

# Erfaringer fra et trainee-program for sykepleiere i postoperative og intensive avdelinger

*«Det er veldig greit å prøve dette så jeg får en nødvendig realitetsorientering.»*

Berit Syrstad



Masteroppgave i helsefagvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO  
Institutt for helse og samfunn

Juni 2016

Veileder: Lise Kjølørød

© Berit Syrstad

2016

Erfaringer fra et trainee-program for sykepleiere i postoperative og intensive avdelinger

Berit Syrstad

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

Trykk: Colormaster, Oslo



<b>Navn:</b> Berit Syrstad	<b>Dato:</b> juni, 2016
<b>Tittel og undertittel:</b> Erfaringer fra et trainee-program for sykepleiere i postoperative og intensive avdelinger. <i>«Det er veldig greit å prøve dette så jeg får en nødvendig realitetsorientering.»</i>	
<b>Sammendrag:</b> <b>Formål:</b> Hensikten med denne studien har vært å belyse sykepleieres erfaringer med et trainee-program i postoperative og intensive avdelinger. Dette var sykepleiere uten spesial- eller videreutdanning som hadde begrenset arbeidserfaring etter fullført bachelorgrad i sykepleie. Trainee-programmet ble opprettet som et opplærings-, så vel som et rekrutteringstiltak. Målet var at deltagerne gjennom opplæring i, og kjennskap til, intensivsykepleie skulle motiveres til å søke videreutdanning. Studiens forskningsspørsmål ble formulert ut fra denne målsetningen, og dreide seg om informantenes begrunnelser for å delta i programmet, hvordan de hadde erfart at programmet fungerte som læringsplattform og på hvilken måte de tenkte at deltagelsen ville påvirke deres valg av videreutdanning. Mangelen på intensivsykepleiere, nå og i fremtiden, utfordrer arbeidsgivere til å tenke nytt når det gjelder opplæring og rekruttering. Denne studien kan bidra til økt kunnskap om kompetanseutvikling og rekruttering til videreutdanning, gjennom organiserte lokale tiltak som dette trainee-programmet. <b>Teoretisk rammeverk:</b> Informantenes læringserfaringer ble belyst ved hjelp av sosiokulturell læringsteori. Dette innbefatter arbeider av den sosiokulturelle læringsteoriens «far» Lev Vygotsky, og av forfattere som i varierende grad har videreutviklet hans teorier; dette gjelder Lave & Wenger med teorier om situert læring, og Patricia Benner og hennes forskningsteam med en modifisert utgave av mesterlæringsmodellen. For en dypere og bredere forståelse ble det teoretiske rammeverket komplettert med litteratur som omhandlet motivasjon, samt litteratur med spesifikt perspektiv på sykepleie. <b>Metode:</b> I studien anvendes et kvalitativt, eksplorativt og beskrivende design. Det er foretatt semistrukturerte forskningsintervjuer med til sammen ti informanter fra fire spesialavdelinger. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Det ble gjort tematisk analyse, med en hermeneutisk tilnærming, av det empiriske materialet. <b>Funn:</b> Informantene var gjennomgående tilfreds med sin deltagelse i programmet, og oppfattet dette som en nødvendig bro mellom bachelorgrad i sykepleie og en videreutdanning i intensivsykepleie. De beskrev programmet som et «forkurs» til videreutdannelsen. Her fikk de innsikt i et til dels lukket fagfelt, noe som ga dem grunnlag for å gjøre riktige valg i forhold til videreutdanning. Trainee-programmets teoribaserte opplæring bar preg av dialog og samspill, og ble formidlet av praksisnære forelesere. Dette førte til hva informantene betegnet som «effektiv læring». Møtet med praksisavdelingene ble allikevel både kunnskapsmessig og	

emosjonelt utfordrende for mange, og her spilte kontaktsykepleier en avgjørende rolle for informantenes erfaring og læring. Denne typen situert læring i stimulerende fagmiljøer ble høyt verdsatt av sykepleierne. Travelhet i avdelingene og manglende tid avsatt til veiledning og refleksjon, synes derimot å virke i negativ retning på sykepleiernes læring. Disse sykepleierne likte å lære og var opptatt av å bli noe mer enn «bare» sykepleiere. I deres karriereplaner inngikk, i tillegg til videreutdanning i intensivsykepleie eller lignende, også tanker om lederutdanning eller en ph.d. For de fleste gjaldt imidlertid at de ikke så for seg en livslang karriere i pasientnær virksomhet. Dette på grunnlag av yrkets samlede utfordringer, av emosjonell art, men også i forhold til generell slitasje med turnusbelastning og en travel hverdag.

**Konklusjon:** Praksis i postoperative og intensive avdelinger er både kunnskapskrevende og emosjonelt utfordrende. De spesialiserte avdelingene som er omfattet av Akuttklinikken trainee-program, fordrer en sammensatt kompetanse som utvikles over tid, og som består av både teoretiske og praktiske elementer, samt evne til å yte omsorg. Samlet utgjør dette en personlig kompetanse som handler om evnen til å ivareta akutt/kritisk syke pasienter, og deres nærstående, i sjokk og krise.

Dette trainee-programmet kan sies å nå sine uttrykte mål som gjelder opplæring og rekruttering, og på denne måten forsvarer bruken av tid og ressurser. Imidlertid synes det som man rekrutterer til et yrke som ikke makter å holde på sine medarbeidere frem til aldersavgang. Dette tydeliggjøres av informantene som allerede ved sin inntreden i faget var på utkikk etter fremtidige løsninger som ville distansere dem fra pasientnær virksomhet.

**Nøkkelord:** intensivsykepleie, avansert sykepleie, klinisk sykepleiepraksis, intensivsykepleier/kompetanse, veiledning/veiledning i praksis, student/lærer relasjon, motivasjon/ motivasjon for læring, profesjon/utdanning, mester-lære, situert læring, praksisfellesskapet, novise/ekspert, sosiokulturell læring/ sosiokulturell læringsteori.



<b>Name:</b> Berit Syrstad	<b>Date:</b> June, 2016
<b>Title and sub title:</b> Experiences from a trainee program for nurses in postoperative and intensive care units. "It is a good idea to try this so I get a needed reality check"	
<b>Abstract:</b> <p><b>Purpose:</b> The purpose of this study was to elucidate nurses' experiences with a trainee program in postoperative and intensive care units. The nurses that participated had no special nor further education, and had limited work experience after completing bachelor's degree in nursing. The trainee program was established to stimulate for education and increase recruitment. The objective of the measure was to encourage participants to seek further education through practicing, and awareness of, intensive care.</p> <p>The study's research questions were formulated on the basis of this objective, and revolved around the informants' reasons for participating in the program, how they had learned that the program served as a learning platform and the manner in which they thought that participation would affect their choice of further education.</p> <p>The lack of intensive care nurses, now and in the future, will challenge employers to rethink when it comes to training and recruitment. This study may contribute to increased knowledge about skills development and recruitment to education, through organized local initiatives like this trainee program.</p> <p><b>Theoretical framework:</b> The informants' learning experiences illustrated by sociocultural learning theory. This includes works by the "father" of sociocultural learning theory, Lev Vygotsky, and by writers who, in varying degrees, has refined his theories. This includes among others Lave &amp; Wenger with theories of situated learning and Patricia Benner, and her research team, with a modified version of the master-learning model. For a deeper and broader understanding was the theoretical framework complemented by literature concerning motivation and literature with specific perspective on nursing.</p> <p><b>Method:</b> The study used a qualitative, exploratory and descriptive design. Semi-structured research interviews was conducted with a total of ten informants from four specialist units. Interviews were audio taped and transcribed. Thematic analysis was made, with a hermeneutical approach, of the empirical material.</p> <p><b>Findings:</b> The informants were consistently satisfied with their participation in the program, and regarded this as a necessary bridge between bachelor's degree in nursing and a further education in intensive care nursing. They described the program as a "pre-course" to further their education. Here they got insight in a partially closed area of expertise, which gave them a basis for making the right choices in relation to further education.</p> <p>This trainee program, based on theoretical practice, characterized by dialogue and interaction, and conveyed by lecturers with practice in postoperative and intensive care.</p>	

This led to what informants designated as "effective learning." Meeting with these units were still challenging for many both in terms of lack of knowledge and emotional stress, and the contact-nurse played a crucial role in the informants' experience and learning. This kind of situated learning in stimulating research groups were highly appreciated by the nurses. The bustle in the units and the lack of time allocated for guidance and reflection, seem however to work negatively on nurses learning.

These nurses enjoyed learning and was keen to be more than "just" a nurse. In their own career plans, in addition to further education in intensive nursing or similar, there was also thoughts on leadership training or taking a Ph.D. For most of them however, few envisioned a lifelong career with patient care. The reason for this is not only the professions overall challenge of emotional nature, but also in relation to general wear working shifts and busy workdays.

**Conclusion:** Practice in postoperative and intensive departments is both knowledge-intensive and challenging. The specialized units covered by the Medical Clinic trainee program, requires human resources that evolve over time, and which consists of both theoretical and practical elements, as well as a personal ability to provide care. In total, this represents a personal competence is about the ability to maintain acute/critically ill patients and their families, in shock and crisis.

This trainee program can be said to reach its stated goals regarding training and recruitment, and thus justified the use of time and resources. It may seem, however, that recruitment is for a profession that is not able to hold on to their employees until age retirement. This made clear by informants, who already at their entry into the profession, started to look for future careers that would remove them from patient care.

**Key words:** intensive care nursing/ICU, advanced nursing, practical clinical nursing, intensive care nurse/competence, guidance/tutoring/guidance in practicing, student/teacher relation, motivation/ motivation for learning, profession/education, master-learning, situational learning, communities of practice, novice/expert, sociocultural/sociocultural learning theory

## Forord

Tema for, og inspirasjon til, mitt masterprosjekt har jeg hentet fra min arbeidshverdag.

Jeg er intensivsykepleier/ledende spesialsykepleier ved postoperativ avdeling på Rikshospitalet. Gjennom mange år har jeg tatt imot og samarbeidet med sykepleiere, med og uten videreutdanning, som har prøvd å finne sin plass og benytte sin kunnskap i seksjonen. Og gjennom årene har det slått meg at kanskje vi kunne gjort mer for å trygge læringsmiljøet og hente ut det beste av ressurser fra disse sykepleierne.

I denne masterstudien har jeg fått anledning til å gå nært inn i sykepleieres opplevelser av et trainee-program i postoperative og intensive kontekster. Målet var å belyse disse sykepleiernes erfaringer med et lokalt opplærings- og rekrutteringsprogram. For å benytte en metafor: arbeidsgiver forsøkte å bygge en bro mellom bachelorutdanning i sykepleie og videreutdanning i intensivsykepleie, og noen blant de første som krysset denne broen tok seg tid til å fortelle meg hvordan de opplevde dette.

Jeg gikk inn i dette prosjektet med en forforståelse av at dette ville handle om informantenes læringsprosesser. Det har det også gjort, men samtidig har det omhandlet så mye annet. Ladet med læringsteori møtte jeg disse informantene, - bare for å oppdage at de på sin side var opptatt av opplevelsene de hadde hatt og erfaringene de hadde gjort. På denne måten kan en si at den kunnskapen de hadde tilegnet seg i løpet av trainee-programmet ikke var den jeg hadde forventet at de ville fortelle om.

Jeg er glad for å ha fått muligheten til å gjøre denne studien, og er takknemlig overfor arbeidsgiver som har gjort det mulig. Takk til gode kolleger som har støttet meg og dekket opp mitt fravær.

En spesiell takk til alle flotte informanter for all imøtekommenhet og gode, ærlige, overraskende og ikke minst, morsomme, beskrivelser av hverdagen i avdelingene! Det var både spennende og lærerikt å få mitt eget fagfelt satt under lupen på denne måten.

Takk til veileder Lise som tok seg tid til meg i en travel hverdag.

Og til slutt til familien min, Thea, Henrik og Olav. Ingen kunne hatt en finere heiagjeng i skriveprosessen.

Oslo, juni 2016

Berit Syrstad





## Innhold

1. INTRODUKSJON .....	1
1.1 Akuttklinikkens trainee-program: organisering og innhold .....	3
1.2 Karakteristika ved praksis.....	5
1.3 Videreutdanning og kompetanse.....	6
1.4 Trainee-programmets kompetansemål .....	9
1.5 Trainee-begrepet.....	10
1.6 Studiens aktualitet.....	11
1.7 Valg av litteratur.....	12
2. METODE.....	14
2.1 Kvalitativ metode .....	14
2.2 Forskningsdesign .....	15
2.3 Planlegging .....	16
2.4 Rekruttering og inkludering .....	17
2.5 Utforming av intervjuguide .....	18
2.6 Analyse .....	19
2.6.1 Innledende arbeid .....	20
2.6.2 Tematisk analyse .....	21
2.7 Reliabilitet og validitet .....	22
2.8 Å forske på egen arbeidsplass .....	24
3. STUDIENS TEORETISKE FORSTÅELSESRAMME .....	25
3.1 Sosiokulturell læringsteori .....	25
3.2 Den nærmeste utviklingssone.....	26
3.3 Artefakter .....	29
3.4 Mester-læring og situert læring.....	29
3.5 Læretid .....	30
3.6 Kunnskaps- og vitenskapssyn i sykepleien .....	32
4. FUNN .....	36
4.1 Begrunnelser for å delta i programmet.....	36
4.2 Erfaringer med teoribasert undervisning.....	39
4.3 Erfaringer med praksisbasert opplæring.....	41

4.4	Motivasjon for videreutdanning .....	46
5.	DISKUSJON.....	49
5.1	Motivasjon for læring.....	49
5.2	Dialog og samspill .....	50
5.3	Undervisningskompetanse .....	53
5.4	Fra teori til praksis: Læring i det levde liv .....	54
5.5	«Risikolæring.» .....	59
5.6	Veiledning i praksis.....	60
5.7	Å smake på intensivfaget .....	62
5.8	Motivasjon for videreutdanning. ....	64
6.	AVSLUTNING.....	68
6.1	Diskusjon av studien.....	68
6.2	Konklusjon .....	69
	Senere.....	72
7.	Referanser .....	73

Vedlegg I: Utlysningstekst trainee stilling

Vedlegg II: Informasjon til deltagere

Vedlegg III: Intervjuguide

Vedlegg IV: Felles undervisningsprogram

Vedlegg V: Individuell opplæringsplan intensiv avdeling

## 1. INTRODUKSJON

*Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere*, utarbeidet av NSF, angir krav til intensivsykepleieres sammensatte kompetanse. Her beskrives intensivsykepleiers forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon (pkt.4.1-4.4). Men dette kan bare et stykke på vei beskrive utfordringene en står overfor i arbeidshverdagen i en slik seksjon. Postoperative og intensive avdelinger er travle arbeidsplasser med høyt tempo. Pasientene er akutt og/eller kritisk syke. Personalet kommer tett, svært tett, på mennesker i de mest avkledte og sårbare situasjoner. I løpet av en arbeidsdag kan du holde et nyfødt barn, pleie en døende kvinne og låne bort skulderen til desperate foreldre som har fått dårlig nytt. Veien er kort fra latter til gråt,- og tilbake igjen.

Demografiske endringer viser at dersom vi ønsker å opprettholde dagens intensivtilbud per innbygger trengs det 30% flere intensivplasser i Norge i år 2025 (Kvåle, 2012). Mangel på intensivsykepleiere, nå og i fremtiden, utfordrer arbeidsgiver til å tenke nytt med hensyn til opplæring og rekruttering.

For Akuttklinikken ved Oslo Universitetssykehus har dette resultert i opprettelse av et trainee-program for sykepleiere. I løpet av et 4-6 måneders program bestående av en kombinasjon av organisert teoriundervisning og klinisk veiledet praksis, lærer sykepleiere uten videreutdanning å håndtere postoperative og lettere intensive pasienter. Programmets varighet varierer ut fra tilhørighet til seksjon: trainee-sykepleiere tilknyttet intensive avdelinger har hatt noe lengere læretid enn de som har vært tilknyttet postoperative avdelinger. Også sesongvariasjoner har spilt inn, slik at kull som eksempelvis går over vårhalvåret, har lengere varighet grunnet helligdager. Programmet lanseres som et opplærings- så vel som et rekrutteringstiltak. Målet er at deltagerne gjennom opplæring i, og kjennskap til, intensivsykepleie skal motiveres til å søke videreutdannelsen. På Akuttklinikken's hjemmeside sies det at man ønsker å skape en god læringsarena for rekruttering til videreutdanning.

Dette programmet gjorde meg nysgjerrig; Som intensivsykepleier og ansatt i Akuttklinikken, er både den kompliserte opplæringen av nyansatte, og den vedvarende mangelen på intensivsykepleiere, velkjent for meg. Min noe rasjonelle tilnærming til temaet kan spores til daglig oppgave i min arbeidshverdag, som er organisering av drift. I postoperativ og intensiv sammenheng innebærer dette en hektisk aktivitet og en rekke hurtige avgjørelser. En rivende teknisk utvikling som muliggjør behandling av pasienter en tidligere ikke kunne hjelpe, samt effektivisering over år, har medført at det jobbes med marginale pasienter og små marginer. En må «snu seg rundt.» Da jeg først nærmet meg tema var det derfor med en interesse som var grunnlagt i et behov for å finne ut hvorvidt dette programmet kunne

medføre forbedringer som klinikkens ulike avdelinger ville være tjent med. Tiltak som kan bedre rekrutteringen til yrket, og dermed på lang sikt lette arbeidshverdagen i Akuttklinikken, vil være velkomne. Samtidig har jeg ingen problemer med å innrømme at det i utgangspunktet var vanskelig, faktisk veldig vanskelig, å se for seg grupper av relativt nyutdannede sykepleiere i avdelingene. Hva med pasientsikkerheten? Og hvem skulle ta den belastningen det måtte være å lære disse trainee-sykepleierne opp i praksis? Sagt i klartekst ble jeg nok utfordret på mine egne inngrodde tenkemåter om kompetanseutvikling innen mitt fagområde, på min arbeidsplass. Men programmet begynte å ta form, og min nysgjerrighet var definitivt vekket. Tjora (2010) beskriver hvordan gode ideer til forskning gjerne oppstår ut fra et konkret problem eller spørsmål, eller ut fra at nysgjerrighet vekkes. Dette er gjenkjennbart for meg. Dette var så avgjort noe jeg ønsket å gjøre en studie av. Denne studien kom derfor i stand etter tillatelse fra klinikkledelsen, men på mitt eget initiativ.

I utgangspunktet formulerte jeg disse spørsmålene:

Er et trainee-program en farbar vei å gå for å sikre den minimumskompetansen nyansatte må ha for på en forsvarlig måte å ta seg av pasientene, og er dette en hensiktsmessig måte å rekruttere til videreutdanning på? I løpet av prosessen ble jeg også nysgjerrig på hvem disse sykepleierne var og hvorfor de hadde valgt å delta i programmet.

Ut fra dette ble følgende forskningsspørsmål formulert:

**Hvilke grunner oppgir sykepleierne for å delta i trainee-programmet?**

**Hvordan har sykepleierne erfart at programmet fungerer som læringsplattform?**

**På hvilken måte tenker sykepleierne at deltagelse i trainee-programmet vil påvirke deres valg av videreutdanning?**

For å besvare disse spørsmålene oppsøkte jeg trainee-sykepleierne. I perioden november 2015 til februar 2016 ble i alt ti sykepleiere intervjuet om sine erfaringer med trainee-programmet. Gjennom kvalitative forskningsintervju, søkte jeg å belyse deres opplevelser som relativt ferske sykepleiere i komplekse postoperative og intensive kontekster.

Hensikten med min studie er å bidra til økt kunnskap om kompetanseutvikling og rekruttering til videreutdanning, gjennom organiserte lokale program som dette trainee-programmet, i postoperative og intensive kontekster. Svaret på om Akuttklinikken lykkes i å motivere for videre læring og videreutdanning, får vi først når vi ser hvor mange av disse sykepleierne som faktisk søker videreutdanning, men her og nå er det mulig å oppsummere noen erfaringer ut fra ovenstående spørsmål.

## 1.1 Akuttklinikens trainee-program: organisering og innhold

De postoperative og intensive avdelingene som har ansatte i programmet, er alle seksjoner organisert i Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus. Akuttklinikken har ca 2300 ansatte, hvorav en stor andel spesialsykepleiere. Virksomheten er en del av Spesialisthelsetjenesten, og er regulert av *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Klinikken består av høyt spesialiserte seksjoner der det på sykepleiersiden i hovedsak kun finnes stillingshjemler for spesialsykepleiere med videreutdanning i intensiv- og anesthesisykepleie, eller lignende. En intensivsykepleier er en autorisert sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie. Tidvis mangel på kvalifiserte søkere har gjort at klinikken har ansatt sykepleiere med overvåkningserfaring, eller sykepleiere med erfaring fra kirurgiske avdelinger. Praksis har vært at disse sykepleiere har fått tilbud om tidsavgrensede vikariater. Etter 2 års praksis eller mer, har noen av disse sykepleierne søkt videreutdanning. Opptak til videreutdanning i intensiv- og anesthesisykepleie har vært basert på karakterer ved grunntutdanningen i sykepleie, samt minst 2 års praksis fra sykehus.

Opplæring av nyansatte i postoperative og intensive avdelinger har historisk vært ivaretatt av hver enkelt seksjon. Langvarige, individualiserte opplæringsprogram har vært svært ressurskrevende for avdelingene. I et forsøk på å begrense opplæringsbyrden, og sette kompetanseutvikling og rekruttering i system, ble Akuttklinikens trainee-program utviklet på tvers av seksjoner. Det aktuelle programmet er et samarbeidsprosjekt mellom 4 ulike seksjoner: Postoperativ avdeling, Generell Intensiv 1 og Generell Intensiv 2 ved Rikshospitalet (lokalisasjon Gaustad) samt Postoperativ/intensiv avdeling ved Radiumhospitalet (lokalisasjon Montebello). Opplæringen gjelder voksne pasienter over 18 år, selv om noen av disse avdelingene i større eller mindre grad har barn som pasienter. Eksempelvis er om lag 25-30 % av Postoperativ avdeling sine pasienter barn. Dersom disse traineene fortsetter å arbeide i avdelingen, vil de eventuelt få barneopplæring etter hvert. I utlysningsteksten til trainee-stillingene sies det at en ønsker søkere som har arbeidserfaring fra sykehusavdelinger. Det er også ønskelig med erfaring fra overvåkningsavdeling. Ellers vektlegges personlig egnethet, evne til å takle stress og hektiske hverdager, og gode kommunikasjonsevner.

Disse sykepleierne blir ansatt seksjonsvis og har et vanlig arbeidsforhold med formell leder i linjen. Utlysning og intervju gjennomføres felles. Dette vil blant annet si at hver søker intervjues av seksjonslederne samlet. Deltagerne i trainee-programmet ansettes i Akuttklinikken med lønn etter tariffavtale. Akuttklinikken tilbyr sykepleiere som fullfører trainee-programmet fortrinnsrett til utdanningsstillinger. Ansatte i utdanningsstillinger mottar lønn under videreutdanning mot bindingstid til klinikken etter fullført utdanning (Fonn,2015a s.42). Selve programmet organiseres av en intensivsykepleier som har dette som funksjon ved siden av klinisk arbeid. Programmet består av 20 % teoretisk undervisning

og 80 % klinisk veiledet praksis og går som sagt over 4-6 måneder, avhengig av om en er ansatt ved en postoperativ eller en intensiv avdeling.

Første gruppe trainee-sykepleiere hadde oppstart i januar 2015. Dette var en gruppe på 12. Kull 2 hadde oppstart i april 2015 og besto av 8 sykepleiere. (Ref. programansvarlige, opplysninger gitt pr. e-post i mai 2016).

Mitt utvalg på 10 informanter fant jeg blant disse til sammen 20 trainee-sykepleierne. Det ble ikke gjort utstrakt kartlegging av demografiske forhold, men kjønn, alder, yrkeserfaring og i noen grad, tidligere utdanning, ble registrert. Utvalget hadde lik kjønnsdeling med 5 kvinnelige og 5 mannlige deltagere, og aldersspennet blant disse var 24-39 år. Informantene hadde 1-2 års erfaring som sykepleier etter fullført bachelorgrad i sykepleie. Ellers fantes noe annen utdanning på høyskolenivå, men ingen fullførte profesjonsutdanninger. Av yrkeserfaring var typiske serviceyrker som eksempelvis butikkarbeid representert, men den mest representerte yrkeserfaringen var ulike arbeidsforhold innen Forsvaret.

Teoriprogrammet går altså over 4- 6 måneder på heltid og gir generell kunnskap om postoperativ og intensiv behandling. Dette omfatter blant annet monitorering av kliniske parametre, trening i respiratorbehandling, øvelser i hjerte-/lungeredning og ikke minst; utsjekk på medisinsk teknisk utstyr. Teoretisk undervisning foregår i grupper en gang i uken og forelesere/undervisere kommer fra praksisfeltet, eller samarbeidende avdelinger. Eksempelvis underviser intensivsykepleier fra intensiv avdeling i blodgasser og syre/base, ledende spesialsykepleier fra Radiumhospitalet underviser i tema «onkologiske pasienter» og intensivsykepleier fra postoperativ avdeling underviser i tema «pasientflyt og ulike pasientkategorier.» (vedlegg)

Etter en dag teoretisk undervisning følger fire dager klinisk veiledet praksis. Hver av traineene har denne praksisen i egen seksjon; avdelingen der de er ansatt og senere skal ha sin arbeidshverdag. Her blir de individuelt fulgt opp og evaluert av sin faste kontaktsykepleier. Disse kontaktsykepleierne var valgt ut fra egen interesse for veiledning, eller ut fra driftsmessige hensyn som eksempelvis turnus som passet inn, eller grad av tilstedeværelse i opplæringsperioden. En har forsøkt å tilstrebe at disse veilederne i klinikken har gjennomgått veiledningskurs på forhånd, men det har ikke alltid vært mulig å få til. En programgruppe som har bestått av intensivsykepleiere fra seksjonene som har samarbeidet om trainee-programmet, har utarbeidet omfattende og detaljerte undervisningsplaner både for felles teoretisk opplæring, og individuell opplæring i klinikk. (vedlegg)

Individuell opplæringsplan angir læringsfokus uke for uke, og tidspunkter for forventningssamtale og oppfølgingsamtaler. Ut fra disse samtalene kan læringsfokus justeres. Tilstede ved disse samtalene er, foruten trainee-sykepleieren, hennes kontaktsykepleier i avdelingen og praksisveileder/fagsykepleier. Opplæringsplanene angir tidspunkt for utsjekk av medisinsk teknisk utstyr. Utover dette inneholder ikke programmet noen form for testing av ervervet kunnskap, det gjennomføres ikke noe eksamen.

Trainee-programmet er ikke bundet opp mot noen nasjonal rammeplan og det har derfor vært opp til programgruppa, på oppdrag fra klinikkledelsen, å bestemme faglig innhold og læringsfokus.

En nødvendig begrepsavklaring: I Akuttklinikkens organisasjonskart er hver enhet benevnt som seksjon. Enhetene disse trainee-sykepleierne tilhører er altså alle seksjoner, eksempelvis Generell intensiv 2 og Postoperativ. Mine informanter kalte imidlertid gjennomgående sine respektive arbeidsplasser for avdelinger, noe som er en godt innarbeidet benevnelse i sykehusspråket. Jeg har i det følgende valgt å bevare deres språk intakt, og benytter derfor benevnelsen avdeling der det er naturlig.

## 1.2 Karakteristika ved praksis

Det fremheves i *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie* at intensivsykepleierens ansvar og kompetanse må ses i sammenheng med målgruppens behov for sykepleie og behandling i akutte og komplekse situasjoner.

I rammeplanen sies det at: «... *intensivsykepleieren skal overvåke, pleie og behandle mennesker i alle aldre som:*

- *Er eller kan komme i en akutt fysiologisk krise på grunn av sykdom eller skade.*
- *Etter kirurgi og anestesi trenger det for å gjenopprette sirkulatorisk og respiratorisk balanse og som trenger å lindre smerte og annet ubehag.*
- *Har kronisk sykdom og som enten får en akutt sykdom eller en akutt forverring av sin grunnlidelse.* (Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie, s 6).

