



Veiledning av studenter i intensivavdelingen.

En studie av intensivsykepleieres beskrivelser av hvordan veiledningen av studenten i videreutdanning praktiseres og erfares i en kompleks hverdag på intensivavdelingen.

Björg Nilsen Barge

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø

November 2011

FORORD

Etter mange års virke som intensivsykepleier og faglærer ved videreutdanningen i intensivsykepleie er det litt skremmende, men veldig givende å forsøke lære seg forskning – og det innenfor eget fagfelt.

Jeg ønsker nå ved studiens ende, og først og fremst takke universitetssykehus og klinikker for at jeg fikk tillatelse til gjennomføre studien.

En meget stor takk til fem erfarne intensivsykepleiere for at dere stilte opp som studiens deltakere og bidro med ærlige og rike beskrivelser om det å veilede studenter på egen arbeidsplass.

Tusen takk til veileder Bente Ervik for god veiledning gjennom prosessen.

Takk til biveileder Aud Obstfelder for nyttige og oppklarende innspill.

Takk til arbeidsgiver, UIT, for studiestipend.

Takk også til mine kritiske lesere gjennom prosessen.

Takk til mine to nærmeste og kjæreste familiemedlemmer for stor støtte og en genuin evne til å rose meg.

Tromsø november, 2011.

Björg Nilsen Barge

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Å arbeide som intensivsykepleier ved intensivavdelingen medfører å utøve sykepleie til svært kritisk syke mennesker der omsorgen skal vise seg i samhandling med avansert teknologi. I tillegg er ofte sykepleieren veileder for studenten som tar videreutdanning i intensivsykepleie. Veiledningen praktiseres i hovedsak på få kvadratmeter ved pasientens seng, der pasienten fordrer det meste av sykepleierens oppmerksomhet og tid. Det er gjennomført få norske studier innenfor veiledning av studenter i videreutdanning. Hensikten med studien er å få en dypere innsikt og forståelse i hvordan intensivsykepleierne praktiserer veiledningen og hvilke erfaringer de har knyttet til veilederfunksjonen.

Problemstilling: Hvordan praktiserer intensivsykepleieren veiledningen av studenten i en kompleks hverdag på intensivavdelingen? Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren fra veilederfunksjonen?

Metode: Studien benytter kvalitativ metode gjennomført med individuelle intervju med fem intensivsykepleiere ved to universitetssykehus. I analyse og tolkning av datamaterialet brukes en hermeneutisk tilnærming.

Funn: Studien viser at veiledningen må prøve å flettes inn i sykepleien som utøves. Pasientens tilstand, studentens væremåte og veileders egen trygghet i pasientsituasjonen har betydning for hvordan veiledningen praktiseres. Veiledningen praktiseres ved å være rollemodell, la studenten selv få utføre handlinger, stille spørsmål til studenten, hinte frempå til studenten samt gi studenten tilbakemelding. Når noe på veiledningsarenaen blir særskilt utfordrende praktiseres veiledningen ved at veileder ”kun jobber” i pasientpleien. Den kan også praktiseres uten mye kommunikasjon. Veiledningen praktiseres ved refleksjon over en handling samt at den kan utøves ved at veileder konfronterer studenten. Veilederfunksjonen erfares både som en krevende og en givende funksjon. Det givende er at det er faglig utviklende for veileder. Mangel på tid til veiledning trekkes frem som den faktoren som gjør funksjonen mest krevende.

Avsluttende betraktninger: Ut fra studiens funn benytter veilederne i hovedsak anerkjente veiledningsmetoder i veiledningen av studenten. Studien avdekker også fleksible veiledere når pasientsituasjonen krever det. Ut fra dette reflekteres det over spørsmålet om andre veiledningsmetoder, som ikke inkluderer en direkte dialog mellom veileder og student, kan defineres inn som veiledning av studenten på intensivavdelingen. Det reflekteres også om en dermed kan se annerledes på tidsmangelen i forhold til veiledningen enn tidligere antatt.

Søkeord: veiledning, klinisk veileder, kontaktsykepleier, opplevelser, erfaringer, praktisk kunnskap, bedside, intensivsykepleie(r), intensivavdelingen.

Summary

Background and Purpose: To work as an intensive care nurse in the intensive care leads to practice nursing to very critically ill people where care in interaction with advanced technology is proven. In addition, the nurse supervises the student in advanced nursing to become an intensive care nurse. The supervision is practiced mainly in a few square feet around the patient's bed where the patient requires the most time and attention of the nurse. There are few Norwegian studies conducted within the supervision of students in advanced education in intensive care nursing. The purpose of this study is to gain a deeper insight and understanding into how intensive nursing practice supervision and their experiences related to the supervisors function.

Problem: How does the intensive care nurse practice supervision of the student in a complex daily environment in intensive care? What experiences has the intensive nurse from the supervisor function?

Method: The study uses qualitative methodology implemented by individual interviews with five intensive care nurses at two university hospitals. In the analysis and interpretation of the data, a hermeneutic approach is used.

Findings: The study shows that the supervision must try to merge into the nursing care that is exercised. The patient's condition, the student's behaviour and the supervisor's own confidence in the patient's situation affect how the supervision applied. The supervision is done by being a role model, let the student get to perform actions, ask questions to the student, hinting to the student and provide student feedback. When something in the supervision arena is particularly challenging, the supervision is done by that the supervisor is "just working". The supervision can also be done without communication. The supervision can be practiced by reflection on action and can be exercised by the supervisor confronting the student.

The supervisor function is experienced as both a challenging and rewarding function. It is rewarding that it is professional development for supervisors. Lack of time for counselling are mentioned as the factor that makes the feature most demanding.

Final considerations: Based on the study's findings stated that supervisors mainly use recognized supervisions methods. The study also shows flexible super visitors when the patient's condition demands it. From this is reflected on the question if others supervisions methods, without including direct dialog between the super visitor and the student, also may be defined as supervision in intensive care unit. It also reflected on if with that can look different at the time the lack of guidance than previously thought.

