

Filling the gap

*Ein utforskande studie om
sjukepleiestudentar si overføring av læring
mellom simuleringssenter og praksis*

Inger Helen Sekse Hilleren



Masteroppgåve ved Det medisinske fakultet
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

31.05.2016

© Forfatter

År 2016

Tittel Filling the gap – ein utforskande studie om sjukepleiestudentar si overføring av læring mellom simuleringscenter og praksis

Forfatter Inger Helen Sekse Hilleren

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap.

Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Inger Helen Sekse Hilleren	Dato: 25.05.2016
Tittel og undertittel: Filling the gap – ein utforskande studie om sjukepleiestudentar si overføring av kunnskap mellom simuleringssenter og praksis	
<u>Samandrag:</u> <i>Føremål:</i> Føremålet med denne masterstudien er å bidra til auka fokus på problematikken kring overføring av kunnskap mellom to læringsarenaer, klinisk ferdighetscenter (KFS) og klinisk praksis, for sjukepleiestudentar <i>Teoretisk forankring:</i> Studien er teoretisk forankra i situert læringsteori slik den er skildra av Lave og Wenger (1991) og Vygotskij (1978). <i>Metode:</i> Studien er ein kvalitativ studie med eit utforskande design. I denne studien er det nytta gjenbruk av datamateriale. Datamaterialet tilhøyrrer ein større doktorgradstudie som denne masterstudien vart knytt til. Datamaterialet er to fokusgruppeintervju og til saman 18 individuelle intervju med ni sjukepleiestudentar rekruttert via ein utdanningsinstitusjon. Intervjua er analyserte med ei hermeneutisk tilnærming. Analysen er inspirert av Kvale og Brinkmann (2009) sitt framlegg til ein sekstrinns analyse. <i>Resultat:</i> Funna i denne studien tyder på at studentar jamt over meiner det er positivt å øva på ferdigheiter i KFS før dei skal ut i praksis. Studien har resultert i fire hovudkategoriar: Tid- og lærarressursar i KFS, indre faktorar som påverkar læring i KFS, kjensla av å vera budd til praksis og samhandling med andre. <i>Konklusjon:</i> KFS og praksis kan aldri bli heilt like, til det er praksis for kompleks. Funna tyder likevel på at KFS kan bidra til at studentane kjenner seg budd til praksis. Det kan sjå ut til at det skjer ei overføring av kunnskap mellom læringsarenaene. Det er difor essensielt å sikra at kunnskapen som vert overført er korrekt.	
Nøkkelord: sjukepleiestudentar, overføring av læring, simulering, samhandling, situert læring	



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap.

Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Inger Helen Sekse Hilleren	Date: 25.05.2016
Title and subtitle: Filling the gap – an explorative study about nursing students and transfere of knowledge between two learning situations	
<u>Abstract:</u> <i>Purpose:</i> The aim of this study is to contribute to increased focus on issues regarding transfer of knowledge between two learning contexts, clinical skill centre and clinical practice, for nursing students. <i>Theoretical framework:</i> The study is theoretically grounded in situated learning theory as described by Lave and Wenger (1991) and Vygoskij (1978). <i>Method:</i> This is a qualitative study with an explorative design. The data belongs to a larger study, to which this master thesis is connected. This study is therefore reusing data collected by another scientist. The data consist of two focus interviews and a total of 18 semi-structured, individual interviews with nine nursing students recruited through an educational institution. The interviews were analyzed with a hermeneutic meaning interpretation inspired by the six-step analysis described by Kvale and Brinkmann (2009). <i>Results:</i> The findings of this study suggest that students in general are satisfied with simulation training. The study has resulted in four main categories: Resources in the clinical skill centre, factors which affect the learning outcome in the clinical skill centre, feeling prepared and interaction with others. <i>Conclusion:</i> The clinical skill center can never become completely identical to clinical practice. The findings indicate however that training in clinical skill center help students prepare themselves for clinical practice. There seems to be a transfer of knowledge between the two learning arenas.	
Key words: nursing students, transfer of knowledge, simulation, peer learning, situated learning	

Forord

Då er endeleg dagen komen og denne masteroppgåva skal leverast inn. Vegene fram hit har vore lang, den har tatt heile fire år. Vegene har vore lærerik, interessant og ikkje heilt fri for frustrasjon og tårer. Midt oppi masteroppgåva vart eg mamma for tredje gong og difor er eg ekstra glad og stolt over å klara å levera oppgåva mi innan normert tid.

Det har vore mange støttespelarar for meg undervegs. Eg har familie, kollegaer, studievener og vener som har heia meg fram og kome med oppmuntrande tilrop undervegs. Det siste året har samtalanene mine med Stine vore viktige. Me har vore gjennom det same forløpet med baby og oppgåveskriving og det har vore godt å ha nokon å snakka med som har forståelse for livet som småbarnsmor og masterstudent, tusen takk for hjelpa, kjære deg. Tusen takk til Marita som via WordFeud både har gitt meg kjærkomen avkopling og vore tilgjengeleg som hobbypsykolog.

Eg vil retta ein stor takk til rettleiarane mine, Ida Torunn Bjørk og Monika Ravik for inspirasjon, støtte og kloke, reflekterte tilbakemeldingar. De har vore tolmodige og svart på alle mine rare spørsmål. Eg hadde ikkje klart dette utan dykk.

Ein stor takk går også til mamma, pappa og svigers for god hjelp til barnepass i tide og utide, utan dykkar hjelp hadde det ikkje blitt noko oppgåve, enkelt og greitt!

Til sist må eg takka Ivar, Kjirstina og Gyda som har vore tolmodige med mamma, som på si side ikkje har vore like tolmodig tilbake. Vesle Gyda har aldri opplevd ei mamma som ikkje er opptatt med datamaskin og forskingsartiklar. No gler eg meg til å vera berre mamma i sommar. Ein ekstra stor takk til Frode som har støtta meg heile vegene og som, overraskande nok, meir enn ein gong kom med innspel som fekk meg vidare når eg stod fast.

Innholdsfortegnelse

1	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Føremål, problemstilling og forskingsspørsmål	3
1.3	Oppbygging av oppgåva	4
1.4	Avgrensing	4
2	Litteraturgjennomgang	5
2.1	Simulering	5
2.2	Overføring av læring	8
2.3	Studentar og simulering	10
2.3.1	Læringstilhøve	10
2.3.2	Læringsituasjon	12
2.3.3	Læringsutbytte	14
2.4	Lærar, medstudent og kontaktsjukepleiar	16
3	Teoretisk rammeverk	18
3.1	Det sosiokulturelle perspektivet	18
3.2	Situert læringsteori	18
4	Metode	22
4.1	Utforskande design	22
4.2	Hermeneutikk	22
4.3	Utval og setting	23
4.4	Intervju som metode for datasamling	23
4.4.1	Fokusgruppeintervju	24
4.4.2	Individuelle intervju	25
4.5	Gjenbruk av kvalitative data	25
4.6	Analyse	26
4.6.1	Transkribering	27
4.6.2	Analyse av tekstmaterialet	28
4.7	Forskingsetiske omsyn	34
4.8	Forskaren si rolle	36
5	Resultat	37
5.1	Tid- og lærarressursar i KFS	38

5.1.1	For lite tid i KFS.....	38
5.1.2	Prioriterer skulen nok lærarressursar til KFS.....	39
5.1.3	Teori vs praksis?.....	40
5.2	Studentrelaterte faktorar som påverkar læring i KFS.....	41
5.2.1	Frustrasjon.....	41
5.2.2	Stress.....	43
5.2.3	Førebu seg.....	44
5.3	Kjensla av å vera budd til praksis.....	46
5.3.1	Gjenkjenning.....	47
5.3.2	Realistisk øving.....	47
5.3.3	Tryggleik.....	49
5.4	Samhandling med andre bidreg i læringa til studentane.....	49
5.4.1	Medstudent.....	50
5.4.2	Lærar.....	51
5.4.3	Kontaktsjukepleiar.....	52
5.4.4	Pasienten.....	53
6	Diskusjon.....	55
6.1	Teori vs praksis.....	55
6.2	Tid og lærarar i KFS.....	57
6.3	Metodekritikk.....	64
7	Konklusjon.....	66
7.1	Hovudtema.....	66
7.2	Bruk av situert læringsteori i oppgåva.....	67
7.3	Vegen vidare.....	67
	Litteraturliste.....	69
	Vedlegg.....	74

1 Innleiing

Denne mastergradstudien utforskar og skildrar erfaringa sjukepleiestudentar har med øving på praktiske ferdigheiter i klinisk ferdighetssenter (KFS) og om studentane overfører kunnskap dei får i KFS til kliniske praksisstudiar.

Masterstudien min er del av ein større studie om sjukepleiestudentar si overføring av kunnskap mellom KFS og klinisk praksis. Rettleiar og biretleiar er begge knytt til hovudstudien.

1.1 Bakgrunn for val av tema

I dag er det sjukepleiarane som utfører mange av dei tekniske ferdigheitene som tidlegare vart utført av legar og assistentlegar. Dette har utvikla og endra sjukepleiaren si rolle (Trim, 2005) og har gjort sjukepleiefaget til eit komplekst fag kor utøvarane treng både teoretisk og praktisk kunnskap (Vågan, Erichsen, & Larsen, 2014).

I rammeplanen til sjukepleieutdanninga er det fastsatt at halvparten av studiepoenga skal vera knytt til praktiske øvingar og refleksjonar på utdanningsinstitusjonen og praksisstudiar ved ulike helseinstitusjonar (*Rammeplan for sykepleieutdanning*, 2008). Scenariotrening og øving på praktiske ferdigheiter er ein grunnleggjande og omfattande del, om lag 15 studiepoeng av sjukepleieutdanninga, og med mål om å sikra kvalitet og tryggleik i pasientbehandlinga (Johannesson, Silén, Kvist, & Hult, 2013; *Rammeplan for sykepleieutdanning*, 2008; Ravik, Havnes, & Bjørk, 2015). Sjukepleiestudentar skal læra mange ferdigheiter og øver på praktiske ferdigheiter både i KFS og i klinisk praksis (Alteren & Bjørk, 2006; Ravik et al., 2015). Praktiske ferdigheiter vert ofte definert som ei teknisk handling skildra ut frå fingerferdigheit og effektivitet (Alteren & Bjørk, 2006). Å vera ein kompetent utøvar av praktiske ferdigheiter inneber meir enn å kunna utføra ferdigheita teknisk riktig. For sjukepleiaren handlar kompetent utvøying om å integrera handlinga i eit større perspektiv kor samhandling og omsorg for pasienten er sentralt (Alteren & Bjørk, 2006; Bjørk & Kirkevold, 2000).

Til trass for at ein stor del av sjukepleieutdanninga er retta mot læring av praktiske ferdigheiter, manglar nyutdanna sjukepleiarar nok kompetanse i grunnleggjande, praktiske ferdigheiter til å utøva kompetent sjukepleie (Marshburn, Engelke, & Swanson, 2009). Det er

eit gap mellom kva som vert rekna for naudsynt kunnskap for ein nyutdanna sjukepleiar og kva som er den faktiske kunnskapen dei har etter fullført utdanning (Bjørk, 1999; Danbjørg & Birkelund, 2011). Studiar har synt at nyutdanna sjukepleiarar manglar god nok kompetanse, både praktisk og teoretisk (Zamanzadeh, Jasemi, Valizadeh, Keogh, & Taleghani, 2015). Manglande praktisk kompetanse hjå nyutdanna sjukepleiarar gjer at dei vert stressa og frustrert og det gjer overgangen frå å vera student til å verta sjukepleiar vanskeleg (Zamanzadeh et al., 2015). Manglande teoretisk kompetanse gjer at nyutdanna sjukepleiarar ikkje veit kor dei skal finna og korleis dei skal tileigna seg den teoretiske kunnskapen som dei treng (Zamanzadeh et al., 2015). Ein kan gå ut i frå at både utdanning, praksis og sjukepleiarar sjølv meiner at nyutdanna sjukepleiarar lærer dei naudsynte praktiske ferdigheitene i når dei kjem ut i jobb i klinikken (Bjørk, 1999; Danbjørg & Birkelund, 2011). Dersom ein går ut i frå det, så kan ein sjå på sjukepleieutdanninga som ein introduksjon til faget kor studentane lærer grunnleggjande ferdigheiter og lærer å finna og tileigna seg teoretisk kunnskap.

Øving på praktiske ferdigheiter på skulen sikrar at alle får øvd seg på dei mest sentrale ferdigheitene og gjer at studentane dimed har same utgangspunkt når dei kjem ut i praksis (Feingold, 2004; Hope, Garside, & Prescott, 2011; Traynor, 2010). Intensjonen med øvinga er at studentane overfører læringa dei har tileigna seg i KFS til klinisk praksis (Ravik et al., 2015). Få studiar har forska på overføringsprosessen og me veit difor særst lite om det føregår ei overføring av læring frå KFS til praksis. Fleire studiar peikar på denne mangelen og oppmodar til forskning på overføring (Liaw, Palham, Chan, Wong, & Lim, 2015; Solnick & Weiss, 2007; Yuan, Williams, & Fang, 2012; Yuan, Williams, Fang, & Ye, 2012).

Auka fokus på pasienttryggleik har vore med og bidrege til auka bruk av simulering i sjukepleieutdanninga (Pike, 2010; Solnick & Weiss, 2007; Yuan, Williams, Fang, et al., 2012). WHO definerer pasienttryggleik som “freedom for a patient from unnecessary harm or potential harm associated with healthcare” (WHO, 2009). WHO (2009) nemner også mellom anna simulering som ein av læremetodane som bør brukast i utdanninga av helsepersonell for å auka pasienttryggleiken. Helseutøvarane må læra seg å opptre trygt. Den beste måten for studentane å læra om pasienttryggleik er ved hands-on-trening eller øving i simuleringssenter (WHO, 2009). Klinikken er ikkje alltid inneforstått med at dei må gjera endringar i behandling, prosedyre og haldningar for å auka pasienttryggleiken. Det er difor viktig at studentar, som er oppdatert innan pasienttryggleik, verta oppmoda til å utføra ferdigheiter slik

dei har lært på skulen. Alternativt vil all læring dei har oppnådd om pasienttryggleik verta satt til sides (WHO, 2009).

I denne studien ser eg på korleis sjukepleiestudentar erfarer at dei overfører læring frå KFS til klinisk praksis. Då studentane vart intervjuja hadde dei øvd på innlegging av PVK og difor er dette ein naturleg ferdigheit å bruka som eksempel i oppgåva.

Innlegging av PVK er ein avansert (Ravik et al., 2015), men vanleg prosedyre (Zingg & Pittet, 2009). PVK vert nytta for intravenøs væskebehandling, intravenøs medikamentbehandling, parenteral ernæring og blodtransfusjon, samt at det vert lagt inn PVK på pasientar som vert akutt innlagt eller som skal utføra prosedyrar kor det kan skje komplikasjonar som krev intravenøs væske- eller medikamentbehandling (Thue et al., 2015). Det er estimert at om lag 80% av alle pasientar får innlagt PVK i løpet av sjukehusopphaldet (Alexandrou et al., 2012; Zingg & Pittet, 2009). Også i primærhelsetenesta vert pasientar behandla med PVK og innlegging av PVK er dimed ein prosedyre dei aller fleste sjukepleiarar kjem til å handtera.

1.2 Føremål, problemstilling og forskingsspørsmål

Føremålet med denne masterstudien er å bidra til auka fokus på problematikken kring overføring av kunnskap mellom to læringsarenaer, KFS og klinisk praksis, for sjukepleiestudentar. For at overføring av kunnskap skal vera mogleg, må det vera likskapar mellom læringsarenaene som studentane kan identifisera og handla ut i frå. I dag har me ikkje god nok kunnskap til seia at det er nok likskap mellom klinikk og KFS til at det kan skje ei overføring av kunnskap. Me veit heller ikkje nok om kva som skjer i KFS som påverkar kunnskapsoverføringa. I denne oppgåva ønskjer eg å bidra med auka kunnskap om dette gapet som er mellom KFS og klinisk praksis. Med dette som utgangspunkt er problemområdet definert slik:

Kva nytte erfarer sjukepleiestudentar at dei har av å øva på praktiske ferdigheiter i simuleringssenter før dei skal øva på ferdigheitene i klinisk praksis?

For å få svar på problemområde har eg brukt desse forskingsspørsmåla

1. Kva meiner sjukepleiestudentar påverkar læring i KFS?
2. Korleis erfarer sjukepleiestudentar at øving i KFS førebur dei til klinisk praksis?

3. Kva endringar, om nokon, er det i studentane si oppfatning av kva KFS betyr for øving på prosedyre i klinisk praksis når dei er ferdig med praksisperioden?

1.3 Oppbygging av oppgåva

Første kapittel inkluderer innleiing, bakgrunn, føremål med studien og avgrensinga til oppgåva. I kapittel to går eg gjennom aktuell forskning og litteratur. Det tredje kapittelet tar føre seg det teoretiske rammeverket, som er ein læringsteori. Kapittel fire omhandlar metode, kor eg skildrar korleis datasamling og analyseprosessen har gått føre seg, samt etiske sider ved forskaren si rolle. I det femte kapittelet presenterer eg funna og desse diskuterer eg i kapittel seks. Eg avsluttar kapittel seks med metodekritikk og i kapittel sju oppsummerer eg hovudpunkta i studien og avsluttar med konklusjon og vegen vidare.

1.4 Avgrensing

Studien handlar om sjukepleiestudentar i andre undervisningsår, som øver på praktiske ferdigheiter i KFS og deretter utfører dei same ferdigheitene i klinisk praksis. Datamateriale frå studentane vert handsame som eit materiale og det er ikkje gjort samanlikningar til kvarandre. Det blir ikkje gjort nokon vurdering av tilhøve i KFS eller den kliniske praksisen studentane er i.

2 Litteraturgjennomgang

Det er gjort to litteratursøk saman med bibliotekar i samband med arbeidet med denne masteroppgåva. Fokuset for begge litteratursøkja var simulering som læringsmetode for sjukepleiestudentar og overføring av kunnskap frå simuleringssenter til praksis. Det første søket vart gjort i mars 2014 i samband med prosjektskildring og det neste vart gjort i februar 2016. I mars 2014 vart det søkt i Medline (Ovid), Cinahl og Svemed+ og i februar 2016 var det søkt i Cinahl og Svemed+. I tillegg til desse søka saman med bibliotekar har eg sjølv gjort søk i Medline (mars 2016), Embase (mars 2016) og Google Scholar (mars og april 2016)

Søkjeord i mars 2014 var «patient simulation», «student; nursing», «nursing education», «nursing baccalaureate», «experience», “clinical competence”, “transfer (psychology)”, «nursing skills» og «manikin». I februar 2016 vart også «practice», «confidence», “preparedness” og «knowledge transfer» inkludert.

Rettleiarane mine har også vore til uvurderleg hjelp i innhenting av litteratur, eg har fått tips til litteratur og studiar som eg elles ikkje hadde funne fram til sjølv.

2.1 Simulering

Helsevesenet er i endring og det er vanskeleg å få tilstrekkeleg med praksisplasser til å sikra gode nok praksisstudiar for sjukepleiestudentar (Solnick & Weiss, 2007; Traynor, 2010; Yuan, Williams, Fang, et al., 2012). Samstundes vert det dårlegare tilgang på pasientar i klinikken, då stadig fleire vert behandla poliklinisk i staden for inneliggjande. Dette gjer at det vert færre pasientar i klinikken og at dei inneliggjande pasientane er svært dårlege (Bjørk, Christiansen, Havnes, & Hessevaagbakke, 2015; Christiansen, Buus Boje, & Frederiksen, 2015; Issenberg & Scalese, 2008; Kowitlawakul, Chow, Salam, & Ignacio). Praksis etterspør høgare kompetanse hjå nyutdanna sjukepleiarar (Pike, 2010; Shepherd, McCunnis, Brown, & Hair, 2010), noko som set krav til institusjonar som utdannar sjukepleiarar. Behovet for å finna læringsmetodar som kan stø opp om, og dels erstatta klinisk praksis er difor aktuelt. Trass i manglande forskning på resultat og effekt vert simulering meir og meir nytta i sjukepleieutdanninga og vert sett på som ein trygg og god undervisningsform (Feingold, 2004; Hope et al., 2011; Liaw et al., 2015; Lynagh, 2007; Yuan, Williams, & Fang, 2012). Andre fordelar med simulering er mellom anna at studentane, i trygge omgjevnadar og utan risiko for pasienten, får høve til å ta del i kritiske scenario, som dei i

praksis ville vera tilskodarar til (Levett-Jones, Lapkin, Hoffman, Arthur, & Roche, 2011). Simulering gjev studentane høve til mengdetrena på ferdigheiter (Levett-Jones et al., 2011).

Simulering er ei freistnad på å etterlikna røynda og kopiera ulike aspekt frå ein klinisk situasjon, til dømes å konstruera ein situasjon slik at den kjennest og ser ut som, samt oppfører seg som ein reell situasjon (Thidemann & Tønnessen, 2011). Generelt sett kan ein seia at medisinsk simulering har til mål å imitera pasientar, anatomiske deler av menneskekroppen, eller å spegla verkelege medisinske situasjonar (Issenberg & Scalese, 2008).

Fidelity er eit viktig og mykje brukt omgrep i simulering. Fidelity seier noko om i kva grad simuleringa liknar og oppfører seg som røynda (Issenberg & Scalese, 2008), sagt med norsk ordbruk, så syner fidelity til grad av realisme i simuleringa. Fidelity vert rangert frå liten grad av realisme til høg grad av realisme. Realismen er relatert til tre område i simuleringa, engineering fidelity (utstyr), environmental fidelity (omgjevnad) og grad av psychological fidelity (truverde) (Kozlowski & DeShon, 2004; Rehmann, 1995). Engineering fidelity handlar om kva utstyr som vert brukt og i kva grad utstyret klarar å skapa ein realistisk situasjon (Issenberg & Scalese, 2008). Utstyret som vert nytta i simulering varierer frå ikkje noko utstyr, t.d. ved simulerte samtalsituasjonar, via enkelt utstyr, t.d. plastikkarm til å øva på innlegging av PVK og injeksjonar, til avanserte dukker som kan programmerast til å uttrykka ein sjukdomstilstand og responderer på behandlinga den får. Enkle plastarmar har i seg sjølv liten grad av realisme, medan dei avanserte dukkene har høgare grad av realisme. Det vert hevda av fleire at realismen i simuleringa aukar ved bruk av avansert teknisk utstyr (Kowitlawakul et al.; Reid-Searl, Happell, Vieth, & Eaton, 2012; Thomas & Mackey, 2012). Grady et al. (2008) undersøkte om det var forskjell på å læra ferdigheiter ved simulering på avansert utstyr og enkelt utstyr. Dei fann at det kan sjå ut til at utstyr med høg realisme gav eit betre treningsmiljø enn utstyr med låg realisme gav (Grady, 2008). Kva utstyr som skal brukast i simuleringa må henga saman med kva øving som skal gjennomførast og kven som skal gjennomføra den. Ein nybyrjar kan ha like mykje, eller meir, utbytte av ein enkel simulator enn av ei avansert dukke (Munshi, Lababidi, & Alyousefs, 2015). Manglande ferdigheiter og kunnskap kan føra til at studentane ikkje får utnytta læringspotensialet i dei meir komplekse simuleringssituasjonane. Det kan også vera lett å verta overvelda av teknikken og la seg riva med av den og at fokuset då vert flytta frå pasient til teknologi (Berragan, 2011; Bjørk et al., 2015; Munshi et al., 2015). For å øva på konkrete praktiske ferdigheiter, som innlegging av PVK, krevst det ikkje avansert, teknisk utstyr. Å øva på innlegging av PVK handlar om å gjera ei øving korrekt og det er ikkje naudsynt å setja øvinga i ein større kontekst. Øving på konkrete praktiske ferdigheiter krev heller ikkje spesiell planlegging,

i motsetning til øving med avansert utstyr (Bjørk et al., 2015). Enkle øvingar er også meir tilrettelagt for at studentane kan koma med idear og initiativ (Bjørk et al., 2015). Utstyr med liten grad av realisme er enklare å flytta på og er billigare, både i innkjøp og drift, enn meir avansert utstyr (Grady, 2008).

Environmental fidelity har også betydning for kva grad av realisme simuleringa har. Dersom det i KFS er klart å gjenskapa omgjevnadane i klinisk praksis vil det gje ein høgare grad av realisme enn omgjevningar ulike dei i praksis (Rehmann, 1995; Reid-Searl et al., 2012). Sjølv om utstyr og omgjevningar vert sett på som viktige element for å skapa ein realistisk simuleringssituasjon kan desse vera mindre viktige dersom det vert lagt vekt på å få deltakarane til å tru på situasjonen. Dersom det vert lagt vekt på truverde i simuleringa kan det redusera behovet for avansert utstyr og realistiske omgjevningar (Kozlowski & DeShon, 2004). Johannesson et al. (2013) fann at ein realistisk kontekst påverka korleis studentane lærte og at realismen rundt øvinga oppmoda studentane til å opptre meir profesjonelt. Også påkledning hadde innverknad på kor seriøse studentane var i simuleringa. Studentane opplevde at dei følte seg meir forplikta til å oppføra seg som sjukepleiarar og at simuleringa vart meir seriøs når dei hadde på seg sjukepleieuniform (Johannesson et al., 2013). Studien til Hope et al. (2011) syner også at det å bruka symbolet på ein sjukepleiar, uniformen, saman med å oppføra seg profesjonelt gjer at kjensla av å lata som vert mindre for sjukepleiestudentane.

