

Anne Lyberg

**Oppfatninger av sentrale
læringsområder og læring i kliniske
praksisstudier i sykepleieutdanningen**

En kvalitativ studie

Tønsberg, Høgskolen i Vestfold, 2004

Rapport 2 / 2004

Rapport 2 / 2004 Høgskolen i Vestfold

Copyright: Høgskolen i Vestfold/ Anne Lyberg

ISBN: 82-7860-113-5

SAMMENDRAG

Teoretisk forankring: Utdannelse av klinisk kompetente sykepleiere ved hjelp av praksisstudier er studiens forskningsinteresse. Klinisk betyr “ved sengen” og kompetanse kan sammenfattes til å bety “evnen til å gjøre noe”. Studien befinner seg innen fagdidaktikkens område der spørsmål om hva, hvordan og hvorfor er sentrale. Studien bygger på et kunnskapssyn som ser de kliniske studiene i sykepleierutdannelsen som en viktig og nødvendig arena for å lære sykepleie. Teoretisk og praktisk kunnskap betraktes som ulike, men likeverdige og komplementære.

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om de kliniske praksisstudiene. Dette gjøres gjennom at sykepleiere, ledere og lærere beskriver hvordan de oppfatter læringsområder for de kliniske praksisstudier.

Metode: Studien baseres på en induktiv kvalitativ metode, influert av fenomenografisk forskningstilnærming. Data er samlet inn våren 1997 gjennom 19 fokusgruppeintervjuer som totalt 69 informanter deltok i. Fokusgruppene besto av representanter fra praksisfeltet og Høgskolen.

Resultat: Oppfatningene om de kliniske praksisstudier beskriver ikke nødvendigvis hva mål og rammer for studiene er, men hvordan læringsområdene oppfattes å være. Derfor kan ikke oppfatningene være styrende i seg selv. Men ved å beskrive dem, kan en dypere forståelse oppnås. Studiens resultater kan ligge til grunn for diskusjon og bidra til å øke forståelsen for hvordan sykepleierutdannelsen i framtiden kan planlegges og gjennomføres. Dette omfatter både samarbeid mellom skole og praksisfelt og fagdidaktiske valg i utdannelsen.

De overgripende funn som har framkommet er:

Fokusgruppene la vekt på at studenter skal utvikle læringsområdene: vitensreservoar, etisk grunnlag, praktisk håndlag, samarbeid, kommunikasjon og evne til problemløsning. Dette viste seg å samsvare med og utvide innholdet i Fagermoens (1993) beskrivelser av sykepleiekompetansens grunndimensjoner. Det kom fram hva som stimulerer for utvikling av læringsområdene, og hva som er til hinder for slik utvikling.

Studien beskriver naturvitenskapelig viten som mangelfull. Holdningene mot, ydmykhet og medfølelse ble framhevet som grunnlag for all utøvelse av sykepleie. Det understrekes at ferdigheter i grunnleggende stell og pleie må forbedres i

utdannelsen.

At studenten blir kjent med seg selv- egne følelser og evne til samarbeid beskrives som en forutsetning for kommunikasjon og samarbeid. Fokusgruppene mener en videre utvikling av disse evne til problemløsning skjer ved læring av en spesiell tankerekke, med særlig fokus på klinisk vurdering og prioritering. For å kunne forta valg må studentene lære å foreta konsekvensanalyser. Konkretisering av læringsmålene må fra Høgskolens side bli klarere for å motvirke usikkerhet hos student, kontaktsykepleier og lærer. Slik usikkerhet hindrer utvikling av selvstendighet og ansvar hos studentene.

Studentenes delaktighet og integrering i arbeidsfellesskapet har stor betydning og stimulerer deres læring. Mangel på delaktighet er et hinder for læring av sykepleie.

Nøkkelord:

Sykepleierutdanning, kliniske praksisstudier, kompetanse, læringsområder, læring, fokusgruppeintervju, fenomenografi

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1. INNLEDNING	5
2. BAKGRUNN	7
2.1 LÆRINGSOMRÅDER	13
2.2 LÆRING	15
2.3 TIDLIGERE FORSKNING	18
3. MÅL	20
4. METODE	21
4.1 DATAINNSAMLINGSMETODE	23
4.2 INFORMANTER	24
4.3 AVGRENSNING	25
4.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	25
4.5 FORSKNINGSETIKK	27
4.6 ANALYSE AV DATAMATERIALET	27
4.7 TROVERDIGHET	29
5. RESULTAT	32
5.1 HVA LEGGER SYKEPLEIERE, LEDERE OG LÆRERE VEKT PÅ AT SYKEPLEIESTUDENTER LÆRER I KLINISK PRAKSIS	32
Naturvitenskaplig kunnskap	32
Etske Verdier	34
Praktiske ferdigheter	36
Pasientsamtaler	38
Samarbeide	39
Læring av en tankerekke	40
Klinisk vurdering	40
Prioritering	41
5.2 HVILKET SYN HAR SYKEPLEIERE, LEDERE OG LÆRERE PÅ HVORDAN STUDENTER KAN LÆRE SYKEPLEIE I SINE KLINISKE PRAKSISSTUDIER	42
LÆRING KOBLET TIL STUDENTEN	42
Hvordan lærer sykepleiestudenter i kliniske praksisstudier?	42
Selvinsikt	43
Hente fram kunnskap	44
Fylle på kunnskaper	45
Interaksjon med pasienter	46
Gjøre selv	47
Holdninger som fremmer sykepleiestudenters læring i kliniske praksisstudier	48
Villighet	48
Oppdagende	49
Ivaretagende	49
Delende og mottagende	49
Delaktig	50
Sykepleiestudenters læring koblet til kontaktsykepleier og praksisstedet	51
Hvordan kan kontaktsykepleier bidra til sykepleiestudenters læring	51
Sykepleiestudenters læring koblet til lærer og høyskole	56
Hvordan kan lærer bidra til sykepleiestudenters læring	56

5. DISKUSJON	60
RESULTATDISKUSJON	60
METODEDISKUSJON	63
LITTERATUR	66
Vedlegg 1: Brev : Vedrørende FOU-prosjekt ”praktisk talt: om å utdanne klinisk kompetente sykepleiere” *	70
Vedlegg 2: Brev: Forespørsel om deltakelse i gruppeintervju *	71
Vedlegg 3: Skjema: Bakgrunnsopplysninger til gruppeintervju *	72
Vedlegg 4: Intervjuguide	73

* : Finnes kun i den trykte utgaven

1. INNLEDNING

Praktisk talt, om å utdanne klinisk kompetente sykepleiere ved hjelp av praksisstudier i sykepleierutdannelsen er tittel på et paraplyprosjekt der fire lærere fra Avdeling for helsefag, Høgskolen i Vestfold foreløpig deltar.

Det ytterste målet for paraplyprosjektet er å bidra til god omsorg og pleie. Vi må derfor arbeide for å ta fram, beholde, overføre, omformulere, forkaste og utvikle kunnskap i å utdanne klinisk kompetente sykepleiere. Dette mener vi kan skje ved hjelp av praksisstudier i utdanningsprogrammet. Praksisstudier lagt til skolens øvingslaboratorium og i klinisk virksomhet.

Et delprosjekt omhandler fagdidaktiske utfordringer rundt formidling av og innlæring av praktiske ferdigheter i sykepleie i øvingslaboratoriet, et annet omhandler rammebetingelser som påvirker studentenes innlæring i de kliniske studiene. Ytterligere et Praktisk talt prosjekt har utarbeidet en ny avtale i samarbeid med praksisfeltet om ansvarsfordeling i gjennomføringen av sykepleiestudenters kliniske studier.

Denne studien er en kvalitativ studie hvor representanter fra praksisfeltet og Høgskolen beskriver sin oppfatning av sentrale læringsområder for de kliniske praksisstudier ved Høgskolen i Vestfold, Avdeling for helsefag. Selv om det er definerte læringsområder i Rammeplan, fagplanene og i det evalueringsskjema som brukes i de kliniske praksisstudiene ved vår høgskole, råder det usikkerhet hos den enkelte lærer og aktør i praksisfeltet om hvilke læringsområdene er og hva de innebærer. Studien søker også å undersøke og beskrive sykepleiere, ledere og læreres syn på hvordan sykepleie kan læres i studentenes kliniske praksisstudier. Gjennom å ta del av partenes oppfatninger av læringsområder for kliniske praksisstudier, kan forståelsen øke for hvordan sykepleieutdannelsen i fremtiden kan planlegges og gjennomføres.

I forbindelse med datainnsamling og dataanalyse samarbeidet forfatteren med kollega Marit Strandquist som undersøkte rammefaktorenes betydning for de kliniske studiene. Forfatterne har arbeidet parallelt. Samarbeidsformen ved datainnsamling og analyse av resultat er beskrevet i studiens metodekapittel. Som ansvarlige for hver sin del av de kliniske praksisstudier ved Høgskolen delte vi motivasjonen for gjennomføring av prosjektene.

2. BAKGRUNN

Det har de siste årene vært et mål ved Avdeling for helsefag, Høgskolen i Vestfold, at sykepleiestudentene skal utvikle høyest mulig nivå av læring, før veiledet praksis hos pasienter for alvor tar til. Studentene gjennomgår de tre første semestre en rekke teoretiske kurs, samt punktpraksis og ferdighetstrening i øvingslaboratorium. Punktpraksis er lagt til 2. studiesemester, og strekker seg over 5 uker. Studentene er korte dager i praksis, og innøver sykepleiens mest grunnleggende ferdigheter. Ferdighetstrening i øvingslaboratorium foregår over 15 uker. Her skjer læring ofte ut fra situasjonsbeskrivelser. Studentene finner selv ut hva de trenger av kunnskaper og praktiske ferdigheter. De søker slik kunnskap og øver på denne, med veiledning av lærer. Den forberedte øvingen i kjente omgivelser, foregår på dukker og på hverandre.

Fra øvingslaboratoriet og klasserommet går studentene videre for veiledet praksis innenfor ulike deler av helsevesenet. Institusjonene som tar imot studentene spenner fra akuttavdelinger i sykehus til helsetjeneste i pasienters hjem. Institusjonene byr på forskjellig kompleksitet i faglige utfordringer. Lærere i de kliniske praksisstudiene erfarer at studenter, på den ukjente institusjonen, kan være preget av stress, usikkerhet, manglende oversikt og rolleforvirring. Studenten har krav på seg til å kunne handle, ofte under tidspress, og handlingene har konsekvenser for pasientene og omgivelsene. Overgangen fra skole til klinisk felt er stor for mange av studentene.

40 uker av 3-årig grunnutdanning i sykepleie er avsatt for klinisk praksis. Ved Høgskolen i Vestfold, Avdeling for helsefag, er veiledet klinisk praksis organisert innenfor siste halvdel av utdannelsen. Hele fjerde og sjette studiesemester er lagt til klinisk praksis. Denne ordningen med to semestre viet klinisk praksis har pågått fra januar 1994. Før oppstart av ordningen deltok inviterte representanter fra praksisfeltet i arbeidet med å utforme praksisperiodenes innhold og organisering.

Fjerde studiesemester praktiserer studentene 13 uker fordelt på to somatiske sykehusavdelinger, og 7 uker på en psykiatrisk avdeling.

Sjette studiesemester praktiserer studentene 17 uker fordelt på kommunal boform for

heldøgns omsorg og pleie og hjemmebasert omsorg og pleie. Perioden avbrytes av 3 ukers praksis i kommunens forebyggende helsetjeneste.

På bakgrunn av Stortingsmelding 13 (1976-77) "Om den framtidige utdanningen av sosial- og helsepersonell" drøftet Stortinget våren 1977 prinsippene for utdanning av blant annet sykepleiere.

Stortinget sluttet seg til forslaget om å overføre de helsepersonellutdanningene som sorterte under Sosialdepartementet, til Kirke- og undervisningsdepartementet. Sykepleieskolene skulle i fremtiden organiseres som høgskoler. De offentlige sykepleierutdanningene skulle overtas av staten og innlemmes i det regionale høgskolesystemet. Dette ble gjennomført i 1981. Kirke- og undervisningsdepartementet, senere kalt Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, skulle administrere utdanningen. Sosialdepartementet, senere Sosial- og helsedepartementet, skulle fortsatt ivareta ordningen med sykepleiernes offentlige godkjenning.

Dette medførte konsekvenser fordi de to departementene prioriterte ulike hensyn. Sosialdepartementet, som var ansvarlig for landets helsetjeneste, så hensynet til den enkelte pasient/klient og samfunnets behov ut fra et helse/sykdomsbegrep. I utdanningsdepartementet ble det tatt hensyn til behov for utdanning. En effekt av forandringen som sykepleierhøgskolene merket, var at samarbeidet med de virksomheter der studentene gjennomførte sin praksis ble vanskeligere, når skole og praksisfelt ikke lenger var underlagt samme departement.

I 1987 kom en ny Rammeplan for 3-årig utdanning i sykepleie (Kultur og vitenskapsdepartementet, 1987). Rammeplanene er nasjonale og viser rammer og setter standarder for hver utdanning. De inneholder overordnede mål, og skal være retningsgivende for høgskolens tilrettelegging av studiene. Høgskolene utarbeider sine fagplaner ut fra rammeplanen. Fagplanene skal gi nærmere konkretisering av mål, innhold, arbeidsmåter, vurderingsordninger og kriterier. Fagplanene skal vise hvordan studiene organiseres, og fastsette omfang og tidsrammer for gjennomføring av studieopplegget.

Rammeplanen fra 1987 ble noe revidert i 1992 (Kirke, undervisning og forskningsdepartementet, 1992). Kravene til praksisstudier ble endret. Det ble fastslått at tid i klinisk praksis kunne minskes med 20 uker om dette ble kompensert med annen praksisrettet undervisning i skolen. En del av de mange spesialiteter som det tidligere ble krevd praksis fra, ble redusert, og studentene skulle isteden utføre lengre praksisperioder innen færre antall spesialiteter. Rammeplanens revisjon i 1992 lå til grunn for utformingen av nåværende Fagplan og organisering av klinisk praksis ved sykepleierutdannelsen i Vestfold.

I forbindelse med Norges høgskolereform gjennomført i august 1994 (St.meld. 40, 1991), ble Vestfold Sykepleierhøgskole en del av Høgskolen i Vestfold, og fikk navnet Avdeling for Helsefag.

Det arbeides for tiden i Kirke-, utdanning og forskningsdepartementet med en ny revisjon av Rammeplan for sykepleierutdanning. Det er blant annet varslet endringer som vil berøre praksisstudiene. Samarbeid mellom høgskole og praksisfelt vektlegges for å legge til rette for best mulig kvalitet på den læresituasjon som studentene tilbys. Når ny rammeplan foreligger vil vår avdeling, som andre sykepleierutdanninger i landet, måtte utarbeide nye fagplaner.

Utdannelse av klinisk kompetente sykepleiere med fokus på de kliniske praksisstudiene er foreliggende studies studieobjekt.

Begrepet kompetanse har mange definisjoner. Johansson (1994) hevder at sykepleiekompetanse er en sammensatt egenskap som baseres på menneskelig og faglig kompetanse. Kompetanse er, hevder Johansson, å kunne overveie, reflektere fra ulike kunnskapsbaser, ta beslutninger, ha differensiert persepsjon og et handlingsrepertoar med gjennomtenkte alternativer. Generisk betyr kompetanse "evnen til å gjøre noe" (Kirkevoll, 1996). Kompetanse kan ikke sees atskilt fra oppgaven som skal utføres, situasjonen utøveren befinner seg i og utøveren (Sternberg, 1990).

