



Nursing homes as learning environments:

A study of experiences and perceptions of nursing students and
supervising nurses

Mari Wolff Skaalvik

A dissertation for the degree of Philosophiae Doctor

University of Tromsø
Faculty of health sciences
Department of health and care sciences

February 2010

Nursing homes as learning environments:

A study of experiences and perceptions of nursing students and
supervising nurses

Mari Wolff Skaalvik

A dissertation for the degree of Philosophiae Doctor

University of Tromsø
Faculty of health sciences
Department of health and care sciences

February 2010

FORORD

Min interesse for sykehjem som læringsmiljø for sykepleierstudenter bygger på mange års erfaring som sykepleielærer. Arbeidet som sykepleielærer omfatter blant annet teoretisk undervisning og undervisning og veiledning av studenter i deres praksisstudier. Mine erfaringer fra praksisveiledning har jeg i all hovedsak fra sykehjem. Jeg erfarte tidlig at praksis i sykehjem er komplisert og sammensatt dersom læringsmålene skal nås. God planlegging og organisering er forutsetninger for studentenes læring i praksis, og det berører og utfordrer studenter, ledere og sykepleiere i praksisfeltet og lærere.

Som sykepleielærer har jeg møtt sykepleierstudenter som har uttrykt at praksis i sykehjem opplevdes som vanskelig. En hektisk hverdag gjorde at det ofte ble liten tid til å stille spørsmål og reflektere over egen praksis. Mange studenter uttrykte at de så på praksis i sykehjem som lite utfordrende og som noe de bare ”måtte komme gjennom”. Studentutsagn om at ”det er jo bare stell” tyder på at utfordringene er mange for å styrke sykehjem som læringsmiljø. Samhandling i situasjoner som stell, måltider, sosialt samvær og rapport må rammes inn av utforskende og kritisk refleksjon i dialog med erfarne utøvere av faget for at studentene skal oppleve et positivt læringsmiljø. Jeg har også opplevd at studenter, mens de har hatt sykepleiepraksis i sykehjem, har snakket om konkrete pasientsituasjoner som interessante og berørende. Deres kritiske og til dels negative oppfatninger om praksis i sykehjem bygde på erfaringer om begrenset plass for utforskning av og diskusjon om sykepleiefaglige problemstillinger i pleie og omsorg for eldre.

Mitt mål med forskningen som presenteres i denne PhD-avhandlingen, er at den skal være et bidrag til å synliggjøre hvordan et utvalg av sykepleierstudenter og kontaktsykepleiere

erfarer læringsmiljøet. Forhåpentlig kan avhandlingen bidra til økt bevisstgjøring om hvilke faktorer som har betydning for et positivt læringsmiljø i sykehjem. Konkrete pleie- og omsorgssituasjoner er bærebjelker i læringsprosessen når utøvelsen av sykepleie skjer i et læringsmiljø som vektlegger et godt samspill mellom sykepleier og student. Dette utdypes ut fra data om studentenes ønske om å lære mer om og å praktisere personsentrert omsorg for personer som lider av demenssykdom. I avhandlingen presenteres også en artikkel som bygger på data fra en spørreskjemaundersøkelse for et større antall sykepleierstudenter som evaluerte det kliniske læringsmiljøet i henholdsvis sykehjem og sykehus.

Et positivt læringsmiljø har betydning dersom rekruttering av sykepleiere til eldreomsorg skal styrkes og kvaliteten i omsorgen for eldre bli bedre. Forskning har vist at studenter etter avsluttet sykepleierutdanning ofte vender tilbake til steder der de har hatt positive praksiserfaringer. De eksisterende rekrutteringsproblemene av sykepleiere til eldreomsorg skyldes blant annet mange studenters negative holdninger til eldreomsorg som fremtidig karrierevei. Et stigende antall eldre gjør det imidlertid viktig å styrke interessen for sykehjem som et faglig interessant arbeidsfelt slik at flere kan tenke seg sykehjem som fremtidig arbeidsplass.

TAKK

Denne avhandlingen har blitt til fordi sykepleierstudenter og sykepleiere har vært villige til å delta i min forskning. Takk til dere alle.

Mine to veiledere, førsteamanuensis Nils Henriksen og førsteamanuensis Hans Ketil Normann ved Avdeling for sykepleie og helsefag (ASH), Universitetet i Tromsø, har vært til stor støtte faglig og personlig. De har oppmuntret, gitt meg del i sine kunnskaper og gitt konstruktiv kritikk. Takk til dere for inspirerende diskusjoner underveis i arbeidet med studien. Dere besitter faglig dyktighet og er gode fortellere, noe som har brakt smil og latter inn i arbeidsdagene.

En takk rettes til kollegaer ved Avdeling for sykepleie og helsefag ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø. Et inspirerende arbeidsmiljø betyr mye! Bente Ervik har vært min ”romkamerat”, og det har vært en glede faglig og sosialt. At hun tok seg tid til å lese tekst for meg, var nyttig og inspirerende.

Jeg vil også takke kollegaer ved sykepleierutdanningen, Avdeling for hels- og omsorgsfag. Dyktige kollegaers engasjement for utdanning av sykepleiere inspirerer. Gode venner har betydd mye for meg under arbeidet med avhandlingen. Uten Liv-Berit Knudsens faglige støtte og praktiske hjelp ville arbeidsprosessen vært tung. Ellers vil jeg nevne Rolf Andersen, Solveig Heimdal, Kristin Skaalvik, Anne Margrethe Støback, Anne Grethe Talseth og Nils Aarsæther. Det trengs så mange slags overskudd for å forske. Takk til joggedamene Anne Margrethe, Eva Britt, Karina, Kirsti og Åshild. Bevegelse og samtale har gitt energi. Åshild Fause har gjennom vennskap, engasjement og faglighet løftet meg fremover. Jeg vil jeg rette

en stor takk til mine foreldre og søster som betyr mye i livet mitt. Sist, men ikke minst, takk til min ektemann Stein og mine to barn Lars og Ola.

INNHOLDSFORTEGNELSE	
SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
LISTE OVER ARTIKLER	3
INTRODUKSJON	4
DEMOGRAFISK UTVIKLING I NORGE	4
SYKEPLEIERUTDANNING I NORGE	6
FORMÅL OG MÅL FOR SYKEPLEIERUTDANNING I NORGE	7
LÆRING OG LÆRINGSPEKSTIVER	8
SOSIOKULTURELT PERSPEKTIV PÅ LÆRING	10
LÆRING I SYKEPLEIEPRAKSIS	11
ORGANISASJONSKULTUR	15
LÆRINGSMILJØ	16
SYKEHJEM	20
PRAKSIS I SYKEHJEM	21
MÅL FOR FORSKNINGEN	22
METODE	23
UTVALG, METODER OG BESKRIVELSE AV FELTET	23
SYKEHJEMMENE	24
FELTARBEID MED OBSERVASJON OG FELTNOTATER	27
INTERVJU	30
ANALYSE	33
SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE	33
FORSKNINGSETISKE KRAV OG ETISKE VURDERINGER	33
METODOLOGISKE OVERVEIELSER	34
RESULTATER	36
ARTIKKEL I	36
ARTIKKEL II	37
ARTIKKEL III	38
ARTIKKEL IV	39
SAMMENFATTENDE FORSTÅELSE OG REFLEKSJONER	41
Å LEGGE TIL RETTE FOR ET GODT LÆRINGSMILJØ	43
VEILEDNING OG LÆRINGSPROSESS	47
Å HANDLE OG REFLEKTERE	50
Å HA OG VÆRE ROLLEMODELL	52
Å VISE FREM OG LÆRE PERSONSENTRERT OMSORG	53
Å TA I BRUK HVERDAGSLIGE SITUASJONER FOR LÆRING	55
IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	57
AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	58
REFERANSER	60

SAMMENDRAG

Avhandlingen bygger på 12 sykepleiestudenters erfaringer og oppfatninger om sykehjem som læringsmiljø for praksisstudier i eldreomsorg, og hvordan et utvalg på 407 norske sykepleierstudenter evaluerer læringsmiljøet i sykehjem og sykehus. Videre har jeg intervjuet 11 sykepleiere om deres syn på læringsmiljøet i sykehjem.

Levealderen i Norge ventes å øke, og man må regne med at fremtidens kommunale helsetjeneste vil stå overfor store utfordringer. Flere studier viser at få studenter ønsker eldreomsorg som fremtidig karrierevei, og det er dokumentert at sykepleierstudenter ofte vender tilbake til steder hvor de har hatt positive praksiserfaringer.

Forskningen er gjennomført ved hjelp av kvalitative og kvantitative metoder. Artiklene I, II og III bygger på datamateriale fra feltobservasjoner, feltnotater og intervjuer med sykepleierstudenter og deres kontaktsykepleiere i 2006/2007. Dette datamaterialet er analysert ved hjelp av innholdsanalyse og fokuserer på: læringsmiljø (I), læring av personsentrerte tilnærminger til personer med demenssykdom (II) og rapporten som en potensiell læringssituasjon (III). I artikkel IV presenteres et utvalg av norske sykepleierstudenters evalueringer av det kliniske læringsmiljøet i henholdsvis sykehjem og sykehus fra 2009.

Studiens funn viste varierende erfaringer og oppfatninger vedrørende læringsmiljøet i sykehjemmene. Avhandlingen viser at det eksisterer utfordringer innenfor de områdene de fire artiklene omhandler. Et godt læringsmiljø inkluderer veiledning, tilbakemelding, faglige diskusjoner og kritiske refleksjonsprosesser i et inkluderende faglig fellesskap. (I). Det var variasjoner i sykepleierstudentenes og kontaktsykepleierenes oppfatninger med hensyn til læring av pleie og omsorg for pasienter med Alzheimer's sykdom. Sykepleierstudentene erfarte begrenset læring av personsentrerte tilnærminger i pleie og omsorg for pasienter med Alzheimer's sykdom. Kontaktsykepleierne oppfattet sykehjemmet som et praksissted med rike muligheter for å lære personsentrert omsorg (II). Funnene viser at muntlige rapporter kan utgjøre en viktig læringssituasjon. Dette gjelder spesielt hvis studentene engasjeres i faglige diskusjoner med personalet. Funnene peker på tiltak for å styrke muntlige rapporters læringsverdi for sykepleierstudenter (III). Data fra spørreskjemaundersøkelsen viste at sykepleierstudenter evaluerte sykepleiepraksis i sykehjem alt overveiende mer negativt enn de som evaluerte praksis i sykehus (IV).

Søkeord: Læringsmiljø, personsentrert omsorg, muntlig rapport, sykepleierstudent, sykehjem.

ABSTRACT

The thesis is based on the experiences of 12 nursing students and 11 supervising nurses about how they view nursing homes as a learning environments for clinical studies in care for older people, and how a selection of 407 Norwegian nursing students evaluate the learning environment in nursing homes and hospitals.

The living age is expected to increase in Norway, and it is expected that the municipal health services in the future will face big challenges. Several studies show that few students want care for older people as a future career path, and it is documented that nursing students often return to places where they have had positive clinical experiences.

The research is carried out by using qualitative and quantitative methods. Articles I, II and III are based on data material from field observations, field notes and interviews with nursing students and their supervising nurses in 2006/2007. This data material is analyzed by using content analysis and focuses on: Learning environment (I), learning of person centered approaches to persons with Alzheimer's disease (II) and the oral shift report as a potential learning situation (III). In article IV there is a presentation of a selection of Norwegian nursing students' evaluation of the clinical learning environment from 2009 in nursing homes and hospitals respectively.

The research shows that there exist challenges within the topics studied in the 4 articles in this thesis. A good learning environment includes supervision, feedback, professional discussions and critical reflection processes in an including professional community (I). There were variations in the nursing students' and contact nurses' perceptions as regards to learning of care for patients with Alzheimer's disease. The nursing students experienced limited learning of person centered approaches in nursing and care for patients suffering from Alzheimer's disease. The contact nurses perceived the nursing home as a practice place with rich possibilities to learn person centered care (II). The findings show that oral reports can constitute an important learning situation. This is particularly the case if the students are engaged in the professional discussions with the staff. The findings also point at measures which might be taken to strengthen the learning value of oral reports for nursing students (III). Data from the questionnaire survey showed that nursing students who responded in referring to clinical practice in nursing homes were predominantly more dissatisfied than those who referred to clinical practice in hospitals (IV).

Key words: Learning environment, person-centred care, oral shift report, nursing student, nursing home.

LISTE OVER ARTIKLER

Denne avhandlingen er basert på følgende artikler refereres til i teksten med henvisning til deres romertall.

- I Skaalvik MW, Normann HK, Henriksen N. (2009) Nursing students' experiences of nursing homes as learning environments.
Manuscript submitted for publication.

- II Skaalvik MW, Normann HK, Henriksen N. (2009) Students experiences in learning of person-centred care of patients with Alzheimer's disease as perceived by nursing students and supervising nurses. *Journal of Clinical Nursing. Manuscript accepted for publication 27.10.09.*

- III Skaalvik MW, Normann HK, Henriksen N. (2009) To what extent does the oral shift report stimulate learning among nursing students? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing. Manuscript accepted for publication 31.10.09.*

- IV Skaalvik MW, Normann HK, Henriksen N. (2009) Clinical learning environments and supervision: experiences of Norwegian nursing students. A questionnaire survey.
Manuscript submitted for publication.

Artiklene som er akseptert for publisering er trykket her med tillatelse fra tidsskriftet.

INTRODUKSJON

Det er global oppmerksomhet omkring mangelen på sykepleiere som ønsker å arbeide innenfor eldreomsorgen (Tailor *et al.* 2007). Avhandlingens hovedtema er læringsmiljøet i sykehjem for sykepleierstudenter som gjennomfører praksisstudier¹ i eldreomsorg. Sykepleierstudenters erfaringer fra praksis i sykehjem er med på å påvirke deres holdninger til eldreomsorg som fremtidig arbeidsplass (Ryan *et al.* 2008). Sykehjem som praksissted² innebærer spesielle utfordringer ettersom pasientgruppen i sykehjem er uensartet og har flere sykdommer eller sammensatte diagnoser (Kleppe 1999). Spesielle utfordringer knytter seg til omsorg for pasienter med demenssykdom (Norbergh *et al.* 2006, Robinson & Cubit 2007).

Demografisk utvikling i Norge

Levealderen i Norge ventes økt i årene fremover. Andelen eldre over 67 år stipuleres til å øke fra 13 % i 2006 til 25 % av befolkningen i 2050 (Birkeland *et al.* 1999). Antall eldre over 90 år ventes å øke fra ca 40 000 i 2010 til 138 000 i 2060 (Statistisk sentralbyrå 2006). I 2005 mottok mer enn 200 000 personer kommunale omsorgstjenester i form av hjemmesykepleie eller institusjonstilbud. Mer enn 40 000 bodde i alders- og sykehjem, og nesten 50 000 bor i omsorgsboliger eller andre boliger tilpasset omsorgsformål (Helse- og omsorgsdepartementet 2005-2006). I 2007 hadde 27 % av de over 80 år institusjonsplass eller omsorgsbolig med heldøgns bemanning (Statistisk sentralbyrå 2007).

Demens er den største diagnosegruppen i pleie- og omsorgstjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Antall personer med demenssykdommer er beregnet å fordobles fra 65 000 i 2007 til 135 000 i de kommende 30-40 år (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

¹ Ordene ”praksisstudier” og ”praksis” brukes som en fellesbenevnelse for undervisnings- og læringssituasjoner der studentene arbeider med sykepleiefaglige problemer og utfordringer i praksis.

² Ordet ”praksissted” henspiller på institusjonen eller området av helsetjenesten der studenter gjennomfører praksisstudier.

Anslagsvis 80 % av de rundt 40 000 pasientene i norske sykehjem har demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet 2007-2008). De sammensatte sykdomsbildene hos pasienter i sykehjem og den krevende omsorgen for pasienter med demenssykdom (Norbergh *et al.* 2006), gjør at behovet for tilstrekkelig antall kompetente sykepleiere er stort. Med bakgrunn i disse tallene og prognosene må man regne med at fremtidens eldreomsorg innebærer store pleie- og omsorgsutfordringer.

I Stortingsmelding 25 (Helse- og omsorgsdepartementet 2005-2006) står det at utdanningskapasiteten på høgskolenivå må være høy, og at dette spesielt gjelder utdanning av sykepleiere og vernepleiere. En prognose anslår at det i Norge trengs ca 230 000 årsverk i den kommunale omsorgstjenesten frem mot 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet 2005-2006), noe som vil si en fordobling sammenlignet med i dag. En studie av Kloster *et al.* (2007) viser at eldreomsorg ikke er en attraktiv arena for nyutdannede sykepleiere. Internasjonale studier (Happell 1999, Heslop *et al.* 2001, Söderhamn *et al.* 2001, Williams *et al.* 2006) viser tilsvarende resultater ved at eldreomsorg var det minst ønskede arbeidsområdet etter endt utdanning. De som ønsket å arbeide innenfor eldreomsorg uttrykte imidlertid en genuin interesse for eldre mennesker, og de mente at arbeidet med eldre gir faglige utfordringer.

Høy utdanningskapasitet er viktig, men kan ikke løse fremtidens omsorgsutfordringer for eldre dersom nyutdannede sykepleiere ikke ønsker å arbeide innenfor eldreomsorg.

Dokumentasjon viser at sykepleierstudenter ofte vender tilbake til steder hvor de har hatt positive praksiserfaringer (Edwards *et al.* 2004). Dette understreker studiens betydning ved at den utforsker hvordan sykepleierstudenter oppfatter læringsmiljøet i sykehjem og hvordan et utvalg norske sykepleierstudenter evaluerer læringsmiljøet i sykehjem og sykehus.

Funnene kan brukes til å styrke bevisstheten om hvor viktig et godt læringsmiljø i sykehjem er.

Sykepleierutdanning i Norge

Norge har hatt formalisert sykepleierutdanning siden 1868. I 1948 kom loven om treårig enhetlig sykepleierutdanning (Evensen 2003). Fra 1960-tallet har det skjedd en oppgradering av yrkesrettede utdanninger gjennom flere utdanningsreformer, og en akademisering av sykepleierutdanningen er en konsekvens (Smeby & Vågan 2008). Historisk sett har Norsk Sykepleierforbund vært sentral i en økt vektlegging av teoretisk og vitenskapelig kunnskap i sykepleierutdanningen (Martinsen & Wærness 1979). I 1996 ble en felles lov for høyskoler og universiteter vedtatt (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1993). I loven ble det slått fast at det i sykepleierutdanninger skal utføres faglig utviklingsarbeid og gis undervisning basert på forskning og erfaringsbasert kunnskap. Kravet om forskningsbasert kunnskap har blitt ytterligere poengtert i rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet 2008).

Utdanning av sykepleiere i Norge har historisk sett gjennomgått store endringer.

Utdanningens teoriandel har økt på bekostning av praksisandelen. I løpet av vel 50 år er praksisandelen i sykepleierutdanning blitt redusert fra 4/5 av utdanningstiden til 1/3. I forbindelse med ny rammeplan for sykepleierutdanningen i 2000 ble praksisandelen økt (Fause & Michalsen 2001). Sammen med fagmiljøene har Norsk Sykepleierforbund i den senere tid understreket betydningen av å styrke praksisstudiene gjennom en videreføring av sykepleiefagets praktiske kunnskapstradisjon (Karseth 2004). Innholdet i dagens utdanning utgjør 180 studiepoeng fordelt på tre år med 60 studiepoeng pr år. Teori og praksis utgjør 90 studiepoeng hver av utdanningens totale lengde.

Formål og mål for sykepleierutdanning i Norge

Formålet med sykepleierutdanning er å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle deler av helsetjenesten, både i og utenfor institusjoner (Kunnskapsdepartementet 2008). Et overordnet mål er å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter pasienten i sentrum. Gjeldende rammeplan for sykepleierutdanningen beskriver formål, områder og omfang for praksisstudier (Kunnskapsdepartementet 2008). Det er en målsetting at de ulike kunnskapsområdene i utdanningen skal integreres i praksisstudiene. Praksisstudiene og ferdighetstreningen er obligatorisk, og praksisstudiene skal knyttes til utdanningens hovedemner. Områdene for praksisstudier er:

1. Spesialisthelsetjenesten innen medisin
2. Spesialisthelsetjenesten innen kirurgi
3. Psykisk helsearbeid og psykiatri
4. Eldreomsorg og geriatri
5. Hjemmesykepleie
6. Ferdighetstrening, forberedelser til og refleksjon over praksisstudier

(Kunnskapsdepartementet 2008)

Når det gjelder praksisområdene 1-5, skal minst tre av områdene ha en varighet på 8 uker. I den lokale fagplanen skal det gis en nærmere beskrivelse av innhold, fordeling, sekvenser, retningslinjer og spesifikke mål for praksisstudiene (Kunnskapsdepartementet 2008).

Føringene i rammeplanen overlater til utdanningsinstitusjonene å fastsette plassering av sekvensene i utdanningsprogrammet ut fra ”*tilgjengelig veiledning i praksis og fagdidaktiske valg*” (Kunnskapsdepartementet 2008, s.10). Med dagens mangel på sykepleiere i sykehjem og de føringene rammeplanen gir når det gjelder omfang av tid i veiledede praksisperioder,

kan en risikere at praksis i sykehjem bli redusert til et minimum. Økt rekruttering av sykepleiere til sykehjem har betydning for et styrket læringsmiljø (Kirkevold & Kårikstad 1999).

I rammeplanen (Kunnskapsdepartementet 2008) er forutsetningene for praksisstudier angitt. Det forutsettes at studentene skal få jevnlig veiledning, oppfølging og vurdering, og at praksisstedets sykepleiere har ansvar for den daglige veiledning og oppfølging. I de kontrakter som skal utarbeides mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt heter det at *”Avtalene skal sikre at veiledningsarbeidet er tydelig lederforankret i ulike ledd, og at den inngår som en del av øvrig virksomhet”* (Kunnskapsdepartementet 2008, s.11). Dette organiseres på ulike måter. I sykehjemmene som inngår i denne studien (I-III) hadde studentene kontaktsykepleier.

