



Masterspeciale

Masteruddannelse i læreprocesser, almen linje
Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi, Aalborg Universitet

Opgaveløser:
Hans Erik Steiner-Johnsen
Studienr.: 20090094

Vejleder:
Paola Valero

Anslag, inkl. mellemrum: 117.029
Svarende til antal sider a 2400 anslag: 49

Afleveringsdato:
15.december 2010

Resume:

Dette speciale tager udgangspunkt i sygeplejerskers specialuddannelse til anæstesisygeplejersker. Specialets fokus vil være anæstesisygeplejerskers identitetsdannelse under deres uddannelse i praksis. Det vil, gennem interview, blive undersøgt, hvordan sygeplejersker gennem sociale interaktioner i praksisfællesskaber under deres uddannelsesforløb lærer, danner meninger og danner en identitet som anæstesisygeplejersker.

Indledningsvis udfoldes problemstillingen gennem litteratur og beskrivelse af undren i praksis. Identitetsperspektivet udvælges som det mest relevante og problemformuleringen præciseres til:

Hvordan danner sygeplejersker en ny identitet i praksis i løbet af uddannelsen til anæstesisygeplejerske?

Herefter gennemgås de teoretiske bidrag fra Etienne Wenger og Anna Sfard og Anna Prusak. Disse teorier anvendes til en analyse af det empiriske grundlag, hvorefter der foretages en diskussion af specialets metode.

I konklusionen fremlægges et bud på et komplekst svar, sammensat af mange sammenhængende faktorer og processer. Ud fra konklusionen udledes anbefalinger i forhold til henholdsvis sygeplejersker under uddannelse, vejledere og afdelinger, som bør få betydning i det fremtidige arbejde med uddannelse af anæstesisygeplejersker.

Résumé:

The focus of this Thesis is the development of the identity in the process of becoming a nurse anesthetist.

One of the main questions of this Thesis is: In what way does the practical training of the education influence the identity of the nurse anesthetist?

The empery of this Thesis is interviews. The answers of the interviews will show in what way the students develop a new identity through social interactions in communities of practice. The way of presenting this problem is the identity perspective. Therefore the question to be answered by this Thesis is:

How do nurses form a new identity in practice training during their education to become a nurse anesthetist?

The theoretical contributions of Etienne Wenger and Anna Sfard and Anna Prusak are then reviewed. These theories are used to analyze the empirical basis, and subsequently there is conducted a discussion of the Thesis methodology.

The conclusion presents a bid of a complex response composed of many related elements and processes. Based on the conclusion recommendations are deduced, compared to nurse anesthetist students, supervisors and departments that should be important compared to future education and training of nurse anesthetists.

Indholdsfortegnelse

RESUME:	2
INDHOLDSFORTEGNELSE	3
1. UDDANNELSEN TIL ANÆSTESISYGEPLEJERSKE	4
2. PROBLEMSTILLING	5
3. PROBLEMFOMULERING	7
4. METODOLOGI	8
5. EN SOCIAL TEORI OM LÆRING	14
5.1. MENING OG MENINGSFORHANDLING.....	14
5.1.1. <i>Deltagelse og tingsliggørelse</i>	15
5.2. PRAKSIS	17
5.3. PRAKSISFÆLLESSKABER.....	18
5.3.1. <i>Gensidigt engagement</i>	19
5.3.2. <i>Fælles virksomhed</i>	20
5.3.3. <i>Fælles repertoire</i>	21
5.4. IDENTITET	22
5.4.1. <i>Deltagelse og ikke-deltagelse</i>	23
5.4.2. <i>Tilhørsforhold</i>	24
5.4.3. <i>Identifikation og negotiabilitet</i>	24
5.5. LÆRING	25
6. IDENTITET SOM NARRATIVER	27
6.1. AKTUEL IDENTITET, ØNSKET IDENTITET OG LÆRING	28
9. INTERVIEW OG INTERVIEWGUIDE	29
9.1. KORT PRÆSENTATION AF INTERVIEWPERSONER	30
10. ANALYSE OG FORTOLKNING	31
10.1. AKTUEL IDENTITET, ØNSKET IDENTITET OG FANTASI.....	31
10.2. VEJLEDERES ROLLE OG LEGITIM PERIFER DELTAGELSE	35
10.3. HAR ANÆSTESISYGEPLEJERSKER ET PRAKSISFÆLLESSKAB?	36
10.4. KURSISTERS FÆLLESSKABER, FAGLIGE OG SOCIALE.....	39
10.5. MENINGSFORHANDLING.....	43
10.6. IDENTITET OG KOMPETENCER.....	45
11. METODEKRITIK	46
12. DELKONKLUSION	49
13. SAMLET KONKLUSION	54
14. PERSPEKTIVERING	57
LITTERATURLISTE	58
BILAGSLISTE	59
BILAG 1	60
BILAG 2	64
BILAG 3	72
BILAG 4	73
BILAG 5	76

1. Uddannelsen til anæstesisygeplejerske

I dette speciale vil jeg undersøge hvordan sygeplejersker gennem deres deltagelse i praksis, udvikler og danner deres identitet som anæstesisygeplejersker under deres specialuddannelse.

På sygehuse i Danmark administreres bedøvelser og andre anæstesiologiske ydelser af anæstesilæger og anæstesisygeplejersker. Anæstesisygeplejerskerne skal i henhold til lovgivningen¹ varetage klinisk anæstesiologisk sygepleje, kvalitetsudvikling, undervisning og vejledning samt koordinering og tværfagligt samarbejde. For at betegne sig som anæstesisygeplejerske skal man gennemføre en 2-årig specialuddannelse til anæstesisygeplejerske.

Denne specialuddannelse er en 2-årig videreuddannelse, som reguleres via cirkulærer og bekendtgørelse fra Sundhedsstyrelsen². Uddannelsen er en kombination af teoretisk undervisning, eksamen, lange praktikophold og en afsluttende skriftlig opgave. Ansatte i disse uddannelsesstillinger kaldes "kursister". Der er i Danmark i øjeblikket cirka 300 kursister, under uddannelse til anæstesisygeplejerske³. Sygeplejersker, der påbegynder uddannelse til anæstesisygeplejerske, er oftest sygeplejersker med stor erfaring. Som regel er disse sygeplejersker omkring 35-40 år og har typisk 10-15 års erfaring som sygeplejerske fra afdelinger med beslægtede specialer. Uddannelsen til anæstesisygeplejerske foregår overvejende i klinisk praksis. De første seks måneder af uddannelsen er en introduktionsperiode, hvor kursisten *dagligt* følges med en vejleder på afdelingen og operationsstuen. Sideløbende deltager kursisten de første måneder af uddannelsen også i ca. én undervisningsdag om ugen udenfor afdelingens praksismiljø. Derefter fortsætter kursisten på 18 måneders hoveduddannelse. I løbet af disse 18 måneders hoveduddannelse skal kursisten gennemgå praktikforløb på en række forskellige anæstesiologiske specialer på eget sygehus samt minimum seks uger på et andet sygehus. Der er udarbejdet særskilte mål for både introduktionsperiodens og hoveduddannelsens forskellige kliniske uddannelsesafsnit⁴. I alle praktikophold under uddannelsen er kursisterne tilknyttet én til to vejleder. Vejlederne refererer, i forhold til uddannelse og undervisning, til en uddannelsesansvarlig sygeplejerske. For at kunne blive vejleder for anæstesisygeplejerskekursister skal man gennemgå et vejlederkursus, som indeholder undervisning i forskellige pædagogiske teorier, refleksioner og øvelser.

¹ Cirkulære nr. 93 af 26/06/1997, Bekendtgørelse nr. 520 af 19/06/1997, Cirkulære nr. 63 af 09/08/2006

² Cirkulære nr. 93 af 26/06/1997, Bekendtgørelse nr. 520 af 19/06/1997, Cirkulære nr. 63 af 09/08/2006

³ Baseret på tal fra Den Nationale Pensum og Teoriprøvegruppe for Specialuddannelse i Anæstesiologisk Sygepleje.

⁴ Se Bilag 1: Mål for introduktionsperioden, Specialuddannelsen for Sygeplejersker i Anæstesiologisk Sygepleje Fyn, august 2009

Hver gang kursisten skifter speciale på hoveduddannelsen følger kursisten typisk sin vejleder i 5-10 arbejdsdage. Her introduceres det særlige ved anæstesierne i det nye speciale, ved afsnittet, ved organisationen og den lokale kultur. Den øvrige del af den kliniske uddannelsestid arbejder kursisten selvstændigt. Arbejdsopgaverne aftales dagligt mellem kursisten og dennes vejleder/afdelings-sygeplejersken.

De første 4 måneder af hoveduddannelsen deltager kursisten også på et formaliseret teorikursus på 30-35 dage med ca. 210 timers undervisning og med en afsluttende med teoriprøve.



Fig. 1. Uddannelsens indhold og opbygning (www.regionsyddanmark.dk/wm212346)

2. Problemstilling

Gennem mit arbejde som uddannelsesansvarlig sygeplejerske har jeg erfaring med, at sygeplejersker ansat som kursister i uddannelsesstillinger især i de første måneder af uddannelsen oplever store udfordringer med at håndtere jobskiftet til en uddannelsesstilling. I denne uddannelsesstilling skal de både arbejde mod opfyldelsen af en række faglige mål, men skal også tilegne sig en ny faglig identitet i en ny og anderledes kultur.

Kursisterne giver ofte udtryk for, at de føler, at de ikke kan bruge ret megen af deres viden og erfaringer fra deres tidligere afdelinger og at de har svært ved at forholde sig til deres nye identitet. Dette skyldes blandt andet kursisternes arbejde med, at leve op til de eksplicitte faglige kompetencer og mål for anæstesiuddannelsen, da disse adskiller sig en del fra kursisternes tidligere uddannelse og erfaring. Men samtidig fortæller mange kursister, hvordan de oplever det Netterstrøm (2003) kalder "*det skjulte curriculum*", og definerer som de studerendes opdragelse og identitetsdannelse under deres uddannelse. Jeg mener derfor, at uddannelsen til anæstesisygeplejerske dels handler om tilegnelse af et teoretisk grundlag (og beståelse af en teoriprøve), dels handler om udviklingen af kompetencer i praksis (og beståelse af uddannelsesperiodernes mål), men også handler om hvordan kursisterne opdrages og dannes for at tilegne sig identiteten som anæstesisygeplejerske og evnen til at kun-

ne indgå i det professionelle praksisfællesskab. Et praksisfællesskab, som de angiveligt ikke umiddelbart føler, at de kan indgå i, på trods af en omfangsrig grunduddannelse og deres ofte mangeårige erfaring fra andre beslægtede akutte og teknisk prægede hospitalsafdelinger. Jeg finder det derfor interessant at undersøge, hvilken viden findes der om dette emne i forhold til anæstesisygeplejersker og deres uddannelse, læring og identitetsdannelse.

Ved søgninger i danske og internationale databaser og tidsskrifter⁵ er der ikke fundet forskning eller artikler som specifikt vedrører anæstesisygeplejerskers uddannelse, læring og identitetsdannelse. Der er dog fundet nedenstående artikler, som omhandler disse problemstillinger for medicinstuderende og turnuslæger.

Problemstillingerne i forhold til anæstesisygeplejersker og deres uddannelse, læring og identitetsdannelse minder meget om de læringsmæssige problemstillinger, som gennem en række studier beskrives for medicinstuderende og turnuslæger (Pitkala, K.H. & Mantyranta 2003, Netterstrøm 2003, Netterstrøm et al. 2003, Henriksen et al. 2003, Ringsted 2003). I disse studier er der også tale om, at studerende eller nyuddannede læger skal lære en praksis, men også at de studerende gennemgår en opdragelse og identitetsdannelse gennem deres praksislæring i deres kliniske ophold.

Både Pitkala og Mantyranta samt Ringsted beskriver også "det skjulte curriculum" som den socialiseringsproces og identitetsdannelse den studerende gennemgår, hvilket svarer til anæstesisygeplejerskekursisternes beskrivelser.

Netterstrøm (2003) samt Netterstrøm et al. (2003) viser i deres studier, hvordan medicinstuderende under praktikophold *placeres som observatører* på de kliniske afdelinger. Derved er praktikopholdene i fare for at udvikle sig til observationspraktik *uden erhvervelse af konkrete faglige kvalifikationer*. Det konkluderes, at faktorer som selvstændighed, beslutningsevne, stresshåndtering og samarbejde ikke kan læres i et klasselokale, men *kun ved en ageren og et virke i praksis*. Det er vigtigt, at de studerende *bliver inddraget som deltagere* i arbejdsfællesskabet, at de får opgaver og bliver en ansvarlig del af arbejdsfællesskabet. Det konkluderes endvidere, at de studerende lærer mere end de praktiske færdigheder; de studerende påbegynder tillige en *dannelsesproces*.

I et andet af studierne (Henriksen et al. 2003) beskrives, hvordan turnuslæger har *svært ved at overføre og anvende den teoretiske viden* de har fået under studiet til de praktiske situationer i det kliniske arbejde. Det konkluderes blandt andet, at senior lægers *supervision og feedback bliver essentiel* for turnuslægernes læring. Desuden foreslås det, at *fremme den praktiske undervisning* under medicinstudiet, så de studerendes praktiske færdigheder kommer til at stå mål med deres teoretiske viden.

⁵ Se bilag 3: Litteratursøgninger

I det finske studie af Pitkala og Mantyranta (2003) konkluderes det, at *kontakten med patienterne* er meget vigtig for de studerendes socialisering og udvikling af en professionel identitet. Især er det første år i klinisk ophold vigtig, da de studerende påbegynder deres professionelle *identitetsdannelse fra starten* af deres kliniske ophold. I studiet blev det afdækket, at de studerende oplevede deres egen manglende troværdighed i begyndelsen af deres kliniske perioder, men i kraft af deres kontakt med patienterne øgedes deres selvopfattelse i løbet af det første kliniske år. Dette år opleves som intenst følelsesmæssigt og stressende af de studerende. Desuden konkluderes det, at portfolio og refleksion er vigtige læringsredskaber i den professionelle udvikling. Pitkala og Mantyranta anfører, at patientkontaktens store indflydelse på de studerendes identitetsdannelse står i modsætning til tidligere forskning.

Som det fremgår af ovenstående, har de kliniske ophold stor betydning for både studerendes og turnuslægers læring og identitetsdannelse. Sygeplejerskers postgraduate uddannelsesvilkår og læringsmæssige problemstillinger i klinisk praksis under uddannelsen til anæstesisygeplejerske minder meget om dem, som gennem ovennævnte studier beskrives for medicinstuderende og turnuslæger. Men selv om der også for anæstesisygeplejersker er tale om en postgraduat uddannelse hvor praksis i overvejende grad foregår indenfor samme organisatoriske rammer som for medicinstuderende og turnuslæger, er der dog tale om en anden faggruppe, en anden uddannelse med andre uddannelsesmæssige vilkår og rammer og med andre eksplicite og skjulte curricula.

Det vil derfor være interessant at undersøge, hvordan sygeplejersker under deres specialuddannelse, gennem deres engagement i praksis, danner deres identitet som anæstesisygeplejersker. Det fører frem til følgende problemformulering:

3. Problemformulering

Hvordan danner sygeplejersker en ny identitet i praksis i løbet af uddannelsen til anæstesisygeplejerske?

4. Metodologi

Fokus i dette speciale vil være anæstesisygeplejerskers identitetsdannelse under deres uddannelse i praksis.

Det vil blive undersøgt, hvordan sygeplejersker gennem sociale interaktioner i praksisfællesskaber under deres uddannelsesforløb lærer, danner meninger og former en identitet som anæstesisygeplejersker. Det vil desuden blive undersøgt om sygeplejerskernes læring og identitetsdannelse sker i forsøget på at mindske forskellen mellem en aktuel og en ønsket identitet.

Det teoretiske udgangspunkt for denne undersøgelse vil være Etienne Wengers teori om læring som identitetsforandrende deltagelse i specifikke praksisfællesskaber (Wenger 2004).

Desuden vil Anna Sfard og Anna Prusaks teori (Sfard & Prusak 2005) om identitet som narrativer og læring blive inddraget til belysning af læringshandlinger ved sygeplejerskernes arbejde med at mindske forskellen mellem deres aktuelle identitet og deres ønskede identitet som anæstesisygeplejersker.

I det følgende redegøres først for specialets overordnede **metodiske opbygning**. Som baggrund for specialets teoretiske og undersøgelsesmetodiske valg, redegøres herefter for specialets **forskningspositionering og teorivalg**. Afslutningsvis vil blive redegjort for specialets **undersøgelsesmetode**.

Metodisk opbygning

Efter de foregående afsnit med indledning, problemstilling og problemformulering samt nærværende metodologiske afsnit følger teorifremstillingen.

I teoriafsnittet vil blive fremlagt Etienne Wengers teori om læring som identitetsforandrende deltagelse i specifikke praksisfællesskaber samt Anna Sfard og Anna Prusaks teori om identitet som narrativer og læring som en kulturelt formet aktivitet.

Indsamlingen af empiri er foregået ved interview, og efter den teoretiske fremstilling af Wenger samt Sfard og Prusak vil der blive foretaget en kort gennemgang af interviewsituationerne efterfulgt af en kort præsentation af interviewpersonerne.

På baggrund af de metodologiske overvejelser vil der, ved hjælp af teorierne, blive foretaget analyse og fortolkning af interviewene. Med henblik på at øge overskueligheden og lette sammenligninger interviewene imellem, vil analyse og fortolkning af interviewene blive foretaget på baggrund af hovedpunkterne i en tematisering og meningskondensering.

Opgavens metode vil herefter blive diskuteret og kritiseret i forhold til anvendelighed, usikkerhedsmomenter, forbehold m.m., ligesom det vil blive diskuteret om andre undersøgelsesmetoder kunne være anvendt.

Efter metodekritik følger en delkonklusion og herefter en samlet konklusion. Delkonklusion vil have samme tematiske opbygning som

analysen. I den samlede konklusion vil der blive svaret på specialets problemformulering.

Afslutningsvis vil der blive foretaget en perspektivering af opgavens resultater.

I det følgende vil først blive redegjort for specialets **Forskningspositionering og teorivalg** og derefter for **undersøgelsesmetoden**.

Forskningspositionering og teorivalg

Social læringsteori kan ses som en reaktion på den dominerende læringsopfattelse i både Danmark og den øvrige industrialiserede verden (Wackerhausen i Nielsen & Kvale 1999:219ff). På mange skoler, ungdomsuddannelser og videregående uddannelser kan læringssynet udledes af den aktuelle undervisningstilrettelæggelse, og heraf ses det, at undervisning overvejende drejer sig om overførsel af en fast viden, et produkt. Denne videnovertagelse foregår typisk ved læsning eller gennemgang af et pensum og afsluttes med en eksamen. Denne form for undervisningstilrettelæggelse ses mange steder indenfor de naturvidenskabelige uddannelser på sundhedsområdet, herunder den teoretiske del af uddannelsen til anæstesi-sygeplejerske. Derved kan ses, at læreprocesser opfattes som individuelle med et fast start og sluttidspunkt. Viden objektgøres og kan systematiseres, kategoriseres og nemt overføres ved undervisning og testes ved eksamen. Menneskets hukommelse bliver – groft sagt – blot et sted for opbevaring af viden.

Dette videnssyn har rødder tilbage til Sokrates og Platon (Thielst 2001:18ff; Nerheim & Rossvær:15ff, 33ff), rationalisme, positivisme og den moderne naturvidenskab.

Ved anlæggelse af dette videnssyn anses den i undervisningen overførte, og ved eksamen testede viden, som kompetencer. Jo større viden, jo flere procedurer og regler den studerende har fået overført i undervisningsforløbet, jo større kompetencer besidder vedkommende. Denne opfattelse af kompetence beskriver Wackerhausen (i Nielsen & Kvale 1999:219ff) som "Det skolastiske paradigme" og ser det som dominerende i det vestlige uddannelsessystem.

Dette speciale forkaster ikke "Det skolastiske paradigme" og den deraf følgende tilgang til læring og undervisning. Det kan have fordele på nogle områder og benyttes som nævnt også i forbindelse med f.eks. den teoretiske undervisning på specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske. Her anlægges netop en skolastisk og mere individuel tilgang til læring, erkendelse og produktion af viden. I dette speciale undersøges anæstesisygeplejerskers læring og identitetsdannelse *i praksis* med vægt på koblingen af både implicite og eksplicite kompetencer og kundskaber i en social kontekst. Undersøgelsen vil ske i en socialkonstruktivistisk ramme ved hjælp af teori om læring og identitetsdannelse i sociale fællesskaber og identitet som narrativer. Ved anlæggelse af en socialkonstruktivistisk teoretisk tilgang, ses viden, erkendelse og identiteter som subjektive konstruktioner skabt over tid i sociale sammenhænge i interaktion med andre mennesker og de omgivende strukturer.

Menneskers fortolkning, produktion og reproduktion af handlinger, meninger, viden og selvopfattelser ses som værende i konstant gensidig interaktion med både omgivelser og andre mennesker. Med denne teoretiske tilgang til identitetsdannelse, viden og erkendelse lægges vægt på den socialt interagerende karakter i forhold til f.eks. overførsel af "fast" viden.

Socialkonstruktivismen er især kritiseret for netop den manglende accept af objektiv viden, men i forhold til undersøgelse af narrativer, sociale processer og sammenhænge i nærværende problemfelt finder jeg den socialkonstruktivistiske tilgang velegnet.

Opfattelsen af læring og kompetence som mere end blot overførslen af teoretisk viden kan også spores tilbage til antikkens filosofi. Bor og Petersma beskriver Aristoteles opfattelse af kompetence som både viden og udøvelse. De skriver at

"Virkeliggørelsen af et legeme ... har to betydninger, dels analogt med Vidensbesiddelse og dels analogt med Udøvelse af den..." (Bor & Petersma 1997:40).