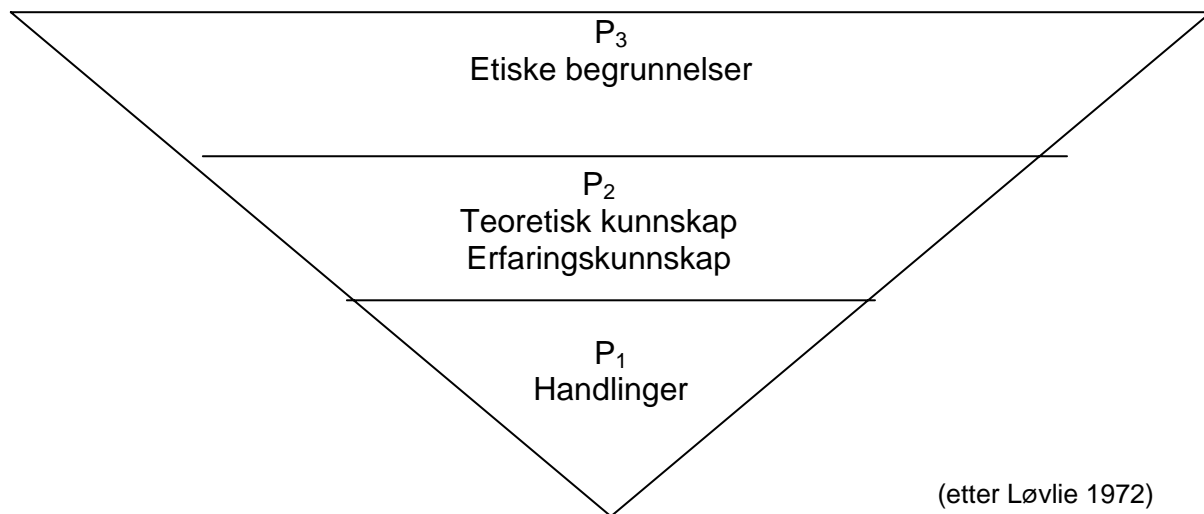
Det er et klart skille mellom det å ha kunnskap om noe og å mestre konkrete ferdigheter og det å ha evnen til å bruke dem på en god måte. Kompetansebegrepet

er knyttet til det siste, nemlig å kunne bruke kunnskap og ferdigheter på en effektiv og god måte i konkrete situasjoner. Kompetanse blir utviklet gjennom øvelse, der kunnskap og isolerte ferdigheter blir integrert gjennom målrettet handling i konkrete situasjoner (Dewey 1966; 1938, Schön 1983;1987). Kompetanse er også knyttet til personens tro på egne evner (Bandura, 1990).

Mot denne bakgrunn er kliniske praksisstudier i sykepleierutdannelsen en viktig og nødvendig arena for å kunne lære sykepleie. Fagermoen (1993) beskriver et dynamisk kunnskapssyn der teoretisk og praktisk kunnskap betraktes som ulike, men likverdige. De ulike kunnskapstyper beriker hverandre og utfyller hverandre gjensidig. Sammenhengen mellom teori og praksis i utdanningsprogrammet bør fokuseres snarere enn forskjeller. Kunnskap fra litteratur eller øvingslaboratoriene er uferdig eller foreløpig, og blir først meningsfull og levende når den virkeliggjøres i handling til pasienter. Dette innebærer at denne studien i utgangspunktet har et syn på kliniske praksisstudier som et sted der studentene ikke bare skal anvende teori, men de skal forholde seg aktivt til det de vet, og de nye erfaringer de gjør i praksis. Gjennom refleksjon over dette skapes kunnskap. Analyse av problemer og krav i den fagpraktiserende verden kompletterer det fagteoretiske perspektiv på hva som er grunnleggende for å utvikle klinisk kompetanse i sykepleie.

Den kliniske læresituasjonen er studentens eneste mulighet for å lære og justere og utvikle ervervede kunnskaper og ferdigheter i reelle pasientsituasjoner. Manglende og utilstrekkelig veiledning i disse situasjoner kan derfor resultere i at de som utdannes ikke får den kompetanse i sykepleie som yrkespraksis krever. Studenten trenger veiledning av erfarne sykepleiere med den ekspertisen de har, og de trenger veiledning av sykepleielærere. Det bør avklares hvilke veiledningsoppgaver og hvilket veiledningsinnhold sykepleiere må ivareta overfor sykepleierstudenten, og hva som må ivaretas av sykepleielærere. Disse to typer veiledere har ulik kompetanse og ulik tilknytning til praksis, og vil derfor ha forskjellig fokus i sin veiledning av studenten i det kliniske felt. Samarbeid mellom lærer og sykepleier ses derfor på som viktig. Fagermoen (1993) bruker "den omvendte pyramide" etter Løvlies modell som et hjelpemiddel i avklaringen av de ulike veiledningsoppgaver. Modellen illustrerer at sykepleiepraksis involverer tre nivå av viten.

SYKEPLEIEPRAKSIS – TRE NIVÅ AV VITEN



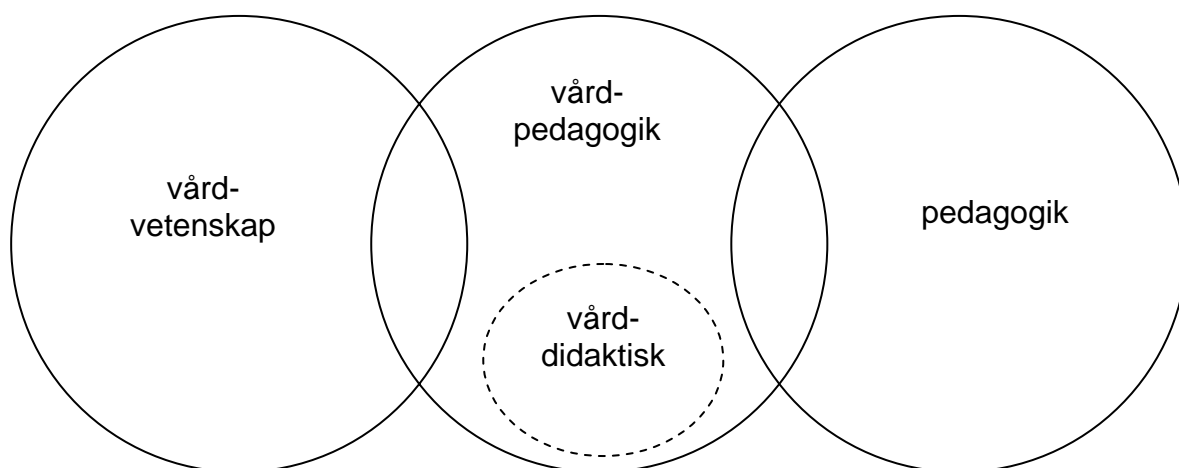
Figur 1: Løvlies modell over nivåer av viten (Fagermoen, 1993, s.144).

P1 representerer handlingsnivået. På P2 nivået skjer analyse av og begrunnelse for de konkrete handlinger, enten dette gjøres i en planleggingsfase, underveis, eller som refleksjon over handlinger i ettertid. På P3-nivået gjøres analyser av etisk karakter. Vurderinger på P3-nivået er mest prinsipielle og overordnede, og kan derfor ha gyldighet utover den konkrete situasjon, som var utgangspunkt for refleksjonen. Både sykepleier og sykepleielærer har viktige veiledningsoppgaver knyttet til hvert plan. Tyngdepunktet for sykepleiers veiledning vil ofte være på P1 og P2- nivået, mens lærers veiledning ofte befinner seg på P2 og P3-nivået (Fagermoen, 1993).

Studien befinner seg innen fagdidaktikkens område. Didaktikk er den delen av pedagogikk som beskjeftiger seg med undervisningslære, der spørsmål som hva, hvordan og hvorfor er sentrale. Innenfor det fagdidaktiske området vil man i høyere grad ta utgangspunkt i det enkelte fags egenart, dets karakteristiske innhold, oppbygning, ideer og strukturer, og vurdere de forutsetninger faget har for å kunne gi et bidrag til skolens overordnede målsetting (Bjørndal & Lieberg, 1981).

Marton (1986) gjør ytterligere en avgrensning av didaktikken. Han skiller ut fagdidaktikken, som han beskriver som en rekke kunnskapsmessige spesialiseringer. Fagdidaktikken er opptatt av spørsmål om hva man underviser om og hvordan man underviser i det bestemte faget.

Marton (1986) skiller altså på hva-aspektet, - det som berører spørsmål om undervisningens innhold og hvordan-aspektet, - det som berører strategier for å få til ønskede effekter. Han betoner at begge aspektene må behandles innenfor et bestemt kunnskapsområde for å kunne kalles fagdidaktikk. En avgrensning av fagdidaktikk er sykepleiedidaktikk, et kunnskapsområde som befinner seg innenfor rammen av sykepleiepedagogikk.



Figur 2: Vårdpedagogikens territorium med vårddidaktikens plassering (Johansson, 1995 s.4).

Innenfor sykepleiedidaktikken, her representert ved Johansson (1995), behandles undervisningsspørsmålene som tilhører det sykepleiepedagogiske kunnskapsfeltet. Det vil si pedagogiske aspekter av sykepleievitenskap, utdanning og kompetanseheving innen sykepleie og omsorg.

I følge Danielsson (1992) er det ønskelig med en sammenheng mellom fagets innhold og arbeidsformene. De ulike sykepleiedidaktiske spørsmålene berører alt fra hva som er viktige fakta, hvordan skapes forståelse, hvordan få til ferdighet og hvordan skape fortrolighetskunnskap. Hvordan løfte fram eller bevare en holdning som er en nødvendig forutsetning for at det som senere skal bedrives skal kunne kalles sykepleie og omsorg.

Utdanningens HVA har med en vurdering av undervisningens rammer og forutsetninger, mål og innhold å gjøre. Dette inngår som en del av planleggingsfasen i utdanningen.

Utdanningens HVORDAN har med vurdering av metoder i undervisningen å gjøre, som en del av tilretteleggings- og gjennomføringsfasen i utdanningen.

Ut fra dette har studiens hensikt og intervju spørsmål sprunget fram.

2.1 LÆRINGSOMRÅDER

I sykepleieutdanningens Fagplan (1992) for Høgskolen i Vestfold, avdeling for helsefag er målene for veiledet praksis i fjerde og sjette semester beskrevet slik:

“Hensikten er at studenten utvikler kunnskaper, holdninger og ferdigheter, slik at hun/han kan utføre sykepleie til enkeltpasienter eller små pasientgrupper på et faglig akseptabelt nivå. For å mestre dette må studenten utvikle følgende områder:

Læring

Evne til problemløsning

Evne til samhandling

Etikk og estetikk

Håndlag i praktiske ferdigheter” (s.6).

Områdene har etter hvert blitt godt kjent for lærere og praksisfaget i Vestfold. Det evalueringsskjema som sykepleiestudenter evalueres ut fra i sin kliniske praksis er bygget opp omkring disse områder. Områdene er ikke tilfeldig valgt, de bygger på Fagermoens (1993) teoretiske beskrivelse av sykepleiekompetanse. Fagermoen (1993) knytter sykepleiefagets læringsinnhold til sykepleierkompetansens tre grunndimensjoner:

Vitensreservoar

Etisk grunnlag

Handlingsrepertoar

SYKEPLEIERKOMPETANSENS GRUNNDIMENSJONER



Figur 3: Fagermoens (1993, s.34) beskrivelse av sykepleierkompetansens grunndimensjoner.

Det er nødvendig med utvikling av kyndighet innen alle tre dimensjoner for å bli kompetent som sykepleier. Dette leder til selvstendighet og ansvarsbevissthet i yrkesutøvelse.

“Vi kan si at sykepleierkompetanse er tredimensjonal i den forstand at dersom ikke alle dimensjonene er med, er det ikke fullstendig kompetanse” (Fagermoen, 1993, s.35)

Vitensreservoaret omfatter all type viten som er basis i sykepleierkompetanse. Det er viten fra sykepleiefag og støttefag, og viten med forskjellig kompleksitet (begreper, prinsipper og teorier). Vitensreservoaret innbefatter kunnskap, forståelse og innsikt som gir grunnlag for vurdering av pasientens problemer, og de mål og handlinger som er relevante for å løse disse problemene. Reservoaret er en kilde en kan hente fra, og fylle på (Fagermoen, 1993).

Etisk grunnlag dreier seg om å være forpliktet på sykepleiers verdigrunnlag og ha en etisk/moralsk bevissthet om grunnlaget for egne handlinger i møte med mennesker. Det omfatter avklaring av personlige og faglige verdier, identifikasjon av etiske tema, analyse av etiske tema og øvelse mot anvendelse av etisk vurderingsprosess på etiske dilemma i konkrete pasientsituasjoner (Fagermoen, 1993).

Handlingsrepertoaret innbefatter ifølge Fagermoen (1993) ferdigheter av ulike typer: Rasjonelle ferdigheter, samhandlingsferdigheter og manuelle ferdigheter.

*Rasjonelle ferdigheter beskrives som overlappende prosesser: Problemløsning, konsekvensanalyse, kritisk tenkning, klinisk vurdering og beslutningsevne.

*Samhandlingsferdigheter dreier seg om evne til å se/ få fatt i den andres perspektiv og forståelse, for å kunne favne helheten i den andres situasjon. Videre å kunne uttrykke forskjeller i synspunkter og verdier hos seg selv og andre, ha beredskap av handlinger og evne til å velge den beste handling i en motsetningsfylt situasjon.

*Manuelle ferdigheter omfatter alle bevegelser som involverer hender og kropp for øvrig, som tas i bruk ved for eksempel forflytning av pasient.

Samtidig med at Fagermoen beskriver læringsområdene, sier hun en del om nivå av læring.

Rasjonelle ferdigheter, samhandlingsferdigheter og manuelle ferdigheter utgjør handlingsrepertoaret. Det er i handling kunnskapene kommer til uttrykk. Sykepleie er forståelse omgjort til handling.

2.2 LÆRING

Læring som begrep har sine røtter i psykologien, der man allerede på slutten av 1800-tallet begynte å utvikle teorier om hvordan mennesker lærer. Thorndike la 1898 fram sin assosiasjonsteori. Han hevder at en assosiasjon skapes mellom et sinnsinntrykk (stimuli) og en handling (respons). I dag gis læring ofte følgende forklaring: I vid mening den prosess hos både mennesker og dyr der opplevelser og erfaringer påvirker og forandrer adferden. Dette kan forandres både på det indre og ytre planet, på det ytre planet påvirkes måten å tolke omgivelsen. Læring skjer til største del i samspill med omgivelsene og bestemmes derfor av sosiale og kulturelle faktorer og individuelle forutsetninger. Fremst gjennom språket tilegner individet seg kunnskap og forståelse for sine omgivelser (Nationalencyklopedin, 1992).

I litteratur og språkbruk brukes ofte termen innlæring. Termen læring som bedre

overensstemmer med den engelske termen learning blir etter hvert mer brukt. Learning kan gis to betydninger. Det står dels for den totale summen av det som har blitt formidlet i bøker og av lærte: "The sum total of what is handed down by books and learned men" (Dewey, 1966 s.335). Det er dette som tradisjonelt kalles kunnskap. Den andre betydningen peker mot hva et individ faktisk gjør når han studerer. "It is an active personally conducted affair" (Dewey, 1966 s.335).

Löfberg (1990) formulerer en distinksjon mellom innlæring og læring med følgende: "-inlæring ...är aktivitet att ta till sig något på förhand givet, avgränsad information eller så kallad fakta. Med lärande avses...den aktivitet som innebär att iakttagelser och information bearbetas och sammanförs till ny kunnskap, som är specifik för den lärande" (Löfberg, 1990 s.180). Læring handler om å konstruere ny mening - ny informasjon må stadig tolkes i termer av tidligere erfaringer. Denne mening har ofte å gjøre med hvordan erfaringene kan brukes i ulike situasjoner (Dewey, 1966).

Erfarenhet og opplevelse som grunn for læring i klinisk praksis.

Den tidligere omtalte amerikanske pedagogen John Dewey (1859 - 1952) mente at mennesket, og da særlig det lærende mennesket, er et individ i stadig interaksjon med omverden. Erfarenheter og opplevelser er pågående prosesser som hele tiden integreres i livet selv. Virkeligheten består av et antall problemsituasjoner, som skal løses. Individet forsøker å orientere seg for å få grep om situasjonen og for å kunne håndtere problem og krav. Den kunnskap som skapes i den interaktive prosessen er brukbar i nye situasjoner. Læring blir med andre ord et spørsmål om å samle erfaringer fra ulike situasjoner og bruke dem som grunnlag for handlingsstrategier i liknende nye situasjoner (Dewey, 1966).

Å vite og å gjøre betraktes fremdeles som to vidt forskjellige begreper i utdanningens verden, ifølge Dewey (1966). Virkelig kunnskap og erfaring representerer ulike perspektiv. Erfaring kobles mange ganger sammen med praktisk virksomhet, mens kunnskap antas og anses komme fra noe som har en høyere andelig verdi. Mot dette synspunktet hevder Dewey at den kunnskapen vi henter fra erfaringer handler om en "bakover- og framover forbindelse" mellom hva vi gjør og hva vi får ut som en konsekvens av dette. Å gjøre blir på så vis en slags prøvning, et stadig pågående

eksperiment for å lære om verden (Dewey, 1966).