Læring og læringsperspektiver

Begrepet læring har ulike definisjoner. Illeris definerer læringsbegrepet slik:

”Læring må forstås som alle de prosesser der fører til en varig kapasitetsændring – det være sig av kroplig, erkendelsesmæssig, psykodynamisk (følelses-, motivations- og holdningsmæssig) eller social karakter – og som ikke udelukkende drejer sig om biologisk modning eller aldring” (Illeris 2002, s.23).

Læring er både en individuell prosess og en prosess som inkluderer omgivelsene. Læring ses som en helhetlig integrert prosess som består av samspillende enheter; de kognitive, psykodynamiske og sosiale dimensjoner. Den kognitive dimensjonen inkluderer erkjennelsesmessige forhold og en motorisk del. Til den psykodynamiske delen hører følelser, holdninger og motivasjon med. Den sosiale dimensjonen inkluderer alle direkte og indirekte samfunnsmessige forhold (Illeris 2000). Illeris’ definisjon av læring fremhever at forandring som resultat av læring, berører en persons kunnskap og holdninger. Et slikt

perspektiv er viktig fordi sykepleiepraksis har betydning for holdninger til eldreomsorg som fremtidig arbeidsplass (jfr. Edwards *et al.* 2004).

Læring har siden begynnelsen av det 20. århundret blitt forstått ut fra i all hovedsak tre ulike perspektiver: det behavioristiske, det kognitivistiske og det relasjonelle (Imsen 1997, Tveiten 2008). Det behavioristiske perspektivet vektlegger kunnskap som noe objektivt gitt, og definerer læring som endring av atferd. Å lære knyttes an til prøving og feiling (Frøyen 1998). Kognitivismen kom som en reaksjon på de positivistiske og behavioristiske perspektivene som lå til grunn for tilnærmet all læringsforskning fram til 1960 (Bråthen 2002). Læringsforskning ut fra et kognitivistisk syn bygger på et rasjonalistisk kunnskapssyn hvor læring forstås som persepsjonsprosesser, hukommelsesprosesser, tankeprosesser og språklige prosesser. I kognitiv læringsteori vektlegges individet og det individuelle læringsarbeidet. En slik individualisering har blitt kritisert av flere, blant annet Dysthe (1999), Spouse (2000) og Säljö (2001), som skriver om fellesskapets betydning for læring.

Konstruktivismen vokste frem ut fra et perspektiv om at studenter konstruerer kunnskap gjennom etablering og revisjon av mentale strukturer. Som pedagogisk gren går konstruktivismen tilbake til Piaget, som av mange betraktes som opphavsmannen til ideen om å være aktiv i egen læring og kunnskapsutvikling (Piaget 1972, Noddings 1995). Det legges vekt på individuell og sosial aktivitet ved at læringens innhold, mening og betydning trer frem i samhandling med andre og med språket som verktøy for å bearbeide kunnskap (von Glaserfeld 1987).

Sosiokulturelt perspektiv på læring

Et sosiokulturelt perspektiv på læring har etter hvert fått en solid posisjon innenfor pedagogikken, både nasjonalt og internasjonalt (Greeno 1997, Dysthe 2001, Bråthen 2002). Perspektivet er utgangspunkt for synet på læring som presenteres i avhandlingen og hvilke faktorer som støtter opp om sykepleierstudenters læring i praksis.

”The goal of a sociocultural approach is to explicate the relationships between human action, on the one hand, and the cultural, institutional, and historical situations in which this action occurs, on the other” (Wertsch, del Rio & Alvarez 1995, s.11).

Læring ses som en aktiv prosess som skjer i tilknytning til sosial interaksjon og kulturell kontekst i et læringsmiljø der det foregår autentiske aktiviteter.

I boken ”Tenkning og tale” (2001) beskriver Vygotsky sosiokulturell læringsteori som et alternativ til behavioristisk og kognitiv læringsforståelse. Læring forstås i dette perspektivet som en del av den menneskelige virksomhet basert på interaksjon mellom mennesker og deres omgivelser (Säljö 2001, Bråthen 2002). Vygotskys tenkning har fått en sentral plass i utdanning ved at man i læring vektlegger samspill mellom tilgjengelige ressurser for tenkning og handling (Säljö 2001). Dette åpner blant annet opp for spørsmål knyttet til hvordan sosiale praksiser blir gjort tilgjengelige for nye deltakere. Læring er i sosiokulturell læringsteori knyttet til deltakelse i praksisfellesskapets virksomhet. Studentene lærer ikke bare et innhold, men sosialiseres inn i en fagkultur (Dysthe 2001).

Vygotsky bruker begrepet ”den nærmeste utviklingssonen” (the zone of proximal development). *”This is the distance between the actual development as determined by independent problem solving and the level of potential development determined by problem solving under adult guidance or in collaboration with more capable peers”* (1978, s.86-87).

I tanken om den nærmeste utviklingssonen er den hjelp og assistanse som er tilgjengelig for

studenten sentral for å skape et støttende miljø for læring. Dette kaller Vygotsky “stillasbygging”. For sykepleierstudenter som gjennomfører praksisstudier kan inkludering i pleiefellesskapet, akseptasjon, veiledning og faglige diskusjoner ses på som komponenter i ”stillaset”.

Vygotskys begrep ”den nærmeste utviklingssonen” og ”stillasbygging” (1978), kan ses sammen med tankene til Bakthin som sier at grunnleggende mening alltid blir skapt i dialog. Bakthin (1986) skrev om at ytringer har en referensialitet (et innhold), en ekspressivitet (den som ytrer seg har en følelse for eller gjør en emosjonell vurdering av det han/hun ytrer seg om) og en adressivitet (den ytringen er tenkt rettet mot). Meningsskapning, kunnskapsutvikling og læring i praksis skjer når konkrete erfaringer løftes frem gjennom dialog. Dysthe skriver at ”*Språket brukar vi både for å forstå og tenke for oss sjølve og for å uttrykke det vi forstår til andre*” (2001, s. 49). Vi står her overfor betydningen av refleksiv dialog som en del av læring i praksis (jfr. Schön 1983, 1987).

Det sosiokulturelle teorifeltet er preget av mangfold ved at flere tradisjoner eksisterer side om side med ulike tolkninger av grunnideene til Vygotsky (Dysthe 2001). Dialogismen (Wertsch 1991) og Vygotskys teorier om forholdet mellom språk og tenkning, individ og kollektiv, menneske og kultur (2001) er sentrale perspektiver i en utforskning av faktorer som har betydning for læringsmiljøet i praksis.

Læring i sykepleiepraksis

Frem til ca 1980, da sykepleierutdanningene ble en del av høgskolesystemet, foregikk opplæringen av sykepleierstudenter som mesterlære i et praksisfellesskap (Fause & Michalsen 2001). Mesterlære innebærer at læring skjer ved at studenten gis adgang til å delta og handle i relevante praksissituasjoner under veiledning av en mester (Martinsen 1990,

Nielsen & Kvale 1999). Mesterlære har fire karakteristika; praksisfellesskap, tilegnelse av profesjonell identitet, ”learning by doing” og evaluering gjennom praksis (Nielsen & Kvale 1999). Begrepet ”learning by doing” kan tilbakeføres til filosofen og pedagogen John Dewey (1974). Det vektlegger relasjonen mellom kunnskap og handling, og samspillet mellom enkeltindividet og vilkårene i omgivelsene – og da spesielt de menneskelige omgivelsene.

Begrepet mesterlære er satt søkelys på av flere (Martinsen 1989, 1990, Wackerhausen 1993, Fly 1994, Rasmussen 1999, Munk 2002) ut fra at ikke alle ”mestere” er gode veiledere i praksis, noe som vil resultere i at studentens utbytte av å gå sammen med ”mesteren” begrenses. Historisk sett har mesterlære vært kjennetegnet av en autoritær og undertrykkende karakter (Rasmussen 1999). Wackerhausen (1999) peker på at man i en dynamisk og foranderlig verden må være oppmerksom på mesterlærens potensielt iboende konservatisme dersom kritisk, teoretisk refleksjon ikke integreres i læringsprosessen.

Situert læring ble introdusert som læringsmodell av Lave & Wenger (1991). Ordet ”situert” viser til menneskelig praksis som deltakelse i en autentisk handlingskontekst (Lave & Wenger 1991, Cope *et al.* 2000). Situert læring fremstilles som en kontrast til abstrakt læring, som skjer i klasserom og borte fra den konteksten der kunnskapen har sin anvendelse (Dreier 1999). Quinn (2000) skriver at læring i praksis er eksperimentell og betraktet som mer meningsfull enn det som skjer i klasserommet. En norsk studie (Espeland & Indrehus 2003) viste at norske sykepleierstudenter var mer tilfredse med den kliniske delen av utdanningsprogrammet enn den teoretiske delen i studiet. Slike funn rapporteres også i studier gjennomført av Kyrkjebø *et al.* (2001) og Brammer (2006).

Förneris & Peden-McAlpine (2006) beskriver hvordan kontekstuell læring gir muligheter for kritisk refleksjon over de ulike situasjonene som erfares i konteksten. Slike muligheter må utnyttes dersom læring i praksis skal oppfylle sitt potensial og bidra i studentenes læringsbestrebelse (Stockhausen 2005).

Vygotsky (2001) påpeker at læring skjer innenfor sosiale rammer og at mye av det vi lærer, lærer vi av andre. Studentenes læring og kunnskapsutvikling påvirkes derfor av den posisjonen de har innenfor pleiefellesskapet. Begrepet legitim, perifer deltakelse brukes av blant andre Lave og Wenger (1991) for å tydeliggjøre relasjonen mellom studenter og eksperter. Begrepet omtaler prosessen der studenter (nykommere) gradvis blir en integrert del i et pleiefellesskap. Da trenger studentene å inngå i samarbeid, samhandling og dialog knyttet til gjøremål og aktiviteter. Wenger (1998) skriver at meningsfull læring innebærer at studentene aktivt bidrar i arbeidet i avdelingen. utfordringen er at deltakelsen i pleiefellesskapet ikke resulterer i at studentene bare fungerer som arbeidskraft. Det har betydning at studenten gis anledning til refleksjon sammen med erfarne utøvere av faget dersom ”danning” fremfor ”tilpassing” skal skje (jfr. Hellesnes 1994).

I de senere år har læring i praksis blitt viet stadig større oppmerksomhet (Heggen 1995, Hargreaves 2003, Papp *et al.* 2003, Chan 2004 a & b, Tiwari *et al.* 2005). Flere studier (Chapman & Orb 2000, Bashford 2002, Channel 2002, Elliot 2002) viser at studenter opplever praksisstudier som utfordrende med hensyn til læring. Beck (1993) fant at studenter kunne oppleve engstelse i møtet med de mange utfordringene i praksis.

I forskning om læring i praksis vektlegges ulike forhold. Westad Hauge (1996) konkluderer med at miljøet i avdelingen sammen med egeninnsats, følelsesmessig engasjement og en

interessert og faglig dyktig veileder har betydning. Heggen (1995) peker på den betydningen det har at studentene inkluderes i arbeidsfellesskapet og gis anledning til å samhandle med en mester.

Sykepleierutdanning i Norge har siden 1980-tallet tatt opp i seg Schöns (1987) og Martinsens (1989, 1990) perspektiver på læring i praksis. Schön (1983, 1987) opererer med tre nivåer av refleksjon: "Knowing in action", "reflection in action" og "reflection on action". "Knowing in action" innebærer å kunne vite mer i handlingen enn man umiddelbart kan sette ord på. Slik kunnskap i handling er spontan og uten bevisst overveielse. "Reflection in action" har en kritisk funksjon og gir umiddelbar betydning for handling i den aktuelle situasjonen. "Reflection on action" innebærer å reflektere i ettertid over utført handling for å etablere en dialog mellom tenkning og handling. Dette forutsetter et læringsmiljø kjennetegnet av samarbeid og samhandling mellom student og kontaktsykepleier.

Martinsen (1989) skriver at:

"Håndverkslæringen skal gjøre sykepleieren dyktig til å være i omsorgens motsetninger, i en mangetydig og komplisert virkelighet, som vi ikke kan kontrollere, men som vi følelsesmessig lever og deltar i. Det er å få fagets tause kunnskap i kroppen. Det er å få fagets teorier og prosedyrer "innskrevet i kroppen" (1989, s.70).

Martinsen vektlegger betydningen av at studenter lærer gjennom råd fra og faglige diskusjoner med en mester.

Læring i praksis er ofte assosiert med "learning by doing" (Dewey 1974). Perspektivet er utilstrekkelig hvis det innebærer at læringssituasjoner blir oversett ut fra manglende oppmerksomhet og gjenkjennelse (Lambert & Glacken 2005). Læring i praksis må derfor ikke overlates til tilfeldighetene, og det kreves dedikert, kvalifisert personale som støtter opp

om studentenes læring. Kontaktsykepleierne må være tilgjengelige, samhandle og samarbeide med studentene, slik at deres læringsbehov og faglige utbytte imøtekommes (Bezuidenhout *et al.* 1999). Slik kan det etableres et positivt læringsmiljø som støtter og verdsetter studentene som lærende.

Organisasjonskultur

Kulturen i en organisasjon har betydning for hvordan den skaper, deler og bruker kunnskap. Sykepleiekulturen utgjøres av dens historie, tradisjoner, ritualer, myter, rutiner og fortellinger og underbygger antagelser og verdier (Hill *et al.* 2003). Suominen *et al.* (1997 s.186) skriver at:

”Culture finds expression in learned, shared and inherited values, in the beliefs, norms and life practices of a certain group, guiding their processes of thinking, decision-making and action. Past events and the anticipation of future are both reflected in the culture”.

Sykepleiekulturen kommer til uttrykk i sykepleierens handlinger, innflytelse, utførelse, holdninger, beretninger og samhandlinger i relasjon med andre (Cronin & Rawlings-Anderson 2004 s.29). Brooks & Brown (2002 s.344) skriver at:

”Culture comprises a series of cultural schema or collective knowledge structures, which are socially constructed and rely on negotiation, consensus and agreement for their sustenance. They are communicated and maintained through the socialization process and in everyday interaction, through ceremonies, rituals, myths, and symbols”.

Kulturen i sykehjem utgjør en del av det læringsmiljøet studenter møter. Organisasjonens kultur har betydning for dens kunnskapsutvikling og læring, og kulturen vil påvirke organisasjonens praksis. Kulturen i sykehjem vil derfor i stor grad legge grunnlaget for hvordan sykepleierstudenter erfarer og oppfatter læringsmiljøet. Kulturens betydning for studenter som gjennomfører praksisstudier i sykehjem kan uttrykkes gjennom Scheins (1985 s.7) definisjon av kultur som en prosess som skapes gjennom samhandling:

”Et mønster av grunnleggende antakelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gruppe etter hvert som denne lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene”.

Læringsmiljø

Bloom (1964 s.187) definerer begrepet læringsmiljø som:

“...the conditions, forces, and external stimuli which impinge upon the individual. These may be physical, social, as well as intellectual forces and conditions. We conceive of a range of environments from the most immediate social interaction to the more remote cultural and institutional forces. We regard the environment as providing a network of forces and factors which surround, engulf, and play on the individual. Although some individuals may resist this network, it will only be the extreme and rare individuals who can completely avoid or escape from these forces. The environment is a shaping and reinforcing force which acts on the individual”.

Papp *et al.* (2003) beskriver et klinisk læringsmiljø som: ” *The clinical environment encompasses all that surrounds the student nurse, including the clinical setting, the staff, the patients, the nurse mentor and the nurse teacher.*” (s.263). I denne avhandlingen er relasjonen pasient/ student og student/sykepleielærer ikke vektlagt. Begge de nevnte definisjonene av læringsmiljø anses som fruktbare ettersom de fanger opp det mangfoldige i hva som utgjør et læringsmiljø, og at læringsmiljøet har stor betydning for individet som inngår i det.

Quinn (2000) skriver at læring i praksis er mer relevant og meningsfull enn læringen som skjer i klasserommet. De samme synspunktene finner en hos blant annet Rogers (1969), Knowles (1990), Schön (1983, 1987), Papp *et al.* (2003) og Myrick *et al.* (2006). Dersom deres synspunkter legges til grunn, er betydningen av innsikt og forståelse for faktorer som virker inn på læringsmiljøet åpenbar.

Det er gjort flere studier av læringsmiljøet i sykehusavdelinger, og disse er i all hovedsak gjort i Storbritannia og Australia (Fretwell 1980, 1983, Lewin & Leach 1982, Dunn & Hansford 1997, Bjørk 2001, Chan 2004a). I Norge har Heggen (1995) skrevet boken "Sykehuset som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanninger". Bjørk (2001) har gjennomført studien "Sykehusavdelingen - et miljø for læring?". Nordiske studier om studenters læring i praksis har i all hovedsak vært opptatt av veiledning som en faktor i sykepleierstudenters praksisstudier (Christiansen 1991, Mogensen 1994, Saarikoski & Leino-Kilpi 1999, 2002, Bjørk & Bjerknes 2003, Saarikoski *et al.* 2007). Felles for studiene er at betydningen av praksis vektlegges, og at læringsmiljøet har stor betydning for læringsutbyttet. Det er ikke funnet nyere nordiske vitenskapelige studier om sykepleierstudenters opplevelse av læringsmiljøet i sykehjem.

Internasjonale studier om praksis i sykehjem er gjort av blant andre Adams (2000), Happel (2002), Rogan & Wyllie (2003), Banning *et al.* (2006) og Kerridge (2008). Funnene i disse studiene er ikke entydige, men de peker alle på spenningsfeltet mellom studenters holdninger til arbeid med eldre og hvordan de erfarer læringsmiljøet i sykehjem. En studie av Hartigan-Rogers *et al.* (2007) om sykepleierstudenters oppfatninger om klinisk praksis inkluderte informanter som hadde praksis i eldreomsorg. Studien viste at verdifull læring skjedde når studentene opplevde støtte i utøvelsen av pasientomsorg. For øvrig viste studien at studentene, uavhengig av praksissted, opplevde det som avgjørende at læringsmiljøet var kjennetegnet av støttende relasjoner.

De mellommenneskelige relasjonene fremheves som avgjørende for utviklingen av et positivt læringsmiljø (Dunn & Hansford 1997, Papp *et al.* 2003, Edwards *et al.* 2004, Levett *et al.* 2009). Studentenes læring avhenger av at læringsmiljøet er støttende og kjennetegnet av respekt, gjensidig tillit og akseptasjon (Nolan 1998, Midgley 2006, Henderson *et al.*

2006). For at læringsmiljøet skal bidra til læring, har det betydning i hvilken grad det er etablert strategier og tilnærminger som understøtter studentenes læringsprosess og faglige utbytte (Watkins 2000, Matsumara *et al.* 2004, Ranse & Grealish 2007).

Kontaktsykepleierne er viktige ressurspersoner i læringsmiljøet. Kvaliteten i veiledningsrelasjonen innebærer å bidra til studentens læring gjennom støtte, tilbakemeldinger og vurdering og å være en god rollemodell (Kilcullen 2007). Sykepleiere med kompetanse, vilje og tid til å dele sin profesjonelle kunnskap gjennom samarbeid med studentene i utøvelse av sykepleie, er en forutsetning (jfr. Spouse 1996). Uten kompetente kontaktsykepleiere kan studentenes læring av sykepleie bli preget av passiv tilpasning uten kritisk refleksjon (Eraut 1994). Delt kunnskap, faglige diskusjoner og samhandling i meningsfulle lærings situasjoner som det reflekteres over, gir et godt læringsmiljø med involverte og aktive studenter (Hawthorn *et al.* 2009).

For at kontaktsykepleierne skal bidra til et positivt læringsmiljø, må forholdene legges til rette for det i en hverdag som er kjennetegnet av mange gjøremål (Hutchings *et al.* 2005, Lambert & Glacken 2005). Det har stor betydning at ledere er oppmerksomme på forholdene som utgjør læringsmiljøet. Ledere har en viktig oppgave i å stimulere til og styrke kontaktsykepleiernes deltakelse i studentenes praksis og engasjement i å inkludere studentene i et vidt spekter av læringserfaringer (Bezuidenhout *et al.* 1999, Saarikoski & Leino-Kilpi 2002, Vallant 2004, Zilembo & Monterosso 2008).

I et trygt og støttende læringsmiljø har det betydning at studenter og kontaktsykepleiere forstår hverandres respektive roller, og at studentene inkluderes i miljøet (Heggen 1995, Nolan 1998). Levett-Jones *et al.* (2007) viser i en studie at opplevelsen av tilhørighet er avgjørende for en positiv og utbytterik praksis.

I en studie av Brown *et al.* (2008) om sykepleierstudenters synspunkter på sykepleie til eldre, benyttes benevnelsene ”*impoverished environments of care and learning*” og ”*enriched environments of care and learning*” (s. 1220-1221). Det som benevnes som ”*impoverished environments*” kjennetegnes av et uhensiktsmessig fysisk miljø, manglende ressurser og utstyr, personale med manglende kunnskap og ferdigheter, dårlig lønn og arbeidsforhold for de ansatte og underbemanning. Studien viser at ”*impoverished environments*” kan resultere i at studentene får negative oppfatninger av sykepleie til eldre. Det kan konkluderes med at personalets holdninger til arbeidet og eldre i særdeleshet og et konsistent og dynamisk lederskap (Lockwood-Rayerman 2003), er avgjørende for et positivt læringsmiljø.

Et ”*enriched environment*” er i følge Brown *et al.* (2008) kjennetegnet av at studentene opplever trygghet, får oppnevnt en veileder og føler seg velkomne og inkluderte på praksisstedet. Videre legger studiens informanter vekt på betydningen av at praksisstedet inspirerer dem gjennom ”*excellent standards of care*” og positive holdninger overfor eldre. Personalets holdninger til arbeidet generelt og til arbeid med eldre spesielt, et dynamisk lederskap og god kommunikasjon fremheves som avgjørende for et ”*enriched environment*”. Benevnelsene ”*enriched*” og ”*impoverished*” som beskrivelser av læringsmiljø oppfatter jeg som hensiktsmessige for temaet i studien. Det er spesielt interessant hvordan studien til Brown *et al.* (2008) knytter sammen ”*care*” og ”*learning*” som områder som konstituerer hverandre. Denne sammenhengen gjenfinnes i min studie ved at studentene som erfarte praksissteder med personsentret pasientomsorg opplevde at læringsmiljøet var personsentrert overfor dem som studenter (II).