Postoperative- og intensive avdelinger preges av at pasientene ofte er ute av stand til å ivareta sine grunnleggende menneskelige behov, og intensivsykepleiere har da ansvar for at disse behovene blir dekket. Samtidig er dette et fagfelt innen sykepleien der beredskapen er høy, den akutt og/eller kritisk sykes situasjon kan endre seg raskt, og intensivsykepleier må tolke symptomer og kliniske tegn for å handle raskt og forebygge komplikasjoner. Årvåkenhet og raskt fokusskift er nødvendig. Pleie av intensivpasienter medfører utstrakt ansvar for ivaretagelse av pårørende. Dette kan være mennesker i sjokk/sorg/ krise,- eller lettelse. I *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere* understrekes yrkets emosjonelle og relasjonelle utfordringer sterkt. Pleie av postoperative- og intensive pasienter krever utstrakt bruk av medisinsk teknisk utstyr (forkortet: MTU).

Tradisjonelt har teknologi og omsorg representert ulike verdier. Noen mener at teknologi- og omsorgsverdiene er uforenelige, mens andre hevder de utfyller hverandre (Kjøllestad,



2010, s. 75). Alasad (2002, s. 408) viste i en studie av intensivstudenters erfaringer med MTU, at studentene betraktet «tekniske aktiviteter» som viktigere enn andre sykepleieaktiviteter. På denne måten kan intensivpasienter oppleve å ikke føle seg sett, til tross for at de blir kontinuerlig overvåket og alltid har minst en intensivsykepleier tilstede ved sengen. De opplever sykepleiernes hender først og fremst som teknologiens forlengede arm.

Hverdagen i klinikken kan være uforutsigbar for trainee-sykepleierne, slik de er det for resten av personalet. De følger kontaktsykepleier i 3-delt turnus med vakter på dag, kveld og natt. En vanlig dagvakt begynner kl. 7.30. Da er det på postoperativ avdeling fellesrapport. Her får trainee-sykepleier og kontaktsykepleier vite om de skal pleie en tyngre overnattingspasient, eller ta seg av lettere oppvåkingspasienter. Dette er uansett pasientgrupper som krever kontinuerlig overvåkning, og for pleiepersonalet vil det si at så lenge de har ansvar for en pasient kan de ikke bevege seg bort fra sengen. All aktivitet skjer i og rundt sengen. Det er sykepleierne som har ansvar for å koordinere behandling av pasienten: hun kontakter anestesilege eller kirurg ved behov, og hun bestiller radiologiske undersøkelser. De blodprøvene hun ikke tar selv, må hun også bestille fra klinisk- kjemisk avdeling. Trainee-sykepleierne får rapport om pasienten ved sengen når pasienten ankommer fra operasjonsstuen, og når pasienten flyttes videre til sengepost, intermediaær avdeling eller intensiv avdeling, gir hun rapport videre ved sengen.

### 1.3 Videreutdanning og kompetanse.

Historisk har videreutdanningene innenfor spesialisthelsetjenesten, likesom grunnutdanningen i sykepleie, vært sykehusinterne utdanninger frem til de ble overført til høyskoler og universiteter med egne rammeplaner. For videreutdanningene skjedde dette i 1999-2000. Intensjonen med en rammeplan var å regulere videreutdanningens innhold og læringsaktiviteter, og sikre et ensartet og likeverdig faglig nivå i hele landet (Skogsaas og Karlsen, 2015, s. 56). Norge er knyttet til et europeisk kvalifikasjons- og klassifikasjonssystem, Bologna-rammeverket. I dette rammeverket er all høyere utdanning i stigen bachelor, master og ph.d. (Davies, 2008, s. 935). I Norge har vi også *Det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring* (NKR). Formålet med NKR har vært å gi en helhetlig, generell beskrivelse av norske kvalifikasjoner, med utgangspunkt i det norske utdanningssystemet (Kunnskapsdepartementet, 2011).

Mange norske sykepleiere tar etter- eller videreutdanning. I helse- og sosialsektoren er sykepleierne blant de gruppene som tar mest videreutdanning. Dæhlen og Seip fant i Fafo-rapport (2009:36) som omhandler sykepleiere og kompetanse, at 60 % av deres informanter

hadde etter- eller videreutdanning. I samme undersøkelse fant de at en høy andel av disse også hadde mer enn en videreutdannelse. Videreutdannelse og kompetanseheving kan være en vei over i arbeid som ikke er underlagt turnustjeneste, eller et middel for å søke stillinger med bedre lønn (ibid). Den høye andelen sykepleiere med videreutdanning på ulike felt, kan imidlertid også indikere andre årsaker; for eksempel hvor kunnskapskrevende dagens helsevesen er blitt, og hvor høye kompetansekrav som stilles til sykepleiere i arbeidshverdagen. Eller det kan si oss at arbeidshverdagen til norske sykepleiere er krevende på så mange plan, at omsorgsyrker har sine personlige kostnader, og at behovet for «pauser» og pustehull derfor blir stort. Videreutdanninger kan på denne måten fungere som kjærkomne avbrekk i hverdagen.

*Rammeplan for sykepleierutdanning* fastsatt av Kunnskapsdepartementet i 2008 angir at den norske sykepleierutdanningen er 3-årig og dermed gir 180 studiepoeng.

Disse er fordelt på 4 hovedområder: Sykepleiens faglige og vitenskapelige grunnlag, sykepleiefaget og yrkesgrunnet, medisinske og naturvitenskapelige emner og samfunnsvitenskapelige emner. I fordelingen av studiepoeng vektlegges medisinske og naturvitenskapelige emner, eksempelvis anatomi, fysiologi og biokjemi, med 45 studiepoeng. Mens «sykepleiefaget og yrkesgrunnet» som omhandler sykepleierens funksjon i kommune- og spesialisthelsetjenesten, vektlegges med 72 studiepoeng. Praksisstudier skal ha et innhold på 90 studiepoeng.

Sykepleierutdanningen skal ifølge Rammeplanen utdanne selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere. Videre sies det at «...utdanningen skal kvalifisere for et yrke og en yrkespraksis som er i stadig utvikling og endring. Læring må derfor ses i et livslangt perspektiv der både yrkesutøver og arbeidsgiver har ansvar.» (Rammeplan for sykepleierutdanning, s.5).

Rammeplanen benytter begrepene *handlingskompetanse* og *handlingsberedskap*. Disse angir graden av selvstendighet i nyutdannede sykepleieres yrkesutøvelse. Gjennom en Bachelorutdanning i sykepleie, skal studenter oppnå handlingskompetanse i å ivareta og utføre oppgaver som er sentrale i yrket. Handlingsberedskap innen et felt innebærer på sin side at nyutdannede sykepleiere har kunnskap om dette, men mangler nødvendig erfaring og derfor ikke kan forventes å arbeide selvstendig. En nyutdannet sykepleier forventes på denne måten eksempelvis å inneha handlingskompetanse til å ivareta pasientens grunnleggende behov, men kun handlingsberedskap når det gjelder å ta del i arbeidsstedets særegne og spesialiserte behandlingsoppgaver, deriblant bruk av medisinsk teknisk utstyr (Rammeplan for sykepleierutdanning, s.6). I Rammeplanen sies det at det er først etter at arbeidsgiver har tilrettelagt for opplæring og videreutdanning, at nyutdannede sykepleiere kan forventes å ha utvikling i sin kompetanse fra beredskap til mulig handling.

*Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie* fastsatt av Kunnskapsdepartementet i 2008 angir dette utdanningsforløpet til å vare 18 måneder og bestå av totalt 90 studiepoeng.

Disse er fordelt på 3 hovedområder: Sykepleiefaglig fordypning og samfunnsvitenskapelige emner, medisinske og naturvitenskapelige emner og intensivsykepleie som fag og yrkesutøvelse. I videreutdanningen er medisinske og naturvitenskapelige emner vektlagt med 30 studiepoeng.

I denne rammeplanen benyttes ikke begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap. I stedet fremheves intensivsykepleiers ansvar for å handle raskt og riktig på bakgrunn av en fortløpende faglig vurdering av pasientens tilstand.

Begrepene *ansvar* og *selvstendig* er implisitte gjengangere i denne rammeplanen.

Når det gjelder praksisstudier sies det i Rammeplanens punkt 4:

*Utøvelse av intensivsykepleie krever et handlingsrepertoar hvor praktiske ferdigheter, problemanalyse- og håndtering og samhandlingsferdigheter inngår som viktige elementer. Dette læres best gjennom erfaring i praksis. Praksisstudier skal derfor omfatte minimum 50% og maksimum 60 % av studiet.*

(Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie, s. 8).

Overføringen av utdanningsansvaret for helsepersonell fra etatsutdanninger i helsedepartementet til høyskoleutdanninger underlagt Kunnskapsdepartementet, har brutt den tidligere tette forbindelsen mellom utdanningene og helseinstitusjonene (Kårstein og Caspersen, 2014). Etter dette har det kommet innsigelser fra sykehusmiljø om at utdanningene er blitt for teoretiske. Egede-Nissen (2004) hevder at sykepleierutdanningen har beveget seg fra yrkesrettet opplæring i praksis med innslag av mesterlære, til et profesjonsrettet studium. Hun spør om vi må tilbake til en slags håndverkslæring, men med større og utvidede krav til systematisk refleksjon og dokumentasjon.

Frem til 2015 fantes ingen tilgjengelige tall over utdannede og/eller yrkesaktive intensivsykepleiere i Norge. Norsk Sykepleierforbund (NSF) tok initiativ til en landsdekkende kartleggingsundersøkelse, der målsettingen var å fremskaffe nasjonale tall for status med hensyn til spesialsykepleiere (minimum 90 studiepoeng) innen Anestesi, Barn, Intensiv og Operasjon (ABIO) Hensikten med kartleggingen var også å estimere fremtidig behov for spesialsykepleiere, samt kartlegge utdanningskapasitet på området. I denne undersøkelsen fant en at en overvekt av spesialsykepleiere kan sies å være «godt voksne» med median alder 48 år. Videre fant en at så mange som 44% jobber mer enn den stillingsandelen de er ansatt i. Deres ekstrainsats, i form av overtid, utgjør ca 240 årsverk. Mange er også usikre på om de blir i faget, og i tilfelle hvor lenge. Kun 43 % av intensivsykepleierne oppgir at de tenker å bli i jobb i sykehusavdeling frem til pensjonsalder. Når det gjelder fremtiden i yrket oppgir 8 % at de ikke lenger tror de er i en stilling ved sykehuset der de nyttiggjør seg videreutdanningen sin om 2 år. Innen 5år er tallet 25 %, og innen 10 år nær 50 %. Forhold som i særlig grad påvirker avgangen er alder, men også arbeidsbelastning veier tungt. Turnusarbeid med hard vaktbelastning og kronisk underdekning på vaktlister, gjør at mange

velger å forlater faget før oppnådd pensjonsalder. I samme undersøkelse oppgir enhetsledere ved aktuelle avdelinger at de på det daværende tidspunkt (2015) allerede hadde et utilstrekkelig antall fast ansatte sykepleiere med videreutdanning til å opprettholde en tilfredsstillende kompetanse ved enheten. Utdanningsinstitusjonene med videreutdanningstilbud for sykepleiere innen fagområdene ABIO, er pålagt et aktivitetskrav på 575 studenter per år for disse utdanningene samlet. For skoleåret 2014-2015 var antall studenter 10 % under kravet (Seierstad & Eimot, 2015, s.93). Med denne kartleggingen av intensivsykepleiernes nåværende yrkesaktive liv, samt deres planer for fremtiden, ble mangelen på intensivsykepleiere tydeliggjort. Vi vet også at vi i dag har en demografisk utvikling i samfunnet med en økende eldre befolkning. Dette sammen med en teknologisk utvikling som gjør stadig flere pasientgrupper til gjenstand for intensivsykepleie, gjør at behovet for intensivsykepleiere vil fortsette å øke i årene fremover (Kvåle, 2012).

Ved spørsmål om begrensende faktorer for en økning i antall studenter, oppgir 3 av 5 utdanningsinstitusjoner med tilbud om videreutdanning i intensivsykepleie, at tilgangen på *kvalifiserte* søkere er en begrensende faktor (Seierstad & Eimot, 2015, s. 16). Oppgitte krav for opptak til videreutdanningen i intensivsykepleie er bestått bachelorgrad i sykepleie, samt minst to års praksis i 100 % stilling som sykepleier. En kan anta at relevant praksis fra eksempelvis kirurgisk sengepost eller overvåkningsavdeling vil være en fordel, men det er altså ikke et uttrykt krav. Teoretisk sett kan en altså begynne sin videreutdanning i intensivsykepleie, uten noen gang å ha satt sin fot i en postoperativ eller intensiv avdeling.

#### 1.4 Trainee-programmets kompetansemål

En kan se på trainee-programmets målsetning slik det kommer til uttrykk i utlysningstekst, der det sies at hensikten er å forberede sykepleiere på videreutdanning i intensivsykepleie. Setter en dette opp mot kunnskapsmålene slik de er formulert i rammeplanene for henholdsvis sykepleierutdannelsen og videreutdannelsen i intensivsykepleie, kan det se ut som trainee-programmet plasserer seg mellom disse to når det gjelder hvilken kompetanse de ønsker at disse sykepleierne skal utvikle. Benytter en terminologien fra rammeplanen for sykepleierutdanningen, kan en tolkning av trainee-programmets kompetansemål være at en ønsker trainee-sykepleierne skal utvikle sin *handlingsberedskap* til en *handlingskompetanse*. En ønsker altså å videreutvikle den kompetansen det forventes at sykepleiere med fullført bachelorgrad har.

Målsetningen for trainee-programmet kan ikke tolkes som lik kompetansemålet for intensivsykepleiere, idet ansvar og selvstendighet ikke fremheves på samme måte. Eksempelvis formuleres det slik fra Akuttklinikkens side at trainee-sykepleierne skal få den

nødvendige *minimumskompetansen* pasientene på en postoperativ- eller intensiv avdeling trenger. Samtidig fremheves det at trainee-sykepleierne, både i trainee-perioden og etterpå, skal veiledes av erfarne spesialsykepleiere i praksis (Sjøberg, Klævahaugen, Lieungh & Rannem, 2015, s.81). En praksisandel på 80 % i trainee-programmet kan tyde på at Akuttklinikken harmonerer med intensjonen formulert i rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie; at intensivsykepleie læres best gjennom erfaring i praksis.

Akuttklinikken har ved å organisere og igangsette programmet, mobilisert en del motstand i intensivmiljøer. Lederen for landsgruppen av intensivsykepleiere (NSFLIS) har kommentert ordningen både i bladet Sykepleien (Fonn, 2015b) og i en leder i intensivsykepleiernes fagtidsskrift Inspira (Flatland, 2015). Han gir uttrykk for at det å ansette sykepleiere uten videreutdanning ved høyspesialiserte intensivavdelinger, er utfordrende med tanke på den kompetansen som kreves av sykepleiertjenesten for å gi intensivpasienter god sykepleie. Han argumenterer for at de som blir rekruttert som trainee-sykepleiere ikke vil erstatte kompetente intensivsykepleiere, fordi disse eventuelt må ta videreutdanning senere. Han ser trainee-programmet som et strakstiltak, ikke som en varig løsning. Han etterlyser tiltak for å beholde de intensivsykepleierne som allerede er utdannet og sier lite er gjort for å beholde erfarne intensivsykepleiere i yrket.

Seksjonslederne i de involverte seksjonene, samt deres avdelingsleder, sier i et motsvar i bladet Sykepleien at de anser trainee-programmet for å være en langsiktig løsning som skaper karrieremuligheter for sykepleiere innen intensivmiljøet, og som kvalitetssikrer kontinuiteten i omsorgen for intensivpasienter. De poengterer at prosjektet vil bli evaluert både fortløpende og etter en tid når en har gjort seg flere erfaringer. De sier også: «*Vi må passe oss slik at vi ikke blir et lukket miljø uten nye impulser og nyrekruttering, låst i gamle tankemønstre.*» (Sjøberg et al., 2015, s.81).

## 1.5 Trainee-begrepet

Trainee er et begrep som ofte blir brukt om en nyutdannet person med høyere utdanning som får en praksisperiode i en bedrift i en tidsbestemt periode (Wikipedia).

Store bedrifter for eksempel NSB og Statkraft, har lenge hatt egne trainee-program. De siste årene har vi også sett at helse-, og andre offentlige institusjoner, har etablert trainee-prosjekter. Eks: Haukeland universitetssjukehus (Krokås, 2013).

Endringer i helsevesenet kan ikke forklares løsrevet fra utviklingen i resten av samfunnet, og Lian påpeker at det er et generelt trekk ved samfunnsutviklingen at områder for det kommersielt pregede, øker på bekostning av andre områder. New Public Management

(NPM) har gjort sitt inntog i offentlig virksomhet. NPM er en samlebetegnelse for et sett av ideer, teorier og modeller som kan legges til grunn for styring og organisering av offentlig virksomhet. NPM har i stor grad privat sektor og ideale markedsmodeller som forbilder (Lian, 2007, s. 124). Selv om trainee-begrepet er hentet fra store bedrifter og privat næringsliv, kan det se ut til at det er gitt et noe annet innhold i offentlig virksomhet. Dysvik, Kuvaas & Busch (2010) beskriver trainee-program i store bedrifter som tiltak for å tiltrekke og utvikle ledertalenter. Dette gjøres ved svært selektiv rekruttering og gjennomføring av et program som tar sikte på å øke deltagernes lederkompetanse. Helsevesenet har derimot rekruttert bredt for å sikre kompetanseutvikling og tilfang på fagpersonell i yrker med mangel på kvalifisert personell (Krokås, 2013). Slik begrepet trainee er anvendt i offentlig sektor, kan det derfor se ut til at det i innhold ikke er synonymt med trainee-begrepet i næringslivet.

Felles for de offentlige prosjektene i helsevesenet er at de legger vekt på samarbeid med Norsk Sykepleierforbund (NSF) i gjennomføring av sine program. Dette gjelder blant annet Haukeland universitetssjukehus (Krokås, 2013). NSF sin gevinst i dette samarbeidet har vært større stillingsbrøker og tidligere fast ansettelse for medlemmene. Disse prosjektene har også vært tydelige på at de ikke er i konkurranse med utdanningssystemet slik det fremstår i dag. De ønsker å være et kompletterende tilbud på vei mot valg av videreutdanning (Fonn, 2015a).

## 1.6 Studiens aktualitet

Etter – og videreutdanning vies politisk oppmerksomhet i Norge. Uttrykk som «læring for livet», «investeringer i humankapasitet» og «ny kompetanse» finnes igjen i offentlige forskningsrapporter og utredninger, eksempelvis Dæhlen og Seips Fafo-rapport (2009).

Spesielt i løpet av de siste 20 år er det blitt en økende interesse for forvaltning og utvikling av de menneskelige ressursene i arbeidslivet, og også sykehus oppfattes som kunnskapsbedrifter hvor kunnskapsutvikling er av overordnet verdi (Bjørk, 2001, s. 4). Samtidig ser vi at mange spesialsykepleiere forlater sykehusavdelinger for stillinger med bedre lønn og arbeidsbetingelser, eksempelvis som konsulenter i kommunehelsetjenesten og i stabsfunksjon på sykehusene (Fonn, 2015b). Dette samtidig som behovet for intensivplasser i Norge øker i takt med befolkningens levealder og den teknologiske utviklingen.

Formålet med denne studien er å bidra til økt kunnskap om kompetanseutvikling og rekruttering gjennom et Trainee-program i spesialiserte sykehusavdelinger. Det finnes omfattende forskning og teoriutvikling rundt temaet læring og kompetanseutvikling i

omsorgsyrkene, og det finnes en del studier på utvikling av kompetanse i profesjonsfagene med arena sykehusavdelinger. Jeg har imidlertid ikke funnet noen studier som direkte omhandler *organiserte lokale opplæringsprogram* (trainee-program) for sykepleiere uten videreutdanning i intensivkontekster i Norge. Derfor mener jeg at studien vil bidra med kunnskap som er relevant og nyttig for bedre å forstå mekanismene i prosessen med kompetanseutvikling og rekruttering i denne typen virksomhet. Samtidig ønsker jeg å identifisere eventuelle forhold som trainee-sykepleierne har erfart trygger og optimaliserer læringssituasjonen i avdelingene. Det vil være rimelig å anta at kunnskap om slike forhold kan anvendes overfor nyansatte også utenfor et slikt program. Jeg har videre en forventning om at materialet kan gi en pekepinn om hvorvidt denne typen trainee-program er en farbar vei å gå i fremtiden for rekruttering til denne typen avdelinger. Dette er et ressurskrevende program, og en kan anta at Akuttklinikken ønsker resultater som står i forhold til satsning.

## 1.7 Valg av litteratur

Det finnes lite litteratur som konkret omhandler sykepleiere med kompetansenivå på linje med trainee-sykepleierne. Derimot foreligger det til dels omfattende dokumentasjon av sykepleierstudenter og deres læringsprosesser. Det finnes også en del litteratur om sykepleieres læreprosesser i sykehusavdelinger som ikke er spesialiserte. Denne er benyttet ut fra en vurdering om at utfordringene er noen av de samme: å omsette teori til praksis i sykehusavdelinger og på denne måten relatere all teoretisk kunnskap til omsorg og levd liv. Det som kanskje i størst grad skiller intensivsykepleiers virkefelt fra annen sykepleiepraksis, er imidlertid det høyteknologiske miljøet en arbeider i, samt kompleksiteten i pasientgruppen. *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie* angir målgruppen til å være «den akutt-kritisk syke.» Denne benevnelsen sier også noe om tidsaspektet en arbeider ut fra; disse pasientene kan ikke settes på venteliste eller forskyves til neste dag. Arbeidet med dem blir ofte preget av akutte sykdomsforløp og hurtige omstillinger for intensivsykepleieren. Det å arbeide med disse pasientene, og deres nærmeste, betyr at intensivsykepleieren, kanskje i større grad enn andre sykepleiere, må forholde seg til livstruende sykdom, traumatiske skader og død.

På samme måte er litteratur som omhandler funksjonene kontaktsykepleier, sykepleielærer og praksisveileder benyttet om hverandre da det i denne sammenhengen dreier seg om deres betydning for studenters læring, og egenskaper disse bør ha for å bidra positivt til studenters læring i klinisk praksis. Litteratur der jeg har vært i tvil om hvorvidt disse rollene eller funksjonenes tilhørighet eller plass i hierarkiet har påvirket deres lærer-/veilederfunksjon, er blitt utelatt.

Ved søk i databaser og funn av internasjonal litteratur ble det klart at en del av denne litteraturen som omhandlet intensivsykepleieres praksis i andre land, ikke var relevant eller dekkende for denne studien. Dette fordi den organisatoriske strukturen, både i utdanningsløpene og i organiseringen av intensivavdelinger (ICU), er ulik innen Europa. Det er også forskjeller mellom europeiske land og eksempelvis USA. Vi vet at mens vi i Norge alltid er i pasientens nærhet, ligger intensivpasienter i mange andre land alene, omgitt kun av medisinsk teknisk utstyr. Her skjer overvåkingen via skjermer i vaktbase, inntil intervensjon er nødvendig.

Også i forholdet til vårt naboland Sverige er det ulikheter. I Sverige benyttes en annen pleiemodell enn Norge. De har sine «underskötersker» som fyller mange av funksjonene sykepleiere i Norge har.

Gjennom mange søk i databaser har jeg funnet en del relevant internasjonal litteratur, men hovedvekten av litteraturen som er benyttet er, på bakgrunn av ovennevnte, norsk.

Litteratursøk ble hovedsakelig gjort i databasene Medline/Ovid, PubMed, Cinahl og Swemed+. Søkordene som ble benyttet var følgende på norsk og engelsk og i kombinasjoner: intensive/care, advanced /care, clinical nursing practice, novice/expert, learning process, will to learn, student/ teacher relationship, mester-lære, situert læring, praksisfelleskap, motivasjon/ for læring, profesjon/utdanning, veiledning/veiledning i praksis.

Bibsys er også benyttet for søk etter artikler med relevant teori innen blant annet læring, motivasjon og omsorg.



## 2. METODE

I denne studien ønsket jeg som sagt å belyse sykepleieres erfaringer som deltagere i et trainee-program. Tema er læring i, og rekruttering til, arbeide i komplekse fagmiljø innen postoperativ- og intensiv virksomhet. Metodevalget var ikke gitt i utgangspunktet og kvantitativ metode ble en tid vurdert. Det var i prosessen med forarbeidet med å skaffe meg innsikt i programmets faktiske innhold, så som studieplaner og undervisningsform, at kvalitativ metode med dybdeintervju ble aktualisert. Det fremsto stadig klarere at her ville det være en del opplevelser, både læringsrelaterte, men også andre, som vanskelig ville la seg fange av noen av de ulike forskningsmetodene av kvantitativ art. For å belyse deltagerens erfaringer med dette programmet, og på denne måten besvare problemstillingen, ble derfor kvalitativ metode med semistrukturerte forskningsintervju benyttet.

### 2.1 Kvalitativ metode

I tråd med mitt ønske om å undersøke hvilke erfaringer trainee-sykepleierne selv gir uttrykk for når det gjelder deltagelse i trainee-programmet, og hvordan de selv tillegger meninger til egne erfaringer, har jeg valgt kvalitativ metode. Kvalitativ metode blir i internasjonal litteratur betegnet som *naturalistic inquiry* eller *interpretive inquiry*. Her er forskeren aktiv i en kunnskapsutvikling som aldri kan bli fullstendig fordi en ikke jakter de absolutte sannheter, men stadig utvikler nye spørsmål. Disse metodene bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Kvalitative metoder er vidtfavnende, og omfatter metoder for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstlig materiale (Malterud, 2011). God kvalitativ forskning omfatter erfaringsnære beskrivelser der deltagerens konkrete verden presenteres, og kvalitative metoder er på denne måten velegnet for å få kunnskap om personers tanker, opplevelser, forventninger og erfaringer (Dalen, 2011, s.15). Målsetningen i kvalitative metoder er å oppnå en relasjon mellom forsker og intervjuperson, for på denne måten å oppnå en forståelse for de personene som intervjues.

Thagaard (2009, s. 87) beskriver forholdet mellom forskeren og intervjupersonen som et subjekt-subjekt- forhold, i motsetning til kvantitative metoders subjekt-objekt-forhold. Thagaard poengterer at den muligheten for gjensidig påvirkning mellom forsker og intervjuperson som et slikt subjekt-subjekt- forhold innebærer, medfører at forskeren bør

være ekstra presis og tydelig i sin beskrivelse av betingelsene som preger forskningsprosessen. Slike påvirkningsforhold kan imidlertid være vanskelig både å se og erkjenne. Det kan også være at hensynet til anonymitetsvern for intervjupersonen gjør det vanskelig å være presis i beskrivelsene. Dermed preges ikke datafremstillingen av åpenhet om betingelsene for resultatene (ibid). Kravet til vitenskapelighet er det samme innen kvalitativ forskning som innen tradisjonell kvantitativ forskning, der tall brukes som materiale. Grunnlagsprinsippene for all forskning om systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling gjennom en prosess som er tilgjengelig for innsyn og utfordring, gjelder også innen kvalitativ metode.

Hva er det et prosjekt skal belyse eller besvare? Dette spørsmålet bør være avgjørende for valg av tilnærming. Ulikheten mellom kvalitativ og kvantitativ metode kan uttrykkes slik: skal du utvikle en hypotese jobber du kvalitativt, skal du teste en hypotese er kvantitativ metode hensiktsmessig (Malterud,2011, s.177). Designet utformes også ut fra hvor mye kunnskap det finnes om feltet på forhånd; er dette et felt hvor det finnes lite kunnskap, kan et kvalitativt design bidra til ny forståelse og kunnskap.

## 2. 2 Forskningsdesign

Det er nødvendig med balanse mellom de ulike strukturene i et forskningsprosjekt; fokus, forskningsspørsmål, strategi og metode. Et forskningsdesign utvikles for å sikre og ivareta denne balansen. Designet kan beskrives som ryggraden i en studie. Det er studiens «kart og kompass» og skal angi en plan for gjennomføring av datainnsamling og analyse. *Et kvalitativt, eksplorativt og beskrivende design* ble ansett som hensiktsmessig, og valgt for denne studien.

Intervju er valgt som metode. Lund & Haugen (2006, s.157) trekker frem intervju som en av de viktigste fremgangsmåtene i kvalitative forskningsmetoder. Forskningsintervjuet er en eksplorativ undersøkelse og brukes gjerne på områder som fra tidligere er lite utforsket. Det profesjonelle forskningsintervjuet har sin opprinnelse i dagliglivets samtaler hvor kunnskap produseres gjennom en interaksjon mellom intervjuer (forsker) og den intervjuede (informant). Selve ordet intervju har sin opprinnelse i det franske entrevue som betyr «utveksling av synspunkter mellom 2 personer som snakker sammen om et felles tema» (Kvale & Brinkmann, 2009, s.22). I dette tilfelle oppsøkte altså forskeren (jeg) trainee-sykepleierne for at vi sammen, gjennom en interaksjon i form av samtale, skulle produsere ny kunnskap om deres erfaringer med dette programmet. Det skjedde en samtalebasert erkjennelsesprosess, som var intersubjektiv og sosial.