Det går å trekke to sluttledninger fra et slikt resonnement, mener Dewey. Erfarenhet er et aktivt - passivt forhold, og den er ikke i første hånd kognitiv. Verdien ligger i hvordan vi kan oppfatte sammenhengen eller kontinuiteten med det som erfaringen leder til. Dette i sin tur inkluderer kognitiv aktivitet om erfaringen kan akkumuleres, videreutvikles og gis mening (Dewey, 1966).

Schön (1983) har i sin forskning beskrevet hva som hender ved innlæring av profesjonell yrkeskunnskap. Han har observert, dokumentert og analysert veiledningssituasjoner der yrkesutøvere veileder studenter. Resultatet har ført fram til at to nye begrep har blitt lansert, handlingskunnskap "knowing-in-action" og handlingsrefleksjon "reflection-in-action". Den profesjonelle yrkesutøvers handlingskunnskap har tre kjennetegn. For det første vet de hvordan de skal agere uten å tenke etter. For det andre er de ikke helt bevisste på om de har lært seg det eller på hvilken måte de har lært seg. Til sist kan de ikke beskrive den kunnskap som de viser til i sine handlinger. Størsteparten av yrkesutøverne handler derfor ikke ut fra en bevisst planlegging. Praktikeren angriper hvert problem som unikt og bruker derfor ikke generelle regler eller teorier, det er isteden en kunstnerlig oppvisning gjennom sin kompleksitet.

Schöns forskning kan sammenlignes med Benners (1993) forskning om sykepleieres kunnskap og handling i praktisk virksomhet. Benner anser at ekspertsykepleieren gjør lite bruk av regler og retningslinjer, hun oppfatter isteden intuitivt hver situasjon på bakgrunn av en grundig forståelse for helhets situasjonen.

Schön (1983) skriver videre at gjennom handlingsrefleksjon øker den profesjonelle yrkesutøveren sin handlingskunnskap. I nye og ukjente situasjoner omtolker yrkesutøveren den mot tidligere erfaringer og situasjonen blir dermed kjent. Yrkesutøveren har bygget opp et repertoar av eksempler, bilder, forforståelse og handlinger. Den nye situasjonen betraktes som et nytt eksempel i repertoaret. På denne måten økes erfaringene og dermed også handlingskunnskapen. Schön (1987) viser i en senere tekst på hvordan studenter som ikke har noen erfaring kan få del av handlingskunnskapen. Gjennom dialog mellom veileder og student i et tillitsfullt miljø

så blir dette mulig. Studenten må handle under veiledning før hun vet hva hun gjør, dette for å oppleve følelsen i ulike yrkessituasjoner. Veileder forteller og demonstrerer en handling/situasjon og studenten observerer, hører og imiterer. Veileder bedømmer studentens handlinger. Kommunikasjonen mellom veileder og student skal resultere i refleksjon på ulike nivåer. Schöns "refleksjonsstige" består av handling, beskrivning av handlingen, refleksjon på beskrivelsen og refleksjon på refleksjonen. Schön (1983) mener at det finnes grunn til å tro at høy kompetanse i den prosessen som tilhører handlingsrefleksjon er like viktig som kunnskapsinnholdet i en utdanning.

2.3 TIDLIGERE FORSKNING

En svensk forsker og sykepleier Ester Mogensens avhandling "Læra i praktiken" (1994) behandlet sykepleieutdanningens kliniske avsnitt. Hensikt med studien var å skape en dypere forståelse for læringen og læresituasjoner i klinisk praksis. Ni studenter inngikk i studien. Datainnsamlingen skjedde ved hjelp av observasjoner og intervjuer. Tre representasjoner framkom i beskrivelser av hvordan studentene lærer sykepleie: organisere erfaringene i fortellingens form, visuelle indre bilder og sensomotoriske eller kroppslige erfaringer. Disse integreres og støtter hverandre i studentenes læreprosess. Studenten kommer med fortellinger og indre bilder fra den teoretiske delen av utdanningen og først i klinisk praksis kan de kobles sammen med sensomotoriske erfaringer og bli kunnskap. Kontakten med sykepleie på en avdeling gir en sosialt forankret ramme for læringen.

Sykepleier og sykepleielærer Kennedy- Olsson (1995) beskriver i sin studie "Praktiken i fokus" hva som karakteriserer sykepleiestudenters læring i den kliniske praksisen. Hun fant at samspillet mellom student og sykepleier i veiledningsprosessen, forholdet til omgivelsene og lærers pedagogiske innsatser i denne form for studier som svært betydningsfulle for studenters læring. Metoden var kvalitativ med observasjoner og intervjuer. De sentrale begrepene ble: yrkesrollen, refleksjon, personkjemi, en ny verden og samarbeide skole - praksissted.

I Norge er også sykepleieforskere opptatt av de kliniske praksisstudiene i sykepleieutdanningen. Sykepleier og høgskolelektor Vigdis Granum (1993) fant at

praksisundervisningen i sykepleieutdanningen er problematisk. Hun undersøkte med hjelp av etnografisk metode sykepleiestudenters hverdag på avdelinger og hvordan veiledningen av sykepleiestudenter foregikk på praksisplassene. Hun fant at sykepleierne er usikre på hva som forventes av dem i forbindelse med veiledning av studenter og at studentene gir uttrykk for at de ikke får tilstrekkelig veiledning og at den veiledningen som gis ikke stemmer overens med det som høgskolen legger vekt på.

I den amerikanske forskningen ligger ofte fokus på klinikk lærers funksjon og dennes betydning for studentenes læring i klinisk praksis. Allerede så langt tilbake som slutten av sekstitallet så Olesen og Wittaker (1968) at både den klinisk arbeidende sykepleieren og klinikk lærer har betydning for og kan påvirke læring hos sykepleiestudenter, gjennom at de fungerer som forbilder og støtte (Mogan & Knox, 1987; Nehring, 1990).

I Sverige forsvant klinikk lærerstillingene på 1980-tallet, klinikk lærer var ansatt ved en sykepleiehøgskole og underviste bare i de kliniske praksisstudiene. I Norge er lærer sterkere knyttet til de kliniske studier enn i Sverige, men hennes tilknytning er ikke like sterks som i de anglosaksiske land som fortsatt benytter systemet med klinikk lærer. Både i Sverige og i Norge er lærerrollen i sykepleieutdannelsens kliniske praksisstudier på vei å ta ny form (Fagermoen, 1993). Det er ønskelig at lærer har en tydeligere kobling til utdanning, forskning og utviklingsarbeid på klinikkene.

Beck, (1991) har i sin studie vist at kompetente klinikk lærere gir studentene et bilde av hvordan god pleie og omsorg skal bedrives. De støtter og oppmuntrer studenten og dette styrker deres selvfølelse. Videre påviste, Kleehammer, Hart & Keck (1990) at studenters uro minsket når de visste at de hadde støtte av en kompetent klinikk lærer.

En annen faktor som har vist seg å være viktig for sykepleiestudenters læring er hvordan læringsmiljøet er organisert. Kvaliteten på relasjonen mellom student og veileder, dennes kunnskaper, holdninger og evne til å kommunisere har stor betydning for sykepleiestudenters læring i klinisk praksis (Baillie, 1993).

3. MÅL

Studiens mål er å undersøke og beskrive hva sykepleiere, ledere og lærere oppfatter som sentrale læringsområder for de kliniske studiene i sykepleieutdannelsen. Videre søker studien å undersøke og beskrive sykepleiere, ledere og læreres syn på hvordan sykepleie kan læres i studentenes kliniske praksisstudier.

Ut fra dette ble følgende spørsmål stilt til informantene i fokusgruppeintervjuene:

Hva legger sykepleiere, ledere og lærere vekt på at sykepleiestudenter lærer i de kliniske praksisstudiene?

Hvilket syn har sykepleiere, ledere og lærere på hvordan sykepleie kan læres i studentenes kliniske praksisstudier?

4. METODE

Studiens mål er å undersøke og beskrive hva sykepleiere, ledere og lærere oppfatter som sentrale læringsområder i de kliniske praksisstudier i sykepleieutdannelsen. Videre søker studien å undersøke og beskrive hvordan sykepleie kan læres i studentenes kliniske praksisstudier. Mot denne bakgrunn baseres studien på kvalitativ metode. Metoden er influert av fenomenografisk forskningstilnærming uten at studien kan karakteriseres som en typisk fenomenografisk studie. Snarere har kvalitativ innholdsanalyse blitt brukt, da temaer har blitt identifisert i intervjueteksten (Wolcott, 1994). Den fenomenografiske forskningstilnærming er utviklet i Sverige, ved Gøteborgs Universitet, Institutionen for pedagogik. Målet er ikke å følge den fenomenografiske metoden fullt ut, men å ha den som inspirasjonskilde, fordi den stemmer overens med studiens mål og intervju spørsmål.

Marton (1986) skriver at fenomenografien aldri vokste fram fra den fenomenologiske filosofien på et bevisst plan. Isteden ble fenomenografien utviklet fra empirisk forskningsarbeid med fokus på innlæring og undervisning. I ettertid har Marton (1992) og Kroksmark (1987) beskrevet hvordan fenomenologien framfor alt tilbyr filosofiske forklaringer for det metoden representerer. De fenomenografiske studiers kunnskapsinteresse er å beskrive menneskers kvalitativt forskjellige måter å oppfatte foreteelser i vår omverden. Det er ikke beskrivelser av hva noe er, men hvordan noe oppfattes å være (Marton, 1986). Foreliggende studie fokuserer på å beskrive innholdet i oppfatninger av sentrale læringsområder og hvordan sykepleie kan læres, også de underforståtte oppfatninger. Dette stemmer overens med Martons (1976) presisering av innholdet i begrepet oppfatninger innen fenomenografien.

Uppfattningar står ofta för det som är underförstått, det som inte behöver sägas eller som inte kan sägas, eftersom det aldrig varit föremål för reflektion. De utgör referensram inom vilken vi samlat våra kunskaper eller den grund, på vilken vi bygger våra resonemang (Marton, 1976 s.20).

Fenomenografien bygger på antakelsen om at hendelser i menneskers omverden kan oppfattes på kvalitativt ulike måter (Marton, 1976).

Betydningen av å beskrive ulike oppfatninger motiveres av Säljö (1988):

“The answer is related to the particular knowledge interest that is prominent in educational contexts. Teaching and learning are communicative activities and they involve attempts to change peoples conceptions of reality in order to adopt the particular forms of thought characteristic of specialized linguistic and cognitive communicative communities such as the ones represented by phycisists, geographers, historians etc. The use of insights from phenomenographical research provides intellectual tools that can be used when planning teaching” (s.44).

Kroksmark (1987) hevder at identifisering av kvalitative forskjeller i oppfatninger og kartlegging av hvilke vilkår som gjelder for oppfatningen, er grunnlaget for didaktiske valg i undervisningssammenheng. Det kan vise seg at det er forskjellige oppfatninger i forhold til vesentlige områder. Ved å beskrive disse oppfatningene, kan en dypere forståelse oppnås og ligge til grunn for f. eks. en forbedring av undervisningen (Marton, 1976).

Datainnsamlingsmetode og deltakere til studien ble valgt med utgangspunkt i at det var ønskelig å kartlegge så mange oppfatninger som mulig. Malterud (1996) beskriver datainnsamling ved hjelp av fokusgrupper. Denne tilnæringsformen er godt egnet hvis en leter etter synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 1996). Rundt sykepleiestudentens kliniske praksisstudier samhandler et flertall personer med forskjellige oppgaver. Gjennom å velge denne metode vil muligheten for å nå et stort antall personer som er knyttet til praksisstudiene være tilstede. Metoden ble foretrukket framfor individuelle intervjuer for å oppnå studiens intensjon om bredde og variasjon i oppfatningene. En annen årsak til valg av datainnsamlingsmetode var forsøket på å unngå opplevelser hos de intervjuede av å bli forhørt i forhold til egne kunnskaper og faglig bevissthet.

I flere forskningsarbeider blir det hevdet at fokusgruppeintervju er egnet til å identifisere behov, holdninger og oppfatninger av undervisningsprogram (Basch,

1987; Folch - Lyon & Trost, 1981; Kingry Tedje & Friedman, 1990; Krueger, 1988; Nyamathi & Shuler, 1996). Dette støttet valget av datainnsamlingsmetode.

4.1 DATAINNSAMLINGSMETODE

Det var viktig å få til en åpen diskusjon i intervjuene. Planlegging omfattet derfor utforming av intervju spørsmål, utvelgelse av en kjent omgivelse for intervjuet, og hensiktsmessig utvalg av deltakere til de ulike fokusgruppene.

Studiens mål, intervju spørsmål, deltakerkategorier og plan for bearbeidning av data og resultatformidling ble presentert muntlig for Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Studien unntas fra konsesjonsplikt i henhold til “Forskrift om endringer i forskrift 21. desember 1979 i medhold av lov om personregistre mm.”, Kap. 2, av 2. desember 1996.

Lederne for virksomhetene fikk skriftlig forespørsel om å gi tillatelse til studien. Lederen ble bedt om å være behjelpelig med å velge ut deltakere som falt inn under de kategorier av grupper som skulle intervjues. (Vedlegg 1: Eksempel på forespørsel til leder).

Andre faktorer som måtte oppfylles var frivillig deltakelse og informert samtykke fra de som skulle delta i intervjuet. Skriftlig informasjon om studien og forespørsel om deltakelse ble sendt de mulige deltakerne via deres leder. (Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse).

Ved avtalt tidspunkt for intervju var det ukjent for intervjuer hvilke personer som møtte. Før intervjustart ble studiens hensikt igjen gjennomgått og deltakerne skrev under på at de var informert og samtykket i å delta i studien. Frivilligheten ble igjen presisert.

(Vedlegg 3: Svarslipp for informert samtykke).

4.2 INFORMANTER

Et nøkkelprinsipp i utvalg til fokusgrupper er at deltakerne er homogene (Krueger, 1988). Flere kategorier ansatte i Høgskolen og i praksisfeltet er involvert i studentenes kliniske praksis. Det ble satt sammen grupper fra de forskjellige stillingstypene. Følgende kategorier ble valgt:

Fra Høgskolen i Vestfold, Avdeling for helsefag:

Faglig ledelse ved Avdelingen	1 gruppe
Lærere som arbeider i kurs 4	2 grupper
Lærere som arbeider i kurs 5	1 gruppe

Fra sykehustjenesten:

Sjefsykepleiere fra sykehusene	1 gruppe
Avdelingssykepleiere fra sentralsykehus	1 gruppe
Avdelingssykepleiere fra lokalsykehus	1 gruppe
Kliniske veiledere fra sentralsykehus	1 gruppe
Kliniske veiledere fra lokalsykehus	1 gruppe
Kontaktsykepleiere fra sentralsykehus	2 grupper
Kontaktsykepleiere fra lokalsykehus	1 gruppe

Fra kommunehelsetjenesten:

Avdelingsledere fra heldøgnsomsorg	1 gruppe
Fagutviklingsledere fra heldøgn- og hjemmebasert omsorg	1 gruppe
Kontaktsykepleiere fra heldøgnsomsorg	3 grupper
Kontaktsykepleiere fra hjemmebasert omsorg	2 grupper

Kreuger (1988) og Morgan (1988) anbefaler deltakerantallet i en fokusgruppe til mellom 6 og 8 personer. Der det var mulig framgikk dette antall som et ønske i forespørselen til leder. For noen av gruppekategoriene var antallet som tilhørte denne kategori i utgangspunktet ikke stor nok. Fokusgrupper med mindre antall deltakere har blitt gjennomført med tilfredstillende resultat (Krueger, 1988). Sykdom og uforutsette hendelser gjorde at også noen av de andre gruppene ikke hadde det anbefalte deltakerantallet. I tre av gruppene møtte bare 2 personer. De andre

gruppene hadde fra 3 til 8 intervjupersoner. Totalt deltok 69 personer i studien fordelt på 19 fokusgrupper.

4.3 AVGRENSNING

Informanter i studien er representanter fra praksisfeltet og Høgskolen. Studien avgrenser seg til å omfatte Høgskolen i Vestfold, Avdeling for helsefag og praksisfeltet som er Vestfold fylke med sine 15 kommuner, 3 lokalsykehus og 1 sentralsykehus. Informanter fra forebyggende helsearbeid og det psykiatriske praksisfeltet har av tidsmessige årsaker ikke blitt forespurt om å delta i studien. Av samme årsak har heller ikke studenter og pasienter deltatt i studien.