Sykehjem

Sykehjem er en del av den kommunale helsetjenesten i Norge. I Norge ble sykehjem formelt utformet på 1950-tallet, og hadde røtter tilbake til den tidligere institusjonaliserte fattigforsorgen (Hauge 2004). Historisk sett har omsorg for eldre utviklet seg fra å være familiebasert til å bli institusjonalisert i form av alders- og pleiehjem som tilholdssted for hjelpetrequende eldre som ikke hadde familie å falle tilbake på (Daatland 1999).

Ut fra en voksende kritikk av alders- og pleiehjemmene som ”oppbevaringsinstitusjoner” for gamle som ikke greide seg på egen hånd (Hauge 2004), ble det på 1950-tallet etablert sykehjem som skulle innebære en mer aktiv tilnærming i tilbudet til eldre i form av aktiv behandling. Intensjonene om sykehjem som aktive behandlingsinstitusjoner viste seg å være vanskelig å iverksette (Hauge 2004), og sykehjemmene utviklet seg til institusjoner for langtidsopphold. Ideologien om sykehjem som behandlingsinstitusjoner endret seg i retning av en oppfatning om at sykehjem skulle være en institusjon der noen eldre skal leve i den siste fasen av livet. Dette kaller Hauge (2004) bostadsfasen, og det fremheves at sykehjem skal ha et hjemlig og privat preg (NOU 1992, Sosial- og helsedepartementet 1996-1997, Jacobsen 2008).

I dag har sykehjem to uttalte funksjoner; de skal være bolig og hjem for eldre og det skal tilbys behandling der (Hauge 2004). Dagens sykehjem står overfor en rekke oppgaver, og det er politisk enighet om at sykehjemmene skal styrkes med blant annet flere årsverk generelt og sykepleiere spesielt (Helse- og omsorgsdepartementet 2005-2006). Tilbudet i sykehjem skal styrkes for de som trenger det mest, og tiltak rettes spesielt mot de svakeste gruppene som bor i sykehjem (Helsetilsynet 2003). Sykehjemmene skal tilby individuelt tilpasset pleie, omsorg, behandling, rehabilitering og avlastning. Det forutsetter at man i

kommunehelsetjenesten har det nødvendige antall kvalifisert personale (Helse- og omsorgsdepartementet 2005-2006).

Praksis i sykehjem

Pleie og omsorg for eldre innebærer å forholde seg til sammensatte sykdomsbilder, ulike behov for pleie (Joy *et al.* 2000) og personsentrert omsorg og pleie (Kitwood & Bredin 1992, Dewing 1999, 2000, 2004, Normann 2001, McCormack & McCance 2006). Det er viktig å imøtekomme pasientenes sosiale behov innenfor rammene av sykehjem som institusjon (Hauge 2004). De fleste eldre i sykehjem bor der til sin død, og det er en utfordring å gi døende en omsorg som imøtekommer fysiske, psykiske og åndelige behov (Bondevik 1999). Det at ca 80 % av pasientene i sykehjem har demenssykdom gjør omsorg for eldre ekstra krevende og stiller høye krav til kompetanse. Flere studier (Wade & Skinner 2001, Chen *et al.* 2002, de la Rue *et al.* 2003) viser at det er viktig å legge til rette for at studenter erfarer at pleie og omsorg for eldre er faglig utfordrende og lærerikt. Det er avgjørende at studentene får hjelp, støtte og veiledning fra gode rollemodeller (Chow & Suen 2001, Tuohy 2003, Perry 2009) for å oppnå innsikt og forståelse for de faglige utfordringene pleie og omsorg for eldre representerer. Det er viktig at studentene ikke eksponeres for dårlig praksis og dårlige standarder, slik at det gir en negativ oppfatning av sykehjem som potensiell fremtidig arbeidsplass.

MÅL FOR FORSKNINGEN

Målet er at forskningen som presenteres i avhandlingen skal skape forståelse og interesse for hvilke forhold som har betydning for et godt læringsmiljø i sykehjem. Forskningens mål belyses gjennom utforskning av hvilke forhold studentene erfarer som viktige for et godt læringsmiljø (I). Hvordan oppnåelse av konkrete læringsmål har betydning for opplevelse av læringsmiljøet belyses gjennom studentenes erfaringer med læring av personsentrerte tilnærminger overfor pasienter med demenssykdom (II). Videre løftes det frem erfaringer med og oppfatninger om muntlig rapport som en potensiell lærings situasjon (III). Hvordan et utvalg norske sykepleierstudenter evaluerer læringsmiljøet i henholdsvis sykehjem og sykehus fremkommer av resultatene fra en spørreskjemaundersøkelse (IV).

Avhandlingen består av fire artikler, som hver har følgende spesifikke tema:

Artikkel I Å beskrive og belyse hvilke erfaringer og oppfatninger sykepleierstudenter og kontaktsykepleiere har av læringsmiljøet i tre sykehjem.

Artikkel II Å beskrive og belyse erfaringene sykepleierstudenter og kontaktsykepleiere har om læring av personsentrert sykepleie til pasienter med demenssykdom i et undervisningssykehjem.

Artikkel III Å beskrive og belyse sykepleierstudenters og kontaktsykepleieres erfaringer med og oppfatninger av rapport som potensiell lærings situasjon i sykehjem.

Artikkel IV Å kartlegge sykepleierstudenters evaluering av de kliniske læringsmiljøene i sykehjem og sykehus i sykepleierutdanningen.

METODE

Studiens utgangspunkt var en kvalitativ tilnærming basert på feltarbeid og kvalitative forskningsintervju (I-III). Etter hvert som det kvalitative datamaterialet ble analysert, skapte det en interesse for å utforske sykepleierstudenters erfaringer med det kliniske læringsmiljøet ved hjelp av en kvantitativ undersøkelse (IV).

Utvalg, metoder og beskrivelse av feltet

Studien omfatter fire delstudier (I-IV). I tabell 1 sammenfattes antall deltakere, datainnsamlingsmetoder og hvordan data er analysert.

Tabell 1 Oversikt over metoder brukt i studiene I-IV.

Studie nr.	Deltakere	Datainnsamlingsmetoder	Analysemetoder
I	12 sykepleierstudenter 11 kontaktsykepleiere	Feltobservasjoner Intervju	Kvalitativ innholdsanalyse
II	7 sykepleierstudenter ³ 6 kontaktsykepleiere ⁴	Feltobservasjoner Intervju	Kvalitativ innholdsanalyse
III	12 sykepleierstudenter 11 kontaktsykepleiere	Feltobservasjoner Intervju	Kvalitativ innholdsanalyse
IV	Sykepleierstudenter (n=407)	Spørreskjema	Kvantitativ analyse; kji-kvadrattest, t-test, multipel lineær regresjonsanalyse

Rekruttering av informanter fant sted ved en høyskole og i tre sykehjem i Norge (I, II, III).

Sykepleierstudentene og deres kontaktsykepleiere ble informert muntlig og skriftlig om studien og spurt om de var villige til å delta i prosjektet (Vedlegg 1 og 2). Sammen med informasjonsskrivet fulgte samtykkeerklæring som ble levert til undertegnede. En mannlig og elleve kvinnelige sykepleierstudenter deltok i studien. De utgjorde det antallet femte semesters studenter som på tidspunktet for gjennomføring av studien hadde ti ukers eldreomsorgspraksis. Studentene var fra 22 til 35 år med en gjennomsnittsalder på 27 år.

³ Sykepleierstudentene er et utvalg av det totale antall (n=12) sykepleierstudenter som inngår i studien.

⁴ Kontaktsykepleierne er et utvalg av det totale antall (n=11) kontaktsykepleiere som inngår i studien.

Alle hadde seks ukers erfaring fra sykehjem i første studieår med fokus på grunnleggende sykepleie.

Elleve sykepleiere som var oppnevnt som kontaktsykepleiere for studentene i praksisperioden deltok i studien. De hadde hver ansvar for veiledning og oppfølging av én student, bortsett fra én sykepleier som veiledet to studenter. Kontaktsykepleierne var fra 27 til 56 år med en gjennomsnittsalder på 37,5 år. Deres erfaring fra eldreomsorg var fra ett til 19 år med et gjennomsnitt på 5,5 år. Alle var kjent med rollen som kontaktsykepleier.

Artiklene I og III baserer seg på alle 12 femte semesters sykepleierstudenter på tidspunktet for feltarbeid og intervju (2006). Artikkel II inkluderer studentene som hadde praksis i sykehjem A (n=7)⁵ og deres kontaktsykepleiere (n=6). I artikkel III studentenes kontaktsykepleiere (n=11) inkludert. Feltobservasjoner inngår i artiklene I-III.

Lederne ved de tre sykehjemmene ble informert om prosjektet skriftlig og muntlig, og ga tillatelse til gjennomføring av feltarbeid i forbindelse med prosjektet (Vedlegg 7). Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Vedlegg 7).

Sykehjemmene

Sykehjemmene som er inkludert i studien (I-III) ble benyttet som praksissteder for sykepleierstudenter på regulær basis, og var de sykehjemmene som ble benyttet for praksisstudier i eldreomsorg da studien ble gjennomført. Ett av sykehjemmene (A) som inngår i studien var et undervisningssykehjem. Undervisningssykehjem er kjent fra USA under betegnelsen "Teaching Nursing Home" (TNH) og har eksistert siden 1963 (Mezey *et al.* 1988, Chilvers & Jones 1997). I 1999 iverksatte Sosialdepartementet

⁵ Omtales under neste underoverskrift.

”Undervisningssykehjemsprosjektet” (USP) i Norge i tråd med Nasjonal plan for etablering av ressursentre for undervisning, fagutvikling og forskning i den kommunale helse- og sosialtjenesten (Kirkevold & Kårikstad 1999). Fire undervisningssykehjemsprosjekter (USP) ble etablert i de fire universitetsbyene Bergen, Oslo, Tromsø og Trondheim (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). I 2008 var det etablert 25 undervisningssykehjem i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Fag- og kompetanseutvikling, kvalitetsforbedring i omsorgen for eldre, heving av omsorgsarbeidets faglige prestisje for å bedre rekrutteringen, stimulering til økt interesse for klinisk forskning og utvikling av gode praksis- og læringsmiljøer for helsefaglige og medisinske studenter er vektlagt i målsettingen for USP (Kirkevold & Kårikstad 1999).

I sykehjem A praktiserte syv studenter fordelt på fire avdelinger, to studenter i tre avdelinger, og én student praktiserte i en fjerde avdeling. To sykepleiere hadde videreutdanning i henholdsvis eldreomsorg og demensomsorg. I sykehjem B praktiserte én student i en avdeling for pasienter med demenssykdom. I denne avdelingen hadde to av sykepleierne videreutdanning i omsorg for pasienter med demenssykdom. Én student praktiserte i en generell sykehjemsavdeling.

I sykehjem C praktiserte tre studenter. Sykehjemmet var lokalisert i et helsesenter og inkluderte en sykehjemsenhet og en sykestue. Studentenes kontaktsykepleiere arbeidet i både sykehjems- og sykestueenheten etter en oppsatt turnus. Studentene fulgte sine kontaktsykepleieres turnus med hensyn til vakter i henholdsvis sykehjems- og sykestueenhet. Studentene som praktiserte i sykehjem C deltok og utførte i større grad enn studentene i sykehjem A og B sykepleieprosedyrer knyttet til medisinerings, sårskift og intravenøs behandling.

I de generelle sykehjemsavdelingene (6 av 7) i de tre sykehjemmene anslo sykepleierne at rundt 80 % av pasientene hadde demenssykdom. Dette er i overensstemmelse med data i en rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2008). Det fantes ingen pleietyngdestatistikk for sykehjemmene. Sykepleierne rapporterte at alle pasientene trengte hjelp til personlig hygiene. Forholdstallet ansatte/pasienter var 3/9 ved sykehjemmene.

Artikkel IV bygger på en spørreskjemaundersøkelse omtalt som Clinical Learning Environment and Supervision Scale + Nurse Teacher (CLES+T) (Vedlegg 6) blant sykepleierstudenter ved fem norske høgskoler. Respondentene til studie IV ble rekruttert fra fem strategisk valgte høgskoler i Norge. Spørreskjemaet CLES+T er utviklet og validert av Saarikoski & Leino-Kilpi (2002), Saarikoski *et al.* (2005, 2008) som ga tillatelse til oversettelse og bruk av det i Norge (Vedlegg 7). Det er første gang spørreskjemaet brukes i Norge. Spørreskjemaet ble oversatt og validert ut fra prosessen beskrevet av Polit & Beck (2008) med oversettelse fra engelsk til norsk, og så tilbake til engelsk av to innbyrdes uavhengige oversettere som behersket begge språk. En referansegruppe bestående av fagpersoner ved Universitetet i Tromsø bearbeidet spørreskjemaet etter oversettelse. En pilotutprøving av skjemaet ble gjennomført blant 14 studenter i en helsefaglig bachelorutdanning som inkluderer praksis i helseinstitusjoner. Denne resulterte i mindre justeringer av skjemaet.

Spørreskjemaet inneholder spørsmål om bakgrunnsdata (alder, kjønn, praksissted, semester og utdanningsår). I tillegg omhandler spørsmålsstillingene læringsmiljø, veiledningsrelasjonen og sykepleielærernes rolle i praksis. Sykepleielærernes rolle inngår ikke i denne studien, men vil bli gjenstand for en egen artikkel.

Det ble sendt skriftlig informasjon om undersøkelsen til dekanene ved fem høyskoler med sykepleierutdanning og en forespørsel om tilgang til navn og adresseliste til studentene, noe som ble innvilget (Vedlegg 7). Denne delen av studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført våren 2009 og totalt 1397 studenter ved sykepleierutdanningene ved de fem høyskolene fikk tilsendt spørreskjemaet som de ble bedt om å besvare ved å ta utgangspunkt i den sist gjennomførte praksisperioden (Vedlegg 3). På grunn av flytting uten oppgitt ny adresse ble 168 spørreskjema returnert. Dermed har 1229 studenter mottatt skjemaet. Det ble mottatt 511 utfylte spørreskjema og foretatt én purring. Svarprosenten ble 41.6 %.

Feltarbeid med observasjon og feltnotater

Deltakende observasjon er en metodisk tilnærming som tar sikte på å etablere en felles erfaring mellom forskeren og de som utforskes (Hammersley & Atkinson 1996). Forskeren bruker tid sammen med sine informanter og observerer det som skjer. Graden av deltakelse i informantens hverdag kan favne fra ren observasjon til total deltakelse (Hammersley & Atkinson, Wadel 1991). Rendyrket observasjon uten samtaler med informantene innebærer en fare for at forskeren ikke får innsikt i deres hverdag og erfaringer. Full deltakelse gir en risiko for at forskeren ikke oppnår den nødvendige analytiske distanse (Wadel 1991).

Innledende observasjoner før studentenes praksis ble gjennomført over en periode på to uker i ett av sykehjemmene - i hovedsak på dagtid, men med enkelte kveldsvakter. Hensikten var å revitalisere eget kjennskap til sykehjem som praksissted og læringsmiljø. I de to ukene med feltarbeid inntok jeg en rolle der jeg vekslet mellom ren observasjon og aktiv deltakelse ut fra hvordan jeg oppfattet de ulike situasjonene jeg var i.

Videre observasjoner ble i all hovedsak gjennomført på dagtid i løpet av studentenes praksisperiode (2 puljer á 10 uker) fordi studentene for det meste gjennomførte sine studentvakter på dagtid. For hvert sykehjem og hver avdeling var jeg til stede på minimum to kveldsvakter. Observasjonstiden pr dag varte fra 4-7 timer med start fra vaktens begynnelse. Forskerrollen kan best beskrives som delvis deltagende observatør. Jeg tilstrebet at min tilstedeværelse ikke skulle være ubehagelig for studenter og personale og deltok i de situasjonene studentene inngikk, i bortsett fra personlig pleie til pasienter når jeg vurderte at dette ikke var etisk forsvarlig.

I løpet av studentenes praksisperiode ble observasjoner i de tre sykehjemmene utført ut fra et tidsomfang tilpasset antall studenter i de respektive sykehjemmene. Disse observasjonene utgjorde totalt 55 dager i to perioder med praksis (32 dager i sykehjem A, 9 dager i sykehjem B, 14 dager i sykehjem C).

I oppstartsfasen var det viktig å bygge trygge relasjoner til alle ansatte i forskningsfeltene. Det var et mål at ingen skulle oppleve min tilstedeværelse og gjennomføring av studien som en belastning. Dette prøvde jeg å ivareta ved å være bevisst min egen forskerrolle og være åpen omkring hensikten med min tilstedeværelse. Jeg informerte om når jeg skulle være tilstede i de ulike sykehjemmene og avdelingene i form av skriftlige oversikter. Min opplevelse var at de ansatte viste interesse for prosjektet og aksepterte min tilstedeværelse på en positiv måte.

Ut fra intensjonen om å studere læringsmiljøet i sykehjem, var observasjon av konkrete samhandlings- og kommunikasjonssituasjoner en sentral innfallsvinkel. Innledende og

påfølgende feltobservasjoner ble også gjennomført i fellesarealer som dagligstue og korridorer, i tillegg til i vaktrom når rapporter, legevisitter og andre aktiviteter pågikk der. Når jeg var til stede i sykehjemmenes fellesrom presenterte jeg meg og min rolle for pasientene som var der, når dette følte naturlig. Etersom mange av pasientene hadde kognitiv svikt, ble min rolle ikke alltid forstått, og jeg ble flere ganger oppfattet som en av personalet selv om jeg bar privat tøy. I noen situasjoner løste jeg dette ved å hente en pleier som kunne imøtekomme pasientens henstilling til meg. I andre situasjoner brukte jeg meg selv som utdannet sykepleier eller medmenneske i samtalsituasjoner der det var etisk forsvarlig. Gjennom alle observasjonsperiodene ble det tatt fortløpende feltnotater som ble skrevet ut ved hjelp av teknikken beskrevet av Schatzman & Strauss (1973). Feltnotatene handlet om hva som ble sett, hørt og sanset. Metodologiske notater dreide seg om hvor observasjonene ble utført, hvor jeg befant meg, sammen med hvem og om jeg var aktiv eller passiv i situasjonen. Noen notater omhandlet teoretiske assosiasjoner og spørsmål knyttet til mine feltnotater. I tillegg ble det gjort personlige notater som omhandlet egne følelser fra situasjonene i feltene. Disse notatene ga grunnlag for å vurdere i hvilken grad egne følelser og oppfatninger virket inn på det observerte (jfr. Polit & Beck 2008). Feltnotatene fungerte som et viktig grunnlag for utforming av intervjuguide (vedlegg 4 og 5) og analyse av data som fremkom gjennom intervjuene (Malterud 1996). Feltnotatene ble skrevet ut daglig for å ivareta nærhet i tid til det som var observert og notert.

For feltforskere er det viktig å unngå en besøksrolle. Jeg deltok derfor i uformelle samtaler og kaffepauser som innfallsvinkler for å etablere en trygg relasjon. Wadel (1991) sier om besøksrollen at den er uheldig fordi den gjør det vanskelig å komme "back stage" slik Goffman (1992, s.197) beskriver det:

"Vi finner ofte et område bak kulissene, hvor opptredenen forbedres, og et fasadeområde hvor opptreden fremføres. Adgang til disse områdene er kontrollert for å hindre at publikum

får tittle bak kulissene og hindre at utenforstående slipper inn til en opptreden som ikke er myntet på dem”.

Jeg erfarte at deltakelse i uformelle sammenhenger resulterte i at jeg ikke forble ”front stage”, og informanter og aktører så ut til å akseptere min tilstedeværelse og rolle. Ved noen anledninger opplevde jeg å bli tildelt en ”ekspertrolle” ved at jeg ble spurt om ”svar” på ulike faglige spørsmål. Jeg unngikk denne posisjonen ved å vise interesse for spørsmålet, men uten å gi konkrete svar.

Intervju

Artiklene I-III bygger på analyse og tolkninger av semistrukturerte intervjuer med sykepleierstudenter og deres kontaktsykepleiere tatt opp på lydbånd og skrevet ut ordrett som tekst. Utforming av intervjuguide (Vedlegg 4 og 5) ble påbegynt i løpet av de to første ukene med observasjoner forut for studentenes praksisperiode. Den ble videre bearbeidet, videreutviklet og ferdigstilt i tiden frem mot gjennomføring av intervjuene. Intervjuguiden som lå til grunn for intervjuene omfattet tematiserte innfallsvinkler rettet mot ulike forhold knyttet til læringsmiljø i sykehjem ut fra egne erfaringer som lærerveileder i sykehjem, tidligere forskning, innledende og påfølgende feltarbeid i sykehjemmene.

Tekstene ble analysert av meg og analysene ble etterpå diskutert med medforfatterne.

Diskusjonene av analysene førte til mer innsiktsfulle fortolkninger og i noen tilfeller til nye fortolkninger. Vi diskuterte til konsensus om fortolkningene ble oppnådd. På denne måten bidro mine veiledere til analysenes troverdighet. Enhver tekst kan forstås på ulike måter. Det understreker betydningen av grundige diskusjoner i analysene slik at man finner støtte i datamaterialet og teoritilfang for at en tolkning av teksten er mer troverdig enn en annen tolkning. Man må like fullt være klar over at en tolkning aldri kan ses på som objektiv (Kvale 1997, Polit & Beck 2008). Tolkningen må derfor ses i lys av tolkernes forforståelse

(Kvale 1997). Artikkelforfatternes samarbeid og grundige diskusjoner ut fra ulike innfallsvinkler resulterte i grundige analyser, noe som styrker påliteligheten.

Det studentene fortalte i intervjuene og analyse av feltnotatene ble brukt som utgangspunkt for intervjuene med kontaktsykepleierne. Intervjuene fant sted på de respektive sykehjemmene mot slutten av studentenes praksisperiode. Intervjuene varte fra 40 til 70 minutter.