Keywords: supervision, clinical supervisor, contact nurse, experience, practical knowledge, bedside, intensive care nursing, intensive care unit

1	<u>INNLEDNING</u>	1
1.1	BAKGRUNN FOR STUDIEN	1
1.2	PROBLEMSTILLING	2
1.3	PRESISERINGER I PROBLEMSTILLINGEN	3
1.4	FORMÅL	4
1.5	STUDIENS STRUKTUR	4
2	<u>PRESENTASJON AV VEILEDNINGSARENAEN PÅ INTENSIVAVDELINGEN</u>	5
2.1	INTENSIVAVDELINGEN	5
2.2	PASIENTEN OG DE PÅRØRENDE	5
2.3	INTENSIVSYKEPLEIERENS ARBEID	7
3	<u>TIDELIGERE FORSKNING</u>	9
3.1	NORSKE PUBLIKASJONER: VIDEREUTDANNINGEN I INTENSIVSYKEPLEIE OG GRUNNUTDANNINGEN I SYKEPLEIE	9
3.2	INTERNASJONALE PUBLIKASJONER: INTENSIVNIVÅ OG GRUNNUTDANNINGEN I SYKEPLEIE	11
4	<u>TEORETISKE PERSPEKTIVER</u>	12
4.1	VEILEDNING	12
4.2	VEILEDERFUNKSJONEN	13
4.3	VEILEDNINGSTRADISJONER	14
4.3.1	MESTER – LÆRLINGMODELLEN	14
4.3.2	HANDLINGS- OG REFLEKSJONSMODELLEN	15
4.4	KUNNSKAPSTRADISJONER	17
4.4.1	PRAKTISK KUNNSKAP	17
5	<u>METODE</u>	19
5.1	KVALITATIVT FORSKNINGSINTERVJU MED HERMENEUTISK TILNÆRMING	19
5.2	VALG AV DELTAKERE OG REKRUTTERINGSPROSESS	22
5.3	FORBEREDELSE TIL INTERVJU	23
5.4	GJENNOMFØRING AV INTERVJU	24
5.5	FORSKERROLLEN OG DET Å FORSKE INNENFOR EGET FAGFELT	26
5.6	ETISKE HENSYN OG OVERVEIELSER	27
5.7	ANALYSE	28
5.7.1	KLARGJØRING AV DATAMATERIALET TIL ANALYSE	28
5.8	ANALYSEPROSESSEN	28
5.9	REFLEKSJONER OVER METODE	31
5.10	STUDIETS BEKREFTBARHET, TROVERDIGHET OG OVERFØRBARHET	33
6-9	<u>PRESENTASJON AV FUNN, TOLKNING OG DRØFTING</u>	35

<u>6 GRUNNLEGGENDE FAKTORER SOM HAR BETYDNING FOR HVORDAN VEILEDNING PRAKTISERES</u>	35
6.1 Å FLETTE VEILEDNINGEN INN I HVERDAGEN OG SAMARBEIDE MED STUDENTEN	35
6.1.1 TOLKNING OG DRØFTING	36
6.2 PASIENTENS TILSTAND HAR BETYDNING FOR HVORDAN VEILEDNINGEN PRAKTISERES	37
6.2.1 TOLKNING OG DRØFTING	37
6.3 STUDENTENS VÆREMÅTE HAR BETYDNING FOR HVORDAN VEILEDNINGEN PRAKTISERES	38
6.3.1 TOLKNING OG DRØFTING	39
6.4 VEILEDERS EGEN TRYGGHET I PASIENTSITUASJONEN HAR BETYDNING FOR HVORDAN VEILEDNINGEN PRAKTISERES	41
6.4.1 TOLKNING OG DRØFTING	42
<u>7 HVORDAN VEILEDNINGEN PRAKTISERES NÅR DEN LAR SEG FLETTE GODT INN I SYKEPLEIEN</u>	43
7.1 Å VEILEDE VED Å VÆRE ROLLEMODELL	43
7.1.1 TOLKNING OG DRØFTING	44
7.2 Å VEILEDE VED Å GJØRE ”TINGEN” SAMMEN MED STUDENTEN	48
7.2.1 TOLKNING OG DRØFTING	49
7.3 Å VEILEDE VED Å SPØRRE STUDENTEN	50
7.3.1 TOLKNING OG DRØFTING	51
7.4 Å VEILEDE VED Å HINTE OG KOMME MED ET FAGLIG INNSPILL	53
7.4.1 TOLKNING OG DRØFTING	53
7.5 Å VEILEDE VED Å GI TILBAKEMELDING	54
7.5.1 TOLKNING OG DRØFTING	55
<u>8 HVORDAN VEILEDNINGEN PRAKTISERES NÅR NOE PÅ VEILEDNINGSARENAEN BLIR SÆRSKILT UTFORDRENDE</u>	56
8.1 Å VEILEDE VED Å ”KUN JOBBE” I PASIENTPLEIEN	56
8.1.1 TOLKNING OG DRØFTING	58
8.2 Å VEILEDE UTEN Å PRATE	59
8.2.1 TOLKNING OG DRØFTING	60
8.3 Å VEILEDE VED Å GÅ TILBAKE Å SNAKKE MED STUDENTEN	61
8.3.1 TOLKNING OG DRØFTING	62
8.4 Å VEILEDE VED Å KONFRONTERE STUDENTEN I FORHOLD TIL NOE ”TOUCHY”	63
8.4.1 TOLKNING OG DRØFTING	64
<u>9 VEILEDERFUNKSJONEN ER BÅDE GIVENDE OG KREVENDE</u>	65
9.1 HVA SOM GJØR VEILEDNINGSFUNKSJONEN GIVENDE	65
9.1.1 TOLKNING OG DRØFTING	67
9.2 HVA SOM GJØR VEILEDERFUNKSJONEN KREVENDE	68
9.2.1 TOLKNING OG DRØFTING	70
<u>10 AVSLUTTENDE BETRAKTINGER OG REFLEKSJONER</u>	73

10.1	OPPSUMMERING AV STUDIENS FUNN	73
10.2	HVORDAN DEFINERE VEILEDNING AV STUDENTEN PÅ INTENSIVAVDELINGEN?	74
10.3	KAN EN SE NOE ANNERLEDES PÅ TIDSMANGELER I VEILEDNINGEN?	77
11	ETTERORD	78
	REFERANSELISTE	1
	VEDLEGG 1	A
	VEDLEGG 2	C
	VEDLEGG 3	E
	VEDLEGG 4	F
	VEDLEGG 5	H
	VEDLEGG 6	I
	VEDLEGG 7	K

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

Å arbeide som intensivsykepleier på intensivavdelingen medfører som oftest å arbeide i et komplekst og hektisk miljø og i skjæringspunktet mellom liv og død. Intensivsykepleieren er en av nøkkelpersonene i fagteamet som ivaretar intensivpasienten. Sykepleiernes arbeid utføres i hovedsak innenfor en pasientenhet på få kvadratmeter der sykepleien til pasienten skal utøves.

Intensivmedisinsk behandling har de senere år blitt stadig mer avansert. Det tilbys nå behandling til pasienter som for få år siden ikke fikk dette tilbudet (Flaatten & Søreide, 2010). Et eksempel er pasienter som gjennomgår kreftbehandling. Dette har medført at intensivsykepleieren har fått et større selvstendig faglig ansvar samt en økning i arbeidsfunksjoner (Flaatten & Søreide, 2010).