Aristoteles kobler også forstandighed med kundskab og erfaring. Denne kobling af kompetencer og kundskaber med udøvelse og erfaring ses også i en del af de senere års læringsteoretiske bidrag, hvor der er fokus på læring i interaktion med praksis f.eks. hos Schön (1987), Dreyfus og Dreyfus (i Kvale 1999) og hos Wenger (2004). Wenger beskriver læring som

"Et fundamentalt socialt fænomen, der afspejler vores egen dybt sociale natur som mennesker med evne til indsigt" (Ibid.:13).

Netop Wenger har specifikt fokuseret på denne sammenhæng mellem det sociale, praksis og læring i sit arbejde om "praksisfællesskaber" (Wenger 2004). Dette teoretiske bidrag bygger på det tidligere arbejde sammen med Jean Lave om "situeret læring" (Lave & Wenger 2003). Jean Lave beskriver sammen med Martin Packer tre grundlæggende dimensioner i en social læringsteori (Ibid.:118-9):

Telos, ordet stammer fra den græske filosof Aristoteles og betegner tingenes eller levende væsners formål, mening eller mål. Her ses det som læringens bevægelse eller de lærendes deltagelsesbaner. *Telos* kan ses som den enkeltes personlige udvikling.

Subjekt-verden-relationen, hvor igennem der kan redegøres for relationer mellem subjekter og den sociale verden. Med denne ontologiske tilgang til social læring beskrives, hvordan individer og omverden gensidigt påvirkes gennem deltagelse. *Subjekt-verden-relationen* kan i forhold til social læringsteori ses som individets deltagelse i praksisfællesskaber og den der igennem gensidige påvirkning mellem individ og praksisfællesskab.

Læringsmekanismer ses som læringsteorier og forståelser af hvordan læring sker og kan derfor, i forhold til social læringsteori, ses som en forståelse af de forskellige deltagelsesmåder i praksisfællesskaber.

Social læringsteori lægger desuden vægt på både den tavse, implicite viden og den udtalte eller nedskrevne eksplicite viden. Udviklingen af viden og kompetencer sker gennem deltagelse i praksis og i gensidig interaktion med omgivelserne. Der lægges vægt på elev- og lærerroller og i særdeleshed på læringsaktiviteterne i den aktuelle kontekst. Der findes en række teoretikere, som har forslag til socialkonstruktivistisk læringsteori (f.eks. John Dewey og Donald Schön), men den overordnede teoretiske tilgang som benyttes i dette speciale vil være social læringsteori, eller teori om læring i sociale fællesskaber, som den beskrives af Etienne Wenger.

Der vil i specialet blive argumenteret for, at anæstesisygeplejerskers uddannelse, og dermed læring og identitetsdannelse, foregår i praksisfællesskaber. Wengers teoretiske bidrag fokuserer netop på læring og identitetsdannelse i praksisfællesskaber. Dermed kombinerer teorien undersøgelseskonteksten, *praksisfællesskaber*, med undersøgelsesområdet, *læring og identitetsdannelse*.

Med henblik på en yderligere kobling af begreberne identitet og læring samt en nuancering af lærings- og identitetsbegreberne inddrages Sfard og Prusaks teori om identitet som narrativer.

Sfard og Prusak anlægger samme syn på "konstruktion af identiteter" som Wenger, men forsøger i deres teori at give teorierne definatoriske og begrebsmæssige forudsætninger. Samtidig indfører de begreberne "aktuel og ønsket identitet" og kobler læring til disse definitioner.

Der vil i specialet *ikke* blive fokuseret på individuelle læreprocesser hos kursister, anæstesisygeplejersker eller vejledere, ligesom det ikke vil blive undersøgt, hvordan anæstesisygeplejersker (som eksperter) tænker, reflekterer og handler samt hvordan de videregiver denne måde at tænke og handle på til de mindre erfarne kursister. Der vil heller ikke blive fokuseret på betydningen af kursistens og vejlederens indbyrdes forhold. Desuden vil psykologiske, psykosociale og samfundsmæssige aspekter ved læring og identitetsdannelse kun i mindre grad vil blive inddraget.

I det følgende vil ***specialets undersøgelsesmetode*** blive gennemgået.

Undersøgelsesmetode

Som undersøgelsesmetode er valgt en eksplorativ problemafdækkende tilgang til problemfeltet, da der ønskes en undersøgelse af narrativer, faktorer og processer samt deres mulige indbyrdes forhold og relationer i forbindelse med identitetsdannelse hos anæstesisygeplejersker. Der er ikke på forhånd en fastlagt tilgang til eller forståelse af informanternes narrativer og faktorer samt deres indbyrdes relationer og sammenhænge.

Der bliver derfor tale om en forståelsesorienteret undersøgelse (Nielsen 2009:38), med en induktiv tilgang til vidensproduktionen. Forståelsesorienterede undersøgelser lægger vægt på analyse og fortolkning af subjektive forståelser, som er tilvejebragt gennem kvali-

tative metoder (Nielsen 2009:35), oftest kvalitative interview (Nielsen 2009:38).

Denne form for vidensproduktion, som bygger på indsamling af empiri gennem interview, vil i dette speciale kunne fremstille de interviewedes subjektive forståelser i forhold til uddannelse, læring og identitetsdannelse.

En kvantitativ metodisk tilgang vil kun i begrænset omfang eller slet ikke vil kunne give viden om de interviewedes egen subjektive forståelse af processer og faktorer i forbindelse med deres identitetsdannelse.

Feltobservation vil ikke i sig selv kunne give svar på de observeredes subjektive forståelser, narrativer og sammenhænge uden opfølgende interview med deltagerne. Til gengæld vil feltobservationer med observation og deltagelse i de interviewedes praksis, kunne udbygge og validere de informationer indhentes gennem interview.

Det overordnede tema for interviewene vil være læring og identitetsdannelse på specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske. Interviewene udføres som semistrukturerede interview på baggrund af en interviewguide (Bilag 4). Ved anvendelsen af semistrukturerede interview opnås en tematisk ramme for interviewet, som sikrer, at der gennem interviewet opnås en empiri, som kan anvendes i forhold til problemstillingen. Samtidig giver denne interviewform både interviewer og den interviewede mulighed for at bevæge sig udenfor rammen med uddybende fortællinger og spørgsmål, ligesom spørgsmål og temaer kan uddybes i en rækkefølge, som forekommer naturlig under interviewsamtalen. Interviewguiden opbygges med en tematisk ramme på baggrund af teoretiske grundlag. Der ved sikres, at der gennem interviewene kan opnås en empiri, som kan anvendes i forhold til problemstillingen. Interviewguidens temaer, stikord og spørgsmål var udarbejdet på baggrund af det valgte teorigrundlag, med henblik på at belyse specialets problemstilling og problemformulering.

Der vil blive gennemført fire kvalitative, semistrukturerede interviews.

Narrative interview fokuserer på de historier, interviewpersonerne fortæller, ligesom der lægges vægt på det tidlige, det sociale og betydningsstrukturerne i interviewet (Kvale & Brinkmann:173). Under interviewene i dette speciale vil der blive lagt vægt på de interviewedes narrativer i forhold til deres identitet og identitetsdannelse, men der vil ikke være tale om "rene" narrative interview, da der også vil blive fokuseret på informanternes opfattelse af praksis, fællesskaber, kompetencer og læring.

Der vil blive gennemført to med kursister under uddannelse og to med færdiguddannede anæstesisygeplejersker.

De to kursister udvælges ud fra følgende kriterier:

- De skal have gennemført mindst et halvt år af hoveduddannelsen og være fra anæstesiafsnit af forskellige størrelser på to forskellige sygehuse. Det første forhold vil sikre, at kursisterne har haft mulighed for at danne sig holdninger i forhold til undersøgelsesområdet. Hvis de kommer fra forskellige anæstesiafsnit, vil eventuelle forskelle set i forhold til kursisternes praksiskontekst kunne synliggøres, f.eks. forskellige fællesskaber og forskellige størrelser af disse.

De to uddannede anæstesisygeplejersker udvælges ud fra følgende kriterier:

- De skal have været uddannet i mindst to år og der skal være mindst fem års forskel i uddannelsesanciennitet. De skal være fra anæstesiafsnit af forskellige størrelser på to forskellige sygehuse. Dette vil for det første sikre, at anæstesisygeplejerskerne har haft mulighed for at gøre erfaringer som færdiguddannede anæstesisygeplejersker og opleve eventuelle ændringer i forhold til deres uddannelsestid. En forskel i uddannelsesanciennitet vil desuden gøre det muligt, at se mulige forskelle i forhold til dette.
Hvis anæstesisygeplejerskerne kommer fra forskellige anæstesiafsnit, vil eventuelle forskelle set i forhold til deres praksiskontekst, f.eks. forskellige fællesskaber og forskellige størrelser af disse, kunne synliggøres.
- De fire interviewpersoner skal desuden være ansat på mindst tre forskellige anæstesiafsnit.
Ved at vælge kursister og anæstesisygeplejersker fra forskellige anæstesiafsnit og anæstesisygeplejersker med forskellig uddannelsesanciennitet, forsøges anlagt forskellige perspektiver på undersøgelsen, på trods af en forholdsvis lille gruppe interviewpersoner.

Der vil blive anvendt en interviewguide, med en række hovedtemaerne og dertilhørende underspørgsmål. Alle interview planlægges til at vare ca. 45 min. og interviewene vil blive optaget på bånd. Efterfølgende vil interviewene blive analyseret på baggrund af en meningskondensering. En meningskondensering indebærer, at *"de meninger, interviewpersonerne udtrykker, gives en kortere formulering"* og *"at lange udsagn sammenfattes til kortere udsagn, hvor hovedbetydningen af det, der er sagt, omformuleres i få ord"* (Kvale & Brinkmann:227ff). Derved kan interviewene udlægges i både de valgte hovedtemaer og andre naturligt forekommende temaer, med henblik på en senere analyse og fortolkning. Samtidig vil sammenligninger interviewene imellem lettes ved, at analysen af interviewene foretages tematisk. Det vil desuden blive muligt, at finde frem til kategorier, begreber og teorier som er indlejret i datamaterialet fra interviewene (Nielsen 2009:38).

5. En social teori om læring

Etienne Wenger opfatter læring som identitetsforandrende deltagelse i specifikke praksisfællesskaber og mener, at udviklingen af identitet og praksis foregår i gensidige læreprocesser. På baggrund af denne opfattelse af læring som et socialt fænomen, har han udviklet en omfattende social teori om læring (Wenger 2004).

Han ser ikke sin sociale teori om læring, som en erstatning for andre læringsteorier men som en begrebsramme, som kan anvendes til at analysere, forstå og muliggøre læring.

Wengers udgangspunkt er, at mennesker er sociale individer, som deltager engageret i udøvelsen af bestemte aktiviteter. Dette engagement får derved aktiviteterne til at blive meningsfulde for os. Engagementet består i at være aktive deltagere i konkrete aktiviteter i sociale fællesskabers praksisser. I relation til denne aktivitetsudøvelse konstrueres det enkelte individs identitet.

Wenger integrerer komponenterne *mening, praksis, fællesskab og identitet* i sin sociale teori om læring, da han ser denne integration som nødvendig, for at karakterisere social deltagelse som en lærings- og erkendelsesproces (Ibid.:15):



Fig. 2. Komponenter i en social teori om læring (Wenger 2004:15)

I det følgende gennemgås de fire komponenter.

5.1. Mening og meningsforhandling

Menneskers handlen i praksis opfattes som en proces hvorigennem de kan opleve deres engagement som meningsfuldt. Denne proces ses som en *meningsforhandling*. Meningsforhandlingen består af et samspil mellem to processer: *deltagelse* og *tingsliggørelse*.

Deltagelse og tingsliggørelse udgør et par, en meningsdualitet. Oplevelsen af mening opstår på baggrund af en gentagen produktion og forhandling af historier.

"Alt, hvad vi gør og siger, henviser måske til noget, der er blevet gjort og sagt tidligere, men ikke desto mindre skaber vi igen en ny situation, et nyt indtryk, en ny oplevelse: Vi skaber meninger, der udvider, omdirigerer, afviser, omtolker, modificerer eller bekræfter – kort sagt genforhandler – de meningshistorier, de er en del af. Livet er i denne forstand en konstant meningsforhandlingsproces" (Ibid.:67).

Meningsforhandlingen kan foregå sprogligt, men kan også have andre udtryksformer, og kan f.eks. ske gennem langvarig social tilpasning. Meningsforhandling og dannelsen af mening indeholder mange elementer, som gensidigt påvirker hinanden over tid. Da meningsforhandlingen sker over tid, og kan den ses som indeholdende deltagernes og fællesskabets historie. Meningsforhandlingen ændrer hele tiden de situationer den giver mening, og vil derfor konstant skabe nye vilkår for den videre forhandling og genforhandling. Derved bliver meningsforhandlingen dynamisk og i konstant udvikling. Meningsforhandlingen består som nævnt, af et samspil mellem deltagelse og tingsliggørelse. I det følgende vil disse begreber blive nærmere defineret.

5.1.1. Deltagelse og tingsliggørelse

Deltagelse ses som

"Den sociale oplevelse af at leve i verden som medlemskab i sociale fællesskaber og aktivt engagement i sociale foretagender" (Ibid.:70).

Derved bliver deltagelsen en både personlig og social proces, som kombinerer handling, samtale, tænkning, følelse og tilhørsforhold. Deltagelsen inddrager derved hele personen, både krop, bevidsthed, følelser og sociale relationer.

Deltagelsen kan have en individuel, uformel og tavs karakter som f.eks. det enkelte individs tanker, men også være af social, formel og eksplicit karakter som f.eks. deltagelsen i samtaler, undervisning eller refleksion. Deltagelse i sociale fællesskaber er med til at forme individers oplevelser, men individerne påvirker samtidig også fællesskaberne i gensidig interaktion og er derved med til at forme fællesskaberne. Deltagelse sætter meningsforhandlingen i forbindelse med individers forskellige former for medlemskab i forskellige fællesskaber (Ibid.:71), og deltagelsen i fællesskaber kommer derved til at udgøre en konstituerende del af individers identitet.

Wenger definerer tingsliggørelse som

"Den proces, der former vores oplevelse ved at skabe objekter, der bringer denne oplevelse til at stivne i "tingslighed"" (Ibid.:73).

Denne tingsliggørelse, reifikation, *"skaber fokuspunkter, som meningsforhandlingen kan organiseres omkring"* (Ibid.:73). Tingsliggø-

relsen kan komme til udtryk som både processer og produkter af disse processer.

Det kan f.eks. være processen med udarbejdelse af en retningslinje for patientbehandling. Denne proces bliver dermed tingsliggjort som et fokuspunkt for meningsforhandling. Efterfølgende vil resultatet af processen blive tingsliggjort i retningslinjen. Derved bliver retningslinjen et fokuspunkt for meningsforhandling, når den skal anvendes. Tingsliggørelsen omfatter ikke blot eksplicitering gennem ord i skrift og tale, men kan også ske gennem andre udtryksformer, f.eks. billeder og illustrationer.

Enhver form for tingsliggørelse skal altid forhandles lokalt i de enkelte fællesskaber for at blive meningsfuld for fællesskabets medlemmer. I forhold til ovennævnte eksempel vil sygehusets overordnede retningslinjer, skulle forhandles i hvert af de fællesskaber på sygehuset, retningslinjen vedrører.

Tingsliggørelse kan opfattes som værende af kollektiv karakter, da den sætter individer i stand til at koordinere handlinger.

Samtidig former tingsliggørelsen dog også det enkelte individs opfattelser. Faren ved tingsliggørelse er, at den kan medvirke til, at der kan opstå en automatisme, som kan dække over en mangel på dybere forståelse og forpligtelse overfor det, tingsliggørelsen henviser til. En sådan automatisk efterlevelse af en retningslinje for patientbehandling, vil være problematisk, da patienterne er forskellige og der dermed ofte vil være behov for afvigelser i forhold til standarder og retningslinjer.

Deltagelse og tingsliggørelse udgør som nævnt et par, en meningsdualitet. De kan ikke betragtes hver for sig, men optræder altid sammen og skylder hinanden deres eksistens (Ibid.:77ff). De kan ikke erstatte hinanden, men er afhængige af hinanden og komplementære i deres samspil. De er gensidigt konstituerende.

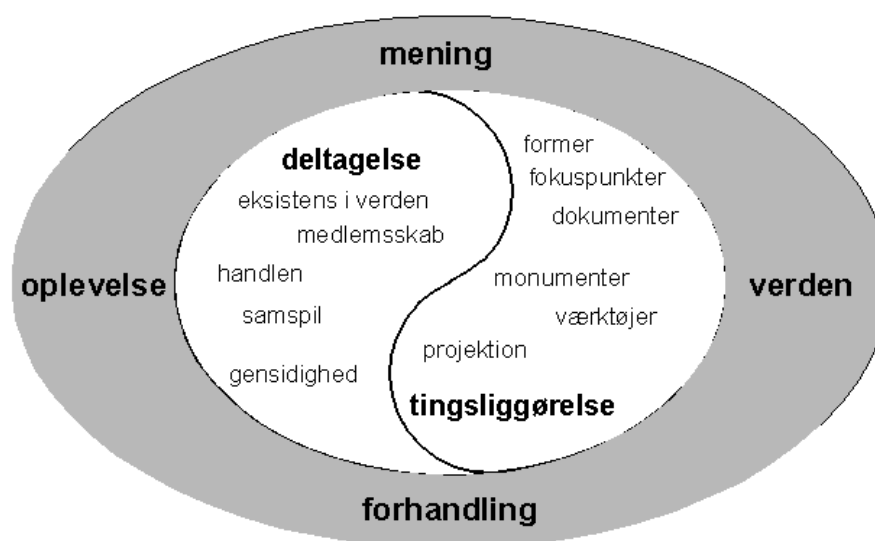


Fig. 3. Dualiteten mellem deltagelse og tingsliggørelse (Wenger 2004:78)

Deltagelse og tingsliggørelse står i et indbyrdes forhold, hvor de er i stand til at kompensere for hinandens mangler. Deltagelsen opvejer de indbyggede begrænsninger i tingsliggørelsen og omvendt. Når retningslinjen for patientbehandling skal diskuteres og fortolkes sker det gennem deltagelse og når deltagelsen bliver for upræcis eller underforstået kan dette opvejes af retningslinjen. Deltagelse og tingsliggørelse står i et indbyrdes forhold som kompenserer for deres respektive mangler, ligesom uligevægt imellem dem skal forsøges afhjulpet (Ibid.:80). I forbindelse med enhver form for meningsproduktion vil det derfor være relevant at overveje, hvad der skal tingsliggøres og hvad der kan overlades til deltagelsen. Det er samspillet mellem deltagelse og tingsliggørelse, der gennem meningsforhandlingen former menneskers oplevelser og omverden og gør mennesker og ting til det, de er (Ibid.:87).

5.2. Praksis

Praksis er *"handling i en historisk og social kontekst, der giver det, vi gør, struktur og mening"* (Ibid.:61). Der vil altid være tale om en social praksis, hvor menneskers identitet og deres praksis, gennem meningsforhandling, udvikles i gensidig interaktion over tid. Praksisbegrebet omfatter både den eksplicite, udtrykte og repræsenterede viden samt den implicite, tavse og antagede viden.

For anæstesisygeplejersker kan den eksplicite viden f.eks. omfatte fagudtryk og deres anvendelse ved anæstesier og operationer, afdelingens regler og procedurer for arbejdet, f.eks. standarder indenfor Den Danske Kvalitetsmodel⁶. Det kan endvidere dreje sig om dokumentation af handlinger og medicingivning under anæstesier, kontrol af apparatur, viden om overenskomster, kontrakter og protokoller for de forskellige faggrupper samt de forskellige faggruppers kompetencer og funktionsområder.

Den tavse, implicite viden omfatter alt det vi tager for givet, f.eks. implicite relationer, tavse konventioner, tommelfingerregler, intuitive forståelser, specifikke opfattelser, grundlæggende antagelser og fælles verdensbilleder (Ibid.:61).

Anæstesisygeplejerskers implicite viden kan omfatte fælles grundlæggende antagelser som f.eks. hvilke fagudtryk og handlinger der, under udførelse af anæstesier, tyder på høj faglig viden og kunnen. Den implicite viden kan desuden omfatte evnen til - samt viden om hvordan og hvornår - der skal samarbejdes med egne og andre faggrupper under operationer og anæstesier. Der kan være tale om uformelle aftaler om f.eks. pausetidspunkter og -længde, hvad der

⁶ Den Danske Kvalitetsmodel er et akkrediteringssystem for sygehusene i Danmark. Systemet omfatter 104 akkrediteringsstandarder og en akkrediteringsproces. Hver af akkrediteringsstandarderne omfatter en række retningslinjer for *udførelse, implementering, kvalitetsovervågning og kvalitetsforbedring* af arbejdet på sygehusene.

samtaler om og hvad der ikke diskuteres på arbejdspladsen samt evnen til at indgå i sociale aktiviteter på og evt. udenfor arbejdspladsen

Tavs viden er ikke kun individuel viden, da den konstant forhandles og genforhandles i den sociale praksis. Menneskers forskellige opfattelser og forståelser kun er blevet fælles og alment antaget gennem forhandlinger i den sociale praksis. Det er i praksis forskellige forståelser deles, forhandles og udvikles. Denne forhandling af opfattelser og forståelser gælder også den eksplicitte viden og handlinger. Praksis ses dermed som konstant reflekterende og virkelighedsskabende – som det også ses hos Donald Schön (Schön 1987:35-36) og hans syn på refleksion-i-handling og hvordan professionelle konstruerer og opretholder verden som de ser den.