Sykepleierstudentene og deres kontaktsykepleiere ble i intervjuene bedt om å fortelle om sine erfaringer med og synspunkter på læringsmiljøet i sykehjemmet der de hadde sin praksis. For enkelte informanter var det nødvendig at jeg utdypet begrepet læringsmiljø. Etter hvert som intervjuene skred frem, grep jeg fatt i informantenes utsagn ved at de ble bedt om å utdype utsagn og gi eksempler. Disse henstillingene var i utgangspunktet åpent formulert samtidig som de bygde på kjerneområder for læring i praksis av eldreomsorg. På den måten kan informantene ha blitt påvirket til valg av hva som ble løftet frem og vektlagt. Ut fra min erfaringsbakgrunn opplevde jeg både styrken og svakheten i min nærhet til forskningsfeltet, selv om jeg ikke kjente de tre sykehjemmene fra egen virksomhet som lærer. I intervjuene med studentene og sykepleierne var styrken at vi delte en del faglig kunnskap. Ut fra mitt kjennskap kunne jeg stille relevante oppfølgingsspørsmål for å forfølge tema som ble tatt opp. Svakheten var at jeg ut fra en tilsynelatende innforståthet ved noen anledninger gikk for raskt over til nye innfallsvinkler. Min forforståelse og umiddelbare fortolkning kom i veien. Etter hvert i forskningsprosessen ble jeg mer bevisst slike problemer. I intervjuene med sykepleierstudentene som var verbalt aktive og formidlet rike data, var utfordringen å holde fast i temaet for intervjuene.

Intervjusituasjonene var preget av at informantene viste engasjement og interesse for studien. De var åpne og meddelsomme om sine erfaringer og oppfatninger om læringsmiljøet i sykehjemmene. Dette førte til rike beskrivelser av hva som ble sett på som viktige elementer for læringsmiljøet både med hensyn til organisatoriske, faglige og individuelle dimensjoner. Noen av informantene hadde ikke norsk som førstespråk. Det medførte at intervjuer måtte klargjøre benevnelser brukt i spørsmålsstillinger og innspill. Dette må ses på som en potensiell feilkilde. Min oppfatning er like fullt at disse informantenes utsagn har gyldighet, ettersom klargjøringene resulterte i rike beskrivelser og konkrete eksempler med relevans for studiens tema.

Intervjuene ble tatt opp på minidisk. Til tross for at informantene på forhånd var informert om dette, forsikret jeg meg før hvert intervju om at de aksepterte at minidisk ble brukt. Noen kommenterte innledningsvis at de opplevde det som uvant å snakke med en opptaker på. Etter hvert som vi ble opptatt av intervjusamtalen, så det ut til at opptakeren ble glemt. Dette ble av flere kommentert ved slutten av intervjuene når de uttrykte at de var overrasket over at de hadde glemt at samtalen ble tatt opp.

Intervjuene ble transkribert samme dag eller dagen etter gjennomføring og så nøyaktig som mulig. Transkribering fra tale til tekst innebærer en reduksjon ved at kroppslige uttrykk ikke fanges opp. Ettersom jeg la vekt på en lyttende holdning under intervjuene, ble ingen notater tatt. Jeg har derfor ingen data vedrørende kroppsspråk. For å kompensere for dette ble pauser registrert med prikkede sekvenser, fet skrift ble brukt der informantene la ekstra trykk på ord, utropstegn ble brukt for å gjengi intensitet og latter ble skrevet inn i parenteser. En åpen og fleksibel form var en styrke ved at den ga rom for de overraskende veier som et intervju kan ta og som tilfører viktige data (jfr. Paulgaard 1997).

Analyse

Etter transkriberingen ble intervjuene lyttet til og lest flere ganger for å få et helhetsinntrykk av teksten. Forståelsen av teksten har derfor fungert som en veiviser i den påfølgende analysen der teksten ble delt opp i meningsenheter (sammenstilling av ord eller meddelelser som har sammenheng med den samme sentrale mening) (jfr. Graneheim & Lundman 2004). Deretter ble meningsenhetene kondensert slik at teksten ble forkortet uten at kjernen i innholdet ble borte. Etter arbeidet med søken etter meningsenheter og kondensering, ble undertema, tema og hovedtema utviklet (jfr. Graneheim & Lundman 2004) Derfra dreide arbeidsprosessen seg om en pendling mellom essenser i materialet, teoretisk fordypning og studier av tidligere forskning.

Spørreskjemaundersøkelse

Bruk av spørreskjema er en vanlig metode for å få frem kvantifiserbare data. Artikkel IV bygger på en spørreskjemaundersøkelse (Vedlegg 6) blant 407 sykepleierstudenter ved fem utvalgte sykepleierutdanninger i Norge. Spørsmålene skulle bidra til å kartlegge respondentenes evaluering av det kliniske læringsmiljøet. For de ulike spørsmålene var det gitt konkrete svaralternativer som det skulle velges mellom. Respondentene besvarte spørreskjemaet ut fra en fem-punkts Likert skala med svaralternativene 1) helt uenig; 2) delvis uenig; 3) verken enig eller uenig; 4) delvis enig; 5) helt enig. At spørreskjemaet som ble benyttet er brukt og validert i flere ulike sammenhenger, styrker bruk av resultatene undersøkelsen har gitt (Saarikoski & Leino-Kilpi 2002, Saarikoski *et al.* 2005, Saarikoski *et al.* 2007, Saarikoski *et al.* 2007).

Forskningsetiske krav og etiske vurderinger

Forskningsprosjektet som ligger til grunn for avhandlingens artikler ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Prosjektet ble lagt fram for Regional komité for

medisinsk forskningsetikk (REK), helseregion V, med bakgrunn i forskerens tilstedeværelse i tre sykehjem under feltarbeid. Prosjektet ble vurdert til å falle utenfor REK sitt mandat (Vedlegg 7). Styrene ved de respektive sykehjemmene ga tillatelse til feltarbeid.

Sykepleierstudenter og sykepleiere som deltok i intervjuer brukt i artiklene I, II og III, ga sitt informerte skriftlige samtykke før datasamlingen begynte (Vedlegg 1 og 2).

I artiklene (I-III) har jeg tilstrebet å gi en grundig og nøyaktig fremstilling av informantenes formidlede erfaringer og oppfatninger. Jeg har vektlagt å tydeliggjøre hva som er mine fortolkninger og hva som er teoretisk baserte drøftinger. Alle data er anonymisert ved at det som kan bidra til å identifisere utdanningsinstitusjonene, sykehjemmene og informantene er utelatt.

Sykepleierstudentene som deltok i spørreskjemaundersøkelsen og dekanene, ble lovet at alt materiale skulle behandles konfidensielt slik at data om høyskoler, praksissteder eller respondenter ikke skulle fremkomme. Informantene mottok skriftlig informasjon om studien og ble bedt om å delta ved å fylle ut og returnere spørreskjemaet (Vedlegg 3). Deres informerte samtykke ble gitt ved at de returnerte utfylt spørreskjema.

Metodologiske overveielser

I kvalitativ forskning er forskeren sitt eget forskningsinstrument (Polit & Beck 2008). Spørsmål om studiens troverdighet har derfor sammenheng med tydeliggjøring av forskerens egen rolle, relasjonen til forskningsfeltet og hvordan dette innvirker på funnene som presenteres (jfr. Fangen 2004). Dette er prøvd ivaretatt ved å klargjøre valgte forskningsmessige tilnærminger. Jeg har arbeidet for å ivareta den nødvendige distanse og en kritisk og analytisk holdning til forskningsfeltet og egen rolle. I artiklene I-III er troverdighet

forsøkt ivarettatt gjennom empirinære fremstillinger av datamaterialet og teoretisk begrunnede fortolkninger.

Bruk av flere metodiske innfallsvinkler gir forskjellige tilganger til forskningsfokuset (Polit & Beck 2008). Disse utfyller hverandre og er med på å berike det samlede materialet gjennom en utvidet forståelse av fenomenene som studeres. Bruk av flere metoder gir også en mulighet for å vurdere i hvilken grad det er konsistens og sammenheng mellom fenomenene som trer frem (Polit & Beck 2008).

Observasjoner og feltnotater fra sykehjemmene mens studentene gjennomførte sin praksis, bidro til å styrke studiens pålitelighet ved at datamaterialet fra intervjuer kunne sammenholdes med observasjoner og feltnotater. Det informantene fortalte meg i intervjuene samsvarte innholdsmessig i stor grad med egne feltnotater. Potensiell bias (jfr. Polit & Beck 2008) som et resultat av min egen forforståelse må tas i betraktning, selv om jeg tilstrebet en åpen holdning i intervjuene og i analysen av feltnotater og intervjudata.

Kvantitative data (IV) er skaffet til veie under forhold der det var avstand mellom forsker og respondenter. Hensikten med kvantitative metoder er å skaffe til veie så sikker og gyldig kunnskap om mulig om forhold som kan telles, veies og måles (jfr. Polit & Beck 2008).

RESULTATER

Resultatene for studiene I- IV oppsummeres og presenteres i egne underkapitler. I tabell 2 gis en oversikt over resultatene.

Tabell 2. Oversikt over resultatene i studiene I – IV

Studier	Tema	Sammenfattende resultater
I. Nursing students' experiences of nursing homes as learning environments.	Akseptasjon og verdsetting. Veiledning og læringsprosess. Faglige diskusjoner og læringsutbytte.	Et godt læringsmiljø inkluderer veiledning, tilbakemelding og kritiske refleksjonsprosesser i et faglig praksisfellesskap.
II. Students experiences in learning of person-centred care of patients with Alzheimer's disease as perceived by nursing students and supervising nurses.	Holdninger til tilnæringer i pleie og omsorg til pasienter med Alzheimer's sykdom. Oppfatninger om kunnskap med hensyn til personsentrerte tilnæringer. Synspunkter og perspektiver på læring av personsentrerte tilnæringer.	Studien viser variasjoner i sykepleierstudenters og kontaktsykepleieres oppfatninger med hensyn til læring av pleie og omsorg for pasienter med Alzheimer's sykdom. Sykepleierstudentene erfarte begrenset læring av personsentrerte tilnæringer i pleie og omsorg for pasienter med Alzheimer's sykdom. Kontaktsykepleierne oppfattet imidlertid sykehjemmet som et praksissted med rike muligheter for å lære dette.
III. To what extent does the oral shift report stimulate learning among nursing students? A qualitative study.	Muntlig rapport som en arena for faglige diskusjoner. Innholdet i muntlig rapport. Muntlig rapport som en læringskontekst.	Det ble funnet at muntlige rapporter kan utgjøre en viktig lærings situasjon. Dette gjelder spesielt hvis studentene engasjeres i faglige diskusjoner med personalet. Funnene peker på tiltak for å styrke muntlige rapporters læringsverdi for sykepleierstudenter.
IV. Clinical learning environments and supervision: experiences of Norwegian nursing students. A questionnaire survey.	Bakgrunnsdata Pedagogisk atmosfære. Veiledningsrelasjonen.	Data viste at sykepleierstudenter som responderte i henhold til sykepleiepraksis i sykehjem alt overveiende var mer misfornøyd enn de som responderte med referanse til sykepleiepraksis i sykehus.

Artikkel I

Sykepleierstudentene opplevde at læringsmiljøet i sykehjemmene der de gjennomførte praksisstudier i eldreomsorg var viktig for deres holdninger til sykehjem som potensiell fremtidig arbeidsplass. Fra intervjuene med sykepleierstudentene ble tre hovedtema knyttet til læringsmiljø funnet. Disse var: akseptasjon og verdsetting, veiledning og læringsprosess og faglige diskusjoner og læringsutbytte. Faglig og kritisk refleksjon som kjennetegn for et

godt læringsmiljø ble ansett som vesentlig for læringsprosessen dersom den ikke skulle resultere i passiv tilpasning til etablerte rutiner i omsorg for eldre. Funnene innenfor de tre hovedtemaene var sammensatte og varierte for informantene mellom sykehjemmene de praktiserte i. Informantene ga i intervjuene konkrete eksempler på hvordan de hadde erfart sykehjemmene med tanke på læringsmiljø.

Funnene viste at prinsipper og ansvar for veiledning av sykepleierstudenter var ulikt integrert i måten kontaktsykepleierne forholdt seg for å engasjere og inkludere studentene i praksis. Vektlegging av dialog og praktisk samhandling om konkrete pasientsituasjoner ble ivaretatt i varierende grad. Studenter som opplevde at de ble verdsatt som midlertidige deltakere i sykepleiegruppen erfarte at de samarbeidet tett med sin kontaktsykepleier i praktisering av sykepleie og i faglige diskusjoner om sykepleiefaglige spørsmål. Motsatsen var studenter som opplevde at de i stor grad praktiserte alene eller sammen med en medstudent, men uten systematisk og planlagt samarbeid med sin kontaktsykepleier. Kompetanse og bevissthet om kontaktsykepleierens rolle og funksjon som veiledere for sykepleierstudenter er viktig for å utvikle et godt læringsmiljø.

Artikkel II

Fra intervjuene med sykepleierstudentene (n=7) og kontaktsykepleierne (n=6) i et undervisningssykehjem ble det identifisert ulike oppfatninger om læring av personsentrert omsorg for pasienter med demenssykdom. Fra intervjuene med sykepleierstudentene ble tre hovedtema funnet. Disse omhandlet 1) holdninger vedrørende tilnærminger til pasienter med demenssykdom, 2) oppfatninger om kunnskapens betydning for personsentrerte tilnærminger og 3) synspunkter på hvordan man kan lære personsentrerte tilnærminger til pasienter med demenssykdom. Fordi undervisningssykehjemet vektla omsorg for pasienter med demens i ulike prosjekter, hadde sykepleierstudentene forventinger om å lære mer om og å praktisere

personsentrert omsorg. De hadde forventninger om å møte et miljø der holdninger til og kunnskaper om personsentrert omsorg for pasientene skulle være praktisert og tematisert. De opplevde at de hadde begrenset læringsutbytte med tanke på personsentrert omsorg for pasienter med demenssykdom. De uttrykte at de ikke observerte eller erfarte systematiske personsentrerte tilnærminger. Deres forventninger var videre knyttet til å lære personsentrerte tilnærminger gjennom veiledning og samhandling med sin kontaktsykepleier i konkrete pasientsituasjoner.

Kontaktsykepleierne oppfattet at sykehjemmet representerte rike læringsmuligheter for personsentrert omsorg for pasienter med demenssykdom. Kontaktsykepleierne ga uttrykk for at læring av personsentrert omsorg finner sted gjennom daglig omsorg for pasienter med demenssykdom. De vektla ikke sin egen betydning i å synliggjøre personsentrert omsorg.

Artikkel III

Artikkelen beskriver og diskuterer hvordan sykepleierstudenter (n=12) og deres kontaktsykepleiere (n=11) i tre sykehjem oppfatter muntlig rapport som en potensiell læringssituasjon for sykepleierstudenter. Sykepleierstudentene beskrev ulike erfaringer med muntlige rapporter. Noen opplevde begrenset læringsutbytte fra muntlig rapport, mens andre opplevde at muntlig rapport både med hensyn til form og innhold var nyttig for egen læring. Rapportsituasjoner kan ha en funksjon for studenter når det gjelder følelsemessig støtte i forbindelse med erfaringer fra konkrete pasientsituasjoner. Funnene viser at muntlig rapport med en personsentrert tilnærming representerer en vesentlig læringssituasjon. Dette gjelder spesielt for de studentene som opplevde at muntlige rapporter inkluderte faglige diskusjoner som de deltok i. Korte, summariske rapporter begrenset mulighetene for studentenes læring ved at de ikke ga rom for samtale og diskusjon om konkret pleie og tilhørende sykepleiefaglige spørsmål. Studentene som hadde praksis i sykehjem B og i avdelingen som

var tilrettelagt for pasienter med demenssykdom, formidlet at de erfarte personsentrert omsorg i det daglige pleie- og omsorgsarbeidet og i de muntlige rapportenes innhold og form. Funnene viser at det er et utviklingspotensial med hensyn til muntlig rapport som en læringssituasjon. For at muntlig rapport skal fungere som en læringssituasjon, må den gis tilstrekkelig tid slik at det skapes rom for faglige diskusjoner. Tid er en viktig faktor for personsentrerte rapporter som legger vekt på både psykososiale og fysiske forhold i pasientpleien. Enkelte kontaktsykepleiere opplevde at det ikke var tilstrekkelig tid til grundige muntlige rapporter. Noen kontaktsykepleiere uttrykte usikkerhet om hva som skal inkluderes i muntlig rapport, mens andre gjorde bevisst bruk av muntlige rapporter for å fremme studentenes læring og faglige utbytte.

Artikkel IV

I spørreskjemaundersøkelsen evaluerte 407 sykepleierstudenter klinisk læremiljø, veiledning og sykepleielærers rolle i praksis (CLES+T, vedlegg 6). I artikkel IV er svarene fra studentene som refererte til praksis i sykehjem (n= 146) og sykehus (n=261) (Tabell 1) lagt til grunn for en sammenligning av de to gruppens erfaringer og synspunkter med hensyn til ”pedagogisk atmosfære”, ”avdelingsleders lederstil”, ”sykepleie på avdelingen” og ”veiledningsrelasjonen”. Funn knyttet til ”sykepleielærers rolle i praksis” vil som tidligere nevnt bli gjenstand for en egen artikkel.

Analysen av spørreskjemaene ble gjort i Statistical Program for the Social Sciences, versjon 15.0. ut fra svaralternativene ”delvis enig” og ”helt enig”. I faktoranalysen av spørreskjemaene viste det seg at tre av variablene som hos Saarikoski *et al.* (2008) hørte til under ”pedagogisk atmosfære” ladet for underdimensjonen ” sykepleie på avdelingen”.

Resultatpresentasjonen i avhandlingen presenteres i henhold til den nye faktor-strukturen ved

at de tre variablene er flyttet til en ny underdimensjon kalt *”sykepleie og lærings situasjoner på avdelingen”* (Tabell 2).

Med hensyn til *”pedagogisk atmosfære”* var det signifikante forskjeller for tre av seks variabler med mer negative resultater for gruppen fra sykehjem, bortsett fra for variablene *”jeg følte meg vel med å gå til avdelingen ved begynnelsen av vaktene”* og *”jeg følte meg vel med å delta i diskusjoner på møter (f. eks før vaktskifte)”* og *”personalet lærte seg navnet på studentene”* (Tabell 2).

For området *”avdelingsleders lederstil”* var det signifikante forskjeller med mer positive resultater for sykehus sammenlignet med sykehjem for tre av fire variabler (Tabell 2).

Statistisk signifikante forskjeller ble funnet for alle variablene (7) knyttet til den nye dimensjonen *”sykepleie og lærings situasjoner på avdelingen”* med mer positive resultater for sykehus (Tabell 2). De største forskjellene ble funnet for *”dokumentasjon av sykepleie”*, *”det var tilstrekkelig med meningsfulle lærings situasjoner på avdelingen”*, *”lærings situasjonene var sammensatte med hensyn til innhold”* og for *”avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø”*.

Alt overveiende evaluerte studentene i gruppen fra sykehus innholdet i veiledningsrelasjonen mer positivt enn gruppen fra sykehjem (Tabell 2). Det ble funnet statistisk signifikante forskjeller for fem av de åtte variablene. Studentene som refererte til sykehjem var minst fornøyd med variablene *”jeg følte at jeg fikk individuell veiledning”* og *”jeg fikk kontinuerlig tilbakemelding fra min veileder”*.

Ut fra samlet score i spørreskjemaene var forskjellene mellom sykehjem og sykehus til fordel for sykehus, signifikante med hensyn til ”*sykepleie og lærings situasjoner på avdelingen*” og ”*innholdet i veiledningsrelasjonen*” (Tabell 3). Ut fra lineær regresjonsanalyse fremkom det at en positiv, stabil relasjon til én veileder, forekomst av spontan veiledning og klinisk praksis i sykehus fremfor sykehjem, viste en signifikant positiv sammenheng med variabelen ”*avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø*”. (Tabell 4).

SAMMENFATTENDE FORSTÅELSE OG REFLEKSJONER

Hensikten med studien har vært å belyse hvordan sykepleierstudenter opplever sykehjem som læringsmiljø for praksisstudier i eldreomsorg. Studiens tema er inspirert ut fra egne erfaringer med utdanning av sykepleiere som har vist at problemstillingene og utfordringene er mange når det gjelder å legge til rette for at studenter opplever et godt læringsmiljø i sykehjem. En studie gjennomført av Bergland & Lærum (2002) viste at studenter i siste studieår oppga både organisatoriske og utdanningsmessige forhold som årsak til at de i fremtiden ikke ønsket å arbeide med eldre. De ønsket mer sykehuspraksis enn de hadde fått i løpet av utdanningen, og mange ønsket mer erfaring med ulike sykepleieprosedyrer som de mente å kunne få i sykehus. Forhold som ressursmangel i form av for lite fagpersonale, tidspress, opplevelsen av et negativt arbeidsmiljø og negative erfaringer i sykehjem i løpet av utdanningen, ble nevnt som årsaker til at de ikke ønsket å arbeide i eldreomsorgen.