Intensivavdelingen har ansvar for opplæring av helsepersonell, deriblant sykepleiere som tar videreutdanning i intensivsykepleie. Avdelingen er en av de viktigste arenaer for studenten til å lære seg den praktiske kunnskapen i faget.

Denne studiens tema er veiledning av studenten på intensivavdelingen, der intensivsykepleieren er veilederen.

En intensivsykepleier er en autorisert sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie. Videreutdanningen er et fulltidsstudium som gir 90 studiepoeng på høyskole/universitetsnivå. Det kreves minimum to års yrkeserfaring som sykepleier før en kan søke på videreutdanningen. Videreutdanningen bygger på en nasjonal Rammeplan med forskrifter (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) og Lov om universiteter og høyskoler (Universitetsloven, 2005). Videreutdanningen inneholder både teori og praksis og Rammeplanen sier at praksis skal utgjøre minimum 50 % av studiet.

Videreutdanningens hovedmål er:

Å utdanne velkvalifiserte yrkesutøvere som kan utøve intensivsykepleie til pasienter og ivareta deres pårørende i et høyteknologisk miljø. Utøvelsen skal være i samsvar med helselovgivningens krav til yrkesutøvelse og fagets kunnskaper og verdier. (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 7).

For at studenten skal oppnå studiets hovedmål og bli en kyndig og kompetent intensivsykepleier, er det viktig at studenten får et godt læringsutbytte av praksis.

Rammeplanen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) henviser blant annet til:

Studenten har krav på individuell, kvalifisert veiledning og evaluering i praksis (...). Det må legges vekt på integrasjon mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Læring i praksisstudiet vil bl.a. skje i ”mester-svenn relasjon”(...). Det må benyttes veiledningsmetoder som stimulerer studenten til refleksjon (s. 13-14).

Som faglærer ved en videreutdanning i intensivsykepleie er jeg opptatt av det viktige oppdraget intensivsykepleierne har i veiledning og utdanning av fremtidens nye intensivsykepleiere.

Det er gjennomført få studier i Norge som undersøker intensivsykepleierens erfaringer som veileder samt hvordan veiledningen til studenten praktiseres. Dette støttes også i kvalitative studier der det fremkommer at forskning om veiledning og læring i praksis er knyttet til bachelorutdanningen i sykepleie (Fredriksen & Svensson, 2009; Kvangarsnes, Vasset & Fylling, 2008).

Med få norske studier innenfor mitt interessefelt ønsker jeg gjennom min mastergradsoppgave å utforske følgende spørsmål:

1.2 Problemstilling

Hvordan praktiserer intensivsykepleieren veiledningen av studenten i en kompleks hverdag på intensivavdelingen?

Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren fra veilederfunksjonen?

1.3 Presiseringer i problemstillingen

Sykehusene i Norge har ulike overvåknings- og intensivavdelinger; medisinske, kirurgiske og kombinerte. I hovedsak ligger de aller sykeste intensivpasientene på de største sykehusene som har intensivavdelinger med det bredeste behandlingstilbudet. Dette beror på at de største sykehusene har flere pasienter og opparbeider seg dermed et større erfaringsgrunnlag (Klepstad, 2010).

Studien omfatter veiledning av studenten som er i praksis ved kirurgiske intensivavdelinger ved to forskjellige universitetssykehus. Veiledningen innbefattes under yrkesfaglig veiledning (Lauvås & Handal, 2000).

Veiledningen av studenten praktiseres i et en-en-forhold, ”bedside”, i kontinuerlig kombinasjon med pleien av intensivpasienten. Pasienten er tilkoblet invasiv¹ respiratorbehandling og behandles med en avansert teknisk og farmakologisk behandling. Ressursfaktor intensivsykepleier – pasient er beregnet til 1:1 (Flaatten & Søreide, 2010).

Utdanningsinstitusjonene som benytter de aktuelle avdelingene er to ulike. Praksisstruktur ved landets utdanningssteder vil variere. Studentene ved disse avdelingene fulgte veilederen i gjennomsnitt ca. 4-5 vakter i uken gjennom en praksisperiode.

Praksisperiodene var på ca. 4 – 6 uker. Studenten kunne ha praksis en eller to ganger ved samme avdeling gjennom studiet. Faglærerne fra utdanningsinstitusjonene deltok ikke i direkte veiledet klinisk praksis med studentene. Faglærerne var tilstede på avdelingen i forbindelse med evalueringssamtaler og andre studentrelaterte møter.

Studien tar ikke for seg veiledningen relatert til studentens lære- og utviklingsprosess, men på et prinsipielt grunnlag. Studien tar heller ikke for seg evaluering av studenten.

Begrepet *veileder*, *sykepleier* og *deltaker* brukes om intensivsykepleieren som veileder studenten. Studenten som tar videreutdanning i intensivsykepleie omtales som *studenten* og *han*. Intensivpasienten omtales som *pasient* og *han*.

¹ Invasiv: Noe som er ført inn i pasientens kropp enten gjennom hud, blodårer, luftrør m.m. (Øyri, 2003). Her i pasientens luftrør.

1.4 Formål

Formålet med studien er å få en dypere forståelse og økt innsikt i hvordan intensivsykepleieren praktiserer og erfarer veiledningen av studenten i kombinasjon med det sykepleiefaglige arbeidet. De nye innsiktene som fremkommer kan være et faglig bidrag til alle sykepleiere som har med veiledning av studenter å gjøre. Jeg håper kunnskapen kan være et nyttig faglig innspill til både lærere og ledere som veileder og organiserer veiledningen til studentene. Studien kan være et bidrag til studenten, både på grunn- og videreutdanning i sykepleie, som en forberedelse til læringsarenaen i klinisk praksis.

1.5 Studiens struktur

Kapittel 1 er det innledende kapittel der bakgrunn for studien, problemstilling og formål blir presentert. Kapittel 2 er en nærmere presentasjon av avdelingen, pasienten og veileders sykepleiearbeid. Presentasjonen er tatt med for å gi en forståelse av virkeligheten på veiledningsarenaen. I kapittel 3 redegjøres det for relevant forskning innenfor tema og problemstilling. I kapittel 4 presenteres teoretiske perspektiver. Kapittel 5 omhandler metodisk tilnærming, metodologiske overveielser, analyseprosess, refleksjoner over gjennomført metode samt studiens relevans og gyldighet. I kapittel 6 – 9 fremstilles studiens empiri. Her presenteres også tolkning og drøfting funn. Kapittel 10 tar for seg avsluttende betraktninger og refleksjoner over noen av studiens sentrale funn. Kapittel 11 er studiens etterord før referanseliste og vedlegg.