For å besvare problemstillingen ønsket jeg å få sykepleiernes egne beskrivelser av erfaringer med trainee-programmet. Det var deres personlige opplevelser jeg var på jakt etter. Til dette formålet mente jeg semistrukturerte kvalitative forskningsintervju var velegnet. Det semistrukturerte forskningsintervjuet er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemaundersøkelse. Det ligger nært opp til en vanlig samtale, men har et forskningsformål og skal være noe mer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 22). Lund & Haugen (2006, s.160) beskriver det slik at forsker og intervjuperson driver samutforskning av tema. Intervjuguiden til et semistrukturert intervju bør ikke være detaljert og styrende, men heller utarbeides i stikkordsform og omarbeides/utvikles videre ved behov (Malterud, 2011, s.86).

## 2.3 Planlegging

Med dette prosjektet har jeg ikke til hensikt å samle helseopplysninger, eller produsere ny kunnskap om sykdom. Denne studien faller derfor utenfor mandatet til regional etisk komite (REK).

I forkant av studien ble følgende meldinger sendt:

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste AS (NSD). Her oppfylte studien kriteriene for forenklet melding.

Studien er meldepliktig til personvernombudet ved Oslo universitetssykehus etter personopplysningsloven §31. Denne instansen ga sin godkjenning i november 2015.

Prosjektplan ble i tillegg sendt klinikkledelelsen v/ leder for PO/Intensiv. Dette i henhold til sykehusinterne regler for forskning og kunnskapsutvikling.

For rekruttering av utvalget ble det tatt kontakt med aktuelle avdelinger. Kriteriet for inkludering i studien var deltagelse i de to første gruppene i trainee-programmet, hvilket innebar ansettelse i en av fire avdelinger i Akuttklinikken, Oslo Universitetssykehus.

Fangen (2004, s. 67) beskriver en «portvaktfunksjon», der en person som er sentral for samfunnet, gruppen eller miljøet som er gjenstand for studien, formidler kontakt. På denne måten fungerer en portvakt som døråpner til forskningsfeltet. Tidlig i prosessen var jeg i kontakt med lederne av programmet, og fikk tilgang til gruppen med trainee-sykepleiere for å holde en orientering om studien. Ønsket var at leder(e) ikke skulle være tilstede ved orienteringen. Dette kunne ha medført at gruppedeltagerne følte en forpliktelse til å akseptere deltagelse. På dette tidspunktet hadde prosjektlederne bifalt studien.

Prosjektlederne var åpne og imøtekommende, og ønsket å tilrettelegge for studien. Jeg var imidlertid opptatt av ikke å binde meg for tett opp mot programmet og dets ledere, for ikke

å binde egen forskning i føringer. På den tiden orienteringen fant sted, var det usikkerhet knyttet til hvordan rekrutteringsprosessen ville forløpe; trainee-sykepleierne var i gang med et krevende program, og jeg var usikker på om de hadde tid og overskudd til å la seg intervju. Intensjonen bak denne personlige og muntlige orienteringen, var at det skulle vekke en interesse for deltagelse i studien, ikke bare ut fra allmenntilgjengelig interesse, men også ut fra en egen interesse; en slags invitasjon til refleksjon og ettertanke. Samtidig var tanken at jeg ved å møte gruppen ansikt til ansikt, gjorde det vanskeligere for dem å avslå deltagelse.

## 2.4 Rekruttering og inkludering

På et tidlig stadium i studien var planen at utvalget kun skulle bestå av 8 sykepleiere fra den første gruppen på 12 trainee-sykepleiere. Denne første gruppen fikk orientering etter ca 3 måneders forløp av sitt program. Orienteringen fant sted tidlig i studiens prosjekteringsprosess. Gruppedeltagerne var interessert, og stilte adekvate og refleksive spørsmål, spesielt i tiden etter orienteringen, ved tilfeldige møter i korridorene. Noen av disse spørsmålene var det vanskelig å svare på. Dette var innspill på tema jeg ikke hadde vurdert, og jeg så på disse innspillene som nyttige og verdifulle.

Fangen (2004) beskriver en forskningsprosess der du trinnvis innvier deltagere i utforming og teoriutvikling. Hennes beskrivelse gjaldt et prosjekt med metoden deltagende observasjon, altså en annen metode enn min studie, men hennes metode for å videreutvikle et forskningsprosjekt bør også være overførbart til min studie. En kan si at jeg delvis nærmet meg denne metoden i og med at deltagere bidro til utforming av revidert prosjektplan og intervjuguide. Møtene med trainee-sykepleierne, både de formelle og de uformelle, satte i gang en refleksiv prosess. Blant annet tolket jeg kommentarer og spørsmål dithen at noen av gruppedeltagerne opplevde møtet med praksisfeltet som utfordrende, og at de opplevde det vanskelig å snakke om dette dersom de «utleverte» noen; eksempelvis kontaktsykepleier.

Trainee-sykepleierne er i en utsatt posisjon overfor arbeidsgiver idet de står foran en videre utvelgelsesprosess. Etter overføring av utdanningene til høyskole eller universitet har søkerne måttet gjennomgå to ulike prosesser for å oppnå lønn under utdanning (utdanningsstilling). Først søkes høyskolen om studieplass, og deretter arbeidsgiver om utdanningsstilling. Dette vil altså si at arbeidsgiver kan sortere søkere uten videreutdanning på to ulike tidspunkt; ved førstegangsansettelse og ved søknad om utdanningsstilling. Uansett mangel på intensivsykepleiere, er det ikke slik at alle som søker utdanningsstilling blir innvilget dette av arbeidsgiver. En kan anta at dette kunne føre til at trainee-

sykepleierne ville være forsiktig med å komme med kritikk mot trainee-programmet; et program i regi av samme arbeidsgiver de senere (eventuelt) skulle søke utdanningsstilling hos.

Opprinnelig var dette tenkt å være en relativt transparent studie, det var få informanter og «alle» i klinikken visste hvem de var. En samlet vurdering basert hovedsakelig på trainee-sykepleiernes uformelle innspill, men også på nevnte hensyntagen til senere søknadsprosess til videreutdanning, medførte visse endringer i prosjektplanen. Utvalget ble derfor utvidet fra åtte til ti informanter. Og kanskje viktigst; utvalget ble rekruttert fra to ulike grupper i trainee-programmet. Disse to gruppene var den opprinnelig valgte gruppen på 12 personer, samt en allerede oppstartet gruppe på 8 personer. Det endelige utvalget besto da av 10 informanter rekruttert fra en mengde på 20 sykepleiere. Alle disse sykepleierne hadde på dette tidspunktet samtykket til intervju, eller riktigere, ikke sagt nei. Sykepleierne som ble innlemmet i det endelige utvalget, signerte så samtykkeerklæringen før intervjuet start. Informantene kom fremdeles fra de samme fire tidligere nevnte avdelingene på to sykehus i OUS. Endringene innebar imidlertid en spredning i tid for når i sitt forløp informantene ble intervjuet. På denne måten måtte intensjonen om at informantene skulle intervjues på omtrent samme tidspunkt i eget forløp, vike for anonymitetsprinsippet.

Dalen (2011, s.102) beskriver et mulig dilemma der anonymitetshensyn svekker studiens troverdighet. Jeg vurderte det slik at disse endringene ikke svekket studien. En kan kanskje til og med tenke at de styrket studien, idet de førte til at utvalget ble utvidet med to intervjupersoner og at innsamlingen av datamateriale forgikk over lengere tid. På denne måten fikk jeg et rikere materiale å jobbe med, samtidig som min egen modningsprosess i forhold til dette materiale ble gitt bedre vilkår i form av tid til refleksjon og ettertanke

Det endelige utvalget var tilfeldig på den måten at det var avhengig av hvem av de mulige informantene som var tilstede på jobb på forhåndsbestemte tidspunkt for intervju. Dette for å kombinere egen og informanters travle arbeidsdag. Intervjuene fant sted i trainee-sykepleiernes arbeidstid, og i all hovedsak på deres arbeidssted.

## 2.5 Utforming av intervjuguide

Det semistrukturerte intervjuet fordrer en intervjuguide. Denne guiden skal «sirke inn» bestemte tema, og kan inneholde forslag til spørsmål. Spørsmålene i guiden kan betraktes som en konkretisering av studiens problemstilling (Lund & Haugen, 2006 s.160). De betegner intervjuguiden som et hjelpemiddel for å holde fokus på det som utforskes. De skiller mellom teoristyrte og teoriladd guide. Ved teoristyrte guide styres intervju spørsmålene av en

eller flere valgte teorier, mens en teoriladd guide viser til teoretisk kunnskap om emnet, men ikke er knyttet opp mot noen teori. I planleggingsfasen av studien ble det utformet en intervjuguide. Denne kan sies å være teoriladd heller enn teoristyrte. Forut for oppstart av intervju hadde jeg blant annet satt meg inn i teori om ulike kunnskaps- og læringsmodeller, deriblant sosiokulturell læringsteori.

Fordi jeg var usikker på om denne guiden var dekkende for målområdet fulgte jeg metodebøkernes anbefalinger og gjennomførte et prøveintervju. Her ble en intervjuperson valgt ut fra kriteriet: sannsynlig informasjonsrik. Mitt prøveintervju førte til noe omarbeiding av guiden. Eksempelvis hadde jeg i utgangspunktet tenkt at teoriundervisningen, som foregikk i grupper, ikke ville bli vektlagt av informantene fordi denne undervisningen kun utgjorde 20 % av trainee-programmet. Det viste seg imidlertid at informantene hadde mange tanker rundt denne gruppeundervisningen, og ikke minst rundt form, innhold og læringsutbytte. I tillegg utkrystalliserte det seg et også et annet i fokus; sammenhengen mellom teoretisk og praktisk kunnskap og den utfordrende balansegangen mellom klasserommet og det emosjonelt krevende praksisfeltet.

Malterud (2011, s.176) fremhever at en intervjuguide ikke er absolutt. Hun mener at en i kvalitative studier ikke i for stor grad skal standardisere intervjusituasjonen, og at en bør vurdere nødvendigheten av å revidere intervjuguiden ved behov, og etter hvert som forskeren lærer mer. Min intervjuguide ble på dette grunnlaget benyttet som et rammeverk for intervjuene med rom for improvisasjon underveis.

## 2.6 Analyse

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver analyseprosessen som en rød tråd gjennom en studie fra begynnelse til slutt. På denne måten startet analysen allerede i det tema for, og hensikt med, studien var valgt. De veivalgene som ble gjort i løpet av denne forskningsprosessen, ved utformingen av intervjuguiden og i løpet av intervjuene, var alle en del av analysearbeidet. I studien er benyttet jeg tematisk analyse av narrativer. Informantenes fortellinger er fortolket og tematisk analysert. Fortolkningsprinsippet bygger på hermeneutisk tradisjon; i en slags sirkel eller spiral går forskeren ut og inn av eget materiale, prosessen utvides og drives fremover og leder til en stadig dypere forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 216). Malterud (2011, s.44) fremhever at forskeren ikke trenger dybdekunnskap om hermeneutisk filosofi for å anvende hermeneutisk metode. Dersom en imidlertid velger å anvende hermeneutisk metode uten denne dybdekunnskapen, men med bare overfladisk kjennskap til begrepet «hermeneutisk», kreves det at en håndterer det med tilsvarende respekt. For denne studien gjelder at jeg ikke har denne dybdekunnskapen,

anvendelsen av metoden kan derfor i denne sammenhengen betegnes som «hermeneutikk light.»

### 2.6.1 Innledende arbeid

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Samtidig tok jeg noen notater som inneholdt observasjoner og påminnelser til meg selv. Jeg valgte også å skrive et kort refleksjonsnotat etter hvert intervju. Disse notatene inneholdt stort sett hovedinntrykk fra intervjuet, der noen ble fulgt av strøtanker og ideer som dukket opp i etterkant av intervjuene. Det er betydningsfullt å inkludere også slike notater i datamaterialet. Inntrykkene en danner seg i løpet av et intervju og observasjoner av ikke verbal-atferd har betydning. Det kan være vanskelig å fange den autentiske situasjonen, og selv de beste lydopptak kan gå glipp av nyanser. I prosessen med transkribering av rådata til tekst, omformes også materialet og dermed kunnskapsgrunnlaget (Malterud,2011, s. 75).

Det første intervjuet som ble transkribert, var prøveintervjuet og her ventet en (overraskende!) og smertelig erfaring; denne forskeren var egentlig mest interessert i å høre sin egen stemme og fortelle intervjupersonen hva denne skulle mene. Jeg gikk til neste intervju med revidert intervjuguide med følgende setning som overskrift uthevet i rødt: LYTT OG LÆR! Jeg lyttet gjennom opptakene flere ganger. For meg var det en vekker at inntrykkene nedtegnet like etter intervjuene, ga et helt nødvendig supplement til opptakene. Faktisk hadde jeg i notatene fanget en anelig mengde non-verbal kommunikasjon, og jeg erfarte til fulle at ikke all kommunikasjon uttrykkes i tale. Denne overføringen fra tale til skrift som transkriberingen innebærer, er ikke objektiv. Disse oversettelsesleddene vil alltid medføre at mening går tapt. Det finnes ingen altså ikke noe objektiv transformering fra muntlig til skriftlig form. Derfor må en ikke forveksle det transkriberte materialet med virkeligheten (Tjora,2010).

*«Våre data er mer eller mindre vellykkede representasjoner av de fenomener vi vil studere, som filtreres systematisk gjennom alle bearbeidingsledd.» (Malterud,2011 s. 74)*

Malterud poengterer videre at å vite hva som skjer med teksten underveis, er betydningsfullt for forskningen. Derfor bør en forsker selv stå for transkriberingen av eget materiale. Først ved tredje gangs gjennomlytting av intervjuene, startet transkriberingen. Dette for å bli fortrolig med materialet og stemningen under intervjuet. Det naturlige talespråket var i varierende grad oppstykket og uformelt i mine forskningsintervju. I de intervjuene som i nesten forstyrrende grad fremsto som oppstykket og usammenhengende, valgte jeg å modifisere dette uttrykket. Her ble teksten forsiktig redigert i uttrykket. Andre intervju var i

stor grad preget av at intervjupersonene ønsket å uttrykke seg enkelt og forståelig fordi de var bevisst både på situasjonen, og at opptakeren var i gang.

### 2.6.2 Tematisk analyse

I studien er som sagt tematisk analyse benyttet. Tematisk analyse er en kvalitativ metode for å identifisere, analysere og sammenfatte temaer og/eller kategorier i datamateriale. En søker etter gjentatte mønstre på tvers i materialet og identifiserer og rapporterer disse mønstrene. Bruken av tematisk analyse gir en stor grad av metodisk fleksibilitet. Samtidig kan denne analysemetoden utfordres av et omfattende datamateriale. Det anbefales derfor å samtidig benytte et teoretisk rammeverk som angir visse analytiske retningslinjer (Braun & Clark, 2006). Denne studiens teoretiske rammeverk er sosiokulturell læringsteori. Selv om denne læringsteorien benyttes, er det viktig å understreke at studien ikke kun er bundet opp mot denne læringsteorien. Mitt utgangspunkt i analyseprosessen var at jeg ønsket å forstå dataene uavhengig av teori. Det var i løpet av gjennomlesningen og bestrebelsene på å forstå datamaterialet så godt som mulig, at sosiokulturell læringsteori ble aktualisert. En kan si at datamaterialet viste vei til sosiokulturell læringsteori.

Braun & Clark (2006) fremhever også betydningen av en nøye gjennomgang av datamaterialet. Det var temaer som gikk igjen i intervjuene, og som så ut til å være av avgjørende betydning for informantene, og jeg oppfattet disse emnene som lett identifiserbare. Med min for forståelse og kunnskap om forskningsfeltet; jeg forsket på egen arbeidsplass, var det spesielt viktig for meg å være tydelig og etterrettelig i analysen av datamaterialet. Mange forfattere har beskrevet trinnene i tematisk analyse. Jeg benyttet en bearbeidet versjon av Kvale & Brinkmann (2009) samt innslag av Braun & Clark (2006) og Tjora (2010). Disse trinnene ble i praksis ikke fulgt systematisk i analyseprosessen. Stadig nye «funn» i eget materiale førte til at jeg beveget meg frem og tilbake i dette kartet trinnene utgjorde:

Trinn 1: Det første trinnet i tematisk analyse er å gjøre seg kjent med eget datamateriale. Noe av «bli- kjent» prosessen er allerede beskrevet. Denne prosessen gikk over tid og omfattet flere runder med lesing, og her forekom også tidlige ideer om vinkling. Blant annet begynte sosiokulturell læringsteori å tre frem som et mulig rammeverk.

Trinn 2: Koding av datamateriale. Hvert intervju ble utforsket gjennom åpen tematisk koding. Utgangspunktet for disse temaene var gitt i problemformuleringen. I denne kodingsfasen ble meningsinnholdet i utsagnene trukket ut og fargekodet for å identifisere og få oversikt over hvilken informasjon som var tverrgående. Neste skritt var å koble disse med utsagn som lå tett opp til, eller kunne bety det samme. Eksempelvis sa trainee Hilde at hun hadde erfart at det tidligere hadde vært vanskelig for sykepleiere med bare bachelorgrad å få adgang til intensivfeltet, mens trainee Hanne sa at hun hadde sendt flere søknader til slike



spesialavdelinger uten å få jobb. Denne kodingen strukturerte datamaterialet ytterligere, og gjorde at det virket mer overkommelig.

Trinn 3: Søking etter temaer og /eller kategorier. Her ble tematiske stikkord notert for å se hvilke som var gjengangere. Noen utsagn kunne plasseres i flere kategorier, og dette ble også gjort for ikke å miste viktig informasjon i prosessen.

Trinn 4: Smale temaer ble slått sammen til bredere temaer. Eksempelvis fant jeg her at når trainee-sykepleierne beskrev sitt møte med praksisfeltet, snakket et flertall om en bratt læringskurve; og noen i så stor grad at de kalte dette møtet et «praksissjokk.»

Etter endt tematisk analyseprosess sto jeg igjen med fire hovedtema med underkategorier, som jeg mente det ville være fruktbart å arbeide videre med for å belyse studiens problemstilling.

## 2.7 Reliabilitet og validitet

Å vurdere reliabilitet og validitet, pålitelighet og gyldighet, i kvalitative studier er en måte å vurdere vitenskapelig kvalitet på. Kravet til validitet finner vi igjen i all forskning, uansett om den er kvantitativ eller kvalitativ. *Reliabilitet* gjelder forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. For å teste en studies reliabilitet kan en spørre: Kan dette resultatet reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere? I dette er forskeren selv en faktor, fordi dette dreier seg om hvorvidt informantene ville endre sine svar dersom de ble stilt dem av en annen forsker. Forskeren kan påvirke studiens reliabilitet i alle faser av forskningsprosessen. Eksempelvis kan hun stille ledende spørsmål i intervjusituasjonen. Et ønske om høy reliabilitet i intervjuundersøkelser for å motvirke en vilkårlig subjektivitet, kan motvirke kreativ tenkning og evne til variasjon. Disse har bedre betingelser når intervjueren kan improvisere og følge opp utsagn, så vel som fornemmelser, som dukker opp underveis (Kvale & Brinkmann, 2009, s.193). *Validitet* knyttes til sannhet. I vanlige ordbøker blir validitet definert som en uttalelses sannhet, riktighet og styrke. Valide slutninger er korrekt utledet fra sine premisser. I samfunnsvitenskapene dreier validitet seg om hvorvidt en metode egner seg til å undersøke det en ønsker å undersøke; om metoden egner seg for formålet (ibid).

For å oppnå best mulig kvalitet i studien har jeg tilstrebet å være etterrettelig, systematisk og nøyaktig i forskningsprosessens ulike ledd. For meg har denne forskningsprosessen vært svært krevende, men til tider også svært spennende. Jeg er nybegynner i dette faget, med alle de frustrasjoner som følger med en nybegynners eksperimentelle forsøk på å mestre en oppgave. På et punkt i studiens forløp sto det lett ironiske i situasjonen klart for meg; at en

nybegynner forsket på andre nybegynnere. Både informantene og jeg var noviser (Benner, 1995) dog ikke i samme fag.

Rice & Ezzy (1999) angir metoder for å styrke en studies reliabilitet og validitet: *Teoretisk strenghet* (her er «rigour» oversatt til «strenghet») handler om at teorien og begrepene som utgjør rammeverket for studien, er i samsvar med studiens mål. Videre at forskningsdesign og metode er egnet for undersøkelsen. Vygotsky er den sentrale teoretiker, og sosiokulturell læringsteori utgjør denne studiens overordnede rammeverk. Sosiokulturell læringsteori og forskere/ forfattere som helt eller delvis arbeider innen denne teorien, eksempelvis Benner, var ikke valgt som utgangspunkt ved datasamling, men trådte frem som et resultat av datamaterialets innhold og karakter. På denne måten viste mitt eget datamateriale vei, og jeg forsøkte være lydhør i forhold til dette. Jeg har tidligere redegjort for valg av kvalitativ metode og eksplorativt semistrukturert intervjudesign. Utvelging av anvendt litteratur skjedde i flere runder, jeg gjennomførte to søkerunder ved hjelp av bibliotekar, og mange runder alene etter hvert som jeg hadde behov for å komplettere kunnskapsmengden. Der det har vært mulig har jeg benyttet primærkilder, da dette er førstehåndskunnskap.

*Metodisk strenghet* handler også om at gjennomføringen av forskningsprosessen er tilfredsstillende dokumentert. I disse to første kapitlene har jeg beskrevet og begrunnet mine prioriteringer og valg gjennom prosessen. Kvale & Brinkmann (2009) hevder at når gyldigheten av et funn skal fastsettes må spørsmålet om hva vi har undersøkt og hvorfor vi har gjort denne undersøkelsen, besvares før spørsmålet om hvordan. I denne studien presenteres studiens «hva» og «hvorfor» i kap 1, og studiens «hvordan» i kap 2. Jeg har gjennomgått analysekurs og delt noen utsagn med medstudenter og kursleder for å få innspill til tolkninger. Fremgangsmåten for tolkninger var for øvrig tema for dette kurset. Det er viktig å skille mellom informasjon forsker får tilgang på i intervjuet, og egne vurderinger av denne kunnskapen. Jeg har tilstrebet å vise frem materialet; noen av informantenes utsagn som kan tolkes som sentrale og, i dette materialet representative, er derfor referert ordrett for å tydeliggjøre tolkningen av dem.

Fordi forskeren *braker seg selv* aktivt i forskningsprosessen, må en klargjøre hvem en er (Malterud, 2011). Jeg har i innledningen posisjonert meg både i forhold til tema og informanter. Kvale & Brinkmann (2009) hevder at det er positivt å ha kjennskap til feltet. Jeg tenker at min største utfordring, og samtidig min styrke, er inngående kjennskap til feltet informantene gjør sine erfaringer i. De hevder videre at en forståelse av menneskelige situasjoner og en trening i å intervju er viktig. Jeg har svært begrenset øvelse i å intervju, men langvarig erfaring med å kommunisere med mennesker i ulike situasjoner og deres nærstående (ibid).

## 2.8 Å forske på egen arbeidsplass

Det kan oppleves utfordrende å gå inn i sitt eget fagfelt og studere innsamlet data fra egen arbeidsplass. Man ser ikke skogen for bare trær. Jeg skal være intensivsykepleier det ene øyeblikket og forsker det neste. I intervju sammenheng kan det være usikkert hvilken av disse rollene informantene ser. Det er derfor viktig å være bevisst disse rollene. Min forforståelse kan få betydning for hvordan jeg tolker ulike funn, selv om jeg forsøker å tolke nøytralt. Samtidig er det slik at det å være «innenfor» kan gi mulighet til å få frem sammenhenger det ellers ville vært vanskelig å oppdage. En vil ha mulighet for å se og vurdere informasjon i lys av fagkunnskap og kjennskap til feltet, dette kan betegnes som kulturell kompetanse eller kulturell kapital (Nygren, 2004, s. 21). Thagaard (2009, s. 79) hevder også at når forskeren observerer sin egen kultur kan det være enklere å forstå informantens situasjon og det hun beskriver.

Jeg har et sterkt engasjement på feltet jeg utforsker, og må derfor, ifølge Malterud (2011, s.39), trå varsomt så materialet ikke blir mitt påskudd til å hevde egne meninger. Er forskerens person i for stor grad tilstede i materialet, blir studiens gyldighet innsnevret. På samme tid er det naivt å fornekte egen rolle for, som forsker blir man aldri en usynlig og uvirksom brikke i egen forskningsprosess. Min forforståelse er ellers redegjort for i introduksjonen.

Refleksivitet refererer, ifølge Thornquist (2003, s.205) til forskerens bevissthet om egen rolle. En bevissthet som i løpet av forskningsprosessen aktiveres som refleksjon over seg selv og sitt bidrag. Refleksivitet kan oppfattes som en aktiv handling og en posisjon forskeren må oppsøke og vedlikeholde. Man bør i datamaterialet sitt lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner. Dette innebærer imidlertid ikke en ubegrenset skepsis til eget materiale; på et punkt må det være lov å sette sluttstrek og oppfatte resultatet som gode og dekkende svar på spørsmål vi har stilt (Malterud, 2011,s.19).

Mitt daglige oppdrag i klinikken er drift. Det kan være nærliggende å tro at jeg ville sett noe annet i studien dersom jeg hadde hatt en annen funksjon i arbeidshverdagen.

### 3. STUDIENS TEORETISKE FORSTÅELESRAMME

Akuttklinikkens trainee-program handler om at sykepleiere skal «smake på» og lære noe av intensivsykepleiefaget, og på denne måten motiveres til å lære mer. En studie av deltagerne i programmet og deres læringsutbytte, vil derfor fordre et lite dypdykk i aktuell læringsteori. For å belyse problemstillingen søkte jeg etter litteratur i en rekke internasjonale databaser. Litteratur av ulike forfattere innen læringsteori, sykepleiefaget, om utvikling av sykepleiekompetanse og om intensivsykepleiens karakteristika, er anvendt. I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for de ulike teoretiske perspektiver som danner forståelsesrammen for denne studien.

Som beskrevet tidligere var det i analyseprosessen at sosiokulturell læringsteori trådte frem fra materialet, informantene beskrev pedagogiske metoder og et læringsmiljø, både i teori og praksis, som kan tolkes i samsvar med denne teorien. På denne måten var sosiokulturell læringsteori en integrert del av datamaterialet.

Personlig synes jeg at Vygotskys teoriverden har stått seg bra gjennom årene, og jeg vender i denne studien stadig tilbake til hans teorier som inspirasjon og rettesnor. Mange forfattere har i varierende grad bygget videre på Vygotskys forskning. Noen av disse er nevnt i dette kapitlet, dette gjelder eksempelvis Jean Lave og Etienne Wenger som har arbeidet mange år med begrepet situert læring. Også mester-læring modellen er aktuell i denne studien. Den omhandler læringsprosesser der praktiske oppgaver er utgangspunkt for læring, og formidles fra mestere til lærlinger i praksisfellesskap. I denne studien presenteres en modifisert utgave av modellen utviklet av Benner, Suthpen, Leonard & Day (2010).

#### 3.1 Sosiokulturell læringsteori

Den sentrale teoretikeren innen sosiokulturell læringsteori er den russiske psykologen Lev Vygotsky (1896-1934) som i tiden etter den russiske revolusjonen utformet et utkast til en teori om hvordan psykiske prosesser kan oppfattes (Strandberg, 2009). Vygotsky var utdannet innen flere fagfelt som pedagogikk, medisin, jus, filosofi, historie og litteratur. Kanskje som en følge av dette har sosiokulturelt lærings syn vist seg å være et bredt og tverrfaglig perspektiv som kan brukes innen sosialantropologi, kulturhistorikk, psykologi og utviklingspsykologi. Sosiokulturell læringsteori er i dag i all hovedsak den vestlige verdens hovedteori innen pedagogikk. Innenfor dette læringsperspektivet er den kulturhistoriske virksomhetsteorien den sentrale forskningstradisjonen. Kulturbegrepet tolkes vidt, og vår

evne til å tenke og lære handler om å mestre det som ligger utenfor oss selv og vår kropp og hjerne. Gjennom forsøkene på å mestre vår omverden, skapes og utvikles vår kultur (Nygren, 2004). Det er viktig å fremheve at dette ikke er en teori om læring, men heller kan karakteriseres som et *læringssyn* som samler seg om det sentrale: at kunnskap aldri eksisterer i et vakuum, men alltid er avhengig av den kulturen den er en del av. Vygotsky formulerte det slik at i læringsanliggender er spørsmålet «*hvor er du?*» essensielt, fordi læring er *situert* (Strandberg, 2009).