Simulering er ei trygg form for læring både med tanke på studentane, men også med tanke på pasientar. I KFS er det studenten som er i fokus, ikkje pasienten. Dette gjev studentane ei unik moglegheit til å øva utan å vera redd for å gjera feil som kan føra til skade for pasienten (Reid-Searl et al., 2012). Ein annan studie syner at nettopp tryggleiken og rettleiinga dei fekk i KFS gjorde at studentane vart oppmoda til å prøva og vart dimed kjent med kjensla av, bruken, trygg handtering og riktig destruksjon av materiale (Hope et al., 2011).

Sjukepleiestudentar syner ei sterk evne til å oppdaga, tolka og respondera riktig i ein kontrollert simulering. Dei meiner det er på grunn av risikofrie omgjevningar kor studentane kan inkludera kognitive, psykomotoriske og kjenslemessige ferdigheiter (Yuan, Williams, & Fang, 2012). I praksis vil studentar oppleva at dei, på grunn av pasienttryggleik, vert ståande som passive tilskodarar i visse situasjonar, medan dei i KFS vil få høve til å delta og ta avgjersler (Traynor, 2010). Fokuset på pasienttryggleik har truleg auka bruken av simulering. Studentane får høve til å øva på praktiske ferdigheiter på førehand før dei skal utføra ferdigheitene på pasientar. Studentane får også øvd i fred og får kjennskap til ferdigheitene i eige tempo (Pike, 2010).

I sin studie konkluderer Johannesson et al. (2013) med at simulering er godt eigna for å læra sjukepleiestudentar praktiske ferdigheiter og profesjonell oppførsel. Refleksjon over eigen prestasjonen trer fram som viktig i læringsprosessen (Johannesson et al., 2013). Ein systematisk review syner at simulering generelt fører til betring i utføring av prosedyrar, men at det likevel er fleire usikre moment, spesielt i spørsmålet om overføring av kunnskap frå KFS til klinikk (Lynagh, 2007).

Ein må erkjenne at det finst mykje forskning som tydeleg syner dei positive sidene ved simulering, men det er også bakdelar som også må takast omsyn til (Berragan, 2011). Berragan (2011) lurar på kvar pasienten er. Ho seier at pasienten er essensiell for at sjukepleiestudentane skal læra «korleis vera ein sjukepleiar» og korleis studentane skal læra seg å utføra praktiske ferdigheiter som må til for å ta vare på pasienten (Berragan, 2011). Det er heller ikkje funne at simulering fører til meir kunnskap og kritisk tenking. I ein systematisk review fann Cant & Cooper (2010) at sjølv om simulering var ein valid læringsmetode var det likevel berre halvparten av studiane med kontrollgruppe, som kunne syna til betre kunnskap, kritisk tenking, auka sjølvtilitt eller tilfredsheit (Cant & Cooper, 2010). Kontrollgruppene brukte andre interaktive læringsmetodar og det kan ha vore med på å minska forskjellen. Samanlikna med tradisjonell førelesing var simulering overlegen på kunnskapsauke (Cant & Cooper, 2010).

Som dette avsnittet syner er det stort sett semje i forskinga om dei positive sidene ved simulering. Simulering gjer at alle studentar får høve til å øva på grunnleggjande ferdigheiter før dei skal i praksis, det er ei trygg form for øving for studentane og det set ikkje pasienten i fare.

2.2 Overføring av læring

Overføring av læring kan definerast som å bruka læring oppnådd i ein situasjon i ein annan situasjon (Beach, 1999). Overføring skjer, til dømes, ved at sjukepleiestudentar bruker kunnskap dei har fått i simuleringssenter i klinisk praksis. Omgrepet vert ofte brukt i samanheng med læring av kunnskap eller ferdigheiter i formelle opplærings- eller utdanningssituasjonar (Dixon, Gehl, Douglas, & Denning, 2000; Ravik et al., 2015). Overføring av kunnskap kan sjåast på som transport av kunnskap (Dixon et al., 2000).

Effektiv overføring av kunnskap mellom KFS og klinikk inneber lagring og henting av kunnskap frå hukommelsen (Liaw, Chan, Scherpbier, Rethans, & Pua, 2012). Det er spesielt tre faktorar som er viktige for overføring av kunnskap. 1) likskap mellom simuleringssenter og klinisk setting, 2) at simuleringsscenarioet samsvarar med situasjonar og utfordringar som vert møtt i praksis slik at det er mogleg å henta fram og bruka kunnskapen og 3) simuleringa skal innarbeida læringsaktiviteter, inkludert hands-on-trening, og debriefing som er med på å auka forståing og kunnskap (Liaw et al., 2012). Vidare seier Liaw et al. (2012) at overføringa av kunnskap er basert på studentane si oppfatting og er difor subjektiv. Difor er det viktig at det blir gjennomført observasjonsstudiar for å evaluera den faktiske kliniske prestasjonen.

Studien til Ravik et al. (2015) observerer korleis sjukepleiestudentar prøver å overføra ein praktisk ferdigheit (innlegging av PVK) frå KFS til klinisk praksis. Dei fann i sin studie at simuleringa gjorde at studentane var kjent med utstyret dei skulle bruka i klinikken.

Studentane fekk likevel vanskar når dei skulle utføra ferdigheita på ekte pasientar fordi det var så stor ulikskap mellom dukke og pasient (Ravik et al., 2015). Når studentane øvde på dukke hadde det ikkje noko betydning om kanylå var satt riktig og langt nok inn i vena før mandrengen vart trekt tilbake. Studentane kunne likevel halda fram med ferdigheita. Då studentane gjorde same feilen på pasienten i praksis, vart resultatet mislukka og studenten «bomma» (Ravik et al., 2015).

Studentar opplevde at den prinsipielle likskapen mellom KFS og praksis fremja overføring av læring og studentane klarte å overføra det dei gjenkjente i situasjonen, sjølv om dei opplevde at praksis inneheldt fleire detaljar og ukjente element enn KFS (Alteren & Bjørk, 2006). I KFS vart det gjenskapt realistiske situasjonar, studentane fekk ta avgjersler og testa dei praktiske ferdigheitene sine. Likevel var det berre om lag halvparten av studentane som meinte at læringssituasjonen kunne overførast til praksis. Lærarane, derimot, meinte at læringa kunne overførast (Feingold, 2004).

I ein litteraturreview vart det sett om effekten av simuleringstrening førebudde sjukepleiestudentar til å respondera på forverring hjå pasient i klinikken (Fisher & King, 2013). Resultatet var at dei fleste studiane synta at det var ei overføring av ferdigheiter mellom KFS og praksis. Diskusjonen kring overføringa reflekterte utdanningsinstitusjonane og/eller studentane sine meiningar, heller enn reell overføring av ferdigheiter frå KFS til praksis (Fisher & King, 2013). Ein systemtisk review konkluderer med at det er ein indikasjon på overføring mellom KFS og klinisk setting og at denne indikasjonen må sjåast på som ei

innleiing til vidare forskning på emnet (Lynagh, 2007). Andre studiar peikar også på dette (Alteren & Bjørk, 2006; Liaw et al., 2015; Lynagh, 2007; Ravik et al., 2015; Solnick & Weiss, 2007)

Som eg har prøvd å synleggjera er det semje i forskingslitteraturen om behovet for meir forskning på overføring av kunnskap mellom KFS og klinisk praksis. Simulering er ressurskrevjande, både i tid, personale og ikkje minst utstyr, å vera trygg på at effekten av simuleringa svarar til intensjonen er difor viktig.

2.3 Studentar og simulering

Det er gjort fleire studiar som har sett på kva betydning simulering har hatt for sjukepleiestudentar, i dette kapittelet ser eg på kva forskinga seier om ulike forhold ved simuleringa, som kan ha betydning for studentane. Eg har valt å dela kapittelet inn i læringstilhøve, læringssituasjon og læringsutbytte.

2.3.1 Læringstilhøve

Med læringstilhøve meiner eg korleis det blir tilrettelagt for studentane å øva i KFS. Tidlegare forskning tyder på at tilbakemelding (feedback), repetisjon og samanheng mellom teori og praksis er element som har betydning for læringstilhøva for sjukepleiestudentar i KFS (Issenberg, Mcgaghie, Petrusa, Gordon, & Scalese, 2005). Det er viktig å understreka at tilbakemelding, repetisjon og samanheng mellom teori og praksis er knytt til læringstilhøva til studentane og er ikkje kjenneteikn på realistisk simulering (Munshi et al., 2015). Under gjer eg greie for kva tidlegare forskning seier om tilbakemelding, repetisjon og samanheng mellom teori og praksis.

Tilbakemelding

Tilbakemelding kan definerast som «ei handling som vert gjort av ei ekstern kjelde for å tilføra informasjon i ei spesiell oppgåve utført av andre (Kluger & DeNisi, 1996). Hattie og Timperley (2007) utvidar definisjonen gitt av Kluger og DeNisi (1996) og seier at meininga med tilbakemelding er å minska gapet mellom korleis det er no og korleis det skulle eller burde vera. Det viktigaste elementet for å få effektiv læring i KFS er nettopp denne tilbakemeldinga etter endt simulering. Då får studentane høve til å vurdere sine egne

ferdigheiter og sjekka sin eigen framgang (Cant & Cooper, 2010; Issenberg et al., 2005). I studien til Bjørk et al. (2015) vart det gitt, og bedt om, tilbakemelding. Tilbakemelding var både korleis ferdigheiter skulle gjerast steg for steg og refleksjon over kva dei gjorde og skulle gjera. Etter at det er gjennomført ein simulering er det naudsynt å gå gjennom det som vart gjort og gje konstruktiv tilbakemelding til studentane (Johannesson et al., 2013). Tilbakemeldinga kan vera frå simuleringsprogrammet, lærarar, medstudentar, eiga erfaring eller ved bruk av videoopptak av simuleringssituasjonen (Hattie, 2011; Johannesson et al., 2013). Issenberg et al. (2005) hevdar at det er mindre viktig kven eller kva som gjev tilbakemelding, hovudsaka er at det blir gitt tilbakemelding. Dette er det ikkje semje om i litteraturen. Bjørk et al. (2015) peikar på dei pedagogiske utfordringa som er ved tilbakemelding frå medstudentar. Medstudentar har ikkje alltid naudsynt kunnskap og kompetanse til å gje korrekt tilbakemelding. Dette er eit område som krev meir forskning, då samarbeidslæring blir brukt meir og meir i sjukepleieutdanninga (Bjørk et al., 2015). Det er viktig med tilbakemelding til studentane ved aktive øvingar. Tilbakemelding er med på å forenkla problemløysingsprosessar og hjelpe studentane til å utvikla ferdigheiter som krevst i klinisk praksis (Jeffries & Rizzolo, 2006). Debriefing etter simulering gav studentane eit forum for å reflektera og diskutera simuleringssituasjonen og var med på å auka læringsutbytte for studentane (Traynor, 2010). Studentane i studien til Johannesson et al. (2013) fekk tilbakemelding frå både simuleringsdukke og medstudentar. Simuleringsdukka var programert med eit program som gav tilbakemelding medan studenten utførte prosedyren. På ein skjerm kunne studentane sjå kva som skjedde inni ein kropp når dei utførte prosedyra. Studentane fekk dimed direkte tilbakemelding på kva konsekvensar utføringa deira kunne ha på ein eventuell pasient (Johannesson et al., 2013). Studentane fekk også tilbakemelding frå medstudentar og frå videoopptak av simuleringssituasjonen. Desse tilbakemeldingane opplevde studentane som ei stadfesting på at dei meistra ferdigheitene dei øvde på (Johannesson et al., 2013). Også WHO trekk fram tilbakemelding som viktig for at studentane skal betra og til slutt meistra mange ferdigheiter som tryggar pasienten (WHO, 2009).

Repetisjon

Å vera ein kompetent utøvar av ferdigheiter krev hands-on-trening, rikeleg med tid og moglegheit til å repetera øvinga (DeBourgh, 2011). Når studentane repeterer praktiske ferdigheiter i KFS får dei høve til å korrigera feil, finpusse på gjennomføringa og øva på å kunna ferdigheita så godt at dei kan gjennomføra den automatisk (Issenberg et al., 2005;

Yuan, Williams, Fang, et al., 2012). Som belyst tidlegare inneber det å vera ein god utøvar av praktiske ferdigheiter meir enn den tekniske gjennomføringa. Samhandling med og omsorg for pasienten er like viktig som teknisk utføring. Når ei ferdigheit vert utført automatisk kan ein stilla spørsmål ved om pasienten blir godt nok ivaretatt eller om han berre blir ein rekvisita. Ein annan studie syner at studentar som øvde på same simuleringsscenario fleire gonger fekk ei betre forståing av kva som skjedde i simuleringa. Dette vart også synleg i debriefingen, då studentane stilte fleire spørsmål og reflekterte meir (Cummings & Connelly, 2016).

Heilskap mellom teori og praksis

Studentane gav uttrykk for at det gav mening på to nivå å sjå at teori dei har lært blei brukt i ein simulert pasientsituasjon. Studentane klarte å sjå samanheng mellom teori og praksis og dei kjende seg førebudd til klinisk praksis (Christiansen et al., 2015). I ein annan studie sa studentane at simulering tydeleggjorde for dei kor viktig det var å ha teoretisk kunnskap for å utføra sjukepleieoppgåver. Den individuelle og kollektive kunnskap deira, eller mangel på kunnskap, vart synleggjort i simuleringa (Traynor, 2010). Studentane opplevde at simulering laga ei bru mellom teori og praksis ved at dei brukte teoretisk kunnskap i simuleringssituasjonen. Studentane brukte også teoretisk kunnskap frå andre disiplinær, som mikrobiologi og farmakologi, noko som forskarane meiner syner at det oppstod kritisk tenking (Botma, 2014).

2.3.2 Læringsituasjon

Med læringsituasjon meiner eg kva faktorar som hemmar og auker læringa i KFS. Tidlegare forskning tyder på at stress og frustrasjon hjå studentane har innverknad på læringssituasjonen, det same kan seiast om realismen i øvinga. Under gjer eg greie for kva tidlegare forskning seier om nettopp stress, frustrasjon og realistisk øving.

Stress og frustrasjon

Klinisk praksis er kjent for å vera ei kjelde til angst og stress for sjukepleiestudentar (Levett Jones, 2008). Simulering gjer at studentane kjenner seg meir budd og det reduserer angst og stress knytt til praksis (Reid-Searl et al., 2012). I KFS kan studentane sitt strev med å gjera alt riktig skapa ei intens stemning (Bjørk et al., 2015). Stress og angst i KFS kan verta redusert

ved at studentane ler og tøysar med utstyret dei brukar og det er med på å skapa ei lettare stemning i KFS (Bjørk et al., 2015). Vidare seier Bjørk et al. (2015) at det ikkje er noko som tyder på at studentane tar ferdigheitstreninga mindre seriøst sjølv om dei tøysar. Øving på ferdigheiter i KFS reduserer sjukepleiestudentane sin redsel for å gjera feil som går utover pasienttryggleik (Reid-Searl et al., 2012). Studentar kan oppleva at dei vert stressa når dei skal gjera ei øving framfor andre som skal evaluera dei. Dersom dei får høve til å filma øvingssituasjonen i staden for å demonstrera øvinga «live» kan det vera med på å redusera angst og stress. Det fører også til at studentane samarbeider betre, får auka sjølvtrillit og sjølvstyrt læring (DeBourgh, 2011). I motsetning til dette synte ein litteraturgjennomgang at videoopptak av øvinga var ein av dei største angst- og stressfaktorane i KFS (Nielsen & Harder, 2013). Studien syner at manglande sjølvtrillit i utføring av ferdigheiter, ikkje vita kva som skjer og debriefing skapar angst og stress hjå studentar. Dersom studentane opplevde lærarane som lite støttande eller skremmande skapte også det angst hjå studentane (Nielsen & Harder, 2013)

Stressnivået til 28 sjukepleiestudentar vart målt før og etter simulering. Desse målingane synte ikkje at stressnivået sank signifikant etter simuleringa (Shepherd et al., 2010). Hjå studentane som hadde høgast stressnivå før simulering var endringa minst (Shepherd et al., 2010). Sjølvtrilliten vart også målt i same studie og eit interessant funn var at studentane som hadde oppgjeve mest auke i sjølvtrillit, ikkje oppgav redusert stressnivå (Shepherd et al., 2010).

Realistisk øving

Realisme vert ofte referert til som heilt grunnleggjande for at simuleringa skal vera vellukka. Realistisk og realisme er difor omgrep som går att i store deler av simuleringforsking og – litteratur. Eg har freista synleggjera det i dette kapittelet. Realistisk og realisme i simuleringa handlar både om omgjevnadar og utstyr brukt i simulering, samt læringstilhøve, læringssituasjon og læringsutbytte.

Dersom simuleringa vert sett på som realistisk for studentane så er det større moglegheit for at det skjer ei overføring av kunnskap til praksis (Jeffries & Rizzolo, 2006; Pike, 2010). I motsatt fall, om studentane ikkje finn simuleringa realistisk og klarar å relatera til situasjonen, kan ein stilla spørsmål ved kor nyttig simulering eigentleg er (Pike, 2010). Ein student fortalde at ein simulert hjartestans hadde gitt ho tru på seg sjølv i ein slik situasjon. Då ho

opplevde situasjonen i verkelegheita klarte ho ikkje gjennomføra dei naudsynte tiltaka (Pike, 2010). Det blir stilt spørsmål til om simulering gjev studentane urealistiske, høge forventingar til seg sjølv. Kompleksiteten og det uforutsigbare i ein reell pasientsituasjon i ein reell klinisk setting er vanskeleg å få autentisk i KFS (Maran & Glavin, 2003; Pike, 2010).

2.3.3 Læringsutbytte

Med læringsutbytte meiner eg kva utbytte studentane har av læringa i KFS. Tidlegare forskning syner at sjukepleiestudentar meiner at læring i KFS har betydning for sjølvtilitt, kompetanse og kjensla av å vera budd. Under gjer eg greie for dette.

Sjølvtilitt

Sjølvtilitt er å ha tru på egne evner til å prestera. Å ha sjølvtilitt i læringsprosessen er essensielt for motivasjon og læring av ferdigheiter (Hope et al., 2011). I ein review gjort av Fisher og King (2013) blir det sagt at studentane får auka sjølvtilitt når simulering gjev dei moglegheit for trygg og repetert øving, samt deltaking og engasjement i simuleringa. Ein annan studie fann derimot at mindre enn halvparten av studentane i studien meinte at simulering auka sjølvtilitten deira eller auka den kliniske kompetansen. Det var berre litt over halvparten av studentane som meinte at simuleringa budde dei til å fungera i klinikken (Feingold, 2004). Det er vanskeleg å konkludera med at simulering gjev betre sjølvtilitt, då det er ikkje er tilstrekkelege bevis for det (Yuan, Williams, & Fang, 2012). Simulated Professional Learning Environment (SIMPLE) er eit samarbeid mellom ein utdanningsinstitusjon og praksis. Lærarar frå utdanninga og utøvande sjukepleiarar utvikla eit simuleringsprogram som likna reelle, typiske situasjonar frå praksis. Programmet vart brukt for å førebu sjukepleiestudentar i siste studieår til deira rolle som sjukepleiarar i klinikken. Resultatet av SIMPLE var at studentane fekk ein auka sjølvtilitt som hjelpte dei til å takla deira rolle som fagpersonar (Liaw et al., 2015). Sjølvtilitten ser ut til å auka når studentane veit kva som ventar dei og dei veit korleis dei skal bu seg til rolla som sjukepleiar (Liaw et al., 2015).

To grupper sjukepleiestudentar vart samanlikna i ein studie. Den eine gruppa følgde eit simuleringsprogram medan kontrollgruppa følgje vanleg klinisk undervisning. Studien synte at studentane som simulerte oppnådde høgare grad av sjølvtilitt enn kontrollgruppa, samanlikna med sjølvtilitt før intervensjonen (Thomas & Mackey, 2012). Studentane som

ønskja å delta i simuleringa hadde i utgangspunktet lågare sjølvtilitt enn studentane i kontrollgruppa (Thomas & Mackey, 2012). Det blir difor stilt spørsmålsteikn ved om studentane ønskja å vera med på simuleringa fordi dei hadde lågare sjølvtilitt og om resultatet hadde vore annleis dersom deltakarane hadde vore jamnbyrdige i begge gruppene (Thomas & Mackey, 2012). Også Reid-Searl et al. (2012) fann at studentane fekk auka sjølvtilitt når dei øver i KFS. Det vert trekt fram at å øva i trygge omgjevnadar og utan at det går ut over pasienttryggleik gjer at studentane vert mindre redde for å gjera feil og at det aukar sjølvtilitten deira (Reid-Searl et al., 2012).

Studentar opplever også at skulen bidreg til dårlegare sjølvtilitt. I studien til Morrell og Ridgway (2015) fortalte studentar at dei fekk dårlegare sjølvtilitt når lærarane deira påpeika alle feil som dei kunne koma til å gjera (Morrell & Ridgway, 2014). Studentane simulerte før praksis og meinte sjølv dei hadde auka kunnskapsnivået sitt, men dei melde at det likevel ikkje førte til auka sjølvtilitt. Det som derimot gav studentane sjølvtilitt var då kontaktsjukepleiarane i praksis lot dei få gjennomføra oppgåver utan tilsyn (Morrell & Ridgway, 2014).

Kjensla av å vera budd

Klinisk praksis er kjent for å vera ei kjelde til stress og angst for sjukepleiestudentar. Difor er det spesielt viktig å få studentane til å kjenna seg budd til klinisk praksis (Reid-Searl et al., 2012).

I følge Fisher og King (2013) fører ikkje simulering i seg sjølv automatisk til at studentane kjenner seg budd til praksis. Dei hevdar at kor budd studenten er til praksis er uavhengig av deltaking i simulering (Fisher & King, 2013). I dei analyserte studiane var det ikkje signifikant at studentane opplevde seg meir budd etter praksis (Fisher & King, 2013) Når studentane er budd på kva som møter dei i praksis reduserer det redsla for å koma i ein situasjon som vil synleggjera manglande kompetanse hjå studenten (Liaw et al., 2015). I ein studie av Reid-Searl et al. (2012) sa sjukepleiestudentane at det var eit sjokk å simulera fordi det var så realistisk, men nettopp denne realismen gjorde at dei kjente seg budd til ulike pasientsituasjonar i klinisk praksis.

Christiansen et al. (2015) fann at studentane meinte at det gav meining å sjå at teorien dei hadde lært vart brukt i ein simulert pasientsituasjon. Dette refererer til studenten si evne til å

sjå ein link mellom teori og praksis. Det fekk også studentane til å kjenna seg førebudd til praksis. Studentar ønskjer ikkje å «lata som» og eit realistisk scenario er difor viktig for opplevinga til studenten (Christiansen et al., 2015).

I dette avsnittet har eg freista få fram viktige aspekt ved simulering. Eg har sett på aspekt ved tilhøve rundt simuleringa, sjølv simuleringssituasjonen og kva utbytte det er forventa at studentane får frå simuleringa. Tilbakemelding, sjølvtilitt og realisme er dei omgrepa som vert mest nytta i dei studiane eg har sett på til masterstudien min. Desse og dei andre omgrepa som eg har nemnt i dette kapitlet er ikkje uavhengige av kvarandre, men er knytt til kvarandre på ulike måtar.

2.4 Lærar, medstudent og kontaktsjukepleiar

Lærar, kontaktsjukepleiar og medstudentar er viktige medspelarar når sjukepleiestudentar skal læra praktiske ferdigheiter.

Lærar og kontaktsjukepleiar

Lite lærarkontakt i KFS skapar usikkerheit hjå studentane (Alteren & Bjørk, 2006). I følge Alteren og Bjørk (2006) har forskning over fleire tiår påpeika kor viktig det er for studentane å ha lærarkontakt i KFS. Få lærarar gjer at studentane ikkje får høve til å spørja om noko når det er noko dei lurar på, heller ikkje får dei tilbakemelding om dei utfører ferdigheita riktig (Alteren & Bjørk, 2006). Nettopp denne mangelen på tilbakemelding kom tydeleg fram i studien til Ravik et al. (2015). Mangel på lærarkontakt gjorde at studentane ikkje fekk korrigert feil dei gjorde i KFS og dimed gjorde same feilen i praksis (Ravik et al., 2015).

Kontaktsjukepleiar er ein viktig ressurs for sjukepleiestudentar i praksis. Studentar gjev uttrykk for at dei kjenner seg aleine utan kontaktsjukepleiar og at kontaktsjukepleiarane hjelper dei med å koma gjennom praksisperioden (Morrell & Ridgway, 2014). Dersom studentane opplever at dei ikkje får støtte frå kontaktsjukepleiar kan det opplevast som stressande (Morrell & Ridgway, 2014). Derimot skapar tilsyn og rettleiing frå kontaktsjukepleiar og lærar positive læringsforhold for sjukepleiestudentar i praksis (Berntsen & Bjørk, 2010). Å skapa positive læringsforhold er ikkje udelt positivt, det kan nemleg sjå ut til at kontaktsjukepleiar og lærar er meir opptatt av at studenten skulle ha ei trygg praksistid i staden for å skapa interessante og nye læringssituasjonar i praksis (Berntsen & Bjørk, 2010).

Rolla til medstudenten

Å arbeida i team kan ha anten ein positiv eller ein negativ effekt på lærings situasjonen til studentane fordi studentane kjenner seg ansvarlege for medstudentane sine læringsmoglegheiter (Christiansen et al., 2015). Når studentane ikkje sjølve var med på simuleringa, men stod på sida og observerte fann dei at dei hadde ei viktig rolle. Ved å observera fekk dei eit overblikk over situasjonen og kunne bidra i diskusjonen etterpå (Christiansen et al., 2015). Nokon opplevde det å måtta samarbeida tett saman med andre som ei utfordring og var difor negative til å arbeida i team. I dårleg fungerande grupper tok egoisme og fokus på eigainteresse over for samarbeid (Christiansen et al., 2015). I ein review gjort av Secomb (2008) kom det fram at studentar stort sett er nøgd med samarbeidslæring. Det gav studentane auka sjølvtilit, sjølvstende, kritisk tenking, sjølv-evaluering og samarbeid med medstudentar (Secomb, 2008). I studien vart det også synt til at samarbeidslæring får studentane til å vera meir aktive og involverte i læringsaktivitetane (Secomb, 2008). I klinisk praksis føretrekker studentane ein-til-ein læring med kontaktsjukepleiar. Studentar som går saman to og to med ein sjukepleiar opplever at dei må dela på lærings situasjonane og at dei difor ikkje får gjort like mykje som dei hadde fått høve til om dei var aleine (Secomb, 2008).