Holdninger til eldre er gjenstand for ulike studier (Söderhamn 2001, Kotzabassaki *et al.* 2002, Tailor *et al.* 2007), og ”ageism” er en benevnelse som brukes i enkelte studier (de la Rue *et al.* 2002, Herdman 2002, Cottle & Glover 2007). Det antas at det i Vesten kan være en sammenheng mellom negative holdninger til aldring og alderdom i samfunnet og

sykepleierstudenters og sykepleieres holdninger til å arbeide i med eldre (Herdman 2002, Cottle & Glover 2007). Dette påpekes i en studie av Moyle (2003) som beskriver at sykepleierstudenters oppfatninger av eldre preges av samfunnets myter om eldre og alderdom. Holdninger til eldre varierer ut fra kjønn, alder og kultur. Det er rapportert at mannlige sykepleierstudenter har mer negative holdninger til eldre pasienter enn kvinnelige studenter (Slevin 1991). Andre studier viser ikke slike forskjeller mellom kjønnene (Harris *et al.* 1988). En studie av Hweidi & Al-Obeisat (2005) viser at jordanske sykepleierstudenter har alt overveiende positive holdninger til eldre, og at voksne og mannlige studenter hadde mer positive holdninger til eldre enn kvinnelige og yngre sykepleierstudenter. Flere studier viser til den betydningen utdanningsinstitusjonene har når det gjelder holdninger til eldre og alderdom (Stevens & Crouch 1995, 1998, Rogan & Wyllie 2002, Burbank *et al.* 2006, Williams *et al.* 2006, Robinson *et al.* 2008). Forhold som har betydning er: hvordan studentene forberedes til praksisstudier i sykehjem, undervisningsinnholdet om eldre og aldring og hvilke holdninger som direkte og indirekte formidles angående eldreomsorg i teori og praksis. Et godt læringsmiljø i sykehjem kan bidra til læring, holdningsendring og motivasjon (jfr. Illeris 2000, 2002) for sykehjem som fremtidig arbeidsplass.

Ulike tiltak har blitt satt i verk for å gjøre eldreomsorg og spesielt arbeid i sykehjem attraktivt, og iverksettingen av undervisningssykehjemsprosjektet er en stor satsning i Norge. Bakgrunnen for etablering av undervisningssykehjem i Norge bygde på en enighet om at kvaliteten på sykehjemstjenesten trengte å bli styrket, og at det var nødvendig å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Betydningen av et godt og stimulerende læringsmiljø ble pekt på som viktig for å motvirke eksisterende motforestillinger mot å velge sykehjem som fremtidig arbeidssted (Kirkevold & Kårikstad 1999). Edwards *et al.* (2004) og Abbey (2006) viser til den betydningen studenters erfaringer fra praksis har for fremtidig yrkesvalg.

Å legge til rette for et godt læringsmiljø

Læringsmiljø tematiseres ut fra funn knyttet til legitim perifer deltakelse (jfr. Wenger 1998) og inkludering i pleiefellesskapet (jfr. Spouse 1996, 2000, Säljö 2001) gjennom akseptasjon og verdsetting, veiledning og læringsprosess og faglige diskusjoner og læringsutbytte (I) og læringsmiljø og veiledningsrelasjonen (IV).

Alle sykepleierne som deltok i studien fortalte at de opplevde det som positivt å ha studenter i praksis, selv om de ga uttrykk for at oppgaven som kontaktsykepleier var krevende både faglig og tidsmessig. De anså sine respektive arbeidsplasser som gode læringsmiljø der studentene hadde muligheter for god læring av eldreomsorg (I). En studie av Beadnell (2006) viste at sykepleiere var positive overfor studenter til tross for arbeidspresset. Studier har vist at sykepleiere står overfor et økende arbeidspress og ansvar som kan hemme dem i å gi optimal veiledning til studenter (Corlett 2000, O'Malley *et al.* 2000). At studenter i sykehus i større grad enn i sykehjem erfarte systematisk veiledning fra en stabil veileder (IV), kan være et resultat av sykepleiermangel i sykehjem (Dolonen 2009). Den globale sykepleiermangelen (Helse- og omsorgsdepartementet 2005-2006, Price 2008) innebærer at sykepleiere utfordres av mange og store krav med hensyn til oppgaver og at omsorgen for pasientene gis forrang (Heath 2002, Kilcullen 2007). En god relasjon til en stabil veileder ser ut til å ha stor betydning for hvordan studenter oppfattet det kliniske læringsmiljøet (IV).

Lloyd-Jones & Akehurst (2000) beskriver i en studie at verdien av studentenes bidrag i praksis kompenserte for den tiden de ansatte brukte på veiledning og undervisning.

Studentene som deltok i denne studien opplevde at personalet uttrykte takknemlighet for den innsatsen studenten bidro med i løpet av sine studentvakter (I). For noen studenter var det imidlertid slik at "doing" var fremtredende på bekostning av "learning" ut fra begrenset

veiledning og undervisning. Begrensede erfaringer med en stabil veiledningsrelasjon i praksis i sykehjem (IV) understøtter at ”doing” da kan bli mer fremtredende enn ”learning”. O’Callaghan & Slevin (2003) peker på den betydningen det har at sykepleierstudenter i praksis ikke skal inngå som en del av den regulære bemanningen.

Studentenes erfaringer med hensyn til læringsmiljøet var varierende. Studentene som hadde praksis i sykehjem A var overveiende skuffet over de erfaringene de gjorde med hensyn til læringsmiljøet. Deres skuffelse kan forstås som et resultat av at deres forventninger etter et innledende informasjonsmøte da de startet på sin praksis, var urealistiske. Det er like fullt viktig å se studentenes erfaringer i lys av i hvilken grad målsettingen om å skape et godt læringsmiljø for studenter (jfr. Kirkevold & Kårikstad 1999) var innarbeidet i hverdagens praktisering.

Sykehjemmene B og C hadde ingen eksplisitt uttrykte målsettinger om å være gode læringsmiljø for studenter. Det var ikke spesielt vektlagt at ansatte skulle drive forsknings- og utviklingsarbeid. Studentene som praktiserte i sykehjemmene B og C uttrykte at de i hovedsak hadde positive erfaringer med læringsmiljøet (I). Disse studentenes erfaringer tyder på at en organisasjons uttrykte målsettinger om et godt læringsmiljø i seg selv ikke er tilstrekkelig for at det oppleves som godt av sykepleierstudenter. Utfordringen er at tiltak rettet mot et positivt læringsmiljø må bli en integrert del av hverdagen ved at tiltakene er innarbeidet i organisasjonens individer og i dens hukommelse (jfr. Wadel 1992). Ulikhetene i studentenes erfaringer kan forstås slik at et positivt læringsmiljø avhenger av de ansattes og i særdeleshet kontaktsykepleieres motivasjon for, holdninger til og engasjement i veiledning av sykepleierstudenter. Slike ulikheter fremkommer i den kvantitative

spørreskjemaundersøkelsen (IV) mellom studenter som hadde praksis i henholdsvis sykehjem og sykehus.

Sykehjemmene som inngår i denne studien er ulike. Sykehjem A er et undervisningssykehjem. Sykehjem B er en del av et helsesenter, og studentene fulgte sammen med sine kontaktsykepleiere en turnus som innebar en veksling mellom arbeid i sykehjemsenheten og en sykestueenhet. Varierte arbeidsoppgaver *kan* tolkes til å ha betydning for studentenes tilfredshet og dermed for opplevelsen av læringsmiljøet. Funnene i studie IV som viste at studenter i sykehus i større grad enn studenter i sykehjem opplevde at det var tilstrekkelig med meningsfulle læringssituasjoner på avdelingen og at disse var sammensatte med hensyn til innhold, understøtter et slikt perspektiv. I sykehjem C praktiserte én av studentene i en avdeling spesielt tilrettelagt for pasienter med demenssykdom. Pleie- og omsorg til pasienter med demenssykdom er krevende. I en avdeling med en forholdsvis homogen pasientgruppe⁶, er det antakelig, til tross for sammensatte, individuelle pasientbehov, større mulighet til å gå i dybden for å kunne arbeide systematisk og reflektert, enn i avdelinger med en mer sammensatt pasientgruppe når det gjelder diagnoser.

Longo (2007) skriver om "horizontal violence" som et uttrykk for når studenter opplever å bli holdt nede og ydmyket i kliniske praksisperioder. Griffin (2004) beskriver "horizontal violence" som at studentene ikke ses på som et aktivum, men at personalet åpent ergrer seg over studentenes forstyrrelser i form av verbal eller non-verbal avvisning. Ingen av studentene i denne studien opplevde dette direkte. Indirekte opplevde enkelte studenter å ikke bli lyttet til eller at innspill ble oppfattet som kritikk (I). Levett-Jones & Bourgeois

⁶ Her forstått som at alle pasientene hadde en demensdiagnose.

(2007) og Thomas & Burk (2009) har gjort funn som viser at studenter er sårbare for ”horizontal violence” i praksisperioder. Slike erfaringer vil kunne resultere i ”tilpassing”- fremfor ”daning”. Oppnås ”daning” kan det ses som resultat av samhandling og dialog (jfr. Hellesnes 1994) i et trygt og inkluderende praksisfellesskap (jfr. Levett-Jones & Lathlean 2009).

I spørreskjemaundersøkelsen inngikk ”pedagogisk atmosfære” som en av underdimensjonene for læringsmiljø (IV). Relasjonelle forhold, faglige diskusjoner og en positiv atmosfære vektlegges av respondentene i artikkel IV og samsvarer med funnene i artikkel I.

Et godt læringsmiljø er blant annet knyttet til avdelingsleders evne til å skape et godt klima som understøtter læringsprosesser (IV). Avdelingsleder må da være noe mer enn en administrator, og faglig ledelse og faglig utvikling må utgjøre viktige arbeidsområder (Lockwood-Rayermann 2003). Rollen som avdelingsleder er i følge en studie av Bezuidenhout *et al.* (1999) flersidig ved at den innebærer administrative, praktiske, utdanningsmessige og forskningsmessige oppgaver. I hverdagen er det ofte utdannings- og forskningsmessige oppgaver som må vike (Bezuidenhout *et al.* 1999). I samme studie fremgår det at sykepleierstudenter har forventinger til avdelingslederens rolle med tanke på å bidra til utdanning og et godt læringsmiljø. Levett-Jones & Bourgeois’ studie (2007) viste at avdelingslederens rolle var avgjørende for om studenter opplevde at de fikk støtte, var velkomne og verdsatt i det kliniske miljøet. I feltarbeidene ble avdelingsledernes rolle overfor studentene observert som varierende. Variasjonen viste seg i spennet mellom én sterkt tilstedeværende leder som la til rette for læring i for eksempel rapportsituasjoner, og de andre lederne som i all hovedsak ikke hadde direkte kontakt med studentene. Disse

lederne var i begrenset grad til stede under rapporter og var opptatt med administrative oppgaver og møtevirksomhet. Funn i spørreskjemaundersøkelsen (IV) viste at variabelen ”tilbakemeldinger fra avdelingsleder kunne lett ses på som en lærings situasjon” ikke var av vesentlig betydning. Dette kan bero på at ordningen med kontaktsykepleier innebærer at avdelingsleder kun har en indirekte funksjon og rolle overfor studentene.

Veiledning og læringsprosess

Å ta imot studenter for praksisstudier innebærer et ansvar for veiledning slik at studentene utfordres med hensyn til sin nærmeste utviklings sone (jfr. Vygotsky 2001) gjennom kontaktsykepleiere som bidrar til stillasbygging (jfr. Vygotsky 2001). Noen sykepleiere er verken skolert for eller har lyst til å være kontaktsykepleier med veiledningsansvar (Zilembo & Monterosso 2008). Kontaktsykepleierne som inngikk i denne studien (I, II, III) hadde alle deltatt i innføringsmøter vedrørende veiledning av studenter, men ingen hadde deltatt i systematisk opplæring i veiledning (jfr. Chow & Suen 2001, Tiwari *et al.* 2005, Kilcullen 2007).

Når det gjelder synspunkter på læring, har uttrykk som ”ansvar for egen læring” og tanken om ”learning by doing” (jfr. Dewey 1974) fått gjennomslag. Uten et bevisst forhold til at læring i praksis forutsetter tilrettelegging, stillasbygging (jfr. Vygotsky 2001) og veiledning, kan resultatet bli manglende gjenkjennelse og bruk av potensielt skjulte lærings situasjoner på grunn av at de overses (White & Ewan 1991, Lambert & Glacken 2005). En stabil, god veileder kan bidra til fremming av en god læringsprosess ved jevnlig veiledning og kontinuerlig tilbakemelding (Saarikoski & Leino-Kilpi 2002) (IV).

Mye av læringen i praksis er spontan og uforutsett, men planlegging og veiledning er nødvendig for å utnytte læringsmulighetene (Dean & Kenworthy 2000). Dette understrekes i

en studie av Brodie *et al.* (2005) som skriver at sykepleiere er nøkkelpersoner og veivisere i studentenes læringsprosess. De er kjent med konteksten (jfr. Lave & Wenger 1991) og pasientene studentene skal lære innenfor og i relasjon til. Kilcullen (2007) fant i sin studie at kontaktsykepleiere spiller en avgjørende rolle i å styrke studenters læring gjennom å gi støtte for læringsprosessen. Det kan kontaktsykepleieren bidra til gjennom sitt kjennskap til praksisstedet og ved å løfte frem læringssituasjoner som man ikke kan forvente at studentene kan finne uten hjelp og støtte. Löfmark & Wikblad (2001) fant i sin studie at negative holdninger hos sykepleiere på praksisstedet kan hemme læringen.

Studier av Granum *et al.* (1991), Havn & Vedi (1997) og Green & Holloway (1997) har vist at studenter i praksis erfarte fravær av veiledning i store deler av tiden. Funnene med hensyn til veiledning i denne studien varierte (I-IV). Ettersom forholdet bemanning/pasientantall var likt i de tre sykehjemmene, gir ikke slike forhold grunnlag for å trekke konklusjoner med hensyn til ulikhetene i den veiledningen studentene fikk. Kontaktsykepleiernes opplevelse av hverdagens mange gjøremål må likevel tas med i betraktning. Skolering i veiledning kan heller ikke vektlegges som forklaring for ulikhetene i studentenes veiledningstilbud.

Ulikhetene i studentenes erfaringer med veiledning, kan bero på at graden av forpliktelse til veilederrollen var sterkere hos noen kontaktsykepleiere enn hos andre. Når det gjelder studiens kvantitative funn med hensyn til forekomst av veiledning (IV), understøtter de funn gjort av Havn & Vedi (1997) som viste at studenter i praksis i sykehjem var alene i 2/3 av tiden til forskjell fra 1/3 av tiden ved praksis i sykehus.

Saarikoski & Leino-Kilpi (2002) fant at en stabil, individuell veiledningsrelasjon var det viktigste elementet i klinisk praksis. Dette samsvarer med resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen (IV).

Praksis kan innebære stress og engstelse for studentene (Elliott 2002) ved at de kommer til ukjente omgivelser der de ikke kjenner personalet, pasientene eller rutinene.

Kontaktsykepleieren kan avhjelpe en stressende situasjon gjennom å hjelpe studenten til å bli kjent i det nye miljøet og gi systematisk veiledning. I studiene I-III varierte kontaktsykepleiernes relasjon til studentene mellom daglig samarbeid og systematisk veiledning til en praktisering av studentenes ”ansvar for egen læring” og ”learning by doing” uten systematisk veiledning, men med beskjed til studentene om at de var tilgjengelige for studenten ”hvis det var noe”.

Sykepleiere har ansvar for daglig veiledning og opplæring av elever og studenter i praksis (Kunnskapsdepartementet 2008). Ut fra den travle hverdagen i sykehjem er det naturlig at ansatte ser på pasientene og praktiske gjøremål som sin primære oppgave. Situasjonen i praksis er dynamisk og uforutsigbar og dermed vanskelig å ha kontroll over (Grealish & Trevitt 2005), noe som kan vanskeliggjøre etablering av systematisk oppfølging og veiledning av studenter. Kontaktsykepleiere kan derfor oppleve at de befinner seg i et krysspress mellom arbeidsrolle og veiledning av studenter (Hutchings *et al.* 2005). Det er en utfordring å integrere studentveiledning i utøvelse av daglige gjøremål. Oppfølging av sykepleiere som har veiledningsansvar overfor studenter kan bidra til å styrke veiledningen (Danielsson *et al.* 2009).

Sykepleierne i studie I ga uttrykk for at de i all hovedsak så det som positivt å veilede studenter fordi de ga dem nye impulser. For noen studenter ble dette synliggjort ved at deres synspunkter og perspektiver ble lyttet til og lagt til grunn i pleie og omsorg for pasientene. Dette samsvarer med funn gjort i en studie av Zisberg *et al.* (2003) fra sykehus som viste at sykepleiere ga sykepleie med høyere kvalitet når det var studenter i avdelingen enn ellers,

fordi studenter genererer kunnskap, stiller spørsmål og bidrar til at sykepleierne lærer gjennom faglig selvbeskuelse. En veiledningsrelasjon kjennetegnet av likeverdighet, gjensidig interaksjon, respekt og tillit (IV) åpner opp for inkludering av studenter (I) som bidragsytere i praksis.

Å handle og reflektere

Refleksjon handler om å vurdere, tenke over og kritisk analysere erfaringer (Schön 1983, 1987, Nordtvedt & Grimen 2004). I studiene I-III hadde studentene ulike erfaringer når det gjaldt refleksjon som en del av praksis. Noen studenter erfarte ikke at deres kontaktsykepleiere la til rette for eller inngikk i refleksjonssamtaler. Disse studentene gjorde dette sammen og på egne initiativ. Dette står i kontrast til andre studenter som erfarte at refleksjon inngikk som en naturlig del av hverdagen i løpet av praksisperioden (I, II). Rom for refleksjon forutsetter at student og veileder har tid sammen. At studenter erfarte hyppigere og mer jevnlig veiledning i sykehus enn i sykehjem (IV) kan skyldes at de fikk muligheter til å tenke over og kritisk analysere erfaringer.

”Daning” er et resultat av læring (jfr. Hellesnes 1994). Dysthe (1999) skriver om dialog som en måte å fremme ”daning” på gjennom kritisk vurdering av konkrete erfaringer. Erfaringer må utforskes hvis ikke tilpasning til etablerte rutiner og praksiser skal skje på bekostning av ”daning” (jfr. Hellesnes 1994) gjennom kreativitet og kritisk refleksjon.

Wackerhausen (2002) skriver i boken ”Humanisme, profesjonsidentitet og utdanning i sundhedsområdet” om profesjonsidentitetens dannelse og humanisme. Begrepet ”spørgekultur” brukes om de spørsmål ulike profesjoner stiller eksplisitt og implisitt i relasjon til pasientene, og at ”spørgekulturen” primært tilegnes gjennom tilstedeværelse og deltakelse i de undervisnings- og praksissammenhenger der den utfolder seg (jfr. Lave &

Wenger 1991). Studentene i denne studien erfarte ulike spørrekulturer. Noen erfarte en spørrekultur som synliggjorde interesse for pasientene som individer, deres levde liv, følelser og verdier, i tillegg til konkrete forhold knyttet til fysisk pleie. I disse avdelingene var de muntlige rapportene personsentrerte, og det ble gitt rom for studentenes spørsmål og innspill og for faglige diskusjoner (I, III). Andre studenter erfarte avdelinger uten en spørrekultur og med summariske og oppgaveorienterte rapporter (III). Praksisstudier i slike avdelinger innebærer en fare for at studentene tilpasser seg en "ikke-spørrende" kultur med begrenset refleksjon over praksis. En "ikke-spørrende" kultur gir begrenset rom for faglige diskusjoner som grunnlag for læring (I).

Elstad (1995) skriver at pleiepersonalet alltid har hatt begrenset tid til refleksjon over praksis, og viser til at rutiner og regler blir "*en tralt*" når daglige diskusjoner blir fraværende. Muntlige rapporter kan være en arena for faglig diskusjoner. Hamran (1996) skriver at moderniseringen av offentlig sektor medfører at pleiarbeidet effektiviseres og rammer tradisjonelle samarbeidsformer som for eksempel den muntlige rapporten. Hvis den muntlige rapporten får begrenset tid eller blir borte, vil pleiere og studenter som gjennomfører praksis miste et viktig forum for faglige diskusjoner, refleksjon og læring (jfr. "stille rapport") (Solvang 2005). Konsekvensen kan bli at en ikke ser pasienter for "*bare oppgaver*". Variablene "*avdelingens sykepleiefilosofi/grunnlagstenkning var klart definert*" og "*pasientene mottok individuell pleie og omsorg*" i studie IV, viste statistisk signifikante forskjeller med mer positive resultat for sykehus enn for sykehjem. Diskusjon om og refleksjon over sykepleiefilosofi og grunnlagstenkning oppfattes å ha betydning for den pleie og omsorg som gis, og dermed for læringsmiljøet. Eckenfels (2002) skriver med henvisning til legeutdanning at moralsk motivasjon, sosial ansvarsfølelse og moralsk bevissthet har

dårlige vilkår uten refleksjon over praksis. Det er ingen grunn til å tro at dette ikke også gjelder for sykepleierstudenter.

Å ha og være rollemodell

I boken "Pleiekulturen- en utfordring til den teknologiske tenkemåten" (1992) bruker Hamran benevnelsen "Å gå sammen i stellet". At en student "går sammen" med sin kontaktsykepleier innebærer samarbeid og samhandling, og kontaktsykepleieren vil være en rollemodell for studenten gjennom sin tilnærming i relevante pasientsituasjoner (jfr. Martinsen 1989, 1990). For de studentene i utvalget som samarbeidet tett med sine kontaktsykepleiere ga dette grunnlag for dialog og refleksjon over ulike tilnærminger og handlingsalternativer (I-III). Andre studenter "gikk alene" (I) og erfarte i begrenset grad læring i kraft av rollemodeller og påfølgende "fagsnakk" (jfr. Hamran 1992), noe som understøttes av at studenter i sykehjem i mindre grad enn i sykehus erfarte en stabil, god veiledningsrelasjon med gjensidig interaksjon (IV). Hvis veilederrollen ikke ivaretas på en tilfredsstillende måte kan dette gi uheldige konsekvenser (Clarke *et al.* 2003).

Happel (2002) skriver at omsorg for eldre ses på som lite utfordrende, kjedelig og er lite ansett blant sykepleiere, og skriver videre at slike negative holdninger vil ha innflytelse på sykepleieres holdninger til arbeid innenfor eldreomsorg. En mulig konsekvens er at sykepleiere som arbeider i sykehjem ubevisst ikke verdsetter eget arbeid. Det kan i så fall resultere i at kontaktsykepleiere ikke fremstår som gode rollemodeller for studentene (I), med faglig stolthet og synliggjøring av faglighet i utøvelsen av sykepleie.