4.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE

Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført på deltakernes hjemmearena. Et uforstyrret møterom ble brukt. Deltakerne plasserte seg rundt et bord, slik at diskusjon med hverandre kunne gjennomføres. Forfatteren til studien om rammefaktorer og forfatteren til foreliggende studie deltok ved alle intervjuene. Deres rolle ble klargjort i innledningen av hvert intervju. Den ene hadde rollen som moderator. Denne stilte spørsmålene og ledet diskusjonen framover. Den andre hadde rollen som sekretær. Denne skrev ned synspunktene under intervjuet og stilte bare oppklarende spørsmål. Ved avslutningen gjorde sekretæren en oppsummering av de viktigste synspunktene. Moderator og sekretær vekslet roller og gjennomførte noen av de 19 intervjuene som moderator og noen som sekretær. Hvert fokusgruppeintervju varte i 90 minutter.

Foruten at intervjuet ble nedskrevet så ordrett som mulig underveis av sekretær, ble hvert intervju spilt inn på lydbånd. I følge Malterud (1996) og Krueger (1988) stilles det ikke krav til at fokusgruppeintervju transkriberes. Sekretæren hadde avsatt tid for å databearbeide sine notater umiddelbart etter intervjuet. For å kontrollere at alle synspunkter var kommet med, hørte forfatterne sammen på lydbåndet og teksten kunne kompletteres med ytterligere detaljer i de synspunkter som fokusgruppen hadde framført.

Alle gruppene fikk de samme spørsmålene ut fra intervjuguiden (vedlegg 4). Moderator sørget for fordykning og begrunnelser relatert til tema som informantene

tok opp. Som eksempel kan nevnes ett av temaene, samtaler med pasient. Her ble informantene utfordret på å beskrive hva slags samtaler de mente, og hva sykepleierstudenten skulle lære for å gjennomføre slike samtaler.

Oppslutningen var stor, mange av informantene møtte på fritid eller hadde kollegaer som tok på seg merarbeid for at avdelingen skulle kunne sende en representant til intervjuet.

Stemningen under intervjuet var innledningsvis litt avventende. Informantene hadde tidligere ikke vært sammen i en liknende situasjon og intervjuerne var ukjente eller delvis ukjente for de fleste. Snart ble det klart at intervjuets tema, praksisstudier i sykepleierutdannelsen, var noe som alle fokusgruppene var sterkt engasjert i. Dette var et gjennomgående inntrykk, bortsett fra i en gruppe med kontaktsykepleiere, der flere av deltakerne ikke hadde erfaring med å veilede sykepleiestudenter. Dette intervjuet avvek også en del fra de øvrige i forhold til framførte oppfatninger.

Moderator fikk bruk for sin erfaring som lærer og veileder under intervjuet. Hun sørget for at alle deltakerne kom til orde, fulgte med angående gruppedynamiske prosesser som kunne medvirke til å styre kunnskapsutviklingen og bidro til at samtalen fikk en mest mulig konkret forankring i det tema som skulle belyses. Den avsatte tiden på 90 minutter ble brukt i samtlige intervjuer. De fleste ganger var tidsrammen tilstrekkelig. Ved et par intervjuer med mange deltakere, var det en utfordring å styre tiden, slik at på forhånd bestemte temaområder ble belyst.

Intervjuet ble avsluttet med en oppsummering av de viktigste hovedpunktene i det som fokusgruppen hadde ført fram. Veldig mange deltakere uttrykte sin begeistring over å få delta i studien. De syntes det var positivt at Høgskolen etterspurte deres erfaring og meninger. Flere uttrykte at selv om deres egne synspunkter ikke fikk konsekvenser og ble ivaretatt, så hadde intervjuet i seg selv bidratt til egen bevisstgjøring og nye ideer om hva sykepleiestudenter skal lære i sin kliniske praksis og hvordan dette kan læres.

4.5 FORSKNINGSETIKK

Kvalitativt intervju oppleves ofte positivt, fordi informantene nettopp får bidra med det de har aller mest på hjertet. Informantene blir lyttet til på en respektfull måte. Selve intervjuet kan bli berikende, fordi innsikt og oppklaringer kan skje i dialogen både under og etter intervjuet. Gjennomføringen av intervjuene bekreftet dette.

Invitasjonen til deltakelse i undersøkelsen, og behandlingen av datamaterialet, fulgte formelle retningslinjer, jfr. kap. om forberedelse av intervjuene. Det innsamlede materialet ble oppbevart nedlåst, og blir slettet etter at studien er godkjent som eksamensarbeid i studiet Vårdpedagogik 61-80 poeng ved Gøteborgs Universitet.

Intervjuerne understreket ved hvert enkelt intervju at de ikke hadde myndighet til å foreta fokusgruppens foreslåtte forandringer. Det forskningsetiske ansvaret ble beskrevet. Dette innebærer blant annet å bringe resultatene videre, gjøre dem tilgjengelige for dem det angår, og evaluere dagens praksis i lys av resultatene. Den ferdige rapport sendes derfor alle institusjoner og administrative enheter, som har deltatt i studien. Studiens forfatter vil bidra til at resultatene er med i vurderingene som gjøres, når Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Vestfold utarbeider ny Fagplan og videreutvikler kliniske praksisstudier.

4.6 ANALYSE AV DATAMATERIALET

Analyse av datamaterialet startet etter at all datainnsamling var gjennomført.

De to lærerne som hadde gjennomført intervjuene fortsatte å arbeide parallelt og samarbeidet gjennom hele analyseprosessen. Arbeidsgangen var at det først ble arbeidet individuelt, for så i viktige faser å komme sammen og sammenligne for så å finne overensstemmelser i hverandres analyseresultat.

Arbeidet startet med at forfatterne hver for seg leste utskriften av det enkelte fokusgruppeintervju. Ved de første gjennomlesningene ble intervjuets innhold grovsortert i hovedområder, som for det meste samsvarte med intervjuguidens hovedområder. Grovsorteringen var nødvendig, fordi fokusgruppene ofte uttalte seg om flere sider ved praksisstudiene under samme spørsmål. For eksempel kunne

synspunkter om hvordan lære bli trukket frem når det ble spurt om hva studentene skulle lære i sine kliniske studier.

Forfatterne prøvde, i denne første fase, å etablere et helhetsinntrykk fra hvert enkelt intervju. Spørsmål som ble stilt til teksten i datamaterialet var, hva er denne fokusgruppen opptatt av? Etter grovsorteringen sammenførte forfatterne sine helhetsinntrykk. Deretter ble innhold i hovedområdene sammenlignet, diskutert og justert. I fellesskap ble det funnet en struktur med temaområder innenfor de enkelte hovedområdene. Hva og hvordan skal sykepleiestudenter lære i sine kliniske praksisstudier. Rammefaktorer som tilhører en annen studie ble sortert for seg.

Intervjuets intensjon var å undersøke og beskrive oppfatninger av læringsområder for sykepleiestudentenes kliniske studier. Videre å undersøke og beskrive hvordan sykepleie kan læres i de kliniske praksisstudiene. Utvalget av fokusgrupper ble satt sammen av de mest sentrale aktørene rundt studenten: sykepleiere, ledere og lærere fra sykehusetjenesten, kommunehelsetjenesten og høgskolen. Hensikten var ikke å sammenligne og finne forskjeller mellom de ulike fokusgruppene, men å beskrive og utdype synspunktene.

I neste fase av analysearbeidet ble det derfor arbeidet med å få fram ulike temaer innenfor hvert enkelt hovedområde. Arbeidet startet også denne gang med at forfatterne arbeidet individuelt. I den innledende del av denne fasen var utgangspunktet for analysen det enkelte fokusgruppeintervju. Deretter ble en versjon av hele datamaterialet stykket opp. Nå ble teksten merket med gruppetilhørighet og sortert under hvert av de utkrystalliserte temaområder. Denne oppstykkingen av datamaterialet ble igjen sammenlignet og forfatterne brukte tid på å diskutere og systematisere tekstens tematilhørighet. Samarbeidet i den innledende fase i analysearbeidet var til å begynne med nødvendig for å sortere ut hva som tilhørte læringsområdene og hva som tilhørte rammefaktorer. Til tross for at det innsamlede datamaterialet skulle brukes i to ulike rapporter fant forfatterne det fruktbart å fortsette samarbeidet gjennom hele analysearbeidet.

I fellesskap fortsatte forfatterne med å lese innholdet under hvert enkelt temaområde. Hensikten var nå å se om det fantes variasjoner under hvert enkelt tema. Til de

enkelte tema og variasjonene ble det valgt ut sitater som belyste innholdet.

4.7 TROVERDIGHET

Spørsmål om den kvalitative forskningens gyldighet, eller validitets- og reliabilitetsspørsmål, er ikke like tydelige som i den kvantitative forskningen. Grunnideen ved bedømming av validitet tar utgangspunkt i hvor godt forskeren har "sett", beskrevet og forstått de fenomener som han har hatt til hensikt å studere. Validiteten bedømmes også i forhold til hvor godt forskeren får fram informasjon som belyser og hjelper til å forstå forskningsobjektet (Kvale, 1983).

Reliabilitet betyr først og fremst at forskningsarbeidet viser en logisk stringent tankegang og at fremstillingen er begripelig. Reliabilitet handler også om nøyaktighet i datainnsamlingen (Helenius, 1990).

Når det gjelder validiteten så kan den bedømmes ut fra intervjuguiden som finnes vedlagt. De spørsmål som den inneholder vil være med på å synliggjøre om studien fanger opp studiens hensikt.

En styrke ved studien er at mange personer har deltatt i et relativt stort antall intervjuer. Det hadde styrket studien ytterligere om studenter og pasienter kunne bidratt med sine oppfatninger om hva sykepleiere skal lære i sine kliniske studier. Mangesidigheten må allikevel anses ivaretatt. Deltakerne i fokusgruppeintervjuene var alle sykepleiere, med varierende lang erfaring som kontaktsykepleier, leder eller lærer. Ved gjennomføringen av de siste fokusgruppeintervjuene, så framkom det egentlig ikke nye oppfatninger som skilte seg ut fra resten av materialet.

Fokusgruppene beskriver sine egne oppfatninger om virkeligheten, og det er det som er studiens interesse.

I beskrivelsen av gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene framkommer en engasjert deltakelse. Selv om intervjuerne representerer Høgskolen, og mange vet hva Høgskolen legger vekt på i praksis, finnes det ikke grunn til å tro at fokusgruppene formulerte utsagn som passer inn i den for tiden rådende modell for

praksisstudier. Vi erfarte tvert imot en åpen, ærlig selvstendighet i refleksjonene der deltakerne i fokusgruppene virkelig anstrengte seg for å gi en oppriktig oppfatning av hva de mente. Også lærergruppen benyttet anledningen til å få fram sine meninger om praksisstudier i sykepleierutdannelsen. Deltakerne i fokusgruppene er sykepleiere, ledere og lærere fra Vestfold. Studien har derfor bare delvis overførbarhet til andre utdanningsinstitusjoner og deres praksisfelt.

Hovedpunktene i det som hver enkelt fokusgruppe framførte, ble ved slutten av intervjuet sammenfattet og lest opp av sekretæren. Et første skritt mot analyse av materialet hadde på denne måten allerede begynt og deltakerne bekreftet så langt de tolkninger som var gjort.

En annen styrke ved studien ligger i at det hele tiden har vært to om å gjennomføre intervjuene og gjøre tolkningsarbeidet i analysen.

Intersubjektiviteten, muligheten til å gjenta studien, baserer seg på undersøkelsesmetode og metoder for analyse og tolkning. Dette er en av grunnene til at intervjuguiden finnes med som vedlegg, og at fasene i analysearbeidet er beskrevet så detaljert som mulig. Det bør derfor være mulig å følge undersøkelsesprosessen.

Da analysearbeidet var avsluttet og studiens resultat forelå i form av innholdsbeskrivelser av de ulike temaene, gikk intervjuerne tilbake til det opprinnelige datamaterialet. Innledningsvis i analysearbeidet ble helheten brukt i hvert enkelt intervju for å identifisere temaområder. Deretter ble det gjort en skriftlig sammenstilling av alle svar avgitt under de enkelte temaområde. Dette råmateriale ble spart og kunne derfor brukes til å rekontekstualisere resultatene. Det ble ikke funnet data som det var vanskelig å tilbakeføre til de opprinnelige utskrifter. Resultatet hadde stor variasjon når det undersøktes hvilke fokusgrupper som det var valgt ut sitater fra.

Det vil kanskje kunne hevdes at studiens troverdighet hadde vært høyere om hvert enkelt fokusgruppeintervju var blitt ordrett utskrevet etter lydbåndene. Malterud (1996) hevder at fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode ikke krever en slik arbeidsform. De skriftlige notater som sekretæren gjør i løpet av intervjuet er tilstrekkelig som utgangspunkt for kvalitativ analyse. I denne studien ble notatene

skrevet ut via data direkte etter gjennomført intervju. I tillegg ble det lyttet til lydbåndet for å høre om oppfatninger hadde falt bort.

5. RESULTAT

Sitater har blitt valgt ut i resultatpresentasjonen fordi de belyser meningsinnholdet i temaet de er knyttet til. De aller fleste gruppene er representert med sitater i resultatpresentasjonen. Dette er tilfeldig, intensjonen var ikke i utgangspunktet å gjøre det. Bruken av sitater med stor gruppevariasjon viser at alle gruppene kunne bidra med belysende synspunkter. Etter hvert sitat gis i parentes en anmerkning om hvor sitatet stammer fra. Anmerkningene forteller om stillingstype og arbeidssted for gruppen som gav uttalelsen.

5.1 HVA LEGGER SYKEPLEIERE, LEDERE OG LÆRERE VEKT PÅ AT SYKEPLEIESTUDENTER LÆRER I KLINISK PRAKSIS

Med utgangspunkt i det første spørsmålet i fokusgruppeintervjuet, hva legger informantene vekt på at sykepleiestudenter lærer i de kliniske praksisstudiene, utkrystalliserte det seg åtte temaer i analysearbeidet.

Temaene var:

- **Naturvitenskapelig kunnskap**
- **Etiske verdier**
- **Praktiske ferdigheter**
- **Pasientsamtaler**
- **Samarbeide**
- **Læring av en tankerekke**
- **Klinisk vurdering**
- **Prioritering**

Dette er læringsområder som ikke bare er knyttet til læring i de kliniske praksisstudiene, men de ble av fokusgruppene betegnet som områder som skulle videreutvikles i de kliniske studier.

Naturvitenskapelig kunnskap

Dette temaområdet fikk mye omtale av samtlige fokusgrupper og det var stor enighet i at den kliniske praksisen er egnet til å lære mer innen dette tema. Det var i særlig grad kunnskapsgrunnet ved praksisstart som gruppene hadde oppfatninger om. Sykepleiere og lærere er enige i at det er stor forskjell på hvor mye naturvitenskapelig

kunnskap studentene har. Noen mangler sentral naturvitenskaplig kunnskap og dette hindrer studentene i å få optimalt utbytte av sin kliniske praksis. Fra sykehusetjenesten og kommunehelsetjenesten, og fra lærerne selv, rapporteres det at studenter har for lite kunnskaper om naturvitenskapelige fag. Det gjelder anatomi, fysiologi, patologi, medikamentlære og ernæring. I tillegg lærer studentene for lite om å være gammel og syk. Noen områder, f.eks. aldersdemens, er ikke dekket i pensum.

Hos oss kan de lære om sykdommer, lære hva som er spesielt med pasienter med samme diagnose (Kspl, sykehusetj, 11).

Studentene har ikke kunnskaper om geriatri når de kommer hit. Det er ille, og det bidrar til at de ikke finner praksisen interessant. De vet ikke hva de skal se etter, hva sykepleier kan gjøre, hvilke muligheter vi har (Leder i kommunetj., 14).

En student blandet 10 ml. saltvann med tørrstoff, og kunne ikke forstå at det kunne bli 11 ml. Mange kan mindre om proteiner og vitaminer enn våre barn i grunnskolen (Klin. veil., 9).

Vi er sjokkert, for studentene lurer f.eks. på hva Lasix er! (Kspl i kommunetj., 19).

Gruppene gav forskjellige forklaringer på årsaken til manglende kunnskap, og spesielt naturvitenskapelig kunnskap. Flere fokusgrupper framholdt mangel på praktisk erfaring i studiets teoriavsnitt som en årsak. Videre forklares kunnskapsmangelen ut fra pedagogiske metoder i undervisningen.

Studentene mangler kanskje disse kunnskapene, fordi de har lest til eksamen, men ikke har kunnet relatere det de leser til praksis? Studentene trenger knagger å henge kunnskapen på (Ledere i kommunetj., 13).

Problembasert læring gir den konsekvens at studentene lærer å lære, men mister en del kunnskap (Helsefag, 3).

