

*Hvordan skjer uformell læring i et  
praksisfelleskap hos  
ambulansepersonell?*

**Masteroppgave i pedagogikk**

**av**

**Jon Pedersen**



**Institutt for lærerutdanning og pedagogikk  
Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning  
Universitetet i Tromsø  
Våren 2011**



## **Forord**

Det å skulle skrive en oppgave omkring ambulanse har vært en spennende og krevende prosess, samtidig som det har gjort meg enda mer bevisst på læreprosesser på den uformelle stien. Jeg synes det har vært interessant og ”*være me*” som forsker og som ambulansarbeider!

Det har vært en lang studietid som nå nærmer seg slutten, og det er flere som fortjener en stor takk.

Tusen takk til min veileder Eli for gode samtaler og veiledning!

Deretter vil jeg få takke seksjonsledere og ambulanspersonell som har stilt opp for oppgaven. Uten dere ville ikke oppgaven ha blitt til.

Takk til studievenner på lesesalen og til kaffekroken. Jeg kommer til å savne samtale og diskusjonene i rødssofaen .

Så vil jeg også få takke ”Beste-Per” for gjennomlesning, gode råd og diskusjoner. Den samme takken vil jeg også få rette til ”Moder’n”. Knut får også en takk for gjennomlesing og gode råd!

En spesiell takk må rettes til min kjære Ann – Ellen, som har vært tålmodig og støttende under arbeidet med oppgaven.

**Hansnes, mai 2011**

**Jon Pedersen**



## **Innhold**

<b>1 Innledning</b>	<b>9</b>
Presentasjon av tema	9
Oppgavens bakgrunn for og valg av problemstilling	7
Faglig og teoretisk tilnærming	10
Oppgavens oppbygging	12
<b>2 Ambulansetjenestens plass i helsevesenet</b>	<b>14</b>
Ambulansens plass i helsevesenet	14
De første anbefalingene til utdanning av ambulanspersonell	15
Utviklingen fra transportyrke til helseyrke	16
Hvordan bli ambulansarbeider?	17
<b>3 Teori</b>	<b>21</b>
Sosiokulturelle læringsteorier	21
Læring på arbeidsplassen	22
Situert læring	24
Læringsfremmede tiltak på arbeidsplassen	25
Formell og uformell læring	29
Fra perifer til legitim deltaker	30
Praksisfellesskapet	30
Deltakerbaner	33
Innvendinger mot Lave og Wenger	33
Fra novise til ekspert	33
Innvendinger mot Dreyfus og Dreyfus	36
Kompetanse og kunnskapsformer	36
Kompetansebegrepet	36
Felleskompetanse	37
Taus kunnskap	38
Erfaringslæring	39
Ulike former for læring	41
Singel- sløfjet læring	41
Dobbelt- sløfjet læring	42
Å lære av erfaringer og refleksjonens betydning	43

<b>Positiv angst i grupper</b>	<b>44</b>
<b>Kommentarer</b>	<b>46</b>
<b>4 Metode</b>	<b>48</b>
<b>De ulike forskningstradisjonene</b>	<b>48</b>
<b>Kjennetegn på kvalitative og kvalitative metoder</b>	<b>50</b>
<b>Hvorfor kvalitativ metode?</b>	<b>51</b>
<b>Hvilke kvalitative metoder?</b>	<b>52</b>
<b>Deltakende observasjon</b>	<b>53</b>
<b>Intervju og intervjuguide</b>	<b>54</b>
<b>Autoetnografi</b>	<b>55</b>
<b>Valg av informanter til deltakende observasjon og intervju</b>	<b>56</b>
<b>Tilgang til feltet</b>	<b>57</b>
<b>Hvilke utfordringer?</b>	<b>57</b>
<b>Nærhet og distanse</b>	<b>59</b>
<b>Gjennomføringen av feltarbeidet</b>	<b>60</b>
<b>Forskerrollen</b>	<b>60</b>
<b>Etiske utfordringer</b>	<b>61</b>
<b>Innsamling av data under observasjon og intervju</b>	<b>62</b>
<b>Hva med mitt blikk?</b>	<b>62</b>
<b>5 Empiri</b>	<b>64</b>
<b>Hovedfasene i en ambulansetrykning</b>	<b>64</b>
<b>Feltarbeid – Utrykningene</b>	<b>70</b>
<b><i>”Det er lovt å være lillebror”</i></b>	<b>70</b>
<b>Refleksjoner omkring denne utrykningen</b>	<b>71</b>
<b>Akutt- utrykningen: En pasient med brystmerter</b>	<b>73</b>
<b>Refleksjoner omkring denne utrykningen</b>	<b>76</b>
<b>Haste- utrykningen: Smittepasienten</b>	<b>76</b>
<b>Refleksjoner omkring denne utrykningen</b>	<b>79</b>
<b>Vanlig- utrykningen: Kreftpasienten</b>	<b>80</b>
<b>Refleksjoner omkring denne utrykningen</b>	<b>81</b>

<b>6</b>	<b>Analyse</b>	<b>83</b>
	<i>”Det er lovt å være lillebror”</i>	83
	<b>Akutt- utrykningen: En pasient med brystmerter</b>	85
	<b>Haste- utrykningen: Smittepasienten</b>	86
	<b>Vanlig-utrykningen: Kreftpasienten</b>	86
	<b>Praksisfellesskapet</b>	87
	<b>Å bli deltaker i praksisfellesskapet</b>	87
	<b>Uerfaren – Erfaren</b>	89
	<b>Kollegarelasjon</b>	90
	<b>Samarbeid</b>	92
	<b>Høy handlingstvang</b>	93
	<b>Uformell læring</b>	94
	<b>Sidemannsopplæring</b>	95
	<b>Erfaringslæring</b>	96
	<b>Læring i evalueringa</b>	97
	<b>Utøvelse kontra øvelse</b>	97
<b>7</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>99</b>
<b>8</b>	<b>Konklusjon og veien videre</b>	<b>103</b>
<b>9</b>	<b>Litteratur</b>	<b>105</b>
<b>10</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>111</b>





# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema

For å få syke mennesker til doktoren har det bestandig vært en transportør, enten det var familiemedlemmer som stabbet den syke mellom seg, eller det var hesten på gården som ble brukt som transportør. Og kunne man ikke få den syke med seg, var det om å gjøre å få doktoren med seg til gården. Doktoren ble tilkalt til den syke om det ikke var transport å oppdrive. Denne transporten er like nødvendig i dag som for 100 år siden. Rollen til transportøren har vært i endring. Fra å være en hest med slepebåre er dagens bilambulanser med sitt innhold gjort et kvantesprang. Utviklingen de siste 10 årene har vært preget av et sterkere fokus på å gi ambulanspersonellet fullmakter til å ikke bare transportere, men også å behandle den syke. Det er ønskelig med hjelp umiddelbart, og dersom riktig hjelp kommer i gang tidligst mulig, er dette med på å redde liv. Kravet om å få kvalifisert hjelp er økende i samfunnet. Teknologien og kompetansen er med på å få riktig behandling ut til pasientene så raskt som mulig, slik at man på et tidligst mulig tidspunkt kan få i gang riktig behandling. Denne behandlingen er blitt mer og mer viktig i dagens ambulansetjeneste. Sertifiseringer, delegeringer og medisinsk kompetanse er blitt stadig mer vektlagt for ambulanspersonellet. Dette har gjort ambulansen fra å være et primært sjåføryrke til i dag og også omfatte akuttmedisinsk behandling utenfor sykehus.

I løpet av 2005 kom det stadig sterkere signaler på at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) ønsket å utrede spørsmålet om en offentlig overtakelse av ambulansene i Troms. I tillegg hadde Arbeidstilsynet satt kraftig søkelys på arbeidstid og arbeidsforhold i ambulansetjenesten som var driftet av private aktører. Den 1.12. 2006 overtok UNN alle bilambulansetjenestene i Troms. Inntil da hadde bilambulansetjenestene vært delvis eid og drevet av private firmaer på kontrakt fra UNN. Unntakene var inntil 1. desember 2006; ambulansetjenestene i Tromsø, på Finnsnes og i Harstad, som var eid og drevet av UNN, selv om også disse stasjonene også har vært beheftet med ulike eiere gjennom årenes løp.

1. april 2005 ble det vedtatt en forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (heretter referert til som forskrift) som formaliserte spesifikke krav til de som arbeider i ambulansen. Denne forskriften krevde at innen 1. april 2010 skulle samtlige ambulanser i Norge være bemannet med to personer, der en av disse innehar autorisasjon eller lisens som ambulansefagarbeider, som innebærer at vedkommende har fagbrev. Den andre må kunne dokumentere annen akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Disse

kravene har en minimumsramme på teoretiske og praktiske timetall. Et av helsepersonellene på ambulansen skal ha kompetansebevis for utrykningskjøring.

## 1.2 Oppgavens bakgrunn for og valg av problemstilling

Bakgrunnen for denne masteroppgaven i pedagogikk er mitt arbeid som ambulanséfagarbeider i et tettsted i Nord-Troms, hvor jeg også tilbrakte en periode av min oppvekst. Jeg er utdannet adjunkt med tilleggsutdannelse og med voksenpedagogikk som en del av min spesialisering. Tidlig fattet jeg interesse for førstehjelp som bidro til at jeg også har fagbrev som ambulansearbeider. Dette betyr at jeg selv har gått opp til fagprøve som praksiskandidat. Det innebærer at jeg har jobbet som ufaglært i ambulansen for å skaffe meg nok praksis til å gå opp til fagprøve.

Dagens ambulansetjeneste har vært og er i en løpende utvikling når det gjelder blant annet bemanning, utstyr, delegeringer, vaktordninger og kompetanse. I dagens utdanningssystem er det to veier til fagbrev. Den ene veien er gjennom ordinært lærlinge-løp. Dette innebærer at lærlingen må gjennomføre to år på videregående skole, før vedkommende må gjennomføre to år som lærling i bedrift, før fagprøve kan gjennomføres. Den andre veien er gjennom praksis i ambulansen, hvor tre ambulanskurs er inngangsporten for yrket. Dette innebærer at vedkommende praksiskandidat må først gjennomføre disse tre kursene, og så arbeide i 60 måneder, deretter gjennomføre en tverrfaglig skriftlig eksamen, for så å gå opp til fagprøve. I dette arbeidsmiljøet utvikles det fagarbeidere og det finner jeg interessant og utforske nærmere.

Problemstillingen i min masteroppgave er:

- *Hvordan skjer uformell læring i et praksisfellesskap hos ambulansepersonell?*

For å belyse problemstillingen er det nødvendig å stille to spørsmål for å konkretisere hovedproblemstillingen. Disse to spørsmålene er:

- *Hva kjennetegner praksisfeltet til ambulansepersonell?*
- *Hvordan skjer uformell læring under ambulanseoppdrag?*

Jeg har valgt å se på hvordan ambulansesansatte lærer gjennom de ulike fasene; *utrykning, hos pasient, pasienttransport* og gjennom *evaluering* i ambulansetrykningen.

Hva lærer ambulanspersonell på veien mot fagbrev, og hvordan lærer de seg teoretiske og praktiske ferdigheter som gjør at de kan avlegge fagbrev? Det er gjennom praksis, gjennom å jobbe i ambulansen at de har lært det de kan. Dette betyr at i dette praksisfellesskapet så ligger det lærende elementer som jeg synes er interessante. Hva betyr det for ambulansen at det finnes en kultur for å kunne være ”lillebror”? Det å få innpass, samtidig som det er godkjent og ikke skal kunne alt, men å være lærende i situasjonen. Dette mener jeg er momenter som i denne kulturen er verd å ta med seg inn i fremtiden, og som også andre også kan lære av.

I denne oppgaven vil jeg se på praksiskandidater, eller ambulansansatte med nylig avlagt fagbrev eller som i nær fremtid kan avlegge fagbrev, og som har NOU 76:2 som grunnkompetanse. Alle intervjuobjektene er ansatt i akuttmedisinsk klinikk, avdeling for bil og båtambulans, Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Jeg har besøkt tre steder i ambulansberedskapsområder til UNN for å se på ambulanspersonellens uformelle læring i dette praksisfellesskapet. I dette feltarbeidet og gjennom de oppdrag som kommer i løpet av vakta ønsket jeg å se på den uformelle læringen som ambulanspersonell tilegner seg gjennom den uformelle læringen på arbeidsplassen.

Hensikten med denne masteroppgaven er å forsøke å belyse hva slags uformelle læringssituasjoner ambulanspersonellet har i praksisfellesskapet og hvordan de har tilegnet seg denne kompetansen i arbeidsfellesskapet. Dette temaet synes jeg er interessant å kunne få en forståelse for den læringsarenaen som dette praksisfellesskapet representerer og dermed skaffe ny kunnskap om dette feltet, samt å se på andre læringsarenaer enn den formelle skolaske utdanningsinstitusjonen. Det betyr ikke at dette er en kritisk oppgave mot den formelle skolaske utdanningsinstitusjonen, men et blikk for at det finnes andre veier for å tilegne seg kunnskap i et kunnskapssamfunn som ofte krever mer og mer formell utdanning. Oppgaven tar for seg et utvalgt personell fra bilambulansen i område nord i Troms regionen.

### **1.3 Faglig og teoretisk bakgrunn**

Når det gjelder forskning på ambulansetjenesten og kompetanse har jeg lyktes i å oppdrive noen forskningsrapporter fra dette feltet, og jeg har lyktes i å få tak i en rapport om kompetanseutvikling i bedrifter. Jeg har også studert hovedfagsoppgaver og masteroppgaver med læring som tema. Disse har vært nyttige i min oppgave, ikke minst fordi det er likhetstrekk mellom teorien og empirien jeg har innhentet, og de som det vises til i dette materialet.

Oppgaven dreier seg om hvordan ambulanspersonell tilegner seg kompetanse gjennom den uformelle læringen på arbeidsplassen. Læring og kompetanse er begreper som igjen kan knyttes til andre områder og sammenhenger som er viktige for voksnes utvikling.

Siden oppgaven omfavner flere faktorer som belyser kompetanse og læring i praksisfellesskaper, er teorien sosiokulturelt vinklet.

En historisk gjennomgang av ambulansens fremvekst i Norge er tatt med for å belyse den utvikling som har vært, og for å forklare den utviklingen som har vært, og ikke minst den utviklingen som er og har vært i ambulansetjenesten, og også det som kan komme av utvikling i framtida.

#### **1.4 Oppgavens oppbygging**

Innledningsvis i første kapittel presenterer jeg temaet for min oppgave, oppgavens problemstilling og dens oppbygging. Her kommer jeg også inn på faglig og teoretisk tilnærming.

Jeg skriver om ambulansens historikk i Norge i det andre kapittelet i oppgaven. Dette området belyser ambulansens utvikling og frem til dens virke i dag.

Det tredje kapitlet inneholder oppgavens teoridel.

Fjerde kapittel omfatter metode valg og begrunnelser for de valg jeg har tatt. Jeg skriver om deltakende observasjon, det kvalitative forskningsintervju, om analysen, og om mine opplevelser og erfaringer jeg gjorde meg underveis i arbeidet med oppgaven.

Femte kapittel omhandler hovedfasene i en ambulansetrykning og et utvalg av utrykningene som jeg var med på i løpet av feltarbeidet.

Det sjette kapittelet er analyse delen, med fokus på funn fra observasjon, satt inn i en teoretisk ramme.

Det sjuende kapittelet inneholder diskusjonsdelen av oppgaven.

Det åttende kapittel er avslutning av oppgaven, inneholder konklusjon og framsyn.

Det niende kapitlet inneholder litteraturliste.

Det siste kapitlet er oppgavens vedlegg.

## 2 Ambulansetjenestens plass i helsevesenet

### 2.1 Ambulansens plass i helsevesenet

I Norge er det fire regionale helseforetak som via sine helseforetak yter ambulansetjenester for hvert sitt geografiske område. Spesialisthelsetjenesten er den delen av helsevesenet som har ansvar for somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner samt ambulansetjenesten. Helse Nord er et av den norske stats fire regionale helseforetak (RHF). De regionale helseforetakene i Norge ble stiftet 1. januar 2002 da staten overtok ansvaret for den offentlige spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Helse Nord er den offentlige spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og på Svalbard. Helse Nord eier fem helseforetak (HF) og Universitetssykehuset Nord-Norge HF er en av disse.

Ved å ringe 1-1-3 (medisinsk nødnummer) får publikum direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten. Akutt Medisinsk Kommunikasjons sentralene (AMK / 1-1-3 sentralene) betjenes av spesialutdannet helsepersonell i vakt som har oversikt over tilgjengelige helse-/utrykningsressurser og kan aktivere disse etter behov. Ambulanseenhetene er tilgjengelige for pasientene gjennom nødnummer 1-1-3.

Etter forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er ambulansetjenesten en spesialisert helsetjeneste definert som:

*”Ambulansetjenesten utgjør sammen med kommunal legevaktordning den lokale akuttmedisinske beredskap og skal primært:*

- a) dekke behov for primær diagnostikk og stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander*
- b) bringe syke/skadde pasienter til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten når pasienten har behov for overvåkning og/eller behandling.”*

(Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 15, 2005)

Før 1976 var utdannelsen av ambulanspersonell i Norge preget av tilfeldigheter, noe som førte til en stor forskjell i kvaliteten av opplæring. Faktisk ble det i Norges Offentlige Utredninger (NOU) 1976:2 stadfestet at dersom ambulanspersonell ikke var knyttet til noen etat eller organisasjon så hadde ambulanspersonellet liten eller ingen mulighet til å skaffe seg formell kompetanse såfremt vedkommende ikke hadde gjort tjeneste i Forsvaret eller i en

humanitær organisasjon. Dette samsvarer godt med en samtale med Helge Bærland, som gjennom et langt liv jobbet som ambulanspersonell i Oslo. I løpet av en samtale med han for en del år siden uttrykte han forskjellen mellom kravene til utdanning da han begynte å jobbe på 70-tallet i Oslo som ambulanspersonell og nå. Han tok et 15 timers ambulanssjåfør kurs hos Norsk Folkehjelp Oslo og var dermed kvalifisert til å kjøre ambulanse.

## **2.1 De første anbefalingene til utdanning av ambulanspersonell**

I 1976 ble ”Norges offentlige utredning - Utdanning av ambulanspersonell i Norge” utgitt av datidens Helse og omsorgsdepartement. NOU 76:2 gikk inn for en tredelt utdanning av ambulanspersonell.

Dette forslaget inneholdt tre deler;

- a) en trafikal – bilteknisk del
- b) en redningsteknisk del
- c) og en medisinsk del.

Utvalget gikk inn for at hver del i dette utdannelsesløpet var selvstendige kurs som kunne tas samlet eller enkeltvis. På denne tida var ikke krav om at ambulansene skulle være betjent av to helsepersonell. Derfor anbefalte utvalget også kravene for å gjelde personell som hadde ambulanskjøring som bierverv og til ledsager. Ledsager var ofte et helsepersonell som ble ringt til ved behov, og som da ble med pasienten til lege eller sykehus. Utvalget fastslo minimumskrav i forhold til hva de enkelte kursene skulle inneholde og antall timer som emnet skulle undervises i.

Kravene var:

- a) 82 timer undervisning i trafikal – bilteknisk del
- b) 70 timer undervisning i redningsteknisk del
- c) 120 timer undervisning i medisinsk del

I tillegg måtte man ha 3 uker med praktisk tjeneste i sykehusavdelinger, samt en praktikant opplæring på ambulanse i tre uker. Totalt sett så utvalget for seg en samlet utdannelses tid på ca 12 uker, noe utvalget så for seg som en realistisk ramme om en basisutdanning av ambulanspersonell.

## 2.2 Utviklingen fra transportyrke til helseyrke

I NOU 98:9 ble det pekt på viktigheten av utdanning for ambulanspersonell samt behovet for å styrke den medisinske nødmeldetjenesten. Departementet ville vurdere behovet for veiledende regler om bemanning og beredskap for å sikre en faglig forsvarlig standard på tjenesten. I de mindre tjenestene var det fortsatt et betydelig antall en - mannsbetjente ambulanser. I de større tjenestene ble to - mannsbetjening etablert som praksis. Om ambulansen var en - eller to - mannsbetjent var i stor grad et økonomisk spørsmål (NOU 1998:9).

Utdanning av ambulanspersonell var fram til 2005 ikke lovregulert gjennom forskrifter. På grunn av manglende offentlig styring var det store forskjeller i ambulanspersonellets utdanningsnivå og kompetanse. Alle fylkeskommuner satte krav om faglige minimumskrav til personellet. Utdanningskravene varierte imidlertid mellom fylkene og var høyest i de tettest befolkede deler av landet. I NOU 1998:9 mente man at mange oppdrag bidro til at ambulanspersonellet i disse tjenestene gav muligheter for vedlikehold av kompetanse. I de mer perifere strøk var det få oppdrag og personellet fikk lite erfaring. Utdanningsnivået var dessuten varierende (ibid.).

I Stortingsmelding 43 (1999-2000) blir det påpekt at ambulansetjenesten er det svakeste ledd i den akuttmedisinske kjeden. Kvaliteten og kapasiteten i ambulansetjenesten forringes av mangel på enhetlige retningslinjer, uklar organisering og utilfredsstillende bemanning. I 2001 var ambulansetjenesten et fylkeskommunalt ansvar og var eid og drevet for en stor del av fylkeskommunene selv, men også på kontrakt med offentlige og private instanser som brannvesen, private selskaper, selvstendig næringsdrivende og frivillige organisasjoner (f.eks. Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Norske Kvinners Sanitetsforening).

Rundt år 2000 var det vanlig at i de større byene at ambulansbiler var bemannet med to personer med ambulansutdanning. På mindre steder fantes det fortsatt et betydelig antall enmannsbetjente ambulanser. Ved behov ble det imidlertid ofte brukt ledsagere. Det var pr. 2001 ingen formelle krav til ambulansetjenesten, verken når det gjelder bemanning, kompetanse eller responstid. Autorisasjonsordningen for helsepersonell etter Helsepersonelloven av 2. juli 1999 gjaldt også ambulanspersonell. Det ble etablert offentlig godkjent utdanning i ambulansfag som førte frem til fagbrev (som ambulansfagarbeider),



noe som gav rett til autorisasjon. Verken autorisasjon eller fagbrev var imidlertid lov- eller forskriftsfestet som minimumskrav for ambulanspersonell. I forskrift for ambulansbil av 14. februar 1970 nr. 1 og forskrift om godkjenning og registrering av utrykningskjøretøy av 27. mai 1986 nr. 1581 (hjemlet i vegtrafikkloven) ble det imidlertid stilt tekniske krav til kjøretøyet.

I Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) ble det lagt føringer med hensyn til hva som burde være fremtidens krav. Ambulansen skal bemannes med minst en person med fagbrev og en person med minimum utdanning i form av medisinsk kurs på ca. 120 timer og redningsteknisk kurs på ca. 40 timer, noe som til dels tilsvarte kravene i NOU 76:2. I stortingsmelding nr. 43 ble det også lagt føringer for et kompetansebevis for utrykningskjøring.

### **2.3 Hvordan bli ambulanspersonell?**

Det var en kultur for at man ble ambulanspersonell gjennom interesse og bekjentskap. Gjennom en *feltsamtale* (Wadel 1991) jeg hadde med en tidligere eier av en ambulansetjeneste kom dette tydelig frem. Jeg spurte eieren hvordan han ble ambulanspersonell og vedkommende svarte: ”Gjennom morsmelka!” I god tradisjon hadde han overtatt eierskapet etter sin far, en tidligere drosje og ambulansseier. Standarden var ofte at dette var personer som hadde fått basiskunnskapen inn gjennom ”morsmelka”, men at de trengte en form for kvalifisering gjennom en sertifisering. Ambulanseyrket på denne tiden bar preg av å være et transportyrke mer enn et medisinsk behandlende yrke.

I ambulansenæringen skiller man i all hovedsak mellom to begreper. Disse begrepene griper også inn i hverandre som to sirkler som er i hverandre, hvor den ene sirkelen er større enn den andre. De to begrepene er ambulansfagarbeider (ofte bare omtalt som ambulansarbeider) og ambulanspersonell. Skillet mellom disse to går i all hovedsak ut på at ambulansfagarbeideren har autorisasjon og fagbrev i ambulansyrket, mens den andre har et medisinsk, et redningsteknisk og vanligvis et kjøreteknisk kurs. Ambulansfagarbeideren kan kalle seg ambulanspersonell, men ambulanspersonell kan ikke betegne seg som ambulansfagarbeider/ ambulansarbeider fordi dette er en beskyttet tittel som må erverves gjennom autorisasjon og bestått fagprøve.

Autorisasjon som ambulansefagarbeider er en offentlig godkjenning som Statens autorisasjonskontor for helsepersonell utsteder etter søknad til den som med norsk utdanning innehar fagbrev i ambulansefaget. Andre yrkesgrupper innen helsevesenet har også autorisasjon. Normalt kreves autorisasjon for fast ansettelse i ambulansetjenesten. Det kreves i henhold til forskrift at minimum det ene personellet på ambulansen må inneha autorisasjon som ambulansefagarbeider.

Tidligere kunne man bli ambulansepersonell gjennom å ta NOU 76:2 kursene gjennom UNN, Norsk Luftambulans, Nord Trafikk eller andre. Disse gikk vanligvis over tolv uker. Når eleven gjennomførte og besto disse kursene fikk vedkommende betegnelsen ambulansepersonell fordi man tilfredsstiller kravene gitt i NOU 76:2. I dag gjennomføres kurs basert på minstekravene i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus stort sett for sommervikarer med helsefaglig bakgrunn.

I alle lærefag underlagt lov om opplæring er det mulighet for å gå opp til fagprøve basert på praksis. I opplæringsloven (lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa) står det:

*§ 3-5. Fag- og sveineprøve utan læreforhold og skole*

*Det er mogleg å ta fag- og sveineprøva på grunnlag av allsidig praksis i faget som er 25 prosent lengre enn den fastsette læretida. Fylkeskommunen avgjer om den praksisen kandidaten viser til, kan godkjennast, og kan i særlege tilfelle godkjenne kortare praksis.*

(Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)).

Tverrfaglig prøve i lærefagene/eksamen VG 2 Ambulansfag må avlegges før man kan fremstille seg til fagprøve. Den totale praksistiden skal utgjøre 60 måneder (fem år). Herav kan to av årene dekkes opp med relevant kompetanse hvor fylkesopplæringskontoret avgjør hva som godkjennes. Relevant kompetanse kan være fra frivillig redningsorganisasjon, Forsvaret, Sivilforsvaret, annen helseutdanning, osv. Uavhengig av hvor mye relevant kompetanse man innehar må minimum 36 måneder (tre år) være praksis i 100 % stilling/engasjement eller tilsvarende på deltid fra profesjonell ambulansetjeneste. For å bli ambulansefagarbeider kan man gjennomføre kursene beskrevet i NOU 76:2 med de krav som er beskrevet i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Deretter gjennomføres tverrfaglig eksamen i VG 2 ambulansfag som privatist. Videre arbeide i

ambulansetjenesten i den pålagte praksiskrav tiden, for så gå opp til fagprøve (§ 3-5 praksiskandidat ordningen i opplæringsloven).

Den andre veien er gjennom VG 1 helse og sosialfag, søke så på VG 2 ambulansesfag, så være lærling i to år (VG 3 ambulansesfaget), for så å gå opp til fagprøve.

Ambulansen har dermed en tradisjon for to forskjellige veier for å ta fagbrev. En gjennom kurs og praksis og en gjennom videregående opplæring.

I de kommende årene vil videregående elever med læretid og fagbrev bli foretrukket til jobb i ambulansetjenesten på bekostning av ambulansepersonell med kun NOU 76:2 kompetanse. Dette fordi fagbrev står sterkere som utdanningskrav fra helseforetakene. Dessuten sier hovedtariffavtalen under punkt 2.2 Kvalifikasjoner:

*”Ved tilsetting og opprykk skal det i første rekke tas hensyn til søkerens kvalifikasjoner (teoretisk og praktisk utdanning samt skikkethet for stillingen)”.*

(Hovedtariffavtalen KS 01.05.2008 – 30.04.2010)

Fagbrev står som en sterkere kvalifikasjon enn minimumskravene som beskrevet i NOU 76:2. På lengre sikt kan man tenke seg at NOU 76:2 vil forsvinne som en vei inn i ambulanseyrket, fordi kravet om tilsetting vil være fagbrev. Dette betyr at ambulansepersonell som har kun NOU 76:2 som grunnlag for ansettelse kommer til å bli utkonkurrert av søkere med fagbrev. Det betyr at veien inn i ambulanseyrket med kun NOU 76:2 som kvalifikasjon og veien videre som praksiskandidat mot fagbrev er på tur til å bli historie, da kravene skjerpes for å få ansettelse.

Jeg synes at det er interessant å se på denne praksisdelen og å ha fått lov til å få forske på det praksisfellesskapet som denne kulturen har gitt ambulansen. Dette for å kunne si noe om viktige læringsaspekter som har fulgt denne kulturen, og som fortsatt eksisterer.

I 2005 kom forskriften som fastslo kravene til helsepersonell som jobber i ambulansen.

Forskriften sier:

*”Minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider. Øvrige helsepersonell må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Dette innebærer som minimumskrav en redningsteknisk del med*

*55 timer teori og 15 timer praktiske øvelser, samt en medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og 3 ukers praksistjeneste ved mottakelsesavdeling/intensivavdeling (1 uke), operasjons-anestesiavdeling (1 uke) og medisinsk/kirurgisk avdeling (1 uke). Kompetansekravene som nevnt i annet ledd kan fravikes for en periode av inntil fem år fra det tidspunkt forskriften trer i kraft. (Forskriften ble vedtatt 18. mars 2005, med ikrafttredelse den 1. april 2005). Denne overgangsordningen vil bare gjelde personell som er ansatt i ambulansetjenesten ved forskriftens ikrafttredelsestidspunkt. Minst ett av ambulansepersonellet skal inneha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy”*  
(Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, §17, 2005)

Dette betyr at minimumskravene til utdanning av ambulansepersonell i Norge, slik de er beskrevet i NOU 76:2, er betydelig styrket. Det ble nå også en forskrift, som betyr at det ikke lenger kunne sees på som anbefalinger, men som krav til de som er ansatt i ambulansen.

I den akuttmedisinske beredskapen er ambulansetjenesten et viktig ledd. Ambulansetjenesten har sitt faglige forankringspunkt i spesialisthelsetjenesten, og for en rekke tilstander er det veldokumentert at kvaliteten og effektiviteten av denne tjenesten har vært og er livreddende. Kvaliteten i ambulansetjenesten handler om krav til bemanning, kompetent ambulansepersonell og samhandlingen mellom de ulike leddene i helsevesenet. I dagens ambulanseverden er det i hovedsak tre aktører som definerer seg som ”ambulanse”. Den mest kjente er bilambulansen. I tillegg er det to andre operatører innenfor den prehospitale tjenesten som også kan påberope seg ambulanselogoen. Dette er båtambulansen og luftambulansen. I oppgavens videre arbeid vil jeg ta for meg bilambulansen, heretter omtalt som ambulanse.

I dag er det slik at ambulansene i Troms er eid og drives av Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Personellet som arbeider i ambulansen i Troms er ansatt i UNN.

Jeg ønsker å sette søkelys på den utviklingen som har vært i ambulansen i Troms. Fra å være en privat transportør til å bli en del av UNN. I denne konteksten er det interessant å se på menneskene som jobber i ambulansetjenesten, og spesielt på de som har NOU 76:2 som basisutdannelse og dermed har lengst praksiskrav før de kan ta fagbrev. Det er interessant å kunne se på hvordan læring og utvikling av kompetansen er blitt tilegnet i dette praksisfellesskapet.

### 3 Teori

I dette masterarbeidet har jeg valgt å fokusere på teorier som tar for seg læring i praksisfeltet. I denne sammenheng er det tatt med en redegjørelse omkring sosiokulturelle læringsteorier. Videre har jeg brukt Illeris og hans teorier omkring forståelsen for det som skjer av læring i arbeidslivet. Praksisfeltet er interessant og for å få en videre forståelse av dette har jeg tatt sentrale begreper fra Lave og Wengers sosiale læringsteori. Videre er brødrene Dreyfus modell for ferdighetstilegnelse redegjort for fordi den hjelper til å forstå den prosessen som skjer fra novise til ekspert. I den forbindelse har jeg også valgt og utgreie kompetanse fordi dette utfyller forståelsen for både kunnskaper og ikke minst ferdigheter i praksisfeltet. Det er også tatt med et avsnitt omkring den læringen som skjer i dette samspillet og refleksjonens betydning i den sammenheng. Det er også tatt med ei utgreiing om positiv angst i grupper, fordi jeg mener det er viktig for å forstå den læringen som skjer imellom de to som jobber sammen under utrykning. Til slutt har jeg valgt å kommentere forskjellen mellom teoridelen og praksisfeltet i oppgaven.