Vores ageren i praksis er ikke enten fysisk eller mental, konkret eller abstrakt, men involverer altid både handlen og viden på samme tid. Vores engagement i praksis involverer hele vores person; mentale aktiviteter er ikke kropsløse eller omvendt (Wenger 2004:62). Relationen mellem teori og praksis er interaktiv og kompleks, og praksis er den proces, hvorigennem vi kan opleve verden og vores engagement i den som meningsfuld.

5.3. Praksisfællesskaber

Et praksisfællesskab er et fællesskab skabt over tid gennem langvarig udøvelse af en fælles virksomhed (Ibid.:59). Denne fælles virksomhed defineres af deltagerne selv og er resultatet af en kollektiv forhandlingsproces hvorved den skaber gensidige ansvarlighedsrelationer deltagerne imellem (Ibid.:95).

Praksisfællesskaber defineres dermed gennem deltageres engagement i praksis. Deltagerne i praksisfællesskaber finder sammen på grund af en fælles interesse i at deltage i det pågældende praksisfællesskab og alle mennesker indgår på samme tid i flere praksisfællesskaber.

Deltagerne i et praksisfællesskab er ikke ens. De udvikler forskelle og ligheder, de kan specialisere sig, men samtidig udvikle fælles måder at udføre bestemte handlinger på. Homogenitet er derfor hverken forudsætningen eller resultatet af udviklingen af et praksisfællesskab (Ibid.:93). De gensidige relationer mellem fællesskabets deltagere vil derfor være komplekse blandinger af mellemmenneskelige relationer, og der vil ikke altid være tale om harmoni, loyalitet og fredelig sameksistens; der vil også opstå konflikter og spændinger.

Praksisfællesskaber kan have både formel og uformel status, ligesom de kan – men ikke behøver at – følge organisatoriske rammer. Praksisfællesskaber er ikke kun lokale enheder, men de udvikler sig

i større kontekster, f.eks. organisatoriske, sociale eller historiske (Ibid.:97), ligesom de kan indgå i forskellige praksiskonstellationer. Praksisfællesskaber er ikke faste givne størrelser, da de konstant forhandles og genforhandles.

Praksis og fællesskab samles til begrebet praksisfællesskab ved indførelsen af de tre dimensioner *engagement*, *fælles virksomhed* og *fælles repertoire*. Sammenkoblingen af disse tre dimensioner i en tidsdimension medfører, at praksisfællesskaber kan opfattes som fælles læringshistorier (Ibid.:105).

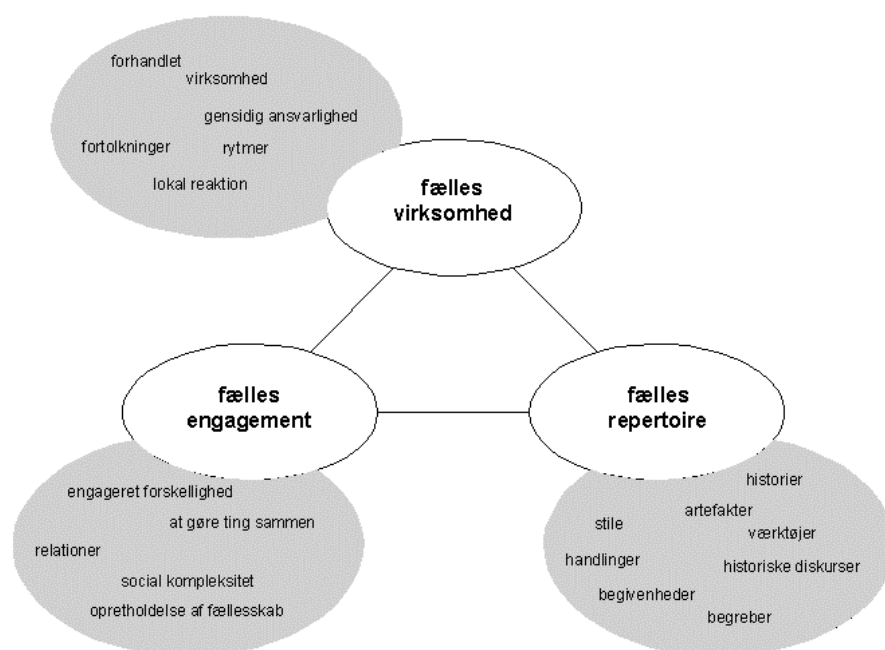


Fig. 4. Praksisdimensionerne som egenskab ved et fællesskab (Wenger 2004:90)

Med henblik på at kunne analysere, de rammer og vilkår anæstesi-sygeplejersker og kursister har for deltagelsen i praksisfællesskaber, vil der i det følgende blive foretaget en begrebsafklaring af de tre dimensioner i praksisfællesskabet.

5.3.1. Gensidigt engagement

Gensidigt engagement er den primært definerende faktor i praksisfællesskaber. En gruppe mennesker der er samlet udgør ikke i sig selv et praksisfællesskab. Heller ikke selv om disse mennesker har fælles sociale, organisatoriske, geografiske eller personlige relationer. Det er først når disse mennesker engagerer sig i handlinger de gensidigt meningsforhandler, at der bliver tale om et praksisfællesskab (Ibid.:91ff).

Gensidigt engagement kan være forbundet med flere forskellige personers roller og kompetencer. Der kan være tale om overlappende kompetencer, hvis man f.eks. ser på praksisfællesskaber indenfor samme faggrupper. Det gensidige engagement kan også indebære komplementære bidrag fra deltagerne. Det ses f.eks. tydeligt på operationsstuerne, hvor anæsthesisygeplejersken sammen med kirurg, anæstesilæge og operationssygeplejersker udgør et operationshold. Dette operationshold udgør et praksisfællesskab, hvor det gensidige engagement især indebærer komplementære bidrag fra de enkelte deltagere. I et fællesskab af anæsthesisygeplejersker skal der også udvises gensidigt engagement. Det kan komme til udtryk gennem en holdning til, at "arbejdet er først færdig, når alle er færdige" og en deraf følgende forventning om, at alle hjælper hinanden med at blive færdige ved dagens afslutning. Det kan også dreje sig om en gensidig hjælpsomhed i forhold til nyt udstyr, ukendte medicinske præparater eller særligt vanskelige patientforløb. Hver enkelt deltager i praksisfællesskabet udvikler sin egen identitet, som både defineres og integreres i fællesskabet gennem engagementet. Særlige kundskaber eller færdigheder indenfor specielle områder værdsættes og udnyttes af kolleger – så længe det ikke går ud over "det fælles arbejde".

5.3.2. Fælles virksomhed

Den anden dimension i praksisfællesskaber er den fælles virksomhed. Wenger fremhæver tre områder som karakteristiske for den fælles virksomhed (Ibid.:95ff): Den fælles virksomhed er resultatet af en *kollektiv forhandlingsproces*, den *defineres af deltagerne i forbindelse med udøvelsen* og den skaber en *gensidig ansvarlighed*, der integreres i praksis.

En fælles virksomhed er meget kompleks, da den både omfatter instrumentelle, men også deltagernes personlige og interpersonelle forhold. En fælles virksomhed vil derfor ikke nødvendigvis være tegn på enighed blandt alle deltagerne, men afspejle, at den er forhandlet i fællesskab. For deltagerne bliver det en del af processen, at forhandle og koordinere deres ønsker og lære at leve med deres forskelligheder.

Praksisfællesskaber kan ikke ses som uafhængige af det omgivende samfund. De udvikler sig i større kontekster, hvor de imødegås af krav og tildeles ressourcer og begrænsninger.

Sådan er det også på sygehusene hvor de organisatoriske fællesskaber tildeles eller fratages ressourcer.

Organisationer og udefrakommende krav bestemmer dog ikke alt, men sætter nogle rammer for forhandlingerne i praksisfællesskaberne. Praksis formes som den forhandles af fællesskabernes medlemmer:

"Ydre kræfter har ingen direkte magt over denne produktion, fordi det i sidste instans... er fællesskabet, der forhandler sin virksomhed" (Ibid.:98).

Anæstesisygeplejersker forventes at udvise ansvarlighed overfor den fælles virksomhed på en lang række områder.

Det kan ske ved at man påtager sig en passende andel af overarbejde eller vagter, at man dygtiggør sig indenfor sit eget specialeområde eller at man medvirker til et godt fælles arbejdsmiljø.

Det kan også komme til udtryk gennem medlemskab af fagforeningen og efterlever beslutninger, aftaler, overenskomster og evt. arbejdsnedlæggelser.

Ligeledes kan der være tale om, at man ikke naivt accepterer at starte anæstesier, som medfører større overarbejde, at man kan leve med kedsomheden ved langvarige anæstesier og at man påtager sig en passende del af afdelingens uddannelsesforpligtigelser. Som en del af den fælles virksomhed forventes det, at man som anæstesisygeplejerske medvirker til at positionere afdelingen i forhold til fremtidige udfordringer og trusler.

Desuden forventes det, at man medvirker til at opretholde anæstesisygeplejerskernes status i organisationens hierarki, at man deltager aktivt i personalemøder, at man (lærer at) opfatte bestemte oplevelser på en bestemt måde og at man (lærer at) fremsætte bestemte fortolkninger.

5.3.3. Fælles repertoire

Den tredje dimension i praksisfællesskabet er det fælles repertoire. Det fælles repertoire består af de rutiner, handlinger, historier, begreber, gestus eller instrumenter som er blevet optaget eller produceret af fællesskabet som en del af dets praksis (Ibid.:101).

Repertoiret udvikles over tid som et produkt af den fælles virksomhed og det afspejler dermed også fællesskabets historie.

Elementer fra det fælles repertoire som f.eks rutiner, ord og artefakter kan genbruges på nye måder ved nye meningsforhandlinger.

Derved bliver det fælles repertoire grundlæggende for fællesskabets deltageres muligheder for at kunne skabe mening og udtrykke deres medlemskab og identitet i praksisfællesskabet. Flertydigheden kan vanskeliggøre kommunikation og koordinering, men kan samtidig give dynamik og nye meninger til forhandling.

Anæstesisygeplejerskers fælles repertoire kan komme til udtryk gennem lokale anekdoter om vanskelige, sjove eller enestående anæstesier og oplevelser. Der kan være læringshistorier om situationer hvor det gik galt eller var tæt på at gå galt og om hvad man gjorde i en vanskelig situation for at få det til at gå godt.

Disse læringshistorier fortælles til nyansatte og genfortælles blandt erfarne sygeplejersker i praksisfællesskabet. Derved omsættes historierne til en del af det enkelte medlems historie og repertoire som igen kan indgå i de fælles historier og repertoire.

Der kan også være tale om anvendelsen af særlige ord eller symboler i kommunikationen mellem anæstesisygeplejerskerne, f.eks. på

oversigtstavler eller - som det ofte kommer til udtryk - på anæstheskemaer under operationer. Endvidere kan der være tale om særlige instrumenter som anvendes på afsnittet, f.eks. specielle instrumenter til brug ved vanskelig intubation⁷.

Særlige hensyn eller gestus, f.eks. sørge for at der er mad og drikke i pauserummet til den som påtager sig overarbejde er også en del af det fælles repertoire. I det fælles repertoire indgår også særlige rutiner, som f.eks. hvornår der skal klargøres udstyr til den næste anæstesi, hvilken medicin man tager med ind på operationsstuerne og hvilken medicin der trækkes op i sprøjter på forhånd.

Hermed afsluttes begrebsafklaring af de tre dimensioner i praksisfællesskabet, som de også fremgår af figur 4. I det følgende vil der blive fokuseret på den sidste af komponenterne i Wengers sociale teori om læring.

5.4. Identitet

Identitet indgår – sammen med fællesskab, mening og praksis – som den fjerde og sidste komponent i Wengers sociale teori om læring.

Der er en tæt sammenhæng mellem praksis og identitet, idet praksis kræver oprettelsen af fællesskaber med gensidigt engagement og anerkendelse deltagerne imellem. Denne anerkendelse i praksis medfører en forhandling af identitet i den pågældende kontekst. Identitet dannes også i et tæt samspil med praksis og de relationer deltagerne indgår i. Når praksisfællesskaber dannes og udvikles, relaterer deltagerne sig til hinanden og forhandler om deltagelsesmåder i fællesskaberne. Dette er med til at forme deltagernes identitet. Deltagernes identitet vil derfor også variere afhængig af hvilke fællesskaber, de deltager i. Identiteten ses dermed ikke som fast knyttet til den enkelte person eller som uafhængig af konteksten. Praksis medfører derfor en forhandling af de måder, hvorpå man kan være deltager i den pågældende kontekst og opbygningen af en identitet består af meningsforhandling i forbindelse med oplevelsen af medlemskab i sociale fællesskaber (Ibid.:169).

Dannelsen af praksisfællesskaber kan dermed ses som en forhandling af identiteter og derved kan identitet ses som forhandlet oplevelse, der samles gennem deltagelse og tingsliggørelse i meningsforhandlingen (Ibid.:176-177). Identitetsforhandlingen ses som en kontinuerlig proces som til stadighed lægger flere lag på deltagernes identitet. Det enkelte individs egenopfattelse og selvnarrativer er vigtige og konstituerende for identiteten, men der sættes ikke lighedstegn mellem disse tingsliggørelser og identitet.

Identitet dannes gennem deltagelse og tingsliggørelse og konstitueres gennem medlemskab af fællesskaber, hvor deltagerne kan opleve egen kompetence og anerkendes for denne.

⁷ Nedførelse af et plastikrør/-slange i luftrøret til kontrol af luftvejene under en anæstesi.

”Medlemskab i et praksisfællesskab omsættes alt i alt til en identitet som en form for kompetence” (Ibid.:179).

I forbindelse med det kontinuerlige arbejde med identitetsdannelsen, bevæger identitetsdannelsen sig af veje – eller baner – som har en tidsmæssig sammenhæng, men ikke et fastlagt forløb eller mål. Der ses forskellige former for baner (Ibid.:180):

- Perifere baner som aldrig fører til fuld deltagelse, men giver adgang til fællesskabet.
- Indadgående baner som fører nyankomne til fuldgyldige medlemmer.
- Insider-baner, ikke fuldgyldige medlemmer af fællesskabet. Konstant udvikling af praksis fører til konstant genforhandling af identitet.
- Grænsebaner forbinder praksisfællesskaber. At spænde over fællesskabers grænser kræver mæglingsarbejde (Ibid.:126) og energi til opretholdelse og genforhandling af identitet.
- Det kan være vanskeligt at bevare identiteten på tværs af grænser.
- Udadgående baner forlader fællesskabet for at træde ind i andre fællesskaber.

De forskellige baner giver forskellige perspektiver på læring, deltagelse og identitet i arbejdet.

Alle mennesker deltager i mange fællesskaber. Disse forskellige deltagelsesformer foregår ad mange forskellige baner, som hver især bidrager til dannelsen af den enkeltes identitet. Disse ”identitetsdele” skal ikke ses som selvstændige identiteter, men som bidrag til én samlet identitet.

En identitet er således mere end blot en simpel bane; den skal i stedet betragtes som en neksus af multipelt medlemskab (Ibid.:185).

Denne multiplicitet samles i begrebet neksus. I en neksus samles multiple baner og bliver en del af hinanden. Dannelsen af én identitet vil derfor være en konstant kamp for harmonisering af mange forskellige – måske modstridende – former for identitet og kompetence.

Identitet skal ikke blot ses som forankret i det lokale fællesskab, men skal også ses i sammenhæng med en bredere kontekst. Der er tale om et samspil mellem både det lokale og det globale (Ibid.:188ff).

5.4.1. Deltagelse og ikke-deltagelse

Mennesker defineres gennem de praksisfællesskaber, de vælger at engagere sig i, men de definerer også gennem de fællesskaber, de ikke vælger at deltage i. Man kan derfor tale om både deltagelses-

og ikke-deltagelsesidentiteter. Wenger skelner hér mellem fire deltagelses-/ikke-deltagelsesidentiteter (Ibid.:192ff):

- Periferitet ses som deltagelse, der ikke er fuldgyldig. Deltagelsesaspektet dominerer.
- Ved marginalitet er ikke-deltagelsesaspektet dominerende og forhindrer fuldgyldig deltagelse.
- Fuld deltagelse, hvor man betragtes som indviet og endelig
- Fuld ikke-deltagelse, hvor man betragtes som outsider.

Deltagelse og ikke-deltagelse afhænger ikke kun af den enkelte deltagers personlige valg, men også af sociale relationer på forskellige niveauer. Det drejer sig om baner i specifikke fællesskaber, grænserelationer og krav ved multipelt medlemskab samt deltagerens egne positioner og fællesskabers positioner i en større sammenhæng (Ibid.:195). Ikke-deltagelse opstår ofte på baggrund af organisatoriske systemer og ordninger. Man kan f.eks. vælge at se ikke-deltagelse som kompromis, som strategi eller som værn eller dække mod ubehagelige situationer (Ibid.:198ff). Ikke-deltagelse kan blive en del af deltagerens praksisidentiteter.

5.4.2. Tilhørsforhold

Wenger beskriver tre forskellige måder at høre til på (Ibid.:200ff):

- Engagement,
- Forestilling eller fantasi samt
- Indordning

Engagement ses som en tredobbelt proces, som indbefatter vedvarende meningsforhandling, dannelsen af baner og udviklingen af praksishistorier.

Fantasi – eller forestillinger – handler om, at anskue praksis som fortsatte historier, som både rækker tilbage i tiden, men også giver forskellige alternativer for mulige fremtidsscenerier.

Indordning knytter fællesskabets deltagere sammen gennem koordination af praksis og handling. Det kan f.eks. dreje sig om at efterkomme organisatoriske krav, hvorved indordning kommer til at handle om kontrol, styring og magt. Ligeledes kan handlinger forstærkes ved fælles koordination.

5.4.3. Identifikation og negotiabilitet

Identitet formes i spændingsfeltet mellem deltagelse og ikke-deltagelse og afhænger af den enkeltes evne til meningsforhandling i de forskellige kontekster. Identitet kan anskues som en dobbelt proces bestående af identifikation og negotiabilitet (Ibid.:217ff).

Identifikation ses som en proces, hvor deltagerens forskellige fællesskaber og medlemskabsformer konstituerer deres identitet.

Denne identifikation kan være både reifikativ (at identificere sig som eller at blive identificeret som), eller partcipativ (at identificere sig

med). Identifikation skal ses som en dynamisk, social proces, som kan ske gennem engagement, fantasi og indordning. Negotiabilitet skal ses som evnen, muligheden og retten til at bidrage til og forme meninger i en social kontekst (Ibid.:227ff). Disse meninger kan tillægges forskellige værdier – de bliver en del af en meningsøkonomi, som derved kommer til at afspejle forskellige magt- og legitimitetsrelationer. Meningen med en given situation vil dog altid være et spørgsmål om forhandling. Evnen til at forhandle mening i givne situationer påvirkes af deltageres relationer i forhold til meningsejerskab. Meningsejerskab kan ses som det omfang deltagerne kan hævde, at de "ejer" de meninger de forhandles om – at de er i stand til at fremkomme med en genkendelig, kompetent fortolkning. Da meninger er socialt forhandlede, kan der ses et større fælles ejerskab.

5.5. Læring

Praksisfællesskaber opfattes som fælles læringshistorier, hvori gensidigt engagement i udførelsen af fælles virksomhed giver grobund for læring (Ibid.:150ff). Læringshistorier ses som en sammenfletning af deltagelse og tingsliggørelse over tid.

Læring i praksis omfatter udvikling og forhandling af de tre fællesskabsdimensioner, dvs. udvikling af gensidigt engagement, forhandling af fælles virksomhed og udvikling af fælles repertoire (Ibid.:116).

Praksisfællesskaberne investerer en del af deres energi i tingsliggørelse af fælles artefakter. Denne tingsliggørelse fungerer som fokuspunkter for meningsforhandlingen og afspejler dermed bestemte perspektiver, som har en større tendens til at blive reproduceret. Det er derfor lettere at lære den nuværende, aktuelle praksis, end at introducere nyt og forandre praksis. Alle identiteter i fællesskabet er forankret i hinanden, og det er derfor heller ikke altid let at ændre identitet og blive en "helt ny person" i det samme fællesskab (Ibid.: 109-110). Når nye medlemmer indtræder i et praksisfællesskab, indtræder de også ind i fællesskabets læringshistorier og der skabes mulighed for læring. Anæstesikursisterne indtræder ved ansættelsen i praksisfællesskaber på afdelingen. Herigennem deltager de i meningsforhandling med de øvrige deltagere. På den måde opbygger kursisterne deres egne læringshistorier, der er med til at skabe og udvikle deres identitet som anæstesisygeplejersker. Gennem meningsforhandling forhandles, og genforhandles, alle fællesskabets deltageres relationer, og deltagerne skaber konstant nye relationer og identiteter ud fra deres nye perspektiver. Når en ny indtræder i et fællesskab, sker der *"en spredning af generationsmæssige diskontinuiteter på mange forskellige niveauer"* (Ibid.:110). Relationerne mellem fællesskabets medlemmer ændres, og deltagerne – også de erfarne – danner nye identiteter ud fra deres nye perspektiver. På anæstesiaafdelingen kommer dette f.eks. til udtryk ved ansættelsen af nye anæstesikursister. Når de nye ansæt-

tes, vil de hidtil yngste kursister ændre identitet til mere erfarne kursister, og de ældste kursister skal til at forholde sig til en identitet som færdiguddannede anæstesisygeplejersker.

I forhold til individuel læring henviser Wenger til de forskellige læringsbaner, der kan ses i forbindelse med praksisfællesskaber. De forskellige baner giver forskellige perspektiver på deltagelse, identitet og læring, ligesom de fremmer forståelsen af hvad der bidrager til identitetsdannelsen (Ibid.:181).