Læring forekommer og utvikles indirekte eller direkte i samspill med andre, mellom kollektiv og individ, gjennom språk og deltagelse. Dette er en oppfatning som medfører at en foretrekker å snakke om menneskelig tenkning som deler av, integrert i, og bidrag til sosial praksis; mennesker er deltagere i sosiale interaksjoner. Dette vil også si at vi følger visse mønstre, eller kjøreregler for oppførsel, i de kontekster vi handler i. Og vår kognitive utrustning er formet slik at det er mulig for oss å utvikle de kompliserte evnene, ferdighetene og kunnskapene som kreves for å opptre i komplekse sammenhenger (Dysthe, 2001). Säljö (2001, s. 13) formulerer det så vidt at læring er et aspekt ved all menneskelig virksomhet. Vi lærer i hverdagen i møte og kommunikasjon med andre mennesker. Nøkkelbegrepene i sosiokulturelt læringsperspektiv er derfor samspill, deltagelse og språk. I dette perspektivet forgår ikke læring uten at disse begrepene benyttes; språk og kommunikasjon er selve bindeleddet mellom individuelle prosesser, og de sosiale og kollektive læringsaktivitetene (ibid).

### 3.2 Den nærmeste utviklingszone

En sentral tanke i Vygotsky's ideverden er at mennesker hele tiden utvikler og forandrer seg. I samspillsituasjoner med andre mennesker kan vi *appropriere* kunnskaper fra disse. Vi kan se nye mønstre og muligheter i de praktiske og intellektuelle redskapene vi behersker. Dette innebærer at vi ikke hovedsakelig ser mennesket som bærer av lager av kunnskaper, men snarere som individer på vei til å appropriere nye former for redskaper med støtte av den kunnskapen vi har fra før. Ideen om appropriering er dermed den sosiokulturelle metaforen for læring (Säljö, 2001, s.122). Vi blir kjent med nye sosiale praksiser og bruker de erfaringer vi har som egner seg for dette formålet, som ressurs for å handle. Denne måten å betrakte individets læring og utvikling på, ble av Vygotsky gitt betegnelsen «*den nærmeste utviklingszone*.» Han definerte denne sonen som:

*Avstanden mellom det et individ kan prestere på egen hånd og uten støtte, og det individet kan prestere under ledelse av en voksen eller i samarbeide med mer kapable andre.*  
(Vygotsky, her fra Säljö, 2001,s. 123).

Innen denne sonetenkningen vektla Vygotsky forskjellen i de to aktørenes kunnskaper og forutsetninger som en betingelse for bevegelse, det vil si læring. I dette samspillet vil det finnes en aktør med mer kunnskap enn den andre, og denne vil veilede en med mindre kunnskap. På denne måten kan en utviklingszone sees på som en veiledning eller guiding inn i en bestemt kulturs oppfatning av et fenomen. Noen rammer og føringer for læring er gitt på forhånd: for på denne måten utgjør de sosiokulturelle betingelsene både miljøet som individet utvikles i, samtidig som de forsyner individet med aktiviteter og opplevelser som styrer utvikling og læring i en bestemt retning (Säljö, 2001, Strandberg, 2009).

Hoel (2001, s.284) fremhever at den nærmeste utviklingssonen blir omdefinert etter hvert som den lærende har behov for ulike slag kunnskap og ekspertise, og på denne måten blir utviklingssonen dynamisk.

I gruppesammenheng vil det være en ressurs at kognisjon er fordelt, og distribuert mellom studenter/elever. Gruppemedlemmene kan utfylle hverandre fordi de har kunnskap på ulike områder: noen kan mye om et tema og andre mye om et annet tema. I dette sees også en gevinst i form av utviklede samarbeidsevner (Sylte, 2013, s. 178).

Vygotsky inntok en positiv holdning til menneskers mulighet for å lære, men han hevdet at sosialt skapte læringsbetingelser var avgjørende for denne læringen. Han benyttet betegnelse *aktuelt- og potensielt utviklingsnivå*. Det aktuelle utviklingsnivået er et resultat av læring eller utvikling, og dermed kognitive prosesser som allerede har funnet sted. Det potensielle utviklingsnivået betegner et nivå som er innen rekkevidde for den lærende, og som det under noen forutsetninger har mulighet for å nå (Bråten & Turmann-Moe, 2012, s. 125). Vygotsky mente på denne måten at det eleven først hadde mestret i samarbeid med en lærer, eller en mer kapabel person, kan hun senere klare alene. Dermed er det ikke samarbeidets betydning i problemløsnings situasjonen som er viktig, men potensialet for videre utvikling som ligger i dette samarbeidet.

I tråd med Vygotskys sosialt skapte læringsbetingelser fremhever Säljö (2001, s. 132) at vi på et allment nivå kan anta at menneskelige handlinger, deriblant handlinger relatert til læring, kjennetegnes av en følsomhet overfor situasjonsbestemte forutsetninger og vilkår.

Vygotsky benyttet betegnelse *internalisering* og *eksternalisering*. Disse begrepene innførte han for å beskrive hvordan en elev utvikler seg fra novise i faget til en som kjenner praksis. Han beskrev internalisering som en læreprosess der eleven tar til seg kunnskap. Eksternalisering betyr at eleven er i stand til å fremme ny kunnskap og nye ideer. En lærer om praksis gjennom internalisering, og dette medfører en økende evne til kollektiv læring og sosial ekspansjon. På denne måten blir eleven også i stand til eksempelvis å jobbe innovativt, lære bort kunnskap og veilede andre (Bråten & Thurmann-Moe, 2012, s.127).

Jerome Bruner innførte begrepet «scaffolding», stillasbygging, og ga dermed teorien om den nærmeste utviklingssonen et pedagogisk innhold. Et stillas kan karakteriseres som et hjelpemiddel til utvikling av sosial, praktisk eller kognitiv art. Og begrepet stillasbygging har blitt et mye benyttet uttrykk for støtte innenfor den nærmeste utviklingssonen (her fra Hoel, 2001, s. 284).

Veiledning i den nærmeste utviklingszone er ikke nødvendigvis ensartet. En studie av Nilholm og Säljö som observerte mødres veiledning av barn i praktiske oppgaver, tydeliggjorde deres svært varierende evner til å konkretisere og strukturere oppgaver. Noen mødre veiledet barna skritt for skritt og unnlot på denne måten å la barna selv ta stilling til oppgaven. De «løftet» barnet forbi enhver hindring og vanskelighet, og tilbød en ferdig løsning på problemet. Andre mødre veiledet gjennom å tydeliggjøre oppgaven; når oppgaven var å lage en komplisert knute kunne de eksempelvis vise frem et bilde av hvordan en ferdig knute skulle se ut. Barnet fikk på denne måten presentert et bilde av hvordan sluttproduktet skulle fremstå, men ingen ferdig løsning på hvordan barnet skulle komme frem til dette produktet. I stedet stilte de spørsmål om hvordan barnet tenkte å angripe oppgaven, og innbød til dialog om denne prosessen. Forskjellen i mødrenes måte å veilede barna på, førte til at barna gjorde ulike erfaringer og i ulik grad måtte ta ansvar. På denne måten varierte også barnas mulighet til å «låne» mors kognitive kompetanse (Säljö,2001).

Mødrene som fjernet enhver hindring i barnas vei har sin parallell i det som i norsk samfunnsdebatt betegnes som «curling-foreldre.» Dette er problemrydding gjort i beste mening. Som mal for erfaringsbasert læring, må denne metoden imidlertid anees som lite konstruktiv. Foreldrene som derimot valgte dialog for å tydeliggjøre oppgaven, hadde i utgangspunktet en mer krevende oppgave. Men den metoden de benyttet gir barn, eller studenter, en større grad av innsikt i de intellektuelle så vel som de manuelle elementene i handlingene (Säljö,2001). En tolkning av dette er at læring i nærmeste utviklingszone gir mulighet, men ingen garanti, for god og nyttig veiledning som fører til læring.

Ved å innføre begrepet «nærmeste utviklingszone» tydeliggjorde Vygotsky at det interessante ikke bare er hva vi har kunnskap om eller hva vi kan i øyeblikket, men også hva som er vårt potensiale. I våre nåværende kunnskaper ligger andre kunnskaper og ulike innsikter, latente (Säljö, 2001, Strandberg, 2009). I dagens «måle- og evalueringssamfunn» kan det være verdt å merke seg at som en følge av sin innstilling om at læring er en dynamisk prosess, basert på interaksjon mellom lærer og elev, tok Vygotsky avstand fra alle former for statisk evaluering av elevers kunnskaper (ibid).

### 3.3 Artefakter

Vi kan ha kunnskap om noe uten nødvendigvis å kunne handle ut fra denne kunnskapen. I hverdagen støter vi ofte på situasjoner der vi som lyttere kan følge et resonnement og til dels forstå det, men ikke nødvendigvis kan presentere dette på egenhånd. På samme måte kan vi følge med når vi får veiledning i bruk av kompliserte apparater, men det vil ta tid og kreve øvelse før vi kan benytte disse apparatene selv (Säljö,2001).

Menneskenes kultur er omfattende, og favner blant annet de fysiske redskapene som hverdagen vår er fylt av. Dette er ulike verktøy, instrumenter, informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Disse menneskeskapte gjenstandene og objektene, *artefaktene*, er konkrete tegn på menneskenes evne til å gjøre sine erfaringer og deretter bruke dem til sine formål. Mange av disse sosiokulturelle redskapene, artefaktene, er konstruert nettopp for å bringe oss gjennom hverdagen og nøytralisere menneskets skrøpelighet (Säljö, 2001, s. 30).

Går vi tilbake og ser på eksempelet med mødrene, barna og knutene, kan mødrenes teknikker også benyttes i forhold til å lære seg bruken av vår kulturs artefakter. En kan da beskrive læringen i faser: I den første fasen mangler en fortrolighet med både redskapen og dens funksjon i aktuell praksis. I andre fase kan en bruke artefakten under veiledning av en mer kapabel person. Deretter økes gradvis autonomien og evnen til å håndtere artefakten selvstendig. Til eleven til slutt behersker redskapen og vet hvordan den skal brukes. En kan tenke at mange intensivsykepleiere vil kjenne seg igjen i denne beskrivelsen når det gjelder forholdet til, og nytten av, avansert medisinsk teknisk utstyr. Det spesielle med intensivfeltets artefakter er det teknisk avanserte preget på redskapene, men også hvor avgjørende disse er for pasientenes vitale funksjoner. Og dermed hvor fatal en eventuell brukerfeil vil være.

### 3.4 Mester-læring og situert læring

Teorien om situert læring kan sees som en videreføring av sosiokulturell læringsteori. Samtidig aktualiserer den tidligere tiders modell om mester-læring (Lave & Wenger,2003).

Mester-læringstradisjonen har fått ny interesse i takt med at forskning viser at mange av de skolebaserte profesjons- og yrkesutdanningene har for liten gjennomslagskraft. Fremtidige yrkesutøvere oppfyller ikke arbeidsgiveres forventninger til kompetanse, og elevene er heller ikke selv fornøyd med utdanningen (Hiim & Hippe, 2009, s.29). Dette læresystemet oppsto i middelalderen og innebar en tidlig institusjonalisering og regulering av læring. En



samfunnsutvikling med stadig mer varierte produksjonssystem, medførte at en ikke lenger kunne skaffe seg nødvendig kompetanse for yrkesdeltagelse bare gjennom familien. Prosessen med læring ble dermed flyttet ut av hjemmet, og inn i et yrkesfellesskap (Säljö,2001, s.42). Denne modellen har på denne måten sitt opphav i *praksisfellesskapet*. Her er den praktiske arbeidsoppgaven utgangspunktet for læring. Lærlingen lærer yrkesrelevant teori og begreper i tilknytning til det praktiske arbeidet. Denne yrkesteorien er derfor basert direkte på det praktiske yrkets struktur og logikk, heller enn på vitenskapsdisipliner. Modellen har produksjonsmessige implikasjoner; mesteren har interesse av å dyktiggjøre lærlingene for å få nyttig og god arbeidskraft (Hiim & Hippe, 2009, s.28).

Mange forfattere har i større eller mindre grad brukt mester-læring modellen som rammeverk rundt egne teorier om læring. Eksempelvis Lave & Wenger (2003) og deres teorier om situert læring. Jean Lave, professor i pedagogikk, studerte skredderlærlinger i Liberia på 70-tallet. I denne studien var hennes opprinnelige forskningsfokus tenkt å være hvordan undervisning fører til læring. Gjennom feltstudier observerte hun læring, men samtidig fant hun ingen observerbar undervisning. Som følge av dette ble teorien om at læring bygger på undervisning forlatt, og hun startet studier av de mange ulike læringsressursene som fantes i skredderlærlingenes praksisfellesskap. Å være lærling på denne måten disse skredderlærlingene var, innebar å bli delaktig i en spesialisert sosial praksis der fellesskapet bygger på en profesjonell samholdighet (ibid).

I teorien om situert læring er det sentralt at læring skjer gjennom sosial praksis. Dermed defineres læring relasjonelt som: «*Personers forandrede deltagelse i en forandrende sosial praksis.*» (Lave & Wenger,2003 s.8). Situert læring handler også om en grad av deltagelse, og på denne måten kan en betrakte læring som en dynamisk bevegelse fra perifer til full deltagelse i et praksisfellesskap. Lave & Wenger benytter derfor begrepet *legitim perifer deltagelse* som sentralt definerende kjennetegn ved situert læring.

Lave & Wenger utviklet oppfattelsen av læring som situert i fellesskapet. Dette innebærer også at læringen fungerer som en del av lærlingenes *identitetsutvikling*. Denne identitetsutviklingen kan gå fra en forsiktig og perifer tilknytning som lærling, via en stadig mer inkluderende læreprosess, til en mester som deltar fullt ut i praksisfellesskapet (Säljö, 2001).

### 3.5 Læretid

Teorien om legitim perifer deltagelse har særlig blitt møtt med kritikk fra sykepleierhold; argumentet har vært at det er umulig å begrense læring av sykepleie til perifer deltagelse.

Benner et al. (2010) imøtegår langt på vei denne kritikken, og hevder at nettopp denne læremåten er nyttig og riktig i komplekse læringsmiljøer. De mener at med tiltagende sikkerhet og tro på egen kompetanse, kommer en mer sentral posisjon i fellesskapet. De innfører begrepet *apprenticeship learning*. Dette kan oversettes til *læretid*. Begrepet står for et spekter av integrerende læring der de som skal lære får viktige sider ved kompetent og dyktig arbeid artikulert, eksemplifisert og tilgjengeliggjort. Samtidig får de veiledning i praksis. Studentene skal få hjelp til å forstå praksis, og ikke minst de kravene og prioriteringene som gjøres i hver enkelt klinisk vurdering (ibid).

Når Day (som er en deltager i Benner's forskningsteam) skal beskrive hvordan hun koordinerer lærestoffet fra teoriundervisningen med praksisbasert opplæring, trekker hun frem muligheten for å bruke konkrete pasientforløp og eksemplifisere. På denne måten får studentene mulighet for å hente frem det de tidligere har erfart i klinisk praksis. Hun fremhever nødvendigheten av å kjenne studentenes erfaringsbakgrunn, for på denne måten å vite hvilken kunnskap en som veileder/ lærer kan spille på. Hun trekker også frem at studentenes livserfaring kan benyttes i læringsprosessen. I hennes konkrete prosjekt, som er et masterprogram i sykepleie, har studentene allerede en bachelorgrad fra tidligere. Derfor leter hun etter koblinger mellom aktuelle pasienteksempler og studentenes bakgrunn. På denne måten gjøres den kunnskapen og ekspertisen studentene allerede innehar, relevant og nyttig (Benner et al.,2010).

Nøkkelordet i Benners modell er integrerende læring. Modellen kan oppfattes som en modifisering av mester-lærling modellen på den måten at studentenes læringsprosess gis fortrinnsrett foran driften. En anerkjenner nødvendigheten av tid og rom for refleksjon og læring, slik at det blant annet er mulig å utvikle klinisk blikk og skjønn. Det fremheves at mester-læring ikke skal bestå i en slavisk imitasjon av mestere eller veiledere, men at dette lærlingeforhold til et praksisfellesskap, skal fremme studenters mulighet og evne til å forstå den kliniske situasjonen og utvikle egne selvstendige ferdigheter (Benner et al.,2010, s.61).

Læring gjennom profesjonsutdanninger defineres av Benner som en tilegnelse av kunnskap innen tre hovedområder. Disse læringsområdene hevdes å referere til sykepleiens profesjonskunnskap og praksis.

- *Et læringsområde for kunnskap og vitenskap.*
- *Et læringsområde for ferdigheter og klinisk resonnering.*
- *Et læringsområde for etiske holdninger og dannelse.*

(Benner et al., 2010, s.61)

Benner og hennes team understreker at de ser utfordringene med å benytte et begrep som «læretid» når sykepleieprofesjonen omtales. Dette fordi sykepleiefaget har en historie som

omfatter opplæringsløp der elevene slett ikke ble oppfattet som deltagere i et utdanningsopplegg, men heller som ubetalte arbeidere som sto for det meste av pasientpleien (ibid).

Hiim & Hippe (2009) fremhever at mester-læringsmodellen iblant har fungert undertrykkende både sosialt og individuelt sett. I dette læringsforholdet er lærlingen prisgitt mesteren og mesterens kvalitet. Mestere har kunnet agere relativt autoritært, og det kan også tenkes at noen mestere har hatt holdninger som har virket konserverende i faget (Hiim & Hippe, 2009, s. 29).

### 3.6 Kunnskaps- og vitenskapssyn i sykepleien

*Teori uten praksis er tom*

*Praksis uten teori er blind.*

Immanuel Kant 1724-1804

Det er utbredt enighet om at det finnes ulike kunnskaps- og vitenskapssyn, og også ulike kunnskapsformer innen sykepleieprofesjonen. I vår senmoderne tid der kompleksitet og uoversiktighet karakteriserer mange fagfelt, deriblant sykepleien, oppstår et behov for kontroll og sikker kunnskap. På denne måten blir evidensbasert praksis sentral. Evidens vil si «det som er åpenbart sant.» Denne kunnskapen hører hjemme i kategorien teoretisk vitenskapelig/ naturvitenskapelig kunnskap (Alvsvåg, 2009, s. 217). Fjelland & Gjengedal (2000, s.9) hevder at vi, som en følge av samfunnets generelle tiltro til vitenskap, søker å vitenskapeliggjøre en rekke aktiviteter som før ble regnet som praktiske; man prøver å utvikle vitenskapelige teorier som skal underbygge praksis. Hensikten med teoriutvikling er den aller beste; å utvikle en bedre praksis for disse aktivitetene. Sykepleie nevnes som et profesjonsfag der en har søkt å forbedre praksis ved vitenskapeliggjøring. En kan hevde at den pågående samfunnsdebatten om en akademisering av sykepleiernes utdanningsinstitusjoner (Krøger, 2016, Hembre, 2016) i all hovedsak omhandler ulike kunnskaps- og vitenskapstradisjoner, og hvordan profesjonene og deres utdanningsinstitusjoner søkes innordnet disse.

Sykepleiefaget er relativt ferskt som akademisert fag. Dette påpekes i NOU 2008:3 «*Sett under ett. Ny struktur i høyere utdanning.*» De klassiske profesjonsutdanningene som jus, medisin og teologi ble tidlig forankret ved universitetene som akademiske utdanninger. Deretter fulgte profesjonsutdanninger som sivilingeniør og arkitekt, som ble

institusjonalisert i vitenskapelige høyskoler. Med oppbyggingen av velferdsstaten har en rekke kortere utdanninger blitt delvis akademisert gjennom en langvarig prosess. Disse utdanningene ble tidligere gitt ved egne institusjoner som gradvis ble oppgradert til høyskoler; for sykepleieutdanningen skjedde dette i 1982. De nyeste utdanningene, medregnet sykepleien, har kommet kortest i forhold til vitenskapeliggjøringen og institusjonaliseringen, og ønskeligheten og konsekvensen av denne akademiseringen er derfor fortsatt gjenstand for diskusjon (NOU, 2008:3, 2008, s.1).

Dette utvalget (NOU 2008:3) uttrykker bekymring for at profesjonsutdanningene skal fjerne seg fra praksisfeltet for å tilpasse seg akademiske normer. Og det advares mot en forskyvning fra praksisbasert kunnskap og ferdigheter, til lånt teori og begreper som ikke er knyttet til yrkesutøvelsen og konteksten for denne: «Avtakersiden», altså yrkesfeltet der studenten skal arbeide, bør derfor bidra til utformingen av faglige standarder og minstekrav i utdanningene. Det henvises også til at det i en rekke fag ikke er utformet rammeplaner; eksempelvis revisorfaget som er regulert i revisorloven. På grunnlag av dette spør de om rammeplaner er nødvendig og hensiktsmessig i helsefagene (NOU, 2008:3, 2008, s.22).

Kirkevold (2002) påpeker at sykepleievitenskapen er en ung disiplin og at det derfor gjenstår et arbeid med å definere hva som skal være innholdet i den. Foreløpig er det en vitenskapsgren som savner både fokus og perspektiv. Sykepleievitenskapen har også et kompliserende aspekt ved seg i og med at den ikke er en ren akademisk disiplin men er knyttet til et praksisfag med lange tradisjoner; sykepleie er i sin karakter en praksis.<sup>1</sup>

Når det gjelder sammenhengen mellom vitenskapelig kunnskap og anvendelsen av den i praksisfeltet, hevder Kirkevold (2002, s.28) at veien går gjennom personlig kompetanse. Hun fremhever at for å utøve kyndig sykepleie må en ha sammensatt og omfattende kunnskap av både teoretisk, praktisk og etisk art. Disse ulike kunnskapstypene må integreres i sykepleierens kompetanse for å innvirke på praktiske handlinger. Alvsvåg (2009, s. 217) harmonerer med Kirkevold når hun mener en profesjon hviler på det hun benevner som ulike «kunnskapssøyler.» I denne sammenhengen er det viktig å understreke at disse søylene igjen har sine formidlende instanser, som skaper sammenheng mellom kunnskapssøylene og bidrar til at man kan aktualisere og relatere kunnskapsformene til konkrete og realistiske situasjoner.

Kunnskapssøylene: Erfaringsbasert kunnskap, teoretisert praksis/profesjonell praksis og vitenskapelig kunnskap.

Formidlende instanser: Skjønn/fronesis (klokskap) og dannelsel/takt.

*Erfaringsbasert kunnskap* er praktisk og kan bare læres gjennom opplevde situasjoner. Denne kunnskapen lærer en seg i utøvelsen av et yrke, gjennom erfaring og trening, men

---

<sup>1</sup> Her er det verdt å merke seg at Kirkevold formulerte dette allerede i 2002. Det har altså gått 14 år og diskusjonen er fremdeles aktuell.

også gjennom det levde liv. En lærer seg gjennom erfaring å bruke sansene, og en oppøver et faglig blikk (ibid). Kirkevold (2002, s 31) fremholder at på samme måte som erfaring kan føre til verdifull og anvendelig kunnskap og ny innsikt, kan den også føre til en forvrengt og sneversynt oppfatning av et fenomen og til uforsvarlige og ukorrekte praktiske ferdigheter.

*Teoretisk kunnskap* betraktes ofte som objektiv og «sann» og utgjør et vesentlig grunnlag for å handle i praktiske sykepleiesituasjoner (Granum & Solvoll, 2006, s.127). Teoretisk kunnskap kan sies å ha sin basis i forskning. Forskning kan beskrives som en «*kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap*» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2008, s. 15). Forskning kan hovedsakelig deles inn etter sitt formål; anvendt forskning er rettet mot bestemte praktiske områder eller mål en ønsker å anvende forskningen på. Grunnforskningen vil derimot observere fakta eller fenomener uten sikte på noen spesiell anvendelse (ibid).

I brytningen, heller enn i sameksistensen mellom kunnskapsformene, har sykepleierutdanningen opp gjennom årene blitt formet (Christiansen, Heggen & Karseth, 2004, s.106). De ulike kunnskapssynene som historisk har vært rådende i sykepleierfaget, kan i dag sies hovedsakelig å være representert med to retninger: forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap (Nortvedt et al. 2008).

Kirkevold (2002) påpeker at vitenskapelig kunnskap kan være en ressurs for praksis i sykepleie. Hun mener at praksis ikke kan forstås som en rekke vesenslike hendelser som må forstås og håndteres på samme måte. Praksis er sammensatt og kompleks, og vitenskapelig kunnskap er bare en av mange kunnskapsformer som må virke sammen i profesjonsutøvelsen. Det å anvende vitenskapelig kunnskap er i seg selv en kompleks oppgave. Kirkevold hevder videre at sykepleieforskningen har to ulike fokus som kan komme i spenningsforhold; for det første å utvikle kunnskap som oppleves relevant og nyttig i klinisk praksis. Dernest å utvikle kunnskap som bidrar til utviklingen av sykepleievitenskap som egen disiplin.

I en norsk avhandling for graden ph.d. i profesjonsstudier kalt «*Meningsfulle sammenhenger*», har Ida Hatlevik sett på sammenhengen mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer-, og sosialarbeiderutdanningen (Hatlevik, 2015). Teoribasert undervisning og teoretisk kunnskap har betydning for praksisutøvelse og kompetanseutvikling. I følge denne studien er teoretisk kunnskap en forutsetning for kompetanseutvikling. Hennes funn indikerer at studenter og profesjonsutøvere ikke ser på seg selv som enten gode teoretikere eller gode praktikere, men at det er et avhengighetsforhold mellom de ulike aspektene ved profesjonell kompetanse. Det en lærer på en arena, tar en med seg videre til den neste. Dette gjelder både mellom ulike læringsarenaer i utdanning, og i arbeidslivet. Når det gjelder studenters opplevelse av sammenheng i utdanning, benytter en i denne studien uttrykkene: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Studentene må oppfatte innholdet i

utdanningen som forståelig, dette gir begripelighet. Studentene må ha tiltro til at de mestrer de kravene som stilles, dette gir håndterbarhet. Og innholdet i undervisningen må oppleves som meningsfylt, det vil si relevant og nyttig for praksisfeltet utdanningen rettes mot (ibid).

## 4. FUNN

I de følgende kapitlene blir sentrale funn presentert tematisk. Inndelingen følger av forskningsmålene; hensikten er å belyse hvilke grunner sykepleierne oppgir for å delta i trainee-programmet, hvordan de har erfart at programmet har fungert som læringsplattform og på hvilken måte de vurderer at programmet vil motivere til videreutdanning. Når det gjelder temaet læringsutbytte av trainee-programmet, har jeg valgt å dele dette i to: erfaringer med teoribasert undervisning og erfaringer med praksisbasert opplæring.

I løpet av prosessen har mange spurt: «Fant du det du trodde du skulle finne?» Til det kan jeg svare både ja og nei. Jeg gikk inn i denne forskningsprosessen med det jeg håpet og antok var et åpent sinn. Etter hvert erfarte jeg at jeg helt åpenbart hadde hatt noen forventninger til funn. Den klareste var kanskje at det ville være til dels store ulikheter i erfaringsgrunnlaget for trainee-sykepleiere i postoperativ avdeling kontra intensiv avdeling når det gjaldt praksisbasert opplæring. Her var forventningen at intensive avdelinger måtte by på større utfordringer enn postoperative, ut fra at pasientene der gjennomgående er dårligere med mer komplekse og sammensatte sykdomsbilder. I følge disse sykepleiernes erfaringer, var ikke så tilfelle. Jeg fant ingen signifikant forskjell i informantenes erfaringer som kan spores tilbake til avdelingstilhørighet. Videre hadde jeg nok noen forventninger om at det faktisk at intervjuene ble gjennomført på ulike tidspunkt i informantenes trainee-program, ville gi seg utslag i hvordan de beskrev sine erfaringer med dette programmet. Imidlertid var disse informantene i stor grad opptatt av å belyse sine erfaringer i et metaperspektiv, og på denne måten ble ikke «her- og –nå» situasjonen spesielt fremtredende.