2 Presentasjon av veiledningsarenaen på intensivavdelingen

I dette kapitlet presenteres intensivavdelingen, intensivpasienten og hva arbeidet til intensivsykepleieren innbefatter. Presentasjonen gis for å få en forståelse av virkeligheten der veiledningen av studenten finner sted.

2.1 Intensivavdelingen

Intensivavdelingen er en spesialavdeling i sykehuset hvor pasienter som er kritisk og livstruende syk behandles og pleies. Avdelingen kan ha ulike utforminger; en kombinasjon med saler som rommer 3-4 senger og få enerom til en utforming med overvekt av enkeltrom. På salene er det ofte et forheng/en skillevegg mellom sengene slik at hver pasient har sin egen enhet. En pasientenhet varierer i størrelse og det kan fort bli trangt på enheten når flere fagpersoner oppholder seg der samtidig. Pasienten er tilkoblet mye medisinsk teknisk utstyr som eksempelvis: respirator, medikamentpumper, monitorer, intra aorta ballongpumpe² og dialysemaskin. I tillegg til helsepersonellet og utstyret er det også viktig at pasientens pårørende kan være til stede. Det tekniske utstyret kan være fysisk stort, produsere mye støy og for en fremmed kan dette fort bli det mest fremtredende. Stor aktivitet og et hektisk tempo blant helsepersonellet preger ofte avdelingen. Virksomheten til sykepleiere og leger baserer seg på både planlagte gjøremål samt akutte hendelser i forhold til pasienten. Nye pasienter kan ankomme gjennom hele døgnet og det er ikke uvanlig at flere pasienter kommer samtidig. Døgnets 24 timer kan arte seg ganske likt og ha et relativt likt aktivitetsnivå. Imidlertid er det viktig å markere natt ved å dempe lysene og lydene, samt forsøke å få ro i avdelingen for å markere en form for døgnrytme.

2.2 Pasienten og de pårørende

Intensivpasienten kan ha skader etter alvorlige ulykker, gjennomgått kirurgisk inngrep eller ha andre livstruende medisinske sykdomstilstander. Noen pasienter er forberedt på

² En ekstern mekanisk pumpe som er forbundet med et langt kateter med en ballong i tuppen. Kateteret er anlagt perkutant via arterie i lyske og opp til aortabuen hvor ballong ligger. Ved at pumpen inflaterer og deflaterer ballongen avlastes hjertets eget arbeid og hjelper hjertet til ”å flytte” blodvolumet videre samt øker sirkulasjonen i hjertets egne kar (Stokland, 2005, s.143-144).

intensivoppholdet med bakgrunn i for eksempel planlagt hjertekirurgi, men de fleste er uforberedte. Det finns ulike alvorlighetsgrader av intensivpasienter (Klepstad, 2010). Felles for dem er at tilstanden ofte er sammensatt og i korte eller lengre perioder i en funksjonsmessig ustabil og uavklart fase. Pasienten er i alle aldrer.

Å være intensivpasient innebærer å bli utsatt for store og belastende psykiske og fysiske påkjenninger. Rent biologisk er kroppen i en fysisk krise. Pasienten har akutt eller tilsnikende alvorlig funksjonssvikt i sentrale organer som respirasjon, sirkulasjon, sentralnervesystemet og koagulasjon m.m. (Klepstad, 2010). Organsvikten medfører at kroppens fysiologi er helt eller delvis ute av kontroll. Den medisinske behandlingen tar sikte på å gjenopprette den fysiologiske homeostase (Adam & Osborne, 2000).

En intensivmedisinsk overvåkning og behandling er en påkjenning i seg selv og pasienten kan bli utsatt for tallrike livbergende prosedyrer (Klepstad, 2010). Pasientens kropp er perforert med invasive kanyler, slanger og dren som leder til overvåkning og behandling. For at pasienten kroppslig skal tåle sykdomsprosess og behandling må han være sedert³ i et terapeutisk bevissthetsnivå. Det finnes grader av bevissthetsnivå, fra å sove dypt til å være delvis våken. Pasienten kan også være pendlende i bevissthetstilstanden. Pasienten med invasiv respiratorbehandling kan ikke verbalt kommunisere bla. fordi trakealtuben som fører til respiratoren blokkerer stemmebåndene.

Hvordan mennesker opplever å være intensivpasient er forskjellig og har sammenheng med flere faktorer. For noen pasienter kan det oppleves trygt og befriende å hengi seg til helsepersonellet (Gulbrandsen & Stubberud, 2005). Følelser som angst, trussel, hjelpsløshet og en integritetskrenking er også emosjoner som kan komme til uttrykk. En er sårbar og utsatt i denne perioden fordi en ikke har medbestemmelsesrett og kontroll i eget liv.

Pasienten er avhengig av og prisgitt den fagligspesifikke og faglig-etiske kompetansen til helsepersonellet. Pasienten kan være innlagt i kortere eller lengre tid og pasientsituasjonene kan arte seg på ulike måter. Det kan være korte og dramatiske timer til lengre perioder med en vekselvirkning mellom funksjonsmessig stabilitet og ustabilitet før pasienten begynner å vise tegn til bedring. Når den kritiske fasen er over vil det som regel

³ Sederer: Fremkalling av ro, demping av sjelsesorg og kroppslig uro. Ved smertefull, plagsomhet blir sederer gitt med sederende middel (analgetika og bevissthetsdempende). (Øyri, 2003, s.989).

være både mentalt og fysisk ressurskrevende for pasienten å venne seg av fra respiratoren og overta respirasjonsarbeidet selv.

En rehabiliteringsfase kan ta uker og måneder. Det er også mange som dør på intensivavdelingen (Klepstad, 2010).

Forskning viser at oppholdet på intensivavdelingen kan oppleves som ”å ha vært et annet sted” (Storli, S-L., Lindseth, A. & Asplund, K., 2007:2008). Det ”annet sted” kan ha vært på sjøen i en båt eller i en kamp på liv og død under vann. Gjennom å forsøke og forstå menneskets levde erfaring som pasient, finner en ut at de erfaringer en har med seg kan gi mening og forståelse i ettertid. Forskning viser også at det er sammenheng mellom den levde erfaringen fra intensivoppholdet og seinplager i ettertid som angst og posttraumatisk stressyndrom (Stoll et al., 2000).

Pasientens pårørende er også brått havnet i en ny og truende livssituasjon. Å være pårørende på intensivavdelingen kan oppleves dramatisk og de pårørende har ofte behov for å være mye tilstede hos den syke. Pårørendes situasjon preges ofte av håp eller håpløshet alt etter hvordan tilstanden til pasienten er. At pasienten ikke kan ta ansvar for egen helse gir også pårørende en ekstra belastning (Klepstad, 2010). Å støtte og hjelpe pårørende er en stor og viktig del av intensivavdelingens ansvar.