Wenger hævdter sammen med Jean Lave (Lave & Wenger 2003), at læring ikke kun sker gennem en tingsliggørelse af en undervisningsplan. Læring sker i høj grad ved, at nyankomne får adgang til praksisfællesskabet via modificerede former for deltagelse; at nyankomne bliver legitime perifere deltagere. Her ses periferitet og legitimitet som nødvendigt for faktisk deltagelse i fællesskabet (Ibid.:175). Ved *periferitet* forstås en tilstand, hvor perifer deltagelse i fællesskabet giver adgang til de tre praksisdimensioner med henblik på, at den nye deltager kan opnå fuld deltagelse. Det nye medlem skal gives en fornemmelse, af hvordan fællesskabet fungerer. Anæstesikursisters periferitet ses ved f.eks. nedsat produktionspres, særlig støtte fra vejleder og andre anæstesisygeplejersker samt forklaringer og narrativer som en del af praksis. For at fastholde en læringsbane, skal den nyansatte behandles som et potentielt medlem; den nyankomne skal sikres *legitimitet*. Denne legitimitet sikres ved støtte fra en erfaren, en mester, eller for kursistersnes vedkommende, en erfaren anæstesisygeplejerske som vejleder. Derved sikres den nyankomne adgang til fællesskabet – og ret til at fejle og begå regelbrud uden at risikere udelukkelse. At være legitim perifer deltager indebærer, at man er i en position, hvor man kan opnå fuld deltagelse i praksisfællesskabet. Fuld deltagelse skal forstås som de mange forskellige relationer, man kan indgå i i praksisfællesskabet – ikke at et praksisfællesskab har en periferi man kan bevæge sig fra og en kerne man kan bevæge sig ind imod (Lave & Wenger 2003:37-38).

Er der er tale om praksisfællesskaber for anæstesisygeplejersker? Et praksisfællesskab er et fællesskab skabt over tid gennem langvarig udøvelse af en fælles virksomhed. Praksisfællesskaber defineres gennem de tre dimensioner *fælles engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire*. Som det fremgår af kontekstualiseringen i ovenstående gennemgang af de tre fællesskabsdimensioner, kan der argumenteres for, at der er tale om udøvelse af de tre praksisdimensioner. Denne udøvelse af fælles virksomhed, gennem fælles engagement og med fælles repertoire sker over tid, og netop koblingen af de tre dimensioner i en tidsdimension medfører, at der er tale om et praksisfællesskab.

I det følgende vil der blive redegjort for Anna Sfard og Anna Prusaks teori om identitet som narrativer samt deres læringssyn.

6. Identitet som narrativer

Med henblik på en yderligere kobling af begreberne identitet og læring samt en nuancering af lærings- og identitetsbegreberne inddrages Anna Sfard og Anna Prusaks teori om identitet som narrativer og læring som en kulturelt formet aktivitet.

Sfard og Prusak tilslutter sig bl.a. Wengers og Lave & Wengers teori om "konstruktion af identiteter" (Sfard & Prusak 2005:15), men mener, at teorierne savner begrebsmæssige forudsætninger. Sfard og Prusak mener, at der mangler en operativ definition af begrebet identitet, og de har gennem studier forsøgt at operationalisere begrebet identitet med henblik på dets anvendelse i analyse af læring. På baggrund af deres studier definerer Sfard og Prusak identitet som godkendte, betydningsfulde og konkrete narrativer om den enkelte person (Ibid.:14ff). Det skal forstås på følgende måde: Narrativer kan godkendes, hvis den, som er ved at opbygge sin identitet, opfatter narrativerne som en præcis gengivelse. Narrativers konkrete kvaliteter ses på baggrund af anvendelsen af verber som f.eks. har, er, kan, altid og aldrig. Endelig ses en narration som betydningsfuld, hvis ændringer i historien vil ændre historiefortællerens følelser for den identificerede person, som historien omhandler. Identiteter finder ikke deres udtryk i narrativer, de er narrativer (Ibid.:14).

Alle identificerende narrativer repræsenteres af det tredelte forhold B-A-C, hvor A er den identificerede person, B er fortælleren og C er modtageren. På denne baggrund ses det, at der må eksistere mange, også modstridende, identiteter for alle mennesker, da de historier der fortælles om den enkelte, kan variere meget.

Sfard og Prusak skelner overordnet mellem tre forskellige typer identiteter hos den enkelte person (Ibid.:17): En første- en anden- og en tredje-persons identitet. En *første-persons identitet* er en identitet, hvor en identificerende historie om A fortælles af den identificerede person selv til en anden person. Dette betegnes som A-A-C. Der er desuden en særlig *første-persons identitet*, illustreret som A-A-A, som omfatter de godkendte, betydningsfulde og konkrete første-persons historier, som en person fortæller om sig selv til sig selv. Det er identitetstype der oftest sigtes til, når begrebet identitet anvendes uden nærmere forklaring. Det er samtidig også denne identitetstype, som har den største indflydelse på den enkelte persons handlinger. En *anden-persons identitet* er en identitet, hvor en identificerende historie om A fortælles af en anden person til den identificerede person. Dette betegnes som B-A-A. Og endelig en *tredje-persons identitet* hvor en identificerende historie om A fortælles af en anden person til en tredje person. Dette betegnes som B-A-C.

Disse narrativer er, uanset om de fortælles af den enkelte, produkter af en kollektiv historiefortælling. Identitet skal ses som en dynamisk og relationel proces.

Identitet gør os, når den udtrykkes som narrativer, i stand til at håndtere nye situationer på baggrund af vores tidligere erfaring og giver os samtidig mulighed for at planlægge fremtiden.

6.1. Aktuel identitet, ønsket identitet og læring

Samtidig indfører de begreberne "aktuel og ønsket identitet" og kobler læring til disse definitioner, ved at definere læring som de handlinger som forsøger at mindske forskellen mellem disse to identiteter.

Den *aktuelle identitet* er narrativer om den nuværende situation, mens den *ønskede identitet* er narrativer, som fortæller, hvordan personen forventer eller ønsker identiteten skal blive i fremtiden. Ofte opstår de *ønskede identiteter* ikke på baggrund af rationelle valg, og det kan, ifølge Sfard og Prusak, være vanskeligt for den enkelte person at se, at narrativer om den *aktuelle identitet* blot er historier, som der kan være alternativer til (Ibid.:18).

Ønskede identiteter kan opstå gennem det Sfard og Prusak kalder "diskursiv diffusion" (Ibid.:18), hvilket forklares med, at ethvert narrativ indeholder historier fra andre og disse forskellige identiteter er i konstant interaktion. En anden kilde til *ønskede identiteter* kan være historier om andre, som gøres til første-persons narrativer og indarbejdes i ens egen *ønskede identitet* (Ibid.:18).

Identiteter er afgørende for læring, ikke mindst på grund af deres tendens til at optræde som selvopfyldende profetier (Ibid.:19). Historier om gentagen succes bliver ofte til historier om et særligt "talent" og omvendt (Ibid.:18).

Ønsket identitet giver retning for éns handlinger. I denne forbindelse skal læring ses som de handlinger, der mindsker forskellen mellem den *aktuelle identitet* og den *ønskede identitet*. I arbejdet med at gøre fantasier til virkelighed, bliver læring det primære middel. Sfard og Prusak kobler selv identitet og læring, når de skriver:

Learning is our primary means for making reality in the image of fantasies. The object of learning may be the craft of cooking, the art of appearing in media, or the skill of solving mathematical problems, depending on what counts as critical to one's identity. Whatever the case, learning is often the only hope for those who wish to close a critical gap between their actual and designated identities (Ibid.:19).

9. Interview og interviewguide

Det overordnede tema for interviewene har været læring og identitetsdannelse på specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske. Under de semistrukturerede interview blev der fokuseret på informanternes opfattelse af deres egen praksis og praksisfællesskaber, kompetencer og læring. Der blev desuden lagt vægt på de interviewedes narrativer i forhold til deres identitet og identitetsdannelse. Spørgsmålene i interviewguiden (Bilag 4) er udarbejdet og tematiseret ud fra ovennævnte hovedområder i det teoretiske grundlag med henblik på at afdække, hvordan sygeplejersker danner en ny identitet i praksis i løbet af uddannelsen til anæstesisygeplejerske. Der er anvendt samme interviewguide til alle interview. En uddybning af baggrunden for valg af interviewform og opbygning af interviewguide kan findes under punkt 4. metodologi.

De enkelte interview startede med en kort information om baggrunden for og formålet med interviewet. Derefter blev der informeret om de praktiske og tidsmæssige rammer for interviewet. Selve interviewet blev herefter gennemført på ca. 45 min. Under interviewet blev alle spørgsmål i interviewguiden berørt, men ikke nødvendigvis i den anførte rækkefølge, da interviewene blev foretaget som en semistruktureret samtale. På denne måde blev der også plads til interviewpersonernes egne fortællinger, ligesom der var mulighed for uddybning af spørgsmål og svar. Interviewene blev afsluttet med en debriefing (Kvale & Brinkmann 2009:149), hvor de interviewede fik mulighed for at knytte afsluttende bemærkninger, ligesom der blev foretaget en kort opsummering hvor enkelte hovedpunkter blev fremdraget. Alle interview foregik i lokaler uden forstyrrelser i de interviewedes almindelige arbejdstid. Der var kun interviewer og interviewperson tilstede under interviewene og der blev tilstræbt en god social relation og atmosfære under interviewene. Alle interview blev foretaget af samme interviewer og de blev alle optaget på bånd i god lyd kvalitet.

Interviewene er tematiseret og meningskondenseret, som det fremgår af bilag 5. Meningskondenseringen eller analysen af de komplekse sammenhænge i interviewene ved at fremdrage hovedtemaer og begreber som er indlejret i interviewenes datamateriale. Derved bliver det muligt at foretage tematisk analyse, ligesom det vil lette sammenligninger interviewene imellem.

9.1. Kort præsentation af interviewpersoner

Der er foretaget fire interview; to interview med kursister og to interview med færdiguddannede anæstesisygeplejersker. Tre interviewpersoner var i basisstillinger og én var afdelingssygeplejerske. Tre interviewpersoner var kvinder og én var mand. I den resterende del af specalet vil interviewpersonerne blive benævnt: Kursist A, kursist B, an.spl. C og an.spl. D

Kursist A, er en kvindelig kursist på 38 år. Har været anæstesikursist i 9½ måned. Introduktionsperiode og uddannelsesstilling på mellemstort sygehus. Hun er uddannet sygeplejerske i 1995 og har arbejdet i alt 8 år som sygeplejerske på Hæmatologisk afdeling, Intensiv afdeling og på Hæmodialysen. Som person beskriver hun sig selv som flittig, aktiv, stædig, humoristisk og for det meste glad.

Kursist B er en mandlig kursist på 45 år. Har været anæstesikursist i 15½ måned. Introduktionsperiode på lille sygehus, uddannelsesstilling på mellemstort sygehus. Han er uddannet sygeplejerske i 1998 og har siden da arbejdet på Ortopædkirurgisk afdeling, Akut modtageafdeling, Vikarbureauer og Skadestue. Som person beskriver han sig selv som et glad familiehænder.

An.spl. C er en kvindelig anæstesisygeplejerske på 39 år. Hun er uddannet sygeplejerske i 1996 og arbejdede efterfølgende i 9 år på Organkirurgisk afdeling. Uddannet som anæstesisygeplejerske i 2008. Introduktionsperiode og uddannelsesstilling på mellemstort sygehus. Som person beskriver hun sig selv som positiv, humoristisk, åben, et ordensmenneske til "rammer og kasser", god til planlægning, venlig og imødekommende.

An.spl. D er en kvindelig anæstesisygeplejerske på 45 år. Hun er uddannet sygeplejerske i 1993 og arbejdede efterfølgende på neurokirurgisk afdeling og på Cardiologisk afdeling. Uddannet som anæstesisygeplejerske i 2008. Introduktionsperiode og uddannelsesstilling på lille sygehus. Afdelingssygeplejerske på anæstesi afsnit de seneste fire år og har netop afsluttet diplomuddannelse i ledelse. Som person beskriver hun sig selv som struktureret, ordensmenneske, glad, positiv og god til at aflæse andre.

10. Analyse og fortolkning

Analysen vil blive foretaget som en tematisk analyse.

Tematiseringen er foretaget med udgangspunkt i interviewguidens overordnede temaer og tilhørende undertemaer. Temaernes rækkefølge er, som det kan ses på bilag 5, ændret i mindre grad i forhold til interviewguiden (Bilag 4). Denne ændring er sket på baggrund af interviewpersonernes svar og skyldes ønsket om en mere logisk sammenhæng mellem de forskellige undertemaer.

De overordnede temaer i analysen er:

- Aktuel identitet, ønsket identitet og fantasi
- Vejleders rolle og perifer legitim deltagelse
- Anæstesisygeplejerskers praksisfællesskaber
- Kursisters fællesskaber
- Meningsforhandling
- Identitet og kompetencer

Interviewpersonernes svar og fortællinger indenfor disse temaer vil blive analyseret og diskuteret med henblik på at afdække, hvordan sygeplejersker danner en ny identitet i praksis i løbet af uddannelsen til anæstesisygeplejerske.

10.1. Aktuel identitet, ønsket identitet og fantasi

I forbindelse med analyse af aktuel identitet gør jeg brug af Sfard og Prusak, når interviewpersonerne fortæller om sig selv. Derved bliver deres fortællinger godkendte, betydningsfulde og konkrete narrativer om dem selv. Disse narrativer skal opfattes som første-persons identiteter for de interviewede. Sfard og Prusak mener, at alle identificerende narrativer repræsenteres af det tredelte fortæller-identificerede-tilhørerforhold B-A-C. Set fra dette synspunkt, afviger de enkelte interviewedes fortællinger om deres identitet A-A-C (privat) og deres identitet A-A-C (sygeplejerske) ikke meget. Når interviewpersonerne fortæller om sig selv som *privat person*, fremgår det, at de alle opfatter sig som glade, åbne og positive og lignende ord bruges i fortællinger om dem selv som *sygeplejerske*.

An.spl. C fortæller f.eks. at hun som person:

"Er positiv, humoristisk, venlig, imødekommende og åben".

Og som sygeplejerske beskriver hun sig som:

Lyttende, empatisk, positiv og med humor.

Men også i andre sammenhænge ses overensstemmelse mellem de interviewedes fortællinger om deres identitet som person og som sygeplejerske. Kursist B fortæller f.eks. om sit private selv:

"Jeg er et familiemenneske og prioriterer familien højt og forsøger at beskytte den",

hvilket igen kommer til udtryk, når han beskriver sig som meget privat på arbejdet og:

"Kun taler om familien, når jeg bliver spurgt".

An.spl. D fortæller, at hun som person er:

"Struktureret, har brug for orden, er god til at aflæse andre og er glad og positiv",

hvilket harmonerer fint med hendes beskrivelse af sig selv som sygeplejerske:

"Jeg er pertentlig, grundig og struktureret. Jeg kan lide at lave sjov sammen med patienterne".

Om denne identitet som et struktureret ordensmenneske fortæller begge de uddannede anæstesisygeplejersker.

An.spl. C fortæller om sig selv som person:

"Jeg er til rammer og kasser. Jeg er et ordensmenneske og god til planlægning".

Og som sygeplejerske:

"Jeg er ansvarsbevidst, ordentlig og god til at planlægge".

Opfattelsen af sig selv som ordensmenneske går igen ved alle interviewpersonernes beskrivelse af deres egen identitet i forhold til deres *grunduddannelse som sygeplejerske*. Her anvender de alle ord som ordentlig, grundig, pertentlig, struktureret, pligtopfyldende og omhyggelig. Der er i det hele taget stor overensstemmelse mellem de ord og vendinger de interviewede anvender, når de skal fortælle om deres private identitet og deres arbejdsmæssige identitet.

I forhold til de interviewede kan ses, at de i deres fællesskaber som privatpersoner og som sygeplejersker har konstitueret deres identiteter på en sådan måde, at de oplever stor overensstemmelse mellem identiteterne privat og som sygeplejersker. Eller set fra Wengers synspunkt: De interviewede oplever deres forskellige deltagelser i forskellige fællesskaber som samlet i en neksus, hvor identiteterne er blevet en del af hinanden.

Identiteten som *sygeplejerske* – og ikke som anæstesisygeplejerske – er angiveligt stærk for flere af de interviewede. Således fortæller både kursist B:

"Jeg har en sygeplejerskeidentitet, som nu skal passe ind i en ramme",

og an.spl. D:

"Anæstesisygeplejersker har altid følt sig som noget særligt. Det gør jeg ikke. Jeg føler mig som en sygeplejerske der har fået nogle særlige kompetencer".

om hvordan identiteten som sygeplejerske er den dominerende.

An.spl. C og an.spl. D fortæller hvordan de oplever at have forskellige identiteter afhængig af deres funktioner, og hvilke praksisfællesskaber de indgår i. An.spl. C fortæller f.eks.:

"Det kan også afhænge af opgaverne; om man er i skadestuen eller skal starte en anæstesi. Det kan også være personbestemt... men rollen er ofte meget klar afhængig af opgaven".

Og an.spl. D fortæller:

"(Ja, det)afhænger af hvilke arbejdsopgaver jeg varetager med hvem, for eksempel operationspersonalet... i hvilke fællesskaber jeg befinder mig".

De har narrativer om en ny første-persons identitet i hvert fællesskab. Det skyldes, at dannelsen af nye praksisfællesskaber også bliver en dannelse af nye identiteter gennem forhandling: Wenger mener, at når medlemmerne af et fællesskab skal udvise gensidigt engagement, bliver de nødt til at anerkende hinanden og derigennem forhandle deres identiteter i den pågældende kontekst. An.spl. D fortæller, hvordan hun har oplevet, at samspelet mellem de forskellige identiteter er blevet lettere med tiden og hun oplever, at de nuværende identiteter uden problemer samles i én. Hun oplever identiteterne samlet i en neksus, hvor de er blevet en del af hinanden:

"Samspelet mellem rollerne bliver lettere med tiden. Nu har jeg uden problemer mange identiteter samlet i én".

Det er kendetegnende for de fire interviewpersoners valg af anæstesiuddannelsen, at de alle beskriver deres valg som et ønske om større (personlig) faglig udvikling.

Kursist B fortæller f.eks.:

"Jeg så det som en mulighed for fortsat faglig udvikling".

An.spl. C forklarer det med ordene:

"Jeg ønskede at prøve noget nyt og jeg ønskede mere teoretisk viden. Jeg vil dygtiggøre mig... få nogle faglige udfordringer".

Og an.spl. D fortæller:

"Der er megen faglig udvikling og man får mange kompetencer".

Ønsket om større faglig udvikling kunne de interviewede have fået opfyldt mange andre steder end som anæstesisygeplejersker. Men de har alle valgt at videreudanne sig indenfor et område, hvor der lægges vægt på de kompetencer, de interviewede fortæller, at de allerede er i besiddelse af (ordentlighed, grundighed, pertentlighed, evne til strukturering). Kursist A fortæller f.eks. at hun var ved at vælge en diplomuddannelse men:

"Jeg indså, at jeg blot ville gøre det for at underholde mig selv".

Derved har de alle, bevidst eller ubevidst, valgt en uddannelse, hvor de vil få lettere ved at bevæge sig af en indadgående bane og blive fuldgældigt medlem af anæstesisygeplejerskernes fællesskab.

An.spl. C fortæller at:

"Anæstesisygeplejersker på sygehuset har en rolle som skrappe og handlestærke".

Ved anvendelse af Sfard og Prusaks teori kan denne fortælling umiddelbart lyde som en tredje-persons identitet, B-A-C, men som kan også anskues som en første-persons identitet, da an.spl. C selv er anæstesisygeplejerske og dermed fortæller om sig selv (uagtet at historien kan være opstået, før hun blev anæstesisygeplejerske). Der kan derfor være tale om en historie om andre, som an.spl. C har gjort til egen første-persons narrativ og indarbejdet i sin ønskede identitet. En ønsket identitet hun nu har opnået og som derfor er

blevet en aktuel identitet. Det kan udledes af hendes fortælling om hvad dygtige anæstesisygeplejersker skal kunne. Hér siger hun bl.a.:

“Man skal være en god kollega, være handlekraftig og have styr på sin plan A og plan B”.

Samtidig fortæller hun, at hun opfatter sig selv som en dygtig anæstesisygeplejerske. Dermed fortæller hun, at hun tidligere opfattede anæstesisygeplejersker som handlekraftige (ønsket identitet) og nu opfatter sig selv som handlekraftig anæstesisygeplejerske (aktuel identitet). De handlinger hun har foretaget sig for at mindske forskellen mellem den (tidligere) aktuelle identitet og den ønskede (nuværende) identitet, ser Sfard og Prusak som læring. Den ønskede identitet som anæstesisygeplejerske har givet retning for denne læring: Hun søgte ind på uddannelsen til anæstesisygeplejerske, gennemførte praksisophold, læste og bestod den teoretiske eksamen og skrev en afsluttende opgave.

I begrundelserne for at starte på uddannelsen, angiver de interviewede, som allerede nævnt, at de ønsker udfordringer, vil dygtiggøre sig, have større teoretisk viden og faglig udvikling. Disse ønsker kunne også være opfyldt i andre job eller ved andre uddannelser. Der må derfor være andre faktorer, som medvirker til, at de ønsker at blive anæstesisygeplejersker. Set fra Sfard og Prusaks synspunkt kan der derfor – som i det nævnte eksempel for an.spl. C – være tale om anæstesisygeplejerskers narrativer om sig selv som gøres til an.spl. C's egne første-persons narrativer. Netop C fortæller, at hun har en bekendt som er anæstesisygeplejerske. Eller der kan være tale om diskursiv diffusion, hvor andres narrativer (om f.eks. anæstesisygeplejersker) er i konstant interaktion og indgår som dele af den enkeltes identitet. Ved anlæggelsen af disse ønskede identiteter som anæstesisygeplejersker giver de interviewede deres handlinger retning, og synliggør dermed den læring der skal til for at gøre deres fantasier til virkelighed. De interviewedes identitetsdannelse som anæstesisygeplejersker er dermed startet, før de påbegyndte uddannelsen.