#### 3.1 Sosiokulturelle læringsteorier

Sosiokulturell læringsteori legger avgjørende vekt på at kunnskap blir konstruert gjennom samhandling og i en kontekst (Dysthe 2001). Den handler også om hvordan mennesker tilegner seg kunnskap og formes ved å *delta i kulturelle aktiviteter* (Wittek 2004). Gjennom denne samhandlingen og den konteksten dette skjer i, blir derfor interaksjon og samarbeid sett på som helt avgjørende for læring (Dysthe 2001). Det legges videre vekt på at det å *kunne* i sosiokulturell læringsteori er nært knyttet til praksisfellesskap og evnen til å delta i disse. Dette fordi det er i sosiale praksiser læring skjer og derfor er det viktig å delta i dette samspillet. Det er seks sentrale aspekt ved sosiokulturelle læringsteorier. Læringen er; situert i spesifikke fysiske og sosiale kontekster, grunnleggende sosial, distribuert mellom personer, mediert og at læringen foregår gjennom deltakelse i praksisfellesskap. Det understrekes også at språket og kommunikasjonen har en sentral rolle i læreprosesser (ibid.). Læring er en prosess hvor kunnskap gjennom mental aktivitet konstrueres i hvert enkelt individ. Kulturen individet lever i, setter rammene (Vygotsky 1978). Å lære noe, å forstå noe, er å konstruere en mental modell innenfor en kontekst. Denne konstruktive, kulturbetingede mentale prosessen må derfor være sentral i undervisningen. Konstruksjon av modellen bygger på allerede internalisert, eksisterende kunnskap. Alle har kunnskap å bygge på i en læringsprosess.

Vygotsky (1896 – 1934) har i denne sammenheng vært en av de viktigste opphavsmennene til utformingen av dette perspektivet (Wittek 2004). Dette fordi han var opptatt av at mennesket skulle studeres i en historisk *samfunnsformasjon*, noe som innebar at læring og utvikling må forstås i sammenheng med det sosiale og kulturelle fellesskapet sammen med andre.

Vygotsky er kjent for å ha vært opptatt av språkets og tankens betydning i denne lærekonteksten. Spesielt er Vygotskys begrep om *den nærmeste utviklingssonen* egnet til å kaste lys over læreprosesser og læring generelt. Den nærmeste utviklingssonen handler om forholdet mellom hva jeg kan på egen hånd og det jeg mestrer sammen med andre. Det er det jeg kan klare ved hjelp av andre merkompetente personer å utføre og mestre, som går over ens eget individuelle kompetansenivå. Slikt sett blir den nærmeste utviklingssonen også et avgjørende moment for individuell kunnskaps- og kompetanseutvikling fordi det blir satt fokus på samhandlingen i et fellesskap (Pettersen og Løkke 2007).

### 3.2 Læring på arbeidsplassen

Jeg vil ta utgangspunkt i en definisjon av læring som er hentet fra Ellstrøm (1996). Ellstrøm definerer læring slik:

*”Læring er relativt stabile forandringer i individets kompetence som et resultat av individets samspill med omgivelsene”*

(Ellstrøm 1996, i Wahlgren et al., 2002)

Læring i arbeidslivet finner sted i en dynamisk relasjon mellom medarbeidernes læringsforløp, arbeidsplassens fellesskaper og virksomheten som teknisk- organisatorisk system (Illeris 2004). På bakgrunn av denne oppdelingen har Jørgensen og Warring (2002, her referert i Illeris 2004) stilt opp en trekant hvor hver av de tre nevnte elementene inngår som en av kantene. De tre elementene blir da: *Det teknisk- organisatoriske læringsmiljøet, medarbeidernes læringsforløp og det sosiale læringsmiljøet.*

I det teknisk – organisatoriske læringsmiljøet er det primært markedsmessige og teknologiske forhold som bestemmer betingelsene for læring. I medarbeidernes læringsforløp er det erfaringene fra medarbeidernes tidligere livsforløp, som grunnleggende holdninger til arbeidet gjennom sosialisering etc, som gir rammene for læring. I det sosiale læringsmiljøet tar man utgangspunkt i at læring finner ikke bare sted i den enkeltes hode, men skjer i tilknytning til de sosiale grupper og prosesser på arbeidsplassen. Dette punktet inneholder tre dimensjoner.

Det første underpunktet er *arbeidsfellesskaper*. Arbeidsfellesskaper dannes omkring utførelse av felles arbeidsoppgaver, og gjennom dette så utvikles det personlige og følelsesmessige bånd mellom arbeiderne. Det er viktig å påpeke, at arbeidsfellesskaper ikke er det samme som den formelle organisasjon, fordi dannelsen av arbeidsfellesskaper og læring i disse avhenger av i hvilken grad medarbeiderne opplever en felles mening med arbeidet. Det er via nærhet og identifikasjon det utvikles personlige relasjoner som gir grunnlag til å engasjere seg og involvere seg i læreprosesser (Illeris 2004).

Det andre underpunktet under dette hovedpunktet er *politiske fellesskaper*. Det politiske fellesskapet er etablert omkring kampen om kontroll, makt, status og kontroll på arbeidsplassen (Ibid.). Læringen i de politiske fellesskapene er om å lære fellesskapets normer og språk og i ambulansen er dette viktig da uformell læring skjer gjennom å delta i praksisfellesskapet, og gjennom dette, lære seg de uformelle normer som eksisterer i ambulansen. I det politiske fellesskapet inngår også læringen av solidaritet og kollektiv handling. Det påpekes også at det er viktig å forstå seg selv som og sitt arbeid som betydningsfullt og statusgivende i et større sosialt perspektiv. I lys av dette vil erfarne ambulanspersonell kunne reflektere over utviklinga de siste tiårene som har skjedd i ambulansen. De fleste vil se at det politiske fellesskapet har bidratt til å endre ambulansejobben, fra å være en bijobb til å bli en fulltidsjobb, fra å være en transportør til å bli en helsearbeider.

Det siste punktet er *kulturelle fellesskaper*, og dannes på grunnlag av felles verdier, normer og forestillinger som binder sammen grupper på arbeidsplassen (Ibid.). Det pekes på at det er det kulturelle som er forutsetningen for en innbyrdes forståelse innenfor en medarbeidergruppe. Denne forståelsen dannes på grunnlag av felles språk, verdier, normer og oppfatninger av omverdenen og en felles identitet. Det innebærer at for en nykommer innen ambulansen så vil dette medføre at vedkommende må avkode arbeidsplassens kulturelle mønster for å kunne tre inn i den herskende kultur i virksomheten og dens forskjellige subkulturer. Dette er viktig for å lære tradisjoner, og for å vokse fra perifer deltaker til fullverdig medlem, fra novise til ekspert, samt for å ta del i den praksiskulturen som den uformelle læringskulturen er en del av.

### 3.3 Situert læring

Gjennom studier av mennesker i deres arbeidsdag kom Lave og Wenger (1991) til å bringe inn et annet perspektiv på læring enn når utgangspunktet er institusjonaliserte læringssituasjoner. De studerte eksempler som de hentet fra ulike deler fra verden og som involverte ufaglærte og ukompetente mennesker med forskjellige livsløp. Likheten var at de lærte temmelige komplekse kunnskaper og ferdigheter gjennom å delta i et fellesskap. Fra å være et legitimt, men perifert medlem av et praksisfellesskap, ble de etter hvert som de ble mer kompetente, fullverdige medlemmer av det spesialiserte livet innenfor deres valgte felt (Phillis og Soltis 2000). Lave og Wenger (1991) hevder å ha belegg for å konstatere at læringsforskning har ignorert at læring er et grunnleggende sosialt fenomen, og at læring skjer overalt og alltid, og dermed er et grunnleggende sosialt fenomen. De peker på at læring primært skjer gjennom å delta i praksisfellesskaper (Lave og Wenger 1991). Denne deltakelsen er først perifer, men etter som den lærende tar til seg kunnskap så blir deltakelsen mer og mer kompleks. Det er viktig for Lave og Wenger (1991) å flytte læringsfokuset fra individet til fellesskapet. Dette for å sette søkelyset på fellesskapet, og dermed kan de spørre om hvilke typer sosial aktivitet og deltakelse som gir den rette konteksten for at læring skal skje (Dysthe 2001).

I den situerte læringa på arbeidsplassen påpekes det at læring finner sted i møtet mellom arbeidsplassens læringsmiljøer og medarbeidernes læringsforløp. Videre at læringsmiljøene utgjør kun rammen for læring. Det er i samspillet mellom den enkelte medarbeider og læringsmiljøet at læringen oppstår (Illeris 2004). Illeris (2004) understreker at han har arbeidsplassen som utgangspunkt for sin analyse, og at det er viktig å analysere medarbeidernes bakgrunn, erfaringer og fremtidsperspektiver for å forstå dynamikken i møtet mellom læringsmiljø og læringsforløp.

Til forskjell fra annen læring så er læring på arbeidsplassen nettopp karakterisert gjennom sin situering (Illeris 2004). Denne læringen er alltid preget av den sammenheng den finner sted i. Det er derimot ikke til å legge skjul på at læreprosesser skjer på to områder samtidig, hevder Illeris (2004). Før det første foregår de i en samspillsituasjon fordi læringen er situert i en bestemt sammenheng, og for det andre så foregår læringen i det enkelte individ. Dette synspunktet finner jeg svært interessant fordi jeg kjenner igjen beskrivelsen som Illeris (2004) her kommer med. Det samme gjør mine informanter som også understreker at det å jobbe to sammen med en praktisk utfordring gjør at man lærer. Læring er slik sett både er en sosial og



individuell prosess (Illeris 2004). I arbeidslivet, poengterer Illeris (2004), har det vært en økende tendens til å fokusere på den sosiale delen av læringen, og i denne sammenhengen peker han blant annet på begrepet situert læring. Det er et teoretisk hovedpunkt i forbindelse med læring i arbeidslivet at man samtidig med de praktiske, organisatoriske, sosiale og kulturelle sidene av arbeidsmiljøet og arbeidets tilretteleggelse også må se på medarbeidernes subjektive opplevelse i forhold til arbeidet, individuelt og kollektivt (ibid.). Det er avgjørende at læring i arbeidslivet ikke aktualiserer dårlige skoleerfaringer eller situasjoner som medarbeiderne ikke ser eller aksepterer meningen med, og at dette gjelder spesielt de med lav utdanning (Illeris 2004). Det som mine informanter peker på som betydningsfullt for deres læring, er at situasjonene er ekte og praktisk, og at læringen skjer situert og i en kontekst.

Læring skjer gjennom deltakelse i sosial praksis, og at læring blir da definert som personens forandrende deltakelse i en forandrende sosial praksis (Lave og Wenger 1991). Det blir videre hevdet at dette er en dynamisk prosess som forutsetter et samspill med et praksisfelt. Læring er en integrert del av en fruktbar sosial praksis i den verden man lever i. Læring kan forstås som ledd i subjektets skiftende deltakelse i bevegelse gjennom mange forskjellige kontekster i sin daglige tilværelse (Nielsen og Kvale 1999). Illeris (1999) hevder at Lave og Wengers bok om situert læring ikke inneholder noen læringsteori, men fokuserer på læringens sosiale betingelser.

### **3.4 Læringsfremmende tiltak på arbeidsplassen**

Det finnes ulike metoder for gjennomføring av læringsfremmede tiltak på arbeidsplassen. Illeris (2004) trekker i denne sammenheng fram fire punkter som han mener har betydning, og som jeg ser er viktige momenter for læringen i ambulansetjenesten. Før det første trekker Illeris (2004) fram tradisjonelle typer av tiltak som *sidemannsopplæring*, *instruksjon* og *undervisning* som kan skjer i direkte tilknytning til arbeidet. For det andre peker han på forskjellige former for *sparrings- og støtteordninger* for enkelte medarbeidere eller bestemte grupper av medarbeidere. Disse kan organiseres i form av partner- veiledning og mentorordninger, utvelgelse av super- brukere og lignende. Det tredje punktet som Illeris (2004) trekker fram er mer *utviklingsrettede tiltak* som etablering av selvstyrende grupper, interne prosjekter eller aksjonslæring. Det siste læringsfremmede tiltaket er at det kan etableres *samspillsordninger* mellom arbeidsplassen og utdanningsarrangører. Illeris (2004) poengterer at det er naturligvis et betydelig overlapp mellom disse fire hovedtypene av tiltak og mellom

de forskjellige konkrete fremgangsmåter innenfor hver enkelt av typene, og at det er i høy grad mulig å kombinere de forskjellige mulighetene (Illeris 2004). I ambulansetjenestene som jeg har besøkt vil mine informanter kjenne igjen de to første av disse fire punktene, mens de to siste punktene er mer ukjente tiltak på deres arbeidsplasser, men som jeg vil peke på er interessante tiltak i ambulansetjenesten.

Det er flere som har tatt opp spørsmålet om man lærer å bli gode håndverkere av økt boklige kunnskaper i stedet for å utvikle skolens verkstedsundervisning, hvor elevenes praktiske ferdigheter kan utvikles (Blant annet Tanggaard og Elmholdt i Nielsen og Kvale 2003). De gjennomførte et forsøk og forløpet til forsøket var en bekjennelse av at det i det danske skolesystemet som har til hensikt å utdanne fagarbeidere har gått i retning av en økt vekt på teoretiske og boklige ferdigheter. Fokuset på praktiske ferdigheter er blitt tonet ned. Dette har også det norske videregående skolesystemet mottatt kritikk for (se:

<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostafjells/telemark/1.6889388>). I dette danske prosjektet ble en malermester ansatt i tre dager for å utføre en marmoreringsoppgave på en søyle på skoleområdet. Elevene ble delt inn i ulike grupper og fikk en marmoreringsoppgave.

Malermesteren skulle fungere som en mesterlærer og gi tilbakemeldinger til elevene samtidig som de kunne se på mesteren når han jobbet. Tanggaard og Elmholdt (her referert i Nielsen og Kvale 2003) tar utgangspunkt i to malerklasser på slutten av sin videregående skoleløp, hvor de bruker elementer av mesterlæren inn i skolen og inn i verkstedet hvor elevene jobber til daglig med faglæreren som støtte i en ordinær skolesituasjon.

De konkluderer med fem punkter hvor to er interessante i denne sammenheng. Det første punktet som jeg synes er interessant er at *visuelle læreprosesser* formidlet gjennom observasjon og imitasjon er vesentlige i læreprosessen. Dette gjelder i all hovedsak også i den læreprosessen som ambulanspersonell beskriver som viktig. Det å ”*se og lære*” er det flere av mine informanter som trekker fram som viktig i møte med yrket.

Det andre punktet som de trekker fram er *sidemannsopplæringen*. Sidemannsopplæring – begrepet brukes av Tanggaard og Elmholdt i sitt prosjekt omkring malerelevens møte med en mester og organiseringen av elever som har lært seg en ferdighet som de andre ikke har og som de kan lære av hverandre. De hevder at dette er en sentral læringsressurs i mesterlæreorganiserte miljøer. Sidemannsopplæring er noe også Illeris (2004) beskriver og begrepet brukes av Illeris (2004) som en instruksjon fra en sideordnet, men en mer erfaren

kollega. I denne sidemannsopplæringen skjer opplæringen ustrukturert ut i fra de problemer som oppstår i møtet med problemer knyttet til det daglige arbeid. Det understrekes at denne måten for opplæring krever at deltakerne er aktive, og at det er et samspill omkring det som skal læres. Det er først når deltakerne først er aktive, og når det kommer i gang en utveksling og et samarbeid mellom dem, at fordelene med læringen som skjer på arbeidsplassen kommer til sin rett. Det understrekes spesielt at dette gjelder i særlig grad for de: ”*kortuddannede og mindre bogligt orienterede medarbejdere der ofte har dårlige erfaringer med skolebaseret læring og bl.a. derfor netop lægger vægt på læring i praksis*” (Illeris 2004:105). I denne sammenhengen er det slik at i ambulansen jobber det to personer, hvorav den mest erfarne er betegnet som ”*Fartøysjef*”, mens den andre er ”*Sidemann*”. Således er ordet *sidemann* allerede kjent for de som jobber i ambulansen. Denne formen for opplæring er kjent for mine informanter. Det å dra kunnskap ut av situasjoner der du har lært noe av en annen, som er mer kunnskapsrik enn deg selv, er noe som flere av mine informanter trekker fram som positive læringssituasjoner.

Det å lære i lag ofte er en utviklingsprosess hvor en stadig lærer å lære gjennom samspill og samhandling. For å lykkes med dette kreves det at deltakerne har et noenlunde bevisst forhold til sin egen måte å lære på, og er i stand til å formidle denne på en tilfredsstillende måte (Wadel 2008). Wadel (2008) poengterer at det å prøve å sette seg inn i en annens måte å lære på vil ofte være kjennetegnet av prøving og feiling, men at tre forhold kan lette prosessen. Det første momentet går ut på at deltakerne har et felles prosjekt, det andre er at prosjektet organiseres som et lite team, og det tredje momentet Wadel (2008) trekker frem er at deltakerne prøver å ”forlenge” utspillene til hverandre. I dette ligger det en kommunikasjonsform som går ut på å ta utgangspunkt i sin partners utspill og addere med sine egne erfaringer, for å få en bedre forståelse for læreprosessen.

Det er flere faktorer som vil fremme læringen på arbeidsplassen (Wahlgren et al. 2002). Det som må vektlegges og som ikke kan understrekes godt nok i denne sammenhengen er betydningen av refleksjon. Videre så er det viktig å se betydningen av læringsmuligheter med problemløsning og eksperimenter. Det neste som viktig er betydningen av personlige og ikke minst sosiale faktorer, herunder veiledning og støtte. Sist, men ikke minst viktig, er også betydningen av den uformelle og den formelle læringen (Wahlgren et al. 2002). Dette er momenter jeg er enige i. Jeg ser at disse momentene kan utnyttes i større grad i ambulansetjenesten for å lykkes enda bedre i læringen som skjer i ambulansen. For å lykkes

enda bedre peker Ellstrøm (1996) på ytterligere faktorer som er av betydning for å fremme kvalifisert læring på arbeidsplassen (Ellstrøm 1996, her referert i Wahlgren et al 2002). Disse seks faktorene kan benyttes i ambulansetjenesten og er:

- *Medansvar for målformulering og planlegging av arbeidsprosessen*
- *At arbeidsplassen har høyt læringspotensial*
- *Informasjon og teoretiske kunnskaper*
- *Muligheter for å utprøve handlingsalternativer*
- *Muligheter for erfaringsutveksling og refleksjon*
- *Arbeidsplasskultur og organisasjonskultur som fremmer læring*

*(Ellstrøm 1996 her referert i Wahlgren et al. 2002: 25)*

Mine informanter vil nok se at mange av disse faktorene er innenfor rekkevidde for å kunne gjennomføres, men det mangler en helhetlig plan for gjennomføring av disse faktorene som gjør at læringen kan settes inn i et enda skarpere fokus.

Billett (1999) lanserer en modell som han kaller for workplace curriculum (Billett 1999, her referert i Wahlgren et al. 2002) som tar utgangspunkt i de faktorene som har innflytelse på læringen på arbeidsplassen. Modellen bygger på fire temaer hvorav tre har betydning i denne sammenheng:

- *Det skal arbeides mot full deltakelse og medarbeiderne skal sikres "a learning pathway" (med henvisning til Lave og Wengers teori (Lave og Wenger 1991) om bevegelsen fra den perifere til den fulle deltakelse i arbeidsprosessen).*
- *Det skal være direkte støtte eller veiledning (guidance) fra eksperter, som skal tvinge den lærende ut i potensielle læresituasjoner.*
- *Det skal være indirekte støtte og veiledning fra andre arbeidere og av det fysiske miljøet.*

*(Ellstrøm 1996, her referert i Wahlgren et al. 2002:26).*

Modellen formuleres på bakgrunn som et samspill mellom målstyrende handlinger og veiledning som er karakterisert gjennom å bevege seg fra perifer til full deltakelse i arbeidsprosessen. Veiledningen baserer seg på å ha muligheter å få råd eller innhente disse, i stedet for å være foreskrivende i form av å gi regler for bruk. Billett (1999) understreker betydningen av veiledning i læringen på arbeidsplassen. Han understreker viktigheten med det

strukturerte og planlagte, slik at læringen blir styrt og støttet, og at læringsaktivitetene tenkes systematisk inn i forhold til arbeidsprosessene. Det synes å være et viktig moment i betingelsene for arbeidsplasslæringa er at arbeidsrelaterte erfaringer bearbeides. Dette kan godt utføres i *evalueringa* etter oppdrag i ambulansetjenesten, og kan løftes opp til et høyere nivå f. eks på morgenmøter, personalmøter etc for å bearbeide disse erfaringene på en grundigere måte enn det gjøres i dag. Refleksjon over praksis eller refleksjon over erfaringene inngår som en vesentlig del av denne bearbeidinga (Wahlgren et al. 2002). En vesentlig del av den læring som foregår i arbeidslivet er knyttet til handlinger og til de erfaringer som knytter seg til disse handlingene. Spørsmålet videre blir derfor når handling avstedkommer læring, og i hvilke situasjoner refleksjon inngår som et element i læreprosessen (ibid.). I ambulansetjenesten kan refleksjon inngå som en del av *evalueringa* av oppdraget.

### **3.5 Formell og uformell læring**

Begrepet uformell læring ble første gang introdusert i 1950 av Malcolm Knowles (Cofer 2000). Uformell læring anslås av Cofer (2000) til å utgjøre 70 % av all kompetanseutvikling på arbeidsplassen. Dermed er uformell læring av stor betydning for både arbeidstakeren og organisasjonen (Cofer 2000). Uformell læring bygger i all hovedsak på utfordringene og problemene man møter i de daglige rutinene, der læringen er knyttet til en bearbeidelse av situasjoner for å skape ny forståelse (Marsick og Watkins 1990). Videre mener de å ha belegg for å hevde at læringen er intensjonell, men ikke strukturert og skjer først og fremst i sosiale relasjoner, eks. i et kollegium eller under veiledning (ibid.). Uformell læring omfatter all læring som ikke er formalisert i for eksempel form av undervisning som fører til formell kompetanse, slik som for eksempel et vitemål. Den uformelle læringa kan være tilsiktet ved å spørre en kollega om råd, eller diskutere en sak med en kollega. I en mer omfattende form kan det være snakk om selvstyrt eller gruppestyrt læring hvor den eller de lærende uten noen formelle rammer på forskjellige måter orienterer seg om å lære noe de har bruk for eller er interessert i (Illeris, 1999). Darwin (2000, her referert i Wahlgren et al., 2002) påstår at veiledning er et vesentlig aspekt på arbeidsplasslæringen. Som en forlengelse av tankene til Darwin har Spikes (1995, her referert i Wahlgren et al., 2002) konkludert med at vedkommende som innehar rollen som veileder skal kunne samle den lærendes erfaringer i en kombinasjon av klasseroms-orientert læring og en praksis-basert læring. Dette kjenner ikke mine informanter seg igjen i, da de vil hevde at læring skjer best uten at klasserommet dras med inn i den praksis-baserte læringen, selv om klasserommet er godt å ha for å lære teori.

### 3.6 Fra perifer til legitim deltaker

Begrepet ”*legitim perifer deltakelse*” blir av Lave og Wenger (1991) brukt til å analysere relasjonene mellom veteraner og de nyankomne og omfatter aktiviteter, identiteter, artefakter og vitens- og praksisfellesskaper. Legitim perifer deltakelse omhandler prosessen som gjør at den nyankomne blir en del av praksisfellesskapet (Lave og Wenger 1991). En persons intensjoner om å lære inndras, og meningen defineres, i løpet av den prosess som gjør at den nyankomne blir en fullverdig deltaker i en sosiokulturell praksis. Denne sosiale prosessen hevder Lave og Wenger (1991) også omfatter innlæringen av kompetanse. Lave og Wenger (1991) understreker at begrepet legitim perifer deltakelse er et analytisk perspektiv på læring og igjennom dette en måte å forstå læring på (ibid). Illeris (1999) knytter begrepet om legitim perifer deltakelse til den praksislæring som har karakter av lærlinge-forhold eller mesterlære. Dette er noe jeg ikke kjenner meg igjen i, verken fra egne opplevelser eller fra feltarbeidet. Opplæringen og læringen av ambulansesyret som mine informanter beskriver, og som jeg selv har erfaring fra, skyldes at jeg hadde ambulanskurs som gjorde at jeg og mine informanter fikk en legitim deltakelse i ambulansfellesskapet. De fleste begynte i yrket som håndlangere med akuttmedisinsk interesse. Legitim perifer deltakelse beskriver deltakelse i sosial praksis hvor læring er en integrert bestanddel. Dette forutsetter at den nyankommende beveger seg i retning av full deltakelse i de sosiokulturelle praksiser i et fellesskap for å tilegne seg den kunnskap og ferdigheter som skal læres. Derfor er det interessant å se på denne sosiale praksisen. Jeg vil derfor i det videre avsnittet ta for meg læring i praksisfellesskaper.

### 3.7 Praksisfellesskapet

Begrepet *praksisfellesskaper* brukes til å beskrive subjektets deltakelse i et handlingssystem der deltakerne har en felles forståelse av hva de gjør og hva dette betyr for livet deres og for fellesskapet (Lave og Wenger 1991). Begrepet ligger som en plattform for begrepet om *legitim perifer deltakelse*, fordi den utgjør grunnsteinen for den sosiale interaksjonen mellom handlende mennesker. Et praksisfellesskap er en gruppe relasjoner mellom personer, virksomheter og verden, over tid og i relasjon til andre tangerede og overlappende praksisfellesskaper hevder Lave og Wenger (1991). Dette gjør at praksisfellesskapet er en indre betingelse for eksistensen av viten. Lave og Wenger (1991) mener å ha belegg for å påstå at deltakelse i den kulturelle praksis, som all viten eksisterer i, er et epistemologisk læringsprinsipp (ibid.). I ambulanseverdenen ville det vært utenkelig for mine informanter å ”*lese seg til faget*” uten å ha erfart faget gjennom deltakelse i praksisfellesskapet. Dette gjør at

for ambulanspersonell så er praksisfellesskapet denne grunnsteinen slik som Lave og Wenger (1991) hevder.

*Praksisfellesskapet* er det sentrale temaet i Wengers (2004) sosiale læringsteori. I noen fellesskap er individet kjernemedlem, mens i andre fellesskap er individet perifert. Det er tre viktige kjennetegn på dette praksisfellesskapet og det er:

- *Deltakerne i et praksisfellesskap har et **gjensidig engasjement** som knytter medlemmene sammen i en sosial enhet.*
- *Virksomheten i et praksisfellesskap må være knyttet til **felles virksomhet**.*
- *Medlemmene har et **felles repertoar** for praksiser, rutiner, redskaper, symboler, historier og måter å gjøre ting på med mer.*

(Wenger 2004:90)

Det vises til at hans teori om sosial læring springer ut av antropologiske studier foretatt sammen med professor Jean Lave. Formålet var å bidra til en generell teori om læring med utgangspunkt i mesterlære. For å betegne læring tok de utgangspunkt i begrepet legitim perifer deltakelse. I deres bok om situert læring utdyper de dette (Lave og Wenger 1991). De ønsket å sette fokus på å utvide de tradisjonelle betydningene av mesterlære fra fokus på relasjonen mellom mester og lærling til en relasjon mellom skiftende deltakelse og identitetsforandring i et praksisfellesskap. Sentralt for forståelsen av deres oppfatning og situert læring var begrepene identitet og praksisfellesskap. Disse begrepene kom ikke i tilstrekkelig fokus, påpeker Wenger (2004), men i hans teori om sosial læring har disse begrepene fått en sentral rolle, hvor de forstås som grunnleggende for hans teori (Wenger 2004, Dysthe 2001).

Med dette begrepet om praksisfellesskaper påpeker Wenger (2004) at det å leve som menneske er ensbetydende med å engasjere seg i virksomheter, og når vi definerer disse virksomhetene og sammen engasjerer oss i utøvelsen av disse så interagerer vi med hverandre og verden. Gjennom en slik gjensidig symbiose så lærer vi. Denne kollektive læringen resulterer med tiden til praksiser, som både avspeiler utøvelsen av virksomhetene og de sosiale relasjonene som er knyttet til disse. Disse praksisene, mener Wenger (2004), tilhører en form for fellesskap som er skap over tid gjennom utøvelse av en felles virksomhet. På bakgrunn av dette hevder Wenger (2004) at det er meningsfullt å betegne disse former for fellesskaper som praksisfellesskaper (Wenger 2004).

Hans teori fremstilles, presenteres og bygges omkring observasjon av praksis i et forsikringsselskap. Wenger (2004) har en tanke om at praksisfellesskap eksisterer overalt, og alle individer deltar i ulike praksisfellesskap på forskjellige arenaer som eksempelvis i arbeidslivet, i utdanningsinstitusjoner, i familien eller gjennom fritidsaktiviteter. Det blir hevdet at Wenger (her referert i Illeris 1999) med sin teori om sosial læring har utviklet en helhetsteori om læringens sosiale dimensjon. Gjennom dette blir det pekt på at Wenger uttrykker at læring også har andre dimensjoner enn den sosiale (Illeris 1999). Det er mange forskjellige læringsteorier, som fremhever forskjellige aspekter av læring, og de kan gjennom dette brukes til forskjellige formål (Wenger 2004).

Det er interessant at Wenger (2004) hevder han har antakelser om hva som har betydning for læring og hva som kjennetegner kunnskap og innsikt i lys av individene. På bakgrunn av disse antakelsene legger han til grunn fire premisser for sin læringsteori;

- *Alle individer er sosiale vesener, og dette er et sentralt aspekt ved læring.*
- *Kunnskap dreier seg om kompetanse på områder som individet tillegger verdi og som blir verdsatt av fellesskapene.*
- *Innsikt forutsetter deltakelse og et aktivt engasjement i utøvelsen av alt man gjør. Et aktivt engasjement i verden.*
- *All læring skal skape mening. Mening vil si evnen til å oppleve verden og vårt engasjement som meningsfullt.*

(Wenger, 2004:14)

Dette er fire premisser som mine informanter kan skrive under på. Det er viktig å få frem disse premissene fordi de understøtter situert læring i praksisfellesskaper gjennom å gi deltakerne mening i læringa og gi deltakerne anerkjennelse av det de driver med. Gjennom disse premissene belyser Wenger (2004) at det ikke holder "bare å komme på jobb" i den tro at det er da man lærer. Ambulansepersoneell må engasjere seg i læringa, den må ha mening for de som er involvert i læreprosessen, det som skjer må være mening med, og det må skje i en sosial setting.

Lave og Wenger (1999) legger vekt på å behandle konseptet som et fellesskap av praktiserende hvor læring foregår, og hvor fellesskapet utvikler et sett av relasjoner mellom individer, aktiviteter og verden for øvrig. De påpeker at for det første utvikler fellesskapet en felles kunnskap samt en felles praksis. For det andre deler fellesskapet de samme holdningene



og verdiene. Til slutt har deltagerne en form for felles verdisyn som innebærer at fellesskapet deler en opplevelse av felles identitet. Wenger (2004) setter teorien om sosial læring inn i en intellektuell kontekst, og understreker at han ikke har som mål å erstatte andre læringsteorier fordi den sosiale læringsteorien har sitt eget fokus og problemområder (Wenger 2004).