Litteraturgjennomgangen viste at det er gjort mykje forskning på simulering som læringsmetode for sjukepleiestudentar. Det er ei generell semje om at simulering kan vera eit supplement i sjukepleieutdanninga for å øva studentane i praktiske ferdigheiter. Simulering er ressurskrevjande. Litteraturgjennomgangen har synt at det ikkje er naudsynt å bruka det dyraste og mest teknisk avanserte utstyret for å læra enkle prosedyrar. Enklare utstyr er derimot mindre realistisk enn avansert utstyr. Realisme er naudsynt for at det skal skje ei overføring av kunnskap frå KFS til praksis og då kan ein stilla spørsmål ved om det enkle utstyret er godt nok likevel. Det er lite litteratur å finna om overføring av kunnskap mellom KFS og praksis. Dei får studiane som ser på denne kunnskapsoverføringa syner til at det skjer ei overføring. Dette er ikkje nødvendigvis positivt for også feil som er tillært i KFS vert overført til praksis. Difor er det naudsynt å identifisera kva som skjer i KFS som påverkar kunnskapen som studentane tar med seg inn i praksis. Mangel på kunnskap om overføring av kunnskap vert nemnt spesifikt som eit område kor det er behov for meir forskning. Denne studien kan bidra til meir fokus på problemet kring overføring av kunnskap.

3 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenterer eg det teoretiske rammeverket kring oppgåva. Læring og overføring av læring er sentralt i denne studien og det er relevant å bruka ein teori som omhandlar desse emna. Det er tre generelle perspektiv på læring: behavioristisk, kognitiv og sosiokulturell læringsteori. Då eg meiner den sosiokulturelle læringsteorien er mest interessant for tema i denne studien, har eg valt å konsentrera meg om denne. Nærare bestemt har eg valt å fokusera på situert læring, som er eit sentralt omgrep i sosiokulturell læring. Sett frå det sosiokulturelle perspektivet er individet alltid 'situert', det vil seia at det er ein del av ein større kontekst og ikkje kan forståast lausrive frå samanhengen det står i (Dysthe, 1999). På bakgrunn av dette meiner eg at situert læring er ein teori som høver godt til mitt tema. Situert læring er læring som føregår i ein tilsvarande samanheng til der ein skal utøva det lærte, i denne studien er det KFS og praksis. Ordet 'situert' refererer til at læring skjer i ein gitt lokalisering i ein gitt stad i samfunnsmessig praksis (Lave & Wenger, 2003).

Under skildrar eg situert læring med vekt på kunnskap, læring, overføring, deltaking, vurdering og omgjevnadar.

3.1 Det sosiokulturelle perspektivet

Det sosiokulturelle perspektivet byggjer på eit konstruktivistisk syn på læring, men legg vekt på at kunnskap vert konstruert gjennom samhandling og ikkje primært gjennom individuelle prosessar (Dysthe, 1999). Interaksjon og samarbeid er grunnleggjande for læring og ikkje berre som eit positivt element i læringsmiljøet (Dysthe, 1999). Kunnskap eksisterer ikkje i eit vakuum, men vert utvikla og delt mellom menneske og miljøet menneska er i, inkludert utstyr og felleskapet som dei deltek i (Dysthe, 2001; Greeno, Collins, & Resnick, 1996). Ein måte å sjå på kunnskap er at individa samhandlar i gruppe, kunnskapen til den enkelte kjem til uttrykk i evna vedkomande har til å vera deltakande i gruppa (Greeno et al., 1996).

3.2 Situert læringsteori

Læring

Lave og Wenger (2003) karakteriserer læring som ein prosess kor deltakarane først er perifere i gruppa og etter kvart som dei vert meir erfarne og får auka kunnskap vert deltakinga stadig meir kompleks (Lave & Wenger, 2003).

Ut frå sitt syn på kunnskap, seier Greeno et al. (1996) at læring er ei styrking av samhandling i gruppa og den enkelte deltakaren sine evner. Læring vert sett på som ei læretid for å læra det ein treng for å kunna delta i ei gruppe (Greeno et al., 1996) For at det skal vera ei god læretid, så må deltakarane ha høve til å observera og praktisera aktivitetane slik at dei utviklar evnene sine og kan ta ein meir sentral posisjon, samt at det er legitimt at dei er til stades. Lave og Wenger (2003) kallar dette for 'legitim perifer deltaking (Lave & Wenger, 2003). Legitim, perifer deltaking omfattar aktivitetar, identitetar, artefakta og felles kunnskap og praksis (Lave & Wenger, 2003). I dette synet på læring vert deltakarane (studentane/lærlingane) styrt og rettleia av meistrar og motivasjonen for læringa er målet om å verta ein meir sentral del i fellesskapet (Greeno et al., 1996). Etterkvart som lærlingen vert meir aktiv og kopla til kulturen tar den til seg rolleåtferda og handlaget til ein fagperson (Lave & Wenger, 1991). Lave er primært opptatt av handling, me lærer gjennom eit handlingsfellesskap, gjennom å delta som handlande menneske saman med andre (Lave & Wenger, 1991).

Eit anna perspektiv på læring blir presentert av Vygotsky et al. (1978). Sosial samhandling er utgangspunkt for læringa og ikkje berre ei ramme rundt læring og han har utvikla teorien 'den næraste utviklingssona' (zone of proximal development) (Vygotskij, Cole, John-Steiner, Scribner, & Souberman, 1978). Den nærast utviklingssona er distansen mellom noverande læringsnivå og det potensielle læringsnivået som studenten kan oppnå anten ved rettleiing av meir kvalifisert personell eller i samarbeid med vidarekomne studentar (Bjørk et al., 2015; Vygotskij et al., 1978). Vygotsky ser på samarbeidslæring som ein effektiv måte å utvikla ferdigheiter. Han meiner at samarbeidslæring bør skje ved at nye studentar vert rettleia av vidarekomne studentar i 'den næraste utviklingssona'. I 'den næraste utviklingssona' vil riktig rettleiing eller samhandling med andre med høgare kompetanse gje studenten nok boost til å klara ei ferdigheita (Dysthe, 1999). I motsatt fall, dersom studenten ikkje får rettleiing eller samarbeider med andre med høgare kompetanse vil det ikkje gje rom for optimal utvikling (Dysthe, 1999). Scaffolding (stilas/støtte) vart introdusert av Wood & Middleton (1975) og er brukt på tilsvarende måte som 'den nære utviklingssona'. Scaffolding er mest effektivt når støtta samsvarar med behovet til studenten. Støtte gjev studenten forutsetnadar for å få til ein

ferdigheit som studenten ikkje hadde fått til aleine. Så fort studenten klarar ferdigheita kan støtta tas vekk og studenten vil klara å gjera ferdigheita aleine (Wood & Middleton, 1975).

Overføring av læring

I eit situert perspektiv er overføring av læring problematisk, hevdar Greeno et al. (1996). Dei seier spørsmålet er om overføringa gjeld nye ferdigheiter innanfor fellesskapet eller om lærte ferdigheiter skal praktiserast utanfor fellesskapet (Greeno et al., 1996). Omgjevnadar og utstyr som vert nytta i læringa vil ikkje nødvendigvis samsvara med dei omgjevnadane og det utstyret som studentane skal utføra ferdigheiter i etter at læringa er gjennomført. For at læring skal vera mogleg å overføra frå ein setting til ein annan, må det vera visse likskapar mellom settingane. Læringsen må fokusera på likskapane for at det skal vera mogleg å overføra kunnskap frå ein setting til ein annan (Greeno et al., 1996). Dette betyr at overføring er mogleg dersom studenten kan identifisera nøkkelaspekt ved ein situasjon og utføra ferdigheiter på ein kompetent måte og at den nye situasjonen inneheld dei same nøkkelaspekta, slik at studenten kjenner dei att (Ravik et al., 2015). Ein kan seia at overføring er nøkkelaspekt som er like i ulike situasjonar og studenten sin evne til å oppfatta desse og utføra handlingar i samsvar med tidlegare læring (Ravik et al., 2015). Greeno er, i følge Ravik et al. (2015) inspirert av Gibson sitt omgrep, affordance. Gibson ser på forholdet mellom individ og miljø som ein viktig faktor som bidreg til prestasjon eller handling. Gibson føreslår at tilgjengeleg informasjon eller eigenskapar i omgjevnadane er utgangspunkt for ei gitt handling, ikkje enkeltindividet (Ravik et al., 2015).

Deltaking

I situert læring føregår læring ved deltaking i grupper. Det er to hovudfokus i perspektivet. Det eine fokuset er engasjementet som tar vare på deltakaren sine mellommenneskelege relasjonar og identitet i gruppa kor personen deltar. Det andre fokuset ligg på samhandling med miljø kor den enkelte har eit tydeleg engasjement eller investering. Gjennom deltaking får deltakaren identitet knytt til fellesskapet (Greeno et al., 1996). I samsvar med dette synet vert deltakarane engasjert i læring dersom dei deltek i eit fellesskap som meiner at læring har ein verdi (Greeno et al., 1996).

I følge Greeno et al. (1996) meiner også Lave og Wenger at identitet er viktig for at deltakaren skal engasjera seg i læringa. Motivasjon for læring kjem gjennom eit ønskje om å

læra og vil avhenga av om studenten opplever det som viktig, som igjen kjem an på om fellesskapet tykkjer læring er viktig (Dysthe, 1999). Når læringsaktiviteten er interessant for studenten så engasjerer vedkomande seg meir effektivt i læring og deltaking i fellesskapet (Greeno et al., 1996) Genuin deltaking i læringsaktivitetane til fellesskapet er ein viktig karakteristika på legitim, perifer deltaking, dette gjer at studentane får knytt identiteten sin til fellesskapet som dei er ein del av og får etter kvart meir sentrale roller i fellesskapet (Greeno et al., 1996).

Vurdering

Eit viktig aspekt ved deltaking i ei gruppe er å verta inkludert i evalueringsprosessane som skjer i gruppa (Greeno et al., 1996). Fokus for vurdering ligg på studenten si deltaking i læringsaktiviteten og kvaliteten på denne deltakinga (Dysthe, 1999). Vurdering vert sett på som ein integrert del av læringsaktiviteten og studentane deltek sjølve i vurderingsprosessane (Dysthe, 1999). Studentane er ikkje berre eit objekt for evalueringa, men deltar også i formulering av vurderingskriteria som ein integrert del av læringsprosessen (Dysthe, 1999). Å vera deltakar i vurderinga av sitt eigen og andre studentar sitt arbeid gjev studentane moglegheit for å utvikla evnene sine, gje dei ei kjensle av å ha ansvar for eige arbeid og bidra til vidareutvikling av gruppa (Greeno et al., 1996).

Omgjevnadar

Omgjevnadane kan organiserast slik at dei bidreg til å auka læringa hjå deltakaren, mellom anna ved å ha gode materielle og menneskelege ressursar som bidreg til både sosialt organiserte læringsaktivitetar og oppmoding til individuell innsats (Greeno et al., 1996). Omgjevnadane kan vera med å stø opp om deltakaren sin personlege identitet som kapable og sjølvsikre (Greeno et al., 1996). Læringsaktivitetane kan vera knytt til læring, grunngevingar, samhandling og kommunikasjon eller dei kan fokusera på problematiske situasjonar (Greeno et al., 1996).

Som dette kapittelet syner er det mogleg å knytta situert læringsperspektiv til simulering i sjukepleieutdanninga. Samspel mellom fleire deltakarar, omgjevnadar, bruk av utstyr og ikkje minst identitetsbygging er relevant når sjukepleiestudentar øver på ferdigheiter i KFS, dette vert utdjupa vidare i kapittel 6.

4 Metode

I dette kapittelet skildrar eg kva metode som er nytta i denne studien. Når eg skildrar den praktiske gjennomføringa har eg valt å leggja hovudvekta på analyseringa av datamaterialet. Hovudarbeidet mitt byrjar ved analyseringa, då datamaterialet er gjenbruk frå eit større prosjekt og var allereie samla inn då eg kom inn i prosjektet.

4.1 Utforskande design

Design er ein overordna plan for korleis ein skal oppnå svar på forskings spørsmål. Denne planen handlar om planlegging av studiens «korleis». I denne studien er det nytta eit utforskande design. Utforskande design vert nytta når det føreligg lite kjent kunnskap om tema på førehand. Litteraturgjennomgangen i førkant av studien synte at det er få studiar som ser på overføringa av kunnskap mellom KFS og praksis. Det er særleg lite forskning om korleis sjukepleiestudentar erfarar at øvinga på prosedyre i simuleringssenter har betydning for korleis dei får til same prosedyre i kliniske praktisstudiar. Mangel på kunnskap om overføring av kunnskap vert nemnt spesifikt som eit område kor det er behov for meir forskning. Det utforskande designet blir brukt som følgje av ein grundig litteraturgjennomgang som ikkje har gitt svar på dei spørsmåla forskaren stiller seg. Designet søkjer mot ei heilskapleg skildring og forklaring av prosessen, variabelen eller fenomenet som skal studerast (Brink & Wood, 1998). Denne studien kan med eit utforskande design bidra til eit breiare grunnlag for vidare kunnskapsutvikling på dette temaet.

4.2 Hermeneutikk

Studien er utført med ein hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk vert også kalla fortolkingslære og i vid forstand kan det seiast at alle menneske til ei kvar tid fortolkar omgjevnadane våre. Filosofien handlar om korleis hermeneutikk nyttar erfaring som eit verkty for å forstå den sosiale, kulturelle, politiske eller historiske konteksten erfaringane opptrer i (Polit & Beck, 2012). I hermeneutikken er objektet tekstar; å forstå og fortolka meininga av tekst (Thornquist, 2003). Som metode er hermeneutikken ei reiskap for å tolka tekst- og litteratur, hermeneutikken får oss til å forstå det me forstår og korleis me gjev verda meining (Thornquist, 2003). Den hermeneutiske sirkel er ein metodisk og fortolkande prosess som er ein konstant bevegelse

mellom deler og heilskap, kor kvar del må forståast i lys av heilskap og heilskap må forståast i lys av delene (Polit & Beck, 2012).

4.3 Utval og setting

Utvalet i denne studien er homogent. Deltakarane i gruppa er sjukepleiestudentar som er i første semester av andre studieår. Studentane er frå same utdanningsinstitusjon og har dimesd følgt det same utdanningsforløpet og har den same teoretisk og praktiske bakgrunnen frå utdanningsinstitusjonen. Ingen av studentane hadde tidlegare erfaring med perifert venekateter (PVK). I kvalitative studiar søker forskaren å finna informantar som, gjennom intervju eller observasjon, gjev rike data som gjev forskaren breiast mogleg forståing for emnet. Eit homogent utval reduserer variasjon og gjev ein meir fokusert studie og vert ofte nytta når forskaren ønskjer å forstå ei spesiell gruppe (Polit & Beck, 2012). Alle studentane i kullet på 90-100 studentar fekk ein open invitasjon til å delta i studien, tjuesju studentar gav samtykke til å delta i studien. Av desse 27 vart det trekt ut ni til å vera med i studien, trekkinga vart gjort ved tilfeldig fordeling. Tilfeldig fordeling gjer at alle som ønskjer å vera med har like stor moglegheit for å verta trekt ut (Lund, Haugen, & Fønnebø, 2006).

Studien vart utført i to ulike settingar, klinisk ferdighetssenter (KFS) og medisinske avdelingar ved eit norsk sjukehus. Studentane øver på innlegging av PVK i begge settingar. I KFS øver tre av studentane på kvarandre, tre studentar øver på gummiarm og tre studentar øver både på gummiarm og kvarandre.

4.4 Intervju som metode for datasamling

Det er nytta to ulike former for forskingsintervju for å samla inn data til denne studien. Etter øving i KFS vart deltakarane delt inn i to grupper som kvar gruppe gjorde eit fokusgruppeintervju. Medan studentane var i praksis vart det gjort to individuelle intervju av kvar student, det første vart gjennomført i byrjinga av praksisperioden medan det siste vart gjort i slutten av perioden. Det vart utarbeida intervjuguide for fokusgruppeintervjua og dei to individuelle intervjua i førkant, vedlegg 1, 2 og 3. Det vart nytta opne spørsmål i fokusgruppeintervjua, medan dei individuelle intervjua var semistrukturert.

Eit forskingsintervju er ein profesjonell samtale kor samspel og interaksjon mellom intervjuar og intervjuobjekt skapar kunnskap om eit gitt tema (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge,

2009). Forskingsintervjuet er ei moralsk undersøking. Det er eit etisk problem knytt til å utforska og analysera informantane sitt private liv for deretter å offentleggjera ei skildring av funn (Kvale et al., 2009). Kvale et al. (2009) seier vidare at etiske spørsmål i forskning, ikkje berre er avgrensa til intervjusituasjonen, men er knytt til alle fasar av intervjuundersøkinga. Forskaren ønskjer at intervjuet skal vera så djuptgåande og utforskande som mogleg, men ønskjer også å respektera informanten. Forskaren risikerer å krenka personen eller få empirisk materiale som ikkje er djuptgåande nok. Under intervjusituasjonen får forskar informasjon som kan påverka synet forskaren har på informanten (Kvale et al., 2009). Dei etiske spørsmåla vert gått djupare gjennom i kapittel 4.8.

4.4.1 Fokusgruppeintervju

Det vart utført to fokusgruppeintervju i studien, med fem deltakarar i eit intervju og tre i det andre intervjuet, ein deltakar hadde ikkje høve til å delta på fokusgruppeintervjua. Intervjua vart gjennomført dagen etter at deltakarane hadde fått undervisning og øvd på prosedyren i KFS. Kvant intervju var på om lag ein time.

Fokusgruppeintervju er eit kvalitativt intervju i gruppe kor det vert diskutert eit bestemt tema. Målet med fokusgruppa er ikkje å koma til konsensus, men å få fram opplevingane og erfaringane til deltakarane (Kvale et al., 2009). Gruppedynamikken gjer at det gjerne kjem fram fleire meiningar som ein ikkje får fram i individuelle intervju (Polit & Beck, 2012). Fokusgrupper genererer data frå fleire deltakarar samstundes og kan difor vera ein effektiv metode for innsamling av data (Tjora, 2012). Fokusgruppeintervjua er halvstrukturerte på den måten at det vart utarbeidd ein intervjuguide på førehand som sikrar at deltakarane snakkar om dei emna som forskaren er mest interessert i, samstundes er deltakarane frie til å fortelja med eigne ord (Polit & Beck, 2012). Det blir brukt opne spørsmål i fokusgruppene. Opne spørsmål gjev deltakaren høve til å gå djupare inn i emnet og snakka fritt (Tjora, 2012). Digresjonar vert ikkje sett på som negativt når det blir brukt opne spørsmål, heller tvert om, ved digresjonar kan deltakaren koma inn på emne som intervjuaren ikkje tenkte på og det kan visa seg at informasjonen som kjem fram kan vera relevant for studien (Tjora, 2012). Det er føremålstenleg at deltakarane er ei relativt homogen gruppe slik at dei har ein sams arena. Det er likevel viktig at dei har ulike meiningar, forståing og erfaring kring emnet slik at det kjem fram flest mogleg synspunkt på spørsmåla til forskaren. Kor mange deltakarar det skal vera i ei fokusgruppe er det ulike meiningar om i litteraturen. Fokusgruppene består som regel av

seks til ti personar, men informasjonsrikdomen til datamaterialet er viktigare enn talet på deltakarar (Kvale et al., 2009).

4.4.2 Individuelle intervju

Det vart utført til saman 18 individuelle intervju i studien og kvar student vart intervjuet to gonger i løpet av praksisperioden. Det første intervjuet vart utført like etter første forsøk på å leggja PVK i praksis medan det andre intervjuet vart utført på slutten av perioden. Deltakaren som ikkje hadde høve til å stilla på fokusgruppeintervju fekk spørsmål frå dette fokusgruppeintervjuet på sitt første individuelle intervju. Dei første ni individuelle intervju vart gjennomført på eigna rom på avdeling. Det vart freista finna skjerma rom, men på grunn av mangel av gode samtalerom vart også vaktrom nytta til intervju. Intervjua varte mellom 22-48 minutt. Dei siste ni individuelle intervju vart gjennomført på eit skjerma rom utanfor avdelinga.

Dei individuelle intervju er, som tidlegare nemnt, semistrukturert. Ein skal ikkje intervju utan mål og meining og det er difor på førehand laga ein intervjuguide som skal hjelpe intervjuar å koma inn på dei tema som det er ønskjeleg å få informasjon om (Malterud, 2011). Rekkefølga for emna vert bestemt undervegs og tilpassast kor informanten er i si forteljing (Thagaard, 2013). Det kan vera vanskeleg å ikkje styra intervjuet inn mot kunnskapen me allereie har og på den måten berre halda oss innanfor dei rammene me allereie kjenner til, i førforståinga vår. Malterud (2011) seier vidare at det er viktig å la informanten fortelja seg ferdig når den byrjar på noko som kan vera som eit sidespor, for det er gjerne i desse sidespora at me får ny kunnskap til emnet vårt. Før det siste individuelle intervjuet vert gjort, får studentane sjå eit videoopptak av seg sjølv i ein øvingssituasjon i praksis.

4.5 Gjenbruk av kvalitative data

Då eg kom inn i prosjektet var alt datasamlinga gjennomført og studien min er basert på bruk av datamaterialet som er innhenta av ein annan forskar. Datamaterialet som eg nyttar er i liten grad brukt i hovudstudien. Det er berre fire av dei individuelle intervju, to intervju frå to deltakarar, som er nytta. Vinklinga i masteroppgåva mi er ein annan enn den i hovudstudien og eg har difor fått henta ut informasjon som elles kanskje ikkje ville vore brukt. Gjenbruk gjer at det blir høve til å studera det som ikkje var eksplisitt fokus for den originale studien og

kan syna seg å gje eit fruktbart resultat (Dalland, 2011). Å gjennomføra forskingsintervju er ein tidkrevjande prosess både for forskar og deltakar og det er synd å ikkje bruka data som det alt er nytta tid og ressursar på å henta inn.

Reint praktisk kan det synast enkelt å få datamaterialet ferdig «servert», det er ein tidkrevjande prosess å innhenta eit godt og stort nok datamateriale til bruk i forskning. Det var likevel ikkje einseitig enkelt å overta datamaterialet til ein annan forskar. Problemstillinga og forskingsspørsmåla måtte koma som eit resultat av det datamaterialet eg hadde tilgjengeleg i staden for at eg innhenta datamateriale med utgangspunkt i problemstilling og forskingsspørsmål. I kvalitativ forskning er det for så vidt ikkje uvanleg at forskingsspørsmåla utviklar seg og vert til i løpet av studien (Polit & Beck, 2012). Kvalitativ forskning er fleksibel og forskingsspørsmåla kan modifierast etter kvart som det kjem fram ny kunnskap (Polit & Beck, 2012).

I forskarmiljø er det usemje om det å gjenbruka andre sine kvalitative data gjev gode nok data (Dalland, 2011). Dei som er mot gjenbruk argumenterer ofte med at meining vert skapa i relasjonen mellom intervjuar og intervjuobjekt og at ein ikkje vil få ein personleg relasjon til informantane, førstehandskjennskap til konteksten eller atmosfæren (Dalland, 2011). Vidare oppsummerer Dalland (2011) at kritikarane meiner at det alltid vil mangla data dersom ein gjenbruker andre sitt datamaterialet med nye forskingsspørsmål. På den andre sida argumenterer tilhengjarane til gjenbruk at eit nytt forskingsprosjekt vil tilføra ein ny kontekst for framvekst av data i relasjon mellom forskar og datamaterialet og dimed blir ikkje sekundæranalysen ein analyse av eksisterande materiale, men ei rekontekstualisering (Dalland, 2011).

4.6 Analyse

To fokusgruppeintervju og 18 individuelle intervju utgjer datamaterialet i denne studien. Eg har transkribert begge fokusgruppeintervjua og det første individuelle intervjuet til kvar deltakar, gjort like etter første innlegging av PVK i praksis. Dei siste ni individuelle intervjua gjort på slutten av praksisperioden er ikkje transkribert, desse har eg lytta gjennom og notert ned hovudtrekka i dei.

4.6.1 Transkribering

Alt datamaterialet var ferdigtranskribert i hovudstudien. Eg valde likevel ikkje å nytta det ferdigtranskriberte materialet. Eg transkriberte alt sjølv for å få eigarforhold til materialet på ein heilt annan måte enn eg elles ville hatt. Då eg transkriberte fekk eg også ein god kjennskap til materialet og vart betre kjend med deltakarane enn om eg berre hadde lese eit ferdig tekstmateriale.

Under transkribering og særleg under analysering erfarte eg at det var stader i intervjuet kor eg gjerne skulle hatt høve til å be deltakaren utdjupa. Det var spesielt då deltakarane snakka om kva påverknad øving i KFS hadde på øving i praksis at eg ønskja at eg hadde hatt høve til å stilla oppfølgingsspørsmål. Eg er ein uerfaren forskar og det er ikkje sikkert eg hadde stilt oppfølgingsspørsmåla om det var eg som var intervjuaren, det er dimed ikkje gitt at datamaterialet hadde vore rikare om eg hadde intervjuet.