2.3 Intensivsykepleierens arbeid

I ivaretagelsen av intensivpasienten og de pårørende er det en tverrfaglig stab. Staben består bla. av spesialiserte leger, intensivsykepleiere, fysioterapeuter og prester.

Sykepleieren har en sentral rolle i staben gjennom sin kontinuerlige tilstedeværelse hos pasienten. Hun arbeider tett sammen med alle, men hennes nærmeste samarbeidspartner er intensiv/anestesilegen. Arbeidet til sykepleieren krever omfattende teoretiske og praktiske kunnskaper innenfor sykepleiefaglige, medisinske og tekniske emner (Johannessen, 1999;Swinnny, 2010). Gode observasjons- og vurderingsevner er viktig slik at pasientens kliniske symptomer til en hver tid fanges opp. Å ivareta pasienten handler både om å forholde seg til det stabile, men også forholde seg til det uventede og det uforutsigbare i

pasientens sykdomsbilde (Johannessen, 1999). Sykepleieren er alltid ”på vakt” overfor pasientens tilstand og må kunne utføre flere praktiske oppgaver samtidig.

Det tekniske utstyret er et nødvendig hjelpemiddel i behandlingen, overvåkingen og sikkerheten av pasienten. Normalt har pasienten et tre til fem lumen svk⁴. Kontinuerlige infusjoner kan være av svært potent art, eksempelvis bevissthetsdempende, smertelindrende og inotrope⁵ medikamenter. Vurdering og administrering av teknisk og farmakologisk behandling utføres kontinuerlig i forhold til pasientens klinikk og medisinske behandlingsmål. Et viktig prinsipp i pleie og behandling er å være i forkant og avdekke hva som kan skje/holder på å skje i pasientens tilstand før noe faktisk inntreffer. Sekundære komplikasjoner som følge av akutt organsvikt er essensielt å forebygge. Tiden er en viktig aktør. Tiden kan være knapp for å reversere kliniske problemer og hjelpe med konkrete tiltak. Flere menneskelige og fysiologiske utfordringer kan fremstå på samme tidspunkt når pasientens tilstand blir særdeles kritisk og utfordrende. Sykepleieren må derfor analysere og prioritere i en forsvarlig rekkefølge i sin problemløsning overfor pasienten. Pasientene er ofte til diverse røntgenundersøkelser og behandlende inngrep utenfor intensivavdelingen. Å planlegge og gjennomføre en forsvarlig transport av intensivpasienten med tilhørende overvåking, behandling og akuttutstyr er et tidkrevende og nøyaktig arbeid.

Å utøve intensivsykepleie handler om omsorgens forenelighet med det tekniske (Delmar, 2006). Sykepleierne skal forholde seg til det individuelle menneske som ligger sedert og er hjelpetrengende. Det ligger en etisk fordring i tilnærmingen og makten hun forvalter i relasjonen sykepleier – pasient. Løgstrup (2008) utsagn: ”om å aldri ha med et annet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd (...) så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej” (s.25) er nært opp til virkeligheten. Fordringen ligger i å reflektere over egen praksis og være bevisst sykepleiers verdier i møte med pasienten. Sykepleieren skal signalisere trygghet og tillit samt tilpasse gjøremål i forhold til å ivareta det relasjonelle i situasjonen. Tilpasset samhandling og kommunikasjon med den sederte pasienten er sentralt.

⁴ svk: sentral venøs kanyle.

⁵ Inotrope medikamenter øker kontraksjonskraften i hjertet slik at blodtrykket økes (Stokland, 2005)

Å være der for pårørende er også en sentral del av arbeidet til sykepleieren. Pårørende har behov for medfølelse, støtte og informasjon slik at de mestrer situasjonen best mulig (Stubberud, 2005).

3 Tideligere forskning

I dette kapitlet presenteres relevant forskning⁶. Med bakgrunn i få norske studier relatert til problemstillingen har jeg støttet meg til noe forskning fra grunnutdanningen i sykepleie. Denne forskningen anser jeg som relevant og nyttig samt ha en overføringsverdi i forhold til min studie selv om veiledningsarenaene er noe ulike. Jeg refererer også til internasjonale studier fra intensivnivå og grunnutdanningen. Her benyttes flere reviewstudier. Jeg er oppmerksom på at andre lands utdanningssystemer er ulikt det norske, men finner noe av forskningen relevant og overførbart til vårt system.

Kapittel tre har to underkapitler og er strukturert etter følgende:

- Norske publikasjoner: Videreutdanningen i intensivsykepleie og grunnutdanningen i sykepleie
- Internasjonale publikasjoner: Intensivnivå og grunnutdanningen i sykepleie

3.1 Norske publikasjoner: Videreutdanningen i intensivsykepleie og grunnutdanningen i sykepleie

Videreutdanningen: I Fredriksen og Svensson (2009) studie var hensikten å studere hvordan intensivsykepleierne formidler erfart kunnskap i klinisk veiledning av studenten. Gjennom en fenomenologisk-hermeneutisk inngang og analyse av observasjons og intervjudata finner de at sykepleieren, med sin tilstedeværelse i situasjonen, formidler egne reflekterte erfaringer. Erfaringene trer frem i møte mellom kropp og situasjon, såkalt meningssskapende bevegelser. De observasjoner, tolkninger og praktiske handlinger som sykepleieren gjør, reflekterer og synliggjør en oversiktskunnskap som studenten forstår

⁶ For å finne forskning har jeg søkt i anerkjente databaser: Bibsys Ask, Swemed, Critical Care Nurse, PubMed, Cinahl, Norsk Tidsskrift for Helseforskning, SAGE, Helsebiblioteket, Google Scholar m.m. Søkeordene er referert i sammendraget. Det ble og søkt med kombinasjoner av søkeordene. Søkeordene ble kvalitetssjekket og sammenlignet med MesHord i forskningsstudiene.

inntrykkene i og av. Veilederen løfter frem ulike forhold rundt pasienten, slik at studentens egne erfaringer skal skapes og bli meningskonstituerende. Gjennom denne ”oppvåkningen” fremvokser studentens egen kunnskap.

I studien av Kvangarsnes et al. (2008) var formålet å studere hvordan studentene deltar og lærer i praksisfellesskapet på intensivavdelingen. To praksisveiledere ble intervjuet og syv studenter ble observert og intervjuet. Resultatet viser at veiledningen bar preg av mesterlære og at den praktisertes lite veiledning frikoblet fra en arbeidssituasjon. Veilederne var opptatt av å være gode rollemodeller samt at studenten skulle lære å reflektere over og vurdere egen praksis. I tillegg ga veilederne uttrykk for hvilken faglig kvalitet de ønsket å formidle, som empati, omsorg, respekt og gode kliniske kunnskaper. De ønsket også at studenten skulle bli faglig trygg og stolt over å være intensivsykepleier.