### **3.8 Deltakerbaner**

Lave og Wenger (1991) bruker begrepet *deltakerbaner* om en persons skiftende deltakelse i flere handlekontekster, som personen setter sammen til sitt særskilte forløp. Begrepet brukes både om en persons praksis i en bestemt periode og om den sammensatte praksisen i en persons livsforløp. Deltakerbaner skapes og gjøres mulige i igangværende deltakelsesrelasjoner i praksis mener Lave og Wenger (1991), som samtidig påpeker at deltakerbaner innebærer bevegelse over rom, sted og praksisfellesskaper (Lave og Wenger 1991). Dreier (i Nilsen og Kvale 1999) hevder, på bakgrunn av Lave og Wenger (1991), at det er et fellesstrekk for deltakerbaner at de lærende ved å følge deltakerbanen beveger seg fra en legitim perifer deltakelse til en full deltakelse. Dette føyer seg inn i ambulanseverdenen ved at det allerede i NOU 76:2 ble et krav om 3 uker med praktisk tjeneste i sykehusavdelinger (*Min understrekning*). Med dette la NOU 76:2 føringer for skiftende deltakelse i flere handlingskontekster. Dette er også noe *forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* også viderefører med krav om *3 ukers praksistjeneste ved mottakelsesavdeling / intensivavdeling*.

### **3.9 Innvendinger mot teorien til Lave og Wenger**

Det situerte perspektivet er stilt spørsmål ved. I all hovedsak er det tre momenter som det stilles spørsmål rundt. Den ene momentet retter seg mot at det mangler et skille mellom læring og sosialisering, da læring foregår i all sosial praksis. Det andre momentet kritikerne retter mot teorien av det situerte perspektivet er at situert læring operer med et ikke-formelt læringsbegrep. Det siste momentet retter kritikk mot neglisjering av subjektet ved et manglende fokus på det individuelle.

### **3.10 Fra novise til ekspert**

I et forsøk å forstå ambulansepersonellets læringsutvikling vil jeg ta for meg en del teori omkring læring og utvikling av kompetanse i et praksisfellesskap. Dreyfus og Dreyfus (i Nielsen og Kvale 1999) beskriver fem stadier i ferdighetstilegnelse i en modell som jeg vil nå

redegjøre for. Stadiene er kalt for *novise*, *viderekommende begyner*, *kompetanse*, *dyktighet* og *ekspert*.

I det første stadiet, *novise*, er nybegynneren normalt sett avhengig av at læreren løser opp oppgavesituasjonen i kontekstfrie trekk, slik at nybegynneren kan gjenkjenne situasjonen uten å ha tidligere erfaringer på oppgaveområdet. På lik linje som en computer følger et program får også begyneren noen regler til bestemmelse av handlinger på grunnlag av disse trekkene. I ambulanseverdenen kan vi tenke oss situasjonen da novisen får trening i å måle blodtrykk på en figurant. Læreren viser hvordan, trinn for trinn, hvordan blodtrykksmansjetten skal legges på, og hvordan blodtrykk måles.

I det andre stadiet, *viderekommen begyner*, har novisen fått erfaring i å mestre virkelige situasjoner og vedkommende begyner ved egen hånd eller med hjelp av læreren, å legge merke til klare eksempler på andre sider ved situasjonen. Den viderekommende begyner får etter hvert en forståelse for hvilke situasjoner som det er påkrevd å måle blodtrykk, og i hvilke situasjoner som dette ikke er nødvendig.

I det tredje stadiet, *kompetanse*, har ambulansepersonellet fått større erfaring og dermed blir antallet potensielt relevante elementer som vedkommende er i stand til å gjenkjenne blitt overveldende. Ambulansepersonellet som er kommet til denne fasen, vil nå ikke få en fornemmelse av hva som er viktig i en gitt situasjon, og dermed blir utøvelsen nerveslitende og utmattende (Nielsen og Kvale 1999), og eleven vil da reise spørsmålet om hvordan det er mulig å lære alt omkring blodtrykk. Det er derfor viktig for å mestre denne overbelastningen og for å oppnå kompetanse, hevder Dreyfus og Dreyfus, at elevene i denne situasjonen lærer via undervisning eller erfaring å tenke ut en plan eller velge et perspektiv, for å hjelpe til å velge ut de elementene i situasjonen som er viktige og hvilke som kan overses. Ved hjelp av denne teknikken blir det dermed lettere å ta en avgjørelse. Vi kan tenke oss situasjonen hvor en pasient har fått et illebefinnende og ambulansen ankommer stedet. Blodtrykk måles, og det vises et lavt måltall. Ambulansepersonellet hever beina for å øke blodtrykket. Den kompetente ambulansepersonell vil derfor søke nye regler og resonnementer som kan hjelpe vedkommende med å bestemme seg for en plan eller et perspektiv. Eleven får snart erfare at det er verre å få fatt på disse reglene enn de reglene som begynnere får i lærebøker og undervisning. Ambulansepersonellet får erfaring i at det finnes et enormt antall situasjoner som skiller seg fra hverandre på subtile, nyanserte måter. Eleven erfarer at det finnes flere

situasjoner enn man kan navngi eller definere presist, slik at ingen kan utarbeide en liste til eleven over hva man skal gjøre i den enkelte, mulige situasjonen (ibid.). Mål, planer og prosedyrer for prioritering hjelper altså utøveren til å begrense seg til et mindre sett av viktige faktorer, slik at den lærende ikke behøver å beskjeftige seg med den totale samlede viten om den aktuelle situasjonen. Kompetente utøvere må derfor følge planen uten at de kan være sikre på at den vil egne seg i den bestemte situasjonen.

I det fjerde stadiet, *dyktighet*, vil utøveren gjennom utallige eksempler og erfaringer i ulike situasjoner kjennetegnes av en rask og mer flytende beslutningsform framfor en mer trinndelt analyserende og problemløsende måte. Det typiske for den dyktige utøver er at vedkommende er dypt involvert i sine handlinger, og har utviklet et perspektiv på grunnlag av tidligere hendelser og erfaringer. På bakgrunn av sitt blikk for perspektiv får mål og bestemte trekk ved en situasjon mer oppmerksomhet enn andre som automatisk forsvinner i bakgrunnen. Likevel ser ikke den dyktige utøver hva vedkommende må gjøre for å nå disse målene. Dette er ikke til å unngå hevder Dreyfus og Dreyfus, fordi utøveren ennå ikke har hatt nok erfaring med de mange ulike og mulige reaksjonene på de forskjellige situasjonene som vedkommende nå kan skille mellom til at utøveren kan reagere automatisk på dem. Den kyndige utøver forstår og organiserer sine oppgaver intuitivt, men tenker stadig innimellom analytisk over hva som skal skje. Den dype intuitive involveringen i utøvelsen av ferdigheter veksler med analytisk beslutningstaking (Dreyfus og Dreyfus, i Nielsen og Kvale 1999). I ambulanseverdenen så kan vi tenke oss at blodtrykket til pasienten ikke stiger betraktelig på bakgrunn av tidligere tiltak, så da må ambulansespersonellet vurdere ytterligere tiltak for å øke blodtrykket.

I det siste stadiet, *ekspertise*, har den dyktige utøveren fått utvikle seg videre. Den dyktige utøveren ser hva som må gjøres, men må avgjøre hvordan de skal gå fram. Ekspertene vet ikke bare hva som skal gjøres men de vet automatisk grunnet et stort repertoar hvordan de skal gå fram. Hos en ekspert har kunnskapen og ferdighetene blitt en del av vedkommendes personlighet og kropp, og eksperten tenker ikke noe nevneverdig over det. Det som må gjøres, blir gjort. Ambulanseeksperten vet at det tiltaket som må iverksettes er en venekanyle settes for å gi væske intravenøst slik at blodtrykket heves, samtidig som tiltaket må observeres. Det må også undersøkes hvorfor pasienten har et lavt blodtrykk.

### 3.10.1 Innvendinger mot teorien til Dreyfus og Dreyfus

Fra flere hold er det rettet kritikk mot modellen til Dreyfus og Dreyfus. Spesielt har det blitt reist kritikk mot ekspertnivået til Dreyfus og Dreyfus. Det hevdes fra kritikerne at eksperten, slik Dreyfus og Dreyfus beskriver det aldri tenker bevisst eller reflekterer over reglene før handlingen settes ut i livet. Hiim og Hippe (2001) er en av disse kritikerne og de peker på at det i Dreyfus og Dreyfus' kompetansemodell forutsetter en gradvis utvikling fra å anvende regler i forhold til kontekstfrie trekk til holistisk intuisjon relatert til å tolke likheter mellom kontekstpregede erfaringer, mens det i profesjonell yrkeskunnskap ikke bare består i å anvende teoretiske regler. Hiim og Hippe (2001) mener å ha belegg for å hevde at det som kjennetegner ekspertkunnskap er intuisjon og umiddelbar problemløsning basert på helhetlig praktisk erfaring (Hiim og Hippe 2001).

### 3.11 Kompetanse og kunnskapsformer

For å få en dypere forståelse for den kompetanseutviklingen som skjer i ambulansen så mener jeg det er interessant å knytte utviklingen av kunnskap, både den teoretiske og praktiske opp mot kompetansebegrepet og de lærende elementene som ligger til dette begrepet. I den sammenhengen sikter jeg spesielt til erfaringslæringa. Dette fordi mange av mine informanter peker på erfaringa som en god læringsarena for å utvikle kompetanse. Til slutt i dette avsnittet har jeg valgt å ta med en kunnskapsform som kalles for *taus kunnskap*.

#### 3.11.1 Kompetansebegrepet

Von Krogh, Ichijo og Nonaka (2005) understreker betydningen av samtaler i utviklingen av kunnskap. De poengterer at samtaler en av de beste måtene for å dele og utvikle kunnskap på.

*”Betydningen av samtaler kan ikke understrekes sterkt nok”*

(Von Krogh, Ichijo og Nonaka 2005: 149)

Begrepet *kompetanse* brukes gjerne i flere ulike betydninger, men kompetanse kommer av latin *competentia*, og refererer til ”å kunne noe”, ”å være i stand til”, og brukes ofte om enkeltpersoners kunnskaper og ferdigheter (Orvik 2004).

Det opereres med svært mange ulike definisjoner på kompetanse. Linda Lai (2004) hevder at definisjonen på begrepet er: ”*Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og*

*holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål” (Lai 2004).*

Ut i fra hennes definisjon kan vi påstå at kompetanse slik sett er relativt begrep, hvor kompetansen til å fylle funksjoner og oppgaver må ses i sammenheng med hvilke krav som stilles til funksjonene og oppgavene som skal løses.

Kompetansebegrepet omfatter både formell kompetanse, det vil si dokumentert kompetanse i form av vitnemål, fagbrev eller karakterbevis fra offentlige utdanningsinstitusjoner, og realkompetanse som i denne sammenheng omhandler kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger som ikke er dokumentert gjennom utdanningssystem eller sertifisert på annen måte. Disse udokumenterte og ikke sertifiserte kunnskapene, ferdighetene, evner og holdningene definerer NOU 1997:25 som *uformell kompetanse*.

### **3.12 Felleskompetanse**

Når flere arbeider sammen, kan det utvikles noe vi vil kalle felleskompetanse.

Felleskompetansen er mer enn summen av de individuelle kompetansene fordi den blant annet vil være avhengig av hvordan de ulike individuelle kompetansene står til hverandre, hvordan de kombineres og av gjensidig læring (<http://www.regjeringen.no>). Kompetanse er først og fremst noe kollektivt, noe som fagfolk har sammen (Orvik 2004). Det er derfor slik at kompetanse er noe rasjonelt som binder fagpersoner, fagmiljø, avdelinger og organisasjon sammen.

Kompetanse og yrkeskunnskap utvikles gjennom, og må forstås som, individets møte med en organisasjon, en tradisjon eller en kultur. En viktig del av felleskompetansen i en virksomhet vil være evnen til å utnytte enkeltpersonenes kompetanse på en best mulig måte. Det påpekes at viktig å ta i betraktning at kompetanse kan være noe mer enn individuell kompetanse (Orvik 2004). Ifølge nettsiden til regjeringen opplagt at felleskompetanse er av stor betydning i arbeids- og samfunnsliv.

Fagkompetansen er forankret i et arbeidsfellesskap. Fagkompetanse er:

- *Er knyttet til en kontekst*
- *Er forankret i noe overindividuell*
- *Oppstår i relasjoner mellom fagpersoner*
- *Er et resultat av synergieffekter*
- *Innebærer å beherske en organisatorisk helhet*
- *Inkluderer å endre seg selv gjennom kritisk refleksjon*
- *Bli utviklet i møte med en organisasjon, en tradisjon eller en kultur*

(Orvik 2004: s 32)

Det er slik sett viktig å sette fokus på disse faktorene når fagkompetansen skal utvikles. Spesielt er det å legge merke til at fagkompetansen inkluderer å endre seg selv gjennom kritisk refleksjon, et poeng som jeg senere vil påpeke som et utviklingsmoment for å lære i ambulansen.

### **3.13 Taus kunnskap**

Taus kunnskap er en kunnskap som ikke kan formuleres i fullstendig i språklig form (Hiim og Hippe 2001). Kunnskapens tause dimensjoner kommer til syne i det vi gjør. Dette har sitt grunnlag i taus erfaring med fenomener i meningsskapende prosesser, som for eksempel en reel hjerstestans prehospitalt. I utøvelsen av hjerte – lunge redning på en pasient er det ikke tid til å snakke seg igjennom alle detaljer. Tiden er kritisk og det må handles. En venekanyle legges inn i blodåren til pasienten for å gi medisiner som skal hjelpe hjertet i gang igjen. Denne prosedyren kan beskrives, men for å få dette til kreves erfaring slik at det sitter i kroppen. Den samme situasjonen kan vi overføre til når vi lærte å sykle. Det vil ofte være vanskelig og skriftlig redegjøre for hva som skal til for å lære seg å sykle.

Taus kunnskap kan også beskrives som erfaringskompetanse, og den kan være vanskelig å videreføre til andre. Det er viktig å verbalisere yrkeskunnskapen for den enkeltes læreprosess og at det er vel så viktig med tanke på en mer kollektiv utvikling av yrket. Samtidig argumenterer Hiim og Hippe (2001) for det motsatte med tanke på at mye av den profesjonelle kunnskapen ikke blir satt ord på, fordi det ikke er mulig eller hensiktsmessig. For å tydeliggjøre dette trekker de fram det å sette en sprøyte på en pasient, hvor de påpeker at det mest hensiktsmessige er å la studenten forsøke under veiledning.

Kunnskap som ikke uttrykkes og ikke kan uttrykkes uttømmende, og slikt sett kan sammenlignes med Dreyfus og Dreyfus (Wackerhausen 1999, her referert i Nielsen og Kvale 1999). Det er flere, blant annet Wackerhausen (1999), som understreker at taus kunnskap ikke kan tilegnes kun på bakgrunn av tradisjonell undervisning. Det påpekes at det innenfor den skolastiske tradisjonen eksisterer det etter Wackerhausens (1999) mening, et snevert kunnskapsbegrep, da den fokuserer på at kunnskap finnes i lærebøker, artikler med mer, og at kunnskapsoverføringen må foregå enten muntlig eller skriftlig gjennom disse. Videre understrekes det at gjennom denne måten favoriserer den skolastiske tradisjonen visse tankeretninger og læringsformer som blant annet diskvalifiserer andre tradisjoner. Wackerhausen (1999) gir uttrykk for at han er svært kritisk til det skolastiske paradigmets syn på læring blant annet fordi det gir en for snever forståelse for hvordan læring skjer og kompetanse utvikles.

Mange av mine informanter uttrykker at de ikke lærte yrket gjennom ordinær tavle – undervisning, men gjennom å ta del i blant annet den tause kunnskapen i praksisfellesskapet.

### **3.14 Erfaringslæring**

Illeris (1999) påpeker erfaringsbegrepets helhetsmessige karakter i forhold til læringen, og understreker videre at begrepet omfatter alle sider av læringen, både de indre psykiske læreprosesser og de sosiale samspillsprosesser, de erkjennelsesmessige og det følelsesmessige, og alle læringsformer og samspillsformer. Han velger å bruke begrepet erfaringsdannelse om disse sidene med læringen. Erfaringer er det viktigste grunnlaget for læring (Tiller 1999). For å lære av erfaringer må disse erfaringene forvaltes. Det er viktig med distanse, samt at personene som dette gjelder må være villig og få mulighet til å tenke over det de har erfart (Tiller 1999). Når erfaringene blir reflektert over, vurdert og systematisert, er personene på god vei mot å lære av erfaringene som er gjort. Ved å gjøre verden begripelig kan man ta stilling til den og håndtere den (Tiller 1999). Dersom erfaringer skal gripes og begripes, kreves det både distanse og nærhet. Erfaringene må gjøres personlig slik at man kan bruke dem systematisk. Hverdagen er full av hendelser, inntrykk og problemer som krever rask handling, dette er også tilfelle for de ansatte i ambulansen. Det er viktig å få satt ord på det man gjør, slik at man også selv er bevisst på egne handlinger, arbeidsmåter og kunnskap. Wahlgren et al. (2002) hevder at måten man lærer av sine erfaringer på er gjennom refleksjon over erfaringene. Refleksjon hevder Wahlgren et al. er:

*”Mer eller mindre bevisste og mere eller mindre omfattende overvejelser over sammenhængen mellom vore handlinger og deres konsekvenser”*

(Ibid:17).

De påpeker også at det er en tett relasjon mellom læring og refleksjon, men understreker likevel at det eksisterer læreprosesser som ikke omfatter refleksjon, men hvor den inngår bidrar den etter deres syn til å kvalifisere læringen.

Billett (1999, her referert i Wahlgren et al. 2002) gjorde en undersøkelse hvor han så på effektiviteten knyttet ulike lærekilder som f. eks observasjon, mentorer, video, instruksjon etc. Konklusjonen er at jo mer kontekstbundet lærekilden er, desto mer læring er knyttet til den. I den forbindelse understrekes det at forestillingen om at man lærer mest med å ”være der”. Det er gjennom å se og lytte, som synes å være i overensstemmelse med de grunnleggende oppfatninger som ligger i teorien om situert læring. Det pekes i denne sammenheng også på at Billett (1999) har tatt utgangspunkt i Lave og Wengers (1991) teori om praksisfellesskaper og gjennom empiriske undersøkelser av arbeidsplasslæring konstatert at:

*”Autentiske handlinger, andre eksperter, andre arbeidere og involvering i arbeidsprosesserne er grundlaget for effektiv læring på arbeidsplassen”*

(Billett 1999, i Wahlgren et al., 2002:31)

Erfaringslæring er at man utvikler og endrer oppfatningene og ferdigheten først gjennom å teste ut det man tror på i praksis, og deretter reflektere over de resultatene som er skapt (Kolb 1984, her referert i Levin og Klev 2002). Kolb har utviklet en sirkel som han kaller *erfarings sirkelen*, hvor han argumenterer for at gjennom å ha brukt konkrete erfaringer, reflektert over disse, bygger man opp en forståelse av hva som skjer, og deretter bruker denne nye forståelsen som grunnlag for nye handlinger, erfaringer etc. (Levin og Klev 2002).

Å knytte erfaring opp mot læring gjør at man må bygge på *førstehåndserfaringer* (Pettersen og Løkke 2007). Denne førstehåndserfaringen skjer via handling og praksis, og Pettersen og Løkke (2007) fremstiller en modell som de mener gir mening i veiledningsperspektiv. Denne modellen kaller de for *læringstrappa*. Grunnlaget ligger i førstehåndserfaringer, altså noe man har opplevd. Det neste trinnet på denne trappa er å diskutere disse erfaringene med kollegaer



og andre fagfolk. På bakgrunn av dette systematiserer vi erfaringene og dermed kategorisere disse ved å sette begreper, ord og navn på dem. På trinn 4 i modellen kobles erfaringene fordi vi prøver å se forbindelser, sammenhenger og relasjoner mellom de erfaringskategoriene vi har etablert. Det er på dette nivået og det neste nivået i modellen at teorikunnskap kobles mot erfaringene. På det øverste trinnet i modellen handler det å knytte erfaringene til etablert kunnskap som er framkommet gjennom systematisk refleksjon fra den erfaringsbaserte praktiske kunnskapen og den teoretiske kunnskapen. På denne måten belyser erfaringene den generelle kunnskapen, samtidig som den teoretiske kunnskapen skaper nye kategorier og koblinger til våre erfaringer. Det understrekes at for å nå opp til de tre øverste trinnene i læringstrappa så vil det som regel være nødvendig å sette av tid og rom til systematisk refleksjon (Pettersen og Løkke 2007).

Momenter både fra erfarings sirkelen og læringstrappa brukes til dels som en metode innen ambulansetjenestene jeg har besøkt, men ofte i den mening å knytte mer kunnskap om skaden eller sykdommen som pasienten hadde, og hva man kunne gjort bedre eller annerledes, for å løse oppdraget smidigere.

### **3.15 Ulike former for læring**

Det er flere som har vært spesielt opptatt av utvikling og læring i organisasjoner (Argyris og Schon i Bastø og Dahl 1995, Von Krogh et al. 2005, med flere.). I den forbindelse har Argyris og Schon (her referert i Bastø og Dahl 1995) studert hvordan enkeltmennesker påvirkes under den situasjonen de arbeider under. Utgangspunktet er en antakelse om at mennesket har et iboende potesial som kan realiseres fullt ut, som igjen gir positive resultater både for enkeltpersonen, arbeidsgruppen og organisasjonen. Argyris og Schon mener de har belegg for å hevde at de fleste organisasjoner blir drevet på en måte som forhindrer at dette skjer. Dette kaller de for "Modell 1", og er det man kaller "*enkelt- sløyfet læring*" (Bastø og Dahl 1995).

#### **3.15.1 Enkelt- sløyfet læring**

Enkelt- sløyfet læring kjennetegnes ved at organisasjonen:

- *Utformer ensidige mål*
- *Maksimere mulighetene for å lykkes og minimalisere mulighetene for å mislykkes*
- *Kontrollerer mest mulig og gir lite ansvar*

- *Forhindrer at negative følelser skal uttrykkes offentlig og at egne ledere skal undertrykkes*
- *Legger vekt på det rasjonelle og objektive og undertrykke følsomme temaer*

(Bastøe og Dahl, 1995:53 og 54)

Denne kalles for ”enkelt- sløyfet” læring og innebærer at man korrigerer virksomheten i forhold til et gitt sett av handlingsnormer ved at organisasjonen setter seg mål og retter prestasjonene sine inn mot disse målene.

### **3.15.2 Dobbelt- sløyfet læring**

I motsetning til enkelt- sløyfet læring lanserer Argyris og Schon begrepet ”*dobbelt- sløyfet*” læring. Denne læringa avhenger om man er i stand til å se ”dobbelt” på situasjonen samt å sette spørsmålsteget ved de gitte handlingsnormene. For å få til dette lanserer Argyris og Schon en teori som de mener gir bedre rom for læring. Normene i denne modellen er:

- *Handling på bakgrunn av sannferdige opplysninger og åpenhet om hvordan man får tak i opplysningene*
- *Handling på bakgrunn av åpen og fri meningsutveksling med alle som det er relevant for*
- *Forpliktelse internt til å gjennomføre endringer når bedre alternativer foreligger*

(Bastøe og Dahl, 1995:54)

Dobbelt- sløyfet læring oppstår når man ikke bare endrer selve innholdet i opplegget eller tiltaket, men også rammen rundt det hele. For å få til dette hevder Argyris og Schon, at det er en evne til å stille seg åpen ovenfor endringer i miljøet. Åpenhet og ettertenksomhet må oppmuntres i hele organisasjonen, og for å lykkes med det kreves det erfaring (Bastøe og Dahl, 1995).

I ambulansetjenestene som jeg har besøkt er det både en del enkelt – sløyfet læring og en del dobbelt – sløyfet læring.

Den enkelt – sløyfet læringen vil vi kunne se i den hierarkiske oppbyggingen som ambulansen er en del av som en del av helsevesenet. Alt av ambulanspersonell ansatt i UNN er underlagt en medisinsk systemansvarlig, som er lege. Denne legen utarbeider sammen med ambulansesjef og undervisningsleder en tiltaksbok som er styrende for tiltak som iverksettes

ved ulike sykdommer og skader. Dette vil være med på å maksimere mulighetene til å lykkes ved å definere prosedyrer for behandling. Dersom denne tiltaksboka ikke revideres i samarbeid med ambulansepersonell så vil det fremdeles være mye enkelt – sløyfet læring ved denne måten å utarbeide denne tiltaksboka. Blir tiltaksboka revidert i en åpen prosess, basert på erfaring vil det kunne åpnes opp for dobbel – sløyfet læring. Derfor vil det være viktig å bruke tid på for å forbedre læringselementer i ambulansetjenesten. I denne sammenhengen vil jeg peke på erfaringens og refleksjonens betydning for å lære.

### **3.16 Å lære av erfaringer og refleksjonens betydning**

Det er ikke alle handlinger som medfører læring eller involverer refleksjon. Ellstrøm (1996, her referert i Wahlgren et al. 2002) skiller analytisk mellom fire samspillende handlingsnivåer. Disse fire nivåene kaller han for; *rutinebasert*, *regelbasert*, *kunnskapsbasert* og *reflektert handling*.

Det rutinebaserte nivået representerer automatiske handlinger uten bevisst kontroll, hevder Ellstrøm (1996), som også understreker at forut for den rutinemessige handlingen så ligger kunnskapsbaserte handlinger. Dette betyr at handlingen kan skje raskt og effektivt og uten store anstrengelser.

På regelnivået handles det ut fra mer eller mindre bevisste tommelfinger-regler, som ofte kan formuleres av vedkommende som utfører handlingen. Individet må identifisere og tolke forhold i omgivelsene, og på bakgrunn av dette avgjøre hva som skal gjøres.

Den kunnskapsbaserte handlingen styres bevisst analytisk tenkning ut fra individets mål, refleksjoner over tidligere erfaringer og tilgjengelig informasjon samt kunnskap om omgivelsene. Det er når det oppstår nye situasjoner eller nye problemer på kjente situasjoner, som ikke lar seg løse på kjente metoder, at handlinger på dette nivået kreves.

Den reflekterende handlingen reflekterer over oppgaven, grunnlaget for den, og løsningsmulighetene. På dette nivået stiller man grunnleggende spørsmål til oppgavens karakter og løsning og det tenkes i alternative løsninger. Ellstrøm (1996) understreker at forutsetningen for denne form for reflektert handling er tid og distanse til problemet og dermed muligheter for nettopp å foreta en analyse av forutsetningene og mulighetene for

handling (Ellstrøm 1996 i Wahlgren et al.2002). Det er videre interessant å legge merke til at det påpekes av Wahlgren et al. (2002) at læringsmulighetene er avhengige av omfanget og karakteren av de belastninger individet opplever i arbeidet. De nevner spesifikt ambulanseføreren, som skal handle i en akutt her-og-nå situasjon i en høy grad av handlingstvang, så begrenser dette læringsmulighetene. Ambulanseføreren skal ikke i dette tilfellet distansere seg fra problemet og overveie sine valg. Vedkommende skal handle effektivt, hurtig og på spesifikke betingelser. Det understrekes at tenkning og læring i tilknytning til handlingen er kun verdifull om dette understøtter handlingen, fordi den læringen som finner sted vil være tett knyttet til handlingen.

Dette kalles for *produksjonslogikk*, som er en av to handlings og læringslogikker. Den andre kalles for *utviklingslogikk*. I utviklingslogikken stiller man først og fremst spørsmål om hvorfor og hva fremfor hvordan. Det understrekes at disse to handlingslogikkene ofte eksisterer side om side og kan ikke adskilles, men at det er i forhold til den utviklingsorienterte læringa at refleksjonen har sin funksjon (Wahlgren et al. 2002).

I ambulansetjenesten vil refleksjonen kunne nyttiggjøres i læringa. Det er iøynefallende at refleksjon både er en del av utviklinga av fagkompetanse og som en del av læringa. Refleksjonen kan etter mitt syn gjennomføres etter at de nødvendige rutinebaserte, handlingsbaserte og regelbaserte tiltakene av ambulanseoppdraget er fullført. Refleksjonen bør inngå som en del av *evalueringa* fasen i et ambulanseoppdrag.

### **3.17 Positiv angst i grupper**

I ambulansetjenesten jobber man sammen som makkere, det vil si i lag to og to. I den forbindelse skjer det et samspill som er viktig å se nærmere på. Moxnes (2005) omtaler gruppeprosesser, og peker på at det i denne sammenheng er snakk om to former for grupper; sosiogruppen og psykogruppen. Kjennetegnene på sosiogruppen er:

- Gruppen etablerer tidlig et mål.
- Tanker som er relatert til målet blir oppmuntret.
- Medlemmene bare legger vekt på de sakene som blir fremlagt og den er opptatt å få frem en konklusjon.

I en sosigruppe vil man kunne ta for seg en handling til en bestemt oppgave som er utført. Gjennom å ha fokus på refleksjon som en egen del av evalueringa i ambulansetjenesten vil

ambulanspersonellet ha fokus på målet og sakene som er en del av veien for å få en konklusjon.

I motsetning til sosiogruppen står psykogruppen. Kjennetegnene på psykogruppen er:

- Gruppen står uten en klar målsetning.
- Gruppen er ustrukturert og at medlemmene lytter til utsagnene for å forstå hva som ligger bak.
- Gruppen bruker tid på å gjenspeile og klargjøre følelser mellom de enkelte, og at dette oppleves som nødvendig og nyttig.
- Grappa unngår å nå fram til en konklusjon samt forventer store individuelle forskjeller når det gjelder ideer, følelser og adferd og i tillegg aksepterer og foretrekker åpenhjertige utsagn som nyttige innspill i gruppeprosessen så er dette en gruppe med samspillsformer som kjennetegner psykogruppen (Moxnes 2005).

En psykogruppe blir sett på som en smeltedigel som gruppemedlemmene skal kunne omformes til bedre kjennere av seg selv og andre. Moxnes (2005) peker på at siden den har en slik effekt skyldes det at den inneholder en del læringsfremmende faktorer. Disse er:

- *Den ustrukturerte situasjonen gruppemedlemmene befinner seg i. Den uklare situasjonen skaper uro for å finne ut hva en skal gjøre, hvordan man bør oppføre seg, hvilken rolle man skal spille, hvilke normer som gjelder, etc.*
- *Identitetsstresset. Den enkelte gruppemedlem får angst for hva som kommer til å skje med han eller henne. Hva blir krevet av meg? Hva vil hende med meg? Kan jeg gi og ta feedback? Vil jeg bli likt?, etc.*
- *At gruppemedlemmene må investere seg selv i situasjonen. Medlemmene må delta aktivt, kanskje endog kjempe hardt for å få medlemskap i gruppen og for å kunne bidra til gruppens fremgang.*
- *Det skapes motivasjon for læring. Energi fra forsvarsprosessene tidlig i gruppen blir på et senere stadium i gruppeprosessen brukt positivt, dvs. Til å identifisere både ens egne problemer og gruppens problemer. Når tilliten mellom gruppemedlemmene øker, kan forsvaret senkes. Dermed frigjøres energi til bruk i selve læringsprosessen.*

(Moxnes 2005:28)

Moxnes (2005) mener at disse fire læringsfremmende faktorene som her nevnes; *ustruktur*, *stress*, *investering* og *motivasjon for læring*, har alle det til felles at de representerer en trussel mot medlemmenes trykghetsfølelse, og videre at angst fremmer læring. Dette er i ambulansetjenesten noe som mine informanter vil kjenne seg igjen i under en ambulanseutrykning. I en akuttsituasjon så vil det ofte være lite informasjon som gjør at det blir en ustruktur i forventningen om hva ambulanspersonell møter på skadestedet. Dette medfører et stressmoment. Akuttoppdrag medfører også et tidspress og en handlingstvang som gjør at gruppemedlemmene i ambulansen må bidra av seg selv for å fremme gruppens fremgang. Dette medfører en motivasjon for læring. De to fenomenene, læringsfremmende situasjonene og den angstvekkede situasjonen, peker Moxnes (2005) på, oppleves av gruppedeltakeren som motsetninger. Denne kan forenes i en gruppeatmosfære som oppleves som aksepterende. I denne sammenheng understreker Moxnes (2005) at tillit synes å være den forende tredje faktor (Moxnes 2005).

Dette er viktige momenter for å forstå de gruppeprosessene og den læringsprosess som skjer i ambulansetjenesten, samt å utvide den forståelsen som ambulanspersonell selv forklarer hvordan de har lært yrket. Det er også slik at utrykningene har mange fellestrekk til beskrivelsen av psykiogruppen.