Gjøremålsorientering og summariske muntlige rapporter (II, III) kan sammen med lav bemanning og tidspress være et uttrykk for at den negative statusen arbeid i eldreomsorg har (Kirkevold & Kårikstad 1999), er internalisert i enkeltindivider og i avdelingskulturen. I

slike avdelinger opplevde studentene ved flere anledninger, da de hadde planlagt å bruke tid på personsentrerte tilnæringer, å bli oppfordret av kontaktsykepleier til å gjøre i stand medisindosetter eller ta blodprøver (II). En slik prioritering av hva kontaktsykepleieren rådet studenten til å engasjere seg i, kan tolkes til at hun vurderte medisinsk-faglige oppgaver som mer interessante og nyttige for studentene enn for eksempel psykososial omsorg. Disse erfaringenes motsats fantes i avdelinger der pasientenes situasjon og studentenes læringsbehov ledet planlegging av gjøremålene, og der rapportene var grundige og personsentrerte med faglige diskusjoner og refleksjoner (I, III).

Å vise frem og lære personsentrert omsorg

I praksislæring er erfarne sykepleiere rollemodeller (Robinson & Cubit 2007) for studenter i deres sosialiseringsspross. Hillestad (2000) påpeker at sykehjemspasienter ofte bruker lang tid på å svare på det de blir spurt om. Uten en bevisst personsentrert tilnærming til noen pasienters langsomhet i samtale og at samtale tar tid, risikerer man at pasientene kan oppleve ensomhet med udekte behov for sosial kontakt og samvær. For at studenter skal erfare og lære hvordan man kan imøtekomme sykehjemspasienters behov for samtale, trenger de å observere og praktisere tilrettelagt kommunikasjon med pasienter som trenger lang tid for å uttrykke seg i tråd med å lære av gode ”mestere” (jfr. Martinsen 1990, Wackerhausen 1999, 2002).

Sykepleierstudenter som observerte at pasienter med demenssykdom ble møtt på en vennlig, men flyktig måte (II), kan selv internalisere denne måten å forholde seg til pasientene på om de ikke har et bevisst og reflektert forhold til dette. For å lære personsentrerte tilnæringer trengs gode rollemodeller og veiledning (jfr. Robinson & Cubit 2007) ut fra konkrete situasjoner som blir gjenstand for refleksjon. Williams *et al.* (2008) skriver at personer med demenssykdom prøver å opprettholde sin opplevelse av å være en person, og knytter dette an

til å se på seg selv som kompetent. Å bli møtt med ”elderspeak”, kjennetegnet av overdreven omsorgsfull, kontrollerende og infantiliserende kommunikasjon, kan i følge Williams *et al.* (2008), resultere i at pasienter med demenssykdom utagerer og motsetter seg pleie- og omsorgshandlinger. Noen av studentene i materialet erfarte at personalet brukte ”elderspeak” i sin kommunikasjon med pasienter med demenssykdom. Kontrasten var studenten som erfarte personsentrerte tilnærminger gjennom rollemodeller som kommuniserte med pasienter med demenssykdom uten innslag av ”elderspeak”. Studentene som i begrenset grad erfarte personsentrerte tilnærminger praktiserte i generelle avdelinger med et sammensatt pasientgrunnlag og begrensede muligheter for å etablere skjermede samtalsituasjoner, bortsett fra i et reminisensrom som ikke var lokalisert nært sykehjemmets avdelinger. Det er like fullt overraskende at reminisensrommet ikke så ut til å bli benyttet i vesentlig grad.

Feltobservasjonene viste at fagutviklingsprosjekter med pleie og omsorg for pasienter med demenssykdom som tema, var vanskelige å gjenfinne i sykepleiernes samtalsituasjoner med pasienter med demenssykdom. Dette kan skyldes at enkeltpersoners individuelle læring og kunnskapstilegnelse ikke var internalisert eller blitt en del av organisasjonens hukommelse (jfr. Wadel 1992). Praktiseringen av personsentrerte tilnærminger til pasienter med demenssykdom i en skjermet avdeling kan forstås i lys av personalets anledning til å utvikle sine kunnskaper ut fra erfaringer med en forholdsvis homogen pasientgruppe.

Funn i studie IV viste at ”*avdelingens sykepleiefilosofi/grunnlagstenkning var klart definert*” og ”*pasientene mottok individuell pleie og omsorg*” var tydeligere oppfattet av studenter i sykehusavdelinger enn i sykehjem. I artikkel III rapporterte studenten som hadde praksis i en skjermet avdeling for pasienter med demenssykdom om grundige faglige diskusjoner knyttet til pasientene og omsorg for personer med demenssykdom generelt. En tolkning av disse

funnene kan være at spesialiserte sykehusavdelinger og skjermede avdelinger for pasienter med demenssykdom er mer homogene med hensyn til pasientgrunnlag og tilhørende pleie- og omsorgsoppgaver. Dette kan være med på å gjøre det lettere å etablere en sykepleiefilosofi som grunnlag for individualisert pleie og omsorg i slike avdelinger.

Å ta i bruk hverdagslige situasjoner for læring

Praksis i sykehjem fordrer ferdigheter og kompetanse ut fra pasientenes sammensatte og komplekse behov (Storey & Adams 2002). Dette står i kontrast til oppfatningen om at praksis i sykehjem kun dreier seg om å gi grunnleggende pleie uten krav om spesielle kunnskaper og ferdigheter (Richardson *et al.* 2001, Banning *et al.* 2006). Slike oppfatninger utfordrer kontaktsykepleiernes synliggjøring av eget arbeid som kunnskapsbasert overfor studentene (jfr. Wade & Skinner 2001). Lambert & Glacken (2005) gjør et poeng av at læring i praksis forutsetter gjenkjennelse og bruk av læringssituasjoner som uten spesiell oppmerksomhet kan bli oversett. I en studie av Kirkevold & Engedal (2006) fremkommer det at de fleste pasientene i norske sykehjem får god grunnleggende pleie og omsorg. Deltakelse i fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet er mer oversett. Malmedal *et al.* (2009) viser i sin studie at sykepleiere i sykehjem rapporterer at pleie og omsorg til eldre i sykehjem ikke er tilfredsstillende. En undersøkelse gjennomført av SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning (Hofseth & Norvoll 2003) viste at sykepleiere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten mente at pasientenes psykososiale behov er vanskeligst å ivareta. Manglende tid og kompetanse ble nevnt som årsaker til dette (Hofseth & Norvoll 2003). Stell og måltider er eksempler på situasjoner som kan innebære god læring for studentene dersom kontaktsykepleierne hjelper dem til å se disse situasjonene som noe mer enn daglige, praktiske gjøremål. Det forutsetter at kontaktsykepleierne aktivt tar i bruk sitt kjennskap til pasientene, sin innsikt og forståelse for faget eldreomsorg og studentenes læringsmål, i samarbeid og dialog (jfr. Bakhtin 1986) med dem.

Rutiner er nødvendige, og noen rutiner er gode mens andre kan fremstå som dårlige. For å sikre kvalitet i pleie og omsorg til pasienter i sykehjem, er det viktig at man stiller spørsmål til rutinene. Elstad (1995) skriver at uten refleksjon og ettertanke kan situasjoner som utgjør en del av rutinene resultere i ”mekanisk” og ”tom” praksis og at avstanden mellom teori og praksis øker. Kontaktsykepleierne kan gjennom å ta i bruk hverdagslige situasjoner for læring sammen med studentene hjelpe dem til å se mennesket og sykepleiefaget i oppgavene. I studie IV var det statistisk signifikante forskjeller mellom sykehjem og sykehus for variablene som omhandlet meningsfylte læringssituasjoner og om avdelingen kunne betraktes som et godt læringsmiljø, med mer positive resultat for sykehus

Muntlige rapporter var en dagligdags situasjon i de tre sykehjemmene som inngår i denne studien (III). Studentenes erfaringer med hvordan den muntlige rapporten ble brukt som en situasjon for læring, varierte. Noen erfarte ikke rapportene som en situasjon for læring, mens andre opplevde at de bidro til læring og faglig fellesskap. Studie IV viste at studentene i sykehus i større grad enn i sykehjem erfarte en god informasjonsflyt i forbindelse med pleie og omsorg til pasientene og god dokumentasjon av sykepleie. Hamran (1996) skriver at det i pleiearbeidets tradisjonelle rutiner er nedfelt en helhetlig ansvarstenkning. Muntlig rapport har vært en del av en slik positiv rutine (jfr. Hamran 1996). Den pågående effektiviseringen av offentlig sektor påvirker også sykehjem. ”Stille rapport” (Bø 2007) og elektronisk sykepleiedokumentasjon innføres i økende grad (Blix 2006, Bø 2007). I noen av avdelingene uttrykte kontaktsykepleierne at usikkerhet om innholdet i rapportene og begrenset tid var årsaker til korte og summariske rapporter (III). I disse avdelingene mistet studentene og personalet en viktig arena for refleksjon, ettertanke og faglige diskusjoner som et grunnlag for en helhetlig ansvarstenkning.

Implikasjoner for praksis

Funnene i denne studien peker på forhold som har betydning for hvordan sykehjem kan fremstå som mer positive læringsmiljø for sykepleierstudenter. Det er interessant at kvalitative funn (I-II) understøttes av den kvantitative spørreskjemaundersøkelsen (IV). Utfordringen er å forbedre læringsmiljøet i sykehjem. Det kan bidra til å styrke rekrutteringen av nyutdannede sykepleiere til fremtidig arbeid i sykehjem. Det er viktig at studentene inkluderes i pleiefellesskapet ved at de aksepteres og verdsettes som lærende med kunnskaper og ferdigheter som kan bidra til forbedring av praksis. Veiledning er en forutsetning for en positiv læringsprosess. Studentene må videre erfare at de får jevnlig tilbakemeldinger og støtte i læringsprosessen. Det å sette ord på kunnskaper og erfaringer gjennom refleksjon og faglige diskusjoner, er en kilde til læring. Dersom studentene skal videreutvikle sine kunnskaper, trenger de å samtale med en dyktig og faglig engasjert veileder om sine erfaringer.

For studentenes læringsutbytte har det betydning at kontaktsykepleierne tar utgangspunkt i de lærings situasjonene som finnes på praksisstedet og som er relevante ut fra praksisperiodens overordnede målsetting. I tillegg er det viktig at kontaktsykepleiere setter seg inn i studentenes individuelle læringsmål og legger til rette for at de erfarer lærings situasjoner knyttet til disse. Igjen står kontaktsykepleiere overfor utfordringen om å delta i praktisk sykepleie sammen med studentene slik at for eksempel personsentrerte tilnærminger som reminisensarbeid og validering overfor pasienter med demenssykdom kan observeres, bli praktisert og lært.

Praksis har stor betydning i utdanning av sykepleiere. Den gir studentene muligheter til å omsette teori i praksis. Praksis innebærer også en sosialisering prosess til sykepleierrollen.

Kontaktsykepleierne kan betraktes som døråpnere for studenters inkludering i praksisfellesskapet. Ut fra sykepleiererfaring og innsikt i praksisstedets innhold og rutiner har kontaktsykepleiere en unik anledning til å bidra til studentenes faglige utvikling ved å ta i bruk hverdagslige aktiviteter som situasjoner for læring. Den muntlige rapporten er en hverdagslig rutine som kan bidra til studenters læring. Muntlige rapporter er en potensiell situasjon for læring fordi den fyller ulike funksjoner av informativ, sosial og utdanningsmessig karakter. Grundige og personsentrerte muntlige rapporter kan bidra til å forme studentenes holdninger til sykepleierrollen og fagets normer og verdier.

Avsluttende refleksjoner

Hensikten med denne studien har vært å bidra til økt innsikt i hva som har betydning for at sykepleierstudenter skal oppleve et positivt læringsmiljø i sykehjem. Studien viste variasjoner i utvalgets erfaringer av sykehjem som læringsmiljø. Informantene i studiens kvalitative studier (I-III) som opplevde et positivt læringsmiljø, fremhever at de erfarte å bli inkludert i pleiefellesskapet, de samarbeidet tett med sine kontaktsykepleiere, mottok jevnlig veiledning og observerte og deltok i muntlige rapporter som var personsentrerte og ga rom for faglige diskusjoner og kritisk refleksjon. Det er en utfordring å legge til rette for at sykepleierstudenter som gjennomfører praksisstudier i sykehjem gjør slike erfaringer. Dette avhenger av flere forhold. Avdelingsledere må legge til rette for at kontaktsykepleierne ivaretar sin veiledningsfunksjon slik at studentene lærer. Holdninger til eldre og eldreomsorg i samfunnet spiller en rolle uttrykt som ”ageism” og den status arbeid innenfor eldreomsorg har. Her står en overfor samfunnspolitiske og utdanningsmessige utfordringer. Sykepleiere som arbeider innenfor eldreomsorg må få skoling i veiledning slik at de får kompetanse til å inngå i et lærende fellesskap med studentene i praktisk utøvelse, refleksjon og kritisk dialog. Utdanningsinstitusjonene må aktivt bidra til denne kompetanseutviklingen.

Hverdagen i sykehjem er krevende og travel. Det er en kjensgjerning at personalet i sykehjem opplever at bemanningen er for lav i forhold til pleietyngde og pasientenes psykososiale behov. De eksisterende problemene med rekruttering av sykepleiere til den kommunale helsetjenesten og spesielt til sykehjemmene, stiller store krav til politikerne om å legge til rette for at flere søker seg til denne delen av helsetjenesten. Data fra spørreskjemaundersøkelsen (IV) er analysert ut fra svaralternativene ”delvis enig” og ”helt enig”. Det betyr at deltakerne i studien jevnt over er fornøyde med det kliniske læremiljøet og veiledning. Studien viste stor statistisk signifikans for variabelen ”avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø” i favør av sykehus. Det er derfor viktig at kunnskaper om forhold som har betydning for et godt læringsmiljø utforskes og tas i bruk for å styrke rekruttering av sykepleiere til sykehjem.

REFERANSER

Abbey J, Abbey B, Bridges P, Elder R. (2006) Clinical placements in residential aged care facilities: the impact on nursing students' perceptions of aged care and the effect on career plans. *Australian Journal of Advanced Nursing* **23** (4), 14-19.

Adams J. (2000) Student nurse placements in nursing homes: a review. *All Ireland Journal of Nursing & Midwifery* **1** (3), 90-92.

Banning M, Hill Y, Rawlings S. (2006) Student learning in care homes. *Nursing Older People* **17** (10), 22-34.

Bakhtin M. (1986) The problem of speech genres. I: C. Emerson, M. Holmquist, V. McGee (Eds.). *Speech genres & and other late essays*. University of Texas Press. Austin.

Bashford CW. (2002) Breaking into orthopaedic nursing: Preceptorship for novice nurses. *Orthopaedic Nursing* **21** (3), 14-20.

Beadnell C. (2006) Nurse education – Our health depends upon it. *Australian Nursing Journal* **13** (7), 25-27.

Beck CT. (1993) Caring relationships between nursing students and their patients. *Nurse Educator* **18** (5), 28-32.

Bergland Å, Lærum H. (2002) Norske sykepleierstudenters syn på eldreomsorg som arbeidsplass etter endt utdanning. *Vård i Norden* **22** (2), 21-26.

Bezuidenhout MS, Koch S, Netshandama VO. (1999) The role of the ward manager in creating a conducive clinical learning environment for nursing students. *Curationis*. **22** (3), 46-52.

Birkeland E, Lunde ES, Otnes B, Vigran Å. (1999) *Eldre i Norge*. Statistiske analyser. Statistisk sentralbyrå. Oslo.

Bjørk IT. (2001) Sykehusavdelingen – et miljø for læring? *Vård i Norden* **21** (4), 4-9.

Bjørk IT, Bjercknes MS. (Red.) (2003) *Å lære i praksis – en veiviser for studenten*. Universitetsforlaget. Oslo.

Blix BH. (2006) “Korthuset”. *Sykepleieres erfaringer med elektronisk sykepleiedokumentasjon i egen praksis*. Masteroppgave. Avdeling for Sykepleie og Helsefag. Det Medisinske Fakultet. Universitetet i Tromsø. Tromsø.

Bloom BS. (1964) *Stability and change in human characteristics*. John Wiley and Sons Inc. New York. London. Sydney.

Bondevik M. (1999) Sykepleie mot livets slutt. I: M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.) *Tverrfaglig geriatri*. Fagbokforlaget. Bergen.

Brammer JD. (2006) RN as gatekeeper: Student understanding of the RN buddy role in clinical experience. *Nurse Education Today* **26** (8), 697-704.

Brodie D, Andrews G, Andrews J, Thomas B, Wong J, Rixon L. (2005) Working in London hospitals: Perceptions of place in nursing students' employment considerations. *Social Science and Medicine* **61** (9), 1867-1881.

Brooks I, Brown R. (2002) The role of ritualistic ceremonial in removing barriers between subcultures in the National Health Service. *Journal of Advanced Nursing* **38** (4), 341-352.

Brown J, Nolan M, Davies S, Nolan J, Keady J. (2008) Transforming students' views of gerontological nursing: Realising the potential of "enriched" environments of learning and care: A multi-method longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* **45** (8), 1214-1232.

Bråthen I. (2002) *Læring i sosialt, kognitivt og sosialt - kognitivt perspektiv*. Cappelen Forlag. Oslo.

Burbank PM, Dowling-Castronovo A, Crowther MR, Capezuti EA. (2006) Improving Knowledge and Attitudes Toward Older Adults Through Innovative Educational Strategies. *Journal of Professional Nursing* **22** (2), 91-97.

Bø B. (2007) *Hva vinner vi og hva taper vi ved å legge om fra muntlig til stille rapport i det somatiske sykehus? Pleiepersonalets erfaringer*. Masteroppgave, Masterprogram i helsefag. Studieretning sykepleievitenskap. Institutt for samfunnsmedisinske fag. Universitetet i Bergen. Bergen.

Chan D. (2004a) The relationship between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment. *Contemporary Nurse* **17** (1-2), 149-158.

Chan D. (2004b) Nursing Students' Perceptions of Hospital Learning Environments – an Australian perspective. *International Journal of Nursing Education Scholarship* **1** (1).
<http://www.bepress.com/ijnes>. Tilgjengelig 11.01.10.

Channel W. (2002) Helping students to learn in the clinical environment. *Nursing Times* **98** (39), 34-35.

Chapman R, Orb A. (2000) The nursing students' lived experience of clinical practice. *Australian Electronic Journal of Nursing Education* **5** (2).
http://www.scu.edu.au/schools/nhcp/aenje/archive/vol5-2/chapmanvol5_2.html. Tilgjengelig 18.01.10.

Chen S, Melcher P, Witucki J, McKibben MA. (2002) Nursing home use for clinical rotations: taking a second look. *Nursing and Health Sciences* **4** (3), 131-137.

Chilvers JR, Jones D. (1997) The Teaching Nursing Homes Innovation: A Literature Review. *Journal of Advanced Nursing* **26** (3), 463-469.

Chow FLW, Suen LKP. (2001) Clinical staff as mentors in pre-registration undergraduate nursing education: students' perceptions of the mentor's roles and responsibilities. *Nurse Education Today* **21** (5), 380-358.

Christiansen B. (1991) *Kan kontaktsykepleieren vise vei til kunnskap i praksis?*

Hovedfagsoppgave. Det sosialpedagogiske studiet. Pedagogisk Forskningsinstitutt.

Universitetet i Oslo. Oslo.

Clarke CL, Gibb CE, Ramprogus V. (2003) Clinical learning environments: an evaluation of an innovative role to support preregistration nursing placements. *Learning in Health and Social Care* **2** (2), 105-115.

Cope P, Cuthbertson P, Stoddart B. (2000) Situated learning in the practice placement. *Journal of Advanced Nursing* **31** (4), 850-856.

Corlett J. (2000) The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Education Today* **20** (6), 499-505.

Cottle NR, Glover RJ. (2007) Combating ageism: change in student knowledge and attitudes regarding ageing. *Educational Gerontology* **33** (6), 501-512.

Cronin P, Rawlings-Anderson K. (2004) *Knowledge for contemporary nursing practice*.

Toronto; Mosby.

Danielsson A, Sundin-Andersson C, Hov R, Athlin E. (2009) Norwegian and Swedish preceptors' views of their role before and after taking part in a group supervision program. *Nursing and Health Sciences* **11** (2), 107-113.

Dean J, Kenworthy N. (2000) The principles of learning. I: P.J. Nicklin & N. Kenworthy N. (Eds.) *Teaching and Assessing in Nursing Practice: An Experiential Approach*. Bailliere Tindall. Edinburgh.

De la Rue MB. (2003) Preventing ageism in nursing students: An action theory approach. *Australian Journal of Advanced Nursing* **20** (4), 8-14.

Dewey J. (1974) *Erfaring og opdragelse*. Christian Eijler's Forlag. København.

Dewing J. (1999) Dementia part 1: Person centred care. *Professional Nurse* **14** (8), 585-588.

Dewing J. (2000) Promoting wellbeing in older people with cognitive impairment. *Elderly Care* **12** (4), 19-23.

Dewing J. (2004) Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *Journal of Clinical Nursing* **13** (1), 39-44.

Dolonen AK. (2009) Ikke etter planen. *Sykepleien* **11**, 16-18.

Dreier O. (1999) Læring som endring av personlig deltakelse i sosiale kontekster. I: K. Nielsen & S. Kvale (Red.) *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Ad Notam Gyldendal. Gjøvik.

Dunn SV, Hansford B. (1997) Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing* **25** (6), 1299-1306.

Dysthe O. (1999) "Ulike teoriperspektiver på kunnskap og læring". *Bedre Skole* 3.

Dysthe O. (2001) Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring. I: O. Dysthe (Red.) *Dialog, Samspel og Læring*. Abstrakt Forlag. Oslo.

Daatland SO. (Red.) (1999): *Framtidens boformer for eldre*. Nordisk Ministerråd 26. København.

Eckenfels EJ. (2002) The Case for Keeping Community Service Voluntary: Narratives from the Rush Community Service Initiatives Program. I: D. Wear & J. Bickel (Eds.) *Educating for Professionalism*. University of Iowa Press. Iowa City.

Edwards H, Smith S, Courtney M, Finlayson K, Chapman H. (2004) The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practice. *Nurse Education Today* **24** (4), 248-255.

