha oppnådd studiens hensikt. Om Seki-modellen kan bidra til bedre samarbeid er høyst usikkert, men den kan kanskje bidra til at helsesøstre og studenter utvider synet på hverandres roller i praksis. Kanskje kan det da oppstå gjensidig læring mellom

helsesøster og helsesøsterstudent. Målet må være at helsesøsterstudenten får tilgang til den erfarne helsesøster sin tause kunnskap, og helsesøstrene har fått ny kunnskap i refleksjon med studenten for å vurdere sine automatiske handlings repertoar. Om Seki-modellen er veien for å nå målet er det interessant å teste ut i videre forskning og utviklingsprosjekter.

## Litteraturliste

- Benner, P. (1984). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010). *Å utdanne sykepleiere*. Oslo: Akribe.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.
- Irgens, E. J. (2011). *Dynamiske og lærende organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirkebøen, G. (2013). Kan vi stole på fagfolks skjønn? I A. Molander, & J. C. Smeby (Red.) *Profesjonsstudier II* (s. 27 – 43). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nylehn, B. (2002). *Prosjektorganisering*. Bergen: Fagbokforlaget
- Skårderud, F. (1998). Idehistorier om kroppen. I F. Skårderud & P. J. Isdahl (Red.) *Kroppstanker: Kropp – kjønn – idehistorie* (s. 57-73). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tangvald – Pedersen, O. & Bongaardt, R. (2011). Tid og tilhørighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 8(2), 100 -108.
- Todres, L. (2007). *Embodied enquiry: Phenomenological touchstones for research, psychotherapy and spirituality*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan
- Universitets- og høgskolerådet. (2016). Kvalitet i praksisstudiene i helse og sosialfaglige høyere utdanning: Praksisprosjektet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/86921e6e6f4c45d9a2f67fda3e6eae08/praksisprosjektet-sluttrapport.pdf>
- Utdanningsdepartementet. (2011). *Utdanning for velferd*. (Meld. Stortinget 13 (2011 – 2012)) Oslo: Utdanningsdepartementet.
- Willumsen, E. (2009). (Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skriftserien Nr 19  
2017

—  
**Undervisningskommune i  
skolehelsetjeneste**

Delt kunnskap mellom  
helsesøsterstudenter i utdanning og  
helsesøstre 2011 – 2013

—  
Anne-May Teige

—  
ISBN 978-82-7206-461-6  
ISSN 1893-3068

—  
usn.no