Alle de fire interviewede ser sig selv som anæstesisygeplejersker i fremtiden, men de har forskellige forestillinger, eller fantasier om, hvilke roller de gerne vil have. Kursist A, kursist B og an.spl. C ser sig selv som mere erfarne anæstesisygeplejersker om 5-10 år. De ønsker alle mere erfaring og vil forblive på anæstesiaafdelinger for at forfølge denne ønskede identitet som erfarne anæstesisygeplejerske. Dermed vil de, ifølge Wenger, placere sig på insider-baner hvor de som fuldgyltige medlemmer af praksisfællesskabet kan fortsætte forhandling og genforhandling af praksis og deres egen identitet. An.spl. D, som er afdelingssygeplejerske, fortæller, at hun opfatter sig selv som anæstesisygeplejerske, men også som leder. Hun ser sig selv som fremtidig leder, men ikke nødvendigvis på en anæstesiaafdeling. Dermed synliggør hun flere identiteter i samme praksisfællesskab. Identiteten som leder dominerer identiteten som anæstesi-

sygeplejerske. Det er identiteten som leder hun har forestillinger om, den hun har en ønsket identitet som og den som giver hendes handlinger retning og baner.

10.2. Vejlederens rolle og legitim perifer deltagelse

Ved analyse af vejlederens rolle og kursistens rolle som legitim perifer deltager, vil jeg gøre brug af Wengers teori og praksisfællesskaber og Lave og Wengers teori om legitim perifer deltagelse.

Alle kursister tilknyttes en vejleder, som introducerer og vejleder i den daglige praksis, men hvilken rolle spiller vejlederen for kursistens identitetsdannelse?

Set fra Wengers synspunkt vil det være vigtigt for kursisten som nyankommen, at træde ind i praksisfællesskabet med henblik på senere fulgyldigt medlemskab. Derved kan kursisten indtræde i fællesskabets læringshistorie og der skabes mulighed for læring. Denne læring sker ved meningsforhandling af de tre praksisdimensioner. Gennem denne meningsforhandling får kursisterne mulighed for at opbygge deres egne læringshistorier og dermed udvikle en identitet som anæstesisygeplejersker.

Kursisten bør placeres på en indadgående bane, som med tiden vil medføre fulgyldigt medlemskab af praksisfællesskabet. Her spiller begreberne *periferitet* og *legimitet*, som beskrevet af Lave og Wenger, en afgørende rolle for kursistens legitime perifere deltagelse i fællesskabet. Ud fra Lave og Wengers teori, skal kursisten have *periferitet*, så hun med støtte fra vejleder og personale kan deltage i praksis og få en fornemmelse af, hvordan fællesskabet fungerer, uden at skulle leve op til samme standarder for f.eks. produktion som fulgyldige medlemmer af fællesskabet. Det vil derfor være vigtigt, at afdelingen sørger for at placere kursisten i en perifer rolle, hvor der ikke stilles de samme krav til hende, som til uddannede anæstesisygeplejersker. De interviewede giver også udtryk for, at dette sker, f.eks. når an.spl. C siger

"Der er kun forventninger til kursisterne i forhold til opfyldelse af uddannelsens mål" ,

og

"Kursisterne bliver ikke holdt væk fra noget, men der heller ingen forventning om at de deltager (på lige fod med de uddannede)".

Den nyankomne kursist skal, ifølge Lave og Wenger, også sikres *legimitet*, så hun kan blive behandlet som et potentielt medlem af fællesskabet, selvom hun ikke er kompetent deltager. Her spiller vejlederen en væsentlig rolle som den, der skal sikre kursisten tilstrækkelig *legimitet* i fællesskabet – også når vedkommende laver fejl. Vejlederens position i fællesskabet er derfor afgørende for at sikre den nyankomne kursist adgang til meningsforhandling med de øvrige deltagere i fællesskabet. Kun derigennem kan kursisten op-

bygge sine egne læringshistorier og dermed udvikle sin identitet som anæstesisygeplejerske.

Om vejlederens position fortæller kursist B:

"Han kan nogle ting – og sætter sig ind i nogle ting – andre ikke gør, og det giver stor respekt, også i lægegruppen".

Og an.spl. D fortæller om sin vejleder:

"Hun havde styr på sine ting, var fagligt dygtig og så tingene oppefra. Hendes accept af mig var meget afgørende, for hendes mening talte mere (i fællesskabet)".

Det kan heraf ses, at vejlederne er udvalgt blandt kompetente fuldgældige medlemmer af praksisfællesskabet og at disse vejlederes meninger tillægges stor værdi. Det vil derfor være vejlederen, som sikrer kursisten legitimitet i fællesskabet.

Vejlederne beskrives, af både uddannede anæstesisygeplejersker og kursister, som arbejdsmæssige forbilleder under uddannelsen. Kursist B siger f.eks. om arbejdsmæssige forbilleder:

Min vejleder! Han kan rigtig mange ting. Jeg er glad for at få mulighed for at lure alle hans ting af".

Vejlederne får dermed også betydning for kursisternes identitetsdannelse ved at agere mål for kursisternes forestillinger om hvordan de gerne selv vil være. Vejlederne kommer til at fremstå som et billede på kursisternes ønskede identitet og medvirker dermed til at give retning for kursisternes læring i forsøget på at mindske forskellen på kursisternes aktuelle og ønskede identitet.

10.3. Har anæstesisygeplejersker et praksisfællesskab?

Anæstesisygeplejerskers praksis og fællesskab kan ifølge Wenger samles til begrebet praksisfællesskab ved indførelsen af de tre dimensioner *engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire*. Han mener, at en gruppe mennesker der er samlet, ikke i sig selv udgør et praksisfællesskab. Heller ikke selv om disse mennesker, som på sygehuset er placeret i samme organisatoriske ramme. Wenger mener, at det først er når disse mennesker engagerer sig i handlinger, de gensidigt meningsforhandler, at der er tale om et praksisfællesskab. Det vil derfor være relevant at analysere om de interviewede fortæller om de tre ovennævnte dimensioner, og om man derfor kan betragte deres daglige forsamling på arbejdspladsen som et praksisfællesskab.

Et *fælles engagement* blandt anæstesisygeplejersker ses, når de fortæller om deres aktiviteter som anæstesisygeplejersker. An.spl. C og an.spl. D fortæller, at der f.eks. udvises opmærksomhed overfor hinanden, hvis en kollega har haft et vanskeligt anæstesisforløb og der gives en god faglig sparring i det daglige. An.spl. fortæller f.eks. at:

"Kolleger er meget opmærksomme på hinanden",
og an.spl. D siger:

"Der er en kultur blandt anæstesisygeplejersker om, at man snakker om det, hvis man har haft et forløb som ikke var "lige efter bogen"."

Men også særlige individuelle kundskaber og færdigheder værdsættes og udnyttes – indenfor rammerne af det fælles arbejde. Som eksempel på dette fortæller B om sin vejleder, at han nyder stor respekt, fordi han teoretisk har sat sig ind i, og praktisk kan udføre, nogle handlinger andre ikke kan. Udførelsen af disse handlinger nyder også respekt blandt anæstesilæger, hvilket viser, at det gensidige engagement også kan komme til udtryk som komplementære bidrag i forbindelse med samarbejdet med anæstesilæger på operationsstuerne.

Den *fælles virksomhed* er resultatet af en *kollektiv forhandlingsproces*, den *defineres af deltagerne i forbindelse med udøvelsen* og den skaber en *gensidig ansvarlighed*, der integreres i praksis.

Anæstesisygeplejerskerne medvirker til at definere en fælles virksomhed, når de skal fortælle om deres vigtigste aktiviteter. Alle fortæller som det første, at ro, tillid og tryghed for patienten, er de vigtigste aktiviteter for anæstesisygeplejersker. Selvom der er mange og meget forskellige opgaver for anæstesisygeplejersker, er de interviewede enige om de vigtigste opgaver i den fælles virksomhed. Denne kollektive enighed, som skaber gensidig ansvarlighed, defineres af deltagerne og må ses som *resultatet af en forhandlingsproces* blandt fællesskabets deltagere. Resultatet defineres derefter i praksis gennem udførelsen af handlinger.

Udover de ovennævnte aktiviteter defineres anæstesisygeplejerskernes fælles virksomhed også ved evnen til forhandling. Flere interviewede fortæller for eksempel, at anæstesisygeplejersken skal optræde som patientens advokat og varetage patientens interesser, når patienten sover under anæstesiene. Der kan også være tale om at varetage anæstesisygeplejerskernes fællesskabs interesser i forhold til andre faggrupper/fællesskaber. Kursist A beskriver de to former for interessevaretagelse således:

"Jeg skal forhandle med andre på operationsstuen om, hvad der kan lade sig gøre".

En anden del af den fælles virksomhed, som anæstesisygeplejersker forventes at udvise ansvarlighed overfor, karakteriseres fint af an.spl. C, som fortæller:

"Jeg skal skabe ro og være en god kollega på samarbejdende afdelinger, opretholde produktionen på min egen afdeling og være en god kollega".

Med denne sætning understreges præcist den fælles virksomhed som skaber en gensidig ansvarlighed, der integreres i praksis. Der lægges også vægt på evnen til samarbejde med øvrige fællesskaber og dermed også på evner og muligheder for at opretholde anæstesisygeplejerskernes status i *organisationens* hierarki.

Det forventes også, at anæstesisygeplejersker medvirker til at opretholde *fællesskabets* hierarki som en del af den fælles virksomhed. Et hierarki kursisterne kan have svært ved at affinde sig med. Kursist B fortæller om skiftet fra erfarende sygeplejerske på sin tidligere afdeling til en stilling som kursist:

"Jeg har været en rigtig god sygeplejerske tidligere, men nu bliver jeg betragtet som ingenting, selvom jeg rent teoretisk er på langt højere niveau end de fleste".

Et tilsvarende syn på kursisters status har an.spl. C når hun siger:

"Jeg kom som erfarende sygeplejerske og højt i afdelingens hierarki, til en stilling nederst i hierarkiet og ikke fagligt fungerende".

An.spl. C supplerer denne kursistopfattelse, med sin opfattelse som uddannet anæstesisygeplejerske når hun siger:

"Som kursist er du lavest i hierarkiet".

Identiteter har, ifølge Sfard og Prusak, en tendens til at blive selvopfyldende profetier. Fortællinger om kursisters identitet som "lavest i hierarkiet" vil derfor medvirke til en fastholdelse af kursisterne i denne position og de vil, med Wengers ord, bevæge sig i perifere baner, som giver adgang til fællesskabet, men aldrig fører til fuld deltagelse. Disse perifere baner vil dog, selvom de ikke fører til fuldgyldigt medlemskab af fællesskabet, give delvis adgang til fællesskabet. Dermed vil kursisten også få adgang til en vis læring og dermed også, som både Wenger og Sfard og Prusak ser det, bidrage til kursistens identitetsdannelse.

Anæstesisygeplejerskers *fælles repertoire* består af de rutiner, handlinger, historier, begreber eller instrumenter, som er blevet optaget eller produceret af fællesskabet som en del af dets praksis. Anæstesisygeplejerskernes fælles repertoire er blevet udviklet over tid som et produkt af deres fælles virksomhed og det afspejler dermed også fællesskabets historie. Læringshistorier fortælleres til nyansatte og genfortælles blandt erfarne sygeplejersker i praksisfællesskabet. Derved omsættes historierne til en del af det enkelte medlems historie og repertoire som igen kan indgå i de fælles historier og repertoire. Både kursist A og an.spl. C fortæller, om hvordan de i kursisttiden lyttede til de uddannede anæstesisygeplejerskers historier omkring kaffebordet og, som an.spl. C fortæller:

"Kun bidrog med lidt snak selv".

Disse historier bliver til læringshistorier om, hvad man gjorde i en vanskelig situation for at få det til at gå godt, eller blot om, hvordan man bør opføre sig og reagere som anæstesisygeplejerske. Det fælles repertoire kan også bestå af instrumentelle handlinger som overleveres til fællesskabets nyankomne. Kursist B fortæller om, hvordan hans vejleder underviser ham i håndtering og anvendelse af særligt udstyr. Derigennem får Kursist B adgang til det fælles repertoire.

Det fælles repertoire er grundlæggende for fællesskabets deltageres muligheder for at kunne skabe mening og udtrykke deres medlemskab og identitet i praksisfællesskabet. Netop fordi repertoireet er

blevet udviklet over tid som et produkt af den fælles virksomhed, kan det være vanskeligt for nyankomne at lære repertoiret, få del i repertoiret og at kunne meningsforhandle det fælles repertoire. Dermed bliver det også svært for dem at udtrykke og danne deres identitet i fællesskabet. De mødes af entydige krav om erfaring for at kunne deltage i denne meningsforhandling. Den erfaring, som er nødvendig for at kunne deltage i meningsforhandlingen, mistede de ved skiftet fra erfarne sygeplejersker til kursister i uddannelsesstillinger. Kursisterne bliver derfor nødt til at acceptere dette erfaringstab og positionere sig på en sådan måde, at de sikrer sig mulighed for at opnå adgang til meningsforhandling og fællesskab. Kravet om erfaring kommer tydeligt til udtryk hos alle interviewede. Kursist B beskriver dette krav om erfaring i forhold til adgang til meningsforhandling af det fælles repertoire på følgende måde:

"Jeg bliver som kursist betragtet som ingenting... jeg skal bare ha' erfaring ... de (uddannede) har erfaring, og lægger vægt på, at jeg skal ha' erfaring ... jeg var tidligere meget aktiv på personalemøder, men nu siger jeg intet".

Et synspunkt både an.spl. C og an.spl. D supplerer, når de fortæller at

"Kursister har heller ikke meninger om ret meget",

og

"Nogle kursisters meninger afvises på grund af manglende erfaring".

An.spl. D fortæller dog om sin egen kursisttid på et lille sygehus, at:

"Man på XX-sygehus var interesseret i at høre min mening. Det var man i mindre grad de andre steder (større sygehuse), hvor jeg var i kursisttiden".

Denne manglende interesse i at høre an.spl. D's mening som kursist på de større sygehuse kan skyldes flere faktorer. Opholdet på de større sygehuse var begrænset til nogle ugers ophold og kursisten kan derfor være forblevet i en perifer bane; i en form for periferitet hvor deltagelsesaspektet dominerer, men i en form for deltagelse, der *kunne* medføre, men endnu ikke har givet, fuld deltagelse (f.eks. ved et længerevarende praktikophold). Periferitet skal her ses i modsætning til marginalitet, hvor deltagelsen i fællesskabet er begrænset til ikke-deltagelse, som vil føre til enten ikke-medlemskab eller til en marginal position (Wenger 2004: 194).

10.4. Kursisters fællesskaber, faglige og sociale

Hvilke fællesskaber oplever kursister, og hvordan er eller forventer kursister at blive optaget i disse fællesskaber?

Kursist A fortæller om et fællesskab med andre kursister og en ikke-deltagelse i "det store fællesskab" blandt anæstesisygeplejersker, som hun forventer fortsætter indtil hun er færdiguddannet:

"Jeg føler et større fællesskab med kursister. Vi er lige langt, i samme båd",

og

"Jeg føler mig ikke som en del af gruppen, det store fællesskab, som jeg vil gøre når jeg er færdig".

Kursist A opfatter sig som sygeplejerske og kursist.

Kursist B, som er eneste kursist på sin årgang, oplever ikke et fællesskab med hverken andre kursister eller fastansatte. Han udtrykker det således:

"Det som er interessant er, at jeg føler mig ikke som en del af afdelingen. Jeg føler mig som kursist. Selvom jeg har været her over ét år, er jeg ikke kollega; jeg er kursist. Hvis jeg var ansat i en fast stilling, ville det ikke være på den måde".

Han oplever generelt kursister som værende udenfor afdelingens fællesskaber og fortsætter:

"At jeg er lige så god som anæstesisygeplejerskerne er ligegyldigt, det er uddannelsesbeviset der afgør det".

Han fortæller desuden, at han opfatter sig som sygeplejerske og kursist. An.spl. C fortæller om en uddannelsestid, hvor hun følte sig udenfor fællesskaber med uddannede anæstesisygeplejersker på arbejdspladsen. Hun fortæller også om fællesskab med andre kursister og (i starten af uddannelsen) med vejledere. Hun fortæller, at

"Kursister holdes ikke væk, men der er heller ingen forventninger til dem" (i forhold til deltagelse i fællesskaber).

og

"Kursister forbliver perifere deltagere i fællesskaber".

Hun begyndte at danne sig en identitet som anæstesisygeplejerske, da hun fik uddannelsesbeviset. Hun opfatter sig i dag som anæstesisygeplejerske.

An.spl. D fortæller om en uddannelsestid på et lille sygehus, hvor hun forholdsvis hurtigt indgik i afdelingens praksisfællesskab. Hun oplevede en glidende overgang mellem det at være kursist og færdiguddannet anæstesisygeplejerske, men fortæller samtidig, at hun begyndte at opfatte sig som anæstesisygeplejerske, da hun fik uddannelsesbeviset. Hun fortæller i interviewet, at hun ser sig selv som sygeplejerske med nogle særlige kompetencer, men omtaler sig samtidig som anæstesisygeplejerske og leder.

Begge kursister og den ene anæstesisygeplejerske fortæller entydigt, at de *ikke* føler/følte sig som en del af afdelingens praksisfællesskab, når de er kursister. De fortæller alle om en uddannelsestid, hvor de står/har stået meget udenfor afdelingens praksisfællesskab. Flere interviewede har som kursister indgået/indgår i praksisfællesskab med andre kursister. Det skyldes, at de som kursister danner deres eget praksisfællesskab på grund af fælles interesser. Også i disse praksisfællesskaber af kursister meningsforhandler deltagerne og udviser *gensidigt engagement* (f.eks. gensidig hjælpsomhed i forhold til ukendte procedurer og nyt udstyr), *fælles virksomhed* (f.eks. måden kursister arbejder sammen på for at blive anæstesisygeplejersker) samt *fælles repertoire* (f.eks. handlinger eller histo-

rier som er fælles for kursisterne). Samtidig beskrives det, hvordan kursisters vejledere i perioder kan deltage i disse fællesskaber. Vejlederne bevæger sig i perifere baner i disse fællesskaber og indtræder aldrig som fuldgyldige medlemmer. Men denne perifere deltagelse giver – i perioder – vejlederne adgang til kursisters fællesskab og dermed mulighed for meningsforhandling med kursisterne. Ligesom deltagelse i fællesskaber medvirker til at konstituere kursisters identitet, bliver kursisters ikke-deltagelse i afdelingens fællesskaber også en konstituerende del af deres identitet. Denne ikke-deltagelse vil medvirke til at fastholde dem i en position som kursister og fortsat lade dem definere sig som kursister. På denne måde bliver ikke-deltagelsen i lige så høj grad en kilde til identitetsdannelsen. Denne blanding af deltagelse og ikke-deltagelse medfører, at kursisterne kan opleve en tilstand af periferitet.

Både kursisterne og en af de uddannede anæstesisygeplejersker opdeler anæstesisygeplejerskernes praksisfællesskab i et fagligt fællesskab og et socialt fællesskab. Kursist A fortæller, at som kursist er man:

”En del af det faglige ansættelsesfællesskab, men ikke af det sociale (fællesskab)”,

og kursist B oplevede en delvis optagelse i et fagligt fællesskab men ingen integration i sociale fællesskaber:

”Jeg deltager ikke i sociale sammenhænge og bliver heller ikke spurgt om jeg vil deltage”.

An.spl. C fortæller, at der:

”Ikke var nogle sociale relationer de to år som kursist, udover lidt snak over kaffebordet”,

og hun skelner, ligesom kursist A og kursist B, mellem sociale og faglige fællesskaber. Denne distinktion mellem *sociale- og arbejdsmæssige fællesskaber* og deltagelse/ ikke-deltagelse i disse fællesskaber viser kursisters opfattelser af forskellige fællesskaber. Kursisterne indgår efterhånden delvist eller helt i et fagligt fællesskab, da de gradvist kan deltage mere og mere i meningsforhandling indenfor dette område. Samtidig viser kursisters manglende optagelse i det sociale fællesskab deres rolle som nyankomne. Ved denne manglende optagelse i det sociale fællesskab vil kursisterne miste adgang til en del af anæstesisygeplejerskernes samlede praksisfællesskab. De vil opleve mindre gensidigt engagement, mindre mulighed for forhandling af den fælles virksomhed samt mindre adgang til det fælles repertoire. Da praksisfællesskaber ses som fælles læringshistorier, og læring i praksis omfatter forhandling af de tre ovennævnte processer, vil den manglende adgang til det fulde praksisfællesskab medføre mindre læring for kursisterne. Kursisterne vil få færre kompetencer, hvilket påvirker deres identitetsdannelse, da identitet ses som en form for kompetence. Kursisterne vil ikke handle og blive anerkendt som kompetente, hvilket er vigtigt for identitetsdannelsen. Som ny skal man tilegne sig en identitet ved at tilegne sig kompetencer og anerkendes for disse.

Kursisterne vil under uddannelsen forblive i perifere baner og ikke, som det kunne ønskes, bevæge sig ad en indadgående bane. De får på denne måde adgang til fællesskabet, men ikke til at blive fuldgyldige medlemmer.

Kursist A beskriver sig selv som "ikke kompetent" mens kursist B ser sig selv som kompetent, men fortæller:

"Teoretisk kan jeg mine ting, men jeg er stadig bare kursist".

Begge uddannede anæstesisygeplejersker, an.spl. C og an.spl. D, anser sig selv som kompetente. Som det fremgår, fortæller kursist B om sig selv, at han er teoretisk kompetent, men samtidig anerkendes han ikke for dette, da han ikke får mulighed for meningsforhandling i praksisfællesskabet. Derfor oplever han, at andre betragter ham som ikke-kompetent. Anæstesisygeplejerskers opfattelse af kursister som ikke-kompetente kan påvirke kursisternes dannelse og opfattelse af egen identitet og kan medvirke til at fastholde dem i en tilstand periferitet. På den anden side bliver kursisterne nødt til at påtage sig og acceptere identiteten som uerfaren perifer deltager under deres uddannelsestid, for kun på denne måde kan de komme i en indadgående bane, hvor de gradvist får erfaring og adgang til både meningsforhandling og fuldgyldigt medlemskab af anæstesisygeplejerskernes praksisfællesskab.