Kvale et al. (2009) seier at det fins inga sann, objektiv oversetting frå muntleg til skriftleg form. Transkribering er difor ingen eksakt vitskap med ein enkel formel og to strek under svaret. Då eg skulle transkribere intervjumaterialet var eg usikker på korleis eg best skulle gjera det. Eg freista først å transkribere verbatim, men opplevde at eg automatisk skreiv nynorsk då eg lytta konsentrert. Det førte til at transkripsjonen av det første intervjuet vart ei blanding av dialekt og nynorsk. Dei seinare intervjuet valde eg å transkribere i mi eiga språkdrakt, nynorsk. Ved å transkribere til nynorsk kunne eg konsentrere meg om det som vart sagt i staden for å retta merksemda mot skrivinga. Eg er ein uerfaren forskar og det er mogleg datamaterialet hadde blitt meir unøyaktig om eg skulle fortsatt med verbatim transkribering. Materialet skal ikkje analyserast med eit lingvistisk utgangspunkt og det forsvann dimed ikkje verdfull informasjon ved å transkribere direkte til nynorsk (Kvale et al., 2009). Kvale et al. (2009) seier at det ikkje fins ei objektiv oversetjing frå munnleg til skriftleg form og seier at korleis transkripsjonen føregår må tilpassast kva som er nyttig i dei ulike situasjonane. Som hovudregel kan det transkriberast til nynorsk eller bokmål, men transkriptøren må vera observant på at dialektord kan ha særigne tydingar (Tjora, 2012) Å transkribere i eiga språkdrakt er med på å anonymisera deltakarane av di ingen av informantane kan kjennast att på dialekt eller personleg talemåte (Tjora, 2012). For å gjera transkriberinga mest mogleg lik det verbale uttrykket til deltakarane har eg valt å bytta ut dialektord med nynorske ord og bokmålsord som er ulovlege på nynorsk vart også bytt til eit synonymt nynorsk ord. Utover det har eg brukt deltakarane sine egne ord. Personnamn vart

endra til <l r r> og <student> for   halda teieplikta. Pausar, latter og lydord som ehh, og mhmm vart tatt med undervegs og der det var uklart kva som var sagt vart markert med (UKLART).

Eg byrja transkriberinga med   lytta gjennom intervjuet ein gong slik at eg vart kjent med kva som vart sagt og korleis deltakarane ordla seg, neste gong eg høyrde intervjuet transkriberte eg samstundes ord for ord, men, som sagt over, bytte eg ut typisk bokmålsord og dialektord til nynorske synonymord. Eg valde i hovudsak   høyra korte sekvensar på 10-20 sekund f r eg noterte ned kva som vart sagt. Dersom noko var uklart høyrde eg sekvensen opp att fleire gonger, både i kortare deler, men også i lengre for   sjå om heilskapen kunne gjera dei ukl re delane tydelegare for meg. Det var ikkje alt som vart klart for meg og transkripsjonen vantar innimellom nokre ord. Tredje gong eg høyrde gjennom intervjuet sat eg med teksten framom meg og kontrollerte at eg hadde fått alt med meg.

To av dei individuelle intervjuet var vanskelege   transkribera. Det eine fordi det var mykje bakgrunnstøy som gjorde at ord forsvann og det andre fordi studenten snakka gebrokkent. For   kontrollera transkripsjonen av desse intervjuet spurde eg forskar i hovudstudien om det var mogleg   få tilsendt det allereie ferdigtranskriberte materialet. Då eg samanlikna transkriberingane fann eg at det mangla meir i den profesjonelle transkriberinga enn i den eg hadde gjort. Eg fekk difor ikkje fylt inn der det var uklart kva som var sagt. Eg vurderte det slik at det som var uklart ikkje hadde stor betydning for heilskapen og har difor valt   bruka materialet slik det var, med nokre uklare deler.

Døme på transkribert tekst med uklare deler:

S: Den. Ja. For   vera heilt  rleg, det var ingenting, det hjelpte meg ikkje i det heile tatt. Den, den modellen med dei fem trinna og sånt. Eg blir, eg sit og ser og UKLART, og, og det har, det hjelpte meg ikkje i det heile tatt eigentleg, nei. Det, eg syns berre bortkasta tid   sitja og sj  på nokon som gjer prosedyren. det og så, ja aktivisera, og sjø, det hjelpte meg iallfall ikkje. Kanskje dei andre studentane, men iallfall ikkje meg.

4.6.2 Analyse av tekstmaterialet

Føremålet med studien er   skildra opplevingane og erfaringane som studentane gjer seg i KFS og praksis. Det er interessant   sjå på heilskapen av det studentane seier. Det er ikkje meininga   samanlikna gruppene eller studentane opp mot kvarandre. Sidan eg ikkje samanliknar studentane med kvarandre, samla eg fokusgruppeintervjuet og analyserte det som

eit materiale. Det same gjorde eg med dei individuelle intervju. Eg noterte meg likevel ned kven som sa kva, slik at eg hadde høve til å sjå om studentane endra meining eller oppfatning i løpet av praksisperioden. Sidan datamaterialet er så stort valde eg å byrja analysera fokusgruppeintervju. Funna frå fokusgruppeintervju vart tatt med vidare til dei første ni individuelle intervju. I desse konsentrerte eg meg først og fremst om meiningseiningane som var relevante for funna frå fokusgruppeintervju. Samstundes var eg open for å endra på funnkategoriane og eventuelt leggja til fleire tema dersom eg fann det naudsynt. Til sist analyserte eg dei siste ni individuelle intervju. Då var det ikkje meininga å finna fleire kategoriar, men å sjå om studentane hadde meir å tilføya etter at dei hadde hatt ein lengre periode i praksis. Eg brukte Kvale et al. (2009) sitt framlegg til analyse som rettesnor for analysen. Vidare gjer eg kort reie for Kvale et al. (2009) sitt framlegg til analyse og deretter skildrar eg korleis eg gjennomførte analysen.

Det finst ikkje universelle reglar for analyse av kvalitative data (Kvale et al., 2009; Polit & Beck, 2012) og eg har valt å gjera det på min måte. Kvale et al. (2009) skisserer seks trinn i analyseprosessen, kor dei tre første trinna alt skjer under intervjuet, medan dei siste tre skjer under transkribering og analyse av det transkriberte materialet. Det første trinnet skjer når deltakaren fortel spontant om det dei opplever, føler eller gjer til eit gitt emne, det er lite tolking eller forklaring i dette trinnet. Trinn to er når intervjupersonen sjølv oppdagar nye forhold i løpet av intervjuet og finn andre tydingar i det dei opplever og gjer (Kvale et al., 2009). Sidan eg ikkje var med på intervju var desse trinna allereie forbi innan eg byrja på mitt arbeid. Som tidlegare nemnt opplevde eg då eg transkriberte at eg sakna å ha moglegheit til å stilla oppfølgingsspørsmål eller å be om å få bekrefte det eg tolka då eg hørde gjennom intervju. Det tredje trinnet handlar nettopp om dette. Intervjuaren fortettar og fortolkar det deltakaren seier og sender meiningane tilbake slik at deltakaren kan bekrefte eller avkrefta det intervjuaren har tolka (Kvale et al., 2009). Dei neste trinna er tolking og analyse av det transkriberte materialet og eventuelt gjenintervju, kor deltakarane får lesa gjennom tolkingane og kommentera desse. Det sjette og siste trinnet er handling og oppstår dersom intervjuersonane byrjar å handla på bakgrunn av den nye innsikten dei har fått i løpet av intervjuet (Kvale et al., 2009).

Då materialet var ferdig transkribert la eg forskingsspørsmåla til side og byrja analysen med å kondensera alt datamateriale til meiningseiningar. Eg brukte deltakarane sine eigne ord for å halda meg til deira sjølvforståing. Då eg hadde gått gjennom fokusgruppeintervju og dei

individuelle intervju sat eg att med til saman 812 meiningseiningar. Tabell 1 syner korleis eg har kondensert datamaterialet i eit fokusgruppeintervju og kome fram til meiningseiningar.

Tabell 1 Frå transkribert tekst til meiningseiningar i fokusgruppeintervju

Transkribert tekst	Meiningseining
<p>F: Kva sakna du i den førebuinga?</p> <p><i>S: Eigentleg, ja, eg burde ha tenkt litt, kanskje at læraren hadde vist det på ei dukke eller eit eller anna liksom og at me hadde, greia er at me hadde ikkje tid til nokon ting, det er det største problemet, i ei ideell verd så hadde kanskje læraren kunna vist det til fleire smågrupper då iallfall på ei dukke eller eit eller anna, men pga logistikken der nede er jo ikkje det mogleg, me har jo tre timar på oss der nede til rådigheit liksom og då er det, eller det er to etter introduksjon og det er altfor lite til at ein skal kunna klara det på første forsøk, syns eg då, for dei tar alt for lite høgde for at det er første gong ein gjer det, liksom, iallfall, det var det for meg i allfall og då er det, eg er jo ikkje den einaste. Det er mange som har vore ute i jobb kanskje før, som hjelpepleiarar, men.. Så det er rett og slett, ja, tid er vel det ein saknar</i></p>	<p>Eg sakna at læraren viste oss korleis det skulle gjerast, på ei dukke eller noko anna.</p> <p>Det var lite tid til noko som helst og det er det største problemet.</p> <p>Det ideelle hadde vore om læraren kunne synt prosedyren i smågrupper, men på grunn av logistikk og tid er det ikkje mogleg.</p> <p>Det er for lita tid, det blir ikkje tatt høgde for at me gjer det for første gong.</p>

Tabell 2 syner korleis eg har kondensert datamaterialet frå eit individuelt intervju til meiningseiningar.

Tabell 2 Frå transkribert tekst til meiningseiningar i individuelt intervju

Transkribert tekst	Meiningseiningar
<p>F: Kan du skildra kva du opplevde som likskapar då? Kva var likt i KFS og her?</p> <p><i>S: Det var, utstyret var likt, utanom at me brukte vel ein rosa venflon i forhold til blå, staseslangen var lik og sprøytene var like og.</i></p> <p>F: Har det noko å seia at utstyret er likt?</p> <p><i>S: Absolutt, det gjev jo, det er vel heile, eller det er vel ein tryggleik det, noko ein har brukt før det kan ein jo handtera, så det er veldig fint at me får høve til å sjå på såne ting på førehand og det gjer oss jo litt meir førebudde til praksisperioden då.</i></p>	<p>Utstyret me brukte i KFS var likt utstyret i praksis.</p> <p>Det gjev ein tryggleik når ein har brukt utstyret før og kan handtera det.</p> <p>Å sjå utstyret på førehand gjev oss meir budde til praksisperioden.</p>

Eg samla alle meiningseiningane frå fokusgruppeintervjua i eit dokument og meiningseiningane frå dei ni første individuelle intervjua i eit anna dokument. Då eg heldt fram analysen la eg vekk dei individuelle intervjua og konsentrerte meg om fokusgruppeintervjua. Eg byrja å arbeida meg gjennom meiningseiningane frå fokusgruppeintervjua samtidig som eg hadde forskingsspørsmåla ved sidan av meg. I denne prosessen tok eg vekk dei meiningseiningane som eg ikkje fann hadde ein openberr relevans til forskingsspørsmåla. Desse meiningseiningane vart samla i eit eige dokument og lagt til side.

Neste steg av analyseprosessen var å samla meiningseiningar som vart tolka til å omhandla same emne i kategoriar. Det vart freista å gje kategoriane gode namn som var dekkande samtidig som nivået vart løfta over sjølvforståingsnivået. Dette synt seg å vera ein att- og framprosess, som er typisk for ein hermeneutisk studie (Polit & Beck, 2012). Då eg hadde kategorisert meiningseiningane og byrja å sjå på underkategoriane la eg merke til to ting, Det første var at underkategoriane ikkje hadde fått gode nok namn til å kunna jobbast med sjølvstendig og det andre var at meiningseiningar som var tolka til å høyra saman ikkje alltid gjorde det likevel. Dimed byrja eg på nytt att og gjekk nok ein gong gjennom alle meiningseiningar til eg var nøgd med samansetninga av underkategoriane. Materialet vart

abstrahert på denne måten i tre omgangar. Kvant nivå vart gjennomgått nøye og både underkategoriar og meiningsseiningar flytta på etter som det synt seg at dei framleis var feilplassert eller det var andre samansetningar som stod betre saman. Eg hadde heile tida den transkriberte teksten for meg og las ofte i den. Ved å dekontekstualisera og rekontekstualisera på denne måten sikra eg at hovudkategoriane gjenspegla den transkriberte teksten og ikkje fjerna seg frå den. Då eg var ferdig med fokusgruppeintervjua hadde eg kome fram til tre hovudtema: Tid- og lærarressursar, Utfordringar som påverkar læring i KFS og førebuing.

Deretter heldt eg fram analysen av dei ni første individuelle intervjua. Meiningsseiningane vart freista plassert i underkategoriar saman med meiningsseiningane frå fokusgruppeintervjua. Det synt seg at underkategoriane nok ein gong måtte byta namn og nokre meiningsseiningar var flytta på. Nok ein gong vart materialet abstrahert i tre omgangar. No enda eg opp med fire hovudkategoriar og eg endra namnet på ein kategori: Tid- og lærarressursar, Studentrelaterte faktorar som påverkar læring i KFS, kjensla av å vera budd og samhandling med andre bidreg i læringa til studentane. Tabell 3 syner korleis eg har abstrahert meg fram til eit tema:

Tabell 3: Frå meiningseining til hovudtema:

Meiningseining	1. underkategori	2.underkategori	3. underkategori	Tema
Det vert gitt mest positive tilbakemeldingar i gjenøvinga	Studentane gjev kvarandre tilbakemelding i gjenøvinga	Studentane bedømmer kvarandre i KFS	Samhandling med medstudent	Samhandling med andre
Etter kvart skal den som rettleier lesa mindre og mindre sånn at den andre til slutt kan utføra utan rettleiing	Studenten som blir rettleia skal verta meir sjølvstendig	Studentane rettleiar kvarandre i KFS		
Det var ingen lærar som synte oss korleis me skulle gjera alt, så me gjorde ein del feil	Gjer feil når ikkje lærar syner dei korleis det skal gjerast	Lærar er viktig for å utføra ferdigheit korrekt i KFS	Samhandling med lærar er viktig for studenten i KFS	
Kontakt-sjukepleiaren min sa det er betre og lettare å treffa om du fører den fort inn, ikkje sakte og lirkete.	Kontakt-sjukepleiar korrigerer studenten si utføring	Kontaktsjukepleiar rettleier studenten	Samhandling med kontaktsjukepleiar i praksis	
Eg hadde ikkje sett pasienten før og då var det viktig at eg helsa på han då eg kom inn og behandla han menneskeleg og prøva å sjå han som ein person, akkurat som eg hadde gjort om eg hadde treft han i ein annan samanheng	Helsa på pasienten og behandla han som ein vanleg person	Behandla pasienten som ein person, ikkje ein diagnose.	Samhandling med pasient	

Då hovudtemaene såg ut til å vera på plass gjekk eg tilbake til dei siste ni individuelle intervju. Eg hørde på dei og noterte ned det som var med på å underbyggja eller tilføra meir kunnskap til temaene. Dei siste ni intervju førte ikkje til nye hovudtema, men gav funna mine betre fundament.

Til sist tok eg fram att dokumentet med meiningseiningar som vart lagt vekk av di dei tilsynelatande mangla relevans til forskingsspørsmåla. Eg gjekk gjennom meiningseiningane

for å sjå om dei kunne supplera funna eller tilføra nye moment. Fleire av meiningseiningane var framleis forkasta, men eg fann nokre interessante. Dei mest interessante meiningseiningane som eg hadde forkasta er presentert i kapittel 5.4 og handlar om å gå i tospann i praksis.

Analysen vart stort sett gjennomført i Microsoft Word og Microsoft Excel ved bruk av tabellar og fargekoding. Eg laga tabellar for kvart nivå og desse tabellane vart til slutt samla i ein tabell. For at det skulle vera enklare å finna fram vart alle meiningseiningane merka med sidetalet dei står på i det transkriberte materialet, utan den merkinga hadde det vore vanskeleg å finna tilbake til originaltekst.

Tabell 4 syner ei oversikt over tema med undertema

HOVUDTEMA	Tid og lærarressursar i KFS	Studentrelaterte faktorar som påverkar læring i KFS	Kjensla av å vera budd	Samhandling med andre
Undertema 1	Lite tid i KFS	Frustrasjon	Gjenkjenning	Medstudent
Undertema 2	Prioriterer skulen KFS	Stress	Realistisk øving	Lærer
Undertema 3	Teori vs praksis	Førebu seg	Tryggleik	Kontaktsjukepleiar
Undertema 4				Pasient

4.7 Forskingsetiske omsyn

Då det er nytta lydopptak i studien var det naudsynt å søkja Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Då eg kom inn i prosjektet var det allereie gjort og studien var godkjent frå NSD. Det vart sendt ei endringsmelding til NSD (vedlegg 4) om at eg var innlemma i prosjektet og at det var ønskjeleg at eg skulle få tilgang til lydopptak. I juni 2014 vart det godkjent av NSD at eg kunne analysera lydfilene så fram dei var anonymisert (vedlegg 5). Studien inkluderer ikkje helseopplysingar eller annan sensitiv informasjon om pasientane som studentane øver på, difor var det ikkje naudsynt å søkja Regional Etisk Komité (REK).

Når det blir utført ein studie må det tas forskningsetiske omsyn til deltakarane. Kvale et al. (2009) trekk fram informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensar for den intervjuar som spesielt utfordrande for forskaren. Gjenbruk av andre sitt datamateriell kan også by på etiske utfordringar. Vidare skildrar eg korleis dei etiske utfordringane vart handtert i denne studien.

Før hovudstudien fekk deltakarane skriftleg og munnleg informasjon og det føreligg skriftleg samtykke frå alle informantane (vedlegg 6). I samtykket til deltakarane står det at alle medlemmer i prosjektgruppa har tilgang på, og kan bruka, datamaterialet. Informert samtykke er at informanten vert informert om føremålet til studien og eventuelle føremon eller risiko ved å delta i studien (Kvale et al., 2009). Det sikrar at informanten deltar frivillig og at dei har høve til å trekkja seg frå studien når dei måtte ønskja. Ved gjenbruk av datamateriale bør det føreliggja ein skriftleg avtale, signert av informant og forskar, med skriftleg tillate til å bruka materialet ved eit seinare høve. Då eg vart ein del av prosjektgruppa var det ikkje naudsynt å innhenta eit utvida samtykke frå informantane. Dette vart bekrefta frå NSD (vedlegg 4 og 5).

NSD godkjente at eg, som ny i prosjektgruppa, kunne få tilgang til datamaterialet dersom eg mottok datamaterialet utan løpenummer (vedlegg 5). Eg veit lite om informantane mine, eg har aldri møtt dei og eg har ikkje etterspurd informasjon om kva utdanningsinstitusjon dei er studentar ved. Eg veit kva sjukehus studentane hadde praksisstudiane sine ved. Eg veit også førenamna til informantane, då dei vert nemnt i intervju og lydfile med dei individuelle intervju var merkt med førenamnet til informanten. Då eg transkriberte anonymiserte eg informantane ved å kalla alle «S» når det er dei som snakkar eller <student> dersom dei er nemnt av andre. Under intervju vart også lærarar nemnt med namn, desse har eg anonymisert slik <lærar> i transkripsjonen. Lydfile vert gitt tilbake til hovudforskar når masteroppgåva er innlevert, seinast i 2018. Konfidensialitet inneber at private data som kan identifisera informanten ikkje skal avslørast (Kvale et al., 2009). I ein kvalitativ intervjuundersøking kor private utsegner kan inngå i offentlege rapportar skal alltid informanten beskyttast.

Anonymitet og konfidensialitet er ikkje udelt utan ulempe, når informantane er anonymisert kan det føra til at forskaren si tolking og stemme vert ståande uimotsagt (Kvale et al., 2009).

Informantane i studien var sikra praksisplass på eit nærliggjande sjukehus i staden for eit sjukehus lenger unna. Fleire av informantane seier i intervju at det var ein av årsakene til at dei ønskja vera med i studien. Informasjonen som forskar søkte var ikkje av personleg art for informantane. Likevel er det viktig at forskaren er medviten på kva rolle ho har i intervjusituasjonen, då det er ein intim situasjon som kan føra til at informanten gjev opplysingar som dei kanskje vil angra på seinare (Kvale et al., 2009). Det er ingen openberre negative konsekvensar for informantane å vera med i denne studien.

4.8 Forskaren si rolle

Dette er første gong eg forskar og eg er på veldig ukjent grunn. Eg har difor brukt mykje tid på å førebu meg og bli godt kjent med feltet og med datamaterialet mitt for å kunna presentera eit best mogleg resultat. Som sjukepleiar har eg vore kontaktsjukepleiar for studentar i klinisk praksis og eg har vore rettleiar i tilsvarende situasjonar som studentane i denne studien fortel om. Eg har også hatt oppdrag som lærar for studentar i praksisstudiar, samt at eg har vore sjukepleiestudent sjølv. Bakgrunnen min gjev meg både forforståelse og fordommar og desse er det viktig at eg er klar over når eg tolkar, analyserer og presenterer materialet. Forforståelse og fordommar vil alltid påverka tolkingane våre. Det er vesentleg i hermeneutisk tilnærming å vera medviten desse (Kvale et al., 2009). Eg kjenner meg att i utsegner og frustrasjonar som informantane skildrar, frå eg var student sjølv. Samstundes har eg ein annan erfaring og kunnskap i dag som gjer at eg kan sjå frustrasjonen min frå studenttida med andre briller. Eg kan difor setja meg inn i situasjonen til informantane, samstundes som eg kan distansera meg frå dei. Eg ønskja at forforståelsen og fordommane mine ikkje skulle ha negativ konsekvens for analysen. Det var difor viktig for meg å freista bruka objektive briller og ikkje la meg påverka i den eine eller andre retninga. Eg opplever at eg må konsentrera meg om å vera objektiv og eg har difor gått gjennom analysen fleire gonger for å sikra dette.

5 Resultat

Generelt synast studentane i studien at det er positivt å øva på ferdigheiter i KFS. Studentane har mange meiningar, både om forholda slik dei er i dag og korleis dei ønskjer at det skal vera. Det kunne vera interessant å ta med alle ønskja som studentane har til KFS, men i denne oppgåva har eg konsentrert meg om dei faktiske forholda slik studentane skildrar dei. I dette kapitlet presenterer eg funna frå datamaterialet som eg har analysert. Resultatet av analyseprosessen er fire kategoriar med til saman 13 underkategoriar, som synt i tabell 3 i kapittel 4.

Det er sju kvinner og to menn med i studien og studentane har både kvinnelege og mannlege lærarar. Som eit ledd i anonymiseringa har eg valt å bruka «ho» der det er naudsynt å bruka pronomen.

Sitata som er brukt er valt ut fordi dei illustrerer funna godt. Sitata er tatt frå begge fokusgrupper og frå fleire individuelle intervju. Det er ikkje alle individuelle intervju som er sitert, då det ville blitt for mange sitat og fordi dei sitata som er brukt er dekkande for dei andre intervju.

Vidare går eg kort gjennom kva studentane lærer i KFS og korleis ein dag i KFS arta seg for dei. Eg gjer dette fordi det er greitt å ha den bakgrunnskunnskapen når ein skal forstå resultatata. Å vita dette er relevant for fleire av underkapitla og det vil ta mykje plass å skildra det kvar gong det er behov for det.

Studentane skulle gjennom til saman fjorten ferdigheiter i andre studieår, sju av ferdigheitene lærte dei før dei skulle ut i første praksisperiode, dei siste sju lærte dei før dei skulle ut i andre praksisperiode. I KFS var det satt av om lag 3,5 timar til kvar ferdigheit og dei var i KFS kvar dag. Veka etter at dei hadde avslutta i KFS byrja studentane i praksis, så det var lite tid til eigatrening mellom undervisninga i KFS og praksis. Den vanlege gangen i KFS er først ein gjennomgang av ferdigheita, anten ved at ein lærar syner den eller ved at dei ser ein videosnutt av ferdigheita. Etterpå øver studentane på ferdigheita i gruppe på tre og tre. Til slutt har dei ei gjenøving, kor ei gruppe studentar syner ferdigheita og dei andre observerer og gjev tilbakemelding på utføringa. I denne studien øver studentane på innlegging av PVK, nokon av studentane øver på kvarandre, nokon øver på gummiarm og nokon øver både på medstudent og gummiarm. Dei har ikkje gjenøving på slutten av dagen når dei øver på denne

ferdigheita. Gjenøving er likevel tatt med i analysen, av di det også handlar om øving i KFS på eit generelt grunnlag.

5.1 Tid- og lærarressursar i KFS

I dette underkapittelet vil eg syna korleis sjukepleiestudentane i denne studien opplevde at det var satt av for lite tid og lærarressursar til KFS. Analyseresultata syner at studentane meiner dei ikkje får nok tid i KFS, særleg saman med lærar. Mangel på tid og mangel på tid med lærar gjer at studentane meiner at skulen nedprioriterer KFS til fordel for andre fag. For studentane er praksis og praktiske ferdigheiter essensielt i sjukepleiefaget og dei ønskjer større fokus på nettopp det. I staden meiner dei at teori tar for stor del av undervisningstida.