Elliot M. (2002) The clinical environment. A source of stress for undergraduate nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing* **20** (1), 34-38.

Elstad I. (1995) Er der noko fra før? Del II. I: I. Elstad & T. Hamran. *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fag, tradisjon og målstyring*. Ad Notam Gyldendal AS. Oslo.

Eraut M. (1994) *Developing Professional Knowledge and Competence*. Falmer Press. London.

Espeland V, Indrehus O. (2003) Evaluation of students' satisfaction with nursing education in Norway. *Journal of Advanced Nursing* **42** (3), 226-236.

Evensen B. (2003) *Fra Sykehusloftet til MH - bygget. Sykepleierutdanningens historie i Tromsø*. Eureka 4/2003. Tromsø.

Fangen K. (2004) *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.

Fause Å, Michalsen A. (2001) *Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen.

Fly M. (1994) Mesterlærerens betydning for god sygepleje. I: E.B. Jørgensen. (Red.). *En antologi om Sundheds – og Sygepleje*. Akademisk Forlag. København.

Forneris SG, Peden-McAlpine CJ. (2006) Contextual learning: A reflective Learning Intervention for Nursing Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship* **3** (1), 1-18.

Fretwell JE. (1980) An inquiry into the ward learning environment. *Nursing Times, Occasional Papers* **76** (16), 69-75.

Fretwell JE. (1983) Creating a ward learning environment: the sisters' role. *Nursing Times Occasional Papers* **79** (21), 37-39, (22), 42-44.

Frøyen W. (1998) *Ansvar for andres læring*. Tano Aschehoug. Oslo.

Goffman E. (1992) *Vårt rollespill til daglig. En studie av hverdagslivets dramatik*. Pax Forlag. Oslo.

Graneheim UH, Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measurements to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24** (2), 105-112.

Granum V, Nåden D, Aasen KH. (1991) ” *De var ikke der!*”: en analyse av sykepleiestudentenes undervisningssituasjon i to sykehjemsavdelinger. Betanien Sykepleierhøgskole. Oslo.

Grealish L, Trevitt C. (2005) Developing a professional identity: Student nurses in the workplace. *Contemporary Nurse* **19** (1-2), 137-150.

Green A J, Holloway DG. (1997) Using a phenomenological research technique to examine student nurses' understandings of experiential teaching and learning: a critical review of methodological issues. *Journal of Advanced Nursing* **26** (5), 1013-1019.

Greeno JG. (1997) Practicing representation – Learning with and about representational forms. *Phi Delta Kappan* **78** (5), 361-367.

Griffin M. (2004) Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence. An intervention for newly licensed nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing* **35** (6), 257-264.

Hammersley M, Atkinson P (1996) *Ethnography. Principles in practice*. Routledge. London.

Hamran T. (1992) *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo.

Hamran T. (1996) Effektivisering versus omsorgsansvar. I: I. Elstad & T. Hamran.

Kvinneforskning. Kvinners medisin og helse. II (2).

Happel B. (1999) When I grow up I want to be a...? Where undergraduate student nurses want to work after graduation. *Journal of Advanced Nursing* **29** (2), 499-505.

Happel B. (2002) Nursing home employment for nursing students: valuable experience or a harsh deterrent? *Journal of Advanced Nursing* **39** (6), 529-536.

Hargreaves J. (2003) So how do you feel about that? Assessing reflective practice. *Nurse Education Today* **24** (3), 196-201.

Harris MB, Page P, Begay C. (1988) Attitudes toward aging in a south-western sample: effect of ethnicity, age and sex. *Psychological Reports* **62** (3), 735-746.

Hartigan-Rogers J, Cobbett S, Amirault M, Muise-Davis M. (2007) Nursing graduates perceptions of their undergraduate clinical placement. *International Journal of Nursing Education Scholarship* **4** (1). <http://www.bepress.com/ijnes/vol4/iss1/art9>. Tilgjengelig 18.01.10.

Hathorn D, Machtmes K, Tillman K. (2009) The Lived Experience of Nurses Working with Student Nurses in the Clinical Environment. *The Qualitative Report* **14** (2), 227-244.

Hauge S. (2004) *Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Dr.polit. Avhandling. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo. Oslo.

Havn V, Vedi C. (1997) *På dypt vann. Om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost*. SINTEF IFIM. Trondheim.

Heath P, Duncan P, Lowe E, Macri S. (2002) *National review of nursing education 2002: Our duty of care*. Department of Education, Science and Training. Canberra.

Heggen K. (1995) *Sykehuset som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Universitetsforlaget. Oslo.

Hellesnes J. (1994) *Sosialisering og teknokrati*. Pensumtjeneste. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Stortingsmelding nr 25. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2008) *Omsorgsplan 2015 og Delplan til Omsorgsplan 2015 Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Særtrykk av Stortingsproposisjon nr 1 (2007-2008). Programkategori 10.60. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Alle landets fylker har nå fått eget undervisningssykehjem*. Pressemelding. Publisert 01.04. 2008. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2008/alle-landets-fylker-har-na-fatt-eget-und.html?id=505395>. Tilgjengelig 17.09.08.

Helsetilsynet (2003) *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport 10/2003. Statens Helsetilsyn. Oslo.

Henderson A, Twentyman M, Heel A, Lloyd B. (2006) Students' perception of the psychosocial clinical learning environment: An evaluation of placement models. *Nurse Education Today* **26** (7), 564-571.

Herdman E. (2002) Challenging the discourses of nursing ageism. *International Journal of Nursing Studies* **39** (1), 105-114.

Heslop L, McIntyre M, Ives G. (2001) Undergraduate student nurses' expectations and their self-reported preparedness for the graduate year role. *Journal of Advanced Nursing* **36** (5), 626-634.

Hill Y, Lomas L, McGregor J. (2003) Managers, researchers, teachers and dabblers: Enabling a research culture in nursing departments in higher education institutions. *Journal of Further and Higher Education* **27** (3), 317-331.

Hillestad AH. (2000) “*Tiden går så altfor fort, men timene er så lange*”. Hovedfagsoppgave. Institutt for sosialantropologi. Universitetet i Oslo. Oslo.

Hofseth C, Norvoll R. (2003) *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. SINTEF rapport 78. SINTEF Unimed.

Hutchings A, Williamson GR, Humphreys A. (2005) Supporting learners in clinical practice: capacity issues. *Journal of Clinical Nursing* **14**, (8), 945-955.

Hweidi IM. & Al-Obeisat SM. (2005) Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Nurse Education Today* **26** (1), 23-30.

Illeris K. (Red.) (2000) *Tekster om Læring*. Roskilde Universitetsforlag. Gylling.

Illeris K. (2002) Fra erhvervsrettet uddannelse til læring i arbejdslivet. I: K. Illeris (Red.) *Udspil om læring i arbejdslivet*. Gylling; Roskilde Universitetsforlag.

Imsen G. (1997) *Lærerens verden. Innføring i generell didaktikk*. Tano Aschehoug. Otta.

Jacobsen FF. (2008) Intimitet, eksklusivitet og rytmer i norske hjem og sykehjem. I: S. Hauge, FF. Jacobsen (Red.) *Hjem. Eldre og hjemlighet*. Cappelen akademisk forlag. Oslo.

Joy JP, Carter DE, Smith LN. (2000) The evolving educational needs of nurses caring for the older adult: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* **31** (5), 1039-1045.

Karseth B. (2004) Hva er gyldig kunnskap i sykepleierutdanningen? Noen kunnskapsmessige og didaktiske kommentarer. I: B. Christiansen, K. Heggen & B. Karseth (Red.). *Klinikk og akademia – reformer, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Universitetsforlaget. Oslo.

Kerridge JL. (2008) Supporting student nurses on placement in nursing homes: The challenge for the link-tutor role. *Nurse Education in Practice* **8** (6), 389-396.

Kilcullen NM. (2007) Said Another Way. The Impact of Mentorship on Clinical learning. *Nursing Forum* **42** (2), 95-104.

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1993) *Lov om universiteter og høyskoler 1993*. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Oslo.

Kirkevold Ø, Engedal K. (2006) The quality of care in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Science* **20** (2), 177-183.

Kirkevold M, Kårikstad V. (1999) Undervisningssykehjem. *Nasjonal plan for etablering av ressursentre for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse – og sosialtjenesten*. Nasjonal geriatriprogram 1994-99. Rapport 1. Nasjonalt formidlingssenter i geriatri.

Kitwood T, Bredin K. (1992) A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care* **1** (5), 41-60.

Kleppe M. (1999) *Hvem bor i alders og sykehjem*. Fra Odin URL:

<http://www.odin.dep.no/hd/norsk/publ/veiledninger/030005-994008/index-dok000-b-n-a.html>. Tilgjengelig 19.09.09.

Kloster T, Høie M, Skår R. (2007) Nursing students' career preferences: A Norwegian study. *Journal of Advanced Nursing* **58** (3), 1-8.

Knowles M. (1990) *The Adult Learner: A neglected Species*. 4th edition. Gulf Publishing Co. Houston.

Kotzabassaki S, Vardaki Z, Andrea S, Parissopoulos S. (2007) Student nurses' attitudes towards the Care of Elderly Persons. A Pilot Study. *Nursing Gr.* **12**.

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Fastsatt 25. januar 2008. Kunnskapsdepartementet. Oslo.

Kvale S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal. Oslo.

Kyrkjebø JM, Hanssen T, Haugland BØ. (2001) Introducing quality improvement to pre-qualification nursing students: evaluation of an experimental programme. *Quality in Health Care* **10** (4), 204-210.

Lambert V, Glacken M. (2005) Clinical education facilitators: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* **14** (6), 644-673.

Lave J, Wenger E. (1991) *Situated learning. Legitimate peripheral participation.*

Cambridge University Press. USA.

Levett-Jones T, Bourgeois S. (2007) *The Clinical Placement: An Essential Guide for Nursing Students.* Elsevier. Sydney.

Levett-Jones T, Lathlean J. (2009) “Don’t rock the boat”: Nursing Students’ experiences of conformity and compliance. *Nurse Education Today* **29**, (3), 342-349.

Levett- Jones T, Lathlean J, Maguire J, McMillan M. (2007) Belongingness: A Critique of the Concept and Implications for Nursing Education. *Nurse Education Today* **27** (3), 210-218.

Levett-Jones T, Lathlean J, Higgins J, McMillan M. (2009) Staff-student relationships and their impact on nursing students’ belongingness and learning. *Journal of Advanced Nursing* **65** (2), 316-324.

Lewin DC, Leach J. (1982) Factors influencing the quality of wards as learning environments for student nurses. *International Journal of Nursing Studies* **19** (3), 125-137.

Lloyd-Jones M, Walters S, Akehurst R. (2001) The implications of contact with the mentor for preregistration nursing and midwifery students. *Journal of Advanced Nursing* **35** (2), 151-160.

Lockwood-Rayermann S. (2003) Preceptors, leadership style, and the student practicum experience. *Nurse Educator* **28** (6), 247-249.

Longo J. (2007) Horizontal Violence Among Nursing Students. *Archives of Psychiatric Nursing* **21** (3), 177-178.

Löfmark A, Wikblad K. (2001) Issues and innovations in nursing education: Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: A student perspective. *Journal of Advanced Nursing* **3** (1), 43-50.

Malmedal W, Ingebrigtsen O, Saveman BI. (2009) Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **23** (2), 231-342.

Malterud K. (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Tano Aschehoug. Aurskog.

Martinsen K, Wærness K. (1979) *Pleie uten omsorg? Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*. Pax Forlag A/S. Oslo.

Martinsen K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. TANO. Oslo.

Martinsen K. (1990) Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: K. Jensen *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal. Oslo.

Matsumara G, Callister LC, Palmer S, Cox AH, Larsen L (2004) Staff nurse perceptions of the contributions of students to clinical agencies. *Nursing Education Perspectives* **25** (6), 297-303.

McCormack B, McCance TV. (2006) Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* **56** (5), 472-479.

Mezey MD, Lynaugh JE, Cartier M. (1988) The Teaching Nursing Home Program, 1982-87: A Report Card. *Nursing Outlook* **36**, 285-288.

Midgley K. (2006) Pre-registration student nurses perception of hospital learning environment during clinical placements. *Nurse Education Today* **26** (4), 338-345.

Mogensen E. (1994) *Lära i praktiken. En studie av sjuksköterskeutbildningens kliniska avsnitt*. Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Stockholm.

Moyle W. (2003) Nursing students' perceptions of older people: continuing society's myths. *Australian Journal of Advanced Nursing* **20** (4), 15-21.

Munk M. (2002) *Mesterlære retur*. Unge Pædagogers serie. Nr. B 70. Special-Trykkeriet. Viborg. København;

Myrick F, Phelan A, Barlow C, Sawa R, Rogers G, Hurlock D. (2006) Conflict in the preceptorship or field experience: A rippling tide of silence. *International Journal of Nursing*

Education Scholarship **3**. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16646949> Tilgjengelig 10.10.09.

Nielsen K, Kvale S. (1999) Mesterlære som aktuell læringsform. I: K. Nielsen & S. Kvale. *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Ad Notam Gyldendal. Gjøvik.

Noddings N. (1995) *Pedagogisk filosofi*. Ad Notam Gyldendal AS. Oslo.

Nolan C. (1998) Learning on clinical placement: the experience of six Australian nursing students. *Nurse Education Today* **18** (8), 622-629.

Norbergh KG, Helin Y, Dahl A, Hellzén O, Asplund K. (2006) Nurses' attitudes towards people with dementia: the semantic differential technique. *Nursing Ethics* **13** (3), 264-274.

Nordtvedt P, Grimen H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon*. Gyldendal. Oslo.

Normann HK. (2001) *Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centred care*. Umeå University Medical Dissertations. Department of Nursing. Umeå University. Sweden, and the Department of Nursing and Health Sciences. University of Tromsø. Norway.

NOU 1992: (1992) 1. *Trygghet – verdighet – omsorg*. Norges offentlige utredninger. NOVA. Rapport nr. 9. Oslo.

O'Callaghan N, Slevin E. (2003) An investigation of the lived experiences of registered nurses facilitating supernumerary nursing students. *Nurse Education Today* **23** (2), 123-130.

O'Malley C, Cunliffe E, Hunter S, Breeze J. (2000) Preceptorship in practice. *Nursing Standard* **14** (28), 45-49.

Papp I, Markkanen RN, von Bonsdorff M. (2003) Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today* **23** (4), 262-268.

Paulgaard G. (1997) "Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler?" I: E. Fossåskaret, OL. Fuglestad, TH. Aase (Red.) *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. Universitetsforlaget. Oslo.

Perry B. (2009) Role modelling excellence in clinical nursing practice. *Nurse Education in Practice* **9** (1), 36-44.

Polit D, Beck CT. (2008) *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

Price SL. (2008) Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *Journal of Advanced Nursing* **65** (1), 11-19.

Piaget J. (1972) *Où va l'éducation? Comprendre, c'est inventer*. UNESCO. Paris.

Quinn FM. (2000) *Principles and Practice of Nursing Education*. 4th ed. Stanley Thornes. Cheltenham.

Ranse K, Grealish L. (2007) Nursing students' perceptions of learning in the clinical setting of the Dedicated Education Unit. *Journal of Advanced Nursing* **58** (2), 171-179.

Rasmussen J. (1999) Mesterlære og den allmenne pedagogikk. I: K. Nielsen & S. Kvale (Red.). *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Ad Notam Gyldendal. Gjøvik.

Richardson E, Humphries B, Fuggle K, Barber M, Sheperd P, Druce J. (2001) Student placements in the nursing home setting. *Nursing Standard* **16** (13-15), 39-44.

Robinson A, Cubit K. (2007) Caring for older people with dementia in residential care: nursing students' experiences. *Journal of Advanced Nursing* **59** (3), 255-263.

Robinson A, Andrews-Hall S, Cubit K, Fassett M, Venter L, Menzies B, Jongeling L. (2008) Attracting students to aged care: The impact of a supportive orientation. *Nurse Education Today* **28** (3), 354-362.

Rogan F, Wyllie A. (2003) Engaging undergraduate nursing students in the care of elderly residents in Australian nursing homes. *Nurse Education in Practice* **3** (2), 95-103.

Rogers C. (1969) Freedom to learn. I: K. Illeris & S. Berri (Red.) (2005) "*Tekster om voksenlæring*". Rosenkilde Universitetsforlag. Fredriksberg DK.

Ryan T, Nolan M, Reid D, Enderby P. (2008) Using the Senses Framework to achieve relationship-centred dementia care services: A case example. *Dementia* **7** (1), 71-93.

Saarikoski M, Leino-Kilpi H. (1999) Association between quality of ward nursing care and students' assessment of the ward as a clinical learning environment. *Nursing Times Research* **4** (6), 467-474.

Saarikoski M, Leino-Kilpi H. (2002) The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies* **39** (3), 259-267.

Saarikoski M, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Warne T. (2005) Validation of the Clinical Learning Environment and Supervision Scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship* **2** (1). <http://www.bepress.com/ijnes>. Tilgjengelig 10.10.09.

Saarikoski M, Marrow C, Abreu W, Riklikiene O, Özbicakci S. (2007) Student nurses' experience of supervision and mentorship in clinical practice: A cross cultural perspective. *Nurse Education in Practice* **7** (6), 407-415.

Saarikoski M, Isoaho H, Warne T, Leino-Kilpi H. (2008) The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies* **45** (8), 1233-1237.

Säljö R. (2001) *Læring i praksis. Et sosiokulturelt perspektiv*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo.

Schatzman L, Strauss A. (1973) *Field Research. Strategies for a Natural Sociology*. NJ; Prentice Hall. Englewood Cliffs.

Schein EH. (1985) *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Mercuri Media Forlag.

Schön D. (1983) *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action.* Basic Books. New York.

Schön D. (1987) *Educating the Reflective Practitioner.* Jossey-Bass Publishers. San Fransisco & London.

Slevin OD. (1991) Ageist attitudes among young adults: implications for a caring profession. *Journal of Advanced Nursing* **16** (1), 1197-1205.

Smebye JC, Vågan A. (2008) from education to work – newly qualified nurses and physicians. *Journal of Education and Work* **21** (2), 159-173.

Solvang A. (2005) Stille rapport. *Sykepleien* **93** (19), 58-60.

Sosial- og helsedepartementet. (1996 -1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet.* Stortingsmelding nr 50. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre.* 11/2007. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo.

Spouse J. (1996): The effective mentor: a model for student centred learning in clinical practice. *Nursing Time Research* **1** (2), 120-123.

Spouse J. (2000): Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of Advanced Nursing* **33** (4), 512-522.

Statistisk sentralbyrå (2006) *Befolkningsfremskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 2005 – 2060*. Statistisk sentralbyrå. Oslo.

Statistisk sentralbyrå (2007) *Pleie og omsorgstilbud i kommunene. Botilbud innenfor pleie – og omsorgstjenester*. Statistisk sentralbyrå. Oslo.

Stevens J, Crouch M. (1995) Who care about care in nursing education? *International Journal of Nursing Studies* **32** (3), 233-242.

Stevens J, Crouch M. (1998) “Care” – The guiding principle of nursing? I: H. Keleher & F. McInerney (Eds.) *Nursing Matters: Critical Sociological Perspectives*. Churchill Livingstone. Australia.

Stockhausen L. (2005) Learning to become a nurse: Student’s reflections on their clinical experiences. *Australian Journal of Advanced Nursing* **22** (3), 8-14.

Storey C, Adams J. (2002) Improving student placements in nursing homes. *Nursing Older People* **14** (5), 16-18.

Suominen T, Kovasin M, Ketola O. (1997) Nursing culture – some viewpoints. *Journal of Advanced Nursing* **25** (1), 186-191.

Söderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson S. (2001) Attitudes toward older patients among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Education Today* **21** (3), 225-229.

Taylor M, Zaturenskaya, Iwamasa GY, Ferrari JR. (2007) Perceptions of older people: The voices of eldercare employees. *Educational Gerontology* **33** (4), 365-376.

Thomas SP, Burk R. (2009) Junior nursing students' experiences of verbal violence during clinical rotations. *Nursing Outlook* **57** (4), 226-231.

Tiwari A, Lam D, Yuen KH, Chan R, Fung T, Chan S. (2005) Student learning in clinical nursing education: perceptions of the relationship between assessment and learning. *Nurse Education Today* **25** (4), 299-308.

Tuohy D. (2003) Student nurse-older person communication. *Nurse Education Today* **23** (1), 19-26.

Tveiten S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utgave. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. Bergen.

Vallant S. (2004) Research network. Dialogue and monologue. The relationship between student nurse and clinician: the impact on student learning. *Nursing Practice in New Zealand* **20** (2), 56.

von Glaserfeld E. (1988) *The construction of knowledge: contribution to conceptual semantics*. Intersystems Publications. Salina. California.

Vygotsky LS. (1978) *Mind in society; the development of higher psychological processes*.
Harvard University Press. Cambridge. Mass..

Vygotsky LS. (2001) *Tenkning og tale*. Gyldendal Akademisk. Oslo.

Wackerhausen B & S. (1993) Taus viden og pædagogik. *Dansk Pædagogisk Tidsskrift* **4**, 190-201.

Wackerhausen S. (1999) Det skolastiske paradigmet og mesterlære. I: K. Nielsen & S. Kvale (Red.) *Mesterlære. Læring som sosial praksis*. Ad Notam Gyldendal. Gjøvik.

Wackerhausen S. (2002) *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse i sunhedsområdet*.
Hans Reitzels Forlag. Danmark.

Wade S, Skinner A. (2001) Student placements in nursing homes. *Nursing Older People* **13**
(2) 14-17.

Wadel C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur*. SEEK A/S. Flekkefjord.

Wadel C. (1992) Endring av organisasjonskultur. *Tidvise skrifter* nr **7**. Høgskolesenteret i
Rogaland. Stavanger.

Watkins MJ. (2000) Competency for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* **9** (3), 338-44.

Wenger E. (1998) *Communities of Practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge. University Press. Cambridge.

Wertsch JV. (1991) *Voices of the mind: A sociocultural approach to mediated action*. M.A. Harvard University Press. Cambridge.