Ifølge Sfard og Prusak er der ikke overensstemmelse mellem kursisternes første-persons identitet (A-A-A og A-A-C), kursisternes anden-persons identitet som de hører den fra andre (B-A-A) og kursisternes tredje-persons identitet (B-A-C). Kursisterne vil derfor opleve deres første-persons identitet (A-A-A) og deres anden-persons identitet (B-A-A) som modstridende. Det kan, ifølge Sfard og Prusak, være vanskeligt for den enkelte kursist at se, at narrativer om den aktuelle identitet blot er historier, som der kan være alternativer til. Det kan derfor være nødvendigt at vise kursisterne disse alternativer, f.eks. gennem samtaler eller ved rollemodeller hvor andres første-persons narrativer kan indarbejdes i kursistens egen ønskede identitet.

Alle fire interviewede beskriver, at man først indtræder i anæstesisygeplejerskernes praksisfællesskab, både det faglige og sociale fællesskab, når man har gennemført specialuddannelsen og har fået sit uddannelsesbevis. I deres beretninger optræder uddannelsesbeviset som en adgangsbillet til dette praksisfællesskab. Man kan derfor se uddannelsesbeviset som en tingsliggørelse af uddannelsesprocessen. Denne tingsliggørelse refererer hér til både uddannelsesprocessen og dens produkt: den færdiguddannede anæstesisygeplejerske.

Dannelsen af en identitet som anæstesisygeplejerske og dermed retten til indtrædelse i anæstesisygeplejerskernes praksisfællesskab kræver, ifølge Wenger, *identifikation og negotiabilitet*. Med uddannelsesbeviset i hånden anses de nu ikke længer for at være kursister, men for at være anæstesisygeplejersker og tillægges *negotiabilitet*. An.spl. C påpeger:

"Man skal vise noget og argumentere".

Der skal argumenteres – eller som Wenger ville sige, forhandles – før der kan ske optagelse i fællesskabet. An.spl. D udtrykker det således:

"Indtrædelse i fællesskaber kræver gode argumenter".

De indtræder som anæstesisygeplejersker i fællesskabets meningsøkonomi og tillægges evner, muligheder og ret, men også pligt, til at deltage i forhandlingerne om at forme meninger i fællesskabets sociale kontekst.

Samtidig foregår også en reifikativ *identifikation*: De anses nu ikke længere for at være kursister, men identificeres som og identificerer sig selv som anæstesisygeplejersker.

Identitetsdannelse til anæstesisygeplejerske sker, ifølge an.spl. C, over længere tid – og starter først efter det formelle uddannelsesophør. Hun fortæller, at hun følte, at hun blev optaget i praksisfællesskabet ca. ét år efter hun havde afsluttet uddannelsen:

"Jeg er en del af fællesskabet. Blev det cirka ét år efter uddannelsen".

Hun skulle inden da, ligesom an.spl. D, "vise noget" og argumentere for at blive optaget i fællesskabet. Adgang til meningsforhandling sker først ved indtrædelse i praksisfællesskabet med uddannelsesbeviset som adgangsbillet. Meningsforhandlingen sker, ifølge an.spl. C, derefter gradvist og over lang tid.

Ved den færdiguddannede anæstesisygeplejerskes adgang til fællesskabet opnås gennem større social integration adgang til andre anæstesisygeplejerskers narrativer. Disse historier kan, gennem det Sfard og Prusak kalder diskursiv diffusion, indgå i den nyuddannede anæstesisygeplejerskes ønskede identiteter.

Både an.spl. C og an.spl. D opretholder deres identitet og positioner i fællesskabet ved fortsat at udføre anæstesiologiske opgaver kompetent. An.spl. C fortæller om opretholdelse af sin position på afdelingen at det sker:

"Ved at klare de opgaver jeg tildeles",

Og an.spl. D fortæller, at:

"Jeg skal vise og markere, at jeg stadig kan bedøve".

De skal dermed begge konstant forhandle og genforhandle deres position i praksis. Og netop praksis anskues af Wenger som en proces, der handler om mening som meningsforhandling.

10.5. Meningsforhandling

Denne meningsforhandling består, ifølge Wenger, af deltagelse og tingsliggørelse. Kursisternes deltagelse opleves gennem deres deltagelse i praksisfællesskab med andre kursister og gennem deres begrænsede deltagelse i praksisfællesskaber med anæstesisygeplejersker. Deltagelsen kobler meningsforhandlingen med deres (begrænsede) medlemskab i fællesskaber og bliver dermed en konstituerende del af kursisternes identitet som ikke fuldgyldige medlemmer. Når kursisterne som nyankomne indtræder gradvist i anæste-

sisygeplejerskernes praksisfællesskab, indtræder de også i fællesskabets læringshistorie og der skabes mulighed for læring. Denne læring sker ikke kun ved at gennemføre, tingsliggøre, en undervisningsplan, men i høj grad ved, at den nyankomne sygeplejerske lukkes ind i anæstesisygeplejerskernes fællesskab og får mulighed for at meningsforhandle. Gennem denne meningsforhandling får kursisterne mulighed for at opbygge deres egne læringshistorier og dermed udvikle en identitet som anæstesisygeplejersker. Men inddrages kursister i meningsforhandling og har kursisters meninger vægt? Produktion og godkendelse af meninger sker gennem det fælles engagement og udøvelsen af den fælles virksomhed. Men hvis kursisten ikke i større grad inddrages i den fælles virksomhed, vil kursistens perifere position på afdelingen medføre nedsat adgang til meningsforhandlingen. Og omvendt kan en manglende inddragelse i meningsforhandlingen resultere i ikke-deltagelse. Evnen til meningsforhandling i givne situationer skabes af kursistens evne til at hævde ejerskab til de meninger, der forhandles. Meningsejerskab defineres indenfor meningsøkonomier, hvor meningerne er indbyrdes afhængige og socialt forhandlede. Eftersom kursisterne ikke har den erfaring fællesskabet kræver for at give fuld adgang til meningsforhandling, vil kursisternes meninger være mindre betydningsfulde og tillægges mindre værdi. Dette bekræftes af alle de interviewede:

I forhold til sine meningers vægt beskriver kursist A sig selv som:

"Lidt mere ydmyg (end på tidligere arbejdsplads)".

Kursist B fortæller om vægten af egne og andres meninger, at han har en klar fornemmelse af, at hans egen og andre kursisters mening ikke tæller så meget og at der er meningshierarki i gruppen af anæstesisygeplejersker. Han siger:

"Jeg har en fornemmelse af, at min mening ikke tæller så meget. Der er hierarki i gruppen af anæstesisygeplejersker, men det er svært at aflure".

An.spl. C fortæller om kursister og vægten af deres meninger, at:

"De er lavest i hierarkiet",

og at der:

"Ingen forventninger er til at kursister skal deltage i beslutningsprocesserne".

Hun fortæller samtidig, at:

"Der er stor forskel på meningers vægt",

og at det er erfaring, der vægtes i det faglige fællesskab.

An.spl. D oplevede derimod, at blive hørt som kursist på et lille sygehus. Hun fortæller, at hun blev set an nogle måneder, men alligevel hurtigt blev inddraget i diskussioner og at man var interesseret i at høre hendes mening. Det kan skyldes den legitimitet, hun fik fra sin vejleder, hvis meninger havde stor værdi:

"Hun havde styr på sine ting, var fagligt dygtig og så tingene oppefra. Hendes accept af mig var meget afgørende, for hendes mening talte mere (i fællesskabet)".

An.spl. D beskriver dog også, i forhold til kursister hun efterfølgende selv har oplevet som uddannet anæstesisygeplejerske, at:

"Forslag fra andre kursister på XX-sygehus er blevet afvist på grund af manglende erfaring".

Der er altså her tale om tildeling af lavere værdi til kursisters meninger netop på grund af manglende erfaring.

10.6. Identitet og kompetencer

Identitet kan ifølge Wenger ses som en form for kompetence, og medlemskab af praksisfællesskaber konstitueres gennem de kompetencer, man opnår og anvender i fællesskabet. Derfor vil det være hensigtsmæssigt i forhold til identitetsdannelsen, hvis nyankomne får mulighed for at inddrage og anvende medbragte kompetencer i fællesskaberne. Begge kursister fortæller bekræftende om dette.

Kursist A fortæller at:

"Det synes jeg; der er blevet spurgt efter tidligere kompetencer".

Kursist B:

"Har bare gjort det (brugt tidligere erfaringer) og fået at vide, at det er fint".

Denne inddragelse og anerkendelse af kursisternes kompetencer medvirker til dannelse og konstituering af deres identitet.

De vil opleve sig selv som mere kompetent handlende indenfor de tre dimensioner, gensidigt engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire, og dermed tættere på at blive et fuldgyldigt medlem af praksisfællesskabet. Kursisterne vil få lettere ved at manøvrere kompetent i praksisfællesskabet, de vil få lettere ved at forstå og engagere sig i andre når/hvis de anerkendes som (i hvert fald delvis) kompetente. Kursister hvis erfaringer inddrages, vil få lettere adgang til meningsforhandling og til den historie, de ønsker at bidrage til og som de vil gøre til en del af deres egen identitet og dermed til deres egne narrativer.

11. Metodekritik

I dette afsnit vil jeg foretage en vurdering af specialets metodologi og anvendelighed til besvarelse af opgavens problemformulering. Det vil ske ved en kritisk gennemgang af det teoretiske grundlag, undersøgelsesmetoden samt interviewene.

På baggrund af specialets forskningspositionering, som der redegøres for i metodologiafsnittet, ses social læringsteori og identitetskonstruktion i sociale sammenhænge som specialets teoretiske fundament. Dermed udelukkes *ikke* alle andre læringsteoretiske bidrag, men de vil ikke indgå i dette speciale.

Teoretisk grundlag

Specialets grundlæggende teoretiske grundlag er Etienne Wengers sociale teori om læring, mens Sfard og Prusaks teori om identitet som narrativer inddrages med henblik på en nuancering af lærings- og identitetsbegreberne.

Wengers teori relaterer til et bredt udvalg af læringsteorier (se omfattende noter 1,3 og 4 i Wenger 2004), men han orienterer sig i særlig grad mod social læring og læring i praksisfællesskaber. Derved bliver samspilsdimensionen dominerende i hans teori, som bliver en teori om læringens samspilsdimensioner.

Han bemærker selv, at der også findes andre aspekter i forhold til læring (Wenger 2004:14). Men psykologiske, psyko-sociale og samfundsmæssige aspekter og processer inddrages kun i mindre grad i hans teori, og ofte kun som eksempler. Wenger koncentrerer sig i højere grad om den læring, som opstår i meningsforhandlingen i sociale fællesskaber. Han kan derfor kritiseres for manglende inddragelse af individers individuel læring. Det er kun i forbindelse med identitetsdannelse i forhold til deltagerbaner, at Wenger beskæftiger sig med individuel læring. I forhold til individuel læring kritiseres Wenger af Illeris (Illeris 2006:124) desuden for manglende inddragelse af et konfliktperspektiv og en kun begrænset anvendelse af erfaringsbegrebet.

Wengers teori kan også kritiseres for i overvejende grad at være rettet mod erhvervslivets arbejdsfællesskaber, men vil også kunne bruges i andre fællesskaber som grundlag for analyse af læring, mening og identitet i sociale sammenhænge.

Da Wengers sociale teori om læring i praksisfællesskaber er en videreførelse af Lave og Wengers teori om situeret læring, og denne teori også inddrages kort i specialet, vil situeret læringsteori kort blive diskuteret.

Lave og Wenger kritiseres af Illeris (Illeris 2006:108) for en manglende skelnen mellem den umiddelbare læringssituation og den samfundsmæssige læringssituation i deres teori om situeret læring. Jeg mener dog, at Wenger efterfølgende, i sin sociale teori om læring, har inddraget dette aspekt i samspillet mellem det lokale og det globale.

Et problem ved teorien om situeret læring er, at Lave og Wenger giver læringssituationen som "legitim perifer deltager" nogle særlige læringsmæssige kvaliteter i forhold til andre situationer. Denne opfattelse gør han dog selv op med i bogen "Praksisfællesskaber" (2006), hvor han indledningsvis konstaterer, at der findes mange aspekter (eller dimensioner) indenfor læring. Og selvom han efterfølgende koncentrerer sig om samspilsdimensionen, placerer han trods alt begrebet "læring" (og ikke situeret læring eller social læring) i midten af sin model.

I teori om situeret læring ses bevægelsen fra "legitim perifer deltager" til kompetent og fuldgældigt medlem af praksisfællesskabet som den bevægelse der foregår i social praksis, når læring er en integreret bestanddel. Denne form for automatisme i læring og optagelse i fællesskaber gør Wenger selv op med i "Praksisfællesskaber" (2006), hvor han bl.a. indfører begrebet "deltagelsesbaner".

Sfard og Prusaks teori kan i højere grad ses som en teori om identitet som narrativer og et analyseredskab i forhold til identitetsdannelse end som en teori og analyseredskab i forhold til læring. De placerer selv "Identitet" som den manglende forbindelse mellem "Læring" og "Den Sociokulturelle Kontekst". Sfard og Prusak ser identitet som narrativer og dermed som en relationel og dynamisk proces som konstant er i bevægelse. Denne proces er i højere grad social og kontekstafhængig end afhængig af indre og individuelle processer, som de da heller ikke beskæftiger sig med. Sfard og Prusak kritiseres af Mary Juzwik (Juzwik 2006), for ikke at redegøre nærmere for begreberne narrativer, sociokulturel og diskurs, hvilket Sfard dog efterfølgende gør i en artikel (Sfard 2006), hvor hun også sammenligner Sfard og Prusaks forståelse af identitet-som-narrativer med Juzwiks sociolingvistiske arbejde.

Undersøgelsesmetode

I specialet ønskes en afdækning af kursister og anæstesisygeplejerskers narrativer samt faktorer og processer og deres mulige indbyrdes forhold og relationer i forbindelse med identitetsdannelsen hos kursister og anæstesisygeplejersker.

Som undersøgelsesmetode i forhold til ovennævnte afdækning blev valgt en åben og problemafdækkende, eksplorativ, tilgang til problemfeltet. Der ønskedes derfor ikke en fastlagt tilgang til narrativer eller til bestemte faktorer, relationer eller processer i forhold til et empirisk materiale, men der blev lagt vægt på analyse og fortolkning af kursister og anæstesisygeplejerskers subjektive forståelser. Fremstillingen af empirisk materiale måtte derfor ske på baggrund af en forståelsesorienteret undersøgelse, med en induktiv tilgang til vidensproduktionen. Der bliver i denne form for undersøgelse lagt vægt på analyse og fortolkning af subjektive forståelser, som er tilvejebragt gennem kvalitative metoder, oftest kvalitative interview.

Derfor vil indsamling af empiri via interview være mest hensigtsmæssig i forhold til fremstilling af informanternes subjektive forståelser i forhold til deres identitetsdannelse, uddannelse og læring.

Hvis der som undersøgelsesmetode var valgt en kvantitativ metodisk tilgang, ville den kun i begrænset omfang kunne give viden om de interviewedes egen subjektive forståelse af processer og faktorer i forbindelse med deres identitetsdannelse. Det skyldes, at der ved denne undersøgelsesmetode på forhånd ville være fastlagt kategorier, faktorer, sammenhænge og spørgsmål som måske/måske ikke ville dække informanternes subjektive viden, forståelse og opfattelser. Ved denne undersøgelsesmetode, er det desuden vanskeligt at afdække mellem menneskelige relationer og processer, f.eks. i forbindelse med identitetsdannelse.

Feltobservation er også en mulighed, men de vil ikke i sig selv kunne give svar på de observeredes subjektive forståelser, narrativer og sammenhænge uden opfølgende interview med deltagerne. Til gengæld vil feltobservationer med observation og deltagelse i de interviewedes praksis, kunne udbygge og validere de informationer indhentes gennem interview.

Interview

Interviewene blev foretaget som semistrukturerede interview på baggrund af en interviewguide (Bilag 4). Interviewguiden var opbygget, så der kunne opnås en tematisk ramme for interviewene, som kunne sikre, at der gennem interviewene blev opnået en empiri, som kunne anvendes i forhold til problemstillingen. Samtidig gav interviewformen mulighed for at informanterne kunne bevæge sig udenfor rammen med uddybende fortællinger, ligesom rækkefølgen af spørgsmål og temaer kunne uddybes i en rækkefølge som fandtes naturlig. Interviewguidens temaer, stikord og spørgsmål var udarbejdet på baggrund af det valgte teorigrundlag, med henblik på at belyse specialets problemstilling og problemformulering.

Risikoen ved denne fokuserede tilgang er, at der vil være områder, som ikke bliver belyst. Alternativ skulle jeg have anvendt en bredere induktiv tilgang til interviewene.

Den aktuelle tilgang blev anvendt, med henblik på et øget fokus under interviewene og dermed en mulighed for at gå mere i dybden med spørgsmål og fortællinger.

Interviewene blev gennemført som samtaler, hvor alle temaer og spørgsmål blev berørt i en for samtalen naturlig rækkefølge.

De planlagte rammer for interviewene blev efterlevet og fungerede godt. Alle interview blev optaget på bånd, de varede 45-60 minutter og foregik i en god stemning i uforstyrrede lokaler.

Efterfølgende blev der foretaget meningskondensering og tematisering – dog i omvendt rækkefølge, da det viste sig nemmere at meningskondensere efter at have samlet informanternes udtalelser indenfor de forskellige tematiske områder.

Den meget præcise distinktion mellem sociale- og arbejdsmæssige fællesskaber (og deltagelse og ikke-deltagelse i disse) overraskede mig i det første interview og jeg spurgte specifikt efter det i de følgende. Det gav gode fortællinger, som efterfølgende er brugt i analysen. Men jeg burde i interviewene have sørget for en bedre definition og skelnen mellem praksisfællesskaber, sociale fællesskaber og faglige fællesskaber. Det er indimellem uklart hvad de interviewede henviser til, hvilket påvirker præcisionen i analysen. Ligeledes kunne jeg have valgt anæstesisygeplejersker fra samme (ét) praksisfællesskab. Derved ville jeg kunne analysere og konkludere mere præcist på forholdene i netop dette fællesskab. Nu kan der konkluderes på mere generelle områder fra flere fællesskaber. Disse konklusioner må samtidig foretages med en vis usikkerhed på grund af det forholdsvis begrænsede antal informanter.

12. Delkonklusion

I dette afsnit vil der blive foretaget konklusioner indenfor analysens tematiske hovedområder. Efterfølgende vil der blive foretaget en samlet konklusion, hvor der vil blive svaret på problemformuleringen.

Aktuel identitet

Alle de interviewede fortæller om stor overensstemmelse mellem deres første-persons identitet som privatperson og som sygeplejerske. Disse identiteter kan, med Sfard og Prusaks ord, betragtes som de interviewedes aktuelle identiteter.

Ifølge Wengers teori, oplever de interviewede deres forskellige deltagelser i forskellige fællesskaber som samlet i en neksus, hvor identiteterne er blevet en del af hinanden.

De interviewede oplever en høj grad af deltagelse, identifikation og negotiabilitet – og dermed en stærk identitet – i deres fællesskaber som privatpersoner og som sygeplejersker. Identiteten som *sygeplejerske* – og ikke som anæstesisygeplejerske – opleves som meget stærk, også blandt de uddannede anæstesisygeplejersker.

Ønsket identitet og fantasi

Alle interviewede fortæller, at de valgte at starte på uddannelsen til anæstesisygeplejerske fordi de "*ønskede større (personlig) faglig udvikling*". Samtidig har de valgt at starte på en uddannelse, hvor der lægges vægt på en del af de kompetencer de interviewede allerede er i besiddelse af (ordentlighed, grundighed, pertentlighed, evne til strukturering). På den måde har de alle, bevidst eller ubevidst, valgt en uddannelse, hvor de, ifølge Wenger, vil få lettere ved, at bevæge sig af en indadgående bane og blive fuldgældigt medlem af anæstesisygeplejerskernes fællesskab.

De interviewede giver eksempler på, at dannelsen af en ønsket identitet som anæstesisygeplejerske startes før de påbegynder uddannelsen. Der kan være tale om diskursiv diffusion hvor andre anæstesisygeplejerskers narrativer i konstant interaktion indgår som dele af den enkeltes ønskede identitet. Eller der kan, ifølge Sfard og Prusak, være tale om overtagelse af anæstesisygeplejerskers narrativer som gøres til den enkeltes egne første-persons narrativer, f.eks. når de beskrives som teoretisk dygtige og *”skrappe og handlekraftige”*. Derved giver de allerede før de starter på uddannelsen, med Wengers ord, deres handlinger retning, og synliggør den læring der skal til, for at gøre deres fantasier til virkelighed.

Alle interviewede har forestillinger, eller fantasi, om sig selv som anæstesisygeplejersker i fremtiden. Den interviewede som er i lederstilling ønsker at opretholde denne identitet i fremtiden, også selvom det betyder en svækket eller mistet identitet som anæstesisygeplejerske. Identiteten som leder dominerer identiteten som anæstesisygeplejerske; det er identiteten som leder hun har forestillinger om, den hun har en ønsket identitet som og den som giver hendes handlinger retning og baner. Hendes handlinger vil dermed også mindske forskellen mellem hendes aktuelle identitet og hendes ønskede identitet og de kan derfor ses som den læring hun vil opnå. De øvrige interviewede ønsker at opnå større erfaring og dermed en identitet som erfaren anæstesisygeplejerske. De vil forblive på anæstesiaafdelinger for at forfølge denne ønskede identitet. De ønsker dermed, ifølge Wenger, at placere sig i insider-baner; baner, hvor de på trods af fulgyldigt medlemskab af praksisfællesskabet fortsætter genforhandling af praksis og egen identitet.