Etiske Verdier

Flere fokusgrupper fremhevet at det for mange studenter var stor overgang fra teoretiske studier til de kliniske praksisstudiene. Praksisfeltet har ofte en betydelig oppgave med å få studentene til å forstå at de ikke lenger er første person, slik studentene lett får inntrykk av når de deltar i teoriundervisningen på Høgskolen. I praksis er det alltid hensynet til pasienten som kommer i første rekke.

Studentene må være klar over at de må være normale i klesveien og ha normal etikette. De må også være klar over at de ikke er første person, det er det pasienten som er (Ledere i sykehustj., 7).

Da datamaterialet ble bearbeidet og analysert, framkom variasjoner av hvilke etiske verdier fokusgruppene mente skulle ligge til grunn i sykepleien og som dermed også inngår i læringsområdet. Verdiene som framkom var:

Respekt og toleranse, ydmykhet, mot og medfølelse.

Respekt og toleranse

Studentenes bevissthet om alle menneskers verdi, og toleranse for forskjellige mennesker, ble beskrevet som viktige verdier i sykepleien. Studentene må lære å vise respekt for pasienten på sykehuset og i eget hjem, var utsagn som ofte kom tilbake i intervjumaterialet. Hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten møter brukere på deres premisser overrasker ofte studentene. Utførelse av sykepleie blant private ting, hente utstyr fra private skap, krever høy grad av respekt og pasientens medbestemmelse. Denne respekten for personen og rett til medbestemmelse gjelder også på sykehus.

Studentene skal lære seg at pasienten er en person selv om de er på sykehus, de har levd et liv før de kom til oss, derfor vet de hvordan de vil ha det (Ledere i sykehustj., 6).

Toleranse for innvandrere, gamle og kreftpasienter, ja alle typer av mennesker, for pasientene er individuelle og det må de takle (Kspl i sykehustj., 12).

Ydmykhet

Begrepet ydmykhet er en verdi som ofte forekommer i intervjumaterialet.

Fokusgruppene er opptatt av at studentene gjennom sin kliniske praksis må få innsikt i kompleksiteten i det å være syk og bli pasient. Kompleksiteten i sykepleiefaget må de også få større innsikt i. Ydmykheten som omtales i intervjumaterialet blir beskrevet som en etisk verdi som skal internaliseres i studentene. Gjennom de kliniske praksisstudiene må de forstå at det ikke finnes oppskrifter og enkle svar i sykepleien. Dette mener informantene i fokusgruppene, skal medføre en holdning av ydmykhet.

Ydmykhet er egenskaper jeg vil se at studentene har for faget og for de pasienter som de har ansvar for. Med ydmykhet mener jeg ikke at de skal legge seg flate, men føle stolthet for faget, ha respekt og være nysgjerrige (Kspl i kommunetj., 15).

Mot

Verdien mot ble omtalt av flere fokusgrupper og det framkom som en viktig verdi i flere sammenhenger. Framfor alt ble motet vektlagt i forhold til det å lære å tørre vise frem egne meninger å tørre nærme seg vanskelige situasjoner.

Studentene må tørre å ta vare på mennesket og ikke gjøre henne urett (Helsefag, 1).

Å kunne være nær pasienten lenger, kunne være det, våge være det (Kspl i kommunetj., 18)

Medfølelse

Datamaterialet inneholder beskrivelser av at studenten må utvikle sin medfølelse og empati i løpet av de kliniske praksisstudiene.

Studenten må utvikle evnen til å sette seg inn i den andres situasjon, skjønne pasienten og takle reaksjoner som aggressivitet og gråt (Kspl i kommunetj., 19).

I noen intervjuer sies det at enkelte studenter ikke egner seg for sykepleieyrket. Dette anses som et grunnleggende hinder for utvikling av læringsområdet etisk grunnlag. I et par av fokusgruppeintervjuene framkom synspunkter på at læringsområdet etiske verdier er problematisk for praksisfeltet å ivareta. Dette ble forklart med at flere naturlige verdier er på vei til å bli glemt i vårt samfunn og i sykepleieutdannelsen. Det mener fokusgruppene er grunnen til at ikke alle studenter ivaretar de etiske verdier.

Verdier som fantes naturlig før er nå bortglemt. Studenten kan plassere tisseflasken ved siden av kaffekoppen (Klin.veil., 9).

Praktiske ferdigheter

To variasjoner av praktiske ferdigheter framtrådte i analysen av datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene. De ble omtalt som grunnleggende ferdigheter og avanserte ferdigheter.

Grunnleggende ferdigheter

Det kom klart fram etter alle fokusgruppeintervjuene at praksisfeltet var sterkt opptatt av at sykepleiestudentene måtte lære grunnleggende stell og pleie av pasienter. Både fokusgrupper fra kommunehelsetjenesten og sykehusetjenesten på alle nivåer var opptatt av dette. Praksisfeltet mente generelt at de måtte bruke mye tid på å lære de fleste studenter dette. Mange mente at dersom studentene behersker grunnleggende ferdigheter dårlig, går uhensiktsmessig mye av tiden i de kliniske studier til å trene dette. Dermed får studenter trent for lite på andre nødvendige læringsområder, som fokusgruppene mente tilhørte praksis i sykehusetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Innholdet i de grunnleggende ferdighetene ble av de fleste fokusgrupper betegnet som praksiskunnskap i å stelle en pasient. Studentene måtte lære å holde kluten, mate en pasient, legge bekken, løfte og kunne forflytte pasienter. Mange omtalte

disse grunnleggende ferdighetene med å ha et godt håndlag.

Våre pasienter må ha hjelp med alt og stellet får ikke gjøre vondt.

Fingerferdigheten og tryggheten er borte hos mange selv om de er sisteårs studenter. Det er ikke bra for vårt yrke når pasienter uttrykker at de heller vil bli stelt av hjelpepleiere

(Kspl i kommunetj., 16).

Studentene velger seg bort fra stell, som er viktig. Et praktisk yrke krever trening. Å være i stell er utgangspunktet for å lære å observere, oppøve det kliniske blikk

(Ledere i kommunetj., 13)

Grunnleggende stell og pleie må de kunne, for det er det som er sykepleiens særegne kunnskapsområde (Ledere i sykehustj., 6).

Et sitat fra en fokusgruppe illustrerer kanskje hvor uvante studenter er med å stelle pasient, deres manglende utviklede evne til å være nær pasienten, slik det grunnleggende stellet krever, og at utøvelse av praktiske ferdigheter innebærer bruk av kunnskap.

Det store hanskeforbruket har jeg undret meg over. Studentene er ikke vant til, og er ikke trygge i å ta på folk. I alle fall ikke pasienter. Studentene bruker hansker til alle ting. Ansiktsvask, ryggvask osv. Kanskje de ikke har kunnskaper i hygiene? Jeg tror det er for å få distanse, hansker er distanse (Ledere i sykehustj., 5).

Avanserte ferdigheter

Relativt få fokusgrupper uttalte seg om tekniske sykepleieprosedyrer. Det nevnes at noen avanserte ferdigheter, som sprøytesetting, såromlegging og kateterisering, blir vektlagt. Det uttrykkes at studentene bør ha vært igjennom de fleste praktiske oppgaver. På noen områder bør studentene oppnå funksjonsdyktighet, og på andre funksjonsberedskap. Fokusgruppene definerer ikke hvilke ferdigheter studentene bør oppnå funksjonsdyktighet i. Det ble hevdet at fingerferdighet kan læres etter hvert,

men at studentene ofte er konsentrert om nettopp de avanserte ferdighetene.

Studentene begynner sin praksis på et høyt teknisk og spesialisert nivå. Fokus for læring blir på det tekniske (Ledere i sykehustj., 5).

Fokusgruppene påpekte vekten av at studentene lærte stell av pasienter i sin kliniske praksis fordi det er en stor del av sykepleierens oppgaver og heri ligger yrkets særegne kunnskapsområde.

Pasientsamtaler

Samtaler med pasienter ble av flere fokusgrupper først og fremst omtalt som utøvelse av samtale og samtalekunst. Fokusgruppene mente at studentene skal lære å føre faglig korrekte og målrettede samtaler med pasientene. Det var ikke de vanskelige samtalene som alltid vil forekomme i helsevesenet som det ble henvist til. Flere fokusgrupper mente disse var for avansert for studenten å utføre på egen hånd.

Progresjon i studentenes ferdighet i å samtale med pasienter, viser seg ved at studenten først kan snakke om dagligdagse temaer som vær og vind med pasienten, for senere å gjøre bruk av sine kunnskaper i samtalemetodikk. Før studenten avslutter sine studier i klinisk praksis må hun ha lært å kunne føre faglig korrekte og målrettede samtaler med de pasienter som hun kommer i kontakt med, samtidig som hun utfører stell eller prosedyrer hos den samme pasienten.

Innkomstintervjuet er en utmerket oppgave for studentene å utføre. Da får de prøve seg på å lede en samtale, spørre om private ting og de starter en relasjon med pasienten (Kspl i sykehustj., 12).

Studenten må lære å kommunisere samtidig som hun utfører prosedyrer hos pasienten. I samtale med slagpasienter må studenten lære at svaret kan komme sent og demente kan svare med å gi en klask der bak (Kspl i sykehustj., 2).

Samarbeide

Et tema som anses som sentralt av mange fokusgruppene og som de mener at studentene kan lære i sin kliniske praksis er samarbeide. Det er samarbeid med medarbeidere og pasienter som blir omtalt og framstår i analysematerialet som to variasjoner innen dette temaområde.

Samarbeide med medarbeidere

Flere fokusgrupper sier at studentene må lære seg å samarbeide med andre yrkesgrupper, kjenne til kanalene, vite hvem som har ansvar for hva. Måten samarbeidet skjer på, er ofte gjennom velkjente sykepleieoppgaver som dokumentasjon og rapportering. Oppgaver som er mer rettet mot administrasjon og ledelse blir også framhevet som noe studentene skal lære, men fokusgruppene som omtaler dette er opptatte av å nivåanpasse læringsområdet til å gjelde samarbeide i form av utøvelse av lederoppgaver i sykepleie.

Administrasjon og ledelse er å administrere seg selv, evne til å delegere hva jeg kan gjøre, og andre kan gjøre. Det er å samarbeide med sine medarbeidere. Dere må si til studentene at de ikke skal sitte på avdelingsleders kontor i denne praksisen. Noen tror de skal det (Kspl i kommunetj., 17).

Samarbeide med pasienter

En fokusgruppe begrunnet læringsområdet med at sykepleier må samhandle med pasienten for å bli kjent med denne. Om sykepleieren har blitt kjent med pasienten, så kommer samvittigheten og engasjementet, og da tar hun også sitt ansvar. På samme vis sier de at mangel på samarbeid fører til mangel på respekt og ansvar for pasientene.

Sykepleie består av å være og å gjøre. Samarbeid er "limet" mellom mennesker. Som sykepleier må vi møte pasientene. Enhver praktisk handling er også samhandling (Helsefag, 3).

Mennesker som har en lidelse, behøver en å samarbeide med, en som ser

den andre, og ikke gjør den andre urett ved å forverre lidelsen. Sykepleieren er "navet" i samarbeidet omkring pasienten. Hun har samarbeidsansvaret, og må lære seg å være seg det bevisst (Helsefag, 1).

Om evne til samhandling ikke er til stede, så tar ikke sykepleier sitt ansvar og viser ei heller pasienten den respekt som han fortjener. Pasienten blir avsondret fra hjelpeapparatet (Kspl i kommunetj., 18).

Læring av en tankerekke

"Tankerekken" det ble snakket om ble beskrevet på mange forskjellige måter, men med lignende innhold. Fokusgruppene beskrev læring av en kognitiv utvikling hos studenten som følger et bestemt mønster. Aktivitet og etter hvert selvstendig handling i tråd med sykepleieprosessen kan gjenkjennes i det som ble beskrevet i intervjuene. I datamaterialet kunne det identifiseres at fokusgruppene la vekt på utvikling av det som i sykepleielitteratur betegnes som kliniske blikk, kritisk tenkning, å kunne fatte beslutninger og løse problemer.

Studentene skal lære en tankerekke og et arbeidsmønster som gjelder i alt sykepleiearbeide. Dette arbeidet skal være påbegynt på skolen og videreføres hos oss i praksis. Tenkningen er til hjelp for studenten, gir følelse av å mestre noe. Det er godt, for det er så mye diffust i sykepleie (Ledere i kommunetj., 14).

Klinisk vurdering

Det vil kunne hevdes at klinisk vurdering og prioriteringsevne inngår i temaet, lære seg en tankerekke. Dette kan gjøres fordi disse temaene også inngår i det som i litteraturen benevnes som sykepleieprosessen. I denne studien velges det å gjøre egne temaområder av disse fordi de ble omtalt av flere fokusgrupper som egne læringsområder.

Den kliniske vurderingen ble av en fokusgruppe beskrevet med at studenten skal utvikle sin evne til observasjon, observere forandringer hos pasienten og kunne observere pasienten ut fra mottatt rapport. De skal lære å vurdere pasientens

bevissthet og reaksjoner på medisiner som blir gitt. Vurdere sår ble gitt som eksempel. Progresjonen viser seg i form av at studenten ser og kan forholde seg til mer enn ett gjøremål til en pasient av gangen. I sjette studiesemester forventes det at studenten kan identifisere mange dimensjoner av pasientens lidelse.

Studenten må kunne vurdere om pasienten blir dårligere. Jeg forventer at de observerer forandringer (Kspl , sykehustj., 11).

Prioritering

Flere fokusgrupper la vekt på at studenten måtte lære seg å prioritere fordi en yrkesvirksomhet som sykepleier handler om å kunne prioritere. Trening i å kunne prioritere på mange områder ble sterkt omtalt av de fleste fokusgrupper. Studenten skal identifisere pasientens behov for sykepleie. Ikke alle behov er det mulig å tilfredstille, men studenten skal lære seg å prioritere ut fra det hun/han identifiserer. Hun/han skal bruke relevant kunnskap og knytte disse til sine observasjoner.

Studenten må lære å identifisere pasientens behov for sykepleie og så må de lære å velge ut hva vi her og nå kan bidra med for pasienten (Ledere, sykehustj., 6).

Sykepleie dreier seg om måten en takler situasjonen på; uforutsette ting, endring i pasientens adferd, at en kan hente hjelp om en ikke mestrer situasjonen. Studenten skal kunne takle akuttsituasjoner som blodtrykksfall. Da må de gjøre en klinisk observasjon, praktisk måle blodtrykket og tilkalle hjelp. De må kunne omsette teori til praksis der og da. Studenten må takle å være den som først er tilstede når alarmen går. De må kunne prioritere mellom den pasienten de er hos, og den som utløste alarmen. På samme måte må de kunne prioritere i andre situasjoner (Kspl. kommunetj., 18).

I intervjumaterialet er det synspunkter som beskriver studentens behov for å lære å administrere seg selv. Når det gjelder pasientarbeidet så utvikles det fra først å delta i administreringen av sykepleiearbeidet for en pasient fra morgen til kveld, og fra innskrivning til utskrivning. Både for studenter i fjerde og sjette semester må den

kliniske praksisperioden resultere i at studenten selvstendig kan administrere og utføre helhetlig stell på en stue med fire pasienter.

For å kunne administrere det omtalte helhetlige stellet må studenten prioritere slik at tiden rekker til alle pasientene på stuen og at studenten ivaretar og prioriterer de ulike pasientenes behov for sykepleie.

Studentene skal lære å beherske og administrere stellet på en 4-sengsstue. Da mener jeg ikke bare å stelle pasienten, men kunne se litt videre om hygiene og lufting, friskt vann på blomster. Det å ta vare på omgivelsene (Kspl, sykehustj., 8).

5.2 HVILKET SYN HAR SYKEPLEIERE, LEDERE OG LÆRERE PÅ HVORDAN STUDENTER KAN LÆRE SYKEPLEIE I SINE KLINISKE PRAKSISSTUDIER

Teksten fra fokusgruppeintervjuene ble lest et flertall ganger ut fra spørsmålet, hvordan lærer sykepleiestudenter i sin kliniske praksis. Gjennom analyse av datamaterialet framkommer at læring er koblet til, **kontaktsykepleier og praksisstedet, lærer og høgskolen, men framfor alt av studenten selv.**

LÆRING KOBLET TIL STUDENTEN

Innen området læring koblet til studentens framturen gjennom analyse av datamaterialet temaer for hvordan hun lærer og holdninger som fremmer læring.