Grunnutdanningen: I Kvangarsnes, Hagen & Fylling (2010) studie fremkommer det at veilederne både kunne ha en fremtredende og en tilbaketrasket rolle, alt etter pasientens tilstand. Jo sykere pasienten var, jo mer fremtredende rolle hadde veilederen i pasientpleien. Veilederne ønsket å formidle mye av eget verdisyn i sykepleien som empati, tålmodighet og respekt. Veilederne mente at studenten selv måtte vise engasjement og ta eget ansvar for læringen. De syntes at noen studenter var flinke, mens andre var mere forsiktige. Veilederne hadde gode intensjoner for funksjonen, men resultatet ble ikke alltid som forventet. Mangel på tid ble ofte et dilemma. Ved bedre tid kunne studenten fått mer ansvar og tatt mer aktivt del i pasientpleien. Studien viste også at mye av veiledningen foregikk før og underveis i sykepleiarbeidet. Studenten fikk en hjelperolle i pleien av pasienten og fikk utføre en slags deloppgaver.

Studien til Wangen, Torjuul & Sørli (2010) viser at veilederne ønsker å være rollemodeller for studenten, noe de opplever at de også er. Veileder har klare forventninger til studentens væremåte og ser på han som en ressurs. En tillitsfull relasjon mellom veileder og student er essensielt og det å ha et åpent forhold. At studenten ivaretar pasientens interesser og er ydmyk i samhandling med pasienten er viktig for veileder. Veilederne synes de utviklet egen faglig kompetanse av å være veileder. Når studenten ikke så faglige oppgaver, kunne veilederne bli skuffet.

Med bakgrunnen i at den tradisjonelle en-til-en veiledermodellen har vist seg utfordrende å gjennomføre på en tilfredsstillende måte i klinisk praksis, har det fremvokst nye veiledningsmodeller i Norge. Det interessante og relevante for min studie er bakgrunnen for de nye modellene. Årsaken bak var at veilederne var slitne, relasjonsproblematikk og mangel på kontinuitet i veiledningen. Modellene er tenkt som et supplement til tradisjonell praksisveiledning og et eksempel er læringsnettverk (Lundestad & Oddvang, 2007). Nettverket består av studenter, lærere, avdelingspersonale og praksisveiledere med delt ansvar for studentene. Resultatet viser at læringsnettverket var en stor gevinst av læring for alle. Systematisk refleksjon over praksiserfaringer var særdeles viktig.

3.2 Internasjonale publikasjoner: Intensivnivå og grunnutdanningen i sykepleie

Intensivnivå: Studier viser at troverdigheten og partnerskapet er viktige elementer mellom veileder og student. Veilederne er opptatt av å være gode rollemodeller for faget, være støttende og bidra med kunnskap. Veiledning av studenten innebærer ekstra tid i pasientpleien samt økt energiforbruk. Tiden strekker ikke helt til for både veiledning og sykepleie. Dette kan videre medføre stress hos veilederne. Studiene viser at enkeltdele i pleien kunne ta dobbelt så lang tid når studenten samtidig skulle veiledes. Veilederne følte også at de måtte overvåke studenten slik at han ikke utførte noe som kunne skade pasienten. Dersom studenten hadde kunnskapsbrister eller var passiv i studentrollen erfartes veiledefunksjonen tyngre. Mangel på samarbeid med utdanningsinstitusjonen trekkes også frem som et savn hos veilederne. Veilederne hadde behov for fagutvikling innen ulike veiledningsmetoder slik at de visste at de praktiserte veiledningen riktig. Denne kunnskapen kunne videre redusere stressfølelsen (Hautala, Saylor & O'Leary-Kelly, 2007; Lloyd – Jones, 1993; Swinny, 2010; Wolak, Mccann & Madigan, 2009).

Grunnutdanningen: Studier viser at veiledernes erfaringer i funksjonen er av både positiv og negativ art. Veilederne uttrykker både motivasjon og ansvar, men også frustrasjoner. Det positive er at veilederfunksjonen gjør dem mer bevisste i faget. Veilederne gir uttrykk for manglende støtte og kunnskap om veilederfunksjonen. Videre opplever de overbelastning og relasjonelle utfordringer samt at det ikke er tid for refleksjon og

diskusjoner med studenten. Det fremkommer også at de savner system og støtte på hvordan de skal mestre veiledningen parallelt med øvrige oppgaver. Noen veiledere føler seg dratt mellom flere funksjoner og skal gjøre alle ”til lags”, noe som kan utløse stressfølelse (Andrews & Wallis, 1999; Coates & Gormley, 1997; Löfmark, Morberg, Öhlund & Illicki, 2009; Moseley & Davies, 2007; Omansky, 2010; Wilkes, 2006).

4 Teoretiske perspektiver

I dette kapittelet presenteres teori om veiledning, veilederfunksjonen samt to sentrale veiledningstradisjoner. I tillegg redegjøres det for teori i praktisk kunnskap.

4.1 Veiledning

Veiledning er en egen virksomhet som skal være formålstjenelig. Virksomheten skal være en betydningsfull og profesjonell assistanse i individers læring og utvikling. I tillegg skal det være et viktig supplement til annen pedagogisk virksomhet (Lauvås & Handal, 2000). Veiledning er dermed en pedagogisk virksomhet. Det karakteristiske ved veiledning som pedagogisk aktivitet er nærheten, omtanken og det personlige som danner grunnlaget og som preger virksomheten. Veiledning er å finne blant hverdagsordene og det er en hverdagsaktivitet. Når veiledningen er profesjonell og innenfor en pedagogisk ramme, bør det stilles kvalitetskrav. Kvalifisert veiledning er en krevende virksomhet. Det finnes flere forsøk og betegnelser på en begrepsmessig avklaring på begrepet veiledning, uten at noen har lyktes spesielt godt (Lauvås & Handal, 2000). Gjennom tidene har det vært ulike profesjoner og yrkesgrupper som har påvirket utviklingen og begrepsforståelsen av veiledning. Begreper som rådgiving, konsultasjon, supervisjon er noen av begrepene som nesten benyttes synonymt med veiledning (Lauvås & Handal, 2000). Det påpekes imidlertid at det finnes forskjeller i de ulike begreper som synonymt brukes. Forskjellene dreier seg delvis om hvilken kontekst de brukes i, veilederens utdanning og hvorvidt hovedansvaret ligger hos veileder eller den som blir veiledet. En noenlunde presis forståelse av ulike former for veiledning er ikke det viktigste. Det viktigste og en sentral del av veiledningen er å forstå konteksten der veiledningen finner sted (Lauvås & Handal,

2000). Et annet viktig aspekt er at ”veiledningen skal være i konfrontasjon med de kvalitetsmessige og etiske krav i yrket, de krav ”oppdraget” stiller og innenfor de rammer som eksisterer” (Lauvås & Handal, 2000, s.67).