Vejlederes rolle og legitim perifer deltagelse

Det er ifølge lave og Wenger vigtigt for kursister at få adgang til praksisfællesskabet som legitime perifere deltagere. Kursister skal sikres periferitet. De skal placeres i en perifer rolle, så de kan få en fornemmelse af hvordan fællesskabet fungerer, uden at skulle leve op til samme standarder som fuldgyldige medlemmer. Personale og vejleder må ikke stilles samme krav til kursisterne som til fuldgyldige medlemmer af praksisfællesskaberne, f.eks. i forhold til produktionskrav eller hastighed.

Kursister skal som nyankomne også sikres legitimitet. De skal behandles som et potentielt medlem af fællesskabet, selvom de ikke er kompetente deltagere. Derved kan de få adgang til meningsforhandling med de øvrige deltagere i praksisfællesskabet. Gennem denne meningsforhandling får de mulighed for at opbygge deres egne læringshistorier og dermed deres egen identitet. Kursisternes vejledere spiller en væsentlig rolle, som dem der skal sikre kursisterne denne legitimitet i fællesskabet – og dermed adgang til meningsforhandling, også selvom kursisterne laver fejl. Det er derfor vigtig for

at sikre kursisters legitimitet, at vejledere udvælges blandt fuldgyl-dige, kompetente medlemmer af praksisfællesskabet og at vejleder-nes meninger tillægges stor værdi.

Vejleder fungerer desuden som arbejdsmæssige forbilleder for kur-sister. Vejlederne får også betydning for kursisters identitetsdan-nelse ved at agere mål for kursisters forestillinger om hvordan de gerne selv vil være. Vejlederne kommer, som Sfard og Prusak ville udtrykke det, til at fremstå som et billede på kursisters ønskede identitet. Dermed vil de medvirke til at give retning for kursisters læring i kursisters forsøg på at mindske forskellen på deres aktu-elle og deres ønskede identitet.

Har anæstesisygeplejersker et praksisfællesskab?

Ved fremstilling i analysen ses, at anæstesisygeplejersker gennem et fælles repertoire engagerer sig i fælles handlinger, som de gensi-digt meningsforhandler. Der er derfor tale om et praksisfællesskab for anæstesisygeplejersker.

Der er stor enighed, blandt kursister og uddannede anæstesisyge-plejersker, om den fælles virksomhed overfor patienterne.

Kursister har dog vanskeligt ved, at affinde sig med hierarkiet i fæl-lesskabet. De oplever sig selv, og opleves af uddannede anæstesi-sygeplejersker, som værende nederst i hierarkiet. Fortællinger om kursister som værende nederst i hierarkiet har, ifølge Sfard og Pru-sak, en tendens til at blive selvopfyldende profetier, og vil derfor medvirke til at fastholde dem i denne position. Wenger vil sige, at kursisterne befinder sig i perifere baner, som kan give delvis adgang til fællesskabet og til læring, men ikke til fuldgyl-digt medlemskab. Da kursisterne vil få adgang til en vis læring, vil det, ifølge både Wenger og Sfard og Prusak, bidrage til deres identitetsdannelse.

Det fælles repertoire er ifølge Wenger grundlæggende for fællesska-bets deltageres muligheder for at kunne skabe mening og udtrykke deres medlemskab og identitet i praksisfællesskabet. Kursister har som nyankomne vanskeligt ved at bidrage til det fælles repertoire, fordi repertoire er blevet udviklet over tid som et produkt af den fælles virksomhed. Dermed bliver det også svært for dem at udtryk-ke og danne deres identitet i fællesskabet. De mødes af entydige krav om erfaring for at kunne deltage i denne meningsforhandling.

Men hvordan sikres denne adgang til meningsforhandling, hvilke fællesskaber er der tale om for kursister og hvordan er de blevet, eller forventer de at blive optaget i disse fællesskaber?

Kursisters fællesskaber, faglige og sociale

Anæstesisygeplejerskers praksisfællesskab opdeles af de interview-ede i et fagligt fællesskab og et socialt fællesskab. Som kursist ind-går man i løbet af uddannelsen delvist eller helt i et fagligt fælles-skab, da de gradvist kan deltage mere og mere i meningsforhand-ling indenfor dette område.

På grund af den manglende optagelse i det sociale fællesskab vil kursisterne miste adgang til en del af anæstesisygeplejerskernes samlede praksisfællesskab. Det viser deres rolle som nyankomne og denne manglende adgang til det fulde praksisfællesskab *kan* medføre, at kursisterne fastholdes i perifere baner i praksisfællesskabet. Kursisterne vil opleve mindre gensidigt engagement, mindre mulighed for forhandling af den fælles virksomhed samt mindre adgang til det fælles repertoire. Det vil påvirke deres identitetsdannelse og medføre mindre læring for kursisterne. Kursisterne vil ikke handle og blive anerkendt som kompetente, hvilket er vigtigt for identitetsdannelsen. Som nyankomne skal kursisterne tilegne sig en identitet ved at tilegne sig kompetencer og anerkendes for disse gennem meningsforhandling i praksisfællesskabet. Kursisterne bliver derfor nødt til at påtage sig og acceptere identiteten som uerfaren perifer deltager under deres uddannelsestid, for kun på denne måde kan de komme i en indadgående bane, hvor de gradvist får erfaring og adgang til både meningsforhandling og fuldgyldigt medlemskab af anæstesisygeplejerskernes praksisfællesskab.

Kursister danner og indgår i praksisfællesskab med andre kursister på grund af fælles interesser. Kursisternes vejledere kan i perioder også deltage i disse kursistfællesskaber, ikke som fuldgyldige medlemmer, men i perifere baner. Denne perifere deltagelse giver vejlederne adgang til kursisternes fællesskab og dermed mulighed for meningsforhandling med kursisterne.

Kursisternes begrænsede deltagelse og deres ikke-deltagelse i fællesskaber medvirker til at fastholde kursisterne i en position som kursister og fortsat lade dem definere sig som kursister. På denne måde bliver ikke-deltagelsen i lige så høj grad en kilde til identitetsdannelsen. Denne blanding af deltagelse og ikke-deltagelse kan medføre, at kursisterne oplever en tilstand af periferitet.

Det kan, ifølge Sfard og Prusak, være vanskeligt for kursisterne at se, at en aktuel identitet som uerfaren og helt eller delvist udenfor fællesskaber blot er historier, som der kan være alternativer til. Det kan derfor være nødvendigt at vise kursisterne disse alternativer, f.eks. gennem samtaler eller ved rollemodeller hvor andres førstepersons narrativer kan indarbejdes i kursistens egen ønskede identitet.

Muligheden for fuld adgang til anæstesisygeplejerskernes praksisfællesskab og dermed også til muligheden for at danne en identitet som anæstesisygeplejerske gives først når uddannelsen er afsluttet med et uddannelsesbevis. Det er ikke nok, at være uddannet som anæstesisygeplejerske, det kræver også, med Wengers udtryk, forhandling. Denne forhandling sker gradvist og over længere tid. Man træder ikke "bare" ind i praksisfællesskabet. Efterfølgende skal den opnåede position i fællesskabet konstant forhandles og genforhandles.

Meningsforhandling

Kursister kan gennem meningsforhandling få mulighed for at opbygge deres egne læringshistorier og dermed udvikle en identitet som anæstesisygeplejerske. Men inddrages kursister i meningsforhandling og har deres mening vægt?

Ifølge Wenger skabes evnen til meningsforhandling af kursistens evne til at hævde ejerskab til de meninger, der forhandles. Dette meningsejerskab defineres indenfor meningsøkonomier, hvor meningene er indbyrdes afhængige og socialt forhandlede. Eftersom kursisterne ikke har den erfaring fællesskabet kræver for at give fuld adgang til meningsforhandling, vil kursisternes meninger være mindre betydningsfulde og tillægges mindre værdi. Legitimitet fra en kompetent vejleder kan dog øge kursistens muligheder for meningsforhandling.

Identitet og kompetencer

Identitet og medlemskab af fællesskaber konstitueres ifølge Wenger gennem de kompetencer man opnår. Det kan derfor anses som hensigtsmæssigt for identitetsdannelsen, at inddrage kursisternes medbragte kompetencer, hvilket også sker. Derved vil kursisterne få lettere ved at manøvrere kompetent i praksisfællesskabet og de vil få lettere ved at forstå og engagere sig i andre hvis de anerkendes som (i hvert fald delvis) kompetente. Kursister hvis erfaringer inddrages, vil få lettere adgang til meningsforhandling og til den historie, de ønsker at bidrage til og som de vil gøre til en del af deres egen identitet og dermed til deres egne narrativer.

13. Samlet konklusion

I det følgende foretages en samlet konklusion på problemformuleringens spørgsmål: *Hvordan danner sygeplejersker en ny identitet i praksis i løbet af uddannelsen til anæstesisygeplejerske?* Som det vil fremgå er svaret komplekst og sammensat af mange sammenhængende faktorer og processer. På grund af konklusionens kompleksitet og det forholdsvis begrænsede antal informanter kan denne konklusion kun ses som et bud på sammenhænge ved anæstesisygeplejerskers identitetsdannelse.

Alle de interviewede fortæller om stor overensstemmelse mellem deres første-persons identitet som privatperson og som sygeplejerske. Identiteten som *sygeplejerske* – og ikke som anæstesisygeplejerske – opleves som meget stærk, også blandt de uddannede anæstesisygeplejersker.

Alle interviewede har, bevidst eller ubevidst, valgt en uddannelse, hvor de vil få lettere ved, at bevæge sig af en indadgående bane og blive fulgyldigt medlem af anæstesisygeplejerskernes fællesskab.

Dannelsen af en ønsket identitet som anæstesisygeplejerske startes før kursisterne påbegynder uddannelsen. Derved giver de allerede før de starter på uddannelsen deres handlinger retning, og synliggør den læring der skal til, for at gøre deres fantasier til virkelighed.

Alle interviewede har forestillinger, eller fantasi, om sig selv som anæstesisygeplejersker i fremtiden. De ønsker at opnå en identitet som erfaren anæstesisygeplejerske. De vil forblive på anæstesiafdelinger for at forfølge denne ønskede identitet ved at placere sig i insider-baner, hvor de på trods af fulgyldigt medlemskab af praksisfællesskabet fortsætter genforhandling af praksis og egen identitet.

Der er tale om et praksisfællesskab for anæstesisygeplejersker og der er stor enighed, blandt kursister og uddannede anæstesisygeplejersker, om den fælles virksomhed overfor patienterne.

Muligheden for fuld adgang til anæstesisygeplejerskernes praksisfællesskab og dermed også til muligheden for at danne en identitet som anæstesisygeplejerske gives først når uddannelsen er afsluttet med et uddannelsesbevis. Det er ikke nok, at være uddannet som anæstesisygeplejerske, det kræver også forhandling. Denne forhandling sker gradvist og over længere tid. Man træder ikke "bare" ind i praksisfællesskabet. Efterfølgende skal den opnåede position i fællesskabet konstant forhandles og genforhandles.

Det er vigtigt for kursister at få adgang til praksisfællesskabet som legitime perifere deltagere. Kursisterne skal derfor placeres i en perifer rolle, så de kan få en fornemmelse af hvordan fællesskabet fungerer, uden at skulle leve op til samme standarder og krav som fulgyldige medlemmer.

Kursister skal som nyankomne også sikres legitimitet. De skal behandles som et potentielt medlem af fællesskabet, selvom de ikke er kompetente deltagere, og derved få adgang til meningsforhandling med de øvrige deltagere i praksisfællesskabet. Gennem denne meningsforhandling får kursisterne mulighed for at opbygge deres egne læringshistorier og dermed deres egen identitet.

Kursister opleves af alle, som værende nederst i hierarkiet. Denne fælles opfattelse kan blive en selvopfyldende profeti, og dermed medvirke til at fastholde kursisterne i denne position.

Kursister har som nyankomne vanskeligt ved at bidrage til det fælles repertoire, fordi repertoireet er blevet udviklet over tid som et produkt af den fælles virksomhed. Dermed bliver det også svært for dem at udtrykke og danne deres identitet i fællesskabet. De mødes af entydige krav om erfaring for at kunne deltage i fællesskabets meningsforhandling.

Eftersom kursisterne ikke har den erfaring fællesskabet kræver for at give fuld adgang til meningsforhandling, vil kursisters meninger være mindre betydningsfulde og tillægges mindre værdi. Legitimitet fra en kompetent vejleder kan dog øge kursisters muligheder for meningsforhandling.

Vejlederne skal sikre kursisterne denne legitimitet i fællesskabet – og dermed adgang til meningsforhandling, også selvom kursisterne laver fejl. Det er vigtigt for at sikre kursisters legitimitet, at vejledere udvælges blandt fuldgældige, kompetente medlemmer af praksisfællesskabet og at vejledernes meninger tillægges stor værdi.

Vejlederne fungerer som arbejdsmæssige forbilleder for kursister og de får betydning for kursisters identitetsdannelse ved at agere mål for kursisters forestillinger om hvordan de gerne selv vil være. Vejlederne viser kursisters ønskede identitet. Derigennem vil vejlederne medvirke til at give retning for kursisters læring.

Anæsthesisygeplejerskers praksisfællesskab opdeles af de interviewede i et fagligt fællesskab og et socialt fællesskab. Som kursist indgår man i løbet af uddannelsen delvist eller helt i et fagligt fællesskab, men overvejende *ikke* i det sociale fællesskab.

På grund af den manglende optagelse i det sociale fællesskab vil kursisterne miste adgang til en del af anæsthesisygeplejerskernes samlede praksisfællesskab. Denne manglende adgang viser kursisters rolle som nyankomne og den manglende adgang til det fulde praksisfællesskab *kan* medføre, at kursisterne fastholdes i perifere baner i praksisfællesskabet. Kursisterne vil opleve mindre gensidigt engagement, mindre mulighed for forhandling af den fælles virksomhed samt mindre adgang til det fælles repertoire. Det vil påvirke

deres identitetsdannelse og medføre mindre læring for kursisterne. Kursisterne bliver derfor nødt til at påtage sig og acceptere identiteten som uerfaren perifer deltager under deres uddannelsestid, for kun på denne måde kan de komme i en indadgående bane, hvor de gradvist får erfaring og adgang til både meningsforhandling og fuldgyldigt medlemskab af anæstesisygeplejerskernes praksisfællesskab.

Kursister danner og indgår i praksisfællesskab med andre kursister på grund af fælles interesser. Kursisternes vejledere kan i perioder også deltage i disse kursistfællesskaber, ikke som fuldgyltige medlemmer, men i perifere baner. Denne perifere deltagelse giver vejlederne adgang til kursisternes fællesskab og dermed mulighed for meningsforhandling med kursisterne.

Kursisternes begrænsede deltagelse og deres ikke-deltagelse i fællesskaber medvirker til at fastholde kursisterne i en position som kursister og fortsat lade dem definere sig som kursister. På denne måde bliver ikke-deltagelsen i lige så høj grad en kilde til identitetsdannelsen. Det kan derfor være nødvendigt at vise kursisterne alternativer, f.eks. gennem samtaler eller ved rollemodeller hvor andres første-persons narrativer kan indarbejdes i kursistens egen ønskede identitet.

Det er hensigtsmæssigt for identitetsdannelsen, at inddrage kursisternes medbragte kompetencer. Derved vil kursisterne få lettere ved at manøvrere kompetent i praksisfællesskabet og de vil få lettere ved at forstå og engagere sig i andre hvis de anerkendes som (i hvert fald delvis) kompetente. Kursister hvis erfaringer inddrages, vil få lettere adgang til meningsforhandling og til den historie, de ønsker at bidrage til og som de vil gøre til en del af deres egen identitet og dermed til deres egne narrativer.

14. Perspektivering

Ud fra ovenstående konklusion kan der udledes anbefalinger indenfor tre områder, som bør få betydning for det fremtidige arbejde med uddannelse af anæstesisygeplejersker:

- I forhold til kursister
- I forhold til vejledere
- I forhold til afdelingen

For det første vil man med udgangspunkt i konklusionerne, kunne orientere og vejlede kursister gennem de fællesskaber og faser de kan (risikere at) gennemgå under uddannelsen. De kan derved, forhåbentlig, lære at tackle frustrationer og vanskelige situationer bedre. De kan måske lære at acceptere situationen som uerfaren legitim perifer deltager og holde sanserne åbne frem for at være frustrerede over at have mistet erfaring, position, anerkendelse og værdi af meninger.

Vejlederne skal være deres rolle bevidst. De skal udvælges blandt kompetente fuldgyldige medlemmer af anæstesisygeplejerskernes praksisfællesskab. Vejledernes meninger skal tillægges stor værdi. Vejlederne skal bevidst arbejde på, at sikre kursisterne periferitet og legitimitet og samtidig fremstå som gode forbilleder for kursisterne. Det er vigtigt, at vejlederne inddrager kursisternes medbragte erfaringer og kompetencer. Det kan også være nødvendigt for vejlederne, ved uddannelsessamtaler med kursisterne, at vise kursisterne alternative identiteter i forhold til rollen som kursist.

Afdelingens øvrige personale og ledelse skal, ligesom kursister og vejledere, være opmærksom på de identitetsdannelsesfaser, fællesskaber og baner kursisterne gennemgår i deres udvikling til anæstesisygeplejersker. Personale og ledelse skal i den daglige planlægning medvirke til at sikre kursisten periferitet, ligesom alle i praksisfællesskabet bør være opmærksomme på, at give kursisten mulighed for at komme til orde i diskussioner og meningsforhandlinger – også selvom kursisten ikke har megen erfaring og befinder sig nederst i hierarkiet. Kursister hvis erfaringer inddrages, vil få lettere adgang til meningsforhandling og til den historie, de ønsker at bidrage til og som de vil gøre til en del af deres egen identitet og dermed til deres egne narrativer.

Litteraturliste

- Bisgaard, N.J. & Rasmussen, J. (red.)(2006). *Pædagogiske teorier*. Værløse: Billesøe & Baltzer.
- Henriksen, A-H., Ringsted, C.V., Bayer, M. & Larsen, K. (2003). Turnuslægers læring: overgang fra studie til praksis. *Ugeskrift for læger*, 2003;165:3410-3413.
- Illeris, K. (2006). *Læring*. Roskilde Universitetsforlag.
- Illeris, K. (red.)(2000). *Tekster om læring*. Roskilde Universitetsforlag.
- Juzwik, Mary M. (2006). Situating Narrative-Minded Research: A Commentary on Anna Sfard and Anna Prusak's "Telling Identities". *Educational Researcher*, Vol. 3, No. 9, pp. 13-21.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview - introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situeret Læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Netterstrøm, I.U. (2003). Medicinstuderendes kliniske ophold. *Ugeskrift for læger*, 2003;165:3403-05.
- Netterstrøm, I.U., Gjersøe, P. & Aspegren, K. (2003). Student på klinisk ophold. *Ugeskrift for læger*, 2003;165:3405-09.
- Nielsen, K. og Kvale, S. (red.)(1999). *Mesterlære - læring som social praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen, P. (2009). *Produktion af viden - en praktisk guide til samfundsvidenskabelig metode*. København: Nyt Teknisk Forlag.
- Petersen, M.M.M. (2008) *Den oversete praktik i sygeplejeuddannelsen - et blik på sygeplejestuderendes læring i praktikken*. Speciale, Pædagogik & Udviklingsstudier og Offentlig Administration, Roskilde Universitetscenter
- Pitkala, K.H. & Mantyranta T. (2003). Professional socialization revised: medical students' own conceptions related to adoption of the future physicians' role - a qualitative study. *Medical Teacher*. Vol. 25, No. 2, 2003, pp. 155-160.
- Ringsted, C. V. (2003). Det gode kliniske ophold. *Ugeskrift for læger*. 2003;165:3393.

Schön, D. A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner - towards a new design for teaching and learning in the professions* (pp. 3-40). London: Jossey Bass.

Sfard, A. (2006). Telling Ideas by the Company They Keep: A Response to the Critique by Mary Juzwik. *Educational Researcher*, Vol. 3, No. 9, pp. 22-27.

Sfard, A. & Prusak, A. (2005). Telling Identities: In Search of an Analytic Tool for Investigating Learning as a Culturally Shaped Activity. *Educational Researcher*, Vol. 34, No. 4, pp. 14-22.

Wenger, E. (2004). *Praksisfælleskaber. Læring, mening og identitet* København: Hans Reitzels Forlag.

Bilagsliste

Bilag 1: Mål for introduktionsperioden, Specialuddannelsen for Sygeplejersker i Anæstesiologisk Sygepleje Fyn, januar 2010

Bilag 2: Litteratursøgninger d. 27/10 2010

Bilag 3: Brev til interviewpersoner

Bilag 4: Interviewguide

Bilag 5: Tematisering og meningskondensering af interview

Forsidebillede:
Hjerteoperation © H.E. Steiner-Johnsen

Specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje

Fyn

Januar 2010

5.0 Undervisning

5.1 Introduktionsperioden

Undervisningsprogrammet er fælles for alle sygehuse, som har kursister i introduktionsperioden. Der er planlagt 5 fælles temadage á 6 timer, hvor en del af emnerne indgår. Der er desuden planlagt en temadag i anæstesisimulator.

De resterende emner gives på de enkelte sygehuse.

Der gives sammenlagt minimum 60 timers undervisning.

Undervisningen kan planlægges som bedside eller konfrontationstimer ved uddannelsesansvarlig sygeplejerske eller klinisk vejleder.