5.1.1 For lite tid i KFS

Studentane meiner det er for lite tid i KFS. Tid, eller mangel på tid, i KFS vert nemnt av samtlege studentar og er via mykje merksemd i fleire av intervjua. Som nemnt over er tida i KFS intens for studentane og det kom fram att:

Fokusgruppe 2: KFS i seg sjølv er ein bra ting, men det er igjen tidsgreia, me har ikkje nok tid til å, til at det skal verta noko effektivt læring, 3-3,5 time på kvar einaste ting då og så frå dag til dag liksom, det er ikkje, eg er i allfall ikkje mentalt i stand til å læra alt på dei 3,5timane og hugsa det, og så då hoppa på neste ting dagen etter

Studentane fortel at dei hadde god tid i KFS i første studieår, då hadde dei tid til gjennomgang av ferdigheita, øving og gjenøving. Dei er kritiske til at det er mindre tid i KFS i andre studieår og kritikken grunngjev dei med at ferdigheitene første året var enklare og ikkje krevde at det var lærar til stades når dei øvde. Eit eksempel på ferdigheiter i første året er sengereing. I andre året har studentane hatt meir kompliserte øvingar, som innlegging av PVK og stell av CVK og til dette er det satt av for lite tid, meiner studentane. Dei fleste studentane seier at dei lærer best ved å først observera andre for deretter å få utføra ferdigheita sjølv hands-on). Når det er lite tid i KFS og ferdigheitene er avanserte opplever studentane at dei ikkje får nok hands-on-trening. Studentane i fokusgruppe 2 meiner at tida satt av til KFS i andre studieår ikkje speglar kompleksiteten i øvingane dei utfører. Tida speglar heller ikkje det faktum at dei som øver på medstudent må ha ein lærar til stades når dei øver:

Fokusgruppe 2: Ja, altså du får ikkje gjort det like mange gonger heller på ein måte, sånn som viss du reier opp ei seng, du fekk gjort det ein del fleire gonger på ein dag enn det du gjer når me set sprøyter på kvarandre

Når det er lite tid i KFS blir studentane stressa og frustrert og det går ut over læringa.

Studentane opplever at det ikkje blir tatt høgde for at dei øver på å leggja inn PVK for første gong og at dei færreste får det til på første forsøk. Den knappe tida gjer at dei ikkje lærer seg prosedyren skikkeleg og seier det til lærarane:

Fokusgruppe 2: (...) I tillegg til det at dei då seier at «Jamen de skal ikkje, må ikkje rekna med at de skal kunna det», men me skal jo faktisk ut (i praksis), du får jo den over deg for det, du vil jo gjerne kunna det når du skal ut

Studentane kan øva på innlegging av PVK på gummiarm utan lærar til stades, så dersom dei ønskjer det er det mogleg for dei å øva på kveldstid og i helger. Studentane meiner likevel at det er vanskeleg for dei å få tid til å øva. Øvingsperioden i KFS er hektisk, med ny øving kvar dag og det er ikkje noko opphald mellom øvingsperioden og praksis. I første studieår var det betre tid til å øva sjølv før dei skulle i praksis og studentane uttrykker at dei saknar dette.

Etter å ha øvd på PVK i praksis er det nokre av studentane som endrar syn på tidsbruken i KFS. Det vert mellom anna sagt at KFS er ei innføring i ferdigheita og at sjølve læringa skjer i praksis. Dersom alle studentane skulle vera heilt trygge på alle prosedyrane etter å ha vore i KFS så måtte dei hatt veldig mykje tid der og dei ser at det ikkje er det som er føremålet med KFS.

5.1.2 Prioriterer skulen nok lærarressursar til KFS

Det er spesielt studentane som øver på å leggja PVK på kvarandre som opplever at det er knapp tid i KFS. Innlegging av PVK på andre menneske kan ikkje sjukepleiestudentane utføra utan at det er ein lærar eller ein annan sjukepleiar til stades. Det er ikkje ein lærar per gruppe, så det går mykje tid vekk til å venta på læraren. Med få lærarar i KFS blir det ikkje høve til å øva mange gonger på innlegging av PVK og tilsvarande ferdigheiter. Studentane bruker meir tid på å venta på læraren enn på faktisk gjennomføring av prosedyre. Om studentane ikkje får til prosedyren, men bommar, så er det ikkje tid til at dei får prøva ein gong til og dei får difor ikkje den mengdetreninga som studentane ønskjer. For studentane som øver på gummiarm er det ikkje naudsynt å ha tilsyn av ein lærar når dei legg inn PVK. Desse studentane opplever derimot at dei ikkje får særleg rettleiing utover den korte gjennomgangen på starten av økta.

Dei får difor ikkje korrigert feil dei gjer når dei øver. Det neste sitatet er frå eit individuelt intervju. Studenten har øvd på gummiarm og medstudent i KFS. Sitatet omhandlar både førstegongsøving (på dukke) og gjenøving neste dag (på medstudent). Med dette sitatet synleggjer studenten problemet med knapp tid og få lærarressursar:

Då me var med dukka hadde me ikkje så mykje rettleiing for det at det var berre ei dukke, det var berre å prøva seg, pluss at du føler at dei ikkje har tid til deg. Du har ikkje lyst å løpa rundt og «kom og hjelp». Dagen etterpå så måtte eg løpa rundt og spørja om nokon kunne hjelpa meg for eg skulle leggja inn den og då venta eg vel ein halvtime før eg fekk leggja den inn for ho var så opptatt. Det er ikkje sånn kjempelang ventetid, men me hadde jo berre fire timar og det var jo ikkje rettleiar der heile tida, for nokon måtte på møte og sånne ting.

Når studentane øvde på ferdigheita skulle dei bruka trepunktsgrepet og dei skulle setja på ei trevegskran. Dette medførte problem for studentane, då ingen hadde synt dei verken trepunktsgrepet eller korleis dei skulle fylla ei trevegskran. Dette vert diskutert i begge fokusgruppene:

Fokusgruppe 2: Me hadde jo ei lita førelæsing først og så kom me inn på rommet, men då var det ingen lærar der og så vart me eigentleg berre kasta inn på sengene, så det gjekk jo litt fort for seg. Og då hadde me ikkje blitt vist korleis me skulle fylla opp trevegskran og gjort sånne ting så det var litt forvirring med ein gong.

Eit interessant funn er at fleire studentar fortel i dei individuelle intervju at nettopp trevegskrana byr på problem for dei i praksis. Dei kjenner att krana, men har ikkje gjennomgått den med ein lærar. Dei er difor usikre på korleis dei skal handtera den i innleggingssituasjonen.

5.1.3 Teori vs praksis?

Studentane gjev uttrykk for at dei meiner skulen ikkje prioriterer KFS høgt nok: «Det er noko med, kor viktig syns dei det praktiske aspektet er då på ein måte.» Litt flåsete blir det sagt at det burde vore kutta ned på, eller kutta ut, andre fag til fordel for betre tid i KFS.

I starten på skuleåret har studentane hatt undervisning i litteratursøk og metode. Dei seier at dei forstår poenget med å ha undervisning i det, men at tidspunktet var feil, undervisninga kom på ei tid kor studentane meiner KFS burde vera prioritert. For studentane er sjukepleiefaget først og fremst eit praktisk fag og dei ønskjer meir fokus på det i utdanninga, i fokusgruppe 1 ønskjer dei meir fokus på teknikk og utføring:

Fokusgruppe 1: Det burde vera meir fokus på teknikk og utføring, ikkje på alt det teoretiske og fine rundt, før så var dei sjukepleieelevar og då var det veldig høgt fokus på utføring. No er fokuset veldig mykje på teori for det er ei akademisk utdanning i dag, ikkje sant, eg kanskje, eg syns balansen kanskje har vippt litt vel mykje sånn

Analysen tyder på at studentane opplever at skulen ikkje prioriterer tid og lærarar til KFS, noko som får studentane til å stilla spørsmål ved om skulen ser på den praktiske delen av utdanninga som viktig nok. Studentane gjev også uttrykk for at lite tid og få lærarar påverkar læringa deira ved at dei ikkje tid og rettleiing nok til å læra seg ferdigheita så godt som dei ønskjer.

Ser ikkje at KBP er viktig – samanheng mellom kunnskapsbasert praksis vs erfaringsbasert praksis

5.2 Studentrelaterte faktorar som påverkar læring i KFS

Tid og lærarar påverkar, som synt over, læring i KFS. Når studentane er frustrert og stressa påverkar det også læringa deira. Når lærarane ikkje har sams framgangsmåte for korleis ferdigheitene skal utførast skapar det frustrasjon hjå studentane. Studentane vert lært til å nytta Praktiske Prosedyrer i Sykepleien (PPS). PPS er eit elektronisk prosedyreverktøy som vert brukt i store deler av helsevesenet. Frustrasjon oppstår også når det læraren gjer ikkje stemmer overeins med PPS. Dersom det er uroleg i KFS når dei øver blir studentane stressa. Gjenøving og praktisk test er også gjenstand for stress, men studentane seier at trass stresset så gjer gjenøving og praktisk test at dei må fokusera meir på øvingane og difor lærer meir enn dei hadde gjort elles.

5.2.1 Frustrasjon

Funna tyder på at det er ein del frustrasjon hjå studentane når dei øver i KFS. Frustrasjonen er stort sett knytt til at det skal vera ein praktisk test seinare i skuleåret og studentane er redde for å stryka på denne. Frustrasjonen har i hovudsak to årsaker, lærarar som ikkje er samkøyrd med kvarandre og lærarar som ikkje er samkøyrd med PPS.

Når studentane blir frustrert går det ut over arbeidet dei skal gjera i KFS: «Nei, då tenkjer du meir på det i staden for å fokusera på det du skal gjera.» Dette svarar ein student i fokusgruppe 2 på spørsmål frå forskar om kva frustrasjon gjer med læringa. Lærarar som

ikkje er samkøyrd med kvarandre ser ut til å vera ein av hovudårsakene til at studentane vert frustrert. Når studentane seier at lærarane ikkje er samkøyrd, så meiner dei at det varierer frå lærar til lærar korleis dei utfører ein prosedyre. Difor opplever studentane at det kan vera mange ulike måtar å utføra prosedyrane og alle lærarane syner sin eigen måte til studentane. Den andre hovudårsaka til frustrasjon ser ut til å vera lærarar som ikkje er samkøyrd med PPS. Begge fokusgrupper tar opp dette;

Fokusgruppe 1: Det eg syns er vanskeleg med KFS det er PPS, fordi att «Bruk PPS» og PPS opp og ned i mente og så skriv me ut PPS og lese det og så blir det vist og så blir det ikkje vist noko i nærleiken av sånn som det står på PPS.

Med dette meiner studentane at dei lærer i KFS at dei skal følgja PPS, men opplever at lærarane ikkje gjer dette sjølv: «Og så når du då sit der og er akkurat som ein svamp, så tar du alt til deg og så blir det gjerne ei røre då» Det blir vanskeleg for studentane å skilja dei ulike framgangsmåtane frå kvarandre og det resulterer i at studentane blandar saman det dei ser lærarane gjera og det dei les i PPS.

På slutten av studieåret skal studentane ha ein praktisk test, då skal studentane gjennomføra ein av ferdigheitene dei har lært og vert bedømt ut frå utføringa. Studentane fortel at det er mange som er frustrert over den praktiske testen nettopp fordi dei opplever at lærarane ikkje er samde med kvarandre eller PPS i framgangsmåte. Kven skal bedømme meg i den praktiske testen, utfører eg det slik akkurat den læraren vil eg skal utføra det? Det er spørsmål som studentane stiller seg. Studentane må bestå testen for å fullføra studieåret og vera eit steg nærare å verta sjukepleiar. Studentane meiner det bør vera rom for å gjera feil i den praktiske testen. Sjølv om dei gjer feil betyr ikkje det at ikkje dei kan verta gode sjukepleiarar. Dette blir skildra slik:

Fokusgruppe 1: Eg tenkjer at i røynda så stryk du ikkje og feile som sjukepleiar for då går du jo faktisk og henter deg ein ny hanske då eller kanskje du har med to par hanskar inn for du veit at dette er køddent, for å seia det sånn, det er ikkje dermed sagt at du kan aldri verta ein sjukepleiar for du tok på deg hansken feil, sant, men det blir liksom sånn

Når studentane er i praksis opplever dei at også sjukepleiarane har sine egne måtar og teknikkar å gjera ferdigheita på og dei legg merke til at sjukepleiarane ikkje er like nøye som studentane er. Dette gjeld spesielt desinfisering av underlag før utstyr til PVK blir lagt ned. Når sjukepleiarane avvik frå PPS meiner studentane at det i hovudsak er to grunnar for det. Studentane meiner at nokre av sjukepleiarane har god nok erfaring til å klara å halda dei hygieniske prinsippa sjølv om dei ikkje utfører prosedyren etter PPS. På den andre sida ser

studentane at feila som sjukepleiarane gjer er knytt til at sjukepleiarane ikkje lenger er så nøyaktige. Det er delte meiningar mellom studentane om korleis dei kjem til å verta sjølv som sjukepleiarar. Nokon meiner at sidan dei er medvitne på riktig utføring medan dei er studentar så vil dei ta det med seg som sjukepleiarar, medan andre seier at det mest realistiske er at dei tar etter det som er vanleg i avdelinga dei byrjar å arbeida ved.

Studentane gjev uttrykk for at manglande og ulik informasjon er ei kjelde til frustrasjon i utdanninga som heilskap. Dei seier at det blir gitt uklare og sprikande informasjon om både undervisning og oppgåver. Ein student meiner at dette var eit så stort problem tidlegare år at studentar slutta på studiet. Det blir samstundes sagt at skulen har tatt på alvor at det har vore dårleg informasjon og at det har blitt betre dette året. Frustrasjonen som studentane har til manglande informasjon blir ikkje direkte knytt til KFS eller praksis, men studentane gjev tydeleg uttrykk for at det er viktig for dei. Det er interessant å sjå dette opp mot frustrasjonen studentane kjenner over ulike framgangsmåtar i KFS. Spørsmål som melder seg er om dette kan ha ein forsterkande verknad på frustrasjonen i KFS då studentane opplever nok ein stad kor informasjon ikkje samsvarar.

5.2.2 Stress

Det kan sjå ut som at stress i KFS kan relaterast til fleire faktorar. Det vert særleg peika på att omgjevnadane i KFS og gjenøvinga utløyser stress hjå studentane. Praktisk test var eit stressmoment i første studieår: «(...) I fjor var det jo, låg ein liten sånn ein av den testen i lokalet heile tida verka det som. Det var liksom, nokon var veldig stressa og gira og grua seg» «Og det var nokon som byrja å grina» Studentane seier at den praktiske testen i andre studieår ikkje er før i andre semester. Dei reknar med at tilstandane på KFS vil vera tilsvarande som første året når det nærmar seg praktisk test.

Studentane diskuterer omgjevnadane i KFS. Dei fortel at det er ulik utforming på romma i KFS og at utforminga har betydning for kor uroleg det er i KFS.

Fokusgruppe 1: Det er A rommet det i midten ikkje sant og det er så bråkete for det er så himla mykje folk der, og kanskje fordi det er heilt rektangulært då, mens det andre her gjekk meir i vinkel og at det då blir, eg trur det er mindre senger der inne og også blir det fordelt liksom i og med at rommet er i vinkel så blir det rolegare

Sitatet syner at korleis utforminga i KFS har betydning for kor mykje ro det er rundt studentane når dei øver.

Funna tyder på at gjenøvinga er medverkande til at studentane opplever stress i KFS. Gjenøvinga er stressande fordi studentane ikkje får vita kven som skal gjennomføra den før på slutten av øvingsdagen og fordi mange av studentane ikkje likar å syna seg fram på den måten. Kven som tar gjenøvinga blir bestemt anten ved at nokon melder seg frivillig eller så blir nokon plukka ut av lærarane. Å ikkje vita kven som skal gjera gjenøvinga gjer at studentane kjenner seg stressa når dei skal øva i KFS. Dersom ingen melder seg frivillig til gjenøvinga så er det lærarane som bestemmer kven som skal utføra den, ein student i fokusgruppe 1 seier: «Og så drøyer og drøyer du for kanskje det kjem noko enklare neste gong og så er det endå vanskelegare neste gong og så er det sånn «Nei, eg må gå, må dra tidleg». Studentane vil helst utføra så enkle gjenøvingar som mogleg og avventar å melda seg frivillig i håp om at det vert ei enklare øving neste gong. Det vert sagt at gjenøving er nyttig læring. Ein student seier at ho lærer mykje av å sjå feil som andre studentar gjer, ein annan student seier at ho lærer mykje av gjenøving, men ikkje av å gjera det sjølv. Ingen ler av dei som øver og ingen synast at dei «er dumme»:

Fokusgruppe 1: (...) men det å vera i spotlighten er i seg sjølv, for enkelte, ikkje noko behageleg, andre elsker det jo, «Hei sjå på meg, eg er i sentrum» og alt dette her og syns det ikkje er noko problem i heile tatt, mens for andre er det jo nok til å dø av

Ein student seier at det ikkje gjer ho noko å gjera feil framfor andre, ho er student og det er nesten urealistisk å tru noko anna. Ein annan student seier at ho ikkje hugsar så mykje av gjenøvinga, ho veit ho gjer feil, men blir så stressa at ho ikkje hugsar noko av situasjonen i etterkant.

5.2.3 Førebu seg

For at studentane skal få høve til å førebu seg til øving i KFS vert det gitt beskjed på Fronter (ein læringsportal) om kva prosedyre som skal øvast på dei forskjellige dagane. Studentane seier at kravet til å førebu seg til KFS er lite, men at lærarane ønskjer at studentane har sett gjennom prosedyren og gjerne skrive den ut frå PPS. Det er datamaskiner i KFS så det er vanleg at studentane ikkje skriv ut prosedyren, men ser på PPS direkte på datamaskina. Nokon av studentane seier dei likar å skriva den ut, for dei likar betre å ha prosedyren på papir i staden for skjerm. Det kjem fram i fokusgruppeintervjua at fleire av studentane ikkje har førebudd seg før dei kjem i KFS. Av dei som ikkje har førebudd seg seier dei fleste at det er grunna mangel på tid eller stor arbeidsbelastning i studiet i tida rundt KFS. Det er mange som peikar tilbake til første studieår, kor det var mindre arbeidsbelastning og difor betre tid til å

førebu seg. Studentane gjev uttrykk for at dei får meir ut av læringa i KFS når dei har gjennomgått prosedyren på førehand og kjenner til kva som skal skje. Dersom dei var førebudd ville timane som er i KFS blitt meir effektive

Individuelt førsteintervju: Ja, i fjor så følte eg kanskje at ein kunne snakka meir rundt prosedyren, at du kunne tenkja på andre ting enn sjølve prosedyren då, du kunne ta deg av observasjonar eller vurderingar som skulle gjerast undervegs, mens no har det vore litt lite tid så no har det eigentleg berre kontroll på å hugsa prosedyren

Når det gjeld førebuing knytt direkte til øvinga i denne studien så seier studentane at dei ønskjer dei hadde vore betre budd. Dersom dei var betre budd når dei kom til det punktet at det anten kom blod (treff) eller ikkje kom blod (bom), hadde dei visst kva som skulle skje vidare og ikkje blitt så stressa. Ein av studentane seier at ho førebudde seg mindre til øvinga av di ho var med i studien. Ho ønskja gjera så godt ho kunne og ville vera budd, men kvitte seg til å bli filma. Kvar gong ho såg på prosedyren så tenkte ho på filminga og då orka ho ikkje lesa meir. Å vera førebudd gjer også at studentane kjenner seg tryggare i øvinga av di dei kjenner den faglege bakgrunnen til prosedyren. Studentane fortel at det ligg ein videosnutt av prosedyren på PPS. Den kan studentane sjå som ei førebuing til KFS. Når studentane ser gjennom videoen kan dei stoppa og spola tilbake når det er noko dei lurar på. Mange seier også at det er lettare å læra når dei kan sjå at prosedyren blir gjennomført i staden for å lesa den.

Studentane seier at dei førebur seg godt til praktisk test. Dei ønskjer difor fleire praktiske testar slik at dei kunne hatt ein etter dei sju ferdigheitene dei har øvd på i dette semesteret. Den praktiske testen i vårsemesteret kunne femna om ferdigheitene som dei skal øva på i det semesteret. Det blir sagt at studentane førebur seg betre når dei skal i praktisk test av di dei er redde for å stryka:

Fokusgruppe 2: Er nok lettare å berre øva på dei tinga som du har lyst å øva på, viss ikkje du veit kva du kjem opp i, på ein måte, viss du har det sånn som når me skal på praktisk test berre førebu alle saman, men hadde den ikkje vore der så kan det henda du berre hadde øvd på PVK og CVK og dei tinga som er komplisert då.

Studentane seier at den praktiske testen gjer at dei må ta alle ferdigheitene like seriøst, også dei øvingane som dei oppfattar som mindre interessante, som til dømes reing av seng.

I fokusgruppene blir det også tatt opp at lærarane bruker lite tid på å gjennomgå prosedyren når dagen startar i KFS. Studentane ønskjer at lærarane går gjennom og syner prosedyren steg

for steg og gjerne i små grupper slik at alle får sett like godt. Som sagt over er studentane frustrert over at lærarane syner prosedyren på forskjellig måte, så dei ønskjer at den gjennomgangen som er skal vera samkøyrd og lik uavhengig av kva lærar dei har.

I fokusgruppe to vert det sagt at studentane vil førebu og lesa seg opp før dei skal ut i praksis. Når dei er i praksis ønskjer dei å observera ein sjukepleiar som legg inn PVK før dei skal gjera det sjølv. I dei første ni individuelle intervju kjem det fram at nokre har lese bakgrunnstoff om PVK på PPS, medan dei aller fleste har ikkje budd seg i det heile før praksis. Dei fleste studentane førebur seg medan dei er i praksis, anten observerer dei andre som utfører ferdigheita eller så les dei i prosedyren. Alle studentane meiner sjølv dei burde budd seg betre for då hadde dei vore tryggare før dei skulle leggja inn PVK på ein «ekte» pasient:

Individuelt førsteintervju: Berre det at eg syner tryggleik, at eg har ei viss peiling, for det føler eg, no vart det så veldig mykje fram og tilbake og eg følte at eg berre stressa. Det var ikkje noko flyt i nokon ting, følte eg og det følte eg på ovanfor pasienten også

Dei færreste studentane trefte på første forsøk på innlegging av PVK i praksis. I dei individuelle intervju på starten av praksisperioden meiner dei fleste studentane at dei hadde klart utføringa betre dersom dei hadde budd seg betre på førehand. I dei individuelle intervju som er på slutten av praksisperioden seier studentane at dei kjenner seg tryggare på prosedyren og dei førebur seg til, og planlegg betre, innlegginga av PVK på pasient.

Frustrasjon og stress påverkar læringa i KFS. Det kan sjå ut til at manglande førebuing gjer at studentane bruker meir tid på å gjera seg kjent med prosedyren når dei er i KFS. På den eine sida førebur dei seg lite sjølv, samtidig kritiserer dei lærarane for å bruka lite tid til å førebu dei i KFS.

5.3 Kjensla av å vera budd til praksis

KFS skal vera ei førebuing til praksis for studentane. I KFS får dei høve til å vera i omgjevnadar som liknar omgjevnadane i klinisk praksis og bruka same type utstyr som vert brukt av helsepersonell kvar dag:

KFS var berre ei byrjing, det eg lærte der, altså det var ikkje eit ferdig produkt, det var berre ei øving som var byrjinga til å læra teknikken, sjølv om det ikkje var riktig det me gjorde, så fekk me prøvd oss før me skulle gjera det på eit ordentleg menneske

Sitatet er henta frå det siste individuelle intervjuet til ein av studentane. Sitatet synleggjer korleis KFS er meint å vera ei førebuing og introduksjon til praksis.

5.3.1 Gjenkjenning

I KFS øver studentane i omgjevnadar som liknar på dei som dei møter i klinikken og utstyret som vert nytta er mykje likt i KFS og praksis. Funna tyder på at å kjenna seg att i utstyr og omgjevnadar har betydning for korleis studentane klarar å utføra ferdigheitene i praksis.

I KFS vert studentane kjent med utstyret som vert nytta i praksis. Studentane legg spesielt vekt på at dei får høve til å ta på utstyret og verta kjent med korleis det skal handterast: «(...) at du berre får tatt på ting og leika med den venflonen, eller ta ein sånn PVK på skulen, berre inn og ut med mandrengen og så kikka og føla og ta på ikkje sant» Når utstyret er likt kan studentane konsentrera seg om det som er nytt i situasjonen i staden for å setja seg inn i nytt utstyr. Situasjonen i praksis vert rolegare av di studentane har øvd i KFS og blitt kjent med utstyr og prosedyre:

Individuelt førsteintervju: (..) Når eg kjenner meg igjen er det større sjans for meg å føla at dette kan eg meistra fordi eg har gjort det på KFS (...) det er rett og slett tryggare for meg og (...) eg likar å vera kjent med ting, eg likar klare, faste rammer, då trivast eg best, når det er gjenkjenneleg.

Studentane trekk også fram like omgjevnadar som relevant for korleis dei utfører prosedyren i praksis. Senger og nattbord er likt og har same funksjonar som i KFS og det gjer at studenten er vane med å handsama dette utstyret også.

Ein av studentane opplever at PVKen som ho skal nytta på ein pasient ikkje er lik den ho brukte i KFS. PVKen som vart brukt er av ein ny type som har ein ekstra funksjon som skal vera med på å minska fare for stikkskader for sjukepleiaren. Studenten stussa over at PVKen var annleis, men det fekk inga reell konsekvens, då studenten ikkje trefte og difor ikkje kom så langt at ho fekk prøvd ut den nye funksjonen.

5.3.2 Realistisk øving

Funna tyder på at kor realistisk øvinga i KFS er kan sjåast i samanheng med kor nøgd studentane er med øvinga. Studentane som øver både på dukke og på kvarandre samanliknar dette i fokusgruppe ein. Dei opplever det som trygt å øva på dukke, men det blir ikkje

realistisk. Når dei øver på ei dukke er det ikkje naudsynt å bytta utstyr for kvar gong, så dei tar vare på gamle bandasjar og nåler og latar som det er nytt. Studentane seier at når dei latar som blir øvinga ustrukturert og dei vert uengasjerte. Studentane som øver på kvarandre opplever at øvinga difor vert meir realistisk og gjev uttrykk for at dei får meir ut av øvinga. Likevel vil øving i KFS aldri verta heilt realistisk, ein student seier dette i siste individuelle intervju: «(...) Uansett kva folk seier, skodespel eller ikkje, det er annleis når det er ein ekte pasient, eg klarar ikkje setja meg inn i ein sånn rolle, på skulen, (...) det blir ulikt uansett.»