I følge Tveiten (2008) kan veiledning defineres som:

”En formell, relasjonell og pedagogisk igangsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonen mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (s.19).

Veiledningen skal styrke studentens mestring slik at yrkesutøverens ressurser som kunnskaper, ferdigheter og det sosiale gis tilgang til og utvikles. Dette skal gjøres ut fra vedkommendes egenart, verdier, kunnskap og erfaringer. Den lærende skal være i fokus. Veiledningen innbefatter å utfordre den lærende slik at han blir rikere på kunnskap og gjør sine egne erfaringer tydeligere. Veiledningens hensikt er å hjelpe den enkelte til å finne frem til den beste måten å drive yrkesvirksomheten på (Tveiten, 2008).

4.2 Veilederfunksjonen

Å veilede, med det mål at hensikten med veiledningen oppnås, er både den som veiledes og veileders ansvar. Et meransvar ligger imidlertid på veilederen. Denne funksjonen krever veilederkompetanse. Enten formell, reell eller begge deler (Tveiten, 2008). Sentrale aspekter i veilederkompetansen er det å kunne lytte og stille gode spørsmål. En bør ha evne til å føre en dialog og til relasjonsbygging. Det å være rollemodell, ha empati, men også kunne utfordre er viktig. Evne til sentrering, ha struktur samt kunne reflektere over egen funksjon og kompetanse trekkes også frem. Veileder legger i stor grad selv forventninger som rettes mot funksjonen (Tveiten, 2008, s. 107-115).

Lauvås og Handal (2000) hevder at mange praktiserende yrkesutøvere med veilederansvar har problemer med å la være å dosere sitt syn, overtale eller påvirke i den retningen de selv står for. Det er en fare for at veileders egne oppfatninger og kjepphester blir presset på den som veiledes (Lauvås & Handal, 2000). Som veileder har en lett for å bli opptatt av egne synspunkter og en tolker ofte for mye og for raskt. Veiledere tar ofte et likt utgangspunkt overfor de som bli veiledet. Det er forholdet mellom der den lærende er og den

kompetansen den lærende skal erverve seg som veiledningen skal dreie seg om. Veilederne skal ha fokus på å forstå den andre (Lauvås & Handal, 2000).

Innenfor veiledning vil det også være en relasjonell og etisk dimensjon. Det etiske ansvaret til veileder er særdeles viktig. Veiledning kan sees på som en etisk handling og veiledning dreier seg alltid om et annet menneske (Tveiten, 2008).

Relasjonen mellom veileder og den som veiledes vil være et asymmetrisk forhold. Et asymmetrisk forhold er en menneskelig relasjon hvor de som inngår i relasjonen har forskjellig oppgaver, makt og ansvar. Som veileder skal en være bevisst denne makten. Makt trenger ikke være forbundet med en negativ kraft i følge Tveiten (2008), fordi det er forskjell på å ha makt *i* og ha makt *over* i veiledning. Veilederen kan behandle studenten som objekt som kan påvirkes til å ha en viss holdning og en bestemt viten. Hun kan også oppfatte studenten som subjekt med en iboende verdighet, egen autonomi og rett til selv å være medbestemmende. Dette handler videre om respekt for den andre og tilnærmingen en tar i veiledning av studenten. Da får maktbegrepet en positiv klang. Et sentralt etisk aspekt er taushetsplikten til veileder og dens sammenheng med tryggheten til den som blir veiledet (Tveiten, 2008, s. 49- 53).

4.3 Veiledningstradisjoner

4.3.1 Mester – lærlingmodellen

Mester – lærlingmodellen har eksistert i den pedagogiske folketroen i svært lang tid. I yrkessammenheng har mange blitt veiledet og opplært av denne tradisjonen, også kalt ”håndverkstradisjonen”. Mesteren, den erfarne, har mye kunnskap og ved at lærlingen ser på mesterens utførelse, utvikler lærlingen seg. Veiledningen har gjerne fulgt et mønster; demonstrasjon, øving og korreksjon. En legger til rette for læring hos den annen ved at man selv er aktiv og demonstrerer den riktige utførelsen. Deretter får lærlingen øve seg for så å bli korrigert av mesteren, helt til mesteren er fornøyd. Denne formen for veiledning og kunnskapsformidling samt tanken på at dette er en av de beste innfallsvinkler for læring, står enda sterkt innenfor enkelte profesjonsutdanninger (Lauvås & Handal, 2000, s. 61 - 65).

Martinsen (2005) henviser til sykepleiens historie der ervervelse av kunnskap og det å lære omsorg var gjennom et mester - elev forhold. Sykepleiemesteren var modell for eleven på veien mot å bli en dyktig sykepleier. Mesteren formidlet sykepleiens menneske- og fagkunnskaper gjennom å være et forbilde og gi eksempler via et kyndig håndverk. Eleven skulle da lære fagets regler, prosedyrer, teknikker og faktakunnskap. I tillegg var det viktig å lære gode holdninger og godt omdømme i det kliniske felt.

Martinsen sier at menneskekunnskapen læres gjennom *skjønn*. Skjønn er knyttet til erfaringen og til en konkret situasjon. Det fordrer en emosjonell involvering og analyse av situasjonen for å kunne veie handlingsalternativer. Å lære å bruke skjønn skulle hindre eleven i å bruke regler og faktakunnskap uten refleksjon. Denne form for kunnskap kan ikke formuleres i eksakt språkbruk, men viser seg gjennom en *taus kunnskap*. I den tause kunnskapen er også mesterens håndlag, fagets normer, prosedyrer og faktakunnskap integrert. Kunnskapen trer frem gjennom mesterens råd, vink og samtaler med studenten i det praktiske felt og viser ulike perspektiver på pleie. Gjennom dette bygges studentens egen kunnskap opp.

Mester – elev opplæringen er viktig i sykepleien fordi omsorg i tillegg har å gjøre med et relasjonelt og moralsk aspekt som viser seg gjennom den praktiske handlingen (Martinsen, 2005, s.148-152).