Dette betyr ikke at forskjeller ikke eksisterer, kanskje ville beskrivelser dukket opp etter hvert, når viktigere faktorer for sykepleiernes erfaringer i praksisfeltet var nevnt og redegjort for. Dette ville i så tilfelle fordret et større prosjekt enn denne studien. Min hensikt var imidlertid å få med essensen av deres erfaringer, så tro mot deres fortellinger som det var mulig å være, og på denne måten presentere deres hovedanliggender.

### 4.1 Begrunnelser for å delta i programmet

Informantenes begrunnelser for deltagelse i trainee-programmet varierte, men var i all hovedsak konsentrert om noen hovedtema som gjaldt adgang til, og behov for erfaringer

med, fagfeltet intensivsykepleie. Disse hovedfaktorene var samtlige informanter opptatt av. Samtidig oppga noen av informantene at de ble fenget av utlysningsteksten, bruken av begrepet «trainee» og hele «pakkeløsningen» dette ble presentert som: ansettelse i Akuttklinikken, organisert teoretisk- og praksisbasert opplæring, samt fortrinnsrett til utdanningsstillinger.

Jeg møtte disse informantene fra 1 til 5 måneder etter fullført trainee-program. På det tidspunktet hadde de fullført teoretisk og praktisk opplæring i regi av trainee-programmet. De hadde jevnlig møtt hverandre til teoribasert undervisning, og de hadde hatt sin praksisbaserte opplæring i sine respektive avdelinger. De hadde også i noen måneder vært «vanlig ansatt» i sine respektive avdelinger. På denne måten var de trolig blitt påvirket både av hverandre og omgivelsene. Man kan tenke at dersom en hadde truffet disse informantene noen måneder før, eksempelvis da de sendte søknaden til programmet eller midtveis i opplæringen, så ville deres begrunnelse for deltagelse vært annerledes. Men all forskning er situert, og dette er hva informantene tenkte og mente om sin deltagelse i programmet på det tidspunktet de ble intervjuet.

Flere traineer beskrev tidligere søknadsprosesser til ulike spesialiserte avdelinger. De opplevde imidlertid å ikke «slippe inn.» De hadde erfart at det var vanskelig å få adgang uten å ha relevant praksis. På denne måten havnet de i det trainee Hilde beskrev som en «*ond sirkel.*»

*Hilde: Intensivavdelingene er egentlig veldig lukkede små avdelinger; du må liksom ha «riktig» praksis eller videreutdanning for å slippe inn. Og denne praksisen får du ikke så lett. Det blir på en måte en ond sirkel til slutt. Du får ikke prøve ut om dette er rett for deg før du søker videreutdannelsen, og da kan du jo havne på gal videreutdanning, for å si det sånn. Det er jo ikke noe særlig å velge feil videreutdanning, for da er du i konflikt med bindingstiden du har til den arbeidsgiveren som betaler lønna di.*

Trainee-sykepleierne oppfattet deltagelse i programmet som en invitasjon inn til et fagfelt de var nysgjerrige på. Avdelingene som programmet omfatter, ble oppfattet som generelt vanskelig tilgjengelige for sykepleiere med bare bachelorgrad. Som en sykepleier sa: «*Egentlig visste jeg ingenting om intensivsykepleie på forhånd. Jeg mener, man kan ikke akkurat bare spasere inn her og si at en vil se litt.*» Deltagelse i programmet tilbød på denne måten en vei inn i et til dels lukket fagfelt.

Dette var også en måte å få erfaringer for å velge riktig videreutdanning. Som en trainee-sykepleier uttrykte det: «*Det er vel ikke noe mål i seg selv at mange søker videreutdannelsen dersom halvparten slutter underveis.*»



I dette lå også en oppfattelse av at intensivsykepleie er et komplisert fagfelt og den begrensede forkunnskapen om, og innsikten i, dette fagfeltet gjorde at andres erfaringer ble skremmende.

*Hanne: Nesten alle jeg kjenner som går på videreutdannelsen i intensiv, sier at det var helt sinnssykt tøft og et sjokk å begynne der, og at de ikke skjønnte hvordan det egentlig var før de kom i praksis. Så da jeg så utlysningsteksten til dette programmet tenkte jeg at dette var midt i blinken, å få prøve dette uten alt styret med å starte på videreutdanningen. Dette er jo som en jobb rent praktisk sett, og jeg lærer masse. Dette har vi diskutert i gruppa er nesten som et «forkurs» til videreutdannelsen; du lærer litt om mye av det du skal innom i videreutdannelsen, og får det lettere når du kommer dit.*

Samtidig oppfattet flere at de hadde «tjuvstartet» på en videreutdanning. Gruppen hadde diskutert at de deltok i noe som kunne fungere som et forkurs for videreutdanning, både i intensiv- og anestesisykepleie. De hadde også diskutert at et slikt forkurs faktisk var nødvendig. Ved deltagelse i programmet ervervet de kunnskap de kunne ta med seg inn i en videreutdanning, der deres kunnskapsnivå ville bli målt i form av karaktersetting.

Intensivutdannelsen kan tas med utdanningsstilling: du får lønn under utdanning mot en bindingstid til klinikken når du er ferdig utdannet. For de aktuelle kullene med traineesykepleiere utløste ikke deltagelse i programmet bindingstid. Dette ble fremhevet som en fordel, de fikk anledningen til å «smake på» intensivsykepleien uten å binde seg for sterkt til klinikken. For de som vurderte programmet opp mot vanlig opplæring i avdeling, var det organiseringen som telte mest, de opplevde en trygghet i å være en del av et opplegg som garanterte oppfølging. Her ble det understreket at det var viktig at ikke hele opplæringen ble overlatt til en kontaktsykepleier i avdelingen, slik vanlig kan være i sykehusmiljøer. For noen utgjorde dette en selvstendig grunn i seg selv til å velge deltagelse i trainee-programmet.

*Geir: Det var en trygghet i dette med at det hele var gjennomorganisert. Ved tidlige oppstart i ny jobb har det vært helt opp til kontaktsykepleier å ta seg av all opplæring. Det er litt «riski», for å si det sånn. Her er tryggere på den måten at du også har teoretisk opplæring, og så følges du jo litt opp av de ansvarlige for programmet når du er i praksis.*

Gruppen som helhet, og enkelte informanter i særdeleshed, kan tolkes som over gjennomsnittet opptatt av karriere. Dette kom også til uttrykk under dette temaet da flere av trainee-sykepleierne eksplisitt uttrykte at deltagelse i programmet ville ta seg bra ut på CV-en deres. Samtidig ga de uttrykk for en nyfikenhet overfor noe de opplevde som nytt og forhåpentligvis spennende: «*Trainee? Kult, jeg blir med på dette!*»

## 4.2 Erfaringer med teoribasert undervisning

Når det gjaldt teoribasert opplæring, var hovedinntrykket etter intervjuene med trainee-sykepleierne, at dette hadde vært en positiv opplevelse for dem. De uttrykte i all hovedsak stor tilfredshet med eget utbytte av trainee-programmets teoretiske del. I sin beskrivelse av denne undervisningen, var det noen temaer de poengterte var sentrale: Engasjerte og kunnskapsrike undervisere/forelesere fra praksisfeltet. Disse tilrettela undervisningen slik at alle følte de var med og bidro. Og de underviste i temaer som angikk praksishverdagen. For trainee-sykepleierne skapte dette sammenheng mellom teoribasert- og praksisbasert undervisning.

*Jon: Foreleserne var veldig flinke og rett på sak. De kom fra praksisfeltet og visste hva de snakket om. Det var lite sykepleieteori rundt dette. Og så ga de eksempler hele tiden, hentet direkte fra praksis. Det ble ganske nært og levende da. Veldig engasjerende. Egentlig var det slik jeg ønsket at sykepleierutdannelsen skulle være da jeg begynte der.*

Foreleserne, både fra programmet og ressurspersoner fra samarbeidende avdelinger, fikk gjennomgående ros både for form og innhold i undervisningen. Kommentarer som gikk igjen var at foreleserne imponerte med kunnskap og engasjement. Traineeene opplevde denne typen kunnskap og graden av engasjement som noe nytt og forfriskende, og de vurderte dette opp mot tidligere erfaringer med utdanning og kompetanseutvikling.

Beskrivelsen av de ansvarlige for programmet og andre forelesere viser at de følte seg ivaretatt og sett på en måte som styrket dem i læringsprosessen. Samtidig poengterte flere informanter at foreleserne hadde hatt et spesielt lydhørt publikum i og med at undervisningen omhandlet temaer de virkelig ønsket å fordype seg i.

«Effektiv læring» var også et uttrykk som gikk igjen i intervjuene. Her var det tydelig at tidsaspektet spilte inn, trainee-sykepleierne følte at de i løpet av kort tid hadde ervervet mye lærdom.

*Tim: Jeg har aldri lært så mye på så kort tid, men så har jeg kanskje aldri vært så motivert før, heller! Det er dette jeg har ønsket å lære mer om, dette jeg ønsker å jobbe med.*

Den ene teoridagen i uka ble sett på som et gode etter hvert som ukene gikk. En trainee beskrev teoridagene som «pustehull» i en ellers hektisk og slitsom hverdag som sykepleier i praksis. Samtidig ble ikke teoriundervisningen sett på som mindre krevende; trainee-sykepleierne beskrev seg selv som aktive i undervisningssituasjonen, og undervisning i små grupper gjorde at det ikke var mulig å «stikke seg bort.» Nesten samtlige informanter fremhevet denne undervisningen i små grupper som positiv, og flere uttrykte også noe som kan ligne overraskelse over egen innsats i disse gruppene. Som trainee Tim formulerte det: «Vi var liksom helt med.»

*Anna: Det meste var jo undervisning i grupper. Vi var en liten gruppe, du kan ikke stikke deg bort da. Vi var i dialog og ikke bare passive mottakere av informasjon. Plutselig satt jeg der og hadde noe å bidra med, jeg som ikke har vært så flink til å snakke i forsamlinger før. Dette var noe helt annet enn forelesninger med Power-Point i store auditorier på sykepleierutdanningen. Og vi kunne spørre om alt. Vi fikk undervisning i mye av det vi trengte å lære når vi skulle i klinikk, - det skulle bare ha vært mer teori. På sykepleierutdanningen var det litt sånn at sykepleieteorien betydde mer enn anatomien, for å si det sånn. Her var det helt annerledes, og jeg følte at jeg lærte mye mer på denne måten.*

Trainee-programmet er eksamensfritt, noe et flertall trakk frem som positivt. Dette ble begrunnet med presset de følte i forhold til å tilegne seg kunnskapsnivået i klinikken: eksamenspress i tillegg til dette ville blitt «for mye.» I stedet fikk de utnyttet tiden fullt ut til læring både i teori og praksis.

I trainee-sykepleierne beskrivelser av deltagelse i og læringsutbytte av teoribasert undervisning fant jeg lite som kan tolkes som hemmere for læring. Flere informanter nevnte imidlertid at det kunne vært mer teori. I dette la de ikke et ønske om en større andel teoriundervisning av programmets totale varighet, men heller et ønske om lengere varighet

av selve programmet. Dette sier oss noe om den store mengden fagstoff trainee-sykepleierne skulle gjennomgå på kun 4-6 måneder.

Oppsummert kan en si at når det gjelder forhold som informantene hadde erfart fremmet eller hemmet teoribasert læring, er det flere, men de klareste og lettest identifiserbare var disse:

- *Foreleserne, deres kunnskapsnivå og praksisnære bakgrunn og tilnærming til lærestoffet.*
- *Undervisningsformen: undervisning i små grupper som ga mulighet for trainee-sykepleierne til å delta aktivt og være i dialog med foreleserne.*
- *Trainee-sykepleiernes egen motivasjon for å lære.*

Også eksamensfrihet hadde betydning for læringen, men dette var ikke like tydelige funn som de ovenstående.

### 4.3 Erfaringer med praksisbasert opplæring

Den teoribaserte undervisningen ble kombinert med situert læring i praksis. Dette ble en krevende overgang fra teoriundervisningen, der informantene følte mestring ved aktiv deltagelse, til en praksis i en type sykehusavdelinger de fleste av trainee-sykepleierne uttrykte at de følte seg fremmed for. Møtet med pasientgruppene ble utfordrende for disse sykepleierne, og de oppfattet pasientene som «*mye sykere*» enn noen de hadde truffet før. På denne måten kan en si at de bega seg inn i nytt og ukjent terreng.

Hele 80 % av trainee-programmet besto av opplæring i direkte pasientrettet arbeide. I denne praksisbaserte opplæringen ble informantene fulgt opp av «sin» faste kontaktsykepleier. På grunn av utfordringer med blant annet ulike turnuser, deltid og permisjoner hadde noen trainee-sykepleiere to kontaktsykepleiere, men de fleste hadde en. Traineeene ble i tillegg til kontaktsykepleiere, også fulgt opp av programansvarlig på overordnet basis, og ledende spesialsykepleier innen fag på de respektive avdelingene.

Det var i beskrivelsen av erfaringene de hadde gjort i denne praksisopplæringen at sykepleierne var minst samstemte. Dette gjenspeilte seg også i intervjusituasjonen: der disse taleføre traineeene gjennomgående hadde kommet med positive tilbakemeldinger om teoribasert opplæring, ble det litt mer takknemhet og nøling rundt temaet praksisbasert opplæring. Og der de konsentrerte seg om hvor mye de hadde lært i løpet av teoriundervisningen, var de i forhold til praksisbasert opplæring opptatt av hva de hadde

erfart. Mange strevde med å beskrive denne følelsen som en trainee kalte «Lært mye, vet ikke hva.» Jeg synes Hanne formulerte det så fint:

*Hanne: Jeg skjønner jo at jeg har lært mye her og..... det tar bare tid å få øye på lærdommen gjennom alle opplevelsene. Hodet er så fullt av alle pasientene.*

Noen informanter hadde erfart at møtet med praksisfeltet var «litt krevende, men absolutt overkommelig og uansett fantastisk interessant.» Andre hadde opplevd «et sjokk det tok tid å komme over, men det gikk jo på et vis.» Beskrivelsene til Geir og Hilde tydeliggjør denne forskjellen:

*Geir: Det var noen dager i begynnelsen da jeg ikke følte meg komfortabel. Men det gikk fort over. Det hjelper nok at jeg er over gjennomsnittet interessert i teknikk. Dette er jo en avdelingen med utstrakt bruk av MTU (medisinsk teknisk utstyr)*

*Hilde: Møtet med praksisavdelingen var et sjokk. De hadde jo sagt det på teorien at dette ville være tøft, men egentlig tror jeg ikke det er mulig å forberede seg på hvordan disse avdelingene fungerer og hvor dårlig pasientene er. De er virkelig kjempedårlige. Jeg ble liksom litt satt ut av alt dette, og glemte en stund alt jeg kunne fra før, også det jeg hadde lært i teorien. Jeg var virkelig helt hjelpeløs da.*

I beskrivelsen trainee-sykepleierne ga av opplæringen var det særlig noen forhold som gikk igjen: Den første, og klart mest fremtredende, var utfordringene med å arbeide tett på akutt og/eller kritisk syke pasienter. En stor andel av utfordringene de opplevde i løpet av denne praksisbaserte læringen, kan i all hovedsak plasseres i kategoriene emosjonelle og relasjonelle forhold grunnet kompleksiteten i pasientgruppa, pasientene var dårligere enn sykepleierne på forhånd hadde klart å forestille seg, og det var vanskelig å forholde seg til denne graden av alvorlig sykdom og i noen tilfeller, død. Som en sykepleier så treffende beskrev: «De er sjukt syke!»

I møtet med noen av disse pasientene følte trainee-sykepleierne at de ikke strakk til. Denne maktesløsheten ble i noen tilfeller en dominerende følelse for sykepleierne.

*Hanne: En dag begynte jeg å gråte på jobb. De, eller vi, hadde virkelig gjort absolutt alt vi kunne, men allikevel døde pasienten. Det var ikke til å tro. Det var vanskelig og jeg var sliten og alt føltet .....det føltet som jeg ikke strakk til. Og pårørende var vanskelig å forholde seg til. Der og da tenkte jeg at dette ikke var noe for meg, jeg mener; jeg orker jo ikke å gråte på jobben resten av livet mitt! Så vet jeg jo at mange blir friske også.....men da er de jo ikke her. Med en gang de er stabilisert og puster selv, flyttes de til en eller annen sengepost eller intermediær avdeling.*

Flere av informantene beskrev en frustrasjon over å sjelden få oppleve at pasientene ble «friske.» På denne måten opplevde de ikke helheten i behandlingen, kun pasientens dårligste periode.

For noen ble det vanskelig å «legge bort» jobben når de var ferdig med vekten. De beskrev ulike teknikker for å forsøke å bearbeide inntrykkene fra avdelingene. Flere nevnte spontant hvor vanskelig det kunne være å komme hjem til venner, samboere eller ektefeller og ikke kunne snakke om jobben, på grunn av taushetsplikten. Som Anna sa: «*Han spør meg hvordan dagen har vært og så tenker jeg: Hvor skal jeg begynne? Så blir det stille ved middagsbordet.*» Anna fortalte videre at hun begynte å gå for å «*lufte ut hodet*» etter en arbeidsdag.

Omsorg for pårørende ble også nevnt av flere, det å ha pårørende i nærheten som observatører til sykepleiepraksisen var uvant. En trainee-sykepleier sa det slik: «*I min forrige jobb var pårørende de vi ringte etter når pasienten skulle hentes, nå skal jeg plutselig snakke med dem om livet og døden.*»

Gjennom utfordringene trainee-sykepleierne møtte i praksisbasert opplæring ble kontaktsykepleiers rolle viktig, nesten avgjørende. For noen ble kontaktsykepleieren den premissleverandøren som løftet dem frem, og ble deres støtte og mentor i avdelingen. Som en trainee-sykepleier sa: «*Hun er jo rollemodell til tusen!*»

*Caroline: Mine kontaktsykepleiere var fantastiske. Hva disse folkene vet og kan! Den roen i alt de gjorde, og den evnen til å lære bort. Uansett hvor sinnssykt heftig det var ellers i avdelingen, så taklet de både pasientene og meg, for å si det sånn. Vi startet hver dag med at jeg fikk tenke over hva som var best og mest hensiktsmessig læringsfokus, og så tilrettela de for at jeg skulle få konsentrere meg om det. De minnet meg på opplæringsplanene når jeg selv glemte at jeg hadde dem ..... Jeg følte alltid at disse damene så hvor jeg var og hva jeg gjorde, og at de liksom hadde oversikt over meg.*

For andre ble dette forholdet vanskeligere. Av beskrivelsen kan en tenke at noe av dette gjelder ren og gjensidig personkemi: «*Vi var jo svært ulike som personer.*» Samtidig fantes en del andre faktorer i disse beskrivelsene som nok heller kan tolkes som en mismatch mellom trainee-sykepleiernes forventninger, og den veiledningen de faktisk fikk i praksis. Kontaktsykepleier var traineenes nærmeste samarbeidspartner i praksisfeltet. Mye var avhengig av at dette forholdet fungerte. Ved problemer i forholdet til kontaktsykepleier eller av annen art, kunne det også virke uklart for traineene hvem de skulle be om hjelp. De bekledte dobbeltroller; de var deltagere i programmet, samtidig som de var ansatt i avdeling. På denne måten hadde de to instanser å forholde seg til, og disse impliserte igjen flere personer. Dette gjaldt trainee-programmet representert ved programansvarlige og praksisveileder, og avdelingen representert ved seksjonsleder og ledende spesialsykepleier(e) fag.

*Pål: Det var av og til litt vanskelig i forhold til kontaktsykepleier. Du gjør feil når du vet at noen venter at du skal gjøre det. Det gikk dårlig i begynnelsen. Men jeg skjønnte jo på en måte at det kunne være vanskelig i forhold til tidspress og sånn, og både ha egen pasient og veilede meg i tillegg..... Når praksisveileder eller fagsykepleier kom for å evaluere og planlegge fremdrift, var det i begynnelsen vanskelig å ta opp problemet med kontaktsykepleier, fordi denne alltid var tilstede på samtalene.*

«De andre» sykepleierne i avdelingene ble trukket frem av et flertall av informantene. Og da nesten utelukkende som en positiv faktor i læresituasjonen. Flere nevnte eksplisitt at de hadde opplevd det nyttig og lærerikt å observere hvordan deres kontaktsykepleier samarbeidet med andre intensivsykepleiere, og fungerte som en del av et fellesskap av hyggelige kolleger som så ut til å trives sammen. I forbindelse med stell eller mobilisering av pasient, og i akuttsituasjoner, erfarte de også at intensivsykepleierne arbeidet i team. Dette teamarbeidet fungerte godt, beskrivelser som gikk igjen var *innarbeidet, friksjonsfritt, hyggelig, gikk på skinner*. Trainee Geir formulerte det slik: «*Dette har de gjort før!*»

*Jon: Etter hvert kunne jeg orientere meg litt rundt i avdelingen og sto liksom ikke bare og nistirret på «vår» pasient. Da oppdaget jeg alle de andre sykepleierne! Det jobber utrolig mange flinke folk her, og når kontaktsykepleier var syk eller borte eller hadde permisjon, kunne jeg gå med andre. En lærer masse av å se at arbeidet kan gjøres på så ulike måter, at en ikke bare **må** gjøre alt slik som kontaktsykepleier har sagt.....*

Også tekniske utfordringer med utstrakt bruk av medisinsk teknisk utstyr (MTU) samt medikamentell behandling som var ny for dem, ble fremhevet. MTU ble beskrevet både som hindring og som hjelp. En informant brukte betegnelsen «MTU-spøkelset.» Hun beskrev et elsk/hat forhold til disse tekniske apparatene som hun nesten var redd for, og syntes var vanskelig å håndtere, men som faktisk opprettholdt pasientens vitale funksjoner. Som hun sa: «*Tenk om jeg trykker på feil knapp!*»

Alt i alt kan informantenes erfaringer med MTU sannsynligvis tolkes dithen at for å lære seg å benytte MTU hjelper det å ha en interesse for teknikk i utgangspunktet, men for å mestre disse hjelpemidlene fullt ut, må det tid og erfaring til. Trainee Anna formulerte det slik: «*Jeg må øve opp håndlaget, og for å klare det må jeg omstille hodet!*»

Et absolutt flertall av informantene beskrev, i større eller mindre grad, det å lære i et hektisk miljø der det ikke alltid fantes plass for tilrettelagt læring. Travelheten ble kommentert på ulike måter og ikke uten en dobbelthet; fascinasjonen av fagfeltets særtrekk og «actionpreg», mot det de oppfattet som manglende rom for læring og veiledning i praksisfeltet. På denne måten ble beskrivelser av den travle hverdagen, av flere informanter fulgt opp med spontane fortellinger om hendelser i avdelingen som tydeligvis ble oppfattet som spennende. Travelheten og intensiteten i praksisfeltet kan oppfattes som tverrgående, informanter fra både postoperative og intensive avdelinger var samstemte i sine beskrivelser og vurderinger.

*Jon: Det nyttet ikke å forsøke å planlegge dagen, for det ble alltid forandringer. Det var så dødshektisk i avdelingen at min kontaktsykepleier av og til ikke hadde tid til å ta seg av meg. Da måtte jeg bare observere og forsøke å hjelpe til så godt jeg kunne. Du lærer ikke håndlaget på den måten, men du skjønner i hvert fall hva slags funksjon avdelingen har, og for et trykk det egentlig er i dette yrket.*

«Plass for» kan i denne sammenhengen tolkes som tid avsatt til veiledning og opplæring. I denne settingen ble kontaktsykepleier avgjørende; informanter som beskrev kontaktsykepleiere som var tydelige og klare i sin kommunikasjon, og mestret balansegangen mellom egen pasientbehandling og veiledning i dette hektiske miljøet, var også i mindre grad opptatt av ytre faktorer av strukturell eller organisatorisk art, som påvirket deres praksishverdag.

Informantenes fortellinger om praksis kan samlet sett betraktes som beretninger om møter med et fagfelt bestående av utfordringer på mange plan. For noen følte denne situerte læringen som å bli sluppet ut på dypt vann uten forutgående svømmetrening, andre kan en tenke hadde bedre personlige forutsetninger for å mestre dette møtet. Utslagsgivende for



opplevelsen var imidlertid forholdet til kontaktsykepleier og hvorvidt denne hadde forutsetninger for å innta mesterrollen i denne relasjonen.

#### 4.4 Motivasjon for videreutdanning

Informantene kan, som tidligere nevnt, oppfattes som over gjennomsnittet fokusert på utvikling og videre karriere. Flertallet av informantene var opptatt av hvordan deltagelse i trainee-programmet kunne påvirke karrieren positivt. Å kunne vise til et slikt program på CV-en ble oppfattet som noe utenom det vanlige, og noe som kunne indikere at de viste initiativ og var villig til å prøve noe nytt for å utvikle seg faglig.

Dette var i seg selv en motivasjon for å delta. Samtidig var informantene samstemt om at programmet hadde kostet. De hadde lært mye, men også gitt mye av seg selv. Informant Hilde sa det slik: «*Jeg er kjempeglad jeg ikke visste hvor tøft det ble, for da hadde jeg jo ikke gjort det.*» To informanter formulerte eksplisitt at de anså deltagelse i programmet som «*en investering både i karrieren og meg selv.*»

På tidspunkt for intervjuet oppfattet flere av informantene at mye læring var gjort, og at de på denne måten hadde forsert en kunnskapsterskel. Dette var gjennomgående, selv om de ble intervjuet i ulike faser av sitt forløp. Den kunnskapen de allerede hadde ervervet, ble derfor et argument for å ta videreutdanning; noe av «jobben» var allerede gjort, og de oppfattet at de hadde lagt et solid grunnlag for videre læring og karriere.

*Geir: Dette bekreftet det jeg trodde, intensivsykepleie er kjempeinteressant! Jeg mener, jeg stopper ikke nå. Nå er jo det verste gjort. Alt strevet, liksom. Jeg søker videreutdanning så fort det er mulig, mens jeg ennå er i siget med læring og lesing. Gjør jeg det nå, får jeg mye gratis i forhold til videreutdanningen.*

Nesten samtlige traineer oppga at de var motiverte for videreutdanning. Konkrete videreutdanningsplaner som ble nevnt i løpet av intervjuene var intensiv-, anesthesisykepleie og helsesøsterutdanning. Også de som oppga at de ikke ville velge videreutdanning i intensivsykepleie, mente at deltagelse i programmet hadde vært nyttig og riktig. De så på deltagelse i programmet som «*en realitetsorientering i intensivverdenen.*» Ut fra denne realitetsorienteringen var det noen informanter som oppga at de absolutt ville velge å utdanne seg videre, men at de ikke ville velge intensivfeltet slik de utgangspunktet hadde tenkt da de startet som trainee-sykepleiere.

*Caroline: Det er veldig greit å prøve dette så jeg får en nødvendig ....realitetsorientering om hva intensivsykepleie faktisk innebærer av utfordringer. Ellers ville jeg søkt en videreutdanning som ikke er riktig for meg. Det ville jeg gjort, ja. Jeg beundrer de som orker dette, de som ser alt dette hver dag. Men jeg tror at for meg er det riktig å jobbe et sted der pasientene er litt friskere enn her. Kanskje noe med forebyggende arbeide? Det jeg uansett skal ha er en eller annen videreutdanning. Jeg vil ikke være bare sykepleier.*

Utsagn som vil ikke være «bare sykepleier» gikk igjen i ulike varianter. Det å gjennomføre en form for videreutdanning ble på denne måten nærmest betraktet som en selvfølge. Unntaket var en informant som tydelig var sliten og lei. I dennes tilfelle gjaldt at vedkommende var «...ferdig med alt som heter opplæring, nå og i all fremtid! Jeg har lært nok for et helt liv om hvor syke pasienter kan bli.»

Programmet var initiert delvis ut fra klinikkens ønske om å motivere for videreutdanning i intensivsykepleie. Et flertall av traineene uttrykte at de var svært bevisst dette ønsket fra arbeidsgiver, men at de ikke kunne la dette påvirke valgene de gjorde. «Jeg vet jo hva **de** vil, men det kan jeg egentlig ikke bry meg med, - men litt press er det jo.» Dette presset som ble beskrevet kan tolkes som ubevisst utøvet fra arbeidsgivers side. Slik informantene oppfattet det var alle muligheter åpne. «De minner oss også rett som det er på at avgjørelsen er vår egen.»