Disse læringsfremmende faktorene vil bli senere belyst gjennom en historie som en av mine informanter fortalte under et intervju som ble gjennomført i feltarbeidet. Historien er gjengitt i kapittel 5, og heter *"Det er lovt å være lillebror"*.

### **3.18 Kommentarer**

I presentasjonen av teorien har majoriteten av teoriene vært på dansk eller oversatt til dansk. Det kan virke som om interessen for lærlinger og lærlingers læringsforløp er bedre teoretisk beskrevet enn hva tilfellet er i Norge. En del av teoriaspektet rundt disse spørsmålene dreier seg om lærlingen og lærlingens læreforløp. Slikt sett kan det reise spørsmål omkring teoriens gyldighet for grupper utenom lærlinger. I mitt utvalg er det ingen lærlinger, men ansatte som har ambulanskurset NOU 76:2 som kompetanseplattform.

Et annet begrep som tilhører Lave og Wenger (1991) er legitim perifer deltakelse. Dette utgangspunktet har ikke mine informanter erfart, slik en lærling som har erfart denne perifere

deltakelsen. Mine informanter har jobbet sammen med en mer erfaren ambulansepersonell enn seg selv, og lært yrket gjennom aktiv deltakelse i praksisfeltet. Lærlingen kan være ”femte” hjul på vogna. Ingen av mine informanter har hatt muligheten til å være det.

Videre vil leseren også se at gjennom mitt utvalg av informanter så er dette informanter som ligger nært opp til å kunne ta fagbrev eller som nylig har avlagt fagbrev. Dette gjør at utvalget ikke ligger på et novise – nivå, men nok heller ligger opp mot et høyere nivå i Dreyfus og Dreyfus sin modell.

## 4 Metode

Som forsker i eget felt er det utfordringer som må løses før en går i gang med prosjektet. Utfordringene ligger først i om oppgaven, ut fra problemstillingen, er en kvantitativ eller en kvalitativ oppgave. Derneft når metoden er valgt, så ligger valg av hvordan man samler inn data. Så kommer utfordringer knyttet til selve gjennomføringen av feltarbeidet. Til slutt kommer arbeidet med dataene.

For å løse disse utfordringene vil jeg først redegjøre for forskjellen mellom kvalitative og kvantitative metoder. Så vil jeg vise forskjellen på ulike kvalitative forskningsmetoder for å belyse hvorfor jeg har valgt de metodene jeg har valgt i denne masteroppgaven. Jeg har også valgt, i lys av mitt metodevalg, å sette søkelys på meg selv som forsker i eget felt, og den fortolkningen som skjer da. Det har også vært naturlig å ta med hva jeg har gjort og hvorfor, i valg av informanter samt gjennomføring av intervju og observasjoner i feltarbeidet. I forbindelse med feltarbeidet har jeg deltatt på 5 ulike ambulanseoppdrag og gjennomført 5 intervju i etterkant av ambulanseutrykningene.

### 4.1 De ulike forskningstradisjonene

Det finnes ulike forskningstradisjoner, og nedenfor vil jeg kort redegjøre for enkelte hovedtrekk ved disse.

Positivismen har gamle tradisjoner, spesielt filosofisk, men nådde sitt høydepunkt før 2. verdenskrig. Kjernen i positivismen er et vitenskapelig syn med naturvitenskapene og særlig fysikken som modell. Metoden i dette paradigmet er testing av teorier. Dette er i følge positivister det viktigste trekket ved metoden. Det innebærer at man kan til en viss grad kan bekrefte, eller avkrefte teorien, ved hjelp av falsifisering av hypoteser. Dette krever igjen kontroll over variablene (Hammersley og Atkinson 1998). Den kvalitative forskningen når dermed ikke opp til kriteriene til positivistene, og kritiseres for å mangle ”*vitenskaplig strenghet*” (ibid.:36). Kvantitative metoder er ikke egnet til å bruke for å finne ut hvordan uformell læring skjer i et praksisfellesskap. Jeg må gå til andre metoder som er mer egnet.

Motsatt til positivismen plasserer Hammersley og Atkinson (1998) naturalismen. Forskeren bør, i følge naturalismen, studere den sosiale verden upåvirket og så langt det er mulig i sin ”naturlige” tilstand. Målet er å beskrive hva som skjer innenfor en ramme, der forskeren tar nødvendige hensyn, der de berørte personene kan se sine egne og andres handlinger, samt



konteksten for det som skjer (ibid. 1998). Mitt prosjekt fordrer kompetanse og læringsmomenter. Her vil jeg hevde at naturalismen vil være utilstrekkelig. Settingen er i utgangspunktet ikke ”upåvirket”.

Interaksjonismen står også i motsetning til positivismen. Et sentralt moment i interaksjonismen, i motsetning til positivismens metodologiske argumenter, er tolkningen av stimuli. Via disse tolkningene, som revideres jevnlig, formes handlinger (ibid. 1998). I mitt prosjekt er det en spennende tanke å kunne tolke stimuliene, men grunnlaget er menneskene som kommer på jobb og den kompetansen som de bruker, og ikke nødvendigvis tolkningen av ulike stimuli.

Hermeneutikk blir knyttet til den greske guden Hermes. Han var gudenes budbringer, og den som uttrykte, forklarte og fortolket budskapet fra gudene til menneskene. Hermeneutikk har siden oldtiden hatt å gjøre med bindeleddet mellom Gud og mennesker eller mennesker i mellom (Lægreid og Skorgen 2006). Hermeneutikken utviklet seg også fra den reinteologiske hermeneutikken til en juridisk og litterær hermeneutikk (Måseidet 1988). Denne vitenskapsteorien er en filosofisk retning og omtalt som historiefagets vitenskapsmetode og er fortolkning og fortolkningslære. Hermeneutikk er også en filosofisk metode for tolkning av tekster. Begrepet hermeneutikk omfatter både tolkningspraksis og tolkningsteori (Aadland 2006).

Hermeneutikkens historie kan oppsummeres gjennom å se på utviklingen av den hermeneutiske sirkel. Den første hermeneutiske sirkel omfatter forholdet mellom subjekt og objekt, og er knyttet til bibeltekster. Den andre sirkelen betegner forholdet mellom subjekt, objekt og innlevelse i det psykologiske indre livet til tekstforfatteren, slik hermeneutikken utformes av Friederich Schleiermacher (1768-1834) og Wilhelm Dilthey (1833-1911). Den tredje hermeneutiske sirkel omhandler relasjonen mellom subjekt og objekt, hvor subjektet forstår objektet i en stadig pågående prosess. Dette er et grunnleggende prinsipp i den filosofiske hermeneutikk i det 20. århundre (ibid.).

Innen hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel eller den hermeneutiske spiral et sentralt begrep. En fortolkning skjer som en vekslevirkning mellom del og helhet. Dette innebærer at vi forstår delene i en sammenheng som helhet, men også helheten blir forståelig på bakgrunn av vår forståelse av de enkelte delene. Alle former for forståelse henger sammen med den

kontekst eller situasjon tolkningen tar utgangspunkt i. Konteksten vil variere, alt avhengig av den forforståelse eller sagt på en annen måte, hvilke briller den personen som skal gjøre fortolkningen har på seg. Som person tar man med seg egne erfaringer og kriterier inn i tolkningsprosessen. Forskeren skaper altså selv den konteksten som noe skal forstås innenfor. Dersom vi ønsker å lese bibelen som Fanden, vil dette prege vår forforståelse (ibid).

Det hermeneutiske skillet mellom del og helhet, tekst og kontekst omfatter også språket og bruken av språket. En meningsytring refererer ikke først og fremst til det saksforhold den omtaler, men til den konteksten den tilhører. Leseren eller tilhøreren må tilegne seg den samme kontekst som avsenderen for å oppnå den samme forståelse. Språket er også historisk bestemt. All språkbruk bærer sin tids preg. Diskusjonen rundt; hva forstår du at jeg sier, og; hva jeg sa, og; hvordan vi felles skaper rammer for forståelse rundt det vi snakket om, er essensielt den dag i dag. Dette har også betydning for mitt feltarbeid. Jeg kjenner begrepene, uttryksmåtene og humoren. For meg så vil ikke fokuset i feltarbeidet være på hjertepasienten som har brystmerter, fordi denne type pasienter har jeg vært borti så mange ganger før. Jeg har fokus på ambulanspersonellet og samhandlingen mellom de to.

Fortolkeren bringer med seg sine egne erfaringer og disposisjoner inn i forståelsen, og skaper selv den konteksten noe forstås innenfor. Disse individuelle erfaringene og tilbøyelighetene bestemmer også hvilke forventninger eller fordommer fortolkeren har til det som fortolkes (Alvesson og Sköldberg 1994). Gjennom et hermeneutisk blick på verden er det slik at jeg mottar inntrykk, følelser og erfarer hvordan verden former meg og hvordan jeg former verden. På samme måte farger og preger vi hverandre gjennom et samspill av mimikk, språk og fortolkninger. Det er denne kommunikasjonen og danningen av meg selv som er viktig.

I mitt arbeid med min masteroppgave vil jeg se at ulike teorier kan gi meg et dybdeperspektiv som er nyttig i en oppgave som blant annet tar for seg enkeltmennesker subjektive mening om egen kunnskapsutvikling i ambulansyrket. Dette bringer oss inn på forskjellen mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Hvordan innsamling av dataene har skjedd og hvordan metodene som deltakende observasjon og intervju er blitt brukt.

#### **4.2 Kjennetegn på kvantitative og kvalitative metoder**

De største forskjellene mellom de to metodene er at den kvalitative metoden søker å gå i dybden og vektlegger betydning, så vektlegger den kvantitative metoden utbredelse og antall.

Dette innebærer også at forskere som er bruker kvalitative metoder må utvikle en nærhet til sine informanter. Kvantitative forskere baserer seg på metoder som innebærer større avstand, og gjennom dette oppnår de i liten grad å få tak i informantens perspektiv. Det er også slik at det innenfor kvantitative metoder så betraktes egenskaper og forekomster i forhold til en større enhet. I kvalitative forskning så er det et grunnleggende prinsipp at forskningen baserer seg på en helhetsforståelse av virkeligheten, og dermed kan kvalitative studier basere seg på relativt små utvalg (Thagaard 1998). Det er også andre vesentlige forskjeller mellom kvalitative og kvantitative metoder. I kvantitativ forskning er det ofte et subjekt – objekt forhold mellom forsker og informant. Forskeren betraktes som en utenforstående og iaktaker av de fenomenene som det forskes på. Det er ofte slik at forskeren i kvantitativ forskning søker en objektiv posisjon som i minst mulig grad ønsker å påvirke feltet. I kvalitativ forskning er det et subjekt – subjekt forhold mellom informant og forsker. Dette gjør at forskningsprosessen blir gjensidig påvirket av hverandre (ibid.)

#### **4.3 Hvorfor kvalitativ metode?**

En av grunnene til å bedrive kvalitativt orientert forskning er at den oppmuntrer en til å starte hvor en selv står, og å bruke de erfaringer man sitter inne med i et forskningsrelatert prosjekt. Man bruker sin egen situasjon som ”inntak” til videre studie (Wadel 1991). Feltarbeid i egen kultur bidrar til en apriorisk forståelse av den hverdagen som det forskes på (Paulgaard i Fossåskardet 2005). Dette kan bidra til blindhet i forhold til å se og artikulere det underforståtte. Kulturfortrolighet kan føre til kulturblindhet, men Paulgaard argumenterer for at nærhet mellom forsker og informanter er en fordel for forståelse (ibid.). Wadel (1991) viser til at feltarbeid i egen kultur; ”gir muligheter til å mobilisere et større antall komplementære roller enn feltarbeid i fremmed kultur. Dette fordi det foreligger mange muligheter for flere felles erfaringer mellom personer i egen kulturkrets (ibid:69).” Han peker også på et annet forhold som er positivt i denne sammenheng, nemlig at feltarbeider og informant har store muligheter til å samtale om andre erfarte roller innen en konkret rolle (ibid). Forholdet mellom forforståelse, forståelse av det underforståtte og ny kunnskap er viktige momenter i denne sammenheng.

Det er derfor viktig å kunne være observerende og deltakende på samme tid. Deltagende observasjon deler Wadel (1991) opp i fire typer roller, deltakende i aktiviteter og i samtaler, og observerende i samtaler og aktiviteter. Dette bevisstgjør forskerens rolle i interaksjonen. Det vil til en hver tid være en balansert fordeling mellom disse rollene (Wadel 1991). En av

konsekvensene vil være at jeg vil lett komme til å overse nyanser og detaljer fordi dette er en konsekvens av å ”*be native*”. I mitt tilfelle vil det ofte være en runddans mellom disse rollene i en og samme setting.

I denne runddansen mellom roller kommer man ofte opp i tilfeller hvor det kan være vanskelig å skille mellom deltakende observasjon og intervju (Hammersley og Atkinson 1998). I mange tilfeller vil det strukturerte og planlagte intervjuet være vanskelig å gjennomføre i en akutt situasjon. Etter akuttsituasjonen er det rom for samtalen, og i denne samtalen vil rollene i settingen være utgangspunkt for momenter som er essensielle for forskeren. Hvorvidt denne samtalen er et ustrukturert intervju eller en feltsamtale kan være vanskelig å avgjøre. Wadel (1991) ønsker ikke å ta opp noen metodediskusjon om intervjuer, men bruker samtalen som metode. Samtalen er en grunnleggende, menneskelig interaksjonsform (Olsen 2002). Wadel (1991:47) kaller denne interaksjonen for *feltsamtalen*. I denne feltsamtalen fortalte han like mye som han spurte. Feltsamtalen kjennetegnes ved at; ”*vekslingen er mindre balansert, bygger på gjentakelser, vise interesse og uvitenhet, oppfordring til gjentakelse og at mangelen på eksplisitt hensikt blir erstattet med en mer eller mindre uttalt hensikt*” (ibid:71).

Dette krever på samme måte som et lagspill, komplementære ferdigheter hos deltakerne. Denne lagfølelsen kreves både for feltarbeiderne og informantene. Feltsamtalen bygger i like stor grad på informanten som på forskeren. Wadel (1991) betegner feltarbeid som deltakende observasjon som leder til et kommunikativt samarbeid. Dette er en kommunikativ teamutvikling mellom feltarbeideren og informanter. Videre påpeker Wadel at den ideelle kombinasjonen er å først delta i samhandlingen for så i neste omgang å samtale om det som foregikk i samhandlingen med informanten (ibid.)

#### **4.4 Hvilke kvalitative metoder?**

Innenfor kvalitative metoder finnes et utvalg av ulike vitenskapsteoretiske metoder som blir brukt for kvalitative metode. Thagaard (1998) deler disse inn i tre hovedtyper. Disse er; *symbolsk interaksjonisme, etnometodologi og fenomenologi, hermeneutikk og kritisk teori og postmodernisme og feministisk teori*. Grovt summert så kjennetegnes symbolsk interaksjonisme, etnometodologi og fenomenologi med et svært nært forhold mellom teori og data. Postmodernismen fokuserer på språket og legger dermed opp til å forske på avgrensede situasjoner. Kritisk teori søker et kritisk blikk for ting som tas for gitt i samfunnet.

Feministiske perspektiver søker en plass innenfor alle de nevnte teoriene. Hermeneutikken ser på en handlings betydning (ibid.).

Den grunnleggende tanken for hermeneutikken er at sosiale handlinger eller fenomener har som regel en mening. Dette er noe av det spesielle med å arbeide med mennesker kontra andre forskningsobjekter. Innenfor hermeneutikken vil fortolkningen være sentral, fordi den er med på å forklare deltakerens handlinger for forskeren (Kvale og Brinkmann 2009).

For å forstå noe som har mening, må vi alltid fortolke delene ut fra en viss forhåndsforståelse eller før-forståelse av helheten som delene hører hjemme i. Vår forståelse av delene vil igjen virke tilbake på vår forståelse av helheten. Delene forstås ut fra helheten, og helheten ut fra delene i en stadig vekselvirkning. En ytring refererer ikke først og fremst til det saksforhold den omtaler, men til den konteksten den tilhører. Leseren eller tilhøreren må tilegne seg den samme kontekst som avsenderen for å oppnå den samme forståelse av ytringen (Hammersley og Atkinson 1998).

Når det gjelder selve datainnsamlingen i den kvalitative metoden så har jeg brukt deltagende observasjon og intervju. I tillegg har jeg valgt å benytte meg av autoetnografi grunnet mitt ståsted som både ambulansarbeider og forsker med ambulanseuniform i ambulansen.

#### **4.4.1 Deltagende observasjon**

Å være med ambulanspersonell ut på oppdrag innebærer å være deltagende samtidig som jeg skal være observatør. Dette er en rolle som er til dels uvant men ikke helt. Jeg har erfaring fra utdanning av ambulanspersonell gjennom instruktør på et NOU 76:2 kurs i Norsk Folkehjelp, og gjennom dette skaffet meg erfaring som observatør av ambulanspersonell.

Nettopp å observere samspillet mellom ambulanspersonell var viktig for oppgavens perspektiv. I en ambulanseutrykning kan det være interessant å studere pasienten og skaden/sykdommen i stedet for å studere ambulanspersonellet. Dette var noe jeg var bevisst på. At jeg selv har erfaring fra ambulanseoppdrag gjorde det nok enklere å skille mellom disse fokusene.

Jeg hadde i begynnelsen av feltarbeidet ikke vurdert å bruke min egen uniform som en del av feltarbeidet fordi jeg kjente til problemstillingene omkring det å ha ulike roller og det og ikke

ha distanse til feltet. Samtidig så var det sterkt uttrykt av områdelederne at sammenblandingen opp mot legerollen var uheldig dersom jeg stilte i sivilt. Dette kunne skape større problemer fordi publikum kunne misforstå rollen min som forsker, fordi de ville tro at jeg var lege. Det betydde at jeg stilte i egen uniform, selv om kollegaer nok ville stusse over at det var inntil tre fagarbeidere på ambulansen. Jeg ønsket også å se om det lot seg gjøre å gjennomføre et feltarbeid ”med begge beina i salaten” fordi dette gjorde det ”å være sosiolog på seg selv” (Wadel 1991:59) ekstra utfordrende.

Wadel (1991) tilkjenner at det å drive feltarbeid i egen kultur gir vanligvis muligheter til å mobilisere et større antall komplementære roller enn feltarbeid utenfor egen kultur, og Wadel (1991) understreker også at feltarbeider og informant innen samme kulturkrets har store muligheter til å samtale om andre erfarne roller innen en konkret rolle. Dette samsvarer svært godt med de erfaringene jeg har gjort meg i arbeidet som jeg har utført i mitt feltarbeid.

Wadel (1991) poengterer at deltagende observasjon fordrer det ”å være sosiolog på seg selv”. Han peker på minst tre forhold som dette innebærer. Det er at man er klar over sitt eget rollerepertoar, at man er i stand til å utnytte seg selv som informant og at man er oppmerksom på ens egne kulturelle kategorier. I forbindelse med deltagende observasjon så understreker Wadel (1991) at det å gå inn i en lærlingrolle er ofte en rolle hvor en feltarbeider har best anledning til å bli sin egen informant. De oppdagelser en gjør i rollen som egen informant forekommer ofte i små episoder som gjør at man ser ting på en annerledes og ny måte (Wadel 1991). Dette har jeg selv også erfart i mitt eget feltarbeid. Som en del av feltarbeidet gjennomførte jeg intervju.

#### **4.4.2 Intervju og intervjuguide**

Forskningsintervjuet er en faglig samtale og at formålet er: ”å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv”(Kvale og Brinkmann, 2009:43).

Kvale og Brinkmann (2009) viser til Dreyfus og Dreyfus sin modell for ferdighetslæring når de beskriver hvordan det kvalitative forskningsintervjuet kan læres. De understreker likevel at når forskningsintervjuet skal betraktes som et håndverk, er den ideelle måten å lære dette på er igjennom å gjennomføre intervju i en forskningsmesterlære. Gjennom dette praksisfellesskapet vil novisene lære intervjuets håndverk ved å delta i en forskningspraksis

gjennom å iaktta og imitere fagets mestre. Kvale og Brinkmann (2009) avrunder argumentasjonsrekkefølgen med å påpeke at ikke alle noviseintervjuere har adgang til mesterlære i en forskningsgruppe der intervjuer inngår som en del av den daglige praksisen eller at mestrene har tid til å instruere novisene. I mitt mastergradsarbeid har jeg hatt god støtte av min veileder som har bidratt med gode råd og tips i forkant, underveis og spesielt i etterarbeidet av feltarbeidet.

I denne oppgaven har jeg valgt deltagende observasjon og halvstrukturerte intervju hvorav majoriteten av intervjuene har vært individuelle som feltmetode. Ett intervju har vært gjennomført som et gruppeintervju. Gruppeintervjuer kan være en god metode når problemstillingen handler om hvordan en kollektiv praksis utvikler seg (Repstad 1993).

Jeg hadde opprinnelig en intervjuguide på ei side bestående av 10 spørsmål. Etter det første intervjuet var gjennomført valgte jeg å føye til enda et spørsmål om hvordan intervjuobjektene mente de hadde lært seg yrket. Min intervjuguide besto etter hvert av 11 spørsmål med en temaliste med nøkkelspørsmål (se vedlegg). Patton (2002, her referert i Postholm 2005) tilrår å innlede intervjuet med ukontroversielle spørsmål. Jeg startet med å innlede med spørsmål om bakgrunnen til intervjuobjektet, før jeg gikk mer inn på oppdraget og til slutt kom jeg inn på kompetanse. Et siste spørsmål som jeg tok med uten å ha det med på listen over spørsmål, var alltid om det var noe annet/ mer som intervjuobjektet ønsket å komme med som jeg ikke hadde spurt om.

Hovedarbeidet med intervjuguiden ble gjennomført i forkant av feltarbeidet. De aktuelle informantene og områdelederne fikk lese igjennom intervjuguiden som en del av den informasjonen som ble gitt i forkant av feltarbeidet. I etterkant har alle intervjuobjektene fått anledning til å lese igjennom det ferdige intervjuet og komme med innspill og korrigeringer.

#### **4.4.3 Autoetnografi**

Tidlig i mitt feltarbeid ble det klart at jeg kom til å bruke mine egne erfaringer og min egen tilegnede kompetanse som ambulansearbeider. Jeg kom også til å bruke min egen ambulanseuniform i feltarbeidet etter direkte ønske fra områdelederne og som en del av innpassningen. I ambulansen er det kultur for å ha med hospitanter, og derfor valgte jeg denne rollen.

Det er flere som tar til ordet for en mer autoetnografisk uttrykksform i akademiske publikasjoner (Jakhellin, Leming og Tiller 2009). Autoetnografi mener Leming (2009), ligger nært etnografien, som etter Lemings (2009) mening kan betegnes som en beskrivende kvalitativ metode innenfor samfunnsvitenskapen. Innen etnografien er feltarbeidet et sentralt metodisk verktøy som brukes for å belyse sosiale fenomen. I autoetnografien reflekterer ikke bare forskeren over sitt eget ståsted og sin egen rolle. Forskeren også *selv er en del av forskningsfokuset* (Jakhellin et al. 2009:41). Det er forskerens egne erfaringer, fortellinger, opplevelser og observasjoner som er sentrale og anerkjente deler av det empiriske materialet (Jakhellin et al. 2009). Den autoetnografiske tilnærmingen er delvis en refleksjon over forskerens egen plassering i et gitt kulturelt og sosialt system. Dette kulturelle og sosiale systemet er for min del ambulansens system som jeg som forsker og ambulansarbeider har tatt plass i. Teksten skal sette forskerens erfaringer inn i en kulturell og sosial kontekst og gjennom dette bidra til en mer generell kunnskap om bestemte fenomen (ibid.). Dette er noe som gir mening i min oppgaveskrivning.

#### **4.5 Valg av informanter til deltagende observasjon og intervju**

Mine informanter er ansatt i UNN, og har tatt NOU 76:2 som vei inn i yrket. Alle informantene har under feltarbeidet ansettelsesforhold i ambulansetjenesten i Troms. Utvelgelsen har skjedd gjennom samtale med områdelederne i de aktuelle områdene hvor observasjonen og intervjuene er foretatt, og med de som er valgt gjennom denne utvelgelsen. De aktuelle personene som er observert i studien er forespurt og informert om prosjektet (Se vedlegg). Alle svar er blitt behandlet konfidensielt og de er også anonymisert. Det har hele tiden vært mulighet til å trekke seg fra prosjektet uansett tidspunkt. Ingen har valgt å trekke seg fra prosjektet. Prosjektet er også meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Det er også vært i gjennom Universitetet i Tromsø sine interne rutiner i forbindelse med feltforskning uten videre kommentarer (Se vedlegg).

I etterkant har det vist seg at majoriteten har rimelig lang erfaring fra ambulansetjenesten. De fleste av mine informanter ligger svært nært å kunne avlegge fagbrev eller at de faktisk nylig har gjennomført praktisk prøve i ambulansefaget og fått autorisasjon som ambulansarbeider.



#### **4.6 Tilgang til feltet**

Jeg har fått tilgang til feltet gjennom å søke seksjonsleder for ambulansetjenesten om å få lov til å drive forskning i feltet. Det har så vært søkt til områdeledere hvor de aktuelle stasjonene ligger om endelig godkjenning.

I følge Hammersley og Atkinson (1998) er tilgangen til feltet ofte det største problemet innenfor etnografien, og dette vedvarer i større og mindre grad gjennom hele prosessen. En forutsetning for å starte på prosessen og studere forholdet mellom forforståelse, forståelse av det underforståtte og ny kunnskap, er tilgangen til feltet. Måseide (her referert i Fossåskardet 2005) understøtter dette ved å si at det er tilfeldigheter som har gjort at tilgangsproblemet har løst seg, men ikke uten nevneverdige problemer. I min forskning har jeg så langt ikke møtt på store problemer slik som Hammersley og Atkinson (1998) og Måseide hevder, selv om prosjektet fikk en vanskelig start da søknaden om feltarbeid ble avslått av en områdeleder, men senere, etter samtale, fikk nødvendig tillatelse.

Jeg har valgt å besøke tre stasjoner i Troms. Dette er tre forskjellige plasser som er blitt valgt basert på kjennskap til at på disse plassene jobber det personell med NOU 76:2 grunnutdanning. Grunnen til at jeg ønsker å besøke disse tre ambulansestasjoner er at jeg ønsker å se på hvilken kompetanse ambulanspersonell har tilegnet seg gjennom den uformelle læringen på arbeidsplassen. Jeg ønsker å se på ansatte som deltar i et praksisfellesskap og hvilken tradisjon de har for uformell læring.

#### **4.7 Hvilke utfordringer?**

I diskusjonen omkring tilgang til feltet ble det av områdelederne påpekt at det lettet tilgangen om jeg kunne bruke egen ambulansuniform. Det ble argumentert med at publikum og pasienter ikke skulle misoppfatte meg som lege, da leger ikke har noe krav om uniformering, og er også med ut ambulansen i "sivilt" tøy. Det ble derfor avtalt at jeg gjennomførte prosjektet i ambulansuniform. Dette er heller ikke ukjent for ambulanspersonell da de ofte har med hospitanter eller lærlinger i ambulansuniform på oppdrag.

Å være med ambulanspersonell i deres jobb er heftet med enkelte utfordringer som må løses før at tilgangen kommer i orden. Det skal avklares om forskeren kan være med grunnet taushetsbelagte opplysninger som kan fremkomme under oppdrag. Helsepersonell loven setter

klare begrensinger på helsepersonell. I kapittel 5 under taushetsplikt og opplysningsrett står dette:

**§ 21. Hovedregel om taushetsplikt**

*Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.*

( <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-005.html#29> )

For min egen del så var dette uproblematisk da jeg har et ansettelsesforhold på UNN og har underskrevet taushetserklæring, og som autorisert ambulansesarbeider er jeg underlagt helsepersonell loven, og dermed også taushetsplikten.

Videre må det også avklares om en person er skikket til å være med på oppdrag hvor man kan stå ovenfor rimelige dramatiske hendelser som psykisk kan prege en person som ikke er vant til å se mennesker som er rammet av alvorlige sykdommer eller ulykker. De fleste av oss er ikke fortrolige med å havne i situasjoner hvor vi kommer i møte med hardt sårede eller skadde mennesker. Majoriteten av oss er heller ikke fortrolige med å møte mennesker som er akutt truet av sykdom eller mennesker som er rimelig nært døden eller står ovenfor døden. Det er derfor viktig å avklare med forskeren om dette er noe som vedkommende er forberedt på å møte. Jeg har også erfaring fra et spekter av situasjoner som gjør at jeg er godt forberedt på oppdrag som kunne komme i løpet av de vaktene jeg skulle gå sammen med mine informanter.

Det er slik at det må avklares ovenfor de impliserte parter hvorfor man som forsker ønsker å være med. De ansatte har ofte spørsmål hvor de lurer på om forskerens intensjoner med ”å være med”. I mitt tilfelle var det nødvendig med et møte med en områdeleder og de to første intervjuobjektene for å avklare disse grunnleggende spørsmålene for at deltakerne skulle bli fortrolige med mitt mastergradsprosjekt. Etter disse to samtalene var det avklart at jeg skulle få bli med de på jobb. Resten av den deltakende observasjonen gikk uten at det var behov for flere samtaler. Dette har med at det er et til dels lite miljø innenfor ambulansen i Troms, og når to personer har gitt klarsignal om at de tar imot besøk, så åpner flere dører seg automatisk uten at man trenger flere møter. I flere tilfeller ble jeg personlig oppsøkt av personer som var

på vakt i det aktuelle tidsrommet som jeg var med en informant, og ble da spurt om jeg ikke kunne følge vedkommende på vakt fordi vedkommende var interessert i prosjektet!

#### 4.7.1 Nærhet og distanse

For min del ville det kunne komme situasjoner i feltarbeidet hvor jeg ikke lenger kunne kle rollen som kun forsker og ikke som ambulansarbeider. I en rekke forskningsprosjekt som blant annet klasseromsforskning kan en forsker velge og ikke gi hjelp til en elev som forskeren ser trenger det, men som forskeren velger av hensynet til eget feltarbeid, og ikke gi denne eleven. I mitt feltarbeid kan jeg ikke det.

I helsepersonell loven står dette:

*§ 7. Øyeblikkelig hjelp*

*Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig*

( <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-005.html#29> )

Dette betyr at jeg som ambulansarbeider har en lovpålagt hjemmel til og straks gripe inn å gi den helsehjelp jeg evner når jeg mener at hjelpen er påtrengende nødvendig. Det har selvsagt betydning for min rolle som deltagende observatør i ambulansen og på de oppdragene som jeg er med på, fordi jeg plutselig må kunne yte øyeblikkelig hjelp.

I ett tilfelle fikk vaktlaget som jeg fulgte et akuttoppdrag. En ung mann med brystmerter. Det var slik at jeg ble da forespurt underveis til pasienten om å kunne overta trombolysbehandlingen dersom dette skulle være nødvendig grunnet at de to som var på jobb manglet den nødvendige praktiske erfaringen ved denne behandlingen. Trombolys er en medisinsk betegnelse for nedbrytning av blodpropper ved hjelp av medisiner. Ved mistanke om hjerteinfarkt er det blitt vanlig at ambulanspersonellet sendes raskt ut til pasienten og tar et elektrokardiogram (EKG). Elektrokardiogrammet registrerer og leser hjertets elektriske aktivitet. Det brukes til å diagnostisere blant annet hjerteinfarkt og arytmier (rytmeforstyrrelser i hjertet). Dette overføres elektronisk til en hjertespesialist (kardiolog) ved hjerteovervåkningen på en medisinsk sykehusavdeling. Spesialisten vurderer EKG'et og opplysningene ambulanspersonellet gir om pasienten, og bestemmer om det skal gis trombolytisk behandling. På denne måten kan behandlingen bli startet tidlig med best mulighet for at vevet som har mistet blodforsyningen ikke skal skades.

Når vi kom frem til pasienten og hadde gjort nødvendig undersøkelser viste det seg at det ikke var behov for trombolysebehandling. Det som skjer er allikevel interessant. Dette fordi ambulansespersonellet ser seg rundt etter aktuelle løsninger på et felt som for disse to ikke hadde gjort før; altså å gi trombolysemedikamenter til en hjertepasient. De søker en veileder i en kultur hvor det er normalisert å kunne støtte seg til en som er mer erfaren.