Sygeplejemæssige og anæstesiologiske overvejelser:

- Afdelingens værdigrundlag eller målsætning
 - Anæstesiskema og dokumentation
 - Gennemgang af anæstesiskema
 - Dokumentation af de sygeplejemæssige handlinger
 - Dokumentation af anæstesi
 - Dokumentation af analgesi
 - Dokumentation af de viste værdier
 - Dokumentation postoperativ
 - ASA klassifikation
 - Fasteregler
 - Forberedelse af patienten
 - Informeret samtykke
 - Information til patienten
 - Lejring af patient inkl. forskellige lejringsformer
 - Modtagelse af patient
 - Monitorering af patient
 - Pleje af patient i anæstesi og analgesi
 - Registreringssystem
 - Sygeplejeetiske retningslinier
 - Sygeplejemæssige overvejelser præ- per- og postoperativ
- Valg af anæstesi og anæstesimetode

Anæstesiapparatets funktion:

- Anæstesiapparatets opbygning og funktion (alarmer)
- Funktionskontrol
- Tæthedskontrol

<ul style="list-style-type: none"> • Patientsystemer inkl. flow til systemet • Trykflaske • Fordamper • Arbejdsmiljø • Vedligeholdelse
<p>Præoperative tilsyn med anæstesi­lægen. Postoperative tilsyn eventuelt med klinisk vejleder.</p>
<p>Afdelingens generelle retningslinier</p>
<p>Monitorering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjerte- og kredsløb • Respiration • Anæstesi­gasser • Capnografi • Saturation • Nervestimulation • Søvn­dybde
<p>Respirationsfysiologi og anatomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frie luftveje <ul style="list-style-type: none"> ○ Brug af tungeholder ○ Nasopharyngeal airway ○ Brug af maske ○ Brug af larynxmaske ○ Intubation • Ventilationsstrategi <ul style="list-style-type: none"> ○ Hyper- og hypoventilation • Flow ved brug af maske, larynxmaske eller intuberet patient. • Indstilling af respirator
<p>Larynx og bronkospasmer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Årsag og behandling
<p>Kredsløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypertension • Hypotension • Bradykardi • Gennemgang af det normale EKG og extrasystoler • Genoplivning
<p>Centralnervesystemet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somatiske nervesystem • Autonome nervesystem <ul style="list-style-type: none"> ○ Sympatikomimetika og Parasympatikomimetika • Neuromuskulære transmission

○ Neuromuskulære blokade
Nyrefysiologi og anatomi
Anæstesimidler: - valg og metode <ul style="list-style-type: none"> • Intravenøse anæstesimidler • Inhalations anæstesimidler • Perifert virkende muskelrelaksantia inkl. colinesterasemangel • Lokalanalgetika
Regional- og lokal analgesi <ul style="list-style-type: none"> • Epidural • Spinal • Axilblok • Scalenerblok • IV regional analgesi • Andre former for lokal analgesi Komplikationer ved regional analgesi
Væske- og blodkomponent terapi
Malign hypertermi
Arbejds miljø <ul style="list-style-type: none"> • Arbejdsrutiner • Cementblanding • Forurening ned anæstesi gasser • Hygiejne • Punktudsug • Strålehygiejne
Dialog om forskellige former for generel anæstesi
Dialog om forskellige former for lokalbedøvelse
Anæstesi til den akutte patient
Anæstesi til ambulante patienter
Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser
Patientforløb
Awareness
Diabetes mellitus og steroidbehandling

Anæstesikomplikationer
Beredskabsplan og traumemanual
Ansvar og kompetence samt juridiske aspekter
Risikopatienter
Hygiejne: <ul style="list-style-type: none">• Håndhygiejne• Uniform

Litteratursøgninger d. 27/10 2010

Informa Healthcare (informahealthcare.com)

Søgning i nedenstående tidsskrifter ("All journals")

Søgeord: Nurse AND anesthesia AND education

- **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (Journal)**
- **Acta Odontologica Scandinavica (Journal)**
- **Acta Oncologica (Journal)**
- **Acta Orthopaedica (Journal)**
- **Acta Oto-laryngologica (Journal)**
- **Acta Radiologica (Journal)**
- **Acute Cardiac Care (Journal)**
- **Addiction Research & Theory (Journal)**
- **Advances in Physiotherapy (Journal)**
- **American Journal on Addictions (Journal)**
- **Amyloid (Journal)**
- **Amyotrophic Lateral Sclerosis (Journal)**
- **Annals of Human Biology (Journal)**
- **Annals of Medicine (Journal)**
- **Archives Of Physiology And Biochemistry (Journal)**
- **Artificial Cells, Blood Substitutes and Biotechnology (Journal)**
- **Audiological Medicine (Journal)**
- **Augmentative and Alternative Communication (Journal)**
- **Australasian Psychiatry (Journal)**
- **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry (Journal)**
- **Autoimmunity (Journal)**
- **Biocatalysis and Biotransformation (Journal)**
- **Biomarkers (Journal)**
- **Biotechnic & Histochemistry (Journal)**
- **Blood Pressure (Journal)**
- **Brain Injury (Journal)**
- **British Journal of Audiology (Journal)**
- **British Journal of Neurosurgery (Journal)**
- **Cancer Investigation (Journal)**
- **Cell Communication and Adhesion (Journal)**

- **Chronobiology International (Journal)**
- **Climacteric (Journal)**
- **Clinical and Experimental Hypertension (Journal)**
- **Clinical Linguistics & Phonetics (Journal)**
- **Clinical Research and Regulatory Affairs (Journal)**
- **Clinical Toxicology (Journal)**
- **Computer Aided Surgery (Journal)**
- **Connective Tissue Research (Journal)**
- **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Journal)**
- **Critical Reviews in Biochemistry and Molecular Biology (Journal)**
- **Critical Reviews in Biotechnology (Journal)**
- **Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences (Journal)**
- **Critical Reviews in Microbiology (Journal)**
- **Critical Reviews in Toxicology (Journal)**
- **Current Eye Research (Journal)**
- **Current Medical Research and Opinion (Journal)**
- **Cutaneous and Ocular Toxicology (Journal)**
- **Cytotherapy (Journal)**
- **Developmental Neurorehabilitation (Journal)**
- **Disability & Rehabilitation (Journal)**
- **Disability & Rehabilitation: Assistive Technology (Journal)**
- **Drug and Alcohol Review (Journal)**
- **Drug and Chemical Toxicology (Journal)**
- **Drug Delivery (Journal)**
- **Drug Development and Industrial Pharmacy (Journal)**
- **Drug Metabolism Reviews (Journal)**
- **Drugs: Education, Prevention, and Policy (Journal)**
- **Electromagnetic Biology and Medicine (Journal)**
- **Endocrine Research (Journal)**
- **Endothelium (Journal)**
- **European Journal of General Practice (Journal)**
- **Experimental Lung Research (Journal)**
- **Expert Opinion on Biological Therapy (Journal)**
- **Expert Opinion on Drug Delivery (Journal)**
- **Expert Opinion on Drug Discovery (Journal)**
- **Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology (Journal)**
- **Expert Opinion on Drug Safety (Journal)**
- **Expert Opinion on Emerging Drugs (Journal)**

- **Expert Opinion on Investigational Drugs (Journal)**
- **Expert Opinion on Medical Diagnostics (Journal)**
- **Expert Opinion on Pharmacotherapy (Journal)**
- **Expert Opinion on Therapeutic Patents (Journal)**
- **Expert Opinion on Therapeutic Targets (Journal)**
- **Fetal & Pediatric Pathology (Journal)**
- **Free Radical Research (Journal)**
- **Growth Factors (Journal)**
- **Gynecological Endocrinology (Journal)**
- **Harvard Review of Psychiatry (Journal)**
- **Hemoglobin (Journal)**
- **Human Fertility (Journal)**
- **Hypertension in Pregnancy (Journal)**
- **Immunological Investigations (Journal)**
- **Immunopharmacology and Immunotoxicology (Journal)**
- **Informatics for Health and Social Care (Journal)**
- **Inhalation Toxicology (Journal)**
- **International Journal of Audiology (Journal)**
- **International Journal of Disaster Medicine (Journal)**
- **International Journal of Food Sciences and Nutrition (Journal)**
- **International Journal of Hyperthermia (Journal)**
- **International Journal of Language & Communication Disorders (Journal)**
- **International Journal of Neuroscience (Journal)**
- **International Journal of Pediatric Obesity (Journal)**
- **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice (Journal)**
- **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being (Journal)**
- **International Journal of Radiation Biology (Journal)**
- **International Journal of Speech-Language Pathology (Journal)**
- **International Review of Psychiatry (Journal)**
- **International Reviews of Immunology (Journal)**
- **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing (Journal)**
- **Issues in Mental Health Nursing (Journal)**
- **Journal of Addictions Nursing (Journal)**
- **Journal of Asthma (Journal)**
- **Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance (Journal)**
- **Journal of Cosmetic and Laser Therapy (Journal)**
- **Journal of Dermatological Treatment (Journal)**

- **Journal of Dietary Supplements (Journal)**
- **Journal of Drug Targeting (Journal)**
- **Journal of Enzyme Inhibition and Medicinal Chemistry (Journal)**
- **Journal of Herbal Pharmacotherapy (Journal)**
- **Journal of Immunotoxicology (Journal)**
- **Journal of Intellectual and Developmental Disability (Journal)**
- **Journal of Interprofessional Care (Journal)**
- **Journal of Investigative Surgery (Journal)**
- **Journal of Liposome Research (Journal)**
- **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine (Journal)**
- **Journal of Medical Economics (Journal)**
- **Journal of Medical Engineering & Technology (Journal)**
- **Journal of Mental Health (Journal)**
- **Journal of Microencapsulation (Journal)**
- **Journal of Multilingual Communication Disorders (Journal)**
- **Journal of Musculoskeletal Pain (Journal)**
- **Journal of Neurogenetics (Journal)**
- **Journal of Neurovirology (Journal)**
- **Journal of Nutritional and Environmental Medicine (Journal)**
- **Journal of Obstetrics & Gynaecology (Journal)**
- **Journal of Organ Dysfunction (Journal)**
- **Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy (Journal)**
- **Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery (Journal)**
- **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology (Journal)**
- **Journal of Receptors and Signal Transduction (Journal)**
- **Journal of Substance Use (Journal)**
- **Journal of Visual Communication in Medicine (Journal)**
- **Leukemia & Lymphoma (Journal)**
- **Logopedics Phoniatrics Vocology (Journal)**
- **Medical Mycology (Journal)**
- **Medical Teacher (Journal)**
- **Microbial Ecology in Health and Disease (Journal)**
- **Microcirculation (Journal)**
- **Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies (Journal)**
- **Mitochondrial DNA (Journal)**
- **Molecular Membrane Biology (Journal)**
- **Nanotoxicology (Journal)**
- **Network: Computation in Neural Systems (Journal)**

- **Neuro-Ophthalmology (Journal)**
- **Nordic Journal of Psychiatry (Journal)**
- **Occupational Therapy in Health Care (Journal)**
- **Ocular Immunology and Inflammation (Journal)**
- **Ophthalmic Epidemiology (Journal)**
- **Ophthalmic Genetics (Journal)**
- **Orbit (Journal)**
- **Pathology (Journal)**
- **Pediatric Hematology-Oncology (Journal)**
- **Pharmaceutical Biology (Journal)**
- **Pharmaceutical Development and Technology (Journal)**
- **Physical & Occupational Therapy in Geriatrics (Journal)**
- **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics (Journal)**
- **Physiotherapy Theory and Practice (Journal)**
- **Platelets (Journal)**
- **Prehospital Emergency Care (Journal)**
- **Prosthetics and Orthotics International (Journal)**
- **Renal Failure (Journal)**
- **Scandinavian Audiology (Journal)**
- **Scandinavian Cardiovascular Journal (Journal)**
- **Scandinavian Journal of Clinical & Laboratory Investigation (Journal)**
- **Scandinavian Journal of Gastroenterology (Journal)**
- **Scandinavian Journal of Infectious Diseases (Journal)**
- **Scandinavian Journal of Occupational Therapy (Journal)**
- **Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery (Journal)**
- **Scandinavian Journal of Primary Health Care (Journal)**
- **Scandinavian Journal of Rheumatology (Journal)**
- **Scandinavian Journal of Urology and Nephrology (Journal)**
- **Seminars in Ophthalmology (Journal)**
- **Somatosensory & Motor Research (Journal)**
- **Strabismus (Journal)**
- **Stress (Journal)**
- **Substance Use & Misuse (Journal)**
- **Systems Biology in Reproductive Medicine (Journal)**
- **The Aging Male (Journal)**
- **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse (Journal)**

- **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care (Journal)**
- **Toxicology Mechanisms and Methods (Journal)**
- **Toxin Reviews (Journal)**
- **Ultrastructural Pathology (Journal)**
- **Uppsala Journal of Medical Sciences (Journal)**
- **Visual Impairment Research (Journal)**
- **World Journal of Biological Psychiatry (Journal)**
- **Xenobiotica (Journal)**

717 resultater, heraf muligvis 2 relevante:

Occupational Therapy in Health Care
 2005, Vol. 19, No. 3 : Pages 93-103
 Collaborative Teaching Models for Health Professionals
Janet Falk-Kessler, Nancy MacRae, Jean Dyer
 (doi: 10.1080/J003v19n03_07)

Medical Teacher
 1998, Vol. 20, No. 3 : Pages 222-226
 Teaching medical students in a day surgery unit: adapting medical education to changes in clinical practice
M. A. SEABROOK M. LAWSON M. MALSTER J. SOLLY J. RENNIE P. A. BASKERVILLE
 (doi: 10.1080/01421599880968)

Søgeord: Nurse anesthetist AND education
 961 resultater, heraf muligvis relevant:

Downloaded som pdf-fil:

Medical Teacher, Vol. 28, No. 1, 2006, pp. e10–e15
 Applying theory to practice in undergraduate education using high fidelity simulation
 2006, Vol. 28, No. 1 , Pages e10-e15
 (doi:10.1080/01421590600568488)

Bibliotek.dk

Artikler, danske

Søgeord: anæstesisygepleje
1 resultat, ingen relevant

Søgeord: anæstesisygeplejerske OG uddannelse
0 resultater

Søgeord: anæstesi OG uddannelse
4 resultater, ingen relevante

Alle materialer, engelsk

Søgeord: nurseanesthetist
0 resultater

Søgeord: nurse anesthetist
0 resultater

Søgeord: nurse anesthesia
23 resultater, 1 bog hjemtaget:
"A ressource for nurse anesthesia educators", ikke relevant for spe-
cialet

Sygeplejersken.dk (Fagblad for Sygeplejersker)

Søgeord: anæstesisygeplejerske
304 resultater, ingen relevante

Søgeord: anæstesisygeplejerske OG uddannelse
3 resultater, ingen relevante

Søgeord: anæstesi OG uddannelse
0 resultater

Ugeskriftet.dk (Ugeskrift for læger)

Søgeord: Anæstesisygepleje
0 resultater

Søgeord: undervisning
1021 resultater, flere artikler downloadet, antal relevante 3

AANA.com (American Association of Nurse Anesthetists)

Søgeord: education AND nurse anesthetist
173 resultater, flere artikler downloadet, antal relevante 0

Bilag 3

Hans Erik Steiner-Johnsen
Uddannelses- og Udviklingspsygeplejerske
Anæstesiologisk-Intensiv Afdeling V
OUH Svendborg Sygehus

Dato

Interview vedr. læring og identitetsdannelse på specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske

Kære

Jeg er i færd med at lave mit afsluttende speciale på Masteruddannelsen i Læ-reprocesser på Aalborg Universitet.

Specialet handler om læring og identitetsdannelse på specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske.

I forbindelse med udarbejdelsen af opgaven vil jeg foretage nogle interview, både med kursister og med færdiguddannede anæstesisygeplejersker

Jeg håber derfor, at du i den forbindelse kan afse tid til at medvirke til et interview af ca. 45 min. varighed. Interviewet kræver ingen forberedelse fra din side. Af hensyn til den videre bearbejdelse vil interviewet blive optaget på bånd.

Hvis du har lyst til at deltage, forestiller mig, at interviewet kan foregå på sygehuset i eller umiddelbart efter normal arbejdstid i perioden mandag d. 8.-fredag d. 19. november 2010, men andre tidspunkter kan også komme på tale, hvis det er mere belejligt.

Jeg vil være glad for et hurtigt svar.

Jeg kan kontaktes på
Telefon: 2297 9992
E-mail: steiner_johnsen@yahoo.dk

Venlig hilsen
Hans Erik

Bilag 4

Interviewguide

Indledning med kort orientering om interviewet og baggrund for dette, med henblik på at skabe tryghed, tillid og etablere en god kontakt til deltageren.

Tid	Hovedpunkter	Stikord	Information/spørgsmål
5 min.	Baggrund for interview + undersøgelsens formål	Hvorfor dette interview Formålet med interviewet	Studerende på MLP i Aalborg, i færd med at udarbejde speciale. Kort orientering om specialet
	Rammerne for interviewet	Tidsrammen, sikring af anonymitet og tilladelse til at optage interviewet Gensidige forventninger og rollefordeling	Interviewet kommer til vare ca. 1 time Interviewet optages på bånd og dine udtalelser vil indgå i opgavebesvarelsen, men du vil selv optræde anonymt. Du er velkomne til at forsyne dig med vand, te, kaffe og kage. Der er ikke nogle svar som er rigtige eller forkerte. Du har en viden om emnet, som jeg gerne vil høre om. Jeg kan blive nødt til at styre samtalen, så vi når hele vejen rundt om emnet indenfor den fastlagte tidsramme. Det betyder at jeg indimellem måske er nødt til at skifte emne. Spørg hvis der er noget du er i tvivl om eller ikke forstår.
5 min.	Præsentation af deltagerne	Deltageren præsenterer sig selv	Navn og alder Hvor længe har du arbejdet som sygeplejerske? Hvilke afdelinger har du tidligere arbejdet på? Hvor længe har du været i denne stilling/uddannelsesstilling?

Interviewfasen, hvor den ønskede information indhentes, emnerne diskuteres og uddybes.

Tid	Hovedpunkter	Stikord	Information/spørgsmål
45 min.	Aktuel og ønsket identitet	Aktuel identitet	Hvordan vil du beskrive dig selv som person? Hvordan opfatter du dig selv som sygeplejerske? Hvorfor valgte du at starte på uddannelsen til anæstesisygeplejerske/uddanne dig til anæstesisygeplejerske? (Hvad eller hvem har haft indflydelse på dit valg og hvad har været drivkraften?)
		Ønsket identitet & Fantasi og baner	Hvordan ser du dig selv arbejdsmæssigt i øjeblikket? Hvor ser du dig selv arbejdsmæssigt om 5-10 år og hvad skal til, for at du bevæger dig derhen? Hvad forventer du af dig selv? Har du nogen arbejdsmæssige forbilleder? (Hvorfor, hvad er der særligt ved dem?)
	Praksisfællesskaber	Praksisfællesskab, karakteristika	Prøv at beskrive dit arbejde - hvad er de vigtigste aktiviteter du udfører som anæstesisygeplejerske – og hvordan adskiller arbejdet sig fra dit tidligere arbejde som sygeplejerske? Er der forskel på de fællesskaber du har følt/føler dig som en del af undervejs i uddannelsen, hhv. som færdiguddannet? (Hvilke, hvornår, hvordan, grænsebaner?)
	Identitet	Identitetsdannelsen Forhandling/genforhandling & understøttelse af læring Optagelse i fællesskab	Hvordan oplever/oplevede du din rolle som nyansat kursist, hhv. som uddannet anæstesisygeplejerske? (Hvordan, ændringer i forhold til tidligere, osv.) Hvordan har du fået denne rolle (identitet)? (Er læring blevet understøttet, er der noget som har haft særlig betydning?) Har/hvordan og hvornår har du oplevet, at du er blevet en del af ... fællesskab(er) på afdelingen? (Specielle handlinger, bevise noget, ”forhandlinger”/argumentation, accepteret af bestemte personer) Skal du gøre noget for at opretholde din position på afdelingen?

		Flere identiteter og deres samspil	Oplever du, at du har forskellige roller afhængig af hvor du er og hvem du er sammen med? (Hvordan, hvilke, karakteristika, er det svært, osv.)
	Kompetencer	Hvornår og hvordan sker identitetsdannelsen og anerkendelsen	Opfatter du dig selv som anæstesisygeplejerske? Hvis ja: Hvornår begyndte du på at opfatte dig selv som anæstesisygeplejerske? (som kursist /færdiguddannet, spec. kompetencer) Hvis nej: hvorfor ikke?
		Baner	Hvad skal man kunne, for at blive betragtet som en <i>dygtig</i> anæstesisygeplejerske?
		Meningsøkonomi	Oplever du dig selv som en dygtig anæstesisygeplejerske? Og hvordan er du blevet det/arbejder du på at blive det? (Hvorfor er du kompetent, indenfor hvilke områder, hvordan er du blevet det, hvem anerkender, hvornår startede det)
	Læring (og identitet)	Samspil mellem erfaring og kompetence	Har dine meninger lige så stor vægt som dine kollegers meninger?
		Fantasi	Oplever du, at der tages hensyn til de erfaringer og kompetencer nyansatte bringer ind i afdelingen? Ser du en ønskværdig fremtid for dig som anæstesisygeplejerske?

Afslutning, debriefing, evt. afrundende bemærkninger.

Tid	Hovedpunkter	Stikord	Information/spørgsmål
5 min	Afslutning	Korte bemærkninger	Har du nogen afsluttende bemærkninger i forhold til de emner vi har været inde på?
		Opsummerer interviewet	
		Kontakt mulig senere?	Hvis det skulle blive nødvendigt med opfølgende spørgsmål, må jeg så kontakte dig pr. mail eller telefon?
	Tak for hjælpen	Takke af og pakke sammen	Small talk, hvis der er interesse for det.
	Slut	Oprydning	

Tematisering og meningskondensering
af fire interview