Samtidig som mange av informantene anerkjente programmets funksjon som motivasjonsfaktor for videreutdanning, var de også i stor grad opptatt av at andre faktorer måtte være på plass. Den gjennomgående hyppigst nevnte motivasjonsfaktoren for å velge en videreutdanning, foruten gjennomført trainee-program, var lønn under utdanning. Dette var nevnt av nesten samtlige informanter. I denne sammenhengen kunne en ha forventninger om at informantene ville være opptatt av en eventuell bindingstid etter videreutdanning som en mulig hemmer for å søke utdanningsstilling. De var imidlertid i svært liten grad opptatt av dette. I den grad bindingstid ble kommentert, var innstillingen at dette var «helt innafor.» Som en trainee sa: «Jeg vil jo jobbe her noen år, uansett.»

*Pål: For meg er det sånn at jeg er fornøyd med å ha deltatt i programmet fordi det har gitt meg en fordel uansett om jeg søker videreutdanning i intensiv- eller anestesisykepleie. Det var jo dette med at vi nesten har gjennomgått et forkurs, som jeg har nevnt før. Men det absolutt helt avgjørende for meg i forhold til å gå videre nå, er at jeg får lønn under videreutdanning, altså at jeg får en utdanningsstilling.*

*Ellers tar jeg meg rett og slett ikke råd til det. Da vil jeg heller velge et videreutdanningsløp et sted der jeg får dette dekket, for eksempel i Forsvaret.*

En annen hyppig nevnt motivasjonsfaktor for videreutdanning, var ønsket om endret innhold i arbeidshverdagen, noe som i stor utstrekning nok kan tolkes som et utslag av at informantene allerede anså intensivfaget som så krevende at de ikke så for seg å stå i dette arbeidet helt frem mot pensjonsalder. Verd å merke seg er at de hyppigst nevnte alternative karriereveiene ledelse og undervisning, begge innebærer at traineee-sykepleierne legger en avstand mellom seg og pasientene. De så altså ikke for seg et langvarig karriereløp med direkte pasientkontakt. Igjen ble belastningen med kontinuerlig omsorg for svært syke mennesker nevnt. Flere nevnte at de «tok med seg pasientene hjem.» I dette la de at de ikke klarte legge fra seg opplevelser i avdelingen når arbeidstiden var over, og at dette i lengden ble utmattende for dem og deres omgivelser.

*Jon: Dette er kjempeinteressant nå og noen år fremover, men jeg tror ikke jeg klarer å gjøre dette her resten av livet. Det blir for heftig, både i forhold til turnusbelastning, arbeidspress og hvor dårlige pasientene er. Jeg kan ikke helt se for meg at dette kan kombineres med familieliv, men det er ok nå når jeg er singel..... Og også i forhold til lønn, man må nok over i en lederstilling for å få en ok lønn.*

Flere informanter oppga utdanningsplaner utover en videreutdanning. På spørsmålet om hvor de karrieremessig befant seg om 5, 10 eller 15 år, oppga flere at de på et tidspunkt og senest innen 10 år, enten ville inneha en stilling som leder innen helsevesenet, eller en forsker-/lærerstilling innen universitets eller høyskolesystem som krevde kompetanse utover videreutdanning på 90 studiepoeng.

Her tenkte informantene lange løp og livslange karrierer. På samme tid som de ønsket en vei inn i fagfeltet intensivsykepleie, så syntes det også som om de allerede planla en vei ut. Dette i form av en slags delvis tilbaketrekking fra pasientnær intensivsykepleie, til lederskap eller undervisning. På denne måten tydeliggjorde de utfordringene arbeidsgiver står overfor når det gjelder å beholde spesialsykepleiere med kompetanse og erfaring i klinikk frem mot aldersavgang.

## 5. DISKUSJON

### 5.1 Motivasjon for læring

Informantene fremhevet egen motivasjon som fremmer for læring. Selv oppga de at denne motivasjonen bunnet i interesse for faget, og dermed en oppfattelse av at deltagelse i programmet var et gode. En kan i tillegg tenke at motivasjonen også hadde karrieremessige implikasjoner.

Begrepet «motivasjon» stammer fra det latinske ordet «movere» som handler om å bevege eller sette i bevegelse. I forhold til mennesket indikerer dette at man beveger seg mot noe eller i en bestemt retning (Lillemyr, 2013, s23). En kan eksempelvis, ved å gjennomgå kompetanseutvikling eller videreutdanning, nærme seg en ny jobb med annet innhold, annen turnusbelastning eller annen lønn enn den man allerede har. Dette kan i seg selv være en sterk motivasjon; men i tillegg vil en også ofte oppleve en tilfredsstillelse i å mestre læringssituasjonen og føle at en som person har tatt et skritt videre i sin egenutvikling. På denne måten kan en tilfredsstillende både en ytre og en indre motivasjon.

Raaheim (2011, s. 19) hevder at den viktigste enkeltfaktoren som påvirker læring, er studentens egen motivasjon for læring. Vi lærer kontinuerlig, men det vi lærer når vi ikke er motiverte, kan være noe helt annet enn det som var tilsiktet. Vi lærer kanskje hvor vanskelig det er for oss å lære, eller hvor meningsløs oppgaven eller teorien egentlig er. Oppgaver vi selv har valgt, vil vi være mer motivert for å løse enn oppgaver andre har valgt for oss. Dette fordi vi velger ut fra interesse.

Motivasjonen trainee-sykepleierne beskrev kan tolkes som både en *indre motivasjon* og en *ytre motivasjon*. De hadde valgt å søke seg til programmet ut fra genuin interesse for tema. Dersom andre presenterer oss for oppgaver kan de i utgangspunktet være interessante, men de vil også være sårbare for hvordan de blir presentert for oss, hvordan tilrettelegging skjer og hvordan resultatene etterspørres (Raaheim, 2011, s. 20). På denne måten kan en tenke at informantene valgte å søke seg til programmet ut fra den interessen de hadde for fagområdet på søkertidspunktet. Dersom de ikke hadde opplevd denne deltagelsen som meningsfull, og med en kunnskapsmengde de var innen rekkevidde til å mestre, er det nærliggende å anta at de ville valgt å avbryte sitt trainee-program. Alternativt ville de ikke velge å søke videreutdanning etter fullført program.

Når vi drives av en indre motivasjon er handlingen styrt av det sanne bildet vi har av oss selv, det vi mener om oss selv og de interessene vi har. Vi er med andre ord styrt av selvet. Derfor blir spørsmålet ikke hvordan foreleseren kan motivere studentene, men hvordan de kan

skape betingelser som bidrar til at studentene motiverer seg selv (Lillemyr,2013, s. 21). For å forklare hva som ligger bak motivasjonen, har en rekke begreper blitt benyttet; eksempelvis behov, driv og motiv (Lillemyr,2013 s. 16). Det ligger et behov bak et hvert valg, for trainee-sykepleierne var det kanskje i første rekke et behov for tilgang til, og innsikt i, intensivsykepleien. Det var dette ønsket om tilgang og innsikt som drev dem til å søke, og det var motivert i ønsket om en mulig videreutdanning, eller noe mer enn en bachelor i sykepleie.

## 5.2 Dialog og samspill

Informantene beskrev teoribasert undervisning i grupper som nær og tett, noe som muliggjorde dialog med forelesere. De kunne stille spørsmål, og på denne måten bearbeide lærestoffet fortløpende, fordi de fikk forklaringer på uklarheter underveis. De beskrev aktive grupper der de ikke kunne stikke seg bort i mengden. Det synes som om de følte seg sett og møtt. Særlig følte de seg møtt i sin uvitenhet; ingen spørsmål var for dumme. Som både Tim og Anna så fint formulerte det: «*Vi var med hele tiden.*» I det sosiokulturelle perspektivet fremheves det spesielt at vi lærer gjennom å kommunisere med andre gjennom samtale, dialog og samarbeid. Dialogen ansikt-til-ansikt er nettopp menneskets fremste ressurs for å utvikle, tilpasse og bevare kunnskap (Säljö,2001, s.36).

I en stor undersøkelse av amerikanske sykepleieres utdanning, observerte Patricia Benner og et forskerteam fra Carnegie Foundation, teoribasert undervisning i store auditorier (Benner et al., 2010). De beskriver denne undervisningen som enveis kommunikasjon der studentene «ble presentert» for lærestoffet. Studentene ble på denne måten passivisert og forholdt seg til skriftlige, punktvis oversikter over forelesningene. Enkelte lærere hadde også tak på antall spørsmål, da de ikke ville avspores fra PowerPoint-presentasjonen sin. Denne undervisningsmetoden karakteriseres som en «fristende metode» for å komprimere stadig økende kunnskapsmengder til en passende pakke. I denne studien hevdes det at denne måten å undervise på, bryter både med hvordan de fleste voksne lærer og hvordan sykepleiere handler i praksis; sykepleie er et praktisk fag som bygger på situert kognisjon og handling. Benner et al. (2010) hevder at for å utvikle en kunnskap som kan brukes i sykepleien, i en kompleks hverdag der liv står på spill, kreves en vedvarende dialog mellom teori og praksis, mellom det enkeltstående og det generelle, slik at hver enkelt sykepleier kan bygge opp sin egen evidensbase for utøvelse av faget. Samtidig som de bygger kunnskapsbase må de lære å vurdere relevans, eller prioriteringsrekkefølge, i behandlingen. Når det gjelder undervisningsformen i teoretiske sykepleiefag, konkluderer de med at klasseromslærere må involvere studentene i mer klinikkliggende læringserfaringer slik at de kan lære å bruke kunnskapene sine, og på denne måten øve opp evnen til rask handling i et

omskiftelig miljø. Dette forskerteamet anbefaler også at de som underviser sykepleiere eller sykepleierstudenter, går bort fra undervisning i dekontekstualisert kunnskap og over til en undervisning der klinisk erfaring presenteres slik at studentene får nærgående kjennskap til pasienteksempler. Trainee-programmets teoribaserte opplæring kan sies å være i samsvar med Benner og hennes teams anbefalinger. Relevante eksempler fra praksisfeltet er bragt inn i grupperommet av praksisnære forelesere, for på denne måten å skape denne dialogen mellom teori og praksis som Benner etterlyser.

Vektleggingen av dialog og samarbeide mellom lærer og elev står sentralt i Vygotskys pedagogisk-psykologiske utviklingsteori. Han betraktet den særegne formen for samarbeid mellom lærer og elev som selve kjernen i undervisningsprosessen. Samtidig formulerte han tanker og teorier om hvordan denne samarbeidsprosessen bidro til elevens systematiske kunnskapsutvikling. Her mente han at det tankefellesskap, eller tankesamarbeid, lærer og elev har, gjør at elevenes spontane begreper kommer i kontakt med lærers vitenskapelige begreper. Dette formaliserte samspillet mellom det spontane og det vitenskapelige, utgjør fundamentet for individers utvikling av bevissthet om, og kontroll over, egen kunnskap. (Bråten, 2012, s.32). Et viktig metodisk prinsipp som kan defineres ut fra den nærmeste utviklingssonen (kap. 3.2) er å tilrettelegge for mediert læring. Dette vil i praksis si opplæring og undervisning som er preget av dialog og samspill (Bråten & Thurmann-Moe, 2012, s. 130).

I forhold til ressursbruk kan nok større grupper og undervisning i auditorier være fristende. Undervisningsmodellen som benyttes i academia er ofte auditorieforelesninger etterfulgt av ulike typer gruppearbeid. Ut fra teorien om den nærmeste utviklingssonen vil en da være avhengig av at det i gruppen finnes deltagere som både besitter mer kunnskap enn de andre gruppedeltagerne, og samtidig er villig til å dele denne kunnskapen. Dette vil også gjelde dersom en benytter tidligere studenter eller trainee-sykepleiere som undervisningshjelp.

Et dynamisk samspill med foreleserne kan virke på flere plan for trainee-sykepleierne. Den mest åpenbare virkningen, er det trainee-sykepleierne selv kalte «*effektiv læring.*» I dette synes det som om de vektlegger egen tidsbruk i forhold til læringsutbytte. En kan også tenke at de ved å benytte begrepet «effektiv» om læreprosessen dypest sett formidler en oppfatning av verdien den ervervede kunnskapen har for dem, hvor anvendbar de anser denne kunnskapen å være, og i hvilken grad de føler et eierforhold til den. Jeg kan for eksempel vanskelig tenke meg at de ville beskrevet læringsprosessen frem mot en kunnskap de betraktet som irrelevant eller lite anvendbar, som «effektiv læring.» Samtidig sier det noe om deres opplevelse av situasjonen; de har utrettet mye og lært mye og de uttrykker stolthet, nærmest forbauselse, over hva de har fått til. Det er som om eget læringspotensial har overrasket dem. Med Vygotskys begrepsapparat kan vi tenke at de ved hjelp av foreleserne har fått tydeliggjort sitt potensielle utviklingsnivå. I læringen inngår åpenbart positive opplevelser som kan virke konstruktivt og føre til vekst både på personlig og profesjonelt plan. En kan videre anta at dette skaper et godt fundament og motivasjon for videre læring og kunnskapsutvikling. I overført betydning kan vi si at stillasbyggingen er

påbegynt og trainee-sykepleierne har begynt klatringen. På et annet plan er det kan hende slik at denne bevisstheten om, og kontrollen over, egen kunnskap som Vygotsky beskriver, i noen grad også omhandler innsikt i forhold til hva denne kunnskapen inneholder. I dette ligger både muligheter og begrensninger.

Disse sykepleierne kan sies å befinne seg i en posisjon mellom kunnskapsnivået til sykepleiere med kun bachelorgrad, og sykepleiere med videreutdanning i intensivsykepleie. Ut fra deres yrkeserfaring, er det nærliggende å anta at de er nærmere sykepleieren enn intensivsykepleieren i kunnskapsterrenget. Samtidig har de med seg en bachelorgrad i sykepleie, og den kunnskapen de allerede besitter, bør anerkjennes og bygges videre på. De skal praktisere i krevende og utfordrende sykehusavdelinger, der bevissthet om egen kunnskap og kunnskapsnivå, er avgjørende. Det vil være av betydning for dem å kjenne både egne muligheter og begrensninger som sykepleiere, og på denne måten bedre være i stand til å definere sin funksjon i hverdagen. I ytterste konsekvens kan en tenke at dette også omhandler deres identitet som profesjonsutøvere, og muligheten til å styrke denne.

Deltagerne i trainee-programmet har erfaringer fra både formell høyskoleutdanning og fra trainee-programmet som er utformet ut fra praksisfeltets behov for kompetanse. I dagens helse-Norge er dette en sjelden kombinasjon av erfaringer, og deres stemmer er derfor verdt å lytte til. Sykepleierne fremhevet programmets praksisnære tilnærming både i form av innhold i undervisningen og forelesernes tilknytning til klinikk. De plasserte dette som en motsats til tidligere utdanninger, og da spesielt bachelor i sykepleie, der deres beskrivelse kan tolkes slik at sykepleievitenskap var gitt forrang før naturvitenskapelige emner. Med erfaring fra begge disse modellene, både bachelorgraden fra høyskolene og den uformelle kompetanseutviklingen fra trainee-programmet, synes det som om informantene vurderte sin deltagelse i sistnevnte som den mest utbytterike sett i forhold til tidsbruk. En mulig tolkning av dette er at de har tatt bachelorgraden sin innen et utdanningssystem som ennå strever med å forme sykepleien som fag, og samtidig ivareta omsorgsprofesjonene, innen akademia. På sidelinjen venter avtakersiden, klinikerne, på et resultat som kan gi dem yrkesutøvere med den realkompetansen de er avhengig av for å fylle sine samfunnsplågte oppgaver.

Velger en å betrakte dette i et stadig mer aktuelt perspektiv i dagens helsevesen, nemlig ut fra kost-nytte perspektiv, kan en anta at denne organiseringen og formidlingsformen med undervisning i små grupper, på kort sikt må være ressurskrevende. På denne måten må disse trainee-sykepleierne aneeses som en prioritert gruppe som er blitt gitt ressurser og oppmerksomhet som hovedsakelig eksisterer i denne typen tiltak, på siden av de store etablerte utdanningsinstitusjonene. En kan anta at for disse institusjonene må denne ressursbruken tilsynelatende fremstå som relativt uvirkelig. Samtidig dreier dette seg om å utvikle kunnskap og kompetanse som er nødvendig for å fylle den samfunnsplågte oppgaven Akuttklinikken har, og på dette grunnlaget kan en hevde at ressursbruken kan rettferdiggjøres. Det synes også som om den teoribaserte undervisningen informantene

hadde gjort erfaringer med i løpet av sin bachelor utdanning, ikke på samme måte kunne kalles «effektiv læring», og ikke i særlig grad lot sykepleierne sitte igjen med en oppfatning av et kunnskapsløft. Spørsmålet blir da om ikke trainee-programmet representerer en modell som i lengden står seg i et læringsperspektiv så vel som et økonomisk perspektiv.

### 5.3 Undervisningskompetanse

Trainee-sykepleierne positive erfaringer med foreleserne i programmet aktualiserer spørsmål om hvilken kompetanse som er relevant for å undervise i sykepleiefaget på ulike nivå. Hvilken kompetanse er nødvendig og hensiktsmessig for å undervise i teoribasert sykepleie eller intensivsykepleie? Bør underviseren kombinere undervisningsrollen og egen klinisk praksis? Bør underviseren ha forskningskompetanse og/eller pedagogisk utdanning? I dette er et iboende spørsmål om hvordan sykepleie- og intensivsykepleiefaget best kan formidles og læres.

Ut fra informantenes beskrivelser av foreleserne i programmet, synes det som om de spesielt verdsatte forelesernes formidlingsevne og deres entusiasme overfor faget, men også over å få muligheten til å formidle det. I dette lå også forelesernes praksisnære tilnærming, som var muliggjort av deres rotasjon mellom egen praksis, og deres rolle som forelesere. Som trainee Jon sa det: «*Jøss, det virket nesten som de likte å undervise!*» Uten å trekke for vidtgående slutninger, kan dette kanskje si oss noe om disse informantenes tidligere møter med undervisere i tidligere utdanninger på ulike nivåer. Det sier oss også kan hende noe om de trauste foreleserne versus de karismatiske.

Av beskrivelsene synes det som om traineene i høy grad oppfattet programmets forelesere som kunnskapsrike. «*De kunne egentlig bare alt.*» Samtidig indikerer dette at informantene hadde en oppfatning om læringsinnholdet i programmet som omfattende. «*Bare alt*» er imidlertid en lite presis beskrivelse som antyder at det kan være vanskelig å definere og beskrive dette kunnskapsområdet. Benner et al. (2010) beskriver sykepleien som en hybrid profesjon, et tverrfaglig og tverrprofesjonelt knippe av roller og forpliktelser. Samtidig er og blir kjernen i faget forventningene om omsorg og beskyttelse, og ivaretagelse av sykes behov. Sykepleie krever dybde og bredde på felt der kunnskapen bare øker. I tråd med dette beskriver Tanner (2004) sykepleiepensumet som kumulativt; i stedet for å omarbeide lærestoffet slik at det hele tiden avspeiler dagens praksis, må lærerne stadig føye til mer.

Vygotsky fremhevet betydningen av lærers kjennskap til den sosiale dynamikken som karakteriserer de omgivelsene eleven er innfelt i (Bråten, 2012, s.33). I programmet var foreleserne fra eget praksisfelt og samarbeidende avdelinger. Dette skapte erfaringer fra



praksisfeltet som, i ren ferskvareform, kunne bringes videre til traineene. Ved å dele disse erfaringene, bidro foreleserne til å skape sammenheng mellom teoriundervisningen og praksisfeltet.

Vygotsky fremhevet videre fordelene med at lærere er fortrolig med pedagogiske virkemidler (ibid). Her anga han ikke noe nærmere hvorvidt denne kjennskapen måtte være av akademisk art. På denne måten kan en tenke at formuleringen «beherske pedagogiske virkemidler» også kan nyttes for å beskrive enkelte foreleseres evne til engasjerende undervisning, både de naturgitte og de som erverves gjennom egen praksis og levd liv.

I høgskoleloven heter det blant annet i § 2.1 at all høyere utdanning skal være basert på det fremste innen forskning, kunstnerisk utvikling og erfaringskunnskap. Videre poengteres det at disse områdene skal sidestilles (Taasen, 2006). Nye strukturer i profesjonsutdanningene kan være en sjelden sjanse for sykepleieutdanningene til å forme sin egen forskningsbaserte identitet. Dette fordi det ikke finnes noen entydig definisjon på hva som ligger i begrepet forskningsbasert undervisning (ibid). Hyllseth (2001) fremsetter flere tolkningsmuligheter for hva forskningsbasert undervisning kan bety. I disse tolkningsmulighetene varierer kravet til undervisere og undervisningens tilknytning til forskning, fra at undervisningen skal være *i overensstemmelse med forskningens nyeste resultater*, til at undervisningen skal *utføres av aktive forskere*.

Den typen spesialiserte, og i noen grad høyteknologiske, avdelinger som trainee-programmets undervisere i stor grad er rekruttert fra, utfordres med dette. Her konkluderer spesialsykepleiere ofte med at mindre deltidsstillinger ikke er nok for å opprettholde faglig forsvarlig kompetanse og det nødvendige håndlag med MTU. Dersom disse underviserne skal bedrive egen forskning samtidig som de opprettholder sitt faglige nivå i praksis, må denne forskningen etter all sannsynlighet foregå i egen klinikk og være pasientnær.

Dersom en derimot tolker kravet om forskningsbasert undervisning slik at undervisningen skal være i overensstemmelse med forskningens nyeste resultater, kan en gå ut fra at dette er gjennomførbart for disse underviserne; spesialavdelingene og da især avdelingene innen Akuttklinikken, har tradisjonelt vært blant de fagmiljøene som har brukt mest ressurser, i form av tid og penger, på utvikling og vedlikehold av kompetanse.

#### 5.4 Fra teori til praksis: Læring i det levde liv

Praksisbasert opplæring diskuteres ofte som motsatsen til teoribasert opplæring. Hva man faktisk legger i dette skillet er noe uklart; ideelt sett burde en klart å diskutere disse samlet. Når en ikke mestrer denne integreringen, men fortsetter å diskutere teori og praksis atskilt,

som i denne studien, kan det ses på som et resultat av kompleksiteten som ligger i det å bringe teoretisk kunnskap inn i profesjonenes praksishverdag. For en nyutdannet profesjonsutøver som er sertifisert for å forvalte en bestemt type kunnskap, kan dette handle om å gjenkjenne og identifisere praksissituasjoner der teorien kan og bør anvendes. Som en trainee-sykepleier formulerte det: «*Da jeg kom hit trodde jeg ikke jeg kunne noe jeg kunne bruke her.*»

Det synes klart at informantene betraktet sykepleieryrket som et praktisk fag. «*Det nytter ikke med teori når pasienten dør.*» Gjennom praksisbasert opplæring gjorde trainee-sykepleierne erfaringer på både godt og vondt. De beskrev en bratt læringskurve med mange tøffe tak. Etter beskrivelsen informantene ga, kan det synes som om måten å takle dette på kan ha vært personavhengig. Og etter å ha gjennomført ti intervjuer med disse sykepleierne, sitter jeg igjen med inntrykket av at dette udefinierbare som kan kalles «personlig egnethet» må ha vært med på å bidra til hvor raskt og i hvilken utstrekning trainee-sykepleierne oppnådde en grad av handlingskompetanse i praksis, og i hvilken grad de mestret møtet med de «*sjukt syke*» pasientene. Samtidig var det også andre forhold som, i større eller mindre grad, bidro i dette samspillet som samlet utgjorde sykepleiernes læringsprosess.

Utøvelsen av sykepleiefaget fordrer en «verktøykasse» bestående av ulike typer kunnskap. I tillegg til teoretisk kunnskap og erfaringsbasert kunnskap, nevnes også egenskaper som klokskap, dannelses og takt. Dette er lærdom, holdninger og egenskaper som for de fleste av oss erverves over tid (Kirkevold, 2002, s.28). Samtidig våger jeg den påstanden at for noen faller det å yte omsorg mer naturlig enn for andre. Dette er uavhengig av alder og kjønn. Disse naturlige omsorgspersonene eksisterer i alles omgangskretser. Det er de som ikke går utenom når noen har problemer, men ganske naturlig involverer seg, og som samtidig er fininnstilte på medmenneskers intimsaker. De som vet akkurat hva de skal si når livet butter imot for deg. Slike omsorgspersoner finnes naturlig nok blant sykepleiere også, men kanskje i mindre grad enn tidligere, da sykepleien i større grad var basert på altruisme, og for mange unge utgjorde et grunnleggende verdivalg.

Eraut (2004) hevder at for å forstå hvilke kunnskaper en må ha for å utføre et arbeide, må man ha en detaljert beskrivelse av arbeidsforholdene og konteksten. Dette innbefatter også de situasjonene en kan møte; inkludert faktorer som pasienter og krav, mellommenneskelige hendelser og akutte situasjoner. For traineene gjaldt at de på forhånd hadde fått beskrevet praksisfeltet; både av lederne for trainee-programmet og av kjente som hadde påbegynt videreutdanning i intensivsykepleie. For noen ble allikevel dette møtet med praksisfeltet vanskelig. Kan hende kan dette tolkes slik at det finnes inntrykk og erfaringer som ikke fullt ut kan beskrives med ord, inntrykk som er sterke og grensesprengende og handler om menneskers lidelse og død. For å utholde slike møter, kreves den beskrevne sammensatte kompetansen, men også menneskelige egenskaper som for noen naturlige omsorgspersoner er medfødte, men som andre må erverve gjennom yrkespraksis og levd liv. For å benytte

metaforen med sykepleierens verktøykasse, kan en tenke at noen trainee-sykepleiere allerede hadde en del verktøy i kassen før de startet sin praksisbaserte opplæring, og dermed sto bedre rustet til å møte de emosjonelle og relasjonelle utfordringene i praksis.

Skår (2007, s.103) kaller praksisbasert opplæring «læring i det levde liv.» Hun hevder at det er nettopp møtet med mennesker og deres levde liv som gjør sykepleieryrket interessant. Samtidig vet vi at disse møtene også kan virke til dels voldsomme og utfordre oss emosjonelt. Dette særlig i den type avdelinger omfattet av trainee-programmet der pasientkategorien er «den akutt/kritisk syke.» På denne måten kan det være at «praksissjokket» ikke kun utgår fra egen utilstrekkelighet i møte med et kunnskapskrevende og teknisk avansert arbeidsmiljø, men også ut fra en maktesløshet i møtet med det som på et eksistensielt plan ikke er til å utholde. Skår (2007, s.105) formulerer det slik at å bli bevisst på, og fullt ut innse hva omsorgsansvar for et annet menneske innebærer, kan påvirke ulike nivåer av læringen i praksis. I situasjoner der traineer i praksisbasert opplæring opplever pasientsituasjoner det synes som de foreløpig ikke har forutsetninger for å håndtere, kan det være nyttig å holde noe avstand til situasjonen og observere veileder i samspill med pasient. Dette vil være en variant av *legitim perifer deltagelse* (Lave & Wenger, 2003, Benner et al., 2010). Ved å observere og føle seg frem i forhold til hva omsorg på dette nivået innebærer, settes trainee-sykepleieren i stand til selv å møte denne typen utfordring ved neste korsvei.

Flere trainee-sykepleiere oppga at de hadde etablert egne metoder for bearbeiding av opplevelser i praksis. De kalte dette å «*lufte hodet.*» Det å lufte hode var spesielt nødvendig etter krevende hendelser i praksis. Trainee Anna ga et godt eksempel på dette: På en av hennes vakter hadde hun ansvaret for en mannlig pasient som skulle vært operert for en alvorlig krefttype. Han våknet omtåket i en krok på et 6-manns overvåkningsrom, og fikk en utvetydig beskjed av kirurgen om at han bare var «åpnet opp og lukket igjen.» Operasjonen hadde ikke vært mulig å gjennomføre, da kreftspredningen var for omfattende. Dette innebar at han hadde svært begrenset levetid igjen, sannsynligvis bare noen måneder. Denne mannen, som gjennom både yrke og generell fremtoning, nok hadde vært vant til å fremtre med myndighet, skrek høyt, og gråt deretter som et barn. Anna var vant med tårer, men det var ikke hennes pasient. Denne mannen hadde «aldri grått før.» Utbruddene og tårene var et enormt nederlag for ham, og han ble kjørt ut av avdelingen med dynen over hodet, svært opptatt av at ingen måtte se ham i den tilstanden. Etter vaktens slutt begynte Anna å gå. Hun gikk rundt Sogns vann. Og etter neste hendelse gikk hun enda litt lengere. På et tidspunkt, da denne gåingen hadde utartet til noen timer nesten hver dag, skjønnte hun at hun måtte finne andre metoder for å bearbeide slike hendelser. På direkte spørsmål om oppfølging i avdelingen, og tid til refleksjon, fortalte Anna at dette var det ikke gitt rom for.