Hvordan lærer sykepleiestudenter i kliniske praksisstudier?

Det var det fem temaer som utkrystalliserte seg:

Selvinnsikt

Hente fram kunnskap

Fylle på kunnskap

Interaksjon med pasienter

Gjøre selv

Selvinnsikt

Mange fokusgrupper framholdt at det er viktig at studentene opparbeider trygghet i seg selv i løpet av de kliniske praksisstudiene. De skal bli bevisste på egne reaksjoner og følelser gjennom å være åpne for og bearbeide inntrykk. Studentene skal også være åpne for innsikt i sin egen innvirkning på andre i samhandlingssituasjoner.

Fokusgruppene uttrykte to variasjoner av selvinnsikt; Bli kjent med egen evne til utøvelse av sykepleie og bli kjent med egne følelser som kan vekkes i utøvelsen.

Bli kjent med egen evne til utøvelse av sykepleie

Denne variasjonen omhandler, slik ulike fokusgrupper uttrykte det, at studenten skal oppdage egen måte å kommunisere på, og se sin egen evne som samarbeidspartner.

Utgangspunktet for sykepleie er å bli kjent med seg selv, det viktigste er at de blir kjent med hvordan de virker inn på andre (Helsefag, 3).

Det understrekes av flere fokusgrupper at studenten må ha evne til å løse egne praktiske og personlige problemer for å kunne lære evne til problemløsning i yrkessammenheng. Om denne evnen mangler, må studenten få dette påpekt. Fokusgruppene tenkte i særlig grad på studenter som har store personlige problemer som innvirker på gjennomføringen av de kliniske praksisstudiene og på studenter som har vanskelig for å løse egne praktiske problemer for å kunne gjennomføre sine kliniske studier. Enkelte studenter har forberedt seg dårlig på hvordan de skal løse barnevaktbehov eller transportere seg til og fra praksisstedet.

Noen studenter har så mange egne problemer at de ikke kan sortere hva som handler om deres egen situasjon der hjemme og hva som er relatert til studentrollen og hva som er pasientens problem (Kspl i kommuntj., 19).

Det framholdes at studenten må få en realistisk innsikt i sin egen kompetanse. De må bli kjent med sine muligheter og begrensninger i utøvelse av sykepleie. Studenten må lære å bli bevisst på hva hun legger til grunn for sine beslutninger.

Studenten må også tørre å stå for det hun gjør. Når det stilles spørsmål ved en faglig handling, så må studenten lære seg at dette ikke er personlig kritikk.

På hvilket grunnlag går de på en beslutningsprosess. Er det legens oppfatning som de går ut fra, er det min oppfatning, sin egen eller er det pasientens oppfatning. Mange studenter konkluderer for fort. Jeg legger vekt på at studenten skal lære seg at grunnlaget for å ta beslutninger må ivareta pasienten (Helsefag, 4).

Bli kjent med egne følelser som kan vekkes i utøvelse av sykepleie

Denne variasjonen ble i datamaterialet fremstilt som å bli kjent med egne følelser og reaksjoner som kan vekkes i utøvelse av sykepleie. Følelsene er ikke alltid positive. Vanskelige og negative følelser kan også forekomme.

Mange har mye inne i seg, men det kommer ikke frem. Jeg tror de mange ganger stenger av følelser. Da blir de utrygge og lite tilgjengelige (Kspl i sykehustj., 12).

Studenten må få kjenne på den maktesløshet det kan være å stå i situasjonen sammen med pasienten (Ledere i sykehustj., 6).

Sykepleie går på personlighet. Det er et modenhetstegn når studenten kjenner hva hun tåler, og hva som blir for tøft (Kspl i kommunetj., 18).

Hente fram kunnskap

Uforberedthet i å bruke teoretiske kunnskaper i praksis var det flere av fokusgruppene som omtalte. Noen studenter er svært teoretiske. Det hevdes at svært teoretisk sterke studenter kan ha vanskeligheter med å utføre praktiske handlinger. Selv i tredje studieår har noen studenter problem med å overføre teori til praksis. For de fleste studenter tar denne prosessen tid. Mange studenter har en feilaktig oppfatning av seg selv. De tror de med sine teoretiske studier kan mer sykepleie enn de i virkeligheten kan.

Ydmykheten til fagets kompleksitet kan mangle og derfor begynner mange

studenter sin kliniske praksis med stor tiltro til sin egen kapasitet. Studentene er uforberedte på hvor vanskelig det er å omsette teori til praksis (Ledere i sykehustj., 7).

I intervjuene beskriver deltakerne i fokusgruppene at de vektlegger at studentene i de situasjoner som oppstår lærer seg å tenke etter, reflektere, hva vet jeg og hva har jeg lært om det her? Hva har jeg lest i litteraturen og hva har jeg hørt på forelesninger? Fokusgrupper fra Høgskolen fremhever betydningen av refleksjon om og vurdering av egne handlinger; om de er faglig forsvarlige. Studentene må i sin kliniske praksis arbeide aktivt med å hente fram sine kunnskaper. Kontaktsykepleiere vil at studentene skal gi faglige begrunnelser for det de gjør.

Studentene må trekke tråder fra det de har lært inn i det praktiske de er i, og tilbake igjen (Helsefag, 4).

Studentene må samle sine teoretiske kunnskaper og bruke dem (Ledere i kommuntj., 14).

Det framkommer også fra fokusgrupper fra praksisfeltet at studentenes læreprosess er individuell. Det kan iblant virke som om studenter ikke vil komme til å klare seg godt nok i praksis, fordi de ikke klarer å hente kunnskaper fram. Men mot slutten av praksistiden kan dette forandre seg, slik at studenten ser sammenhengen mellom teoretisk kunnskap og praksis. Dette må taes med i vurderingen i den første tiden av studenters praksis.

Noen studenter står stille lenge for så å skyte skudd, det må vi tenke på (Kspl i sykehustj., 11).

Fylle på kunnskaper

Ut fra datamaterialet framkommer synspunkter om at de kliniske studiene skal brukes til å fylle på kunnskaper. Det var relativt få grupper som nevner påfylling av viten som en måte å lære sykepleie på. Fokusgruppene framholdt at i de kliniske

praksisstudiene får studentene mulighet til å lære fra det generelle til det spesielle. Gjennom situasjoner som oppstår får studentene forståelse og innsikt om hva de ikke kan. Studentene må lære seg å forsyne seg med kunnskaper som de oppdager at de mangler.

Det er viktig at studentene ser hvilken kunnskap de mangler og gjør noe med det (Kspl, sykehustj, 11).

Interaksjon med pasienter

Fokusgruppene ga uttrykk for at studentene først og fremst må bli kjent med pasienten, for at de skal kunne lære å bli oppmerksom på og oppfatte dennes uttrykksformer og behov. Flere fokusgrupper hevder at studenten må samtale med pasienten om årsak til nåværende behov for helsevesenet. Det dreier seg om å høre på det pasienten sier om seg selv. På den måten kan hun få en oppfatning om pasientens tidligere og framtidige situasjon.

Studentene må ikke gå å dille for seg selv, men streve etter å være sammen med pasientene og samtale med dem (Kspl, kommunetj., 16).

Å lytte kan være å stille åpne spørsmål til pasienten, ikke kjøre over. Det er viktig at studenten går frem på en varsom måte i begynnelsen (Kspl, kommunetj., 18).

Studenten må tørre å spørre pasienten om det private. Våge å snakke med pasienten også når andre sykepleiere er i rommet (Kspl, sykehustj., 11).

Temaet interaksjon ble også omtalt av fokusgruppene som en måte å utvikle sin observasjonsevne og kliniske vurdering. Med det mente fokusgruppene at de måtte prøve å forstå det pasienten ikke uttrykker med ord, det nonverbale språket. Studenten skal være opptatt av pasientens behov og skjønne at pasienten ikke alltid kan, vil eller vet å påtale de.

Studenten må oppfatte om pasienten har tatt på seg en snill pasientrolle (Klin.veil., 9).

Studenten må tenke på hva som kan være meningen bakom det pasienten sier og det pasienten gjør (Helsefag, 1)

Gjøre selv

Den gjennomgående oppfatningen til fokusgruppene var at det praktiske håndlaget måtte trenes for å bli godt.

Vi må sørge for at studentene får trent mye om de skal få håndverket i fingrene (Kspl i sykehustj., 11).

Videre ble det hevdet at studenten skal gå tett sammen med sin kontaktsykepleier i begynnelsen av praksisperioden for deretter å utføre de enkelte sykepleieoppgaver mer selvstendig. De økte kravene til utøvelse av selvstendig arbeid kan trenes gjennom at studenten tar telefonen, svarer på ringeklokker, gir muntlig og skriftlig rapport, kan utføre det sykepleiefaglige arbeidet på legevisitten og har en av to alarmtelefoner i hjemmesykepleien. Studenten må trene på å ha oversikt over en avdeling og arbeidsmengde tilnærmet likt sin kontaktsykepleier.

Studenter som tar for lite ansvar i studietiden utvikler ikke sitt kliniske blikk (Kspl i kommunetj., 15)

Mot slutten av praksisperioden bruker jeg å si til studenten at, nå må du følge godt med denne uken, for i neste uke kommer jeg til å trekke meg tilbake og overlate mine arbeidsoppgaver til deg. Naturligvis finnes jeg i bakgrunnen, men studenten må lære å ha flere "baller i luften" på en gang. Studenten vil da få prøve seg på å stå i en ukjent situasjon. Gjennom slike situasjoner vil de oppdage noe (Kspl i kommunetj., 16).

Studentene må bruke dokumentasjonssystemet, erfare medansvaret i sykepleien (Kspl i sykehustj., 9).

Holdninger som fremmer sykepleiestudenters læring i kliniske praksisstudier

Det var seks temaer som utkrystalliserte seg i analysen av datamaterialet. Disse temaene var alle knyttet til studentenes innstilling til og væremåte i de kliniske studier;

Villighet

Oppdagende

Ivaretagende

Delende

Mottagende

Delaktig

Villighet

Mange oppfatninger som ble framført av fokusgruppene inneholdt omtale av studentenes dårlige interesse for å oppøve sine ferdigheter i framfor alt det å stelle pasienter. Det framkom at studentene har vanskelig for å se verdien av å utvikle sin læring av sykepleie gjennom stell.

Studentene trener ikke nok praktiske ferdigheter i sin kliniske praksis. Flere kan heller ikke ha brukt sin mulighet til å stelle pasienter i kurs 2 (punktpraksis, 2. studiesemester), ettersom de har vanskelig for å holde kluten når de vasker pasienten. Studentene vil ikke stelle pasienter, de er mer hekta på administrasjon (Kspl i kommunetj., 17).

Enkelte studenter virker ikke interessert i det yrket som de har valgt. Andre tar seg selv så høytidelig. Vanlig norsk bondevett er et godt utgangspunkt for å bli sykepleier (Ledere i kommunetj., 14).

Oppdagende

Noen Fokusgrupper mente at studentene må innta en holdning i forhold til pasientene som preges av å være lydhør, åpen og undrende. En tålmodig holdning ble fremhevet av en fokusgruppe.

Studentene må ikke være for raske med å gi råd til pasientene, de må ha en undrende holdning og kunne avgjøre hva som passer hvor (Helsefag, 4).

En del har ikke tid til å trekke ut antennene når de er i stellesituasjon med pasientene (Kspl i kommunetj., 18).

Ivaretagende

En fokusgruppe hadde oppfatningen av at studenten må lære seg at det ikke bare er de store problemområdene som har betydning for pasienten. Sykepleie synliggjøres også gjennom en varsom og oppmuntrende holdning.

Studenten må ha den innstillingen at enkle handlinger som en kald klut på feberhet panne gjøre godt (Klin.veiled., 8).

Vi må lære studenten at ved å rose og skryte av beboeren så kan det stimulere til å få fram dennes ressurser (Kspl i kommunetj., 16).

Delende og mottagende

Denne holdningen ble fremst omtalt av fokusgruppene som en holdning hos studentene rettet mot deres veiledere. Studentene må være villige til å skape en relasjon med de ansatte på avdelingen og på høgskolen. Studenten må være fleksibel og åpen for andres meninger fordi sykepleiere skal samhandle med ulike typer mennesker. De må lære å stille spørsmål og ha interesse for å utveksle erfaringer. De må også si ifra om hva som kan være vanskelig.

For å lære sykepleie er det en betydningsfull holdning å kunne verdsette og gjøre bruk av andres yrkeskunnskap. Tverrfaglig innstilling blir påpekt av fokusgrupper.

Mot til å hevde egne meninger fremheves, liksom villighet til å lytte til andres meninger og vurderinger. En aktiv dialog, der studenten deler tanker og følelser med

sin kontaktsykepleier blir gitt som eksempel.

Studenten må få med seg vurderinger og selv vise vurderinger (Ledere i sykehusstj., 7).

Noen studenter tør ikke si hva som er vanskelig for dem. De må innrømme sitt ømme punkt, for at vi skal kunne støtte dem gjennom de vanskelige situasjonene. De må åpne opp for å kunne utvikle seg. Mange synes det med døende og død er vanskelig (Kspl i sykehusstj., 10).

Delaktig

I følge fokusgrupper retter denne holdningen seg mot fellesskapet, oftest avdelingen. Mange fokusgrupper beskriver at studentene skal holde avtaler og melde fravær. Studenten må lære å ta initiativ, ha driv, være tilstede og delta i det som foregår i miljøet. En student som etter beste evne prøver å bidra med sitt når praksisfeltet behøver en håndstrekning, oppnår at praksisfeltet ved senere anledninger strekker seg langt for å legge tilrette for studentens læring og vil dele sine erfaringer med studenten.

Avdelingen tilbyr studenten et fellesskap. Da må vi kunne forvente at de ikke bare går for eksempel til biblioteket når alle klokker ringer på en gang på avdelingen (Kspl i kommunetj., 17).

En lærerik holdning fra studentene er om de forsøker å bli en del av gjengen. Denne studenten vil få så mye mer tilbake. Vi er selv direkte og vil bli direkte behandlet (Kspl i kommunetj., 19).

Studentene er ikke noen luksusgruppe som skal gå omkring og filosofere på egen hånd, da lærer de ikke sykepleie (Ledere i kommunetj.14).

Sykepleiestudenters læring koblet til kontaktsykepleier og praksisstedet

Hvordan kan kontaktsykepleier bidra til sykepleiestudenters læring

fem temaer

Være forbilde

Kontinuitet

Etterspørre kunnskap

Stille krav

Overlate oppgaver med læringsmuligheter

Være forbilde

For at studenten skal kunne lære sentrale områder i sykepleie mente flere av fokusgruppene at det var av stor betydning at studenten får være med og se hvordan erfarne sykepleiere løser oppgaver.

Noen ganger tar vi med studentene på de vanskelige samtalene. Det kan være lærerikt for studentene bare det å høre hvordan vi snakker i telefonen. Mest handler det om at vi tar studentene med på de vanlige samtalene med pasient og lege. Etterpå er det viktig å prate om hvilke vurderinger vi gjør (Kspl i sykehustj., 6).

Kontinuitet

Kontinuitet i samarbeidet mellom student og kontaktsykepleier var det flere fokusgrupper som var opptatt av. Studenten må følge sin kontaktsykepleiers turnus i hele praksisperioden. Dette for å få kontinuitet og progresjon i læring. Dette gjelder også kveldsvakter for at studenten skal få erfaring med å møte pårørende. Mot slutten av studiet er det, ifølge fokusgrupper fra kommunehelsetjenesten, er det viktig at studenten også går sammen med andre sykepleiere på avdelingen for å se en variasjon i utøvelse av faget. Kontinuiteten gjelder også i forhold til pasientkontakt

der kontaktsykepleier har en oppgave med å begrense antall pasienter som studenten skal involvere seg i. Fokusgruppene mente at under de kliniske praksisstudiene må studenten få mye erfaring med å utøve sykepleie til pasienter. For å lære sykepleie er det av avgjørende betydning at studentene tar seg tid til å bli kjent med pasientene. For å bli kjent må studenten konsentrere seg om et mindre antall pasienter. Dette er viktigere enn at antallet pasienter som de har vært i kontakt med er stort. Varierende lidelser vil de få sett nok av i løpet av sin yrkesvirksomhet som sykepleiere. En fokusgruppe mente at organiseringsformen primærsykepleie er gunstig for studentene. Denne organiseringsformen hevdes det gjør det lettere for studenter å få oversikt, slik at de kan yte helhetlig sykepleie til utvalgte pasienter.