#### **4.8 Gjennomføringen av feltarbeidet**

I mitt feltarbeid har jeg besøkt tre stasjoner i Troms. Dette er stasjoner som jeg ikke har hatt noen arbeidsforhold til. Det har derfor vært spennende å besøke disse stasjonene for å være med som feltforsker på disse tre stasjonene. Jeg ble tatt imot på en meget hyggelig måte, både av områdeledere og øvrige ansatte.

I løpet av feltarbeidet har jeg ofte fått spørsmål og innspill fra andre på stasjonen, og i møte med andre kollegaer på sykehus eller på legekantor. Det har ofte vært slik at ved første øyekast har de (feilaktig) konkludert med at *”der er en som skal opp til fagprøve”* siden jeg er med som hospitant. Så har de ofte kommet bort og spurt siden de har oppdaget at jeg bærer stjerner på skuldrene, som betyr at jeg har fagbrev. Dette har vært møtt med interesse siden det ikke har vært skrevet mye omkring uformell læring og ambulanse.

Momentet forståelsen av det underforståtte angår bare det forskende individ. Utfordringen min er ikke tilgangen, og heller ikke involveringen, men heller distanseringen. Distanseringen krever at jeg som forsker må ha tid til å organisere materialet. Det er også viktig å kunne reflektere over situasjonene og til det så kreves det distanse i tid (Hammersley og Atkinson 1998).

##### **4.8.1 Forskerrollen**

Mitt mastergradsprosjekt går også ut på å være med ut på ambulanseoppdrag. Dette for å ta del i den kompetansen som ligger i å tilegne seg kompetanse i et praksisfellesskap. For å bli med ut på oppdrag kreves det at jeg er innstilt på å kunne yte av min egen kompetanse.

Det å være med ut på oppdrag er spesielt for meg fordi at det kreves at jeg er meget bevisst på min rolle i ambulansen. Det samme kjenner nok forskere som skal studere klasserommet som selv er utdannet lærere seg igjen i. Det og skulle stå og observere en potensiell livstruende situasjon og gjennom dette og ikke ha pasienten i fokus, men ambulansespersonellet i fokus er

en vridning som jeg måtte være svært bevisst på. Dette lot seg godt gjøre inni ambulansen ved at jeg satte meg slik til at jeg hadde øyekontakt med ambulanspersonellet og ikke pasienten. Ute hos pasienten var dette vanskeligere også fordi pasienten og pårørende ikke vil skjønne hvorfor ett ambulanspersonell, altså meg som forsker, ikke gjør noe, men står passivt og ser på. Dette ble raskt avklart gjennom å si til de pårørende og pasienten at jeg var hospitant; noe som er akseptabelt og som de fleste godtar som forklaring. Det er allment godkjent å være med å se på. Det er noe de fleste mennesker godtar.

#### **4.8.2 Ethiske utfordringer**

Kvale og Brinkmann (2009) sier at det oppstår etiske problemer igjennom hele forløpet i en intervju -undersøkelse. De nevner spesielt helsevitenskapene, hvor de hevder at det er obligatorisk å forelegge et intervjuprosjekt for et etikkutvalg før en undersøkelse kan gjennomføres. I mitt prosjekt ble prosjektet meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (SND) slik de krever, fordi data med personopplysninger skal oppbevares forsvarlig, slik at de ikke er tilgjengelige for uvedkommende. SND skal videre påse at prosedyrer for anonymisering følges. Dette prosjektet er meldt inn til personvernombudet, og deres kommentarer til prosjektet er fulgt opp og etterlevd. Veileder er også i dette arbeidet brukt flittig som konsulent for å sikre at arbeidets etiske problemstillinger ble gjennomført etter gjeldende prosedyrer. Prosjektet har også vært i gjennom en risikovurdering fra Universitetet i Tromsø uten kommentarer.

Det er i dette prosjektet brukt informert samtykke i form av at forskningsdeltakerne er blitt informert både muntlig og skriftlig om undersøkelsens overordnede formål og om hovedtrekkene i designen. I tillegg ble det også gjennomført møte med to av undersøkelsens informanter. Det er også tatt med oppklarende spørsmål i denne informasjonen som på et tidligere stadium i samtale med områdeleder ble diskutert. Dette var spørsmål om jeg skulle være med for å se om ambulanspersonellet ”gjorde noe galt”. Ambulanspersonell har ulike prosedyrer å forholde seg til, og hensikten med prosjektet var ikke å studere hvordan de fulgte disse prosedyrene. Derfor ble det spesifisert at jeg ikke skulle være med for å se om de gjorde noe galt i forhold til disse prosedyrene (se vedlegg).

I dette skrevet går det også fram undersøkelsens konfidensialitet. Det er informert om at alle dataene anonymiseres og selve intervjuet er sendt til intervjuobjektene, slik at de har hatt mulighet for å kunne gi innspill til det som er skrevet i intervjuet. Av de fem som jeg har

intervjuet har en person kommet med korrigerings på intervjuet, og dette gjaldt et oppfølgings spørsmål som ikke var kommet med.

Etiske prinsipper ikke kan ses på som regler som skal følges, men de skal være med som støtte ved de ulike valg som forskeren må ta i forskningsprosessen (Postholm 2005).

Kvale og Brinkmann (2009) er også opptatt av forskningsprosessen og viser i denne sammenheng til Aristoteles og hans begrep *phrónêsis*. *Phrónêsis* definerer Kvale og Brinkmann (2009) som ”*evnen til å vurdere og handle i overensstemmelse med bestemte situasjoner på en måte som bidrar til generelt god livsførsel*”. Kvalitative forskere bør kultivere sin evne til å bruke sin praktiske klokskap, og gjennom dette å være etisk kompetente, framfor å følge universelle regler mekanisk (Kvale og Brinkmann 2009).

#### **4.8.3 Innsamlingen av data under observasjon og intervju**

Jeg valgte å bruke en liten skrivebok som jeg noterte ned viktige momenter som dukket opp gjennom observasjonsfasen. Denne hadde jeg i brystlomma som jeg tok opp når noe interessant dukket opp. Også under utrykningene som skjedde i løpet feltarbeidet noterte jeg stikkord og kommentarer til det som skjedde.

Under intervjuene valgte jeg å notere utsagn og poenger som informantene kom med i stikkordsform. På det første intervjuet hadde jeg med en diktafon som jeg hadde planlagt å bruke. Dette skulle vise seg å være kontroversielt hos informanten. Det ble begrunnet med frykten for utsagn som kunne tolkes ut fra sin sammenheng. Samtidig ville informanten være engstelig for at uttalelser måtte være helt korrekt, siden det ble tatt opp, i stedet for en dagligdags uttrykksform som ofte medfører bisetninger, ufullstendige setninger etc. I de påfølgende intervjuene ble det ikke brukt diktafon.

#### **4.8.4 Hva med mitt blikk?**

Det er mange av de kommunikative samhandlingsforløp som en feltforsker deltar i vil være normale og dagligdage at vedkommende ikke noterer seg detaljene verken skriftlig eller på andre måter (Wadel 1991). Det er derfor det kan være vanskelig for en feltforsker å redegjøre ovenfor andre hvordan man foretok sin datainnsamling. Wadel (1991) advarer mot å overse nyanser og detaljer som feltforsker i egen kultur som kan være mulige data.

Repstad (1993) viser til flere andre metodebøker som mener det er problematisk for en forsker å velge felter der man kjenner aktørene eller der man har profesjonell ekspertise i forhold til den virksomheten som utføres på feltet. Feltforskeren vil derfor ha lett for å dele ut karakterer, i stedet for å gi presise beskrivelser av det som skjer, sett fra aktørenes side når forskeren har profesjonell ekspertise. Repstad (1993) argumenterer videre for at man mister den akademiske distansen og at man får personlige interesser i det som skjer i feltet når man kjenner deltagerne.

Rollene som jeg må innta før situasjonen, i situasjonen og etter situasjonen, gjør at jeg må opptre bevisst. Men er det like klart for de jeg studerer? Feltarbeid er alltid en form for å kunne se med ens egne øyne på andre, selv om brilleglassene er med, på godt og vondt. Jeg er styrt fordi loven styrer meg. Den stiller meg slik at jeg ikke kan ta et valg og ikke bidra når jeg er nødt. Det betyr at jeg har i enkelte situasjoner ikke noen valg. Det styrer meg til og ikke kunne innta en passiv rolle i alt og ett. For de andre to på ambulansen vil jeg bli sett på som om jeg var en fartøysjef, fordi jeg har erfaring og utdanning. Det at jeg har erfaring som hospitant, sidemann og fartøysjef gjør at jeg kjenner igjen ambulanspersonell sine ulike roller. Det betyr at jeg kan peke på at jeg ”bare er med”. Utfordringen var å få ambulanspersonellet til å se at jeg skulle være med som forsker. Det betydde mye for meg at jeg kunne gå inn i en hospitant - rolle, som er en kjent posisjon hos ambulanspersonell.

Betyr det at feltarbeidet er farget slik som Repstad (1993) antyder? Eller er det et positivt at forskning kan skjer i ”lukkede” fagfelt som ambulansen? Jeg mener at det er positivt at forskning også kan skje i slike felt. En av utfordringene til ambulansen kan være å finne gode metoder å tillate forskning for andre forskere, som ikke har den samme tilknytningen til feltet.

## 5 Empiri

For å finne ut hvordan ambulanspersonell utvikler kompetanse gjennom uformell læring har jeg deltatt på flere ambulansetrykninger. I tillegg har jeg gjort intervju med ambulansansatte. Jeg har først tatt for meg hovedfasene i en ambulansetrykning for å gi leseren et bilde på hvordan en arbeidsdag i ambulansen kan utspille seg. Deretter har jeg presentert forløpet i 4 ambulansetrykninger. Den første utrykningen er en ”akutt” utrykning som baserer seg på et av de intervjuene jeg gjorde. Grunnen til at jeg tar det med her, er at i en akutt situasjon forsterkes prosessene til de som deltar. Det tre andre utrykningene er av kategorien ”akutt”, ”haster” og ”vanlig”.

### 5.1 Hovedfasene i en ambulansetrykning

Ambulanspersonell jobber med akuttmedisin og er et forlenget ledd i spesialisthelsetjenesten i Norge. Yrket er et beredskapsyrke som består blant annet i å rykke ut ved akutt sykdom eller skade. Det er derfor viktige momenter i yrket å rykke ut til pasienter og transportere disse til videre behandling i behandlingskjeden som for eksempel til lege eller sykehus. Videre er det viktig å gjennomføre akuttmedisinsk behandling ved ankomst til den akutt syke eller skadde pasient. Det inngår også i denne første behandlingen å undersøke og identifisere svikt i vitale organfunksjoner hos pasienter for å behandle disse eller rapportere disse videre til rette instans. Dersom situasjonen er slik at det er flere skadde vil det være viktig å vurdere alvorlighetsgrad og prioritere disse. Det er derfor viktig at man er i fysisk og psykisk form fordi yrket krever at man må kunne ta ansvar og fatte raske beslutninger. Det er dessuten viktig at man må være flink til å kommunisere med kollegaer og pasienter. En del av arbeidet som ambulanspersonell er dessuten å kvalitetssjekke og utføre vedlikehold av utrykningskjøretøy og medisinsk utstyr.

Gjennom de oppdragene jeg har vært med på i ambulansen sammen med ambulanspersonell har det tegnet seg et bilde på hva er det som skjer fra personellet starter sin arbeidsdag, eller ”går på vakt” som de selv betegner det som, til de avslutter vakta. I dette tegner det seg også et læringsbilde hvor ambulanspersonell lærer yrket gjennom disse ulike fasene i arbeidsdagen. I det følgende vil jeg forsøke å belyse dette ved å redegjøre for hovedelementene i arbeidsdagen.

Arbeidsdagen til ambulanspersonell er selvfølgelig langt mer omfattende enn dette, men den kan gi et bilde over en standardisert arbeidsdag som inkluderer pasientoppdrag som de fleste



ambulanspersonell ansatt i Universitetssykehuset i Nord – Norge område nord kan kjenne seg igjen i.

Dette er hovedmomentene i arbeidsdagen til ambulanspersonell som jeg har fulgt i mitt feltarbeid:

*Vaktbytte.* Ofte er det ett vaktlag med to ambulanspersonell som avslutter sin arbeidsdag og påtroppende vaktlag bestående av to ambulanspersonell som går på jobb. Det er da satt av tid til en rapport fra avtroppende vaktlag til påtroppende vaktlag. Rapporten tar blant annet for seg oppdrag som har vært gjennomført i løpet av den tida som vaktlaget har vært på jobb. Det fokuseres gjerne på oppdrag som har vært utenom det vanlige eller som har hatt et spesielt preg over seg. Dette gjøres for å belyse læringsmomenter som det kan tenkes at andre kan dra nytte av. Det kan være utfordringer som måtte løses på en spesiell måte. I vaktbyttet er det ofte en mal som følges over hva som skal taes opp, og det er også en form for indre enighet på hva er ”*need to know*” og hva som er ”*nice to know*”. Taushetsplikten overholdes også mellom kollegaer på jobb, og det fokuseres på læringsinnholdet i de oppdragene som har vært. Ofte redegjøres det omkring aktuelle problemstillinger som det avtroppende vaktlaget stod ovenfor og hvordan løsningen ble.

Det kan også tenkes at det avtroppende vaktlaget er nettopp kommet tilbake fra oppdrag og ikke rukket å fullføre etterarbeidet etter oppdraget, da er dette et viktig poeng som det påtroppende vaktlaget får beskjed om. Under dette punktet nevnes spesielt feil og mangler på ambulansen. Dersom det avtroppende vaktlaget fremdeles er ute på oppdrag i vaktskiftet avklares dette med vaktlaget som skal på jobb og vaktbytte avtales nærmere. Videre kommer en status over ambulans bilen og eventuelle feil og mangler ved denne som bør eller må utbedres. Så avsluttes vaktbyttet ofte med ønske om god vakt fra det avtroppende til det påtroppende vaktlaget. Deretter overtar vaktlaget som skal på jobb nøkler, kommunikasjonsutstyr og annet utstyr fra det avtroppende vaktlag.

*Daglige gjøremål.* Vaktlaget som går på vakt har ofte en del daglige gjøremål som omfatter utsjekk av ambulansen. Dette går ut på å sjekke om utstyret som er om bord i bilen er i henhold til sjekklister som er utarbeidet. Dette innebærer både en teknisk sjekk på en del utstyr og praktisk sjekk. Også bilens tekniske stand sjekkes ut etter liste. En del vaktlag har også mer spesifikke oppgaver som f. eks ansvar for supplering av utstyrsdepot etc., men ofte

rulleres disse oppgavene slik at det på sikt gjør at disse oppgavene ut over daglige gjøremål blir rettferdige.

*Oppkall.* Ofte ”går alarmen” i løpet av vakta. Det betyr at det kommer et oppdrag fra Akutt Medisinsk Kommunikasjonssentral (AMK; 1-1-3 sentralen) via helseradionettet til vaktlagets bærbare samband. Vaktlaget svarer på oppkallet og får ofte mer informasjon på AMIS – et datasystem som er stasjonert i ambulansene som gjør at ambulanspersonellet får opp mer opplysninger om pasienten og posisjonen til pasienten. Det skilles mellom tre ulike typer oppkall som kan komme, og dette er satt ut ifra graden av trussel mot liv og helse. De tre ulike hastegradene er *akutt*, *haster* og *vanlig* (Richardsen 2005).

- *Akutt respons* iverksettes når pasienten er eller kan være i en livsfare fordi livsviktige funksjoner er truet. Akutt respons iverksettes også i de tilfeller når meldingen er uklar, for eksempel ved trafikkulykker eller ved tilstander der plutselig eller uventede situasjoner oppstår som man erfaringsmessig vet kan være livstruende, som ved plutselig bevisstløshet. Ved akuttmelding over helseradionettet varsles lokal lege og det avtales om legen ønsker å bli med ut på oppdraget. Et eksempel på en akutt respons er brystmertepasienten.
- *Haster respons* iverksettes når pasienten ikke er i umiddelbar livsfare, men står ovenfor en fare for forverring og potensielle varige men hvis ikke medisinsk behandling iverksettes. Et eksempel på haster respons er en pasient som mistenkes for å ha smitte og av den grunn må inn til lege.
- *Vanlig respons* iverksettes når tilstanden er stabil og ikke livstruende. Ofte er det snakk om pasienter som har behov for bære og ikke kan transporteres uten forflytningshjelp. Et eksempel på vanlig respons er en pasient som må ha transport med bære.

(Richardsen 2005).

*Utrykning.* Vaktlaget melder fra gjennom statusmelding på AMIS og på helseradionettet at de rykker ut på oppdraget. Under utrykning så drøftes problemstillingen til pasienten og mulige løsninger til denne. Det noteres også i en egen journal, ambulansjournalen, opplysninger som fremkom i meldingen fra AMK, og fra AMIS, samt tidspunkter for varsling. På denne journalen fremkommer også nummeret på utrykningen, da alle utrykninger har et eget

arkivnummer som lagres hos AMK. Personellnummeret til ambulansepersonellet framkommer også på denne journalen. Det kan også være aktuelt å ringe til AMK for å få mer informasjon eller utfyllende informasjon omkring utrykningen. Under utrykning så planlegges og fordeles også oppgaver. Ofte er dette en grovplan over hvem skal gjøre hva i situasjonen, og hvilke momenter som er viktige å huske på.

Under *akutt-respons* påbegynnes oppdraget umiddelbart etter varsling og ambulansen kjører utrykning og benytter seg av utrykningssignaler som blålys og ved behov også sirener. Ambulansen kan fravike noen av bestemmelsene i vegtrafikkloven, blant annet om hastighetsbegrensinger og kjørefelt, for å komme raskere til pasienten og raskere til neste kjede i behandlingsrekken. Dette kan være sykehus, lege eller helikopter.

Dersom sterkt forsinket trafikkavvikling kan også ambulansen benytte seg av utrykningssignaler ved *haster – respons*.

Ved *vanlig respons* overholdes trafikk reglene under kjøring.

All utrykningskjøring krever egen opplæring og sertifisering ut over grunnutdannelsen, samt at forskriften krever at man er minimum 20 år og har hatt sertifikat uavbrutt i minst 2 år for å kunne melde seg opp til opplæring (Forskrift om krav til opplæring, prøve og kompetanse for utrykningskjøring (utrykningsforskriften)). Videre så gjør man seg mentalt forberedt gjennom å snakke gjennom rutineene for denne type oppdrag. Richardsen (2005) understreker at det er bedre å overvurdere alvoret i en situasjon enn omvendt. Dette er noe som bidrar til å minske den psykiske belastningen, fordi det er en mye større belastning å komme fram til noe som er verre enn det man tror, enn å grue seg underveis. Dersom det er akutt tar ambulansepersonellet med seg akuttutstyret og sørger for å starte nødvendig undersøkelse og behandling. Dersom det haster mindre, parkeres ambulansen hensiktsmessig, og ambulansepersonellet tar ofte ei vurdering av nødvendig utstyr før dette tas med inn til pasienten.

*Hos pasient.* Fremme hos pasienten tas først en rask vurdering av pasienten og tilstanden ut i fra meldinga. Dersom det er akutt så prioriteres livbergende behandling. En initialvurdering av pasientens målbare data som bevissthetsnivå, puls, respirasjon, blodtrykk, temperatur og oksygenmetning gjennomføres også. Så kommer å undersøke, observere og identifisere momenter

som var nevnt i meldingen på sambandet fra AMK, og ikke så reint sjeldent, å stå ovenfor andre momenter som framkommer i kommunikasjonen med pasienten, pårørende eller andre helsearbeidere i situasjonen.

Ambulansepersonellet må deretter sette i gang nødvendige behandlingstiltak for den nødvendige akutte sykdommen eller skaden. Det er også nødvendig i denne fasen å måtte rapportere til andre instanser, som for eksempel AMK, samt å journalføre dataene og tiltak og effekten av disse, eller dersom pasientens tilstand skulle ha behov for ytterligere behandling eller andre ressurser eller at behandlingen krever medisinske delegeringer fra lege. I følge helsepersonell-loven har alle som yter helsehjelp plikt til å nedtegne eller registrere opplysninger i egen journal. Krav til innhold gjengis i § 40 i helsepersonelloven:

*”Journal skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.”*

Journalen skal merkes med pasientens navn og personnummer slik at det ikke er noen tvil om hvem journalen tilhører. Den skal dokumentere tilstedeværelse av symptomer, objektive funn ved undersøkelser, tiltak, behandling og effekten av disse. Det er også viktig å skrive tydelig, og å skrive under med eget navn og personellnummer på det man har gjort. Journalen skal oppbevares på en forsvarlig måte slik at ingen uvedkommende får innsikt i den. Samtidig holdes det kontakt med pasienten. Det spørres om smerter, og bedring eller forverring av disse. Samtidig klargjøres om pasienten har allergier i forbindelse med å gi medikamenter og om vedkommende bruker faste medisiner. Dette gjøres for å forhindre medisinkombinasjoner som kan virke uheldige på hverandre.

I denne fasen er det også viktig med kontinuerlig evaluering av de tiltakene som gjøres og om disse fører til endring (Knudsen 2001). I perioden etter nødvendig og akuttmedisinsk behandling er gjort og pasienten er stabil til transport er det naturlig å bruke mer tid på samtale med pårørende. Dersom tiden tilsier det vil denne kommunikasjonen komme underveis i behandlingen da det erfaringsmessig viser seg at informasjonsbehovet er like stort hos de pårørende som hos pasienten.

*Pasient transport.* Etter at pasienten er tilstrekkelig stabilisert og ambulanspersonellet har funnet riktig leie og forflyttet pasienten, så skal pasienten transporteres. Under denne transporten skal pasienten overvåkes og ved behov behandles videre. Underveis skal også vitale data fra pasienten dokumenteres i ambulansjournalen og rapporteres videre til riktig instans. Det rapporteres også om beregnet ankomsttid. Pasienten informeres underveis om hva som skjer og hva som forventes å skje videre. En siste status omkring pasienten tilstand umiddelbart før ankomst rapporteres dersom det er akutt, slik at ventende helsepersonell er oppdatert på de siste dataene omkring pasienten.

*Avlevering.* Ved avlevering så gis en muntlig rapport til de eller den som overtar pasientansvaret. I rapporten trekkes frem det viktigste av funn, observasjoner og behandling samt virkning av disse. Ambulansjournalen overleveres til ny pasientansvarlig slik at pasientdata kan sees på og tiltak som har vært gjort kan studeres. I slutten av denne fasen så ønsker ambulanspersonellet ofte pasienten god bedring før de forlater pasienten.

*Supplering.* Etter oppdrag så er det ofte behov for supplering av utstyr som er brukt og ambulanspersonellet ser over at dette er komplett og i orden før at ambulansen på ny kan være klar til nye oppdrag.

*Evaluering.* Det kan ofte være behov for evaluering etter oppdrag. Det kan være momenter som ikke gikk som planlagt som det vil være behov for å samsnakke omkring disse momentene. Det kan være elementer som trekkes frem som positive vel så mye som det negative. Skryt er ofte like mye brukt som ris. Det er viktig å kunne se tilbake og evaluere med tanke på læringsaspektet rundt det oppdraget som man løste. Det er bestandig ting som kunne vært gjort annerledes eller momenter som ikke gikk som planlagt som bør taes opp og drøftes. Dette kan også være godt for makkerne å snakke gjennom situasjonen for å se ting gjennom den andres øyne. Videre er det godt å få snakket ut om oppdraget dersom det ikke gikk helt som planlagt. Det kan være at det var avvik fra meldinga enn det som faktisk var tilfellet ute hos pasient som gjorde at det var mer alvorlig enn det som var meldt. Da må ofte ting skje i et raskere tempo enn først planlagt og dette krever ofte mer enn hvis ting skjedde etter planen.

*Debrief.* Dersom det er behov for det gjennomføres en egen debrief av egen etat uten tilskuere. Målet er gjennomgang av oppdraget og med fokus på hvordan man skal forbedre seg til lignende andre oppdrag.

Jeg har vært med på 5 utrykninger med påfølgende pasientoppdrag med to ambulanspersonell og foretatt 5 intervjuer, hvorav ett var et intervju med to personer til stede under intervjuet. Resten av intervjuene har vært i kategorien en-til-en intervjuer. Totalt har 6 personer blitt intervjuet. Intervjuene er gjennomført i all hovedsak mot slutten av vakta til de som jeg har intervjuet. Det har vært avsatt god tid til dette slik at det ikke skulle bli et stressmoment.

## **5.2 Feltarbeid – Utrykningene**

I arbeidet med feltarbeidet ønsker jeg å trekke frem de læresituasjonene som jeg mener har betydning for at ambulanspersonell lærer yrket i det uformelle læringsløpet.

I det neste avsnittet vil jeg presentere forløpet i 4 ambulansetrykninger. Den første utrykningen er en ”akutt” utrykning som baserer seg på et av intervjuene jeg gjorde. Grunnen til at jeg tar det med her, er at i en akutt situasjon forsterkes prosessene til de som deltar slik at de blir lettere å få øye på. De tre utrykningene som jeg deltok i kan beskrives i kategoriene ”akutt”, ”haster” og ”vanlig”

Jeg vektlegger de fasene av arbeidsdagen til ambulanspersonellet som jeg mener viser den uformelle læringa som skjer i ambulansen. Disse fasene er *utrykning, hos pasient, pasienttransport og evaluering*. Det finnes flere faser enn de jeg vektlegger, men dette er mitt utvalg. Det betyr at jeg mener at disse fasene jeg har valgt å trekke ut viser uformell læring i et praksisfellesskap.

## **5.3 ”Det er lovt å være lillebror”**

Jeg har tatt utgangspunkt i et utsagn fra et intervju jeg gjorde med en ambulansarbeider som startet å jobbe i ambulansen i et lite tettsted i Nord Troms. Gjennom hans fortelling om en utrykning som han var med på som ung og uerfaren ambulanspersonell så forteller han om en hendelse om hvordan han lærte yrket:

*”Jeg var på ambulansvakt, og plutselig hylte akutt alarmen. Vi fikk beskjed om at det var en kar som skulle mekke på bilen sin, så falt bilen ned på han. På denne tiden, slutten av 90-*

*tallet, tidlig 2000 tallet, så hadde vi hjemmevakt. Det betydde at jeg og min makker hadde vakt på hvert vårt sted, og ikke samlet på en stasjon, slik som det er i dag. Vi fikk meldinga og rykket ut hver for oss til et antatt skadested. Men makker fant ikke meg, og jeg fant heller ikke stedet hvor ulykken hadde skjedd. Etter hvert fant jeg fram til skadestedet, men da jeg endelig kom fram til stedet forlot makker pasienten for å ta ned ambulanshelikopteret, så da stod jeg der alene med en pasient som hadde fått en bil over seg. Jeg spant sikkert rundt pasienten tre-fire ganger, og i ettertid husker jeg ikke så mye av hva jeg gjorde. Pasienten hadde blitt dratt vekk fra bilen av makker, før han forlot pasienten. Mannen var tydelig skadet i brystet. Han var tungpustet og lå på bakken. Da de på ambulanshelikopteret kom til ulykkesstedet satte de pasienten opp slik han fikk puste bedre. I ettertid måtte jeg ringe redningsmannen på ambulanshelikopteret for å snakke igjennom oppdraget. Det er viktig å lære, men i ettertid så ser jeg at jeg ble kastet ut i det på en brå måte. Jeg lærte gjennom en brå læringskurve, men det er jo godtatt da. Det å ha en posisjon som en lillebror er godkjent av de som jobber i denne tjenesten. Alle har jo vært uerfaren, og det å evaluere oppdrag og ser på hva som gikk bra og hva som ikke gikk fullt så bra er gunstig for læringa. Det er jo ikke alt man kan trene på. Situasjonene er ulike, og man må bare gjøre det beste ut av situasjonen.”*

### **5.3.1 Refleksjoner omkring denne uttrykkningen**

I denne reelle situasjonen beskriver informanten ei ulykke hvor han er plassert som en perifer deltaker, eller som ”lillebror”, som er avhengig av praksisfellesskapet, i dette tilfellet ambulanshelikoptermannskapet, for å lære. I denne reelle situasjonen som han havner i, hevder han at det er nok ingen læring. Læringsaspektet kom etterpå i evalueringa, hvor han ser at han med enkle grep kunne grepet inn og bedret situasjonen til den forulykkede med å sette han opp for å få han til å puste bedre. Informanten husker at han spant rundt pasienten uten å få gjort noe spesielt fordi angsten hadde grepet han.

Informanten beskriver i denne situasjonen at han får utfordringer på et ekspert nivå, selv om han selv ligger på nybegynner nivå. Likevel gir han ikke opp. Han velger ikke å slutte i yrket. Han søker læring med utgangspunkt i den opplevde situasjonen, og det er en interessant observasjon.

Denne informanten; en ambulansarbeider som gir til dels morsomme ordlige illustrasjoner på hvordan han har lært yrket. Han jobber nå i en bytjeneste, men vedkommende mener at

gjennom å ha begynt sin karriere på distriktet, er dette måten han best har lært yrket. Det å bli kjent med yrket sammen med kollegaer og pasienter, som er klar over din posisjon som uerfaren er noe denne informanten betrakter som positivt. Som deltaker i et praksisfellesskap med ett godkjent utviklingsmål, påpeker informanten at det greit å ha begynt som ”lillebror”. Lillebror posisjonen er ikke som en lærling å betrakte, hvor man kan være i en form for ytterste ring av perifer deltakelse, og gjennom å være ytterst kunne trekke seg ut og bare stå å observere. Det som jeg også mener er viktig å påpeke er hans refleksjon over *evalueringa* som han mener har vært ”*gunstig for læringa*”. Jeg vil argumentere videre i oppgaven for at gjennom evalueringa skjer det en refleksjon som er avgjørende for at læring skal finne sted, men først vil jeg gjennom tre utrykninger vise ulike faser som jeg mener uformell læring skjer i. De fasene jeg vil konsentrere meg spesielt om er *utrykning*, *hos pasient*, *pasienttransport* og *evaluering*. Jeg vil peke på at det er mye potensiell uformell læring som skjer i de ulike fasene av en ambulansarbeidsdag.

Likevel må det understrekes at situasjonen som denne informanten beskriver mest sannsynlig ikke kunne skjedd i dag slik som den beskrives av informanten. Utviklingen som har skjedd i ambulansetjenesten i Troms har minimalisert hjemmevakt som vaktform, samt at utdanningskravene for å få innpass i yrket har økt. Likevel viser denne fortellingen et viktig poeng hvordan læring skjer i dette fellesskapet mellom ambulansemedarbeidere!

Det er en kvalitativ forskjell mellom denne utrykningen som er gjengitt ovenfor og de tre neste, fordi rammefaktorene som denne utrykningen skjedde i og de tre neste, er vesentlig endret. Noe av det viktigste i forhold til denne historien er at majoriteten av vakttiden er lokalisert til en ambulansestasjon hvor også ambulansen står. Disse tre neste utrykningene vil vise eksempler på hvordan jeg mener uformell læring skjer i ambulansetjenesten i Troms i dag. Det som kjennetegner disse ulike ambulansetrykningene er at forholdet mellom de to ambulansemedarbeiderne er viktig. Fartøysjefen er sentral og sidemannen er perifer i ulike grader, den ene er mer erfaren og den andre tilsvarende uerfaren. Disse utrykningene viser også et mønster som jeg vil komme tilbake til, men som jeg mener er viktig å merke seg, og det er at det foregår en refleksjon i evalueringsfasen. Dette fordi denne refleksjonen er med på å trekke den uformelle læringa inn på et nivå som jeg mener er meget gunstig. Fordi dette er med på å sette ord på de handlingene som ble utført og læringa av disse handlingene.



#### 5.4 Akutt- utrykningen: En pasient med brystmerter

I denne situasjonen vil jeg vise den akutte situasjonen som er en del av ambulanspersonells virkelighet. Den vil fokusere på *samhandlingen* mellom de to ambulansmedarbeiderne og hvordan de får ting til å skje raskt selv om det er knapphet på tid. Det å ha samspillskapasitet er et viktig aspekt hvor to personer skal jobbe tett sammen i akutte situasjoner.