Studentane som øver på kvarandre er nøydd å forholda seg til eit anna menneske og sjå til at dette mennesket har det bra i situasjonen. Fleire av studentane som stikk på medstudent seier at dei vert så oppslukt av prosedyren at dei gløymer medstudenten og at det er noko dei må verta betre til i praksis. Studentane opplever i løpet av praksisperioden at dei vert betre på pasientkontakt når dei gjennomfører prosedyren. Før det siste individuelle intervjuet ser dei videoopptak av den siste PVK-innlegginga dei gjer i praksis. Etter å ha sett videoopptaket er studentane overraska over kor lite interaksjon dei reelt har med pasienten.

Det er ikkje berre interaksjonen med pasienten som studentane treng øva på. Fleire av studentane seier det er skummelt å stikka eit anna menneske og likar ikkje tanken på å påføra meir smerte til eit menneske som allereie er sjukt og opplever smerte. Studentar som har øvd på ein medstudent opplever at dei kan stikka eit anna menneske utan at det skjer noko galt og utan av medstudenten får store smerter. Ein av studentane seier at ho ikkje er sikker på om ho hadde lagt inn PVK på ein pasient dersom ho ikkje hadde prøvd på ein medstudent i KFS først. I fokusgruppe 1 kom det fram at studentane i den gruppa hadde øvd på plastikkarm og på kvarandre:

Sjølv om den ikkje traff riktig sånn så var det liksom det å få følelsen sikkert med med ordentleg hud og det og så slappa av i situasjonen og sjå at det er ikkje noko krise det å halda nåla og sjå at eg faktisk ikkje daua av det og besvimte eller hylte

Sitatet synleggjer at øvinga på medstudent i KFS er med på ufarleggjera innlegging av PVK. Studentane ser at dei ikkje skadar kvarandre, sjølv om dei ikkje får det til. Dette er med på trygga studentane når dei skal leggja inn PVK på pasient i praksis.

5.3.3 Tryggleik

Funna tyder på at studentane kjenner seg tryggare når dei legg inn PVK på ein pasient i praksis etter å ha øvd på innlegging av PVK i KFS. Tryggleiken heng saman med at studentane er kjent med utstyr og omgjevnadar, men også det at dei har gjort øvinga før. Ein student, som i fokusgruppeintervjua stiller seg negativ til betydninga av å øva i KFS endrar oppfatning i løpet av praksisperioden og seier dette i siste individuelle intervju:

Eg kritiserte KFS i første møte, men det skal eg seia at, det å ha sett utstyret, det å ha hatt det i hendene, det å ha kikka og sett korleis det fungerer, helde det, det har faktisk vore veldig avgjerande, kanskje heilt avgjerande og, for at eg i heile tatt prøvde her, det har veldig, veldig mykje å seia

Eg meiner at dette sitatet fortel indirekte at studenten er tryggare på seg sjølv og sine ferdigheiter etter å ha øvd i KFS. Mangel på tid og tid med rettleiar i KFS har vore med på nokon studentar opplever mindre tryggleik enn dei ønskjer i praksis:

Individuelt førsteintervju: (...) Viss me hadde hatt litt meir tid med rettleiar og berre fått litt hjelp til å leggja inn eller ja, å sett på før me kom ut her hadde det vore litt, hadde eg følt meg meir trygg på heile prosedyren og heile settingen. For då kan eg heller bekymra meg over dei tinga, altså over at det er på eit sjukehus og det er pasient, anleis pasientar og dei har anleis, smerter og alt, diagnosar og sånt, enn på sjukeheim og sånne ting, så kunne eg heller bekymra meg over dei tinga i staden for å tenkja på, ja, prosedyren

Dette sitatet syner korleis studentane ønskjer å vera trygg i prosedyre for å betre klara å ta seg av pasienten i situasjonen.

KFS gjer at studentane har ei kjensle av å vera budd til praksis. Dei øver med utstyr som dei kjenner att i praksis og det gjer at dei kan konsentrera seg om pasienten og situasjonen i staden for å bruka tid på å verta kjent med utstyret. Dess meir realistisk øvinga er dess meir utbytta føler studentane at dei har av øvinga i KFS. Øving i KFS gjer også at studentane kjenner seg trygge når dei skal øva i praksis.

5.4 Samhandling med andre bidreg i læringa til studentane

Dette avsnittet handlar om dei menneskelege ressursane som er tilgjengelege for studentane i praksis. Medstudentane spelar ei viktig rolle i KFS, men har som oftast ei meir perifer rolle i praksis. Lærarane er naudsynste i KFS, men eg oppfattar dei som perifere likevel. Dette kan

sjølvsagt skuldast at det er få lærarar i KFS i forhold til kor mange studentane meiner det burde vera, slik det kjem fram i avsnitt 5.1.2. I praksis er kontaktsjukepleiaren den viktigaste støttespelaren for studenten, medan studenten si oppgåve er å ivareta pasienten.

5.4.1 Medstudent

I KFS arbeider studentane i team. Det er tre studentar i kvart team og det er eit team for kvar seng i KFS. Studentane må samarbeida og er utøvar og rettleiar kvar sine gonger. Når dei øver på kvarandre byter dei også på å vera pasient. Det kjem fram under fokusgruppeintervju at studentane plar øva i faste grupper. Sidan dei er med i denne studien øver dei saman med dei andre studentane som er med i studien og gruppene er difor omgjort. Studentane kjenner til kvarandre, for dei går i same kull, men dei har ikkje arbeidd saman i gruppe tidlegare. Dei fleste er positive til å vera i ei anna gruppe enn dei vanlegvis er, ein student seier at det er som å få starta med blanke ark og ein annan seier det slik:

Fokusgruppe 1: Eg trur faktisk eg var meir roleg no enn viss eg hadde vore med gruppa mi, for eg kjenner dei ikkje. Eller eg veit jo kven de er, men eg kjenner dykk ikkje såpass at, me skal liksom ikkje tulla rundt og vera useriøse, me må liksom vera seriøse og

Ein annan student i fokusgruppe 1 meinte ho vart meir nøyaktig når ho ikkje kjente resten av gruppa så godt.

Vanlegvis har studentane gjenøving på slutten av dagen i KFS. Gruppene som ikkje syner prosedyren skal observera og koma med tilbakemelding på utføringa. Studentar i fokusgruppe 1 seier at dei er overraska over kor gode tilbakemeldingar studentane gjev kvarandre i dette studieåret. Tilbakemeldingane er konstruktive og ikkje berre positive. Det var annleis i første studieår: «Eg hugsar det fyrste året så var det jo sånn «kjempebra» (latter) me lærer jo ikkje noko av det, du veit jo at det ikkje er bra»

Studentane rettleiar kvarandre i KFS. Dei les opp prosedyren til den som skal gjera øvinga og rettleiar kvarandre gjennom øvinga. Når det gjeld innlegging av PVK ønskjer dei færraste at andre studentar skal stikka dei. Sidan dei fleste ønskjer å få lov til å stikka andre sjølv, så må dei gje lov tilbake også. I ei gruppe blir det berre øvd på gummiarm fordi to av studentane ikkje ønskjer at nokon skal prøva å leggja PVK på dei. Den siste studenten i gruppa respekterer dette, men seier i det første individuelle intervjuet at ho skulle ønskja ho hadde prøvd å stikka eit menneske før ho skulle stikka på ein pasient i praksis.

I praksis har medstudentane ein annan og meir perifer funksjon når studentane skal øva på ferdigheit enn dei har i KFS. Studentane kan vera med inn til pasienten for å observera kvarandre eller studentane kan samarbeida om ein pasient. Ein av studentane fortel at ho er i eit så kalla tospann i praksis. Det fungerer på den måten at to studentar skal gå saman heile tida og ha same kontaktsjukepleiar. Studenten som går i tospann med ein annan student fortel om det i begge dei individuelle intervjua. Ho fortel at tospann øydelegg for læringa av fleire grunnar. Ho og medstudenten får det ikkje til å fungera saman og det skapar gnissingar mellom dei. Eit anna problem er at dei må dela på alle prosedyrane som er medan dei er på vakt og det er ikkje alltid lett å få det riktig fordelt. Studenten opplever at den andre studenten får utføra fleire prosedyrar og det kjennest veldig urettvist. I siste individuelle intervju fortel studenten at det har gått seg litt til i løpet av perioden, men at ho har valt å endra på vaktene sine slik at ho får gå meir aleine.

5.4.2 Lærar

Funna tyder på at lærarane har ei viktig rolle i KFS for studentane i denne studien. Lærarane bidreg til frustrasjon, slik det er skildra i avsnitt 5.2.1, men dei bidreg også med kunnskap, ro og tryggleik. I dette avsnittet syner eg kva rolle lærarane har for studentane i denne studien medan studentane øver i KFS.

Lærarane er viktige for studentane gjennom heile forløpet på KFS. Før studentane skal øva sjølv har lærarane ei gjennomgang av prosedyren, anten ved å syna den sjølv eller bruk av video. Som det kom fram i avsnitt 5.2.1 syner lærarane prosedyren på ulike måtar og det er ei kime til frustrasjon. Når studentane set frustrasjonen til sides uttrykker dei fleste at dei har utbytte av gjennomgangen lærarane har i starten av dagen i KFS. Studentane nemner sjølv sagt ulike punkter som kunne gjerast annleis og betre, men alt i alt er dei nøgd med førebuinga som lærarane gjev dei. Under sjølve øvinga er læraren essensiell for studentane som øver på kvarandre då dei ikkje har lov til å stikka utan tilsyn frå lærar, sjå 5.1. For studentane som øver på gummiarm er ikkje behovet for å ha lærar til stades under øvinga naudsynt, men dei har også behov for rettleiing for å få til ferdigheita slik den skal gjennomførast.

Læraren sin veremåte er med på å trygga studenten og gjera omgjevningane for øving trygge, ein student i fokusgruppe 1 seier det på denne måten:

«Men det kjentes trygge omgjevningar, det må eg seia og veldig, veldig takknemleg for at <lærar> var der. Hadde sikkert vore like takknemleg for kven som helst annan lærar eller instruktør, men eg føler ho har litt myndigheit på det området i form av det ho har gjort i sin praksis då og det ho har fortalt at ho har gjort så mange gonger. Og ja, heile hennar vesen eigentleg, er veldig behageleg og det er liksom, det gjer at eg trur ikkje nokon av oss var noko særleg stressa.»

Sitatet syner at sjølv om denne læraren tydeleg var spesiell, så meiner studenten at kven som helst av lærarane kan ha same verknad på dei. Studentane ser opp til lærarar som gjer av seg sjølv og som syner at dei kan det dei held på med.

5.4.3 Kontaktsjukepleiar

Når studentane er i praksis er det kontaktsjukepleiaren som skal rettleia dei i praktiske ferdigheiter. Før studentane har byrja i praksis er det fleire av dei som gjev uttrykk for at dei er spent på korleis kontaktsjukepleiaren er og korleis forholdet deira vert. Nokre av studentane er redd for å verta gåande mykje aleine i praksis, for det har dei høyrte at andre har opplevd. Studentane ønskjer seg ein kontaktsjukepleiar som tar dei med og som finn gode læringssituasjonar for dei. Studentane likar å reflektera og diskutera pasientar og pasientsituasjonar med kontaktsjukepleiar, dei seier at det får dei til å kjenna seg som ein sjukepleiar. Studentane i begge fokusgruppene fortel at dei såg at det vart gjort feil av sjukepleiarane då dei var i sjukeheimspraksis i første studieår og dei ser det når dei er på jobb i klinikken:

Det eg syns er så skummelt, viss me skal gå etter ein sjukepleiar og sjå på det ho gjer, så har du det inne med PPS'en sant, du har øvd på her. Men så viss du går med ein sjukepleiar som kanskje gjer masse feil, som har lagt til seg uvanar, og så kikkar du på den fleire gonger, så vert det din tur og så kanskje gløymer du noko av det du har lært her, det syns eg er litt sånn..

Fleire av studentane seier dei er redde for å adoptera feila som sjukepleiarane i praksis gjer og at det skal få betydning for om dei klarar den praktiske testen eller ikkje. I dei individuelle intervjuar reflekterer fleire av studentane over at dei ser at det blir gjort feil i praksis. Nokon meiner at sjukepleiarane slurvar og gjer feil og er sikre på at dei ikkje ønskjer å adoptera desse feila sjølv. Andre reknar med at sjukepleiarane overheld dei hygieniske prinsippa og difor utfører prosedyre forsvarleg trass i at dei ikkje følgjer prosedyren. Ein av studentane reknar med at ho kjem til å verta påverka av avdelinga som ho arbeider ved. Dersom avdelinga har gode rutinar for at sjukepleiarane følgjer prosedyren, så vil ho gjera det også. Dersom rutinane ikkje er like gode reknar studenten med at ho også får uvanar etter kvart.

Kontaktsjukepleiarane påverkar studentane når dei er i læringssituasjonar. Sjukepleiarane kan verka støttande og tilføra sin kunnskap til situasjonen. Ein student seier i fokusgruppeintervju 1 at ho gler seg til å få kunnskap frå erfaringa til sjukepleiaren og så kombinera den med eigen kunnskap og erfaring og så får studenten ein kunnskapsauke. Kontaktsjukepleiarane kan ha ein negativ verknad på studentane også, i sitt siste individuelle intervju seier ein student: «Eg tenkjer at <kontaktspl> skal noko anna, viss ho kikkar på klokka då er det gjort, då blir eg stressa inni meg» Sjukepleiestudentane er kjent med at sjukepleiarane har det travelt. Fleire av studentane seier at dei får dårleg samvit og vert stressa når dei bruker lang tid. Andre av studentane bryr seg ikkje så mykje med det og bruker den tida dei treng. I siste individuelle intervju seier dei fleste studentane at dei er overraska over kor lang tid dei faktisk bruker på å leggja inn PVK. Dei fleste seier at dei heller ønskjer å gjera prosedyren riktig og seint, enn raskt og feil.

5.4.4 Pasienten

Studentane omtalar pasienten på fleire plan. I KFS er det medstudentane som er pasientar, medan det er verkelege, sjuke menneske som er pasient i praksis. I fokusgruppene snakkar studentane om erfaringa dei har med medstudent som pasient, men dei snakkar også om dei framtidige pasientane som dei skal møta i praksis. Studentane er nervøse for å skada eit anna menneske og vil påføra minst mogleg smerte, dette gjeld både medstudentar og pasientar.

Å øva på eit anna menneske og å øva på ei dukke er to vidt forskjellige opplevingar. At det kjennest meir realistisk å øva på medstudent har eg gått gjennom i avsnitt 5.3.2. Funna tyder på at interaksjonen med pasienten er viktig for studentane og i dette avsnittet er det denne interaksjonen som vert synleggjort. Dei som øver på dukke opplever ikkje samhandling med pasient før dei er i praksis og kan forholde seg utelukka til prosedyren når dei øver i KFS. Studentane som øver på medstudent må derimot ha fokus både på prosedyre og på pasient (medstudent). I første individuelle intervju seier ein av studentane at ho skulle ønskja ho hadde prøvd på medstudent også, ikkje berre gummiarm, i KFS. Det kjem fram i dei individuelle intervju at studentane som berre øver på plastikkarm opplever å kjenna seg mindre budd i praksis. Dei seier at dei ikkje har det same grunnlaget som medstudentane når dei skal øva på pasient i praksis.

Studentane seier at det viktigaste for dei er å sikra pasienten og at det dei gjer er forsvarleg. Ein student seier at ho aldri ville stikka pasienten dersom ho ikkje visste konsekvensen av det

ho gjorde og visste korleis ho skulle gjera det på ein trygg måte. Når pasientane lar studentane få øva seg på dei og dei ikkje klagar ser studentane på pasientane som «snille» og «greie». Studentane vil vera «(...) til minst mogleg bry for pasienten, han skal føla seg trygg og det at du er rask og effektiv då, ikkje somle, er veldig viktig» Studentane ønskjer at pasientane skal oppfatta dei som trygge og sikre i situasjonen. Studentane er redd pasientane skal verta meir engstelege dersom dei oppfattar at studentane ikkje kan det dei gjer på. Det er også viktig for studentane at dei ikkje påfører pasientane ekstra smerte.

Samhandling med pasienten inneber mellom anna å observera pasienten under innleggjing av PVK. Studentane seier det er vanskeleg å hugsa på pasienten når det er så mykje anna som skal hugsast på, i første individuelle intervju seier ein student at: «Eg gjorde det ikkje så ofte som eg burde, men eg tenkte eg hugsa å gjera det, trass alt, ja, innimellom og då er eg på god veg, ja, og då blir det kanskje lettare neste gong» I det siste individuelle intervjuet seier studentane at videoopptaket syner at dei samhandlar mykje mindre med pasienten enn dei trur at dei gjer sjølv og dette overraskar dei.

Studentane samhandlar med andre menneske når dei skal læra praktiske ferdigheiter. Som funna syner har denne samhandlinga betydning for læringa til studentane både i KFS og i praksis.

6 Diskusjon

Føremålet i dette kapitlet er å diskutera funna opp mot forskingsspørsmåla og svara på desse. Diskusjonen er delt opp i to tema som til saman skal gje svar på forskingsspørsmåla. Temaa er 'Teori vs praksis' og 'Tid og lærarar i KFS'

Studentane si oppleving av mangel på tid og lærarar i KFS er eit sentralt funn i denne studien. Dei to temaa i diskusjonen er difor sett i lys av dette. I det første temaet diskuterer eg korleis studentane opplever at praktisk undervisning ikkje er eit prioritert område i sjukepleieutdanninga. I tema to diskuterer eg korleis lite tid og få lærarar påverkar læringa i KFS og kva konsekvensar lite tid og få lærarar har for overføringa av kunnskap mellom KFS og praksis.

6.1 Teori vs praksis

Studentane har ei oppleving av at det er satt av lite tid og få lærarar til ferdigheitsøving i KFS. Lite tid til øving og få lærarar i KFS relaterer studentane til at skulen ikkje prioriterer praksisstudiar i utdanninga. Studentane meiner det var større fokus på dei praktiske faga tidlegare. Dei er kritiske til at utdanninga er blitt så teoretisk og syner til at sjukepleie er eit praktisk fag. Med bakgrunn i dette funnet har eg formulert eit spørsmål som eg diskuterer under. Spørsmålet som blir stilt er: Er praktisk undervisning for lite prioritert i sjukepleieutdanninga?

Om ein ser på kva studentane i den aktuelle studien seier, så er svaret på spørsmålet ja. Studentane opplever teoretisk undervisning som lite relevant for jobben dei skal gjera som sjukepleiarar og dei ønskjer eit større fokus på praksisstudiar i utdanninga. Dei får støtte frå andre studentar. Også studien til Vågan et al. (2014) syner at sjukepleiestudentar er kritiske til vektinga av teori og praksis i sjukepleieutdanninga. Dersom ein ser på kva rammeplan for sykepleieutdanning (2008) seier om vekting av teori og praksis, så er svaret at praktiske fag, inkludert øving på praktiske ferdigheiter, scenarioøving og kliniske praksisstudiar, utgjer 50% av studiet. Praktiske fag er såleis ein like stor del som dei teoretiske faga. Studentane meiner vidare at det må sjåast på kva innhald som er i den teoretiske undervisninga og ikkje berre kor stor del det utgjer av studietida. Studentane er kritiske til kor stor del av teorien som er via fag som studentane meiner er irrelevante for at dei skal fungera som sjukepleiar. Studentane

ønskjer at den teoretiske undervisninga skal ha relevans for praksis, difor ønskjer dei meir undervisning i naturvitskapelege fag (Vågan et al., 2014). I ein kronikk i Aftenposten i vinter vart nettopp dette trekt fram av ein sjukepleiestudent (Krøger, 2016). Ho kritiserte utdanninga for å vera alt for akademisk i sitt ønskje om å vera ein vitskap. Både denne studenten og studentane i den aktuelle studien er kritiske til kor stor del av den teoretiske undervisninga som er via til innhenting og lesing av forskingsartiklar og å læra å skriva i apa-stil.

Diskusjonen som følgde i media og sosiale medium etter kronikken til Krøger (2016) synte at innhaldet i sjukepleieutdanninga engasjerer mange. Det var delte meiningar om kor vidt sjukepleieutdanninga er for teoretisk eller ikkje. Dei som stilte seg positive til auka undervisning i forskingsteori i utdanninga grunngav det med at det er eit større fokus på at sjukepleiarane skal arbeida kunnskapsbasert. I dag er kunnskapsbasert praksis (KBP) eit prioritert område for helsefaglege miljø nasjonalt og internasjonalt og nyutdanna sjukepleiarar skal ha kompetanse til å arbeida kunnskapsbasert (*Rammeplan for sykepleieutdanning*, 2008; Stokke, Olsen, Espehaug, & Nortvedt, 2014).

KBP er å ha kompetanse til å ta faglege avgjersler basert på systematisk innhenta forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasienten sine ønskjer og behov i den gitte situasjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2011). Å sjå samanheng mellom teori og praksis er ein av føresetnadane for å kunna arbeida kunnskapsbasert, noko *Rammeplan for sykepleieutdanning* (2008) slår fast at nyutdanna sjukepleiarar skal ha kompetanse til. At alle nyutdanna sjukepleiarar skal ha kompetanse til å arbeida kunnskapsbasert er eit godt mål. Men om ein ser det frå studentane sin ståstad, så held det ikkje å ha mål om kompetanse, dersom ikkje sjukepleieutdanninga klarar å formidla til studentane kvifor og korleis teoretisk kunnskap er relevant for praksis. Nyare forskning tyder på at sjukepleiarar ikkje er flinke nok til å lesa og forstå forskingslitteratur og dimed heller ikkje bruker forskinga i praksis (Berland, Gundersen, & Bentsen, 2012). Når studentane er i praksis og opplever at sjukepleiarane ikkje bruker forskning aktivt i utøvinga som sjukepleiar, kan ein ikkje venta at studentane skal få ei forståing av kvifor det er viktig at dei lærer å oppsøkje oppdatert forskning. I følgje Dysthe (1999) seier Lave og Wenger at motivasjon for læring kjem gjennom eit ønskje om å læra og vil vera avhengig av om studenten opplever det som viktig. Dersom studentane ikkje ser at den teoretiske kunnskapen dei lærer er relevant for å utøva yrket deira, vil det ikkje virka motiverande på læringa til studentane.

Det kan likevel tenkjast at dette vil endra seg. Med auka fokus på KBP har sjukepleieutdanninga allereie endra seg. Dei siste åra har KBP fått eit større del i sjukepleieutdanninga, noko som gjer at sjukepleiarar med nyare utdanning har større kompetanse til å arbeida kunnskapsbasert enn sjukepleiarar med ei eldre utdanning (Berland et al., 2012). Dette kan føra til ei endring i bruk av forskning i praksis framover. Etter kvart som det auka fokuset på kunnskapsbasert praksis når ut i avdelingane og fleire sjukepleiarar er opplært til å arbeida kunnskapsbasert kan det føra til at nye studentar får ei større forståing for kvifor dei skal ha den teoretiske bakgrunnen som utdanninga gjev dei.

Men tilbake til dagens situasjon, korleis skal studentane oppleve forskningsteori som relevant kunnskap dersom dei ikkje ser at den vert brukt av sjukepleiarane i praksis? Med tanke på haldningane som studentar syner til teoretiske fag, og spesielt fag som lærer dei å lesa og forstå forskning, kan det vera legitimt å stilla spørsmål ved om sjukepleieutdanningane klarar å formidla samanhengen mellom teori og praksis godt nok ut til sjukepleiestudentane i dag.

Som diskusjonen syner er det ikkje noko klart svar på spørsmålet om det er for mykje fokus på teoretisk kunnskap i sjukepleieutdanninga i dag. På den eine sida opplever studentane at utdanninga fokuserer for mykje på teori. Men på den andre sida er det krav til at sjukepleiarar arbeider kunnskapsbasert, noko som krev at sjukepleiarane veit kvar dei skal innhenta relevant forskning og korleis dei skal bruka den i praksis. I staden for å koma med eit svar på spørsmålet, ønskjer eg heller å setja spørsmålsteikn ved korleis relevans mellom teori og praksis vert formidla til studentane.

6.2 Tid og lærarar i KFS

Studentane opplever at det er lite tid og få lærarressursar i KFS. Dei gjev uttrykk for at dette påverkar læringa i KFS. Lite tid og få lærarar i KFS er ytre faktorar som studentane ikkje påverkar sjølv. Indre faktorar er det kjenslemessige som skjer med studentane når dei øver i KFS. Desse faktorane er mellom anna stress og frustrasjon. Dei ytre og indre faktorane påverkar og forsterkar kvarandre, slik eg freistar få fram i diskusjonen under. Med bakgrunn i dette har eg formulert eit spørsmål som eg diskuterer. Spørsmålet er: Korleis påverkar lite tid og få lærarar læringa i KFS og kva slags konsekvensar får dette for overføringa av kunnskap mellom KFS og praksis?

Eit viktig funn i studien er at studentane har lite rettleiingstid med lærar i KFS. Studentane gjev klart uttrykk for at dei saknar fleire lærarar til stades i KFS. Dei må venta lenge for å få rettleiing av ein lærar og når læraren endeleg kjem har ho ikkje god tid før ho må vidare til neste gruppe.