Wertsch JV, del Rio P, Alvarez A. (1995) *Sociocultural Studies of Mind. Learning in Doing: Social, Cognitive and Computational Perspectives*. Cambridge University Press. Cambridge.

Westad Hauge K. (2002) *En dør inn til sykepleien. Å studere sykepleie*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. Bergen.

White R, Ewan C (1991) *Clinical teaching in nursing*. Chapman & Hall. London.

Williams K, Nowak J, Scobee R. (2006) Fostering students' interest in geriatric nursing: Impact of senior long-term experiences. *Nursing Education Perspectives* **27** (4), 190-193.

Williams KN, Hermana RE, Gajewski B, Wilson K. (2008) Linking communication with resistance to nursing care in persons with dementia. *Alzheimer and Dementia* **4** (4), 174.

Zilembo M, Monterosso L. (2008) Towards a conceptual framework for preceptorship in the clinical education of undergraduate nursing students. *Contemporary Nurse* **30** (1), 89-94.

Zisberg A, Bar-Tal Y, Krulik T. (2003) The presence of nursing students and its influence on the quality of care provided by staff nurses. *Nursing Outlook* **51** (3), 102-107

ARTIKKEL I

ARTIKKEL II

ARTIKKEL III

ARTIKKEL IV

APPENDIX

Vedlegg 1.



INFORMASJON TIL SYKEPLEIERSTUDENTER

Undertegnede er prosjektleder for et forskningsprosjekt med arbeidstittelen:

Læringsmiljø i sykehjem.

Hensikten med forskningsprosjektet er å studere læringsmiljø, læringsprosess og faglig utbytte hos sykepleierstudenter som gjennomfører praksisstudier i eldreomsorg i sykehjem.

Jeg ber med dette om din medvirkning i prosjektet ved at du gir ditt skriftlige samtykke til at jeg gjennomfører observasjoner i situasjoner som inkluderer samhandlings- og veiledningssituasjoner med kontaktsykepleier i løpet av praksisperioden i eldreomsorg. I forlengelsen av observasjoner ønsker jeg å gjennomføre et kvalitativt forskningsintervju med deg. For å kunne arbeide grundig med innholdet i intervjuet, ber jeg om tillatelse til å ta samtalen opp på lydbånd. Båndet vil bli oppbevart i låst skuff, og kun jeg selv og mine veiledere har mulighet til å høre på båndet. Utskrift av intervjuet vil bli behandlet på samme måte.

Alle data som samles inn vil bli anonymisert. Dette innebærer at når jeg bearbeider det innsamlede materialet, vil jeg ikke benytte navnet ditt. Når forskningsprosjektet er fullført, vil alle dokumenter og lydbånd bli makulert. Resultatene fra forskningsprosjektet vil bli presentert på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan bli gjenkjent.

Observasjonene vil fortrinnsvis skje på dagvakter. Jeg vil utarbeide en nærmere plan for min tilstedeværelse i løpet av den aktuelle praksisperioden. Intervju/samtale planlegges gjennomført i samarbeid med deg med hensyn til tidspunkt.

Gjennomføringen av studien er tilrådd av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

Hvis du samtykker i at observasjon og intervju/samtale kan gjennomføres med deg, ber jeg om at dette bekreftes skriftlig på vedlegg i dette brevet. Om du ikke ønsker å gi et slikt samtykke har det ingen negative konsekvenser for deg. Dersom du sier ja, kan du likevel trekke deg ut av prosjektet når du måtte ønske det frem til prosjektperiodens slutt uten at det på noen måte vil få negative konsekvenser for deg.

Deltakelse i prosjektet vil forhåpentligvis kunne gi ny og nyttig kunnskap som vil komme sykepleierstudenter og ansatte i praksisfeltet til gode.

Medarbeidere i prosjektet er førsteamanuensis Nils Henriksen og førsteamanuensis Ketil Normann, Avdeling for sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

Dersom du har spørsmål, kontakt da undertegnede på telefon:

Arbeid: **77 64 54 63**

Privat: **77 65 79 98**

Hvis du sier ja til å delta i prosjektet, vil jeg be deg returnere nedenforstående svarslipp.

Med hilsen

Avdeling for sykepleie og helsefag

Mari Wolff Skaalvik
Stipendiat

Klipp av svarslippene og returner den til:

Mari Wolff Skaalvik
Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
N-9037 Tromsø

SVARSLIPP

Erklæring om samtykke for deltakelse i forskningsprosjekt

Undertegnede bekrefter med dette at jeg sier ja til å delta i forskningsprosjektet: Læringsmiljø i sykehjem. En studie av læringsprosess og faglig utbytte hos sykepleierstudenter som gjennomfører praksisstudier i eldreomsorg ved et sykehjem.” Jeg er gjort kjent med innholdet i prosjektet samt at jeg kan trekke meg fra prosjektet på hvilket som helst tidspunkt uten at det får negative konsekvenser for meg.

.....

.....

Sted/dato

Tittel og signatur



INFORMASJON TIL SYKEPLEIERE

Undertegnede er prosjektleder for et forskningsprosjekt med arbeidstittelen:

Læringsmiljø i sykehjem. En studie av læringsprosess og faglig utbytte hos sykepleierstudenter som gjennomfører praksisstudier i eldreomsorg i sykehjem.

Hensikten med forskningsprosjektet er å studere læringsmiljø, læringsprosess og faglig utbytte hos sykepleierstudenter som gjennomfører praksisstudier i eldreomsorg i sykehjem.

Jeg ber med dette om din medvirkning i prosjektet ved at du gir ditt skriftlige samtykke til at jeg gjennomfører observasjoner i situasjoner som inkluderer samhandlings- og veiledningssituasjoner med student i løpet av praksisperioden i eldreomsorg. I forlengelsen av observasjoner ønsker jeg å gjennomføre et kvalitativt forskningsintervju med deg. For å kunne arbeide grundig med innholdet i intervjuet, ber jeg om tillatelse til å ta samtalen opp på lydbånd. Båndet vil bli oppbevart i låst skuff, og kun jeg selv og mine veiledere har mulighet til å høre på båndet. Utskrift av intervjuet vil bli behandlet på samme måte.

Alle data som samles inn vil bli anonymisert. Dette innebærer at når jeg bearbeider det innsamlede materialet, vil jeg ikke benytte navnet ditt. Når forskningsprosjektet er fullført, vil alle dokumenter og lydbånd bli makulert. Resultatene fra forskningsprosjektet vil bli presentert på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan bli gjenkjent.

Observasjonene vil fortrinnsvis skje på dagvakter. Jeg vil utarbeide en nærmere plan for min tilstedeværelse i løpet av den aktuelle praksisperioden. Intervju/samtale planlegges gjennomført i samarbeid med deg med hensyn til tidspunkt.

Gjennomføringen av studien er tilrådd av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

Hvis du samtykker i at observasjon og intervju/samtale kan gjennomføres med deg, ber jeg om at dette bekreftes skriftlig på vedlegg i dette brevet. Om du ikke ønsker å gi et slikt samtykke har det ingen negative konsekvenser for deg. Dersom du sier ja, kan du likevel trekke deg ut av prosjektet når du måtte ønske det frem til prosjektperiodens slutt uten at det på noen måte vil få negative konsekvenser for deg.

Deltakelse i prosjektet vil forhåpentligvis kunne gi ny og nyttig kunnskap som vil komme ansatte i praksisfeltet sykepleierstudenter til gode.

Medarbeidere i prosjektet er førsteamanuensis Nils Henriksen og førsteamanuensis Ketil Normann, Avdeling for sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

Dersom du har spørsmål, kontakt da undertegnede på telefon:

Arbeid: **77 64 54 63**

Privat: **77 65 79 98**

Hvis du sier ja til å delta i prosjektet, vil jeg be deg returnere nedenforstående svarslipp.

Med hilsen

Avdeling for sykepleie og helsefag

Mari Wolff Skaalvik
Stipendiat

Klipp av svarslippene og returner den til:

Mari Wolff Skaalvik
Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
N-9037 Tromsø

SVARSLIPP

Erklæring om samtykke for deltakelse i forskningsprosjekt

Undertegnede bekrefter med dette at jeg sier ja til å delta i forskningsprosjektet: Læringsmiljø i sykehjem. En studie av læringsprosess og faglig utbytte hos sykepleierstudenter som gjennomfører praksisstudier i eldreomsorg ved et sykehjem.” Jeg er gjort kjent med innholdet i prosjektet samt at jeg kan trekke meg fra prosjektet på hvilket som helst tidspunkt uten at det får negative konsekvenser for meg.

.....

.....

Sted/dato

Tittel og signatur



STUDENTUNDERSØKELSE OM LÆRINGSMILJØ I PRAKSIS

Kjære sykepleierstudent.

Vedlagte spørreskjema inngår som en del av mitt doktorgradsarbeid ved Avdeling for sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø. I doktorgradsarbeidet gjennomfører jeg en studie knyttet til sykepleierstudenters erfaringer og oppfatninger om klinisk læringsmiljø.

Jeg har fått opplysninger om ditt navn og din adresse fra høgskolen du studerer ved.

Deltakelse i spørreskjemaundersøkelsen er frivillig.

Det opplyses for hvert tema i spørreskjemaet hvordan du skal angi ditt svar.

Besvar spørsmålene med utgangspunkt i din sist gjennomførte praksisperiode. Det er viktig at du besvarer alle spørsmålene så ærlig som mulig. Hvis du er i tvil om hva du skal svare på et eller flere spørsmål ber jeg deg likevel svare. Velg da det svaralternativet du opplever som mest riktig for deg. Resultatene av spørreskjemaundersøkelsen vil bli bruk til forskning og inngå i min doktorgradsavhandling.

Spørreskjemaet er merket med en koplingsnøkkel. Denne vil bli slettet etter at det er gjennomført puring for ubesvarte spørreskjema. Opplysningene som samles inn vil bli behandlet konfidensielt.

Dersom du på det tidspunkt du mottar spørreskjemaet ikke har gjennomført praksisstudier som en del av sykepleierutdanningen, ber jeg om at du fyller ut svarslippen du finner nederst på arket og returnerer den i vedlagte frankerte svarkonvolutt. **Svarfrist 15 mai 2009.**

Det tar ca 15 minutter å svare på spørreskjemaet som returneres til undertegnede i vedlagte ferdig frankerte svarkonvolutt.

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning; Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS Personvernombud for forskning.

Takk for at du bidrar til gjennomføringen av studien.

Med vennlig hilsen

Mari Wolff Skaalvik
Stipendiat

Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
N-9037 Tromsø

Telefon: 77 64 48 82

Svarslipp:

Spørreskjemanummer:

Jeg har ikke gjennomført praksisstudier på det
nåværende tidspunkt: Sett kryss

Intervjuguide sykepleierstudenter

- Innledende ord om prosjektet og intensjon med intervjuet
- Bakgrunnsdata: navn, alder, praksiserfaring (før og under utdanning, fra sykehjem, omfang)
- Tanker om eldreomsorg som fagfelt
- Motivasjon for praksis i sykehjem
- Forventninger til praksisperioden
- Opplevelse av mottakelse og forberedthet i sykehjemmet ved praksisperiodens begynnelse
- Opplevelse av læringsmiljøet i sykehjemmet/avdelingen
- Om bruk av målsetting for praksisperioden
- Om veiledning ut fra behov/ønsker
- Om forholdet mellom hjelp, støtte og veiledning i utøvelse av sykepleie
- Om relasjonen til kontaktsykepleier
- Om refleksjon sammen med kontaktsykepleier
- Om faglige diskusjoner
- Om integrering av teori og praksis
- Om tilbakemelding underveis
- Eksempler på konkrete læringssituasjoner som oppleves som gode
- Andre forhold knyttet til læringsmiljøet

Intervjuguide kontaktsykepleiere

- Innledende ord om prosjektet og hensikten med intervjuet
- Bakgrunnsdata: navn, alder, erfaring som sykepleier, erfaring fra sykehjem(et), erfaring med veiledning av sykepleierstudenter, eventuelle etter/videreutdanning, eventuelle deltakelse i fagutviklingsprosjekter.
- Synspunkter/erfaringer med læringsmiljøet i sykehjemmet/avdelingen
- Eventuelle opplæring/kurs i veiledning
- Tanker om innholdet i veilederrollen
- Opplevelse av å være kontaktsykepleier
- Eventuelle forberedelser til å være kontaktsykepleier
- Erfaringer med studentenes motivasjon for praksis i sykehjem
- Tanker om hva det er viktig at studentene lærer i denne praksisperioden
- Om bruk av studentenes målsetting i tilrettelegging og veiledning
- Opplevelse av forholdet pasientomsorg og studentveiledning
- Tanker om spesielle situasjoner for læring
- Oppfatninger om studentenes faglige utbytte av praksisperioden
- Andre forhold knyttet til læringsmiljøet i sykehjemmet/avdelingen

KLINISK LÆREMILJØ, VEILEDNING OG SYKEPLEIELÆRER

(CLES+T) evalueringsskala

1651

BAKGRUNNSDATA

Kjønn: Kvinne MannAlder

Nåværende utdanningsår..... 1 2 3

Nåværende utdanningssemester..... 1 2 3 4 5 6

Sett ring rundt ditt svar

I hvilken helseinstitusjon gjennomførte du din siste kliniske praksis: Sett kryss ved ditt svar

 Sykehjem Somatisk sykehus Psykiatrisk institusjon Hjemmetjeneste Annet: (skriv inn ditt svar).....Praksisperiodens varighet: uker

De følgende utsagnene angående læringsmiljøet, veiledningen og sykepleielærerenes rolle i praksis er delt inn i hovedområder, hvert med sin egen overskrift.

LÆRINGSMILJØ

For hvert utsagn, vennligst velg det alternativet som best beskriver din egen oppfatning ved å sette ring rundt ditt svar.

Evalueringsskala:

1= helt uenig

2= delvis uenig

3= verken enig eller uenig

4= delvis enig

5= helt enig

Pedagogisk atmosfære:

Det var lett å ta kontakt med personalet 1 2 3 4 5

Jeg følte meg vel med å gå til avdelingen ved begynnelsen av vaktene 1 2 3 4 5

Jeg følte meg vel med å delta i diskusjoner på møter (f.eks før vakt-skifte) 1 2 3 4 5

Det var en positiv atmosfære på avdelingen 1 2 3 4 5

Personalet var generelt interessert i studentveiledning 1 2 3 4 5

Personalet lærte seg navnet på studentene 1 2 3 4 5

Det var tilstrekkelig med meningsfylte lærings situasjoner på avdelingen 1 2 3 4 5

Lærings situasjonene var sammensatte m.h.t. innhold 1 2 3 4 5

Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø 1 2 3 4 5

Avdelingsleders lederstil:

Avdelingsleder så på personalet ved sin avdeling som en nøkkelressurs 1 2 3 4 5

Avdelingsleder var et medlem av teamet 1 2 3 4 5

Tilbakemeldinger fra avdelingsleder kunne lett ses på som en lærings situasjon 1 2 3 4 5

Den enkelte ansattes innsats ble verdsatt 1 2 3 4 5

Sykepleie på avdelingen:

Avdelingens sykepleiefilosofi/grunnlagstenkning var klart definert 1 2 3 4 5

Pasientene mottok individuell pleie og omsorg 1 2 3 4 5

Det var ingen problemer med informasjonsflyten i forbindelse med pleie og omsorg til pasientene 1 2 3 4 5

Dokumentasjon av sykepleie (f.eks. pleieplaner, daglig loggføring av sykepleieprosedyrer etc.) var klar 1 2 3 4 5

VEILEDNINGSRELASJONEN

I dette skjemaet refererer veiledning til rådgivning, støtte og vurdering av sykepleierstudenten, foretatt av kliniske sykepleiere. Veiledning kan foregå som individuell veiledning eller som gruppeveiledning. Begrepet veileder betyr en navngitt personlig veileder.

Veileders yrkestittel:

Sett ring rundt ditt svar

Sykepleier 1

Spesialsykepleier 2

Assisterende avdelingsleder 3

Avdelingsleder 4

Annet, i så fall hva?.....

Forekomst av veiledning:*Sett sirkel rundt kun ett alternativ*

- | | |
|---|---|
| Jeg hadde ikke veileder i det hele tatt | 1 |
| En personlig veileder ble oppnevnt, men forholdet til denne personen fungerte ikke i løpet av praksisperioden | 2 |
| Veileder ble byttet underveis, selv om dette ikke var planlagt | 3 |
| Veileder varierte ut fra vakt eller arbeidsoppgaver | 4 |
| Samme veileder hadde flere studenter og var mer en gruppeveileder enn en individuell veileder | 5 |
| En personlig veileder ble oppnevnt og forholdet vårt fungerte i løpet av praksisperioden | 6 |
- Andre former for veiledning, vennligst spesifiser:
-

Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning med veileder (uten sykepleielærer)*Sett sirkel rundt kun ett alternativ*

- | | |
|---|---|
| Ikke i det hele tatt | 1 |
| En eller to ganger i løpet av praksisperioden | 2 |
| Mindre enn én gang i uka | 3 |
| Ca. én gang i uka | 4 |
| Oftere | 5 |

Innholdet i veiledningsrelasjonen:**Følgende utsagn omhandler forholdet til veileder.****For hvert utsagn, vennligst velg alternativet som best beskriver din egen oppfatning ved å sette ring rundt ditt svar.**Evalueringskala:

- 1= helt uenig
2= delvis uenig
3= verken enig eller uenig
4= delvis enig
5= helt enig

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Min veileder viste en positiv holdning til veiledning | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jeg følte at jeg fikk individuell veiledning | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jeg fikk kontinuerlig tilbakemelding fra min veileder | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I det store og hele er jeg fornøyd med veiledningen jeg mottok | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Veiledningen var basert på et likeverdig forhold som fremmet min læring | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Det var gjensidig interaksjon i veiledningsforholdet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gjensidig respekt og anerkjennelse preget veiledningsforholdet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Veiledningsforholdet var preget av tillit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SYKEPLEIELÆRERS ROLLE I PRAKSIS

En sykepleielærer er en lærer (ansatt ved universitet eller høyskole) som er ansvarlig for den kliniske praksisperioden. Følgende utsagn om sykepleielærer er delt inn i hovedområder, hvert med sin egen overskrift.

For hvert utsagn, vennligst velg alternativet som best beskriver din egen oppfatning ved å sette ring rundt ditt svar

Evalueringskala:

- 1= helt uenig
2= delvis uenig
3= verken enig eller uenig
4= delvis enig
5= helt enig

Sykepleielærers evne til å integrere teori og praksis:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Etter min mening var sykepleielærer i stand til å integrere teoretisk kunnskap i daglig utøvelse av sykepleie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sykepleielæreren var i stand til å tydeliggjøre læringsmålene for den kliniske praksisperioden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sykepleielæreren hjalp meg til å redusere gapet mellom teori og praksis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Samarbeid mellom praksisstedet og sykepleielærer:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sykepleielærer var som et medlem av sykepleieteamet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sykepleielærer var i stand til å overføre sin pedagogiske spesialkunnskap til det kliniske teamet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sykepleielærer og det kliniske teamet jobbet sammen for å støtte min læring | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Forholdet mellom student, veileder og sykepleielærer

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| De vanlige møtene mellom meg selv, veileder og sykepleielærer var behagelige opplevelser | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I våre felles møter følte jeg at vi var kollegaer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fokus for møtene var mine læringsbehov | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Takk for ditt bidrag!

Copyright (C) 2002 Saarikoski, 2008 Saarikoski & Leino-Kilpi

Vedlegg 7

Oversikt over godkjenninger

Dokumentene offentliggjøres ikke da de angir institusjonene. Disse opplysningene ville kunne føre til antagelser om informantenes og respondentenes høgskoletilhørighet. Kommisjonen vil få tilsendt dokumentene ved forespørsel.

1. Tillatelse til gjennomføring av prosjektet i institusjonene.
2. Svar fra regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK V) om at prosjektet ikke ble vurdert til å høre innunder REK.
3. Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
4. Tillatelse til bruk av spørreskjemaet CLES+T.

OVERSIKT OVER TIDLIGERE DOKTORGRADSAVHANDLINGER VED PHD-GRADEN I HELSEVITENSKAP DER HOVEDVEILEDER OG/ELLER BIVEILEDER HAR VÆRT ELLER ER ANSATT VED INSTITUTT FOR KLINISK MEDISIN/INSTITUTT FOR HELSE OG OMSORGSFAG, DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET, UNIVERSITETET I TROMSØ.

Sissel Lisa Storli – (2007) Living with experiences and memories from being in intensive care. A lifeworld perspective.

Hovedveileder: Professor Kenneth Asplund

Biveileder: Professor Anders Lindseth

Åshild Fause – (2007) Forpleiningen tilfredsstillende. Prisen ligesaa.

Hovedveileder: Førstemanuensis Ingunn Elstad

Gunn Kristin Øberg – (2008) Fysioterapi til for tidlig fødte barn. Om sensitivitet, samhandling og bevegelse.

Hovedveileder: Professor Eline Thornquist

Cathrine Arntzen – (2008) ”Jeg får ikke hendene til å gjøre det de skal gjøre”

Å leve med apraksi etter hjerneslag.

Hovedveileder: Førstemanuensis Ingunn Elstad

Aud-Mari Sohini Fjelltun (2009) Waiting for nursing home placement:

A study of the life situation of frail elderly and their carers.

Hovedveileder: Førstemanuensis Ketil Normann

Biveileder: Førstemanuensis Nils Henriksen

Liv Wergeland Sørbye – (2009) Frail homebound elderly: basic nursing challenges of home care. A comparative study across 11 sites in Europe

Hovedveileder: Professor Astrid Norberg

Biveileder: Professor Torunn Hamran

Gudrun Nilsen (2009) Smerter under Nordlyset. Den vanlige lidelsen. Det uvanlige livet.

Hovedveileder: Professor Ingunn Elstad

Elin Damsgård (2010) Activity related pain in patients with musculoskeletal disorders.
An explorative study.

Biveleder: Professor Torunn Hamran

Kirsti Torjuul (2010) Living with ethical dilemmas. The ethical reasoning of surgeons and
nurses in surgical units.

Biveileder: Professor Ingunn Elstad