##### *Utrykning.*

Alarmen går. Sambandet hyler til. *"Tikk Tikk..."* Det freser i 20 sekunder før en stemme høres fra høytaleren. *"Dette er en akuttmelding til lege og ambulans i Troms fylke. Det er melding om brystmerter. Oppgi posisjon og kvitter for mottatt melding."* Vaktlaget svarer på oppkallet og de vet at det er de som må ut fordi de er det vaktlaget som er på aktivtid, mens de andre vaktlagene er på passivtid eller har allerede vært ute på oppdrag. På vei ut til pasienten ringer vaktlaget AMK og får bekreftet at det er en ung mann med hjerte problemer. Vaktlaget kjører "blått"; blålysene kastes ut fra ambulansen, og mårratrøtte bilister får noe å fortelle om på jobben.

Inne i ambulansen diskuteres opplysningene som fremkommer, og oppgavene fordeles vaktlaget seg i mellom. De to snakker lavmælt med bestemt. Den ene trekker fram Tiltaksboka, ei bok som blant annet beskriver prosedyrer i ambulansetjenesten i Troms og blar opp til hun finner brystmerter. *"Det er slik prosedyren er..."* sier hun og gjennomgår den aktuelle prosedyren mens makkeren kommenterer noen punkt underveis. De blir også enige om hvem som tar med hva av utstyr fra ambulansen. Så ser jeg ett blick i speilet. Hun ene ser på meg og sier: *"Dersom det blir trombolysbehandling så er det du som er den som setter det. Vi har fått opplæring og kan det på papiret, men vi har ikke gjennomført det på en pasient før. Dersom det skjer, overtar du."*

##### *Hos pasient*

På vei fra ambulansen tar sidemannen med seg akuttsekken. Fartøysjefen tar med monitor og medikamenter. Inne i huset møter vaktlaget en ung mann. Han sitter i tv stolen på stua og har lagt hånda på brystet. Han puster raskt, og av og til rykker han til. *"Hjertet..."* sier han. Sidemannen hilser på pasienten mens hun kjenner etter puls på handledet. *"Regelmessig, tørr i huden"* sier hun til fartøysjefen som holder på å ta opp blodtrykksmansjetten. Sidemannen åpner akuttsekken for å gi oksygen til pasienten.

MONA er et kjent begrep innen ambulanser, og står for fire viktige ingredienser i behandlingen av hjertesmerter. M'en står for morfin som er smertestillende medikament, O'en står for oksygen som brukes for å øke oksygenkonsentrasjonen, N'en står for nitroglyserin som brukes til å øke volumet i blodårene og A'en står for acetylsalisylsyre som brukes for å redusere blodplatenes evne til å klumpe seg. Disse fire tiltakene har som hensikt å redusere risikoen for ytterligere nekrosdannelse i hjertet ved et eventuelt hjerteinfarkt.

Oksygenmasken settes over nese og munn på pasienten. *"Æ gir 15 liter oksygen"* sier sidemannen til fartøysjefen som nikker og noterer dette på ambulansjournalen. Så strekker fartøysjefen blodtrykksmansjetten, oksygensaturasjon og pulsmåleren til sidemannen som plasserer avmålingsapparatene på pasienten. Så leses verdiene av på instrumentet som ambulanspersonellet har med inn til pasienten og det noteres av fartøysjefen på ambulansjournalen. Den automatiske blodtrykksmåleren piper. De to ser på maskinen før de ser på hverandre. Blodtrykket er innenfor normalverdien og den ene av ambulanspersonellet sier: *"Blodtrykket er over 100"*. Noe som betyr at det systoliske blodtrykket er over 100 millimeter kvikksølv og dermed er en indikasjon på at nitroglyserin kan gis. *"Bare prøv å slapp av selv om det er mye som skjer på en gang"* sier sidemannen beroligende til pasienten.

Videre jobbes det med å få satt inn en veneflon i pasienten, og få tatt ett EKG. Dette for og monitorere han og hjertet hans, for tidligst mulig å avgjøre om han har et potensielt hjerteinfarkt. Veneflonen brukes til å gi medikamenter intravenøst. Fartøysjefen klargjør utstyret som brukes til dette, samtidig som sidemannen klargjør utstyret som brukes for å ta EKG.

Samtidig har de fått pasienten til å slappe av. Han ligger i sofaen og mottar behandling. Det er også pårørende tilstede i huset, og to av dem har også inntatt to stoler som står ved siden av sofaen. Ambulanspersonellet avventer resultatet av EKG'et, mens den siste pårørende holder på å pakke klær og annet personlige toalettsaker oppi en bag som pasienten kan ta med seg dersom det blir sykehusinnleggelse.

Fartøysjefen legger inn en veneflon i blodåra på handa og sidemannen klargjør for EKG'et. Maskinen spytter ut ei papirstrimle og så sendes resultatet via mobiltelefonen til ambulansen til AMK og til legekantoret. Sidemannen tar blikket til fartøysjefen, situasjonen virker ikke så akutt som tidligere. Etter en rask telefonsamtale til AMK, avgjøres det at pasienten blir med inn til legen for en sjekk. Pasienten bekrefter at smertene har gitt seg.

På bakgrunn av analysen av EKG'et, et blodtrykk, respirasjon og oksygenmetning innenfor normalverdier blir pasienten med til legevakta. Ambulansepersonellet henter båra og begynner å få pasienten over fra sofaen og til båra. Det løftes skånsomt, og så er pasienten på båra og på tur ut i ambulansen.

### *Pasienttransport*

Om bord i ambulansen kobles utstyret fra akuttsekken til ambulansen sitt faste anlegg og monitoreringsutstyret festes forsvarlig i egen hylle. Det taes på nytt målinger av vitale data og noterer disse på journalen. ”*Hvordan har du det nå*”? Spør sidemannen, og pasienten svarer at han har det ”ok”. ”*Du skal bare si ifra dersom du føler endringer*”. Sidemannen som sitter bak sammen med pasienten gir tommelen opp til fartøysjefen slik at inntransport til legevakt kan starte. Det går 5 minutter så er de inne på legevakta. Papirene ordnes og utstyret kobles fra pasienten, og de triller pasienten videre inn til legen. En sykepleier står klar til å motta pasienten i det de kommer inn på akuttrommet. Sykepleieren får rapport over funn og tiltaks som er gjort, samt de siste målinger som er tatt av pasienten. Originaldelen av journalen overleveres sykepleieren og kopien beholdes av ambulansepersonellet og arkiveres på stasjonen.

### *Evaluering*

På vei tilbake til stasjonen og på stasjonen summeres oppdraget. ”*Tror du han hadde hjerteinfarkt*”? Sidemannen stiller spørsmålet mens hun ser på makkeren. ”*Det er ikke utenkelig*” svarer fartøysjefen, og legger til som en parallell at det er flere fotballspillere som har fått hjertestans, og at det er slik at det ikke nødvendigvis en klar sammenheng mellom alder og hjerteproblemer, men at alder spiller inn sammen med livsstil, arv og miljø. Videre sier fartøysjefen at det ikke er bestandig at et hjerteinfarkt vises på EKG'et før skaden av selve infarkt har oppstått. For å avgjøre om det er et tidlig infarkt må blodprøve taes. Hun nevner et eksempel hun kjenner til for å illustrere og levendegjøre hva hun mener. Sidemannen nikker.

Fartøysjefen legger videre til at det er bra å se i tiltaksboka og se om det står noe omkring tidlig hjerteinfarkt der som kan svare på spørsmålet, noe det viser seg at det ikke gjør. Sidemannen velger, siden tiltaksboka allerede er tatt opp, å se på de momentene som skal gjennomføres i forhold til brystsmertor. Sidemannen leser høyt slik at fartøysjefen kan komme med kommentarer til tiltakene som listes opp. Det kommer opp noen detaljer som

diskuteres mellom de to, men konklusjonen er at tiltaksboka er ei grei ”smørbrød” pakke med tiltak, men at den er tilpasset standard pasienten, og ikke nødvendigvis pasienter som ligger utenfor standarden, slik som de mener pasienten i denne uttrykkningen var. Dette fordi at brystsmertene i dette tilfellet mest sannsynlig ikke skyldes et infarkt, men hadde nok andre årsaker.

Så evaluerer de oppdraget, og de kommer med kommentarer til at settingen med å ha en forsker med var uvant, men at de fikk gjort det de skulle. Det å jobbe som et team mot en brystmertepasient kreves at det ”går på skinner” og at det kreves samhandlingsevne. Makkerparet syntes at oppdraget gikk greit, og at samhandlingen mellom de to fungerte godt.

### **5.31 Refleksjoner omkring denne uttrykkningen**

Dette eksemplet er viktig fordi jeg ser hvordan de to makkerne samarbeider. Jeg ser at makkerparet planlegger hvordan de ønsker å løse oppdraget på tur ut til pasienten og de fordeler i grove trekk hvem som gjøre hva i behandlingen ut i fra de opplysningene som fremkommer i oppkallet. De gjennomgår også momentene i tiltaksboka som en påminnelse av viktige handlingsregler i behandlingen av brystmertepasienter. Ute hos pasient håndterer situasjonen som et makkerpar ved at de har en plan for samarbeidet, som de også utfører. De gjennomfører også en evaluering av oppdraget hvor de peker på positive og negative momenter som ble gjort ved løsninga av oppdraget. Det som jeg også synes er interessant i dette tilfellet er at den mest erfarne svarer på spørsmål fra den mindre erfarne. ”*Tror du han hadde hjerteinfarkt*” er et svært godt spørsmål fordi den innleder til en debatt omkring dette tilfellet og viser til hvordan uformell læring basert på et konkret tilfelle kan innlede til læring i refleksjonsfasen. Det betyr at de må sette seg sammen og diskutere tilfeller og sammen peke på faktorer som skulle tilsi om pasienten i dette tilfellet hadde infarkt eller ikke.

### **5.4 Haste- uttrykkningen: Smittepasienten**

Gjennom denne situasjonen ønsker jeg å belyse hvordan dette ambulanspersonellet lærer gjennom en nysgjerrig søken etter svar på sine spørsmål som hun stiller til pasienten og andre helsepersonell.

### *Utrykning*

En annen ambulanse kommer inn til stasjonen. Den har vært ute i nærmiljøet og hentet en pasient som de har levert til legekantoret. ”Skal pasienten videre får dokker tur” sier den ene av de to som kommer inn til stasjonen. Vaktlaget som har avlevert pasienten går straks over på passiv tid, og dermed er det vaktlaget som jeg følger som vil bli kalt ut dersom det blir oppdrag i den nærmeste tiden. Det som skjer videre er at det viser seg at pasienten er en smitte-pasient. Det betyr at vaktlaget som har avlevert pasienten har klargjort ambulansen i forhold til at det er en smitte-pasient. Det vil da si at ambulansen er innvendig kledd i plast, og forseglet slik at ikke smitte skal spre seg. De to vaktlagene blir da enige om at de bytter ambulanse fordi det er en god sjanse for at pasienten skal til sykehus, og dermed trenger ikke det vaktlaget som jeg følger å utføre smitte-regime på den ambulansen vi opprinnelig var satt opp på, da den andre ambulansen er kledd i plast, og slikt sett klar til å kjøre pasienten videre. Vaktlaget bytter om på personlig utstyr på de to ambulansene og sjekker at smitte-utstyret er supplert og klar til bruk. Smitte-utstyret består i munnbind, smittefrakk og engangshansker.

Oppkallet kommer fra AMK. Det viser seg at vaktlaget skal kjøre smitte-pasienten videre. Legen har hatt pasienten inne på konsultasjon og vurdert det dit hen at pasienten skal videre til sykehus. Vaktlaget legger fram smitte-utstyret og kjører til legekantoret. Underveis avtaler de hvordan de skal forholde seg til smittepasienten. Det repeteres i all hovedsak hovedmomentene i håndteringen av smittepasienter.

### *Hos pasient*

Det er den ene av de to som skal være pasientansvarlig. Det ene ambulansepersonellet som er fartøysjef, tok med seg beskyttelsesutstyret fra ambulansen og inn på legekantoret, men tok det ikke på seg. Hun planla å holde en armlengdes avstand til pasienten, men forklare hva hun hadde tenkt å ta på seg. Fartøysjefen forklarer dette med at for en pasient kan det være skremmende nok å se en helsearbeider i fullt smittevernsdrakt, fordi det kan se ut som man som pasient er mer syk enn tilfellet i virkeligheten er. Pasienten er alene når vaktlaget kommer inn til legekantoret og til pasienten. Ambulansepersonellet kommer inn til pasienten og spør han om hvordan han har det. Han ligger på undersøkelsesbenken med hevet overkropp. Han titter bort på vaktlaget og svarer med et glimt i øyet at han har hatt bedre dager. Fartøysjefen smiler til han og forklarer at hun holder avstand inntil de får bekreftet eller avkreftet om det er fare for smitte. Hun forteller om det utstyret som hun har med, og forteller og viser hvordan det ser ut og hvordan hun har tenkt å bruke det. ”Det ser kanskje litt

*skremmende ut, men det er til alles beste*” sier hun. Så spør hun pasienten om sykdomshistorien, og hvilken behandling han har mottatt så langt, og om det har vært en endring som følge av behandlingen.

Etter en tid kommer en sykepleier inn og avkrefter at dette er en smittepasient.

Pasienten er ikke kvalm på legekantoret, men ambulanspersonellet velger å legge på kladd (beskyttelseslaken som tar opp kroppsvæske) på ambulansbåra samt å ta av buksene på pasienten siden han har magesmerter, samt hadde hatt diaré og oppkast. Det ble gjort fordi det kunne tenkes at pasienten kunne bli dårligere enn hva situasjonen var på legekantoret og slik sett var tiltakene preventivt. Det var også av hygieniske årsaker forsvarlig å beholde platen inne i ambulansen på grunn av dette.

Sykepleieren kommer inn på akuttrommet med henvisninga. Fartøysjefen får henvisningsskrivet fra legen og leser. Hun stopper opp når hun kommer til behandlingen som legen har skrevet at pasienten har mottatt. *”Har du fått to liter intravenøs væske og kvalmestillende?”* Hun retter spørsmålet både til pasienten og sykepleieren som kom med henvisninga. Pasienten avkrefter at han mottatt kvalmestillende, og at den intravenøsposen som er på 1000 milliliter som henger i stativet er den første han har mottatt.

Ambulanspersonellet ser på pasienten og så på sykepleieren. Begge ser på skrivet fra legen, og så ønsker fartøysjefen å snakke med legen siden det er et avvik på det som står beskrevet i henvisninga og det som viser seg å være behandlingen på legekantoret. Sykepleieren går fra akuttrommet for å hente legen som er på kantoret. Etter en stund kommer legen inn på akuttrommet. Ambulanspersonellet stiller så spørsmålet til legen, som forklarer at utsagnet er å betrakte som delegering på å gi inntil 2 liter intravenøs væske og kvalmestillende ved behov jamfør prosedyrer. Ambulanspersonellet får så delegering på kvalmestillende og videre behandling med intravenøs væske på tur til sykehuset. På tur til sykehuset viser det seg at han har lavt blodtrykk slik at væskebehandlingen fortsetter inn til sykehuset. På vei inn til sykehuset gir ambulanspersonellet som sitter baki beskjed om å stoppe ambulansen. Det viser seg at hun på grunn av dårlig brøyting og mye ”vaskebrett” på veien ikke greier å få tatt ett riktig trykk av pasienten. Dette gjør at ambulansen må stanses slik at nøyaktig trykk kan måles. På sykehuset avleveres pasienten. På tur tilbake til stasjonen utdyper fartøysjefen hvorfor hun stiller spørsmål:

*”Jeg mener at man aldri skal gå i den fella at man skal følge planen og ikke pasienten. Vi som ambulanspersonell sitter med et menneskeliv i våre hender og skal være høyst bevisst på den rollen og ansvaret som vi har. Det er vi som skal være i beredskap, og derfor må vi være pasientens advokat ved å stille spørsmål slik at situasjonen er mest mulig klar og tydelig”.*

### *Evaluering*

På vei fra sykehuset diskuteres også smitte og forholdene omkring dette. Pasientens smittestatus var uavklart, og hun mener at den informasjonen som legen hadde konkludert med kunne kommet før fordi da kunne majoriteten av smitte-regimet vært avvirket. Så var det jo usikkerhet omkring henvisningsskrivet som legen hadde skrevet, pasientens oppfattelse av behandlingen, sykepleierens rapport og det som hun så var gjort av tiltak til pasienten. I legens skriv stod det at pasienten hadde fått 2 liter væske og kvalmestillende, men det viste seg ikke å stemme. Fartøyssjefen sier at det er ei grei kvalitetssikring å spørre, og her viste det seg jo at det som stod på henvisninga og det som var realiteten ikke stemte. Fartøysjefen sier: *”Jeg mener det at jeg spør og graver gjør at jeg kvalitetssikrer de opplysninger som jeg mottar, noe som bidrar positivt i behandlingskjeden”.*

#### **5.4.1 Refleksjoner omkring denne uttrykkningen**

Dette eksemplet viser hvordan man lærer gjennom en aktiv pådriver i sin iver etter kunnskap. Det at dette ambulanspersonellet stiller spørsmål til det hun får vite, gjør at hun lærer gjennom å være aktiv i rollen for å søke svar. Hun virker bevisst i en læreprosess som gjør at hun gjennom de spørsmålene som hun stiller og de svarene hun får gjør at hun utfordrer seg selv og andre. Det betyr at hun stiller spørsmålet *”hvorfor det?”* i sin daglige arbeidsdag og gjennom det er med på å gi svar som gir mening og læring. Dette er med på å lære henne faget samtidig som hun lærer å være kritisk til problemstillinger hun kommer ut for. Hun sier i intervjuet: *”Jeg mener at det er gjennom erfaring jeg har lært yrket. Så har jeg spurt og gravd når jeg har lurt på noe. Jeg har spurt makkere, andre kollegaer, leger, AMK, og så har jeg deltatt på masse kurs opp igjennom tida som jeg har jobbet i ambulansen. Det er vel ikke det at jeg har lest så mye, men jeg har opplevd mye som har gjort at jeg mener at jeg sitter i dag med en kompetanse som gjør at jeg har meldt meg opp til fagprøven”.*

Det er allikevel en balansegang mellom å lære og det å være negativt kritisk til behandlingen. Det understrekes fra informanten at det viktigste er å få teamet rundt pasienten til å fungere

optimalt slik at behandlingen som er gjort, skjer her og nå, og behandlingen som skal fortsette, blir oppfattet av de som inngår i denne kjeden av behandlere. Det betyr at kommunikasjonen må være tydelig både muntlig og skriftlig. I dag fremkommer det i liten grad i henvisningen fra legen den behandlingen som skal gjennomføres på tur fra legen til sykehus. Det kan diskuteres om behandlingen som skal utføres av ambulanspersonell bør fremkomme av henvisningen som legen skriver.

### **5.5 Vanlig-utrykningen: Kreftpasienten**

Gjennom denne utrykningen vil jeg belyse en utrykning som fremkaller tydelige emosjoner hos ambulanspersonellet som ambulanspersonell til tider kommer i kontakt med. Og gjennom dette vil jeg vise hvordan den uformelle emosjonelle læringen kan utspille seg hos pårørende og ambulanspersonell og hvordan dette håndteres og brukes som utgangspunkt for læring.

#### *Utrykning*

Denne utrykningen kommer på slutten av dagen. Vaktlaget rykker ut til ei dame som er hjemme på permisjon fra sykehuset, men som nå er blitt tiltagende verre. Hun har kreft, og er egentlig innlagt på kreftavdelinga, og nå er hun tung i pusten. Ambulansen setter kursen mot adressen til pasienten. Det blir på vei til pasienten diskutert hva de skal gjøre, og det blir avtalt at de skal gjennomføre en del målinger, samtidig som de sjekker ut pusten. De blir enige om å lytte på lungene for å sjekke om det er fremmedlyder. Pusteproblemer kan skyldes så mangt, men det er viktig å se på symptomene, og behandle disse best mulig sier fartøysjefen.

#### *Hos pasient*

Inne hos pasienten blir vi møtt av ektemannen. Han virker redd og engstelig. Det samme er pasienten. Vaktlaget inntar roens behandlende kraft. Den erfarne ambulansarbeideren vet instinktivt at det er viktig med ro i denne fasen fordi roen er med på å minske belastningen på pasienten og pårørende. Fartøysjefen forklarer rolig det vaktlaget går i gang med av målinger og behandling og etter hvert senker roen seg over stedet. Ektemannen spør om de har lyst på en kopp kaffe før de drar til sykehuset, noe de høflig takker nei til. Pasienten får oksygenbehandling og målinger blir foretatt. På ambulansjournalen noteres målingene. Pasienten forteller at hun har ”åpen retur” noe som innebærer at hun kan komme direkte tilbake til kreftavdelinga på sykehuset uten henvisning fra lege.



### *Pasienttransport*

På tur inn til sykehuset er det stille bak i ambulansen. Det er blikk som utveksles mellom pasienten og ambulansarbeideren samtidig som ambulansejournalen fylles ut. Hun får oksygen på tur inn til sykehuset med god effekt. På sykehuset rulles pasienten til kreftavdelinga. Pasienten viser vei til rommet hun skal til. Inne på rommet senker vaktlaget ambulansébåra mot senga og foretar overflyttinga til sykehussenga. En sykepleier kommer inn og mottar rapport og hilser på pasienten. Sykepleieren kjenner pasienten og ønsker pasienten velkommen tilbake, og sier samtidig at de ikke ventet pasienten så snart tilbake. Pasienten bekrefter at hun fikk problemer med pusten, og at hun nok trenger oksygen neste gang hun skal på ”hjemmebesøk”. Vaktlaget tar farvel og setter kursen mot akuttmottaket og ambulansen.

### *Evaluering*

Det hersker stillhet blant vaktlaget på tur mot ambulansen. Vel inni ambulansen så kommer orden tilbake igjen. ”Det er bestandig slik at når noen står nær døden så gjør det inntrykk” sier fartøyssjefen. Fartøyssjefen forklarer at det å ta seg tid og bruke tid for denne pasientgruppa er som ”olje i maskineriet”, fordi det minsker friksjonen i møtet, og dette er viktig. Samtidig påpeker han i evalueringa at man må huske på at kreft ikke er ensbetydende med døden. ”Hvert tredje tilfelle av kreft skyldes livsstil, så her kan den enkelte gjøre noe for å hindre kreft” sier sidemannen. Fartøyssjefen mener det er viktig å snakke om omsorg ved livets slutt. ”Det er også erfaringene som gjør at man utvikler et godt klinisk blikk som gjør at man ikke bare ser tall, men mennesket bak tallene” sier han og understreker at det er læring gjennom tid og gjennom å ha samlet erfaring som gjør at han har lært yrket.

#### **5.5.1 Refleksjoner omkring denne uttrykningen**

Dette eksemplet viser at det er viktig å være bevisst emosjoner i behandlingen av pasienter som krever noen annen hjelp enn akuttmedisin. De krever medmennesker som hjelper til ved livets slutt. For den uerfarne kan disse følelsene være problematiske fordi vi i samfunnet ofte har et distansert forhold til døden. Det er også vanskelig å kunne lese seg til hvordan man selv skal takle reelle opplevelser knyttet til mennesker som står nært døden. Derfor er det fartøyssjefens møte med denne pasienten som viser sidemannen hvordan et slikt møte takles både i respekt til pasienten, de pårørende og egne følelser i etterkant av en slik opplevelse.

Klinisk blikk (Knudsen 2001) brukes ofte som begrep på blikket som brukes for å danne seg et førsteinntrykk om pasienten er alvorlig syk eller ikke, og er en form for *taus kunnskap* når mine informanter skal forklare hva de ser etter hos en pasient som de skal behandle. For denne fartøysjefen handler det ikke bare om hvordan dette kliniske blikket brukes i en avgjørelse omkring en pasient er akutt syk eller ikke. Blikket brukes også for å avgjøre om pasienten har behov for omsorg i en vanskelig livssituasjon.

Erfaringen til denne ambulansarbeideren er at denne type oppdrag ikke skal løses med ”full fart”. Det er viktig å bruke tid på denne pasientgruppa fordi de er i en sårbar livssituasjon. Like viktig som andre bruker humor som en del av behandlingen, kan aksept av situasjonen og roen være med på å gi behandlingen verdighet. Dette krever at man er trygg på seg selv og kan møte mennesker i en vanskelig situasjon hvor et plaster ikke kan ordne opp i problemene. Erfaring fra andre lignende tilfeller og evaluering fra disse hjelper til å se sin egen rolle i en slik situasjon.

## 6 Analyse

Problemstillingen min er:

- *Hvordan skjer uformell læring i et praksisfellesskap hos ambulanspersonell?*

Jeg ønsker å konkretisere denne problemstillinga gjennom to oppfølgingsspørsmål som er:

- *Hva kjennetegner praksisfeltet til ambulanspersonell?*
- *Hvordan skjer uformell læring under ambulanseoppdrag?*

Jeg vil svare på denne problemstillingen gjennom å ta for meg de fire casene, før jeg runder av analysedelen med tre temaer. Først vil jeg ta for meg sentrale nøkkelbegreper fra de fire casene, ”lillebror”, *akutt – haster – og vanlig utrykningen*. Så vil jeg belyse tre temaer jeg mener er overordnet de fire casene, men som naturligvis henger sammen med dem. Det første temaet er *praksisfellesskapet* og det andre er *uformell læring*, og det siste er *utøvelse kontra øvelse*. Sitatene som er brukt i disse tre temaene er både hentet fra intervjuene, men også fra informantene under utrykningene.

### 6.1 ”Det er lovt å være lillebror”

En viktig kategori i denne settingen er at det er en som er *mer erfaren enn den andre*. I denne casen sier informanten at det i ambulansverden er lov å være lillebror. Med dette mener han at det er en kultur for å være mindre erfaren. Dette gjør at han får prøvd sine tilegnede ferdigheter i praksis, selv om disse ferdighetene er svake. Ut i fra denne erfaringen så gjør han seg refleksjoner omkring det opplevde. Han opplever at hans ferdigheter er svake og han retter seg mot en som han så var mer erfaren enn seg selv, nemlig redningsmannen på ambulanshelikopteret. Informanten tar kontakt og snakker gjennom situasjonen med blick på hva han burde ha gjort med pasienten.

Han snakker ”*igjennom oppdraget*” for å lære av situasjonen. Informanten bruker sin egen erfaring og gjennom å sette fokus på læringa så får han ta del i viktige elementer. Denne lærdommen generaliserer han og bruker videre på andre situasjoner hvor det er snakk om pusteproblemer.

Det er også gjennom denne samtalen med redningsmannen at han får uttrykt sin *emosjoner*. Informanten legger ikke skjul på at det er mye følelser involvert i denne situasjonen.

Frustrasjonen over og ikke finne makker, ikke å finne skadestedet, ikke å få skikkelig til behandlingen... Han stadfester dette med å kommentere at han ”*spant rundt pasienten tre – fire ganger*”, noe som kan tyde på angst i situasjonen.

Informanten kommenterer også at det å *evaluere* oppdrag er med på å sette søkelys mot læringsaspektet, siden det ikke er alt man kan trene på. Dette er med på å belyse hvorfor han ikke slutter i jobben som ambulanspersonell.

I et tenkt tilfelle ville man kanskje tenkt; ”*dersom jeg fikk disse utfordringene ville jeg ha sluttet i jobben*”. Det å måtte leve med og ikke ha gjort jobben skikkelig med en pasient som kunne ha omkommet, ville nok skremt de fleste bort fra yrket. Det gjør ikke denne informanten. Hvorfor ikke?

Jeg vil peke på at ”*Lillebror*” posisjonen er med på å trygge tilværelsen og skape et utgangspunkt for videre læring til dette ambulanspersonellet. Det å ha en tilhørighet hvor det er lovt å lære, er en posisjon hvor det ikke er stor fallhøyde. I tillegg virker praksisfellesskapet som et stillas som trygger klatringen opp læringens tre. Dette sikrer grunnleggende ferdigheter og kunnskaper fra novise nivå til mer spesifikke ferdigheter og kunnskaper i ekspert nivået.

Det må understrekes at ”*lillebror*” posisjonen ikke direkte kan sammenlignes med legitim perifer deltakelse slik som Illeris (1999) velger å se posisjonen; som en lærling. Disse ambulanspersonellene vil heller ikke tilkjenne seg i ferdighetstilegnelses stadiene til Dreyfus og Dreyfus (i Nielsen og Kvale 1999) fordi stadiene krever en som underviser. Det er forståelig at man som novise under tilegnelsen av basiskunnskap i NOU 76:2 kursene hadde undervisning av en lærer, men ikke under de påfølgende stadiene. Dette fordi ambulanspersonellet jeg har som informanter vil ha problemer med å kalle sin tilegnelse av ferdigheter som undervisning. Undervisning tilhører klasserommet. Da passer ordet ”*trener*” (Dreyfus og Dreyfus i Nielsen og Kvale 1999: 62) bedre som begrep på den som er underviseren i utviklingen fra viderekommen begynner til ekspert. Ambulanspersonell har lært yrket gjennom nysgjerrig søken etter kunnskap i et praksisfelt som har sidemannsopplæring som en fremtredende metode for å lære opp nyankomne. Stadiutviklingen fra novise til ekspert vil være gjenkjennbar for ambulanspersonell.

## 6.2 Akutt- utrykningen: En pasient med brystmerter

I denne utrykningen er *samhandlingen* et nøkkelbegrep. Disse to som jobber sammen har etablert et mønster for samhandlingen som de følger opp ved å planlegge hvem som gjør hva. De bruker erfaringer fra tidligere lignende oppdrag for å se for seg de gjøremålene som skal utføres på pasienten. Det starter allerede ved oppkallet. Der diskuterer de opplysningene som de har mottatt, og de fordeler ansvarsområder. De bruker også tiltaksboka aktivt for å repetere viktige momenter i behandlingen. Som ambulanspersonell skal man ikke bare behandle i et her og nå – perspektiv, men også kunne se fremover. I dette tilfellet var det også viktig å vite hva de skulle gjøre viss det skulle vise seg å være et infarkt. Da ville det vært aktuelt å bruke trombolyseseenheten. I denne situasjonen utvider fartøyssjefen *samhandlingen* til også å inkludere forskeren.

Det betyr at *det sosiale læringsmiljøet* (Illeris 2004) gjør seg gjeldende gjennom utførelsen av fellesskapets oppgaver. Dette viser seg også at det danner personlige og følelsesmessige relasjoner mellom disse to. Det gir de også uttrykk for gjennom intervjuet som jeg hadde med dem. De kaller denne relasjonen for å være et ”*gammel ektepar*”.

Illeris (2004) poengterer at det er først når deltakerne først er aktive, og når det kommer i gang en utveksling og et samarbeid mellom dem, at fordelene med læringen som skjer på arbeidsplassen kommer til sin rett. Under denne utrykningen lærer vaktlaget å lære gjennom samspill og samhandling gjennom å ha et felles prosjekt, organisert som et lite team, og gjennom å forlenge utspillene (Wadel 2008) til hverandre. Spesielt er det interessant å se på hvordan de forsøker å svare på spørsmålet om denne pasienten hadde et hjerteinfarkt eller ikke, gjennom å forlenge utspillene til hverandre. De bruker erfaringen som de nettopp har hatt til å gå igjennom problemstillingen omkring infarkt, og de bruker tiltaksboka som et oppslagsverk. Dette gjør de både i begynnelsen av oppdraget og i slutten.

Det som hadde vært interessant hadde vært om de kunne brukt denne problemstillingen på en fagdag omkring brystmerter på stasjonen som de tilhører. Gjerne innledet med en beskrivelse på oppdraget, og hva som skjedde. Så problematisert temaet som de selv reiser; *tror du han hadde hjerteinfarkt?*

Det er som Wenger (2004) poengterer: *Kunnskap dreier seg om kompetanse på områder som individet tillegger verdi og som blir verdsatt av fellesskapene*. I dette tilfellet ville en slik

tilnærming til kompetanse vært nyttig, også for andre på stasjonen. Gjennom denne fagdagen ville en slik tilnærming vært en faktor som kan være med på å fremme læringen. Det ville gitt muligheter for erfaringsutveksling og refleksjon omkring et tilfelle som ambulanspersonell med stor sannsynlighet vil komme ut for, noe også Ellstrøm (1996 her referert i Wahlgren et al. 2002) poengterer.

### **6.3 Haste- utrykningen: Smittepasienten**

I denne utrykningen er et nøkkelord *aktiv søken*. Jeg mener at gjennom utrykningen så viser den at det er gjennom aktiv søken på læring så får læringa fotfeste hos individet.