Lite lærarkontakt kan hevdast å fremja auke av studentsamarbeid. Likevel tyder forskning på at lite tid med lærar skapar usikkerheit hjå studentane (Alteren & Bjørk, 2006). Tidlegare var sjukepleieutdanninga meir lærarstyrt, men utviklinga går i retning av at læringa skal verta meir og meir studentstyrt (Waltz, Jenkins, & Han, 2014). Dette trass i at forskning peikar på kor viktig lærarkontakten er for studentane (Alteren & Bjørk, 2006). I takt med auka studentstyrt læring har det også blitt tatt i bruk andre undervisningsmetodar, som inkluderer mellom anna arbeid i små grupper, gjensidig læring og rollespel (Waltz et al., 2014).

I KFS er læraren den profesjonelle som har naudsynt kunnskap for å kunne rettleia studentane og gje dei tilbakemelding på utføring (Alteren & Bjørk, 2006). På den andre sida fører ei meir studentstyrt utdanning til at det vert meir samarbeidslæring mellom studentane. Forsking har synt at studentane opplever at samarbeidslæring gjev dei sjølvtilit, sjølvstende, evne til kritisk tenking og samarbeid med medstudentar (Secomb, 2008). Ein kan likevel hevda at samarbeidslæring er problematisk dersom ein ser det i lys av Lave & Wenger (2003) sin teori om studenten som 'legitim, perifer deltakar'. I dette synet vert studentane styrte og rettleia av meistarar og målet for læringa er å få ein meir sentral plass i fellesskapet (Lave & Wenger, 2003). Slik meisterlære kan sjåast på som problematisk i ein setting kor undervisinga er studentsentrert og meistrane er få og perifere, slik det er i KFS. På den andre sida er meisterlæring og teorien om 'legitim, perifer deltakar' høveleg for studentane si oppleving av å vera i praksis og verta rettleia av kontaktsjukepleiar. Som legitim, perifer deltakar tar studenten del i læringsaktivitetane på praksisavdelinga og får etter kvart ein større plass i fellesskapet til sjukepleiarane i avdelinga. I følgje Greeno et al. (1996) meiner Lave og Wenger at identitet og fellesskap er viktig for at deltakaren skal engasjera seg i læringa. Korleis studentane vert møtt av sjukepleiarar i praksis har betydning for kor fort studentane kjenner seg som ein del av det kollegiale fellesskapet. Studentane har opplevd at dei må vera frampå og ta initiativ til læring for å verta godtatt av sjukepleiarane. Sjukepleiestudentar som ikkje kjenner seg velkomne og føler dei er i vegen, bruker mykje tid på å finna seg til rette og verta kjente i avdelinga (Haddeland & Söderhamn, 2013), og det kan tenkjast at det tar lenger tid å verta ein del av fellesskapet. Dette kan også sjåast i lys av teorien om legitim, perifer

deltaking. Legitim, perifer deltaking fokuserer også på læringsprosessane frå studenten vert ein legitim deltakar i eit praksisfellesskap, til ho vert sett på som etablert i gruppa (Lave & Wenger, 2003). Når studentane syner interesse for faget og deltek aktivt i lærings situasjonane i praksis, syner studentane at dei ønskjer å vera ein del av fellesskapet og dei vert godtatt av sjukepleiarane.

I samband med dette er det interessant å sjå på eitt av funna i studien. Studentane gler seg til å vera i sjukehuspraksis for då skal dei endeleg få gjera sjukepleieoppgåver. Studentane seier at dei hadde praksis på ein sjukeheim i første studieår og der var fokuset på grunnleggjande ferdigheiter. Studentane opplever i praksis at det ikkje berre er sjukepleiarar som utfører grunnleggjande ferdigheiter. Det kan difor tenkjast at å utføra desse ferdigheitene ikkje er med på å byggja studentane sin identitet som sjukepleiar, slik som sjukepleiespesifikke ferdigheiter, som til dømes innlegging av PVK. Å få utføra oppgåver som er reine sjukepleieoppgåver vil knyta studentane nærare sjukepleiefellesskapet og styrka identiteten deira som sjukepleiestudentar på veg til sjukepleiar. Studentar ønskjer å fokusera på ferdigheiter når dei er i praksis og sjukeheimspraksis, med fokus på grunnleggjande behov, innfrir difor ikkje dette ønsket (Bergland & Lærum, 2002) og studentane kan oppleva praksisen som mindre interessant. Ønska om å ta del i fellesskapet som sjukepleiarane har kjem også til uttrykk når studentane fortel at dei gler seg til å vera saman med kontaktsjukepleiar og oppleva fellesskapet som sjukepleiarane har i avdelinga.

Det kan hevdast at samarbeidslæring ikkje sikrar at feil som studentane gjer når dei øver vert oppdaga. Dette kan føra til feil innlæring av ferdigheita og at studentane overfører denne feilen til praksis. Det var akkurat dette som hende i studien til Ravik et al. (2015), kor medstudentar ikkje korrigerer feil gjort i KFS og feilen vart dimed overført til praksis. Å gjera feil når ein øver på ei ferdigheit kan rett nok sjåast på som læring (Thorndike, 1931). Likevel er det naudsynt at nokon identifiserer feila og påpeikar dei til studenten. Først då har studentane moglegheit til å korrigera handlingane sine neste gong dei skal utføra ferdigheita. Det kan tenkjast at studentar som opplever at dei får for lite rettleiing vert usikre på korleis ferdigheita skal gjennomførast. Ewertsson, Allvin, Holmström, & Blomberg (2015) fann at studentar som får lite rettleiing må finna andre tilnærmingar for å finna svar på korleis ferdigheita skal utførast. Dei meiner at dette syner kor viktig det er med lærarrettleiing (Ewertsson et al., 2015).

Vygotskij et al. (1978) seier at sosial samhandling er utgangspunkt for læringa og ikkje berre ei ramme rundt læringa, og med dette som utgangspunkt utvikla han teorien om 'den næraste utviklingssona' (Vygotskij et al., 1978). Også dette synet på læring er vanskeleg å relatera til samarbeidslæring i KFS. Vygotskij et al. (1978) sin teori om den næraste utviklingssona legg vekt på at dei som skal læra opp studentane må vera i ei høgare utviklingsone. Dersom lærar og student er i same sone vil det ikkje føra til læring. Vygotskij et al. (1978) meiner at studentlæring er positivt, men legg vekt på viktigheita av at det er studentar på høgare nivå som må rettleia studentar på eit lågare nivå. Også denne teorien er overførbar til praksis. Kontaktsjukepleiarar er på eit høgare nivå og kan hjelpa studentane vidare til neste utviklingsnivå.

Det kan hevdast at rolla til kontaktsjukepleiar vert viktigare med lite lærarrettleiing i KFS, ikkje minst med tanke på å oppdaga og korrigera feil som studentane har lært seg til og ikkje fått korrigert i KFS. Det er eit interessant funn at studentane uttrykkjer bekymring for å læra feil av sjukepleiarar i praksis. Dei seier dei er redde for å adoptera feil eller slurv som sjukepleiarane har lagt seg til. Når studentane er i praksis fortel dei at dei opplever at sjukepleiarane legg utstyr som dei nyttar til innlegging av PVK rett på nattbordet til pasienten utan å desinfisera bordet eller bruka kladd som underlag. Studentane er redde dette er ein typisk feil som er lett å adoptera og gjera sjølve når dei er utdanna sjukepleiarar. Slik syner studentane at dei reflekterer over moglegheita for at dei kan læra feil i praksis. På den andre sida er det ingen av studentane som reflekterer over at dei vert rettleia av andre studentar, på same nivå som seg sjølv, i KFS. Dei reflekterer heller ikkje over kva betydning det kan ha for kva kunnskap dei overfører til praksis. Dette kan vera eit uttrykk for at studentane kjenner seg trygge på at det dei har lært på skulen er riktig. Når dei ser at det sjukepleiarar gjer i klinikken skil seg frå det dei har lært, går dei berre ut frå at det er det som dei har lært som er riktig (Benner, Sutphen, Leonard, & Day, 2009; Ewertsson et al., 2015).

Tida som er tilgjengeleg i KFS er bestemt frå skulen, men er det verkeleg slik at studentane ikkje har høve til å påverka tidsbruken i KFS? Nei, dei har ikkje høve til å påverka talet på timar som er sett av i timeplanen. Men på den andre sida har dei høve til å førebu seg før dei kjem i KFS, slik at dei kan utnytta den tilgjengelege tida mest mogleg. Eitt funn syner at det er varierende kor mykje studentane førebur seg til øving i KFS, sjølv om det er semje om at dei får mest nytte av øvinga dersom dei er budde. Studentane har ikkje krav på seg til å førebu seg, sjølv om lærarane påpeikar at det er lurt. For å auka effektiviteten i KFS kan det tenkjast

at utdanningsinstitusjonane i større grad må oppmoda studentane til, eller eventuelt krevja av dei, meir førebuing.

Ei anna utfordring som studentane opplever knytt til lite tid og få lærarar i KFS er at det ikkje blir tid til å få nok hands-on-trening og til å repetera øvinga. Dette var eit spesielt stort problem for studentane som øvde på kvarandre, då dei var avhengige av at ein lærar observerte dei medan dei utførte ferdigheita. Hands-on-trening gjer at studentane får kjennskap til utstyret dei skal bruka når dei skal utføra prosedyren i praksis. Dei får sjå korleis det ser ut, kjenna på det og finna ut korleis det fungerer (Schoening, Sittner, & Todd, 2006). Studentane som øver på gummiarm får meir hands-on-trening enn studentane som øver på medstudent. Studentane som øver på gummiarm treng ikkje venta på at lærar skal ha tid til å observera øvinga og kan difor øva utan opphald. På den andre sida så får studentane som øver på kvarandre mindre hands-on, men til gjengjeld får dei øva på eit verkeleg menneske og det er mogleg det kan vega opp for manglande hands-on. Praktiske ferdigheiter er trass alt ikkje berre ei teknisk handling, men handlar også om å integrera pasienten, og syna omsorg for denne (Alteren & Bjørk, 2006). Med tanke på kompleksitet i øvinga, er det truleg slik at studentane som øver på kvarandre kan få eit vel så stort utbytte av øvinga som studentane som øver på gummiarm. Studentane som øver på kvarandre får eit større perspektiv inn i øvinga, medan studentane som øver på gummiarm får meir hands-on-trening. Lite tid og få lærarar har same innverknad på moglegheita for å repetera øvinga. Studentane som øver på gummiarm kan øva utan opphald, medan studentane som øver på kvarandre må venta på at ein lærar har tid til å observera. Å få høve til å repetera øvinga gjer at studentane får høve til å korrigera feil, finpusa ferdigheita og dei kan få ein automatikk i utføringa (Issenberg et al., 2005). På den andre sida så er ikkje automatikk nødvendigvis det same som god sjukepleie. Når noko vert gjort automatisk er det ei handling som er innlært og ein tar ikkje høgde for ulikskapar i situasjonane. Det kan tenkjast at pasienten vert gjort om til ein rekvisitt og ikkje ein reell deltakar i situasjonen. Når ein ser på øvinga på denne måten, så kan det tenkjast at studentane som øver på kvarandre har eit like stort utbytte av øvinga, som studentane som øver på gummiarm. Det er ikkje nødvendigvis slik at kor mange gonger studentane øver seier noko om kvaliteten i øvinga.

Saman med likskap mellom KFS og praksis og at studentane kjenner att situasjonar frå KFS til praksis, vert hands-on-trening og repetert øving sett på som viktige element for å overføra kunnskap frå KFS til praksis (Liaw et al., 2012). Det er interessant å følgja studentane

gjennom øving i KFS og i praksis. Etter øving i KFS er studentane kritiske til at øving i KFS har noko betydning for dei når dei skal øva på ferdigheit i praksis. Det er mogleg at dei, i intervjusituasjonen, framleis kjenner på frustrasjonen over å få for lite tid til å øva og at det fargar utsegnene deira. Studentane opplever at øvinga i KFS ikkje er realistisk nok og opplever at øvingssituasjonen er eit skodespel. Maran & Glavin (2003) står opp om studentane si oppfatning, då dei meiner at det ikkje er mogleg å gjenskapa kompleksiteten til klinisk praksis i KFS. Likevel opplever studentane etter kvart som dei øver på ferdigheita i praksis at det å kjenna seg att i omgjevnadane og å vita korleis dei skal handtera utstyret gjev dei ein tryggleik i øvingssituasjonen i praksis som dei ikkje ville hatt dersom dei ikkje hadde øvd i KFS på førehand. Etter øving i KFS gav studentane inntrykk av å vera irriterte av di lærarane sa at dei ikkje kunne venta å vera utlærde etter trening i KFS. Etter fullført klinisk praksis hadde studentane endra haldning og meinte at KFS hadde budd dei til praksis og at det var det som var meininga med KFS.

I følge Greeno et al. (1996) er overføring av kunnskap problematisk i eit situert læringsperspektiv. Omgjevnadar og utstyr som vert nytta i læringa vil ikkje nødvendigvis samsvara med dei omgjevnadane og det utstyret som studentane skal utføra ferdigheiter i praksis. Dette synet samsvarar med synet Maran & Glavin (2003) har på kompleksiteten i klinisk praksis. Gibson seier at for at det skal kunna skje ei overføring av kunnskap er det naudsynt at studenten identifiserer nøkkelaspekt ved øvinga, som studenten kan kjenna att når ho skal utføra same øving i praksis (Greeno, 1994). Desse nøkkelaspekta er noko som er likt i ulike situasjonar, som kan hjelpa studenten til å overføra kunnskap. Det fordrar at studenten klarar å identifisera desse nøkkelaspekta. Med bakgrunn i at studentane opplever tryggleik ved å kjenna seg att i omgjevnadane og at utstyret er kjent for dei, kan det hevdast at studentane har funne viktige nøkkelaspekt som gjer at dei overfører kunnskap frå KFS til praksis.

Som så vidt nemnt over gjev studentane uttrykk for at dei vert stressa og frustrerte av øving i KFS. Stress og frustrasjon er negative kjensler som kan gje både fysiske og psykiske utslag som igjen kan påverka læringa (Zamanzadeh et al., 2015). Mykje av stress og frustrasjon som studentane opplever i denne studien er knytt til gjenøving og praktisk test. Gjenøving og praktisk test har til felles at det blir gjort ei vurdering av dei praktiske ferdigheitene til studentane. Studiar har synt at det å ikkje vita kva som skjer i øvingssituasjonen og debriefing etter øvinga skapar angst og stress hjå studentar (Nielsen & Harder, 2013). Dette er i samsvar

med det som studentane opplever i vår studie, opplevinga av gjenøving og praktisk test som ei eksponering av seg sjølv og sine kunnskapar. På den andre sida er det kjent at dei viktigast elementa for effektiv læring i KFS er vurdering og tilbakemelding på utføring av ferdigheit (Cant & Cooper, 2010; Issenberg et al., 2005). Sidan vurdering og tilbakemelding er ein så viktig del av øvinga i KFS og samtidig ei stor kjelde til stress og frustrasjon kan det tenkjast at det kunne vera lurt å revurdera korleis vurderinga vert gjennomført og om det er mogleg å få til ei vurdering utan å skapa så mykje stress og frustrasjon for studentane.

I dette avsnittet er det freista gje eit svar på om lite tid og få lærarar påverkar læringa til studentane i KFS. Studentane ønskjer meir tid og fleire lærarar i KFS, men er på si side ikkje flinke til å førebu seg slik at øvinga i KFS kunne vore meir effektiv. Det kan sjå ut til at få lærarressursar fører til at det vert ei meir studentsentrert undervising i KFS, dette medfører mellom anna at studentane ikkje får naudsynt tilbakemelding frå nokon på eit høgare kunnskapsnivå enn dei sjølv er i. Få lærarressursar fører også til at kontaktsjukepleiarane ute i praksisfeltet får ei viktig rolle for å identifisera feil som studentane eventuelt overfører frå KFS til praksis. Sjukepleiarane kan påpeika feila for studentane slik at dei kan gjera utføringa riktig neste gong. Lite tid i KFS fører også til at studentane får lite hands-on-trening og dei får ikkje høve til å repetera øvingane så mykje som dei ønskjer. Dette medfører også konsekvensar for overføring av kunnskap, då hands-on-trening og repetisjon vert sett på viktige element for å overføra kunnskap mellom to læringsarenaer.

Ein liten kritikk av Vygotskij sin teori om 'den næraste utviklingssona'

Over har eg sett på samarbeidslæring med medstudent og læring frå lærar/kontaktsjukepleiar til student. I følge Vygotskij et al. (1978) er læring noko som skjer mellom ein lærling / student er i 'den næraste utviklingssona' og ein lærar / meister som har kome til ei høgare utviklingszone. Ein kan kritisera eit slikt syn på læring. Utvikling i eit fag fordrar at det er nokon som driv utviklinga vidare og som klarar å finna ny kunnskap sjølv og slik koma vidare til neste sone. Ein kan sjå på læring som ein pyramide. Som ny og uerfaren er ein nedst i pyramiden. For å koma vidare oppover pyramiden får ein hjelp av dei som er på eit høgare nivå. For at pyramiden skal verta høgare er ein avhengig av at dei som er på toppen av pyramiden er pionerar som ønskjer å utforska og utvikla neste nivå. Desse pionerane skal også bidra med sin kunnskap inn i dei etablerte læringsmiljøa lenger nede i pyramiden. Det er dette som er essensen mellom anna i forskning. Forsking skal hjelpe oss å koma til ny

kunnskap som gjev oss fleire utviklingssoner. Dersom ein tolkar Vygotskij sin teori i ytste konsekvens, så er alle samla i 'den næraste utviklingssona' utan moglegheit for å koma seg vidare.

6.3 Metodekritikk

Eg kom inn i dette prosjektet etter at datasamlinga var gjort. Difor var eg ikkje med på å rekruttera deltakarar eller datainnsamling. Hovudforskar som er ansvarleg for rekruttering og datainnsamling har mange år med erfaring frå rettleiing og undervisning i KFS og praksisoppfølging på sjukehus. På bakgrunn av det vart det valt å inkludera studentane som har spesialisthelsetenesta som fokus i studien. Trass i at eg kom inn i studien på ein seinare tidspunkt er kjennskap til bakgrunnen min og forskingskompetansen min relevant for at andre skal vurdera kvaliteten på studien som heilskap og korleis min bakgrunn kan påverka transkripsjon, analyse og resultat. Korleis kvaliteten i kvalitative studiar vurderast er ein pågåande diskusjon om kva kriteriar som skal leggjast til grunn for vurderinga. Det er hevda at den kvalitative forskinga treng fleire kriteriar enn den kvantitative for å vera sikker på at den spesielle språkbruken og tenkjemåten vert fanga opp (Bjørk, 2014). Trass diskusjon er det semje for at truverde, validitet og generalisering er dei viktigaste kriteriane som sikrar kvaliteten til kvalitativ forskning (Kvale et al., 2009; Tjora, 2012). Vidare diskuterer eg, med bruk av dei tidlegare nemnde kriteriane, korleis eg har arbeidd for å sikra kvaliteten i arbeidet mitt.

Som masterstudent er dette min første studie og eg er ein forskingsnovise. Eg er avhengig av god rettleiing for å kompensera for mine manglande kunnskapar og manglande erfaring. Rettleiaren min er den som hjelper meg å kvalitetssikra gjennomføringa av studien. I denne studien er eg først og fremst forskar. Men eg har også ein bakgrunn som eg ikkje kan leggja til sides. Eg har erfaring frå rettleiing av studentar både som kontaktsjukepleiar i praksis, som praksislærer ved ein undervisningsinstitusjon, samt at eg sjølv har vore sjukepleiestudent i same situasjon som studentane eg studerer. Sidan eg har kjennskap til feltet både som student og som rettleiar kan det vera lett å leggja vekt på eigne meiningar og erfaringar i analysen og påverka resultatet. Dersom rollane som sjukepleiar og forskar vert blanda kan det representera ein potensiell bias. I kapittel 4.4.1 og 4.4.2 gjer eg nøye reie for korleis eg valde å transkribera og analysera materialet. Dette gjer eg for at analyseprosessen skal vera så transparent som mogleg for lesarane av oppgåva. For å styrka truverde i forskingsprosjektet må forskar

reflektera over korleis eigen kunnskap og engasjement kan påverka tilgang til feltet, utvalet, datagenerering, analyse og resultat (Tjora, 2012). Som uerfaren forskar er det mogleg eg har oversett viktige funn som andre meir erfarne forskarar hadde identifisert. Resultatet av denne studien føreligg i den forma det gjer av di det er nettopp eg som er forskar. At datamaterialet er gjenbruk og ikkje innhenta av forskar kan også påverka resultatet av studien. I ein intervjusituasjon kan forskar be informantane utdjupa og bekrefte informasjon (Kvale et al., 2009). Dette har det ikkje vore høve til i denne studien. Eg kan difor ha mista relevant informasjon, sidan eg ikkje har hatt høve til å kontrollera at mi tolking stemmer overeins med informantane si meining. Truverde vert styrka av at forskaren er tydeleg på kva som er datagenerert informasjon og kva som er forskaren sin analyse (Tjora, 2012). I kapittel 5 har eg brukt relevante sitat frå informantane for å underbyggja funna mine.

Eg opplever datamaterialet til denne masterstudien som veldig stort og til tider ganske uhandterleg. Det hadde truleg vore mogleg å skriva fleire masteroppgåver frå same materiale. Då eg analyserte valde eg ut dei temaene som eg fann var mest relevante for forskingsspørsmåla mine. Det er heilt klart mykje materiale att og andre tema som er interessante å arbeida vidare med. Men det høyrer ikkje til denne oppgåva. Jobben med å velja dei riktige temaene var vanskeleg, då det meste kjendes relevant og det var vanskeleg å sleppa tak i visse tema.

7 Konklusjon

KFS og praksis kan aldri bli heilt like, til det er praksis for kompleks. Funna tyder likevel på at KFS kan bidra til at studentane kjenner seg budde til praksis. Det kan også sjå ut til at det skjer ei overføring av kunnskap mellom læringsarenaene. Det er difor essensielt å sikra at kunnskapen som vert overført er korrekt.

7.1 Hovudtema

I denne studien kom eg fram til fire hovudtema. I diskusjonen er desse temaa freista diskutert på eit meir overordna nivå. Diskusjonen har difor utgangspunkt i to spørsmål som femnar om funna i studien.

Hovudtema 1: Tid- og lærarressursar i KFS

Funn i hovudtema 1 syner at studentane si læring i KFS vert påverka av kor mykje ressursar skulen bruker på undervisning i KFS. Studentane opplever at KFS er nedprioritert og at det er med på å skapa ei oppleving av at det er for lite praksisstudiar og for mykje teoretisk undervisning i KFS.

Det var heilt tydeleg frå starten av analysen at mangel på tid og få lærarar påverka studentane si læring i KFS og det var eit stort tema i alle intervju som er gjort i denne studien. Funna tyder på at lite tid og få lærarar påverkar studentane når dei øver i KFS. Lite tid fører til at studentane ikkje får øvd så mykje som dei ønskjer og det fører til stress. Tid- og læraraspektet har ei klar innverknad på samtlege av dei andre hovudtemaa og diskusjonen er difor bygd opp kring hovudtema 1.

Studentane er tydelege på at dei meiner at skulen ikkje prioriterer dei praktiske faga sidan dei legg så lite ressursar i det. Sjølv om diskusjonen om skulen sine prioriteringar ikkje er knytt direkte til studentane som øver i KFS, så meiner eg den var relevant å ta med i denne oppgåva. Eg forsvarar det med at dersom studentane opplever KFS som mindre prioritert og viktig frå skulen si side, så er ikkje det fremjande for studentane si læring i KFS.

Hovudtema 2: Studentrelaterte faktorar som påverkar læring i KFS.

Funna i hovudtema 2 er relatert til dei kjenslemessige sidene av å øva i KFS. Studentane opplever at trening i KFS gjer dei stressa og frustrerte og det er stort sett knytt til evalueringssituasjonane i KFS. Eit av funna i dette hovudtema 2 er at studentane førebur seg lite eller ikkje i det heile til øving i KFS. Manglande førebuing gjer at studentane må bruka tid i KFS til å førebu seg og det går utover tida som dei har til rådighet.

Hovudtema 3: Kjensla av å vera budd til praksis

Funn i dette hovudtema tyder på at studentane opplever at KFS bur dei til praksis. Studentane gjev klart uttrykk for at å få høve til å verta kjent med utstyret før dei skal i praksis er det viktigaste med øvinga i KFS. Det gjer studentane tryggleik og auka sjølvkjensle i møte med pasienten i praksis. Når det kjem til realisme er ikkje studentane like nøgd. Dei fleste meiner at øvinga i KFS ikkje vert realistisk nok og at det difor blir mykje tull og tøys i KFS.

Hovudtema 4: Samhandling med andre bidreg i læringa til studentane

Funna i dette temaet syner at dei personane som studentane samhandlar med i øvingssituasjonane bidreg på ulike måtar til læring hjå studentane. I KFS er det brukt mykje samarbeidslæring og det krev at studentane rettleiar og vurderer kvarandre, noko som fører til læring for både den som rettleier / vurderer og den som utøver. Lærarane er viktige støttespelarar i KFS, men, som hovudtema 1 syner, er det alt for få av dei i KFS og studentane ønskjer tettare oppfølging av lærar. I praksis møter studentane kontaktsjukepleiarar og pasientar. Kontaktsjukepleiarane vert viktige kjelder til informasjon og kunnskap sidan det er få lærarar i KFS.

7.2 Bruk av situert læringsteori i oppgåva

Situert læringsteori er ein godt egna teori til å ramma inn oppgåva. Teorien kjennest relevant med tanke på funna som eg har gjort og det er freista uttrykt i diskusjonen. Å diskutera med teori er ikkje alltid enkelt, men å ha relevant og god teori å diskutera med gjer det enklare.

Av dei ulike læringsteoriane som er, fann eg at situert læring var mest relevant for denne oppgåva av di det er mange likskapar mellom teorien og praksis.