Studentene blir ikke ordentlig kjent med pasienten nå for tiden. Ofte velger de seg ut det som de synes er morsomt, og da blir det mye at de hopper fra prosedyre til prosedyre (Kspl i sykehustj., 12).

Det er viktig at studenten er flere dager hos samme pasient, ser effekten av egne vurderinger og tiltak. Selvstendig tenkning stimuleres ved å følge pasienten over tid, fordi det da etableres trygghet (Helsefag, 3).

Etterspørre kunnskap

Fokusgruppene uttrykker at det er betydningsfullt å kunne se studentens positive potensiale. Gruppene mener at det fremmer læring av sykepleie om studenten blir utfordret på å tenke selv, for deretter å begrunne det hun tenker å gjøre. Vi må hjelpe studenten å trekke ut skuffene, se kunnskap i forhold til praksis, sa en fokusgruppe med kliniske veiledere. Å Etterspørre kunnskap hos studenten innebærer en direkte selv om det er ubehaglig i øyeblikket.

Vi må lære dem å tåle at vi stiller kunnskapsspørsmål. Dette kan være ubehagelig i øyeblikket, men det er med på at de lærer. Dette snakker vi med studenten om (Kspl i kommunetj., 17).

Stille krav

Med å stille krav inngikk at mot slutten av hver praksisperiode måtte studenten være villig til å øve og prøve seg også på egenhånd for å opparbeide selvstendighet og kjenne på et reelt medansvar. Dette var en oppfatning som ble framført av flere fokusgrupper. Det ble uttalt at studenten oppøver medansvar ved selv å gjennomføre inntakstintervjuer, føre pleieplan og tale sin pasients sak i rapportene og overfor lege og andre yrkesgrupper.

Vår oppgave er å stille klare og tydelige krav. Mål for praksis skal settes opp sammen med kontaktskykepleier, for vi kan gi forslag til hva studentene konkret skal lære. Men studenten må selv oppleve situasjoner for å forstå, og da kan hun ikke alltid holde kontaktskykepleier i hånden. Studenten må drilles i å omgås forskjellige mennesker, lære omstilling i forhold til hver og en av dem, og ta vare på seg selv i dette (Kspl i kommunetj., 15).

Overlate oppgaver

En arbeidsform som av fokusgrupper ble framhevet som god, var at student og kontaktskykepleier starter vakt sammen og skaffer seg et overblikk over vaktens gjøremål gjennom å ta imot rapport og gjøre observasjoner. Deretter følger en diskusjon mellom kontaktskykepleier og student som starter med at studenten formidler sin oppfatning av dagens arbeidsoppgaver, særlige hensyn og pleiebehov som må ivaretas. Kontaktskykepleier kompletterer med sitt syn. Denne arbeidsformen er med på å gjøre studentens læringsbehov synlige, få fram det hun ikke behersker. Studenten får også innblikk i kontaktskykepleiers kunnskap.

Etter at vaktens arbeidsoppgaver er identifisert kan det avgjøres i fellesskap på hvilke områder studenten skal delta. Læringsbehov og læringsmuligheter veies inn i denne planleggingen av en vakt (Kspl i sykehustj., 8).

Holdninger hos kontaktsykepleier og praksisstedet som fremmer sykepleiestudenters læring

3 temaer

Studentvennlig

Håndterer travelhet

Positiv innstilling til sykepleiefaglig utvikling

Studentvennlig

Flere fokusgrupper ser det som vesentlig at studenten skal føle seg velkommen på praksisstedet. Dette anses som nødvendig for å kunne lære i de kliniske praksisstudiene. Et godt miljø på avdelingen har betydning. Studenten må bli trygg så hun klarer å fokusere på andre enn seg selv. Når studenten hevder synspunkter må hun tas på alvor og godtas. En Rosende holdning når studenten gjør noe bra bidrar til læring.

Å føle seg velkommen og bli en del av miljøet stimulerer og er nødvendig for å lære sykepleie. Avdelingen har i den senere tid blitt flinkere til å ta godt imot studentene (Ledere i sykehustj., 5).

Godt miljø på avdelingen og at studenten blir godtatt er viktig (Kspl i sykehustj., 7).

Håndterer travelhet

Syke pasienter og raskt tempo på avdelingene påvirker mange kontaktsykepleiere og praksissteder. Fokusgrupper mente at for å kunne fungere godt som kontaktsykepleier må denne håndtere travelhet uten å glemme ansvaret for studenten.

Graden av sammensatt sykdomsproblematikk og stress kan være overmektig og for noen virke forlammende. Dette gjør at kan glemmes bort (Klin veil., 10).

Positiv innstilling til sykepleiefaglig utvikling

Det poengteres av fokusgruppene at kontaktsykepleier og praksisstedets innstilling til sykepleiefaglig utvikling har betydning for hvordan studentene lærer sykepleie. Lærerne som deltok i intervjuene synes at det er problematisk om arbeidsformer ikke praktiseres eller stemmer dårlig med det som det undervises om på høgskolen. Arbeidsformene som det ble referert til var systematisk pleieplanskriving og sykepleiedokumentasjon

Det er fryktelig vanskelig når vi kommer til evalueringssamtalen, og så sier kontaktsykepleieren at så langt har vi ikke kommet her i avdelingen, vi får det ikke helt til. Dette gjør at sykepleieren kanskje kvier seg for å arbeide sammen med studentene med pleieplan. Det er lite klima for å bruke sykepleiedokumentasjon på post (Helsefag, 2).

Usikkerhet hos student, kontaktsykepleier og lærer

Det poengteres av fokusgruppene at spranget mellom de ulike studentene er stort. Noen er veldig umodne og usikre. Felles for de fleste studenter er at de vil ha tett oppfølging. Om de ikke trener selvstendighet så får de ikke følelsen av mestring. Det er nødvendig å løse oppgaver på egen hånd. Kontaktsykepleiere savner veiledning i å veilede studentene. Lærere er usikre på å veilede kontaktsykepleiere. Usikkerhet i sykepleiefagets innhold anses av et par fokusgrupper å være et hinder for læring av evne til problemløsning.

Sykepleiestudenters læring koplet til lærer og høgskole

Hvordan kan lærer bidra til sykepleiestudenters læring

4 temaer

Etterspørre kunnskap

Konfrontere

Tydelige studiekra

Arbeidsredskaper tilpasset yrkesfunksjonen

Etterspørre kunnskap

Fra fokusgrupper med lærere sies det at det er lærers oppgave å etterspørre kunnskap når de veileder studenten i praksis. Det framholdes fra fokusgrupper med lærere at dette synes de kan være vanskelig fordi lærerne er usikre på hva studentene har lært seg i tidligere teoretiske kurs og hva læringsområdene i de kliniske praksisstudiene innebærer. Av den grunn påpeker lærerne hvor viktig det er at lærere som arbeider med de kliniske studiene er vel innsatt i utdannelsens ulike teoriavsnitt.

Jeg skal veilede studenten i forhold til å integrere teori og praksis, teori fra ulike områder som sosiologi, psykologi og administrasjon og ledelse. Jeg vet ikke og kan ikke holde rede på hva studentene har vært gjennom i pensum på alle disse områdene. Det blir mest at jeg etterspør om det jeg kan noe om (Helsefag, 3).

Konfrontere

En forutsetning for læring av sykepleie er at studentene konfronteres og får innsikt i egen samarbeidsmåte og følelser som vekkes hos dem i ulike pasientsituasjoner. Flere fokusgrupper hevdet at læreren har en viktig oppgave på dette område når hun veileder studenter i klinisk praksis.

Lærer skal konfrontere studenten med hvordan hun virker inn på andre og gi studenten perspektiv på seg selv. Gi studenten innsikt i hvordan hun for eksempel takler stress (Ledere i kommunetj.14).

Tydelige studiekra

Det ble rettet bekymring fra noen fokusgrupper over at arbeidsredskapene og studiekravene i klinisk praksis ikke i tilstrekkelig grad er tydelige og bidrar til læring av sykepleie. Dette ble begrunnet med at de ikke stilte konkrete krav til synliggjøring av utøvelse av sykepleie. Det er vilkårlig hvilke situasjoner som studentene velger å ta fram i veiledning og i sine refleksjonsbeskrivelser (På Høgskolen i Vestfold, avd. for helsefag kalles refleksjonsbeskrivelser for praksisark, vedlegg 5).

Hvor konkrete er vi i forhold til hva de skal lære? Hva vi veileder på? Burde det systematiseres mer hva studentene skal arbeide med på praksisark? Noen målområder kan falle ut i veiledningen. Ulike studenter gjør at vi burde ha både individuell veiledning og gruppeveiledning (Helsefag, 3).

Dokumentasjon av sin sykepleie er et viktig tilskudd i læreprosessen. Det er helt grunnleggende og også et krav til sykepleiere. Det burde være mer systematisk opplæring og trening fra skolens side i dette (Helsefag, 4).

Arbeidsredskaper tilpasset yrkesfunksjonen

To arbeidsredskaper fremheves i intervjuene som bidragende til studentenes læring av sykepleie. Fokusgrupper både fra praksisfeltet og Høgskolen anser praksisplan og praksisark berikende. Studentene benytter de to første ukene i praksis til å orientere seg og lage en plan for oppholdet på post. Studenten blir bedt om å lage en praksisplan hvor de tar utgangspunkt i postens læresituasjoner, praksisperiodens mål og eget ståsted og behov for læring. Planen skal inneholde fremgangsmåter som er hensiktsmessige for å nå målene.

Studenten reflekterer over egen praksis, og får respons av sykepleier, ved bruk av

praksisark (Vedlegg 5). På praksisarket tar studenten utgangspunkt i en situasjon fra praksis som har gjort inntrykk. Studenten blir bedt om å kort beskrive den aktuelle situasjon, nedtegne egen reaksjon (følelser og tanker), pasientens opplevelse og behov, knytte til teorikunnskap og å evaluere egen handling.

Studenten skal skrive et ark pr. uke praksis. Arkene skal leveres kontaktsykepleier kort tid etter at situasjonen skjedde. Sykepleier gir respons på studentens oppfattelse av situasjonen og på studentens refleksjoner. Gjennom refleksjonen bevisstgjøres studenten på egne reaksjoner, og på pasientens opplevelser. Studenten øver på å uttrykke egne faglige vurderinger, hente aktuell litteratur og evaluere egen praksis. Respons fra kontaktsykepleier og evt. lærer sikrer at studenten veiledes i forhold til nettopp de situasjoner som gjør inntrykk i praksis.

Kontaktsykepleiere og lærere fremhever at praksisarket i stor grad bidrar til at de blir kjent med studentens kunnskapsgrunnlag og vurderingsevne. Det gir en mulighet for å veilede studenten nettopp der studenten har stoppet opp og ønsket å tenke etter. Praksisarket fletter praktisk erfaring med teori.

Praksisark er positive. De tvinger oss alle til å reflektere. De må fordeles jevnt i praksistiden. Studenten må få respons på arkene (Kspl, kommunetj, 17).

Praksismarkene blir iblant stressende. Er det for mange? Det kan bli et kav å finne eksempler. En student leverte alle praksisarkene den siste uken. Det var uhensiktsmessig. De må komme tidlig og regelmessig. Praksisarkene viser hvor mye studentene har fått med seg (Kspl, kommunetj, 19).

Holdninger hos lærer som fremmer sykepleiestudenters læring

Interessert, forutsigbar og støttende

Det fantes veldig lite data i intervjumaterialet som tok for seg holdninger hos lærer som fremmer sykepleiestudenters læring i de kliniske praksisstudiene. Derfor har holdningene interesse, forutsigbar og støttende blitt slått sammen til et tema.

Studentene må tørre å være i sin faglige posisjon. Når vi lærere veileder og møter studentene støtter vi studentene på det. En måte å få til det på er at studenten blir gode og trygge i å fremme synspunkter av faglig karakter. De bruker lite litteratur, de må øve seg i å stå fram med faglige meninger (Helsefag, 4).

Det er viktig for studenten at hun vet når lærer kommer og at hun viser interesse for hennes læring (Klin. Veil, 9).

5. DISKUSJON

RESULTATDISKUSJON

Hensikten med studien var å undersøke og beskrive hva sykepleiere, ledere og lærere oppfatter som sentrale læringsområder for de kliniske studiene i sykepleieutdannelsen. Videre søker studien å undersøke og beskrive sykepleiere, ledere og læreres syn på hvordan sykepleie kan læres i studentenes kliniske praksisstudier.

Hva oppfatter sykepleiere, ledere og lærere som sentrale læringsområder for de kliniske studier i sykepleierutdannelsen?

De temaer som kom fram gjennom analyse av datateksten var: naturvitenskaplig kunnskap, etiske verdier, praktiske ferdigheter, pasientsamtaler, samarbeide, læring av en “tankerekke”, klinisk vurdering og prioritering. Det kan virke som om representantene for praksisfeltet tok fram læringsområder som de opplevde som mangelfulle hos studentene, som de strevet med og brukte mye tid på å lære studentene. Kanskje var det læringsområder som de selv synes er vanskelige å få til. I resultatet omtales naturvitenskaplige kunnskap hos studentene som mangelfull, viktige etiske verdier er på vei å bli bortglemt i samfunnet og studentene er ikke interessert i å lære grunnleggende stell og pleie. Når det gjelder læringsområdene pasientsamtaler og samarbeide så framgår det av datamaterialet at representanter for praksisfeltet strever med å få studentene mer aktive og å se sine læringsmuligheter i det dagligdagse sykepleiearbeidet knyttet til pasienter og medarbeidere. Administrasjon og ledelse er et læringsområde som omtales under dette tema. Informantene fra praksisfeltet sier at studentene tror de kan lære administrasjon og ledelse gjennom å sitte på avdelingsleders kontor. Isteden mener informantene at studentene skal utføre tradisjonelle sykepleieoppgaver og at læringsområdet inngår i disse. Læring av en “tankerekke”, klinisk vurdering og prioritering var de siste temaene som framkom gjennom analyse av datamaterialet. Også disse områdene beskrives som pasientnære. Det at evne til prioritering ble så sentralt kan synes vanskelig å forstå. I datainnsamlingsperioden fikk intervjuerne inntrykket av at sykepleie handlet om å kunne prioritere. Med de økende krav til

effektivitet og produktivitet som finnes i helsevesenet kan det spørres om disse oppfatninger var uttrykk for noe som informantene selv oppfatter som problematisk og som det stilles krav på at de skal beherske. Tempoet i helsevesenet har økt og dette får konsekvenser for utdanning av sykepleiere. Kravet om at de skal være funksjonsduelige etter kort tid er til stede og studentene må kanskje forberedes grundigere av høgskolene på disse forventningene.

Læringsområdene som informantene framførte som sentrale kan kobles til Fagermoens (1993) beskrivelser av sykepleiekompetansens tre grunndimensjoner. Vitenreservoar der naturvitenskaplig kunnskap inngår. Etisk grunnlag ble omtalt som etiske verdier i datamaterialet. Til handlingsrepertoaret hører praktiske ferdigheter, samtale med pasient, samarbeide, læring av en tankerekke, klinisk vurdering og prioritering. Fagermoen (1993) hevder at det er nødvendig med en utvikling av kyndighet innen vitenreservoar, etisk grunnlag og handlingsrepertoar for å bli kompetent som sykepleier. Hun sier videre at kompetanse innen de tre dimensjonene leder til selvstendighet og ansvarsbevissthet i yrkesutøvelsen. I denne studies datamateriale framkommer det at det er det nære pasientsamarbeidet som leder til engasjement og ansvarsbevissthet.

Hvilket syn har sykepleiere, ledere og lærere på hvordan sykepleie kan læres i studentenes kliniske praksisstudier?

Gjennom analyse av datamaterialet framkom at læring i klinisk praksis er koblet til studenten, kontaktsykepleier og praksisstedet og til lærer og høgskolen. Det fantes flere synspunkter som framhevet aktørenes holdninger som betydningsfulle for hvordan sykepleie læres. Fem temaer, selvinnsikt, hente frem kunnskaper, fyller på kunnskaper, interaksjon med pasienter og gjøre selv, beskriver hvordan studenten lærer. Temaet gjennom å få selvinnsikt hadde variasjon i forhold til å bli kjent med egen evne til å utøve sykepleie og egne følelser som kan vekkes i utøvelse av sykepleie. Slik fokusgruppene beskrev temaet så kan forflytningen fra teoretiske studier til klinisk praksis medføre at studenten får nye innsikter om seg selv som bidrar til at hun lærer sykepleie. Kontaktsykepleier og lærer har oppgaver å ivareta i forhold til dette tema. De kan være følsomme og vanskelige. Få studier tar for seg sykepleiestudenters egnethet for yrket. Baillie (1993) anser at lærer har i oppgave å

kommunisere slik at studenten får innsikt i hvordan hun virker inn på andre, hvilke av studentens holdninger som fremmer læring. I denne studien framkom at studenters villighet til å lære sykepleie, ha en oppdagende, ivaretagende, delende, mottagende og delaktig holdning framført som holdninger som fremmer læring av sykepleie.