Ambulanspersonellet søker læring i situasjonen med utgangspunkt i at vedkommende aktivt søker svar på spørsmål som hun stiller. Det er søken etter kunnskap fordi læringen foregår i det enkelte individ, samtidig som den foregår i en samspillsituasjon. Dette viser denne informanten gjennom å søke læring ved å bruke språket. Informanten konstruerer en mental modell for å bygge ny kunnskap på eksisterende kunnskap.

Aktiv søken etter ny kunnskap og nye verdier forutsetter at profesjon og profesjonsutøvere har gode kommunikasjons- og refleksjonsevner og at arbeidsplasser må legge forholdene til rette for slike prosesser. Det er ofte utfordrende og til tider ubehagelig å stille spørsmål ved etablerte sannheter. Dette er noe som jeg selv også har erfart, samtidig som jeg tenker at dette er en påkrevd oppgave for å lære, spesielt i de tilfeller noe er uklart.

### **6.4 Vanlig-utrykningen: Kreftpasienten**

I denne casen er et viktig nøkkelord *emosjoner*. Dersom ambulanspersonell skal orke å jobbe tett opp mot mennesker som nærmer seg livets slutt så må man jobbe med emosjoner.

Ambulanspersonell skal være en ressurs for disse pasientene og derfor er det viktig at arbeidsmiljøet har rutiner for oppfølging. Det er derfor viktig at den enkelte er klar over og innstilt på at jobben kan medføre at man reagere emosjonelt. Dette fordi det er skiftordninger med variabel arbeidstid, til tider mye dramatik i arbeidet, knappe ressurser, høyt arbeidspress og jobbing under tidspress. Ambulanspersonell må derfor være åpne på disse stressfaktorene slik at det ikke er noe unormalt i å søke støtte og oppfølging. Derfor er det avgjørende for andre kollegaer å kunne se at det må være takhøyde for å lufte ut frustrasjoner, fordi det er viktig å snakke om hendelser som gjør inntrykk. Det å åpenbare egne emosjoner må aldri bli sett på som skammelig og at man dermed er udugelig i jobben.

En kollegastøtte – ordning bør utvikles og organiseres på de ulike arbeidsplassene. Dette nettverket kan støtte opp om personell som får problemer i sitt møte med hendelser som knytter seg til jobben.

Det som skjer i casen er at fartøysjefen viser sidemannen en sti inn i møtet med pasienten som har kreft. Denne stien er en sti som innebærer å ta av seg skoene og gå barbeint på den. Tiden er som ”*olje i maskineriet*” understreker fartøysjefen, og det er hans erfaring en god måte å gå denne stien på. Han håndterer emosjonen på denne måten, og har erfaring at det fungerer.

I *evalueringa* viser han at han kan snakke om vanskelige situasjoner og gode måter å løse disse på. Det vises at fartøysjefen og sidemannen har utviklet en god sosial samhörighet som imøteser samtaler om det vanskelige møtet med en pasient som står ovenfor døden. Det er essensielt å innlemme den mindre erfarne i pleierollen. Dette for å utvikle sidemannens forståelse og bevisstgjøre vedkommende med egne og andres emosjoner.

Tilrettelegging av møter mellom pasient og behandler er viktig. I en ideell verden burde ambulanspersonellet takket ja til den kaffekoppen som pårørende ba dem på.

## **6.5 Praksisfellesskapet**

Ambulanspersonell jobber sammen i et team. Primært jobber de sammen to og to, men også andre kan være inkludert i dette teamet som ambulansen utgjør. Disse andre kan være; lege, sykepleier, læringer, hospitanter etc. Det er dette primære fellesskapet som jeg mener er interessant. Jeg ønsker å vise hvordan mine funn i feltarbeidet og teorien som jeg har tatt med i oppgaven kan sys i sammen.

### **6.5.1 Å bli deltaker i praksisfellesskapet**

Mine informanter har gått veien om NOU 76:2, og gjennom disse tre kursene (medisinsk, redningsteknisk og kjøreteknisk) har de fått de nødvendige papirene på å kunne jobbe i ambulansetjenesten. Det hersker en stor interesse for akuttmedisin blant mine informanter som har bidratt til å bli genuint interessert i yrket. Dette gjelder også for meg selv. Allerede i tidlig alder meldte jeg meg inn i Norsk Folkehjelp fordi jeg var interessert i redningstjeneste og førstehjelp. Interessen for faget gjør at man skaffer seg kontakter og dette gjør at tilgangen til jobb blir enklere. For min egen del så var det ei venninne i Norsk Folkehjelp som kjente sjefen i en av de private ambulansetjenestene i ett tettsted i Troms. De to satt på et utested i

Tromsø og tok en kaffe da praten kom inn på om det var noen venninne min kjente til som kunne tenke seg sommerjobb i ambulansetjenesten. Det gjorde hun, og etter en samtale med sjefen, ble jeg engasjert som sommervikar. Det var erfaringen fra denne sommerjobben som gjorde at jeg etter hvert ble fulltidsansatt. I et annet tilfelle, under et av intervjuene, så nevner en av mine informanter at han som tidligere drosjesjåfør hjalp legen som håndlanger. Gjennom denne ”håndlangertjenesten” så startet interessen for akuttmedisin, noe som medførte at vedkommende i dag jobber fulltid i ambulansetjenesten. En annen informant søkte på ordinær måte en ambulansedriver sørpå, og fikk jobb på bakgrunn av dette.

Fellesnevneren i disse historiene er at NOU 76:2 var inngangsporten for disse som ønsket jobb i ambulansetjenesten. Det blir også påpekt at det var en ”enkel og rimelig” måte å skaffe seg en jobb på. Selv om arbeidsforholdene, både når det gjaldt stasjoner, vaktordninger og arbeidstidsbestemmelser, ikke kan måle seg med det som er situasjonen i dag. Behovet for ambulanspersonell har også vært økende, spesielt etter kravet om to - mannsbetjent ambulanse. Dette bidro til at det var gode muligheter for å få jobb. Særlig gjaldt dette for distriktene, hvor det var private drivere, i motsetning til de større tettstedene/ byene hvor det har vært offentlig eierskap i betydeligere lengre tid. Offentlige eiere har betydd bedre arbeidstidsavtaler, bedre vaktordninger og bedre stasjonsforhold, og dermed også større konkurranse om de offentlige jobbene.

En del av mine informanter har startet yrkeskarrieren sin på distriktet, noe som også ”lillebror” historien illustrerer.

Det er Wenger (2004) med sitt begrep om *praksisfellesskaper* som er aktuell i denne sammenhengen. Det er spesielt hans kjennetegn på dette fellesskapet som jeg mener skinner igjennom i ambulansfellesskapet.

Det er tydelig at de ambulansansatte, gjennom et gjensidig engasjement, som en utrykning til en pasient er, knytter disse to sammen i en sosial enhet. Det betyr også at de er knyttet til dette praksisfellesskapet, gjennom en felles virksomhet, som også går utover det å behandle pasienter. I dette ligger daglige gjøremål som opprettholder beredskapen på den aktuelle stasjonen. Det er nærliggende å peke på at også kompetansehevende tiltak som øvelser og studier på områder som ambulanspersonellet ser på som nyttige i sitt yrke, styrker denne felles virksomheten. Gjennom disse to momentene så har ambulanspersonell skaffet seg et



felles repertoar. Dette felles repertoaret kan variere mellom ulike deltakere i fellesskapet, men vil være gjenkjennbart i mønsteret det opptrer på.

### **6.5.2 Uerfaren - Erfaren**

Ett av hovedkjennetegnene med praksisfellesskapet i ambulansen synes å være at det ofte er en ansatt som er mer erfaren enn den andre. I dette ligger det at det er skille mellom de to som både går på erfaring og kompetanse. Det er slik at den ene av de to ambulanspersonellene er fartøysjef, mens den andre er sidemann. Det er aldri slik at det er to fartøysjefer på en ambulanse, og heller ikke to sidemenn. Formalitetene rundt organiseringen tilsier en slik fordeling og journalføres også i ambulansjournalen. Dersom det er tvil i hvem som er hva, så avtales dette mellom de to som arbeider i lag på ambulansen.

Det er også uniformering som er med på å underbygge denne kompetansen og erfaringen. En førsteårslærling har romertallet "I" som distinksjonsmerke. En andreårslærling bærer romertallet "II". Videre så har en ufaglært med NOU 76:2 som kompetansenivå "Ambulanse" som inskripsjon i sin distinksjon. Vikarer som er ufaglært bærer kun en tom hylse som distinksjonsmerking. Er man faglært med inntil 5 års ansiennitet så bærer man en stjerne, også kalt "star of life". Fra 5 til 10 års ansiennitet bærer man to slike stjerner, og over 10 år med ansiennitet så har man tre stjerner. I tillegg har ambulansetjenesten også egne merker for paramedics, samt egne uniformer og merkningsmerker for ledere.

Å hente kunnskap fra en som er mer erfaren er noe som mine informanter verdsetter. Derfor er det å ha fått være med, og gjennom denne erfaringen, å ha utøvd akuttmedisinsk kompetanse, viktig for læringsutbyttet.

Det å være erfaren, og gjennom det bli satt som veileder til den som ikke har den store erfaringen, er ofte noe de mer erfarne også verdsetter. At novisen verdsetter den kunnskapen og kompetansen som eksperten sitter inne med, betyr at man som erfaren føler seg anerkjent, noe som viktig i et arbeidsfellesskap.

I mitt arbeid med å se de erfarne og mindre erfarne så har Lave & Wenger og Dreyfus & Dreyfus vært viktige bidragsytere til å kaste lys over dette feltet. Det er spesielt Lave og Wengers begrep om legitim perifer deltakelse og modellen fra novise til ekspert hos Dreyfus

og Dreyfus som jeg mener belyser temaet på en god måte. Det å se at legitim perifer deltakelse gjør at man som nyankommet til et praksisfelt får rettigheter, men også plikter, er interessant. I de historiene til mine informanter, og den erfaringen jeg seg sitter inne med, gjør at ambulanspersonell med NOU 76:2 som grunnutdannelse ikke har vært perifer i mine øyne. Posisjonen har vært legitim "lillebror" deltakelse. I dette ligger det at man er med som "håndlanger". Den nyankomne har en del basiskompetanse og ferdigheter med seg fra NOU 76:2 utdannelsen, men det er ennå en lang vei igjen før man er ferdig fagarbeider. I dagliglivet kjenner vi ofte dette igjen i det å ta bilsertifikat. Man er ikke ferdig utlært, men har bare fått lov til å begynne å kjøre bil. Slik kan man også betegne situasjonen til "lillebror".

Samtidig er man novise i dette praksisfellesskapet, noe som stadiene til Dreyfus og Dreyfus illustrerer på en god måte. I historiene til mine informanter og gjennom de erfaringene jeg har gjort meg, ligger NOU 76:2 et sted fra novise – stadiet og til viderekommen begynner. Dette fordi NOU 76:2 kursene har lært den nyankomne de grunnleggende ferdighetene, men ofte uten pasienterfaringen. Når arbeidsdagen begynner, så får den nyankomne erfaringer med pasienter. Den erfarne er med som hovedansvarlig helsepersonell. Vedkommende er sidemannens støtte og veileder i møte med pasienter som sidemannen har ansvaret for.

Det å få være med på å ta del i visuelle læreprosesser er for mange viktig, men enda mer viktigere er den veiledningen som den mer erfarne gir til den som ikke er så erfaren. Til det kreves en god relasjon til den man jobber sammen med.

### **6.5.3 Kollegarelasjon**

I intervjuene som jeg gjennomførte tilkjennegir ambulanspersonell at det er viktig med "god kjemi" til kollegaen, noe som innebærer at det er tillit mellom arbeidskollegaer.

I feltarbeidet skjer det også interessante observasjoner. Det er svært interessant å observere at ambulanspersonell snakker om det som kan vente de ute hos pasient. Derfor er også interessant å høre hvordan de planlegger ulike løsninger på oppdraget. De planlegger også hva de skal gjøre om det skulle vise seg at pasienten er dårligere enn meldingen går ut på, og hvordan de bruker hjelpemidler, som for eksempel tiltaksboka, som oppslagsverk til å få med seg detaljer som det er verd å huske på i en stresset situasjon. Dette er også en form for læring. Å se for seg en situasjon gjør at evalueringen etterpå også trekkes med inn i læringen.

Det hele blir en rundring hvor oppkallet kommer, underveis til pasienten, hos pasienten, på tur til lege/ sykehus, avlevering, supplering og evaluering. Disse ulike postene i løpet av uttrykkningen gjør det til faste installasjoner i en hverdag som kan være uforutsigbar, men som gjør at rammene til å evaluere fasene er å kjenne igjen. Dette er positivt. Selv om pasientene er forskjellige, er læringen gjennom evalueringen av momentene til stede. Det betyr at vaktlaget kan evaluere sin egen innsats i fasene på en konstruktiv måte, og slik sett bidra til å sette søkelys på positive og negative læringsmomenter i de ulike fasene.

I en samtale med to ambulanspersonell trekker de fram at det er viktig med en ”*god blanding av erfarne og ikke fullt så erfarne*” på stasjonen som de tilhører. Dette gjør at det alltid er noen som har opplevd ting som kan sammenlignes med det du har opplevd, eller som kjenner seg igjen i det som har skjedd, og kan være noen å snakke med om det opplevde. Disse to påpeker også det å være et ”*gammelt ektepar*” bidrar til trygghet mellom de to. Det å være et ”*gammelt ektepar*” kan sammenlignes med begrepet *taus kunnskap*. Det vil si at det ofte er det ikke artikulerte som kommer fram. At makkeren forstår eller sener ut av situasjonen hva som kreves av den andre i situasjonen, fordi man kjenner hverandre så godt at man vet hva den andre tenker. Det er viktig, mener de, å ha ”*blikk kontakt*” for å se hverandre, fordi det å kjenne blikket til en person kan fortelle mye hva den andre tenker eller føler. Det ”*å være to*” på jobben samtidig er viktig for dem fordi de trives i lag og får til å jobbe godt i lag. Jevnt over det hele er det å være ”*et gammelt ektepar*” en viktig del av dette arbeidsforholdet som også gjør at de trives på jobben.

I alle intervjuene jeg har gjennomført fremkommer det at det å jobbe to i lag betyr at samarbeidet mellom disse to må være godt. Det er viktig i en jobb hvor ting skal skje raskt og det psykiske presset kan være tungt.

Dette med å være to betyr at man har et samspill seg i mellom og at man ser seg selv som et makkerpar. I denne sammenhengen må man samarbeide som en gruppe.

*Tillit* som en viktig læringsfremmende faktor i en gruppe (Moxnes 2005). Dette kan i høy grad også sies å være en viktig faktor hos ambulanspersonell for at man skal lære.

Opplæringen er med på å bringe læringen til et nivå hvor den som lærer tar tak i det som reelt skjer i praksis. Dette skjer ustrukturert, men er knyttet til den problemstillingen som er

gjeldende. Begrepet om ”*gammelt ektepar*” kan til dels brukes i denne sammenhengen i den forstand at man er trygg på hverandre og kjenner hverandre godt til å kunne veilede og formidle lærdommen på en god måte. Det betyr at man er kjent med hverandre og til dels kjenner hverandres sterke og svake sider. På noen områder kan den mest erfarne mangle den kompetansen som etterspørres av den minst erfarne. I slike tilfeller er det viktig å spille på andre mer erfarne. Dette kan være andre kollegaer.

Denne kollegarelasjonen utvikles også til den som jeg tidligere har redegjort for som felleskompetanse, og som ambulanspersonell ofte tilkjenner som handlingsmønstre. Ofte vil disse handlingsmønstrene for makkerpar som har arbeidet en stund i lag være *taus* fordi handlingen er automatisert i forholdt til en sett av prosedyrer eller en felles forståelse for hvem som gjør hva. Dersom ambulanspersonellet ikke er faste makkere avtales ofte hvem som gjør hva på tur ut til pasient. Ofte vil hvem som har pasientansvaret være en viktig avklaring fordi dette er med på å skille oppgavene på hvem som har primæransvaret for pasienten og hvem som er ”*håndlanger*”.

#### **6.5.4 Samarbeid**

Det skinner igjennom at samarbeid mellom de to er et viktig moment for ambulanspersonell. Ambulanspersonell trekker ofte inn at et godt samarbeid mellom de to er avgjørende for optimal behandling av pasienten. Kontakten mellom makkerne har mye å si for trivsel og trygghet og dette har igjen betydning for det arbeidsfellesskapet som de er en del av, og den læringa som skjer mellom de to. Det er ofte slik at de to har ulike erfaringsbakgrunn. Ambulanspersonell verdsetter denne formen som sidemannsopplæring fordi den gir den uformelle læringa et fundament. Dette fordi begge to er interessert å gjøre en best mulig jobb med pasienten, og da er man som kjent, ikke sterkere enn det svakeste leddet. Det at man kjenner hverandre såpass godt at non-verbal samhandling kan gjennomføres i akutte og tidspresede operasjoner er viktig for ambulanspersonell.

Samarbeidet mellom ambulanspersonell og andre er også viktig. Det er viktig å forholde seg til pasienten og pårørende. Samtidig så kreves det samarbeidsevne og forståelse i forholdet til andre helsearbeidere som lege, sykepleiere, redningsmenn etc. Også på skadested skal ambulanspersonell samarbeide med politi, brann, frivillige redningsmannskap etc. Til dette kreves det erfaring fra ulike situasjoner og fra andres ståsted. Derfor er reelle øvelser til stor

hjelp for ambulanspersonell. Hospiteringer hos andre yrkesgrupper hjelper også til for å bedre forstå dens andre ståsted.

Det å kunne samarbeide for å lære er et viktig mestring moment for ambulanspersonell. Dette henger også sammen med Lave og Wengers begrep om deltakerbaner. Uten å skaffe seg erfaring fra flere handlingskontekster vil erfaringsgrunnlaget til å kunne få bestått som fagarbeider ofte være for svakt. Det er derfor viktig å kunne delta i ulike settinger for å kunne utvikle en helhetsforståelse for yrket.

### **6.6.5 Høy handlingstvang**

Ambulanspersonell har ofte høy grad av handlingstvang under akutte oppdrag. Ett sett av prosedyrer skal utføres i rett rekkefølge for å berge liv. Mine informanter har ei ”tiltaksbok” å forholde seg til når det gjelder ulike beskrivelser til prosedyrer for ulike skader og sykdommer. Den virker styrende på ambulanspersonell i sitt møte med den akutte syke eller skadde pasienten. Avvik på behandling som er beskrevet i denne prosedyreboka skal dokumenteres i ambulansjournalen. Et eksempel på dette er brystsmertepasienten som beskrevet i kapittel 5. På denne pasienten skal i utgangspunktet MONA gis, men på bakgrunn i pasientens utvikling på stedet, gis kun oksygen og nitro. Dette angir ambulanspersonellet i journalen, samt at de grunngir at de ikke ga full MONA – behandling, på grunn av opphør av brystmerter og intet funn på EKG’et.

I dette avsnittet om høy handlingstvang er det naturlig å trekke inn *handlinger* som begrep. Jeg har tidligere pekt på handlinger, og hvilke betydninger dette har for læring. Gjennom handlingene til ambulanspersonellet på denne brystsmertepasienten så vil jeg vise at her er både den *rutinebaserte handlingen*, den *handlingsbaserte handlingen*, den *kunnskapsbaserte* og sist men ikke minst den *reflekterte handlingen*. Den rutinebaserte handlingen viser seg gjennom de innarbeidede rutinene ambulanspersonellet har basert på den kunnskapen de har omkring brystsmertepasienter. Disse rutinene er også skriftliggjort gjennom tiltaksboka, og brukes også aktivt som en huskeliste av ambulanspersonellet i dette konkrete tilfellet. Denne ”regelboka”, altså tiltaksboka, kan vi lett peke på som den regelbaserte kunnskapen.

Ambulansarbeidsplassen viser også at den vier tid til den reflekterte handlingen. I en del andre arbeidsmiljø er det ikke satt av tid til en slik refleksjon, mens refleksjonen i

ambulansefellesskapet er muliggjort under evalueringa av oppdraget. Dette betyr at det gis tid til å sette spørsmål til løsningene som ble gjort, og i dette oppdraget med brystsmertepasienten stilles det gjennom spørsmålet; *tror du han hadde hjerteinfarkt?* Hvor spørsmålet stilles som en refleksjon til brystmerter og tematikken rundt problemet.

I ett sett av prosedyrer å forholde seg til er det i liten grad av handlingsrom i tiltakene som iverksettes i møte med pasienten. Det er i denne fasen mye *enkelt - sløyfet* læring ved at man prøver å korrigere virksomheten i forhold til et gitt sett av handlingsnormer, som i dette tilfellet er tiltaksboka, som er et prosedyreverk. Det kan settes spørsmålstegn om at tiltaksboka styrer for mye av handlingen til ambulanspersonellet? I denne fasen er det ingen rom for kritisk refleksjon.

I evalueringa som skjer i etterkant at pasienten er avlevert vil jeg påstå at det derimot skjer mye *dobbelt - sløyfet* læring ved at ambulanspersonellet kan evaluere situasjonen og sette spørsmålstegn ved egne og andres handlinger, samt sette spørsmålstegn ved de gitte handlingsnormene. Dette kan bidra til å gi evaluering av prosedyrer i tiltaksboka og måter man selv opptrer på.

## **6.6 Uformell læring**

Det foregår uformell læring i ambulansetjenesten i Troms. Det er de utfordringene og problemene man møter i arbeidet som uformell læring i all hovedsak bygger på. Jeg har selv erfaring fra denne uformelle lærestien. Det er også erfaringen til mine informanter. Gjennom intervjuene som ble gjennomført i løpet av feltarbeidet svarer samtlige ambulanspersonell at det er gjennom å ha fått muligheten til å utøve, at de har lært yrket. Den samme erfaringen har jeg som tidligere lærerstudent. Jeg og mine medstudenter var helt og fullt enig om at den teoretiske rammen som lærerhøgskolen gav oss, var vel og bra, men det var først når vi kom ut i praksis at vi lærte yrket. Gjennom den praktiske tilnærminga til pasient lærer man. Først gjennom øvelser og så gjennom en mer erfaren arbeidskollega i møte med en reell pasient. Det kan være mange gode metoder på å lære gjennom uformell læring. I mitt møte med ambulansetjenesten vil jeg ta for meg de jeg mener er de mest fremtredende. Det er *sidemannsopplæringa, erfaringslæringa og læring i evalueringa.*

### 6.6.1 Sidemannsopplæring

I historien som jeg vil straks gjenfortelle, illustrerer godt hvordan sidemannsopplæringa kan foregå i ambulansetjenesten. Ambulansepersonellet husker godt første gangen han skulle sette venefflon på en pasient. Han hadde i forkant øvd på dukke for å øve inn teknikken og riktig fremgangsmåte, og han hadde fått prøve gjentatte ganger å legge inn venefflon på makker. Men ute hos pasienten satte makker seg ned med han. ”*Husker du hva du skulle gjøre?*” Han nikket til makkeren, og la fram utstyret. Trakk så på seg engangshanskene, spritet handflata på pasienten, staset opp armen og alle de andre småtingene, mens makker tittet over skuldra på han, og kom med forsiktige innspill. Balansen mellom veiledning på nybegynnerens premisser og ekspertens krav til utførelse kan av og til resultere i at eksperten overtar prosessen i stedet for å få en god læringseffekt for novisen. I dette tilfellet var makker en støtte i bakgrunnen, og en aktiv hjelper ved å støtte læringa til ”lillebror” med gode råd. ”*Litt mer ned, pass på vinkelen, og vær obs når du får blodsvar*”. Makkerens sidemannsopplæring gjorde at prosessen lyktes. Han fikk satt inn venefflon på pasienten, og var stolt over å ha lyktes første gang!

Ambulansearbeideren påpeker viktigheten av å jobbe sammen med en ekspert. Han sier at det er viktig å ”*jobbe sammen med en som var erfaren*” og videre at ”*det å lære sammen med en som vet*” har vært en avgjørende faktor i hans læringskurve.

Det er flere momenter som jeg mener gir læring i dette praksisfellesskapet. Det ene er en utpreget tilbakemeldings ordning gjennom å evaluere oppdragene makkerne imellom seg. Dette bidrar til en gunstig læringseffekt samtidig som det bidrar til å bli bedre kjent med din makker.

Sidemannsopplæring skjer gjennom praksis, faglige diskusjoner og evaluering av ens eget arbeid sammen med makkeren eller andre kollegaer. Læringen er ofte knyttet til en bearbeidelse av situasjoner i den mening om å skape ny forståelse. Forståelsen for det ”*å sette venefflon*” ble vesentlig bedre etter denne sidemannsopplæringen som beskrevet i forrige avsnitt. Gjennom denne tilrettelegginga vil også *novisen* ha tatt skrittet over til en *viderekommen begynner* i stadietenkinga til Dreyfus og Dreyfus. Det som er interessant er at samtlige av mine informanter er blitt behandlet som viderekommen begynner av sine mer erfarne kollegaer, selv om det i enkelte læringsøyeblikk er nødvendig å senke nivået.

Sidemannsopplæringa bidrar til å løse problemstillinger som skjer ustrukturert i møte med daglige utfordringer. Derfor virker den positiv for den som ønsker å lære av erfaringer.

### **6.6.2 Erfaringslæring**

*Gjennom erfaring har man lært yrket*, hevder flere av ambulanspersonellet som jeg har møtt. Majoriteten uttaler at det er gjennom handling de lærer best, altså å lære gjennom å gjøre og at det i praksisfellesskapet er en kultur for at det er tillatt og ikke være ekspert når man er fersk i yrket. Det å ha en nybegynner - tid er tillatt og det er en kultur for at det er gjennom dette at man lærer. Dette henger nok sammen med at det er få yrker som har krevd såpass lite formell utdanning som ambulansyrket. Men ambulansen har en tilpasning som gjør at det er nettopp gjennom praktisk uformell læring at arbeiderne får muligheter i et arbeidsfellesskap til å lære gjennom å gjøre. Dette stiller derimot krav til de som skal jobbe i lag. Det er ofte en fordel i slike settinger at den ene er ekspert og den andre er en novise. Samtidig som det er åpenhet og tillit mellom de to som jobber i lag. Det er viktig at novisen er interessert i å lære, og at eksperten er interessert i å lære fra seg. Det er derfor at det er viktig med god samhandling for å skape et godt læringsmiljø.

En av informantene framhever at *”ikke bare å lese seg fram til hvordan man gjør det, men gjøre det. Du må være på ”høgget” og suge kunnskap på en måte som gjør at du ikke er for pågående, men samtidig lære”*. Det er, etter vedkommendes påstand, om å gjøre og ikke gjøre ambulanse til et reint teoretisk yrke, men å beholde praksiskulturen.

Det er viktig for å beholde og videreutvikle denne praksiskulturen å ha de nødvendige redskapene til dette. Erfaringslæringa en av disse redskapene.

Erfaringer er det viktigste grunnlaget for læring (Tiller 1999). Det å lære av erfaringa er viktig for å skape utvikling. Det er ingen av mine informanter som ikke kan skrive under på at det er gjennom erfaringen med syke og skadde pasienter at de har lært yrket. Det er derimot svært viktig at denne erfaringen bearbeides. Dette kan ambulanspersonell gjøre gjennom *evalueringa*.



### 6.6.3 Læring i evalueringa

Jeg vil her løfte fram *evalueringa* som skjer i etterkant av oppdraget som blir løst. Denne fasen er en del av fasene i ambulansetrykninga og denne evalueringa mener jeg er et sentralt og viktig område for læring. Det er sjeldent å se en refleksjon over sin egen læresituasjon komme fram på denne måten som skjer i denne fasen. Ofte i arbeidslivet så har andre arbeidstakere ikke tid til, eller forstår ikke viktigheten med å evaluere. I disse tilfellene så skjer dette som en del av fasene, og det er ikke uten grunn. Over tid så har de lært viktigheten å reflektere i evalueringa, fordi dette gjør at man lærer!

Flere av mine informanter trekker denne læringa som positiv fordi det skjer en refleksjon over det som skjedde under oppdraget, og at de lærer gjennom å gjøre, men lærer også når ting er mer på avstand og tankene har ”klarnet”. Samtaler om det opplevde gjør at kompetansen utvikles. Det er flere som peker på at *evalueringa* er med på å sette ting i perspektiv og påpeker i denne sammenheng at den bidrar til å vise forbedringspotensialet både i den enkelte, hos makkerparet, i tiltaksboka, hos legen, hos AMK og hos andre som kan ha vært involvert i oppdraget. ”*Alle har vi noe å lære*” konstaterer en av informantene og han har helt rett. Det er bare å finne gode måter å lære på og bli opplært på.

Erfaringa gjør at ambulanspersonell får en praktisk erfaring med seg. Det gjør at denne praktiske erfaringen trekkes inn i refleksjon over det som skjedde. Slik sett dannes læringsbaner hvor det opplevde settes i sammenheng med kunnskap om sykdom eller skade som igjen kan drøftes med tanke på de tiltakene som ble gjort på pasienten. Dette kan kobles mot prosedyreverk eller andre læremidler, eller andre kompetente. Så kan ambulanspersonellet strukturere dette med tanke på hva som ble gjort og om det var momenter jeg kunne gjort annerledes. Det er også slik i ambulansetjenesten at det er en tett relasjon mellom læring og refleksjon.

### 6.7 Utøvelse kontra øvelse

Læring skjer gjennom deltakelse i sosial praksis, og at læring blir da definert som personens forandrende deltakelse i en forandrende sosial praksis (Lave og Wenger 1991). Deltakeren starter prosessen som legitim deltaker, og blir plassert perifert. Jeg vil hevde at det kreves aktiv deltakelse fra den som er i en læringsfase, og det kreves reelle situasjoner, i motsetning til øvelser. Dette er et uttrykk for at man lærer gjennom *utøvelse* og ikke nødvendigvis

gjennom *øvelse* (Edwardsen 2006), altså slik jeg velger å tolke Edwardsen (2006), at læringa ikke nødvendigvis kommer ferdig servert, men må læres gjennom praktisk og reel utførelse. Det poengteres også i *læringstrappa* til Pettersen og Løkke (2007) at for å kunne gå trinnene i trappa så kreves det førstehåndserfaringer gjennom handling og praksis.

I teorien til Lave og Wenger (1991) starter deltakeren i den ytterste sirkelen, som en legitim perifer deltaker, og så oppnås til slutt full deltakelse eller som i ambulansen; fagarbeider eller fartøysjef. Som et tillegg til disse deltakersirkelene til Lave og Wenger (1991) kan vi tenke oss Dreyfus og Dreyfus sine stadier i ferdighetstilegnelse. Gjennom erfaringer i møte med reelle situasjoner i praksis så utvikles ferdigheter som gjør at novisen går gjennom stadiene på veien mot ekspert – nivået, og gjennom dette går deltakeren fra perifer til full deltakelse. Det er viktig at deltakeren får erfaringer som gjør at vedkommende utvikler seg slik at man ikke blir stående som en ytre perifer deltaker. I denne settingen kan vi tenke oss en person som gjennom å stå og se på blir en potensiell dyktig observatør, men ingen dyktig utøver. Et ambulanspersonell som ikke får mulighet til å delta aktiv i behandlingen av syke og skadde mennesker ikke blir noe annet enn en dyktig observatør fordi vedkommende ikke får utfordringer som gir trening i praktiske ferdigheter. Dette mener jeg er en svakhet i teorien som presenteres hos Lave og Wenger (1991). De nevner ikke forskjellen mellom det *å se* og det *å gjøre* i nevneverdig grad, og dette vil jeg poengtere at det mener jeg er et avgjørende moment for å lære utøvelsen av et praktisk yrke som ambulansyrket er. I motsetning kan vi tenke oss kritikken som Lave og Wenger (1991) selv har tilkjennegitt til skolens læresystem som går i all hovedsak ut på at i skolen så lærer ikke eleven annet enn å bli en elev. Transformert til ambulansen så vil ikke en perifer deltaker oppnå annet enn en perifer posisjon dersom deltakeren ikke får utfordringer som gjør at erfaringsgrunnlaget øker og dermed også ferdighetsevnen. Dette krever et praksisfellesskap som er med på å gi utfordringer differensiert til den enkeltes nivå for forståelse og utøvelse i sitt møte med pasient.