7.3 Veggen vidare

Med denne studien ønskjer eg å bidra til auka fokus på problem kring overføring av kunnskap mellom to læringsarenaer, KFS og klinisk praksis. Funna i studien kan tyda på at studentane opplever at det skjer ei overføring av kunnskap frå KFS til praksis, men studien gjev ingen klare svar på det. Framover er det naudsynt med fleire tilsvarende studiar og fleire observasjonsstudiar for å bidra til ei større forståing av læringsprosessen i KFS og korleis denne påverkar overføring av kunnskap. Seinare studiar må gjerne ha fokus på andre ferdigheiter enn denne studien for å få eit breiare kunnskapsgrunnlag.

Litteraturliste

- Alexandrou, E., Ramjan, L., Murphy, J., Hunt, L., Betihavas, V., & Frost, S. A. (2012). Training of Undergraduate Clinicians in Vascular Access: An Integrative Review. *Journal of the Association for Vascular Access*, 17(3), 146-158. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.java.2012.07.001
- Alteren, J., & Bjørk, I. T. (2006). Studentenes læring av praktiske ferdigheter i modellavdelingen og klinikken; en utforskende studie. *Vard i Norden*, 26(4), 25-30.
- Beach, K. (1999). Consequential Transitions: A Sociocultural Expedition beyond Transfer in Education. *Review of Research in Education*, 24, 101-139. doi:10.2307/1167268
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2009). *Educating nurses: A call for radical transformation* (Vol. 15): John Wiley & Sons.
- Bergland, Å., & Lærum, H. (2002). Norske sykepleiestudenters syn på eldreomsorgen som arbeidsplass etter endt utdanning. *Nordic Journal of Nursing Research %26 Clinical Studies*, 22(2), 21-26.
- Berland, A., Gundersen, D., & Bentsen, S. B. (2012). Evidence-based practice in primary care—An explorative study of nurse practitioners in Norway. *Nurse Education in Practice*, 12(6), 361-365. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.05.002
- Berntsen, K., & Bjørk, I. T. (2010). Nursing students' perceptions of the clinical learning environment in nursing homes. *The Journal of nursing education*, 49(1), 17.
- Berragan, L. (2011). Simulation: An effective pedagogical approach for nursing? *Nurse Education Today*, 31(7), 660.
- Bjørk, I. T. (1999). Practical skill development in new nurses. *Nursing Inquiry*, 6(1), 34-47.
- Bjørk, I. T. (2014). Kvalitet i kvalitative studier [Podcast]. fronter.no/uoio: Universitetet i Oslo.
- Bjørk, I. T., Christiansen, B., Havnes, A., & Hessevaagbakke, E. (2015). Exploring the black box of practical skill learning in the clinical skills center. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(11), 131.
- Bjørk, I. T., & Kirkevold, M. (2000). From simplicity to complexity: developing a model of practical skill performance in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 620-631.
- Botma, Y. (2014). Nursing student's perceptions on how immersive simulation promotes theory-practice integration. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 1, 1-5. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijans.2014.04.001
- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advanced design in nursing research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2010). Simulation-based learning in nurse education: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 3-15.
- Christiansen, S., Buus Boje, R., & Frederiksen, K. (2015). The use of problem- and simulation-based learning: The student's perspective.
- Cummings, C. L., & Connelly, L. K. (2016). Can nursing students' confidence levels increase with repeated simulation activities? *Nurse Education Today*, 36, 419-421. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.004
- Dalland, C. P. (2011). Utfordringer ved gjenbruk av andres kvalitative data. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 95 ER(06).
- Danbjørg, D., & Birkelund, R. (2011). The practical skills of newly qualified nurses. *Nurse Education Today*, 31(2), 168-172.
- DeBourgh, G. A. (2011). Psychomotor Skills Acquisition of Novice Learners: A Case for Contextual Learning. *Nurse Educator*, 36(4), 144-149. doi:10.1097/NNE.0b013e31821fdab1

- Dixon, N. M., Gehl, Douglas, & Denning, J. S. P. (2000). Common knowledge (book excerpt): how companies thrive by sharing what they know. *Ubiquity*, 2000(April), 3-es. doi:10.1145/334482.334491
- Dysthe, O. (1999). Ulike teoriperspektiv på kunnskap og læring. *Bedre skole*(3), 4-10.
- Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Ewertsson, M., Allvin, R., Holmström, I. K., & Blomberg, K. (2015). Walking the bridge: Nursing students' learning in clinical skill laboratories. *Nurse Education in Practice*, 15(4), 277-283. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.03.006
- Feingold, C. E. (2004). Computerized patient model and simulated clinical experiences: evaluation with baccalaureate nursing students. *The Journal of nursing education*, 43(4), 156
- Fisher, D., & King, L. (2013). An integrative literature review on preparing nursing students through simulation to recognize and respond to the deteriorating patient. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2375-2388. doi:10.1111/jan.12174
- Grady, J. L. (2008). Learning nursing procedures: the influence of simulator fidelity and student gender on teaching effectiveness. *The Journal of nursing education*, 47(9), 403.
- Greeno, J. G. (1994). Gibson's affordances. *Psychological Review*, 101(2), 336-342.
- Greeno, J. G., Collins, A. M., & Resnick, L. B. (1996). Cognition and learning.
- Haddeland, K., & Söderhamn, U. (2013). Sykepleierstudenters opplevelse av veiledningssituasjoner med sykepleiere i sykehuspraksis—En fenomenologisk studie. *Nordisk Sykeplejeforskning*, 3(01), 18-32.
- Hattie, J. A. C. (2011). Feedback in schools. In R. Sutton, M. J. Hornsey, & K. M. Douglas (Eds.), *Feedback: The communication of praise, criticism, and advise*. New York: Peter Lang Publishing.
- Hope, A., Garside, J., & Prescott, S. (2011). Rethinking theory and practice: Pre-registration student nurses experiences of simulation teaching and learning in the acquisition of clinical skills in preparation for practice. *Nurse Education Today*, 31(7), 711-715. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.011
- Issenberg, S. B., Mcgaghie, W., Petrusa, E., Gordon, D. L., & Scalese, R. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10-28.
- Issenberg, S. B., & Scalese, R. J. (2008). Simulation in Health Care Education. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(1), 31-46.
- Jeffries, P., & Rizzolo, M. (2006). *Designing and Implementing Models for the Innovative Use of Simulation to Teach Nursing Care of Ill Adults and Children: A National, Multi-Site, Multi-Method Study [Summary Report]*.
- Johannesson, E., Silén, C., Kvist, J., & Hult, H. (2013). Students' experiences of learning manual clinical skills through simulation. *Advances in Health Sciences Education*, 18(1), 99-114. doi:10.1007/s10459-012-9358-z
- Kluger, A. N., & DeNisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance%3A A historical review%2C a meta-analysis%2C and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 119(2), 254-284.
- Kowitlawakul, Y., Chow, Y. L., Salam, Z. H. A., & Ignacio, J. Exploring the use of standardized patients for simulation-based learning in preparing advanced practice nurses.
- Kozlowski, S. W. J., & DeShon, R. P. (2004). A psychological fidelity approach to simulation-based training: theory, research and principles. In S. G. Schiflett, Elliot, L.R., Salas, E. & Coovert M. D. (Ed.), *Scaled Worlds: Development, Validation and Applications*. (pp. 75-99): Ashgate Publishing.

- Krøger, C. (2016). [Flere mastere - skrekk og gru].
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning : legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lave, J., & Wenger, E. (2003). *Situert læring - og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Levett-Jones, T., Lapkin, S., Hoffman, K., Arthur, C., & Roche, J. (2011). Examining the impact of high and medium fidelity simulation experiences on nursing students' knowledge acquisition. *Nurse Education in Practice*, 11(6), 380-383. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2011.03.014
- Levett Jones, C. T. (2008). The duration of clinical placements%3A a key influence on nursing students' experience of belongingness. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 8.
- Liaw, S. Y., Chan, S. W.-c., Scherpbier, A., Rethans, J.-J., & Pua, G. G. (2012). Recognizing, responding to and reporting patient deterioration: Transferring simulation learning to patient care settings. *Resuscitation*, 83(3), 395-398. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.08.021
- Liaw, S. Y., Palham, S., Chan, S. W.-C., Wong, L. F., & Lim, F. P. (2015). Using simulation learning through academic-practice partnership to promote transition to clinical practice: a qualitative evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), 1044-1054.
- Lund, T., Haugen, R., & Fønnebø, B. (2006). *Forskningsprosessen*. [Oslo]: Unipub.
- Lynagh, M. (2007). A systematic review of medical skills laboratory training: where to from here? *Medical Education*, 41(9), 879
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Maran, N. J., & Glavin, R. J. (2003). Low- to high-fidelity simulation - a continuum of medical education. *Medical Education*, 37(s1), 22-28.
- Marshburn, D. M., Engelke, M. K., & Swanson, M. S. (2009). Relationships of new nurses' perceptions and measured performance-based clinical competence. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(9), 426-432.
- Morrell, N., & Ridgway, V. (2014). Are we preparing student nurses for final practice placement%3F. *British Journal of Nursing*, 23(10), 518-523.
- Munshi, F., Lababidi, H., & Alyousefs, S. (2015). Low- versus high-fidelity simulations in teaching and assessing clinical skills. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 10(1), 12-15. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jtumed.2015.01.008
- Nielsen, B., & Harder, N. (2013). Causes of Student Anxiety during Simulation: What the Literature Says. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(11), e507-e512.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinar, L. M. (2011). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*: Norsk sykepleierforbund.
- Pike, T. (2010). The impact of clinical simulation on learner self-efficacy in pre-registration nursing education. *Nurse Education Today*, 30(5), 405.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Rammeplan for sykepleieutdanning*. (2008). Kunnskapsdepartementet. Henta: mars 2014
- Ravik, M., Havnes, A., & Bjørk, I. T. (2015). Exploring nursing students' transfer of peripheral venous cannulation from skills centre to the clinical setting. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(3), 59. doi:10.5430/jnep.v5n3p59
- Rehmann, A. J., Mitman, R.D. & Reynolds, M.C. (1995). *A handbook off flight simulation fidelity requirements for human factor research*

- Reid-Searl, K., Happell, B., Vieth, L., & Eaton, A. (2012). High Fidelity Patient Silicone Simulation: A qualitative evaluation of nursing students' experiences. *Collegian*, *19*(2), 77-83. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2011.09.003>
- Schoening, A. M., Sittner, B. J., & Todd, M. J. (2006). Simulated clinical experience Nursing students' perceptions and the educators' role. *Nurse Educator*, *31*(6), 253.
- Secomb, J. (2008). A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(6), 703-716.
- Shepherd, C. K., McCunnis, M., Brown, L., & Hair, M. (2010). Investigating the use of simulation as a teaching strategy. *Nursing Standard*, *24*(35), 42-48.
- Solnick, A., & Weiss, S. (2007). High Fidelity Simulation in Nursing Education: A Review of the Literature. *Clinical Simulation in Nursing*, *3*(1), e41-e45. doi:10.1016/j.ecns.2009.05.039
- Stokke, K., Olsen, N., Espehaug, B., & Nortvedt, M. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses A a cross-sectional study. *BMC Nursing*, *13*(1), 8.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thidemann, I.-J., & Tønnessen, V. H. (2011). Simulating emergency situations. [Simulerer akuttsituasjoner]. *Sykepleien*, *99*(10), 64-65. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0149>
- Thomas, C., & Mackey, E. (2012). Influence of a Clinical Simulation Elective on Baccalaureate Nursing Student Clinical Confidence. *Journal of Nursing Education*, *51*(4), 236-239.
- Thorndike, E. L. (1931). *Human learning*: he M.I.T. Press.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Thue, R. G. S., Smith, S. T., Eikeland, I. R., Engstrand, P., Campbell, A. N., & Lauritsen, E. O. (2015). Perifert venekateter (PVK) – Innleggelse, stell og bruk hos voksne. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/perifert-venekateter>
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Traynor, M. (2010). From novice to expert: using simulators to enhance practical skill. *British Journal of Nursing*, *19*(22), 1422.
- Trim, J. C. (2005). Peripheral intravenous catheters: considerations in theory and practice. *British Journal of Nursing*, *14*(12).
- Vygotskij, L. S., Cole, M., John-Steiner, V., Scribner, S., & Souberman, E. (1978). *Mind in society : the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Vågan, A., Erichsen, T., & Larsen, K. (2014). En mixed methods studie: Sykepleierstudenters syn på kunnskap og læring. *Sykepleien Forskning*, *2*, 175-181.
- Waltz, C. F., Jenkins, L. S., & Han, N. (2014). the use and effectiveness of Active Learning methods in Nursing and health Professions education: A Literature Review. *Nursing Education Perspectives*, *35*(6), 392-400.
- WHO. (2009). WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. In WHO (Ed.).
- Wood, D., & Middleton, D. (1975). A study of assisted problem-solving. *British Journal of Psychology*, *66*(2), 181-191.
- Yuan, H. B., Williams, B., & Fang, J. (2012). The contribution of high-fidelity simulation to nursing students' confidence and competence: a systematic review. *International Nursing Review*, *59*(1), 26-33. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00964.x

- Yuan, H. B., Williams, B. A., Fang, J. B., & Ye, Q. H. (2012). A systematic review of selected evidence on improving knowledge and skills through high-fidelity simulation. *Nurse Education Today*, 32(3), 294-298.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.07.010>
- Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B., & Taleghani, F. (2015). Lack of Preparation: Iranian Nurses' Experiences During Transition From College to Clinical Practice. *Journal of Professional Nursing*, 31(4), 365-373.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.01.005>
- Zingg, W., & Pittet, D. (2009). Peripheral venous catheters: an under-evaluated problem. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 34, Supplement 4, S38-S42.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-8579\(09\)70565-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-8579(09)70565-5)

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide fokusgruppeintervju

Hensikten med dette intervjuet, er å få frem deres erfaringer og opplevelser relatert til innleggelse av PVK (perifer venekanyle).

- Kan en av dere først starte med å gi en detaljert beskrivelse av hvordan hele treningssituasjonen foregikk. Etterpå vil jeg gjerne høre fra dere andre om dere gjennomførte treningen på andre måter.
- Kan dere beskrive (mer om) hva dere erfarte og opplevde som positivt ved ferdighetstreningen.

-Kan dere gi flere eksempler.

- Var det noe dere erfarte som spesielt utfordrende ved ferdighetstreningen.

Kan dere gi eksempler.

-Kan dere beskrive hva dere mener er årsaken til at det var utfordrende.

-Kan dere beskrive om/hvordan dette eventuelt hindret dere i læring av ferdigheten. Kan dere gi eksempler.

- Kan dere beskrive hvilke forventninger dere hadde til treningen i KFS

- Kan dere utdype

- Er det noen andre spesielle erfaringer og opplevelser du ønsker å fortelle om

- Er det noe annet dere ønsker å utdype om ferdighetstreningen i KFS

Studentene skal i etterkant av intervjuet svare skriftlig på følgende:

- Kan du beskrive hvordan du forberedte deg til dagen i KFS hvor

innlegg av PVK var fokus

- Tidligere erfaringer relatert til innlegg av PVK

- Skole/yrkeserfaring relatert til innlegg av PVK

- Alder og kjønn

Vedlegg 2

Intervjuguide 1. personlige intervju

- Kan du i detalj beskrive hvordan du gjennomførte innleggelse av PVK
- Kan du beskrive hvordan du forberedte deg til dette
- Kan du beskrive det du erfarte som positivt relatert til ferdighetsutøvelsen
 - Hva var det med utøvelsen/situasjonen som gjorde at du opplevde det akkurat slik, eksempler
 - Er det noe du har erfart som spesielt positivt, hva mener du er årsaken/årsaker til dette, eksempler
- Var det noe du erfarte som spesielt utfordrende relatert til ferdighetsutøvelsen
 - Hva var det med utøvelsen/situasjonen som gjorde at du opplevde det akkurat slik, eksempler
 - Beskrive hva du mener er årsaken/årsaker til dette
- Kan du beskrive hva du erfarte som forskjeller i ferdighetstrening/utførelse i KFS og praksis
 - Kan du utdype, eksempler
 - Hva mener du er årsaken/årsaker
- Kan du beskrive hva du erfarte som likheter ved ferdighetstreningen/utførelse i KFS og praksis
 - Kan du utdype, eksempler
 - Hva mener du er årsaken/årsaker
- Har du noen formening om hvordan treningen på å legge inn PVK i KFS kan ha betydning for hvordan du gjennomførte innleggelse av PVK i avdelingen i dag

Vedlegg 3

Intervjuguide 2. personlige intervju

- Kan du beskrive dine opplevelser og erfaringer med å legge inn PVK på pasienter i denne praksisperioden, eksempler
- Kan du beskrive det du har erfart som positivt relatert til utførelse av ferdigheten i løpet av praksisperioden
 - Hva var det med utøvelsen/situasjonen som gjorde at du opplevde det akkurat slik, eksempler
 - Er det noe du har erfart som spesielt positivt, hva mener du er årsaken/årsaker til dette, eksempler
- Var det noe du erfarte som spesielt utfordrende relatert til utførelse av ferdigheten i løpet av praksisperioden
 - Hva var det med utøvelsen/situasjonen som gjorde at du opplevde det akkurat slik, eksempler
 - Beskrive hva du mener er årsaken/årsaker til dette
- Hvis du ser tilbake på treningen du gjorde med å legge inn PVK på skolen, kan du si noe om hvilke forskjeller du har erfart mellom den treningen, og det du har gjort i denne praksisperiode for å lære deg å gjennomføre innlegg av PVK på en god måte
 - Kan du utdype, eksempler
 - Hva mener du er årsaken/årsaker
- Kan du beskrive hva du erfarte som likt ved ferdighetstreningen/utførelse i KFS og praksis
 - Kan du utdype, eksempler
- Kan du beskrive om/hvordan treningen i KFS har betydning for ferdighetsutøvelsen i praksis
 - Kan du utdype, eksempler

I dette intervjuet vurderes det å se på sekvenser av videoopptak sammen med studenten, og utifra dette fremskaffe beskrivelser relatert til erfaringer, tanker og refleksjoner.

Vedlegg 4

Endrings skjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Endrings skjema sendes per e-post til: personvernombudet@nsd.uib.no

til:

1. PROSJEKT	
Navn på daglig ansvarlig: Monika Ravik	Prosjektnummer: 30181
Evt. navn på student: -----	
2. BESKRIV ENDRING(ENE)	
Endring av daglig ansvarlig/veileder: -----	<i>Ved bytte av daglig ansvarlig må bekreftelse fra tidligere og ny daglig ansvarlig vedlegges. Dersom vedkommende har sluttet ved institusjonen, må bekreftelse fra representant på minimum instituttnivå vedlegges.</i>
Endring av dato for anonymisering av datamaterialet: -----	<i>Ved forlengelse på mer enn ett år utover det deltakerne er informert om, skal det fortrinnsvis gis ny informasjon til deltakerne.</i>
Gis det ny informasjon til utvalget? Ja: ____ Nei: ____ Hvis nei, begrunn: -----	
Endring av metode(r): -----	<i>Angi hvilke nye metoder som skal benyttes, f.eks. intervju, spørreskjema, observasjon, registerdata, osv.</i>
Endring av utvalg: -----	<i>Dersom det er snakk om små endringer i antall deltakere er endringsmelding som regel ikke nødvendig. Ta kontakt på telefon før du sender inn skjema dersom du er i tvil.</i>
Annet: Vi ønsker å knytte en masterstudent til prosjektet. Studenten skal analysere allerede gjennomførte intervju. Intervjuene er anonymiserte lydfiler, og det er ikke tilknyttet identifiserbare opplysninger til disse. Intervjuene er tatt opp i forbindelse med mitt doktorgradsprosjekt. I samtykkeskjema som er underskrevet av studenter som deltar i phd prosjektet, fremkommer det at ingen andre enn prosjektgruppen har tilgang til data. Vi anser masterstudenten som innlemmet i prosjektgruppen, og ser dermed ikke nødvendigheten av å undertegne nye samtykkeskjema.	

3. TILLEGGSOPPLYSNINGER

Masterstudenten skal ha samme veileder (Professor Ida Torunn Bjørk) som meg, Monika Ravik. Masterstudiet foregår ved samme institutt (Avd for sykepl vitenskap, UIO) som doktorgradsarbeidet foregår ved.

4. ANTALL VEDLEGG

*Legg ved eventuelle nye vedlegg
(informasjonsskriv, intervjuguide,
spørreskjema, tillatelser, og liknende.)*

Vedlegg 5

-----Original Message-----

From: Sondre Strandskog Arnesen [mailto:sondre.arnesen@nsd.uib.no]

Sent: 20. juni 2014 16:14

To: Monika Ravik <Monika.Ravik@hit.no>

Subject: Prosjektnr: 30181. Overføring av læring mellom klinisk ferdighetscenter og klinisk praksis.

Hei Monika,

Viser til mottatt endringsmelding den 16.06.2014. Dersom studenten mottar opptakene uten løpenummer, så går det helt fint.

Mvh.

Sondre Strandskog Arnesen

Rådgiver

Personvernombudet for forskning

Vedlegg 6

Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet «Overføring av læring mellom klinisk ferdighetssenter (KFS) og klinisk praksis.

I forbindelse med min doktorgrad gjennomfører jeg et prosjekt som undersøker hvordan sykepleierstudenter lærer praktiske ferdigheter i klinisk ferdighetssenter (KFS) og klinisk sykehuspraksis. For å få kunnskap om dette, vil jeg følge 9 studenter 1 dag når de lærer innlegg av perifer venekanyler (PVK) i KFS. De samme 9 studentene vil følges i sykehuspraksis (8-9 uker) når de trener på innlegg av PVK. Hensikten med å følge studentene 8-9 uker i praksisfeltet, er å få kunnskap om hvordan studenter lærer når de gjennomfører den samme ferdigheten flere ganger. Sammenhenger mellom læring i KFS og klinisk praksis vil undersøkes, og målet er å utvikle kunnskap av betydning for overføring av læring mellom disse to læringsarena.

Deltagelse i prosjektet innebærer at du i KFS blir filmet (i en gruppe sammen med 2 andre) ved læring og trening på innlegg av perifer venekanyler (PVK). I etterkant av ferdighetstreningen i KFS, vil det avtales tidspunkt for et gruppeintervju. Ved gruppeintervjuet er intensjonen at alle studenter (9 stk) svarer på spørsmål samlet i gruppen. Dette er ikke faglige spørsmål relatert til ferdighetsutøvelsen, men erfaringer relatert til læring og trening av ferdigheten. Gruppeintervjuet vil vare ca 60-90 minutter, og vil foregå ved Høgskolen i Telemark, Porsgrunn. I praksisperioden (8-9 uker) vil jeg filme deg gjentatte ganger når du utfører innlegg av PVK på pasienter i sykehuspraksis. I forbindelse med ferdighetstreningen i praksisfeltet, vil jeg og du ha korte uformelle samtaler relatert til ferdighetsutøvelsen. Etter første gangs innleggelse av PVK i praksisfeltet, og etter endt praksisperiode, vil jeg gjennomføre en individuell samtale med deg. Fokus for samtalen vil være din erfaring relatert til læring og trening av ferdigheten i sykehuspraksis. Samtalen vil vare ca 45-60 minutter. Den første samtalen som er etter første gangs innlegg av PVK vil foregå på et egnet sted i praksisfeltet, og samtalen etter endt praksisperiode vil foregå ved Høgskolen i Telemark, Porsgrunn.

I klinisk ferdighetssenter (KFS) og i praksisfeltet vil jeg observere deg ved bruk av video, hvor læring og trening av den praktiske ferdigheten opptas på film. Hensikten med å bruke film, er at dette gir et detaljert datamateriale. Det kan være detaljer relatert til kroppsspråk, bevegelse, tale og samhandling med medstudenter, pasienter og sykepleiere. Hvis du erfarer

at videoopptak forhindrer deg i læring og utøvelse av ferdigheten, vil filmingen stoppes. Gruppeintervju og personlige samtaler vil opptas på bånd.

Det er helt frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg ut av prosjektet, uten å måtte begrunne dette nærmere. Hvis du ønsker å trekke deg ut av prosjektet, vil det ikke brukes data som fremkommer fra deg. Hvorvidt du ønsker å delta i prosjektet eller ikke, har ingen betydning for ditt studentforløp og praksisoppfølging. Det er ingen andre enn mine to veiledere, jeg og vurderingskommisjonen til doktorgraden som vil få tilgang til de personidentifiserbare opplysningene. De er underlagt taushetsplikt og opplysningene vil bli behandlet strengt konfidensielt. Video- og lydopptak vil oppbevares i låst skap.

Resultatene av studien vil bli publisert som gruppedata, uten at den enkelte kan gjenkjennes. Doktorgradsprosjektet forventes å avsluttes høsten 2015. I dette prosjektet vil det produseres rikelig med data. For å muliggjøre sekundæranalyse innen samme forskningstematikk, vil dataene oppbevares til høsten 2018. Høsten 2018 vil alle opplysninger bli anonymisert.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen, er det fint om du signerer samtykkeerklæringen, legger den i vedlagte konvolutt, og leverer den i ekspedisjonen ved Høgskolen i Telemark så snart som mulig. Hvis det er flere enn 9 studenter som ønsker å delta i studien, vil det utføres en anonym loddtrekning.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, kan du gjerne ta kontakt med meg på mail eller telefon.

Med vennlig hilsen

Monika Ravik

Høgskolen i Telemark/Universitetet i Oslo

E-mail: monika.ravik@hit.no Telefon: 97603974

Hovedveileder: Professor Ida Torunn Bjørk, Universitetet i Oslo

Samtykkeerklæring for student:.....

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet «Overføring av læring mellom klinisk ferdighetssenter og klinisk praksis» og er villig til å delta i studien.

Signatur..... Telefonnummer.....