I løpet av de siste ti til femten årene har det situerte perspektivet fått en del innflytelse i fagdebatten om læring. Det kontekstbundne ved læring står i fokus, og her understrekes det blant annet at kompleks kunnskap i mange tilfeller læres best i realistiske, og dermed komplekse, omgivelser (Kårstein & Caspersen, 2014, s.10). En god del av læringen i

praksisfeltet foregår situert, og på en måte som ikke kan planlegges på forhånd. Trainee-sykepleiere møter sammensatte og utfordrende arbeidsoppgaver i praksisavdeling, og til å løse disse oppgavene trenger de sammensatte kunnskaper.

Når studenter eller sykepleiere i opplæring i møtet med praksisfeltet ikke evner å anvende teoretisk kunnskap, kan de legge skylden på seg selv; de er ikke flinke nok. Eller de kan se på den teoretisk kunnskapen som irrelevant (Skår, 2007, s.107). Det synes som om informantene anså den teoretisk opplæringen som relevant, den ble gjennomgående beskrevet nærmest med begeistring. Samtidig gjaldt at de syntes å ha forståelse for at de hadde ervervet en del kunnskap også i praksis, kunnskap de på intervjuetidspunktet ikke klarte å verbalisere: «*Jeg har lært mye, men vet ikke hva.*» Benner et al. (2010) hevder at praksis gir mulighet for ervervelse av en type kunnskap som ikke finnes i klasserommet. For å tilegne seg denne kunnskapen må studenter møte effektive læresituasjoner i praksis. Denne kunnskapen må man lære situert og i samarbeid med erfarne sykepleiere, kan betegnes som evne til klinisk vurdering (ibid). Klinisk vurdering er ansett som en vesentlig ferdighet i sykepleiefaget, og omfatter blant annet evne til problemløsning, kritisk tenkning og beslutningstaking (Tanner, 2006, s.207).

Når noen informanter beskriver en bratt læringskurve i praksis, og andre går så langt å kalle det et «praksissjokk», harmonerer dette med litteratur på området. Utfordringene som ligger i det å kombinere teorien fra skolebenken med virkeligheten, er veldokumentert, blant annet gjennom studentundersøkelser (Dolonen, 2011). Opplevelsen av et «praksissjokk» strekker seg også for noen inn i yrkesaktivt liv. Dette kan indikere at utdanningsinstitusjonene ikke har fylt sitt oppdrag med å forberede sykepleierne for yrkeslivet godt nok. Men det reiser også et spørsmål om når og hvor læring skjer i yrkesprofesjonene. Dersom en velger å betrakte både utdanningsinstitusjonene og arbeidsplassene (sykehusavdelingene) som kvalifiseringsarenaer, må en godta at høyskolene ikke leverer «ferdigvarer.» På dette grunnlaget bør arbeidsgiver utarbeide en tilpasset kvalifiseringsplan for nyansatte i den hensikt å fremme kvalitet i helsetjenesten og trygge pasientsikkerheten. Her tillegges altså helseinstitusjonene et klart opplærings og utviklingsansvar for sine ansatte. Et tiltak som trainee-programmet er i tråd med dette opplæringsansvaret. En kan også tolke det slik at programmet tar denne ansvarsbiten et skritt videre i og med at trainee-sykepleierne ble ansatt *i den hensikt* å bli lært opp og gitt mulighet til å tilegne seg kunnskap og kompetanse.

I tråd med dette vektlegger Alvsvåg og Førland (2007, s74) at bachelorutdanningen i sykepleie er en generell utdanning; denne skal danne basis og legge fundamentet for å gå inn i mange ulike spesielle arbeidsområder. Derfor må en spørre om ikke denne bachelorgraden faktisk må vektlegge det generelle, at det må være denne grunnutdanningens funksjonsområde å legge dette fundamentet. På denne måten vil både studenter og nyutdannede oppleve at praksis i spesialiserte avdelinger blir vanskelig. Som en

følge av dette kan det være at denne type «brobygging» som Akuttklinikken bedriver, mellom bachelorutdanning og videreutdanningene, kan sies å ha sin samfunnsmessige nytte.

Noen trainee-sykepleieres opplevelser av hjelpeløshet den første tiden i praksisfeltet, kan tolkes slik at teknologien og det emosjonelt utfordrende ved intensivsykepleien, medførte at de ikke klarte å mobilisere kunnskap ervervet gjennom tidligere studier og arbeidserfaring. De mestret ikke å identifisere situasjoner der de kunne bruke seg selv og egen kunnskap til pasientens beste. Som en informant formulerte det: «*Plutselig kunne jeg ingenting og plutselig var jeg ingenting.*» Benytter vi stillas-metaforen (Hoel, 2001) kan det synes som om traineene en tid tenkte å starte klatringen i stillaset fra bunnen av, og på denne måten neglisjere den kunnskapen en må anta at de var i besittelse av. En mulig tolkning av dette er at de ikke anså denne kunnskapen som relevant. Vi vet at disse sykepleierne hadde 1-2 års arbeidserfaring da de startet i programmet, og kan ut fra det forutsette at de må ha vært i besittelse av en del kunnskap og kompetanse, ervervet gjennom sykepleierutdanningen og yrkespraksis, på grunnleggende områder i sykepleiefaget. Ved å ha utført pasientrettet arbeid i noen år kan vi også forutsette at de vil ha utviklet en form for omsorgskompetanse. Kunnskap og kompetanse som dette er verdifullt i alle yrker der en arbeider med mennesker, og denne kunnskapen burde derfor aktivt trekkes frem og bygges videre på i læresituasjoner i klinisk praksis (Kirkevold, 2002). Samtidig kan en anta at trainee-sykepleierne også hadde lagt et godt grunnlag å bygge videre på i programmets teoribaserte opplæring, som samtlige uttrykte tilfredshet med. Sykepleierstudenter som er fornøyd med den teoretiske undervisningen de har gjennomgått, er i stor utstrekning også fornøyd med praksisbasert opplæring (Alvsvåg og Førland, 2007). Dette indikerer at god og relevant teoretisk undervisning er mulig å overføre til praksisfeltet. Eller det kan avhenge av det menneskelige aspekt, og være så enkelt som at noen studenter gjennomgående er positive og fornøyde mennesker, og også gir uttrykk for dette i en studentundersøkelse.

Når en leser faglitteratur får man en visjon om intensivsykepleiers yrkesutøvelse som et bugnende tilbudstorg; kompetanse, omsorg, helhetlig pleie, kyndighet i forhold til kriser, styrke i forhold til pårørende. I fagpersoners møte med sykdom og død tar vi imidlertid med oss hele vårt «jeg.» Vi er mennesker formet i og av samfunnet rundt oss. For oss vil dette si at vi tar med oss erfaringer inn i yrkesutøvelsen formet av et samfunn der vi på mange måter er fremmedgjort for sykdom, lidelse og død. Som en trainee sa: «*Jeg har aldri sett noen dø før.*» På denne måten kan «praksissjokket» også bestå i at vi møter noe fremmed og, for oss, en uvant eksistensiell utfordring.

## 5.5 «Risikolæring.»

Benner et al (2010) fremhever nødvendigheten av å lære i det som er realistiske omgivelser for utøvelsen av faget. De poengterer også nødvendigheten av «høyrisiko-læring», at studentene må lære i autentiske omgivelser med virkelige pasienter. Muligheten for å gjøre feil som skader pasienten er helt reell, og alltid til stede, men bare gjennom erfaring kan en lære det håndverket sykepleie er. Det at studenter skal delta i «ekte» og realistiske situasjoner som bidrag til å utvikle betydningsfull læring, kan betegnes som situert læring. For trainee-sykepleierne blir situert læring et viktig element i opplæringen fordi programmet består av hele 80 % praksisbasert opplæring. Og når trainee-sykepleierne lærer i autentiske omgivelser er det rimelig å anta at de på et tidspunkt vil oppleve et møte med en arbeidshverdag som etter all sannsynlighet vil virke skremmende på dem og utfordre dem på ulike plan. Innbefattet i dette ligger også trainee-sykepleiernes benyttelse av intensivsykepleiens mest sentrale artefakter; medisinsk teknisk utstyr.

Sykepleielæreren kan fungere som en døråpner til et faglig miljø og en profesjonell kultur som studenten i utgangspunktet ikke er familiær med (Skaalvik, Henriksen & Normann, 2015). På denne måten kan trainee-sykepleierne oppleve at de gradvis distanserer seg fra veilederen og sin egen «studentrolle», og settes i stand til å nærme seg praksisfellesskapet som et mer likeverdig medlem.

Praksis i høyere utdanninger som er yrkesrettede, må ikke bare forstås som tilegnelse av ferdigheter og kunnskaper. I disse utdanningene handler det også om hvordan ferdigheter, forståelse, identitet og relasjoner virker sammen når man skal utføre spesielle aktiviteter i spesifikke situasjoner (Grossman, Igra, Ronfeldt, Shahan & Williamson, 2009). Flere informanter beskrev læreprosessen i klinisk praksis som en utvikling mot en etterlengtet frihet til å handle. «*Endelig kunne jeg gjøre noe alene!*» Dette kan tolkes dithen at de gradvis var på vei mot å oppnå en kunnskap og kompetanse som kunne frigjøre dem fra andres handlingsmønstre; de kunne begynne det omstendelige arbeidet med å bygge en egen yrkesidentitet, å utvikle en slags særegen intensivsykepleiesignatur. I trainee-sykepleiernes tilfelle kan en tenke at de ennå er på novisestadiet, men har begynt å ane hvor omfattende ekspertsykepleierens kunnskapsområde er. I dette ligger kanskje spesielt en oppmuntring til å utholde den tidlige praksisbaserte læringen i klinikk fordi «belønningen» for læreprosessen blir tydeliggjort for dem. I sluttstadiet i utviklingen fra novise til ekspert er erfarings- og kunnskapsbasert praksis integrert.

Informantenes behov for å bli sett og hørt, kan også tolkes som et behov for å bli akseptert og innlemmet i et fellesskap. «De andre» sykepleierne i avdelingen ble fremhevet av et flertall av informantene som en positiv faktor i læringsprosessen, og det å inngå i et arbeidsfellesskap med disse vil derfor etter all sannsynlighet bli betraktet som et gode.

## 5.6 Veiledning i praksis

Studier viser at studenter og nyutdannede sykepleiere har vanskeligheter med å mobilisere, tilpasse og kombinere ulike kunnskapsressurser i det kliniske arbeidet. Samtidig vet en at studenter selv rangerer praksisstudier som langt viktigere enn teoriundervisningen når det gjelder betydning for kvalifisering til yrkesutøvelse (Vågan, Erichsen & Larsen, 2014). Trainee-sykepleierne oppga også en svært høy grad av motivasjon for læring i dette programmet. Det er derfor grunn til å anta at det var motiverte sykepleiere med visse forventninger til videre utvikling og læring, som møtte kontaktsykepleierne i praksisfeltet. I dette ligger kan hende også en forventning om å bli møtt av en kontaktsykepleier som også uttrykker motivasjon og engasjement overfor veilederoppgaven. Kontaktsykepleierne ble valgt av avdelingene, blant sykepleiere i turnus.

Hva er veiledning? I dagliglivet opplever vi at ordet benyttes på mange ulike måter. Blant annet kan det benyttes for å beskrive situasjoner med instruksjon, undervisning og opplæring. Jeg opplever imidlertid Tveitens definisjon som meningsfull og dekkende:

*«Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetanse styrkes gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier.»* (Tveiten, 2008 s.71).

Campbell, Larnvee, Field, Day & Reutter (1994) viste i en studie hvor viktig, nesten avgjørende, kontaktsykepleier eller praksisveileder er for studenters læring i klinisk praksis. Disses engasjement og evne til kunnskapsformidling, fremheves som essensielle for studenters læring. Veiledere som demonstrerer kliniske ferdigheter og sunn dømmekraft, vil være gode rollemodeller. Ved å se og lytte til studenten og ikke stresse læresituasjonen, samt dele av sin kunnskap, vil en oppnå læring i praksis. Sykepleielærers evne til kommunikasjon med student, fremheves som spesielt viktig i læresituasjonen; studenten må føle at hun har betydning, hun må føle seg sett og møtt (ibid). I denne studien av Campbell et al. ser vi at de sentrale elementene fra teoretisk undervisning gjentas, trainee-sykepleiernes uttrykte ønske om og behov for, å bli sett og møtt.

Ikke alle bekrivelser fra praksisfeltet tyder på at trainee-sykepleierne følte seg sett av kontaktsykepleier. «*Hun hadde ikke tid til meg*» var et utsagn som gikk igjen. Dette forklarte, og unnskyldte, informantene selv med: «*En oppjaget jobb med et vanvittig stort arbeidspress.*» Samtidig var det andre som følte at kontaktsykepleier, uavhengig av ytre faktorer som stresset hverdag og dårlige pasienter, møtte deres individuelle behov for veiledning og læring. Dette sier oss kan hende noe om det Campbell et al. (1994) kaller

engasjement og ikke minst; evne til kunnskapsformidling. Dersom en antar et «mesterlærings perspektiv» åpner dette for nye tolkninger. «Mester» begrepet har blitt gitt innhold gjennom århundrer. Felles for disse er en oppfattelse av noe opphøyet og litt mektigere enn oss selv. En mester *kan* noe og en mester *er* noe. Når noen traineesykepleiere beskriver en kontaktsykepleier som ikke har tid til dem, er ikke dette en beskrivelse som samsvarer med vår oppfattelse av en mester. Informantene gir imidlertid en delvis forklaring selv; manglende tid og rom for veiledning. I litteraturen, og spesielt i den modifiserte modellen av mester-læring (Benner et al, 2010), fremheves at det skal gis tid og rom for veiledning. På denne måten skal ikke driften komme foran sykepleiernes læring.

Å veilede studenter kan oppleves som en merbelastning i en hektisk hverdag både for veileder og praksissted. Det bør frigjøres tid til veiledning, og veilederfunksjonen bør tillegges vekt. Universitets- og høyskolerådet mener det bør stilles krav til formalisert veiledningskompetanse hos praksisveileder, og at denne må gis tid til egen kompetanseutvikling (UHR, 2010). I dagens helsevesen oppleves arbeidstrykket så stort at det er vanskelig å finne tid til kompetanseutvikling. Men dersom det faktisk blir friggitt tid, viser en studie at et flertall av sykepleiere ville prioritere egen faglig utvikling, fremfor å skaffe seg veilederkompetanse (Kårstein & Caspersen, 2014, s. 44). Dette kan indikere at noen sykepleiere blir pålagt en veilederfunksjon uten at de selv føler seg faglig oppdatert og klar for en slik oppgave.

I en studie av Aigeltinger, Haugan og Sørli (2012) er kontaktsykepleiere for sykepleierstudenter i praksisbasert opplæring intervjuet. De fremhever at erkjennelsen av å kunne tvile på egen faglighet, er vesentlig for en profesjonsidentitet både som sykepleier og som veileder, og at dette i møtet med mennesker kan medføre vanskelige situasjoner. En kan tenke at det for en intensivsykepleier i full turnus i hektiske arbeidshverdager også kan være vanskelig å skille stressende faktorer fra hverandre; er det arbeidet i seg selv og hvordan du fyller din funksjon, veiledningsfunksjonen og hvordan du mestrer denne, eller kombinasjonen av disse, som gjør at arbeidshverdagen oppleves stressende?

I Vygotskys sonetenkning om læring i «den nærmeste utviklingssone» vektlegges forskjellen i aktørens kunnskaper og forutsetninger som betingelse for læring. I dette samspillet vil en aktør med mer kunnskap enn den andre være veileder. For de kontaktsykepleierne som gjennomgående fikk de mest positive tilbakemeldingene av informantene, var det spesielt noen karakteristika som gikk igjen; de utøvet sin funksjon både som intensivsykepleiere og veiledere, med sikkerhet og ro. «*Hun stresset aldri, men jobbet allikevel kjemperaskt.*» Og de mestret kombinasjonen av disse funksjonene. Disse veilederne ble også gjennomgående beskrevet som fleksible, de var i stand til å improvisere og utnytte læresituasjoner som ikke var åpenbare for andre. Og de ble beskrevet som aktivt kommuniserende med traineene. De oppmuntret også traineene til i utstrakt grad å benytte opplæringsplanene, både individuell og felles. På denne måten ble lærestoffet utporsjonert og tydeliggjort i praksis. Og igjen, i et



mesterlæringsperspektiv: dette er karakteristikkene av egenskaper som samsvarer med oppfattelsen av hva en mester er og hvordan hun utfører intensivsykepleie.

Disse kontaktsykepleierne synes å fungere som stillasbyggere for traineene; de bidro til å strukturere og tilrettelegge et læringsmiljø uten å benytte «curlingmetoden.» I dette læringsmiljøet kunne informantene både benytte kunnskapen de allerede var i besittelse av, og bygge videre på denne, samt at de kunne utvikle nye ferdigheter som var spesielt rettet mot feltet. I denne sammenhengen er det kanskje særlig interessant at informantene som beskrev denne type veiledere, også var de som i minst grad problematiserte sin egen læringsprosess. Utsagn som «*Det gikk etter forholdene greit*» ble benyttet. Dette gjaldt også i forhold til sykepleiernes artefakter, blant annet medisinsk teknisk utstyr.

## 5.7 Å smake på intensivfaget

Trainee-sykepleiernes beskrivelse av inngangen til en videreutdanning i intensivfaget, kan tolkes dithen at det har utviklet seg noen barrierer mellom videreutdanningen og de sykepleierne den ut fra samfunnsmessige hensyn burde vært interessert i å rekruttere. Disse barrierene berører spesielt to viktige faktorer; For det første gjelder dette mulighet for å skaffe seg adgang til feltet. Postoperative og intensive seksjoner er som beskrevet, relativt lukkede enheter. Det er først med en fullført videreutdanning at en nærmest er sikret adgang. På denne måten vanskeliggjøres rekrutteringen til yrket; det blir komplisert å lokke sykepleiere til en videreutdanning det ikke er mulig å få innsikt i, eller prøve seg frem i forhold til.

Den andre faktoren gjelder, slik informantene beskriver det, et gap mellom kunnskapsmengden og type kompetanse som kreves, i dagens grunnleggende sykepleie og intensivsykepleien. Sykepleiere som har påbegynt sin videreutdanning beskriver møtet med videreutdanningen som tøft. Intensivsykepleien som fagfelt preges av komplekse pasientsituasjoner og høyteknologiske miljøer. En kan derfor anta at overgangen fra andre felt innen sykepleien, uansett vil være utfordrende for nybegynnere. Spørsmålet blir kanskje derfor på hvilken måte en skal introduseres for dette feltet, og av hvem. På denne måten kan lokale tiltak som dette trainee-programmet, innta en brobyggerfunksjon og på sikt være et nyttig og terskeloverskridende tiltak for sykepleiere som ikke har relevant erfaring og som ønsker å «smake på» intensivfaget før de eventuelt søker en videreutdanning.

Det nærmeste en kommer en visualisering av intensivyrket i dag, er mange mer eller mindre realistiske (og uansett svært romantiserte!) TV-serier fra sykehusmiljø. Uansett mengde blod og gørr disse seriene byr på, tydeliggjør de sjelden den psykiske belastningen

intensivsykepleiere møter i arbeidshverdagen: et realistisk bilde av dette ville neppe vært god TV-underholdning. For å oppnå en helhetlig forståelse av dette komplekse yrket, kan det være nærliggende å anta at en fysisk må inn i en avdeling for å høste egne erfaringer.

Innenfor alle yrker vil arbeidstakernes kompetanse øke som et resultat av lang erfaring og utøvelse av yrke. Innen profesjonsfag som sykepleien, har denne erfaringsbaserte kunnskapen, ervervet i en profesjonskultur, blitt tillagt betydelig vekt. Lang yrkeserfaring kan i dette perspektivet knyttes til økt kompetanse (Dæhlen og Seip, 2009, s.9). Med avgang fra yrket grunnlagt i alder vil en derfor miste, ikke bare profesjonsutøvere, men sannsynligvis yrkesutøvere som bærer nødvendig og verdifull kunnskap. Intensivsykepleie er kliniske fag der ferske intensivsykepleiere ikke umiddelbart kan erstatte de mer erfarne, målt i kompetanse og evne til selvstendig arbeid. De erfarne kan fungere som nødvendige og viktige premissleverandører for nyansatte, også i den vanskelige introduksjonsfasen. I et mester-lærings perspektiv kan en si at en mister mestrene. Og i den nærmeste utviklingssonen forsvinner de som har kunnskap til å tydeliggjøre hva oppgaven består i for de som er nybegynnere, og i gang med sin læringsprosess.

I trainee-programmet poengteres denne formidlingen av kunnskap fra de erfarne til de ferske i faget. Det blir beskrevet som at intensivsykepleierne «formelig kan øse av sin kunnskap» og på denne måten skape interesse for faget (Sjøberg et al., 2015). Samtidig blir trainee-sykepleierne fulgt opp av prosjektgruppen gjennom hele forløpet, noe flere av dem fremhevet som et av programmets største fortrinn, og en selvstendig grunn for å søke seg dit: at praksisbasert opplæring skjer i kontrollerte former og ikke overlates til kun en kontaktsykepleier i avdelingen.

Når sykepleiere som har påbegynt sin videreutdanning, sier denne er «sinnsykt tøff» kan dette tolkes på mange måter; en mulighet er som beskrevet over, en opplevelse av at yrket er komplekst og at den menneskelig lidelsen en nesten daglig opplever, kan være vanskelig å forholde seg til, men også nærmest brutal å leve med i lengden. En annen tolkning kan være at det er uoverensstemmelse mellom kunnskapen en erverver seg ved en bachelorgrad i sykepleie, og det som det ideelt sett hadde vært ønskelig at ferske studenter i videreutdanningen kunne. Dette kan igjen tolkes ulikt; bachelorgraden i sykepleie gir ikke tilstrekkelig eller riktig forkunnskap til videreutdanningen, eller videreutdanningsinstitusjonene har ikke bestrebet seg på å møte kunnskapsnivået til sine reelle søkere. Dette kan også indikere at utdanningsinstitusjonene, både på bachelor- og masternivå, ikke fullt ut har vært i stand til å strukturere og tydeliggjøre lærestoffet for studentene. På denne måten har ikke studentene mulighet for å nyttiggjøre seg av andres erfaringer og «låne» andres kognitive erfaringer.

Benytter vi rammeplanene for bachelorgraden i sykepleie og videreutdanningen i intensivsykepleie som kikkhull, er det fortrinnsvis *handlingskompetansen* som fremheves som nødvendig for intensivsykepleiere. I faglig utvikling fra sykepleier til intensivsykepleier

skal en gå fra å inneha en handlingsberedskap til å utvikle en handlingskompetanse. I dette ligger en bevegelse fra kunnskap *om* noe, til tilstrekkelig kunnskap til å omsette teori i faktisk og praktisk handling. Dette kan sammenlignes med lærlingens vei til mester.

## 5.8 Motivasjon for videreutdanning.

I et sosiokulturelt perspektiv er læring et aspekt ved all menneskelig virksomhet, og som art er mennesket lærende. Evnen til å ta vare på erfaringer og bruke dem i fremtidige sammenhenger, er et av menneskets mest særpregede trekk (Säljö, 2001, s.13). På denne måten vil vi alltid være i dynamisk bevegelse mot kunnskap og personlig vekst. Dette tangerer beskrivelsen av individets indre motivasjon for læring (kap. 5.1).

I yrkessammenheng kan vi snakke om å ha et *kompetansemotiv*. Menneskets behov for å føle seg kompetent, *urge toward competence*, ble beskrevet allerede i 1959 av White. Han var opptatt av kompetansens motivasjonelle side, og benyttet begrepet motivasjon i vid betydning. I begrepet «kompetansemotiv» refererte han til:

*«... en organismes disposisjon for effektiv interaksjon med sitt miljø. En slik disposisjon oppnås gradvis gjennom læring, selv om også modning spiller en rolle.»*

(White, her fra Lillemyr, 2013 s.80).

White brukte motivasjon som et samlebegrep for menneskelige tendenser eller behov; eksempelvis utforsknings- og aktivitetsbehovet. Det dreier seg på denne måten om individets kompetanse til å oppsøke og møte utfordringer i sitt miljø, altså å benytte en form for adaptive mekanismer for å oppnå en bedre eller mer effektiv interaksjon med miljøet rundt. (ibid). På denne måten kan en tenke at White med sin beskrivelse av «menneskelige tendenser», er i tråd med Vygotskys tanker om menneskets kontinuerlige læreprosess og bevegelse mot kunnskap og personlig vekst.

På intervju tidspunktet hadde informantene daglig beveget seg i en arbeidshverdag og et miljø der arbeidsgivers ønske om at de skulle motiveres for videreutdanning etter beskrivelsen var tydeliggjort for dem; «*Jeg vet jo hva de vil.....*» Tross utsagn fra informantene om at de nærmest var upåvirket av disse forventningene, er det grunn til å tro at det å bevege seg i et miljø der påvirkningen må ha vært massiv, vil medføre at en gjør disse målene til sine egne, ønskene og målene internaliseres. Den sosiokulturelle teorien ser motivasjon som et resultat av individets aktive deltagelse i samfunnet. En deltar i aktiviteter for å opprettholde identiteten og relasjoner til andre i samfunnet. Som en følge av dette blir

mennesker motivert for å lære dersom de er i klasser eller grupper der læring verdsettes (Bråten, 2012).

I et sosiokulturelt perspektiv kan en altså anta at deltagelse i trainee-programmet der en av de uttrykte målsetninger er å motivere til videre læring, og et flertall av gruppe medlemmene har adaptert dette målet, vil virke motiverende på en trainee.

Samtidig mener jeg at dette også kan handle om identitetsutvikling både på profesjonelt og personlig plan. Disse sykepleierne har startet en prosess som har «løftet» dem fra det en kan kalle grunnplanet i sykehusverdenen og et stykke på vei inn i spesialistenes rekker, de har så vidt startet på utviklingen fra lærling til mester. I dette ligger en anskueliggjøring, ikke bare av kunnskapsnivået de kan oppnå, men også av den smule statusen som følger en videreutdanning.

Motivasjon for læring har også samfunnsmessige aspekter, og vår yrkesdeltagelse må sees i samfunnsmessig kontekst. Dagens samfunn er komplekst og det kreves forståelse, kunnskap og innsikt av hver enkelt av oss for å være bevisste og aktive samfunnsborgere. Vi opplever en økende internasjonalisering og konkurranse i arbeidslivet, noe som fører til nye krav og raske endringer på arbeidslivsarenaen. Kunnskapskrevende arbeidsplasser, eksempelvis innen helsevesenet, krever stadig mer sammensatt og spesialisert kompetanse. I løpet av en yrkeskarriere kan det derfor bli nødvendig for arbeidstakeren å øke eller endre sin formelle kompetanse, for på denne måten å møte de nye kravene. Etter- og videreutdanning er et viktig redskap i denne sammenhengen (Engesbak & Finbak, 2005). Utdanningsdirektoratets *Læreplan for grunnskolen* (2011) sier at samfunnsutviklingen tilsier at de som er barn i dag, må gis grunnlag for i fremtiden å kunne gå inn i yrker som ennå ikke er skapte.

Historisk har sykepleieryrket vært preget av altruisme; sykepleiere hadde (fått) et kall. En studie av sykepleier- og medisinerstudenters motiv for å velge sin utdanning, viser at altruismen ikke er død, men kombineres i dag med studenters ønske om selvrealisering. Denne kombinasjonen «hjelp andre og leve interessante liv» fremstår som de to viktigste faktorene i verdiprofilen til morgendagens utøvere i helsesektoren (Abrahamsen, 2007, s.30). En kan tenke at «leve interessante liv» også vil omfatte det å besitte interessant kunnskap om menneskelig liv og helse, og på denne måten også representerer et grunnleggende behov for læring. Samtidig er et fenomen som individualisering sentralt i dagens samfunn. Unge mennesker vokser og utvikler seg i omgivelser der de blir fortalt at alt er mulig. At valget er deres.