## 7 Diskusjon

Det første feltarbeidet gjorde inntrykk på meg fordi det er en kultur som jeg har antatt var der som jeg nå ser en kontur av vokse frem. Jeg trodde at det å lære et yrke som ambulanse var mer styrt av tilfeldigheter enn det som jeg nå ser. Det kan være at det finnes en uformell sti inn i yrket godt hjulpet av dyktige medarbeidere i dette arbeidsfellesskapet som er vant med å jobbe med ufaglærte og dermed har en tradisjon for å være sidemannsopplærer. I ambulansen læres det praktiske håndverket i settinger som ikke er skolastiske, men praktiske og uformelle. Dette er med på å få ufaglærte inn på stien til Dreyfus og Dreyfus hvor man starter som novise og går trinnene opp mot ekspert- nivået. I denne sammenhengen er det verdt å legge merke til at modellen tar utgangspunkt i at *”en voksen tilegner seg en ferdighet ved hjelp av undervisning”* (Dreyfus og Dreyfus, i Nielsen og Kvale 1999 s. 53). Dermed tolker jeg det dit hen at modellen forutsetter en som underviser.

Dette bryter med den oppfattelsen som ambulansepersonellet kommer med. Elev – lærer relasjonen blir fremmed for disse. De betrakter læringen som et undervisningsfritt læringsarena, selv om modellens ulike stadier er å dra kjensel på, også for ambulansepersonell.

Dreyfus og Dreyfus sier at de utviklet hele deres modell uten å ta hensyn til den sosiale konteksten, og de hevder videre at dette ikke var noen forglemmelse. Selv om enhver læring skjer i en sosial situasjon så er de av den oppfatning at dette ikke nødvendigvis spiller noe rolle for hva som læres (Dreyfus og Dreyfus, i Nielsen og Kvale 1999).

Dette bryter totalt med den erfaringen ambulansepersonellet sitter inne med for hvordan de gikk fra å være en novise til å bli en ekspert. De hevder bastant at den sosiale dimensjonen, kulturen, må være tilstede i læringens utvikling fra begynner til veteran, fra novise til ekspert.

Likevel understreker Dreyfus og Dreyfus at den sosiale kontekst i visse situasjoner riktignok kan være avgjørende. De begrunner dette med at de oppfatter trening og mesterlære som mer sosiale enn enkel ferdighetstilegnelse. Styrt forbedring vil ofte bare finne sted mellom en elev eller trener og da ofte gjennom imitasjon. De ser at deltakelse i praksisfellesskaper bare er nødvendig dersom man skal lære en sosial ferdighet, hvor forståelsen av håndverkerens sosiale egenskaper er en del av denne.

Slik jeg tolker deres utsagn rettes det her kritiske betraktninger i forhold til Lave og Wengers (1991) syn på at læring er kontekstavhengig, og at læring skjer i sosiale praksisfellesskap (ibid).

Som *lillebror* er man med for å lære, men også for å delta i praksisfellesskapet. Det forventes at man yter av det man kan. Sidemannsopplæringen som skjer her er mer en veiledning og instruksjon. Denne opplæringen skjer i felt med pasient. Hensikten er å lære av en som kan mer enn deg selv.

En av mine informanter påpeker at ambulansen er i ”*rivende utvikling*”, og at arbeidet i dag består i å være ”*legens utstrakte hånd*” og gjennom dette har det skjedd en utvikling hvor ”*ambulansen ikke er en transporttjeneste*” men en del av det akuttmedisinske tilbudet.

En annen av mine informanter påpeker at det er ”*rart at et helseyrke skal ha et fagbrev*”. Og det er ikke så rart siden dette er en avstamning fra praktiske håndverksyrker som elektriker, mekaniker, snekker etc. Dette begrunner han med at ”*utviklingen som har skjedd i yrket har vært enorm*”, og da spesielt utviklingen fra sjåfør til helsearbeider delen av yrket. Det er nok derfor han ”*hilser det nye forslaget om en høgskoleutdanning velkommen*”.

Majoriteten av mine intervjuobjekt mener at ”*NOU 76:2 holder ikke mål som grunnutdanning*”. Og når det gjelder videre utvikling er en av mine informanter ikke i tvil. Han sier at ”*ambulanseutdanningen må forankres i en høgskole/ universitetsutdanning*”.

De fleste synes NOU 76:2 er for lite i forhold til dagens krav, og at kurs skal erstattes med formell skolegang, da det er utdanning som gjelder, både i forhold til andre helsefagsyrker og for å heve dagens lønn. Det er også viktig med tanke på å kunne få en bedre og bredere forståelse for den behandlingen som skal gis prehospitalt. De fleste ønsker en høgskoleutdanning, og fagbrev som minste utdanningsplattform.

Utviklingen i ambulansen har vært sterk og den prehospitale behandlingen som kan gis til pasienter er flyttet ut fra sykehuset og til ambulansen. Dette fordrer et sterkere begrepsapparat omkring medisinske termer, begreper og forståelsesrammer for å kunne gi et optimalt tilbud. Dette teoriaspektet savner ambulanspersonellet som jeg har intervjuet.

I en dokumentasjonsrapport skrevet av Førland og Strønen (2007) kommer det fram at nesten 9 av 10 ambulansearbeidere ville valgt samme utdanning på nytt og få angret. Blant ambulansearbeidere med fagbrev som har gjennomført ordinært lærling - løp kommer det likevel fram at de hadde ønsket større veksling og integrasjon mellom teori og praksis, både på skolen og i læretiden, tettere og mer systematisk oppfølging i læretiden og et bedre og tettere samarbeid mellom skole og lærebedrift. Det er også interessant å se at ambulansearbeiderne som var med i dette prosjektet ytret ønske om at teorien som var i skolen skulle vært mer praktisk relatert.

I det samme prosjektet kommer det fram at ambulansearbeiderne føler seg på ingen måte utlært i yrket etter avlagt fagbrev. Det kommer fram at hele 87 % hadde planer om videre utdanning, og 34 % hadde allerede påbegynt paramedic. Videre så belyses det i denne undersøkelsen at hele 8 av 10 kunne tenke seg å ta denne videreutdannelsen.

I en rapport utgitt av en arbeidsgruppe nedsatt av Helse og omsorgsdepartementet i mars 2009 (*En helhetlig gjennomgang av de prehospitaltjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten, 2009*) kommer arbeidsgruppen med innspill om hvordan den fremtidige ambulansetjenestens utfordringer, slik den ser det, kommer til å bli.

Arbeidsgruppen tar blant annet for seg kompetansekrav, noe som er interessant i denne sammenhengen å se nærmere på. De påpeker at ambulansesyret har på relativt kort tid utviklet seg fra å være en transporttjeneste til dagens utøvelse på et til dels svært avansert nivå. Utvalget ser at noen av legeoppgaver delegeres ut til ambulansetjenesten, og at dette vil fortsette også fremover. Arbeidsgruppa mener derfor at dagens minimumskrav, slik de er beskrevet i § 17 i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, ikke bør gjenspeile den kvalitet på utdanning som skal kreves av de som skal jobbe i ambulansetjenesten i fremtiden. Kravet til en minimumsutdanning innen 2015, bør være at begge som jobber i ambulansen skal ha fagbrev.

Innen 2020 anbefaler arbeidsgruppen videre at en av disse skal være paramedic eller som arbeidsgruppen skisserer; en bachelor paramedicutdanning, altså en treårig høgskoleutdanning for ambulanspersonell.

Dette begrunner arbeidsgruppa med at ambulanspersonell allerede i dag utfører vurderinger, behandling og har et selvstendig ansvar tilsvarende helsepersonell med minimum høgskoleutdanning.

*Evalueringa* i ambulansens faser bør sterkere defineres, ved at innholdet i evalueringa diskuteres i forhold til læring og læringsutbytte. Denne muligheten som ligger her kan bidra og løfte refleksjonen og dermed også læringa i yrket ved at utrykninga og det som skjedde under disse fasene diskuteres med fokus på læring. Det bør jobbes med å få inn rutiner som kan være med på å sette fokus på dette læringspotesialet og løfte dette inn i en organisert del av utrykningen. I denne sammenhengen bør veiledning som metode stå sterkere i ambulansetjenesten i årene som kommer for å knytte erfaringer til teori.

## 8 Konklusjon og veien videre

I en tid hvor teoretisk kunnskap blir stadig viktigere er det kanskje lett å glemme den læringa som finnes i det uformelle rommet. Med denne oppgaven ønsker jeg å peke på og belyse den uformelle læringa i ambulansetjenesten i Troms. Dette fordi jeg tror bestemt på at det kommer en høgskoleutdanning for ambulanspersonell i Norge. Denne utdannelsen kan i form ligne på politihøgskolen eller sykepleierutdanningen. Det er verdt å merke seg at man som sykepleierstudent må ha 50 ukers pasient- eller klientrettet praksis, inklusive erfaring fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Som student ved Politihøgskolen er hele det andre studieåret avsatt til å delta i praksis.

Uansett utdanningsmodell vil den bringe praksis med seg. Dette har betydning for de kommende studentene som dermed skal ut i praksis. Praksisplassen og praksisstudentene kan dermed ha noen modeller å jobbe etter, i all den tid at det finnes i dag metoder i ambulansetjenesten for å lære i praksis.

Fartøyssjefens rolle bør derfor sees på. Det kan med stort hell vektlegges en større grad av oppmerksomhet til utviklingen av denne rollen inn mot sidemannsopplæring og de læringsmomentene som ligger i denne læringsformen. Det er nok mye å hente på å utnytte kapasiteten i den potensielle ekspert rollen inn mot en veilednings og støtte funksjon til nybegynneren. Utgangspunktet må være nybegynnerens aktuelle kompetanse med mål om å nå en fremtidig kompetanse. I denne settingen kan begrepet om den nærmeste utviklingssonen brukes som mål for utvikling av kunnskap.

På sikt bør også ambulansesektoren vurdere å ansette egne praksisveiledere tilsvarende de lærlinge - ansvarlige som i dag er ansatt. Det kan også være nødvendig å bruke dagens lærlinge - veiledere inn mot dette arbeidet for å bidra til å systematisere og organisere hvordan denne uformelle læringen kan foregå i praksis. Erfaringen som disse veilederne har bør brukes videre mot studenter som kommer ut i praksis. Videre bør man også se om man behøver en egen opplæringsenhet for ambulansefaget på et regionalt nivå og på sikt gjerne på et nasjonalt nivå.

På sikt vil en treårig bachelorgrad i ambulanse bidra til økt lønn da den kommer inn under *Stillinger med krav om høyskoleutdanning* på minstelønnstabellen. Videre vil mer utdanning også kunne bidra til krav om videreutdanningsnivåer, lik de som sykepleierne har i dag. Det er

også grunn til å peke på at med økt utdanning vil det kanskje også til slutt komme en master i ambulansesfag som kan bidra til økt forskning på området? Jeg vil imøtese en slik utvikling med en positiv holdning.

I en artikkel ”Hvordan blir vi fagfolk?” (Brox 2003) spør Ottar Brox om det er på tide å stoppe opp og reflektere om vi er kommet for langt i vår streben etter å få enda mer utdanning. Formell utdanning er langt fra alt, peker Brox på, og viser til arbeidslivsforskere som har konkludert med at det er på jobben vi for alvor lærer å bli fagfolk.

Det er derfor det er i jobbsammenheng, ute i praksisfeltet at vi må sørge for å innlemme de nye studentene i ambulansesfag med gode måter å lære på. Dette gjelder både når de kommer som studenter i praksissituasjoner og som nyankomne høgskoleutdannede ambulansemedarbeidere i yrket!



## 9 Litteratur

- Aadland, Einar (2006) : *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Universitetsforlaget
- Alvesson, Mats og Sköldberg, Kaj (1994) : *Tolkning och reflektion : vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund : Studentlitteratur
- Bastøe, Per Øyvind og Dahl, Kjell (1995) : *Den utviklingsorienterte organisasjon*. Ad Notam Gyldendal
- Brox, Ottar (2003) : *Hvordan blir man fagfolk?*, Nergård&Nesset (red): *Det gjenstridige*. Oplandske bokforlag
- Cofer, Darren (2000) : *Informal Learning in the Workplace: A Brief Review of Practice and Application*. The Ohio State University, Workforce Development and Education Section
- Dysthe, Olga (red) (2001) : *Dialog, samspill og læring*. Abstrakt forlag
- Edwardsen, Edmund (2006) : *Fiskeren og fengselsfuglen*, i Årbok for norsk utdanningshistorie
- Fossåskardet, Erik, Fuglestad, Otto Laurits og Aase, Tor Halfdan (2005) : *Metodisk feltarbeid*. Universitetsforlaget
- Hammersley, Martyn og Atkinson, Paul (1998) : *Feltmetodikk*. Ad Notam Gyldendal

- Hiim, Hilde og Hippe, Else (2001) :*Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere. Yrkesdidaktikk og yrkeskunnskap.* Gyldendal akademisk
- Illeris, Knud (1999) :*Læring.* Roskilde Universitetsforlag
- Illeris, Knud og samarbeidspartnere (2004) :*Læring i arbeidslivet.* Learning Lab Denmark. Roskilde Universitetsforlag
- Jakhelln, Rachel, Lemming, Tove og Tiller, Tom (red) (2009) :*Emosjoner i forskning og læring.* Eureka forlag
- Knudsen, Øistein og Haugen, Jan Erik (2001) :*Akuttmedisinsk sykepleie utenfor sykehus.* Gyldendal akademisk
- Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2009) :*Det kvalitative forskningsintervju.* Gyldendal Norsk Forlag
- Lai, Linda (2004) :*Strategisk kompetansestyring.* Fagbokforlaget
- Lave, Jean og Wenger, Etienne (1991) :*Situert læring og andre tekster.* Hans Reitzels Forlag
- Levin, Morten og Klev, Roger (2002) :*Forandring som praksis.* Fagbokforlaget
- Lægreid, Sissel og Skorgen, Torgeir (2006) :*Hermeneutikk: en innføring.* Spartacus forlag. Oslo
- Marsick, Victoria J. & Watkins, Karen E. (1990) :*Informal and Incidental Learning.* London: Routledge

- Moxnes, Paul (2005) : *Positiv angst i individ, gruppe og organisasjon*. Forlaget Paul Moxnes
- Måseide, Atle (red.) (1988) : *Treng vi faget pedagogikk?* Solum forlag
- Nielsen, Klaus og Kvale, Steinar (1999) : *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Nielsen, Klaus og Kvale, Steinar (2003) : *Praktikkens læringslandskap. At lære gjennom arbeide*. Akademisk forlag, København
- Olsen, Henning (2002) : *Kvalitative kvaler*. Akademisk
- Orvik, Arne (2004) : *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen Akademisk Forlag
- Pettersen, Roar C og Løkke, Jon A (2007) : *Veiledning i praksis – grunnleggende ferdigheter*. Universitetsforlaget
- Phillips, D.C og Soltis, F. Jonas (2000) : *Læring - Teorier og prinsipper for læring*. Abstrakt forlag
- Postholm, May Britt (2005) : *Kvalitativ metode*. Universitetsforlaget
- Repstad, Pål (1993) : *Mellom nærhet og distanse*. Universitetets Metodebibliotek
- Richardsen, Jon (2005) : *Ambulansens operative funksjoner*. Gyldendal undervisning

- Thagaard, Tove (1998) :*Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* Fagbokforlaget
- Tiller, Tom (1999) :*Aksjonsforskning.* Høgskoleforlaget
- Von Krogh, Georg og Ichijo, Kazuo og Nonaka Ikujiro (2005) :*Slik skapes kunnskap.* N W Damm&Sønn
- Vygotsky, Lev S og Cole, Michael og John- Steiner, Vera og Scribner, Sylvia og Souber, Ellen (1978) :*Mind in society: The development of higher psychological processes.* Cambridge, Mass.: Harvard University press
- Wackerhausen, Steen (1999) :*Det skolastiske paradigmet og mesterlære* i: Kvale, S., Nielsen, K. (red):*Mesterlære — læring som sosial praksis.* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS
- Wadel, Cato (1991) :*Feltarbeid i egen kultur.* Seek A/S
- Wadel, Cato (2008) :*En lærende organisasjon.* Høgskoleforlaget
- Wahlgren, Bjarne og Høystrup, Steen og Pedersen, Kim og Rattleff, Pernille (2002) : *Refleksion og læring.* Samfundslitteratur
- Wenger, Etienne (2004) :*Praksisfællesskaber.* Hans Reitzels Forlag
- Wittek, Line (2004) :*Læring i og mellom mennesker – en innføring i sosiokulturelle perspektiver.* Cappelen Akademisk forlag

## Publikasjoner:

- NOU 1976:2 :*Utdanning av ambulanspersonell.*  
Oppnevnt av Kirke- og undervisningsdepartementet i brev av 21. september 1973. Avgitt til Kirke- og undervisningsdepartementet 30. desember 1975.
- NOU 1997:25 :*Ny kompetanse. Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk.* Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 27. september 1996. Avgitt til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1. oktober 1997
- NOU 1998: 9 :*Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.* Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 8. september 1997. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 2. juni 1998.
- Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) :*Om akuttmedisinsk beredskap.* Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 30. juni 2000, godkjent i statsråd samme dag.

En helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten.

*:Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Mars 2009*

Førland, Oddvar og Strønen, Eva S (2007)

*:Kompetanseutvikling og jobbsituasjon for ambulansearbeidere med fagbrev. Fou-rapport Diakonissehjemmets høgskole 1/2007*

### **Nettsteder:**

*Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.* Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 18. mars 2005 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050318-0252.html> (Hentet 10. april 2010)

*Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova).* Kunnskapsdepartementet 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19980717-061.html> (Hentet 13. april 2010)

*Hovedtariffavtalen KS 01.05.2008 – 30.04.2010.* Kommuneforlaget 2008. Tilgjengelig fra: [http://www.ks.no/PageFiles/1412/HTA\\_KS\\_08-10.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/1412/HTA_KS_08-10.pdf) (Hentet 10. februar 2011)

*Kjøretøyforskriften.* Samferdselsdepartementet 1994. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/sd/xd-19941004-0918.html#8-7> (Hentet 9. mai 2011)

*Flere unge dropper ut av skolen.* NRK 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostafjells/telemark/1.6889388> (Hentet 9. mai 2011)

## 9 Vedlegg

- Intervjuguide
- Informasjonsbrev
- Søknad til Universitetssykehuset i Nord Norge
- Brev fra NSD
- E-post fra Universitetet i Tromsø

## Intervjuguide

### 1. Bakgrunnsopplysninger

Alder?  
Utdanning?  
Jobber i by/ bygd?  
Jobbet mange år i ambulansetjenesten?

### 2. Erfaringer

Hva synes du er mest interessant med jobben?  
Ka du gi et eksempel?

### 3. Planlegging av oppdraget

Hvem fikk du oppdraget av?  
Hva tenkte du da du fikk oppdraget?  
På hvilken måte planla du å løse oppdraget?  
Involverte du andre i denne planleggingen? (Hvis ja: Hvem?)

### 4. Møte med pasienten

Hva gjorde du når du kom fram til pasienten?  
Gikk det slik du planla? Hvorfor? / Hvorfor ikke?

### 5. I ambulansen

Hva skjer i ambulansen?  
Hva er din rolle?

### 6. Avlevering av pasient

Beskriv samarbeidet på legekantoret ved avlevering

### 7. Erfaring

Mener du oppdraget gikk som planlagt?  
Har du lært noe som du kan ta med videre?  
Hvordan har du tatt i bruk erfaringer fra tidligere situasjoner og brukt disse på dette oppdraget?

### 8. Krav til fagbrev

Kjenner du til disse kravene?  
Har du noen synspunkter på disse?

### 9. Kompetanse

Hva mener du er den viktigste kompetansen et ambulanspersonell må ha?

### 10. Tilbakemelding

Får du tilbakemelding på den jobben du gjør?



Jon Pedersen  
Mastergradsstudent

20.02.2010

Tromsø

## **Utviklingen av uformell kompetanse i et praksisfellesskap**

Takk for at du har sagt deg villig til å delta i dette mastergradsarbeidet!  
Nedenfor følger litt informasjon for undersøkelsen og en orientering om selve intervjusituasjonen

### *Informasjon*

Som en del av mitt mastergradsarbeid ønsker jeg å være med deg i ditt daglige arbeid som ambulansepersonell for å lære mer om hvordan uformell kompetanse utvikles gjennom arbeidsfellesskapet. Jeg ønsker ikke å bedømme om du gjør rett eller galt, men for å se på hvordan du bruker kompetansen i ditt daglige arbeid. I tillegg ønsker jeg også å intervju deg om arbeidet ditt. Jeg er student på studiet i pedagogikk ved Universitetet i Tromsø og førsteamanuensis Eli Moksnes Furu er min veileder.

### *Intervjuet*

- Intervjuet vil ta ca en time
- Svarene vil bli anonymisert ved utskrivning av intervjuet
- Det er frivillig å delta og man kan når tid som helst trekke seg

Ambulansesjef Per-Øivind Sjørgård har gitt sin tillatelse til undersøkelsen.

Vennlig hilsen

Jon Pedersen  
Hansnes  
Tlf: 91633610

Områdeleder Stian Kvalvik Edvardsen  
UNN  
9038 Tromsø

Jon Pedersen  
9130 Hansnes

### **Masteroppgave i pedagogikk**

Viser til mail den 5. Oktober 2009, og vil med dette komme med en redegjørelse av hva som skal undersøkes i denne oppgaven og hvordan denne undersøkelsen skal gjennomføres.

Det som skal undersøkes i oppgaven er den uformelle kompetansen som utvikles i et praksisfellesskap. Jeg ønsker derfor å besøke ambulansestasjoner i UNN HF - Nord for å delta sammen med ambulanspersonell som ikke har fagbrev for å se på kompetanse de har tilegnet seg gjennom denne uformelle læringen på arbeidsplassen og se på hvordan den står i forhold til formelle krav til fagbrev.

Dette betyr at jeg ønsker å delta på stasjonen, være med under utrykning, i møte med pasient, under transport av pasient til lege/sykehus/annet, samt under avlevering. Til slutt ønsker jeg å ha en samtale med det aktuelle ambulanspersonellet. Til dette vil jeg bruke en intervjuguide som jeg legger ved.

Denne undersøkelsen er meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskaplige datatjeneste, og vil være frivillig å delta på samt at alle data vil være anonymisert ved publikasjon. Skulle det være behov for ytterligere avklaringer er det bare å ta kontakt

Mvh

Jon Pedersen  
Tlf 916 33 610



Harald Hørlages gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Eli Moksnes Furu  
Institutt for lærerutdanning og pedagogikk  
Universitetet i Tromsø  
Mellomveien 110  
9293 TROMSØ

Vår dato: 20.10.2009

Vår ref: 22804 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.10.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22804	<i>Utviklingen av uformell kompetanse i et praksisfellesskap</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Eli Moksnes Furu</i>
Student	<i>Jon Pedersen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

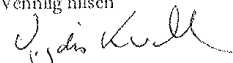
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.02.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Jon Pedersen, Nedre Kardemomme 15, 9130 HANSNES

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TROMSØ/BERG: NSD, Bergens teknisk-høgskolevitenskapelige senterstift, 7491 Tromsøen, Tel: +47-22 59 19 07, [nyre.saksforsett@ntnu.no](mailto:nyre.saksforsett@ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36, [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

## RISIKOVURDERING AV FORSKINGSPROSJEKT 22804

Viser til pålegg frå Universitetsdirektøren/Datatilsynet når det gjeld risikovurdering av forskingsprosjekt med omsyn til korleis personvernet blir tatt vare på (sjå vedlegg). Risikovurderinga går føre seg ved Universitetet i Tromsø.

Risikovurderinga er noko som kjem i tillegg til den vurderinga som Personverneombodet/NSD i Bergen gjennomfører.

I basen til Personverneombodet/NSD står følgjande:

### Prosjektdetaljer

Pnr	22804
Tittel	Utviklingen av uformell kompetanse i et praksisfellesskap
Status	Pågående behandling av personopplysninger.
Enhet/underenhet	Institutt for lærerutdanning og pedagogikk
Daglig ansvarlig	<a href="#">Eli Moksnes Furu</a>
Student	<a href="#">Jon Pedersen</a>
Innmeldt	16-10-2009
Prosjektperiode	26-10-2009 - 01-04-2010
Oppfølging av personvernombudet	apr-2010
Behandlingsgrunnlag	Personopplysningsloven § 31 (Meldepliktig prosjekt) § 8 1. ledd (med den registrertes samtykke)
Formål	Jeg ønsker å se på hvilken kompetanse ambulanspersonell har tilegnet seg gjennom den uformelle læringen på arbeidsplassen og hvordan står den i forhold til de formelle kravene til fagbrev?

der det står oppført at du er dagleg ansvarleg/rettleiar for prosjektet. Eg ønskjer spørjeskjemaet som er vedlagt returnert til underteikna så snart som mogeleg.

Informasjonen som blir henta inn ved hjelp av spørjeskjemaet er noko av det som blir bruka i samband med risikovurderinga av prosjektet ved UiT.

I brevet (vedlegget, info\_brev) er meir utførleg informasjon gjeven.

Venleg helsing

*Martin-Arne Andersen*  
Avdelingskontor NSD-Tromsø  
<http://uit.no/svfak/nsd/>  
Seksjon for forskningstenester,  
Teo, Hus 1,  
HSL-fakultetet,  
Universitetet i Tromsø,  
9037 Tromsø  
e-post: [Martin-Arne.Andersen@uit.no](mailto:Martin-Arne.Andersen@uit.no)  
tlf. 77 64 43 36  
Vedlegg: 2

Til forskarar og studentar ved HSL-fakultet

## **RISIKOVURDERING AV FORSKINGSPROSJEKT VED SV-FAKULTETET MED OMSYN TIL HANDSAMING AV PERSONDATA I FORSKING**

Frå basen til Personverneombodet/NSD (Bergen) ser vi at ditt prosjekt er registrert

<http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>

Alle forskings- og studentprosjekt der personopplysningar er inne i bilete skal vurderast av:

- 1) Personverneombodet/NSD <http://www.nsd.uib.no/personvern/>
- 2) Universitetet i Tromsø (*risikovurdering*)

Informasjon om dette ligg på denne linken til Forskingseininga til Universitetet i Tromsø

<http://uit.no/forsknnavd/forskningsetikk/5>

samt på heimesida til NSD/avdelingskontor ved UiT:

<http://uit.no/svfak/nsd/>

Eit eige spørjeskjemaet som gjeld *risikovurdering* ved HSL-fak/UiT skal sendast til underteikna.. Skjemaet er lagt ved denne e-posten. Skjemaet bør returnerast til underteikna så snart som mogleg etter at det er motteke.

Materialet som blir nytta som grunnlag for risikovurdering er blant anna spørjeskjema, meldeskjema til Personverneombodet, samt svarbrev og vurderingar frå Personverneombodet som ligg i databasen til NSD.

Pålegget om at Universitetet skal risikovurdere korleis persondata blir nytta i forskning har kome frå Datatilsynet. I brev frå Universitetsdirektøren blir dei einskilde fakulteta bedt om følge opp pålegget frå Datatilsynet. Arbeidet med risikovurdering av forskingsprosjekt må vere avslutta innan ein månad etter at prosjektet er registrert hos NSD/Personverneombodet.

Når det gjeld mastergradsprosjekt er det *retteiar* som er 'dagleg ansvarleg' for prosjektet til den einskilde student. Det er også viktig at det her er eit samarbeid mellom retteiar og student om korleis personvernet kan bli ivaretatt på ein best mogeleg måte.

I komiteen som skal vurdere det einskilde forskingsprosjekt sit:

**Joakim Bakkevold, juridisk rådgjevar , sentral adm.**  
**Rune Nilsen, overingeniør, tryggleiksansvarleg IT**  
**Martin-Arne Andersen, rådgjevar NSD, SV-fak.**  
**Sissel Eriksen, førsteamanuensis, SV-fak.**

Den einskilde forskar som har sitt prosjekt opp til vurdering vil få tilsendt referat frå møta som blir halde som omhandlar sine egne prosjekt.

Datatilsynet har signalisert at dei vil komme til Universitetet i Tromsø for å sjå på korleis personvernomsyn er ivaretatt i forskingsprosjekt. Universitetet må då ha gjennomført internkontrollen for prosjekta som Datatilsynet ønskjer å sjå nærmare på.

Her er eit utdrag (sitat) når det gjeld pkt. 10 i:

**RUTINER FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER I FORSKNINGS- OG STUDENTPROSJEKTER VED UNIVERSITETET I TROMSØ**

<http://uit.no/getfile.php?PageId=1122&FileId=124>

Fastsatt av universitetsdirektøren 11.02.05. Sist endret 01.04.05

**Pkt. 10. RISIKOVURDERING**

*"Universitetsdirektøren skal holde oversikt over alle forsknings- og studentprosjekter hvor det behandles personopplysninger. Fakultetet/høgskolen skal klarlegge sannsynlighet for, og konsekvens av sikkerhetsbrudd ved hjelp av risikovurdering for forsknings- og studentprosjekter som hører inn under avdelingen. Risikovurderingen skal gjennomføres så snart som mulig og senest 30 dager etter at administrativ leder av fakultetet/høgskolen har mottatt kopi av meldingen av prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, jf. punkt 3.*

*Risikovurderingen skal foretas av en gruppe nedsatt av administrativ leder av fakultetet/høgskolen. Universitetsdirektøren ved Forsknings- og studieavdelinga og IT-avdelinga skal være representert. Datatilsynets veiledning om risikovurderingen, som er vedlagt, skal benyttes i arbeidet. Universitetet har fastsatt kriterier for akseptabel risiko forbundet med behandlingen av personopplysninger i dokumentet "Informasjonssikkerhet ved Universitetet i Tromsø" punkt 1.1 Sikkerhetsmål. Disse kriteriene skal benyttes som et grunnlag for risikovurderingen. Resultatet av risikovurderingen skal dokumenteres og kopi sendes universitetsdirektøren og den daglig ansvarlige for prosjektet."*

Venleg helsing

*Martin-Arne Andersen*

NSD, avdelingskontor ved UiT  
<http://uit.no/svfak/nsd/>  
Forskingsseininga HSL\_fakultetet

*Tromsø den 20.04.2010*

**RISIKOVURDERING AV FORSKINGSPROSJEKT VED HSL-FAK.  
MED OMSYN TIL BRUK AV PERSONDATA I FORSKING**

1. Prosjekt nr (hos Personverneombodet/NSD sin database):.....  
**<http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>**

2. Tittel på prosjektet: .....  
.....

3. Kven har dagleg ansvar for prosjektet:

Namn: \_\_\_\_\_

4. Ved studentprosjekt

Namn på student: \_\_\_\_\_

5. Type prosjekt:

- Mastergrad
- Doktorgrad
- Forsking som ikkje er knyta til nokon grad
- Anna.....

6. Kva for hjelpemiddel gjer du bruk av ved innsamling av data:

- Videokamera (digitalt)
- Videokamera (analogt)
- Kamera (digitalt)
- Kamera (analogt)
- Intervju/gruppeintervju med bruk av digital opptakar
- Intervju/gruppeintervju med bruk av analog opptakar
- Intervju/gruppeintervju med eigne notat på papir
- Spørjeskjema
- Observasjon
- Andre kjelder (t.d. databasar).....

7. Kva for type PC blir data lagra på?

- Berbar PC       Stasjonær PC       Begge delar

8. Viss berbar PC: Er han knyta til internett?

Ja       Nei

9. Er det andre (t.d. andre familiemedlemmar) som gjer bruk av PC'en?

Ja  
 Nei

10. Er det i andre i prosjektet som har tilgang til PC'en/dataene?

11. Er PC'en sikra med passord ?  Ja     Nei

12. Er det installert antivirusprogramvare?  Ja     Nei

Annan informasjon som kan vere relevant:

---

---

---

---

---

---

---

Skjemaet er fylt ut av:

Namn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Link til informasjon om personvern finn du på denne sida:

<http://www.nsd.uib.no/personvern/>

*Retur av skjemaet til*

**Martin-Arne Andersen,**  
**Seksjon for forskningstenester,**  
**Teo-Hus 1,**  
**HSL- fakultetet,**  
**Universitetet i Tromsø,**  
**9037 Tromsø**

*E-post: nsdmaa@sv.uit.no*  
*tlf. 77 64 43 36*