Temaene hente fram kunnskap, fyller på kunnskap, interaksjon med pasienter og få gjøre selv, sammenfaller med det kunnskapssyn som Fagermoen (1993) beskriver for de kliniske studier.

Kunnskap fra teoriundervisningen er ufullstendig eller mangelfull og må ofte kompletteres, den blir meningsfull og levende når den virkeliggjøres av studentene selv i handling til pasienter (Fagermoen, 1993). Få utsagn fra respondentene handlet direkte om betydningen av refleksjon. Datamaterialet preges gjennomgående av oppfatninger som Schön (1983) betegner som handlingskunnskap. Som en konsekvens av dette kan det være en oppgave for høgskolen å bevisstgjøre betydningen av handlingsrefleksjon. Dette gjelder i henhold til studiens resultat både overfor lærere, kontaktsykepleiere og ledere. Bevisstgjøring fordi det ble framført mange begeistrede synspunkter på arbeidsredskapet praksisark (Vedlegg 5). Studentene skriver en situasjonsbeskrivelse i uken når de er i klinisk praksis. Dette arbeidsredskapet og metode følger til store deler den refleksjonsprosess som Schön (1983) beskriver.

I datamaterialet framkom at kontaktsykepleier og lærer bidrar til hvordan studenter lærer sykepleie. Temaene som framkom i forhold til hvordan kontaktsykepleier bidrar var, forbilde, kontinuitet, etterspørre kunnskap, stille krav og overlate oppgaver med læringsinnhold. Lærer bidrar fremst med å etterspørre kunnskap, konfrontere, tydelige studiekraav og formidling av arbeidsredskaper som fremmer læring. De holdninger som ble fremhevet for kontaktsykepleier og praksisstedets del var studentvennlighet, evne til å håndtere stress og positiv innstilling til sykepleiefaglig utvikling. For lærers del ble en interessert, forutsigbar og støttende holdning framhevet. Oppfatningene om hvordan kontaktsykepleier og lærer kan bidra for å fremme studenters læring av sykepleie skiller seg ikke ut fra tidligere studier (Wittaker, 1968; Mogan & Knox, 1987; Nehring, 1990; Beck, 1991; Baillie, 1993). I analysen av datamaterialet var det første inntrykket at fokusgruppene snakket mye om vekten av at studenten blir trygg og at de som veiledere måtte være

gode forbilder til tross for at de også formidlet en usikkerhet i å veilede sykepleiestudenter. Bildet av de usikre rollemodellene som bærer studentene fram framstod som et første inntrykk. Ved nærmere analyse av datamaterialet ble det funnet at både kontaktsykepleiere og lærere ikke lenger har tiltro at studenter kan lære sykepleie bare gjennom støtte og oppmuntring. Det er en utfordring for kontaktsykepleiere og lærere å bli mer etterspørrende i forhold til kunnskaper og styre studentens aktiviteter i den kliniske praksistiden. Noen av fokusgruppene påpeker at sykepleiestudenter har forandret seg. Mange av studentenes interesse for yrket er minimalt og dette er en ny opplevelse for flere av informantene.

METODEDISKUSJON

Datainnsamling med hjelp av fokusgruppeintervjuer ble valgt fordi det var ønskelig å nå et så stort antall personer som mulig som er knyttet til de kliniske praksisstudiene i Vestfold. Dette hadde sin grunn i at det var et ønske om å få varierte oppfatninger fra de områder der sykepleiestudenten praktiserer. Det var også ønskelig å invitere og involvere partene til å bidra med sine synspunkter. Dette medførte at antallet fokusgrupper også ble stort. I sin tur medførte dette at datamaterialet som skulle analyseres til sitt innhold ble omfattende. Det tok lang tid å bli kjent med datamaterialet, for så å finne mønster og strukturer som gjorde at temaer kunne identifiseres. Det ble nødvendig å bruke intervju spørsmålene som en første sortering av datamaterialet. Dette kan kritiseres fordi data da ikke helt får anledning til å tale for seg selv. Fokusgruppeintervjuer ble valgt til fordel for individuelle intervjuer. Dette hadde igjen sin bakgrunn i ønskemålet om å nå mange, men også unngå at informantene skulle få inntrykk av å bli forhørt i forhold til faglig bevissthet. Dette var et bevisst valg til tross for at resultater ved fokusgruppeintervjuer vanligvis er mer generelle enn ved individuelle intervjuer. Valg av intervju metode og antall fokusgruppeintervjuer har gitt uvurderlig egen kunnskap og forståelse. Sykepleiere, ledere og læreres oppfatning om hva sykepleiestudenter skal lære i klinisk praksis og hvordan de skal lære har gitt innsikt i hvor komplekst dette område er. Med hjelp av egen økt kunnskap om læringsområder og læring i de kliniske studiene i sykepleieutdanningen kan jeg bidra til å utdanne klinisk kompetente sykepleiere. Det var denne intensjonen som innledet arbeidet med studien. Som avslutning vises det til forslag bygget på studiens resultater som kan verksettes for å videreføre studiens

intensjon. I forslagene som presenteres er det tatt hensyn til det Marton (1986) beskriver at ved å undersøke og kartlegge oppfatninger, så er det ikke alltid at det framkommer hva noe er, men hva noe oppfattes å være.

- Videreutvikle forståelsen av læringsmålenes innhold. Høgskolen må i større utstrekning ta et ansvar for å tydeliggjøre for seg selv, praksisfeltet og studentene hva læring i klinisk praksis skal konsentrere seg om. Tydeliggjøringen må bygge på synet at teoretisk og praktisk kunnskap er komplementære. Studenter ser ikke på det grunnleggende stellet av pasient som betydningsfullt, fordi de ikke forstår kompleksiteten og utfordringene som finnes i det tilsynelatende dagligdagse stellet. Det må utarbeides en konkretisering av hva læringsmålene praktisk innebærer i de forskjellige deler av klinisk praksis.
- Videreutvikle arbeidsredskaper for læring. For å øke selvstendighet og ansvar i yrkesfunksjonen, må studentenes arbeidsmåte være at de arbeider faglig systematisk i forhold til et utvalg av pasienter over tid. Studiekraft og arbeidsredskaper må etterspørre det sentrale av hva studenter skal lære i klinisk praksis. Sykepleiedokumentasjon og praksisark er gode slike redskaper, om de ivaretar krav om faglige begrunnelser og handlinger fra studentene.
- Utfordringer i veiledning og evaluering av studenten En mer systematisk veiledningsmodell tilpasset studenter i klinisk praksis må utvikles. Modellen må fokusere på og etterspørre kunnskaper og begrunnelser hos studentene i klinisk praksis. Dette gjelder generelt, og særlig i forhold til naturvitenskapelige kunnskaper. Videre må modellen vektlegge at studenter blir kjent med seg selv. Dette innebærer å bli kjent med egen evne til utøvelse av sykepleie og bli kjent med egne følelser som vekkes i kliniske situasjoner. Veiledningsmodellen må sette fokus på klinisk vurdering og prioritering. Studentene må trenes i å gjøre en konsekvensanalyse for at valgene skal bli gjennomtenkte. Veiledningen skal stille krav til utøvelse av egne moralske handlinger, som ivaretar verdien respekt og toleranse, mot og ydmykhet og medfølelse. Evaluerings- og kontrollfunksjonen til lærer og kontaktsykepleier må i større grad framheves og erkjennes.

- Styrke og avklare samarbeidet mellom veilederne

Lærer anbefales å tilknyttes bestemte praksissteder over tid for å bli mer kjent med pasientgruppen og personalet. Kontaktsykepleier fremheves som sentral for studentens læring, og bør løftes fram og verdsettes mer. Fra Høgskolen må det frikjøpes tid til kontaktsykepleiers veiledning av student og til hennes faglige utvikling. Faglig utvikling kan skje ved veiledning fra postens lærer og ved kurs i formell kompetanseoppbygging.

- Studentenes delaktighet

I studien viser resultatet at en sterk bidragende årsak til hinder for studentenes læring er mangel på delaktighet på praksisstedet. Det framkommer at studenter trekker seg og påtar seg en gjesterolle. På den annen side er delaktighet den faktor som i stor grad er med på å stimulere for læring av sykepleie. Praksisstedet må arbeide for å sosialisere og integrere studentene i arbeidsfellesskapet.

LITTERATUR

Baillie, L. (1993). Factors affecting student nurses learning in community placements: a fenomenological study. Journal of Advanced Nursing, 18, 1043-1053.

Bandura, A. (1990). Conclusion: Reflections on nonability determinants of competence. I: Sternberg, R.J. & Kollegian, J. Competence Considered. New Haven: Yale University Press.

Basch, C. (1987). Focus group interview: An underutilized research technique for improving theory and practice in health education. Health Education Quarterly, vol.14, 411-448.

Beck, C. T. (1991). How students perceive faculty caring: a fenomenological study. Nurse Educator, 16, 18-22.

Benner, P. (1993). Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur.

Bjerkreim, m.fl. (red). (1996). Visjon, viten og virke. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørndal, B. & Lieberg, S. (1981). Nye veier i didaktikken. Oslo: Aschehoug.

Burnard, P. (1987). Towards an epistemological basis for experiential learning in nurse education. Journal of Advanced Nursing, vol. 12, 189-193.

Danielsson, E. (1992). Omvårdnaden och dess psykososiala inslag. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Dewey, J. (1966). Democracy and Education. New York: The Free Press.

Dewey, J. (1938). Experience and Education. New York: Macmillan.

- Engelsen, B.U. (1990). Kan læring planlegges? Læreplanarbeid - hva, hvordan, hvorfor. Oslo: Gyldendal.
- Fagermoen, M.S. (1993). Sykepleie i teori og praksis - et fagdidaktisk perspektiv. Oslo: Universitetsforlaget.
- Folch-Lyon, E. & Trost, J. (1981). Conducting focus group sessions. Studies in family planning, vol.12, 443-449
- Granum, V. (1993). Praktikundervisning i sjukskøterskeutbildningen. Lund: Studentlitteratur.
- Helenius, R. (1990). Förstå och bättre veta. Malmö: Beyronds Tryck AB.
- Johansson, B. (1994). Omvårdnaden och dess villkor. En studie av kunskapsanvändning i förhållande till determinerande faktorer. Göteborgs universitet, Institutionen för vårdlärarutbildning, rapport nr.1.
- Johansson, B. (1995). Forskningsprogram i Vårdpedagogikk. Göteborgs universitet, Institusjonen för vårdlärarutbildning, rapport 1995:2.
- Kennedy-Olsson, B. (1995). Praktiken i focus. Lund: Studentlitteratur.
- Kingry, M., Tiedje, L. & Friedman, L. (1990). Focus groups: A research technique for nursing. Nursing research, vol. 39, 124-125.
- Kirke-, utdannings-, og forskningsdepartementet (1992). Revisjon av rammeplan for 3-årig sykepleieutdanning. J.nr. 91/6300 gb/mah. 1992
- Kirkevold, M. (1996). Vitenskap for praksis. Oslo: ad Notam Gyldendal
- Kirkevold, M. m.fl. (red). (1993). Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie. Oslo: ad Notam Gyldendal.

Kleehammer, K., Hart, A. L., & Keck, J. F. (1990). Nursing students perceptions of anxiety-producing situations in the clinical setting. Journal of Nursing Education, 29, 183-187.

Kreuger, R. (1988). Focus groups: A practical guide for applied research. Newbury Park, CA: Sage.

Kroksmark, T. (1987). Fenomenografisk didaktikk. Acta Universtas Gothenburgensis, nr 63.

Kultur- og vitenskapsdepartementet (1987). Rammeplan for 3-årig grunntidning i sykepleie. Fellessekretariatet for helsefagutdanning.

Kvale, S. (1983). The qualitative research interview: A phenomenological and hermeneutical mode of understanding. Journal of Phenomenological Psychology 14, 171-196.

Löfberg, A. (1990). Kunnskapsproduksjon og lærande. G. Aronsson och H. Berglind (red.), Handling och handlingsutrymme. Lund: Studentlitteratur.

Løvlie, L. (1972). Universitetspedagogikk - eller debatten som ble vekk. I: Mediaas, N. m.fl. Etablert pedagogikk - makt eller avmakt? Oslo: Gyldendal.

Malterud, K. (1996). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Tano Aschehoug.

Marton, F. (1976). Omvärldsuppfattningar hos vuxna -prosjektbeskrivning. Göteborgs universitet, Institutionen för pedagogik, rapport nr 143.

Marton, F. (1986). Phenomenography - A research approach to investigating different understandings of reality. I Sherman, R.R. & Webb, R.B. (red). Qualitative research. Journal Thought, vol 21, 28-49.

Marton, F. (1992). Profilen: Ference Marton. I: Selander, S. (red). Forskning om

utbildning nr 3, 47-52.

Mogensen, E. (1994). Lära i praktiken. En studie av sjuksköterske-utbildningens kliniska avsnitt. (Avhandling for doktorseksamen, Stockholms universitet).

Nationalencyklopedin. (1992). Höganäs: Bra Böckers forlag.

Nehring, V. (1990). Nursing clinical teacher effectiveness inventory: a replication study of the characteristics of "best" and "worst" clinical teachers as perceived by nursing faculty and students. Journal of Advanced Nursing, 15, 934-940.

Nyamathi, A. & Shuler, P. (1990). Focusgroup interview: A research technique for informed nursing practice. Journal of Advanced Nursing, vol. 15, 1281-1288.

Olesen, V. L. & Whittaker, E. V. (1968) The silent dialogue: A study in social psychology of professional socialization. San Francisco: Jossey-Bass.

Schön, D. (1983). The Reflective Practitioner. New York: Basic Books.

Schön, D. (1987). Educating the Reflective Practitioner. San Francisco: Jossey-Bass.

Sosialdepartementet (1977) Den framtidige utdanningen av sosial og helsepersonell. Stortingsmelding nr. 13. Oslo: Sosialdepartementet.

Sternberg, R.J. & Kolligian, J. (1990). Competance Considered. New Haven: Yale University Press.

Säljö, R. (1988). Learning in educational settings: Methods of inquiry. I: Ramsden, P. (red). New perspectives. London: Kogan Page Ltd.

Wolcott, H. F. (1994) Transforming Qualitative Data. London: Sage Publications.

VEDLEGG 4

INTERVJUGUIDE

INNLEDNING - 10 minutter

Presentasjon av oss,

Intervjuets hensikt, som er å undersøke og beskrive sentrale læringsområder, læring og rammer for de kliniske praksiskurs i Avd. for helsefag sykepleieutdanning. Årsak samarbeide og at synspunktene kan bidra i planleggingen og gjennomføringen av kliniske praksiskurs i framtiden (Ikke love for mye). Nevn også hvordan de deler av studien som omhandler læringsområder og læring kommer til å inngå i en eksamensbesvarelse som Anne gjør ved Gøteborgs Universitet.

Metoden, som er gruppeintervju. Variasjon og bredde i synspunkter. Har først noen formelle opplysninger som vi ønsker svar på. Så spør vi litt generelt om sykepleie. Deretter har vi temaområder om læringsområder, læring og rammefaktorer som vi ønsker svar på. Det er ikke den enkeltes synspunkt som er det interessante, men gruppens samlede synspunkter. En av oss har rollen som moderator, ordstyrer og en sekretær. Hun skriver ned en del for å huske, til tross for at vi også har båndopptak som hjelp for å kunne minnes. For å holde tiden vil kanskje noen synes at de ikke får sagt alt de har å si. Det er lov å avbryte og forlate rommet.

TEMAOMRÅDE 1 - max 20 min

(Det er viktig at vi tenker på å forsøke å få fram, hva mener dere med det, kan du forklare nærmere)

HVA LEGGER DERE VEKT PÅ AT SYKEPLEIESTUDENTER LÆRER I KLINISK PRAKSIS?

TEMAOMRÅDE 2 - max 20 min

HVILKET SYN HAR DERE PÅ HVORDAN SYKEPLEIE KAN LÆRES I STUDENTENES KLINISKE PRAKSISSTUDIER?

Resten av intervjuguiden som omhandler rammefaktorer følger ikke med som vedlegg, da det ikke er relevant for denne studien