I en studie fra 2005 som betegnende nok er kalt «*Mye vil ha mer*» har Engesbak & Finbak studert etter- og videreutdanningsmønsteret i Norge. I sin konklusjon bringer de inn den såkalte «Matteuseffekten»; urettferdigheten i det at de som har mye fra før skal få mer, mens de som har lite får mindre. De hevder at man skulle antatt at det ville vært motsatt; at de som hadde minst utdanning ville ha mest behov for opplæring og kompetanse, og dermed i større utstrekning ville deltatt i slike tiltak. Til tross for dette deltar de med størst

behov minst. I denne studien hevder forfatterne at det vil være en utfordring de som har ansvaret for utdanningene må påta seg; å motivere til, og legge til rette for, at alle uansett kompetansenivå, kan ta videreutdanning (ibid). «Mye vil ha mer» når det gjelder utdanning, kan ha mange årsaker; dette kan gjelde menneskets individuelle behov for videre læring som utløses av grunnleggende læring. Sagt på en annen måte: *læring avler læring*. Har du noe kunnskap, vil du ønske deg mer. På denne måten kan en tenke at en også kan hindre kunnskapsmessig aldring og gjøre seg relevant for arbeidslivet lengere.

«Mye vil ha mer.» Når det gjelder videreutdanning kan dette også ha andre tolkninger; blant annet i forhold til de ovennevnte kunnskapsbedriftene med sine stadig endrede og økende kompetansebehov. I disse bedriftene, og herunder finnes også helsevesenet, og kanskje i særlig grad fagfelt som de Akuttklinikken omfatter, vil ansatte nesten alltid ha en utdanning på minst bachelornivå når de starter sin yrkeskarriere i bedriften. Eneste unntak her vil være rengjørings- og kontorpersonell. For utdanningene på bachelornivå vil det gjelde at de er såkalte korte profesjonsutdanninger, og representerer et minstekrav for denne type yrkesutøvelse. I denne sammenhengen vil det være naturlig at både virksomheten og hver enkelt ansatt ønsker at arbeidstakerne skal delta i videreutdanning, ut fra virksomhetens spesialiserte kompetansebehov. Utdanning utover bachelornivå blir på denne måten nærmest et krav, og vil være det kompetansenivået sykepleieres yrkesutøvelse i denne virksomheten måles mot. Det er kanskje noe av dette informantenes utsagn om at de ikke «bare» vil være sykepleiere handler om.

Kompetanse har betydning både for hver enkelt arbeidstaker som skal utvikle seg og ha en meningsfull arbeidshverdag, men også for virksomheter som skal løse en samfunnsoppgave. Ideelt sett bør det skje et samspill mellom ansatte og virksomhet, der virksomheten søker å øke kompetansen hos sine ansatte på de områder som er nødvendig for at virksomheten skal fylle sin samfunnsoppgave (Dæhlen & Seip, 2009, s.23). Virksomheter kan benytte ulike virkemidler for å stimulere til kompetanseutvikling innen de fagfeltene der de har størst behov, eksempelvis kan de betale arbeidstakere lønn under videreutdanning. Virksomheter innen helsevesenet har i varierende grad benyttet seg av dette virkemiddelet, det gjelder spesielt fagfeltene ABIO (anestesi- barn, intensiv og operasjon). Akuttklinikken har opp gjennom årene benyttet seg av dette incitamentet på ulike måter; fra stipender med noe reduserte rettigheter, eksempelvis i forhold til sykelønnsordninger, til ansettelse i utdanningsstillinger. Disse ulike ordningene har utløst bindingstid til klinikken. For traineene gjaldt at deltagelse i programmet ikke utløste bindingstid, men etter fullført program ville de ha fortrinnsrett til utdanningsstillinger som vil gi lønn under utdanning, og disse ville utløst en bindingstid. For et absolutt flertall av traineene var bindingstid til klinikken etter eventuelle videreutdanning, en ordning de opplevde som akseptabel. Dette kan tolkes som at dette bytteforholdet ble anerkjent; «gratis» utdanning mot at du forplikter deg overfor arbeidsgiver, slik at virksomheten har forutsigbarhet i forhold til ditt arbeidsforhold en tid etter at videreutdanningen er fullført. Samtidig kan dette også være et uttrykk for

informantenes relasjonelle avhengighet til Akuttklinikken; selv etter fullført videreutdanning har de et stykke igjen i sin læreprosess og i denne konteksten blir det kjente, og etter hvert trygge, en positiv faktor. På denne måten kan en tenke at i løpet av bindingstiden til arbeidsgiver fullfører en læretid.

Ansatte kan ønske å utvikle sin kompetanse både for å lære mer om sin nåværende jobb, men også som et ledd i videre karriere. Informantene var, i tillegg til å tenke egen vekst og utvikling, i relativt stor grad opptatt av egen karriere. Dette var imidlertid ikke betingelsesløst; flertallet av informantene ga uttrykk for at de nøye hadde vurdert hvordan en karriere innen intensivfeltet ville virke psykisk og fysisk belastende over tid. De hadde opplevd at omsorg koster og at også innlevelsens tyngde kan være tung å bære. For noen medførte dette at de til tross for sin interesse for fagfeltet og arbeidsgivers intensjoner med programmet, valgte bort en videreutdanning i intensivsykepleie. Samtidig ga de uttrykk for at de på denne måten absolutt ikke utelukket andre videreutdanninger; alle informanter med unntak av en, oppga på intervjuetidspunktet at de ønsket og/eller planla å videreutdanne seg, de fleste til masternivå, og noen til ph.d.

Et flertall av informantene oppga imidlertid at de ønsket en videreutdanning i intensivsykepleie. For noen var erfaringene de gjorde i løpet av programmet, en bekreftelse på at de hadde valgt riktig. Disse ventet derfor bare på neste søknadsfrist til videreutdannelsen, og oppfattet trainee-virksomheten som en god, nærmest nødvendig, faglig forberedelse. For disse kan muligheten for en utvidelse av videreutdanning til master etter all sannsynlighet fungere ytterligere motiverende. For andre fantes det imidlertid noen forbehold i forhold til yrkets belastninger. I deres fremtidsvisjoner lå en distansering fra direkte pasientkontakt. På et tidspunkt, «*en gang senere...*», og helst innen 10 år, oppga de at de ville ønske å gå over i en type arbeid der de kunne bruke sin videreutdanning, men ikke i direkte pasientkontakt. Her ble ulike typer leder-, forsknings- og lærerstillinger nevnt. Dette harmonerer med Seierstad & Eimot (2015, s. 24) som fant at kun 42 % av norske intensivsykepleiere ser for seg at de blir i yrket frem til pensjonsalder. I dette ligger en klar utfordring både til politiske aktører og den enkelte virksomheten; et rekrutterende tiltak som trainee-programmet, fortøner seg smått meningsløst dersom en ikke samtidig makter å ivareta de arbeidstakerne en allerede har. Dette gjelder i særlig grad de eldre, mestrene, som en kan anta besitter den mest omfattende kompetansen.

## 6. AVSLUTNING

### 6.1 Diskusjon av studien

Enhver studie har sine begrensninger, så også denne. På mange måter har denne forskningsprosessen bestått av fortløpende prioriteringer. Trolig kunne det vært gjennomført utallige studier på dette emnet, alle med ulik vinkling. Forhåpentligvis kan både denne studien, og noen emner som her er prioritert bort, gi materiale for videre forskning.

Valget var å fokusere på trainee-sykepleiernes *erfaringer*. Dette medførte at andre gruppers opplevelser av, og erfaringer med, programmet ikke har blitt belyst. Eksempelvis kunne det vært svært interessant med en studie der avtakersiden, representert ved lederne i de enkelte avdelingene, fikk komme til ordet. De ser hvordan trainee-sykepleierne fungerer i hverdagen, og det vil være nærliggende å anta at de har gjort seg opp noen tanker om læringsutbyttet av dette programmet. Det samme gjelder foreleserne i programmet og «de andre» sykepleierne i avdelingene. Og ikke minst: kontaktsykepleierne, hvis funksjon viste seg å være avgjørende for sykepleiernes erfaringer i klinisk praksis. Hvordan har de opplevd å veilede trainee-sykepleiere versus andre ordinært nyansatte sykepleiere?

Før intervjuene fikk deltagerne i programmet et informasjonsbrev om studien (vedlegg). Av dette, og av all annen informasjon de fikk i løpet av prosessen, gikk det klart frem at denne studiens hensikt var å belyse deres erfaringer. Hensikten var ikke å evaluere læringsutbyttet deres eller som nevnt ovenfor; etterspørre fra andre grupper hvorvidt dette var et vellykket program. På denne måten var intensjonen at informantene skulle kunne fortelle utfyllende og ærlig om sine opplevelser med teoribasert opplæring, så vel som praksis i klinikk. På grunnlag av dette kan en tenke at denne studiens styrke kan sies å være at en gruppes erfaringer har blitt grundig belyst, samtidig som det etiske aspektet har blitt ivaretatt.

En annen begrensning er at jeg kun i liten grad har vurdert kost-nytte effekten av dette opplærings- og rekrutteringsprogrammet opp mot andre tiltak med helt eller delvis samme målsetning.

I metodevalget ble fokusgruppeintervju vurdert. Dette ville muligens ha gitt en god gruppedynamikk, og på denne måten frembragt andra data enn hva tilfellet ble med de gjennomførte dybdeintervjuene. Samtidig åpnet disse en-til-en intervjuene en mulighet for hver enkelt informant til å bli hørt. Funn er også presentert i sitats form gjennom studien for å formidles mest mulig ubearbeidet og fortolkningsfritt.

Anonymitetshensyn gjorde at utvalget og rekrutteringsgrunnlaget ble utvidet. På denne måten ble ikke intensjonen om at informantene skulle intervjues på samme sted i

opplæringsforløpet fulgt. Dette kan ha hatt innflytelse på resultatet av studien, men det ble i denne sammenhengen vurdert å være viktig og riktig å ivareta anonymitetshensynet. Samtidig er dette fremdeles et lite utvalg og funnene kan derfor ikke generaliseres.

De empiriske funnene i denne studien er belyst ved hjelp av aktuell forskning og litteratur på området. Spesielt sentralt har sosiokulturell læringsteori stått. Funn i studien må sies å sammenfalle med eksisterende litteratur på området. Samtidig er denne formen for organiserte lokale opplærings- og rekrutteringsprogram nærmest for pionerarbeid å regne, og tilgjengelig litteratur vil ikke være absolutt dekkende for emneområdet.

Mangel på litteratur som fullt ut dekker dette emnet, kombinert med en teknologisk utvikling og en alderssammensetning i befolkningen som tilsier et stadig økende behov for intensivplasser og intensivpersonell, gjør at jeg anser denne studien å ha både aktualitet og relevans.

I gjennomføringen av denne studien må den største utfordringen sies å ha vært å forske på egen arbeidsplass. Når informantene har beskrevet foreleserne i programmet og veiledere i praksis, er dette mennesker jeg har kjennskap til. På denne måten har jeg tatt meg selv i å ikke gjenkjenne til informantenes fortellinger og opplevelser. Balansegangen mellom å oppfylle studiens hensikt: å formidle trainee-sykepleiernes erfaringer med programmet og hensynet til omtalte andre personer, har vært svært utfordrende.

## 6.2 Konklusjon

Trainee-sykepleiernes grunner for å delta i programmet, dreier seg i all hovedsak om å finne en vei inn i et fagfelt som oppfattes som lukket, og i kontrollerte former få anledning til å prøve seg innen dette fagfeltet. Dette er i pakt med programmets intensjon. Mangelen på spesialsykepleiere i Norge har vedvart over år og er, etter NSF's initiativ, dokumentert. En vet også at en stor andel intensivsykepleiere nærmer seg pensjonsalder og at frafallet på grunn av alder vil bli økende i årene fremover. En stor avgang til pensjonsalder tilsier at de mest erfarne intensivsykepleierne forsvinner. I et mester-lærling perspektiv vil dette si at yrket en tid fremover vil utøves av mange lærlinger, men få mestere. Dette kan, i negativ retning, påvirke både faglig utøvelse og videre læring og kompetanseutvikling for de ferskere i faget, novisene. På dette grunnlaget haster det med å tenke rekruttering til videreutdannelsen.

Trainee-sykepleiernes erfaringer indikerer at en type introduksjon eller «forkurs» til en videreutdanning i intensivsykepleie, kan ha sin berettigelse. Samlet sett kan det synes som om trainee-programmet tilbyr en introduksjon til, og en vei inn i, intensivsykepleien, og



dermed virker som brobygger for deltagerne i forhold til de barrierene trainee-sykepleierne har beskrevet eksisterer i forhold til å få innpass i intensivfaget.

Et av denne studiens klareste funn er informantenes gjennomgående store tilfredshet med utbytte av teoribasert opplæring, og hvordan de plasserte læringsutbyttet av dette programmet i forhold til utdannelser de tidligere hadde gjennomgått innenfor høyskoler og universitet. Dette aktualiserer debatten om akademiseringen av omsorgsprofesjonene og deres utdanningsinstitusjoner. En debatt som i all hovedsak har omhandlet brytningen mellom vitenskapen og de praktiske fagene.

Uten et rammeverk som er avledet fra en nasjonal rammeplan, eller en binding til et formalisert høyskoleprogram, lever dette trainee-programmet et mer uformelt liv enn det ellers ville gjort. På denne måten har de ansvarlige stått friere i forhold til å planlegge og igangsette programmet. Dette har gitt seg utslag både i form av hvem som er valgt til å undervise i programmet, og hvilket lærestoff de formidler: foreleserne er hentet fra praksisfeltet og lærestoffet er praksisnært. De ansvarlige for igangsetting av programmet har blant annet fritt kunne velge, uten hensyn til formelle kvalifikasjoner når det eksempelvis gjelder forsknings- eller pedagogisk kompetanse, når de har rekruttert driftere og forelesere. Dette vil på ingen måte si at foreleserne var uten formell kompetanse: blant de faste foreleserne er alle spesialsykepleiere og flere har, eller er i gang med, en mastergrad i sykepleievitenskap.

Dette er et program som har mobilisert noe motstand i det en kan kalle «intensivkretser», se eksempelvis Fonn (2015b). Det kan derfor være nærliggende å anta at en, i tillegg til å ønske måloppnåelse ut fra driftshensyn, også ønsker suksess ut fra at det ligger en del prestisje for Akuttklinikken i å lykkes med dette prosjektet. Uten å trekke vidtgående konklusjoner, vil det i denne sammenhengen være nærliggende å anta at både foreleserne og programansvarlige har vært valgt, ikke bare ut fra faglig kompetanse, men også til en viss grad ut fra andre kriterier. Vi vet at forelesere finnes i alle avskygninger, fra de mest karismatiske og engasjerende, til de mer trauste. Sagt i klartekst: Akuttklinikken har etter all sannsynlighet benyttet sine «beste folk» til denne undervisningen. På denne måten har de tydeliggjort hvor viktig dette uhandterlige begrepet «personlig egnethet» er i all virksomhet som omfatter menneskelige relasjoner.

Med organiseringen av dette programmet har Akuttklinikken vist at avtakersiden for sykepleier- og intensivsykepleierutdannelsene har omfattende kunnskap om hvilken kompetanse som behøves for at klinikken skal fylle sin lovpålagte funksjon. Dette kan tyde på at de som tar til ordet for at avtakersiden må få større innflytelse på utformingen av helseprofesjonsutdanningene har et poeng.

Trainee-sykepleiernes blandede opplevelser av møtet med praksisfeltet viser at mange faktorer virker sammen i disse sykepleiernes praksisbaserte læringsprosess. Funn i denne studien kan tyde på at en klinisk dyktig veileder, en mester, med god formidlingsevne,

interesse for faget og entusiasme overfor egen veiledningsfunksjon, er den viktigste ytre faktoren i denne læringsprosessen. Samtidig kan også andre forhold av strukturell og/eller organisatorisk art være av betydning. Dette gjelder spesielt tid og rom avsatt til veiledning.

Bachelorgraden i sykepleie er en generell utdanning og forbereder i liten grad sykepleiere på møtet med postoperative og intensive avdelinger, deres kompleksitet og sammensatte utfordringer. Dette gjelder utfordringer både på kunnskapsmessig og emosjonelt plan «Praksissjokket» som noen informanter beskrev, er derfor fullt forståelig, og må betraktes kontekstuell i forhold til samfunnsutvikling og den enkelte trainees livserfaring.

Et flertall av informantene oppgir at de planlegger å søke intensivutdanningen. En kan tenke at noen av disse ville valgt denne typen videreutdanning uavhengig av deltagelsen i programmet. Denne deltagelsen medførte kun en bekreftelse på antagelsene de hadde hatt på forhånd om intensivsykepleiens innhold og utfordringer, men også gleder. «*Dette er dødsinteressant!*», var et utsagn jeg hørte flere ganger. Og for disse ville dette valget uansett vært riktig. Når andre traineer, som en direkte følge av sine opplevelser og erfaringer innen trainee-programmet, derimot velger bort denne videreutdanningen, kan en tenke at dette også er riktige valg. Dersom disse sykepleierne hadde påbegynt en slik videreutdanning, ville de etter all sannsynlighet før eller senere kommet til samme erkjennelse som nå; at dette ikke var riktig vei å gå for dem. Verken den enkelte arbeidstaker, virksomheten hun tilhører eller samfunnet generelt, er tjent med at arbeidstakeren velger feil utdanning. På denne måten fyller et slikt trainee-program både en samfunnsfunksjon og en bedriftsintern oppgave, samtidig som hver enkelt sykepleier har personlig nytte av å få tydeliggjort hva dette fagfeltet innebærer. På dette grunnlaget kan de gjøre karrierevalg som er riktige for dem.

Ser en på programmets måloppnåelse kan en konkludere med at en i stor grad har lykket i målsetningene. Funn i studien viser at informantene anså trainee-programmet for å være en god og relevant bro mellom bachelorgrad og videreutdanninger. Videre anså de det samlede læringsutbyttet av programmet å være svært bra, til tross for utfordringene de møtte i praksisbasert opplæring.

Et flertall av informantene oppgir allerede nå, ved sin inngang til yrket, konkrete planer for en retrett fra pasientnær virksomhet, og en utgang fra yrket. De oppgir planer om leder- eller forskerstillinger i fremtiden. Dette indikerer at de tenker langsiktig, og at ønsket om å hjelpe andre for dem ikke er forutsetningsløst. Her nevnes i særlig grad yrkets emosjonelle omkostninger og generell belastning med travelhet og stress i hverdagen. Dette viser at denne typen tiltak, som trainee-programmet, ikke eksisterer i et vakuum men inngår i en større samfunnsmessig kontekst.

## Senere.....

Det gikk noen måneder og jeg var i skriveprosessen. Balet med mitt og visste verken bak eller frem på mitt eget møysommelig innsamlede datamateriale. Gikk litt i egne tanker og var litt distré. Vi møttes i korridoren. Jeg hadde hørt rykter, man hører alltid rykter på sykehus. Dette var den trainee-sykepleieren som var skikkelig fed up og ferdig med alt som het opplæring. Trainee-sykepleieren som hadde «*..lært nok for et helt liv om hvor syke pasienter kan bli.*»

*«Hei du. Hvordan går det?» «Joa, du vet. Heftige dager. Har søkt videreutdanning.»*

## 7. Referanser

- Abrahamsen, B. (2007). Hva motiverer kvinner til å bli sykepleiere? I Alvsvåg, H. & Førland O. (red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. (27-45). Oslo: Akribe.
- Aigeltinger, E., Haugan, G. & Sørli, V. (2012). utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. *Sykepleien Forskning* 7(2), 160-166.
- Alasad, J. (2002). Managing technology in the intensive care unit : nurses' experience. *International Journal of Nursing Studies*. 39(4), 407-413.
- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt. *Sykepleien Forskning* 4(3), 216-220.
- Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007). Hva kan vi lære av nyutdannede sykepleieres tilbakemeldinger til utdanningen? I Alvsvåg, H. & Førland, O. (red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiv på sykepleie*. (65-81). Oslo: Akribe.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: Tano
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010). *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer*. San Fransisco, CA : Jossey-Bass Oslo: Akribe
- Bjørk, I.T. (2001). Sykehusavdelingen- et miljø for læring? *Vård i Norden*. 21 (4), 4-9.
- Braun, V. & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, (3), 77-101.
- Bråten, I. (2012). Om Vygotskys liv og lære. I Bråten, I. (red), *Vygotsky i pedagogikken*. (13-42). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Bråten, I & Thurmann-Moe A.C. (2012). Den nærmeste utviklingszone som utgangspunkt for pedagogisk praksis. I Bråten, I (red.), *Vygotsky i pedagogikken*. (123-143). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Campbell, J.E., Larnvee, L., Field, P.A., Day, R.A. & Reutter, L. (1994). Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*. (20), 1125-1131.
- Caspersen, J. & Kårstein, A. (2013) *Kvalitet i praksis. Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere* (NIFU-rapport 14/2013). Hentet fra: <http://www.nifu.no/files/2014/05/NIFU-rapport2014-16.pdf>

- Christiansen, B., Heggen, K. & Karseth, B. (2004). *Klinikk og akademia. Reformen og roller i sykepleier utdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christiansen, B. (2012). Knowledge-seeking practices of competent nurses. *Nordisk sykeplejeforskning*, 2 (2),121-132.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Davies, R. (2008) The Bologna process; the quiet revolution in higher education. *Nurse education today*. (28),935-942.
- Dolonen, K. A. (2011). Praxis-sjokket. *Sykepleien* 99 (10), 46-48.
- Dysthe O. (2001). Om sammenhengen mellom dialog, samspel og læring. I Dysthe, O. (red.) *Dialog, samspel og læring*. (9-30). Oslo: Abstrakt Forlag
- Dysvik, Kuvaas & Buch (2010): [Trainee programme reactions and work performance: The moderating role of intrinsic motivation](#), Human Resource Development International, Volume 13, Issue 4, 2010, Pages 409-423, 10.1080/13678868.2010.501962. Lastet ned 1.5.2016.
- Dæhlen, M. & Seip, Å.A. (2009). *Sykepleieres kompetanse. Etter- og videreutdanning, verdsetting og motivasjon* (Fafo-rapport 36/2009). Hentet fra [http://www.fafo.no/~fafo/media/com\\_netsukii/20126.pdf](http://www.fafo.no/~fafo/media/com_netsukii/20126.pdf)
- Egede-Nissen, V., (2004). *Fra håndverk til vitenskap –og tilbake: mester og lærling som modell for veiledning*. Forskningsserien: Høyskolen i Akershus.
- Engesbak H. & Finbak, L. (2005). *Mye vil ha mer- om deltakelse i etter- og videreutdanning*. Samfunnsspeilet (3), 29-35.
- Eraut, M. (2004). Learning contexts. *Learning in Health and Social Care*, 5(1), 1-8.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. (2000). *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Flatland, S. (2015). Sykepleierløftet. *Inspira* (2),2.
- Fonn, M.(2015a). Smaker på intensivsykepleie. *Sykepleien*, 103 (4), 42-44.
- Fonn, M.(2015b). Trainee-ordningen ingen varig løsning. *Sykepleien* 103 (4),45.
- NSF, *Funksjonsbeskrivelse intensivsykepleie*, Hentet 1.5.2016 fra <https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykeplei>

[er%20 2 .pdf](#)

- Granum, V. & Solvoll, B-A. (2006). *Sykepleien, den forskende praktiker*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Grossman, P, Compton, C., Igra, D., Ronfeldt, M., Shahan, E. & Williamson, P (2009). Teaching Practice: A Cross-Professional Perspective. *Teachers College Record*, 111(9), 2055-2100.
- Hatlevik, I.K.R. (2015). *Meningsfulle sammenhenger. En studie av sammenhenger mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer- og sosialarbeider-utdanningene*. Doktorgradsavhandling, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Helsedirektoratet (2012) *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030* (Rapport IS-1996, 2012). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/190/Behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten-en-status-trend-og-behovsanalyse-fram-mot-2030-IS-1966.pdf>
- Hembre, U. (2016). *Sykepleiernes praksis baserer seg på teori*. Aftenposten 19.februar 2016, 2, del 2.
- Hiim, H. & Hippe, E. (2009). *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hoel T.L. (2001). Ord på vandring: Elevar i samtale om tekstar. I Dysthe, O. (red.), *Dialog, samspel og læring*. (269-289). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Hyllseth, B. (2001). *Forskningsbasert undervisning*. (Norgesnettrådets rapporter ISSN 1501-9640). Hentet fra [http://www.nokut.no/documents/nokut/artikkelbibliotek/norsk\\_ utdanning/nnr-publikasjoner/forskn\\_basert\\_undv.pdf](http://www.nokut.no/documents/nokut/artikkelbibliotek/norsk_ utdanning/nnr-publikasjoner/forskn_basert_undv.pdf)
- Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kjøllesdal, A. (2010.) Er teknologisk kompetanse omsorg? *Sykepleien* 98 (8), 75-77.
- Krokås, W (2013). *Bruk av traineeprogram som virkemiddel for rekruttering av sykepleiere*. Paper presentert på Helse og omsorgskonferansen i Hordaland.
- Krøger, C. (2016). *Flere mastere? Skrekk og gru*. Aftenposten 16. februar 2016, 10, del 3

- Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (2011). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/kompetanse/nkr2011mvedlegg.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvåle, R. (2012). *Korleis går det med eldre intensivpasienter?* Hentet 1.5.2016 fra <http://www.intensivregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=YeudsgBWQvc%3D&tabid=92&mid=462>
- Kårstein, A. & Caspersen J. (2014). *Praksis i helse- og sosialfagutdanningene. En litteraturgjennomgang*. NIFU-rapport 16/2014. Oslo: NIFU
- Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situert læring- og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lian, O. (2007). *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- Lillemyr, O.F. (2013). *Motivasjon og selvforståelse. Hva ligger bak det vi gjør?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Lund, T. & Haugen, R., (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub forlag.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert-en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- NOU 2008:3 (2008). *Sett under ett. Ny struktur i høyere utdanning*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse. Om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rammeplan for sykepleierutdanning. (2008). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. (2005). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan\\_for\\_intensivsykepleie\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf)
- Rice, L.P. & Ezzy, D. (1999). *Qualitative research methods*. Oxford University Press.

- Raaheim, A.(2011). *Læring og undervisning*. Bergen: Fagbokforlaget
- Seierstad, T.Ø. & Eimot, M. (2015). *Rapport ABIO ressurs*. Oslo: Analysesenteret
- Sjøberg, M., Klævahaugen, I., Lieungh, M. & Rannem, S. (2015). Trainee-ordninger i intensivavdelinger. *Sykepleien*, 103 (7), 81.
- Skogsaas, B & Karlsen M.M.W. (2015). Fra videreutdanning til mastergradsstudium. *Sykepleien*, 103 (3), 56-59.
- Skaalvik, M.W., Henriksen, N., & Normann, H.K. (2015). The nurse teacher's role in clinical practice. Norwegian nursing students' experiences. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(4), 356-366.
- Skår, R. (2007) Praksis- en læringsarena som engasjerer. I Alvsvåg H. & Førland, O. (red) *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. (101-117). Oslo: Akribe
- Smeby, J.-C. & Vågan, A (2007). Fra utdanning til arbeid. I Alvsvåg, H. og Førland, O. (red) *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie*. ( 81-101). Oslo: Akribe
- Strandberg, L. (2009). *Vygotskij i praksis*. København: Akademisk forlag
- Sylte, A. L. (2013). *Profesjonspedagogikk. Profesjonsretting/yrkesretting av pedagogikk og didaktikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Säljö, R. (2001). *Læring i praksis. Et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen Akademisk
- Tanner, C.A (2004). The Meaning of Curriculum: Content to be Covered or Stories to be Heard? *Journal of Nursing Education*, 37 (9), 383-384.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: A research- based model of clinical judgement in nursing. *Journal of Nursing Education* 45 (6), 204-211.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori- for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Taasen, I. (2006). Unik sjanse for sykepleiefaget. *Sykepleien*, 94 (9), 68-69.
- UHR, Universitets- og høyskolerådet (2010) *Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene: Rapport fra UHR's kartleggingsundersøkelse av ekstern, veiledet praksis som del av studieforløpet for 115 helse- og sosialfagutdanninger* (UHR-rapport, 4/2010). Hentet fra



[http://www.uhr.no/documents/ny kortv m forside FOKUS P PRAKSISSTUDIENE 3.pdf](http://www.uhr.no/documents/ny_kortv_m_forside_FOKUS_P_PRAKSISSTUDIENE_3.pdf)

Vågan, A., Erichsen, T. & Larsen, K. (2014). Sykepleierstudenters syn på kunnskap og læring. *Sykepleien Forskning*, 9(2), 170-181.

Lov om spesialisthelsetjenesten. Lovdata.