4.3.2 Handlings- og refleksjonsmodellen

Handlings- og refleksjonsmodellen retter seg mot å utvikle kunnskapsbasen for profesjonell yrkesvirksomhet gjennom en veksling mellom handling og refleksjon over handling. Handling over refleksjonen kan foregå selv om en ikke veiledes, men veiledning kan både kvalifisere for slik refleksjon og øke utbytte av den. Hensikten med å veilede ved refleksjon over handling handler om å hjelpe studenten til å bli klar over det grunnlaget av kunnskap, erfaring og verdier som yrkesvirksomheten hviler på. Dette mer enn å formidle hvordan den ”riktige” yrkesutøvelsen og kunnskapsgrunnlaget skal være.

Ved å bli klar over ens egen yrkeskunnskap økes muligheten for å endre og utvikle egen kunnskapsbase. Det er en hjelp til rikholdig refleksjon omkring egen handling og grunnlaget for den som er gjeldende (Lauvås & Handal, 2000, s.65-68).

Handlings- og refleksjonsmodellen øker også muligheten for å utfordre den allerede eksisterende kunnskapen (studentens forforståelse) samt generere ny kunnskap. En utforsker egne erfaringer. Refleksjon over handling bør ha som mål å vise sammenhengen mellom teori og praksis (Tveiten 2008). I tillegg kan refleksjonen bidra til at veileders tause kunnskap kan artikulere i en overføringshensikt til studenten. Dette for å videreutvikle den enkelte yrkesutøvers kompetanse eller faget som sådan (Tveiten, 2008, s. 28 -30).

Molander (1996) tar i deler av sin kunnskapsteoretiske tenkning utgangspunkt i et av Schøns⁷ nøkkelbegreper refleksjon i handling. I følge Molander (1996) ser Schøn på refleksjonen som en integrert del av handlingen og en del av en kompetanse. Schøn setter også refleksjon i handling i samband med kunnskap i handling. Molander (1996) problematiserer Schøns tenkning fordi det er uklart hva Schøn tenker er forskjellen mellom disse to begrepene. Molanders (1996) spørsmål til Schøn er i forhold til om refleksjon i handling kan bli et hinder for kunnskap i handling (Molander, 1996), fordi Schøn sier at refleksjon i handling viser seg ved at praktikerer omformer sitt tenkende og handlende mens handlingen pågår. *Oppmerksomheten* er sentral i Molanders tenkning. Molanders beskrivelser er heller at den kyndige praktikerer er oppmerksom i handling. Praktikerer holder flere alternativer åpne for levende muligheter i sin handling (Molander, 1996). I følge Molander (1996) sier ikke Schøn mye om refleksjon over handling. Molander (1996) trekker heller frem at for å reflektere må en ikke være helt opptatt av handlingen fordi:

Refleksjon er å ta et steg tilbake, for å tenke over seg selv og hva man gjør, for å få perspektiv på en situasjon. Det man gjør og den situasjonen man befinner seg i skal speiles eller reflekteres for en selv. (Molander, 1996, s.143).

⁷ Donald Schøn (1931-1997) var en fremtredende forsker innenfor refleksjonsbegrepet. Hans tre nøkkelbegreper var "knowing-in-action", "reflection-in-action", "reflection-on-action". Han er bla. kjent for bøkene "The reflective practitioner" (1983) og "Education the reflective practitioner" (1987) (Molander 1996).

4.4 Kunnskapstradisjoner

4.4.1 Praktisk kunnskap

Kunnskap er en forutsetning for kompetanse. Måten kompetansen formidles på ansees som vesentlig og betydningsfullt innefor veiledning (Tveiten, 2008). Veilederen i denne studien praktiserer veiledning innen praktisk kunnskap av ulik art og på ulike nivå i ivaretagelsen av pasienten.

Kunnskap er i et mangetydig begrep. Grimen (2008) går tilbake til Platons samtid og hans tenkning for å forklare hvordan en skal forstå begrepet kunnskap. Platon hevdet at kunnskap var episteme; begrunnede sanne oppfatninger. For at personen skulle ha kunnskap om noe, måtte personens oppfatninger være sanne og ha gode grunner for å tro at de var sanne. Mange har forsket på og utviklet kunnskapsbegrepet etter Platons tid, men en entydig forståelse er vanskelig å finne. Det finnes mange typer kunnskap, blant annet vitenskapelig kunnskap, teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap (Grimen, 2008). I følge Grimen (2008) er det et mylder av begreper som brukes for å forsøke og beskrive eller snakke om praktisk kunnskap samt sider ved det. Praktisk kunnskap er indeksert og:

”Ved praktisk kunnskap lar kunnskapens form og innhold seg ikke løsrive fra de som har den, og fra de situasjoner hvor den blir lært og anvendt. Kunnskapen peker essensielt på kunnskapsbæreren og brukssituasjonene” (Grimen, 2008, s. 76).

Det indekserte handler om at opphav, brukssituasjoner og kunnskapsbæreren ikke er helt utskiftbare. Skifter en utøver, skifter en også noe av kunnskapen.

Praktisk kunnskap er kunnskap om ”hvordan en gjør noe”. Den kommer til uttrykk gjennom handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn. Handlinger blir utført av personer i konkrete situasjoner. Hvordan dette kommer til uttrykk og hva som vektlegges vil være avhengig av utøveren og den situasjonen vedkommende befinner seg i.

Av dette kan en si at den praktiske kunnskapsformen har i seg elementer av andre kunnskapsformer som, ferdighetskunnskap, fortrolighetskunnskap og faktakunnskap (Grimen, 2008, s. 72 - 86). En kort redegjørelse for de ulike kunnskapsformene er at ferdighetskunnskap er kunnskapen om det å kunne utøve og handle.

Fortrolighetskunnskapen er kunnskapen om å være fortrolig med ulike fenomener. Den

ervertes gjennom å omgås fenomenet og er kun tilgjengelig som førstehåndserfaring. Fortrolighetskunnskapen kan ikke formidles til andre i faktamessig form. Faktakunnskapen er kunnskapen som lar seg uttrykke i teorier, regler og definisjoner (Rognhaug, 1996).

Molander kaller praktisk kunnskap for kunnskap gjennom den aktive siden. Kunnskapen ligger i kroppen, kulturen og i handlingen. Det er anvendt kunnskap. Han tar sterk avstand fra et dualistisk menneskesyn. Han mener at kunnskapen er forankret i levende tradisjoner samt at den bygger på deltakelse og dialog med andre mennesker. Den praktiske kunnskapen går ut på å leve med verktøy og materialer. Å problematisere virkeligheten er det første steget på veien til kunnskap, og bør ikke hoppes over. Menneskers spørsmål og undring åpner virkeligheten. Som tidligere nevnt er Molanders (1996) oppmerksomhet sentral i hans tenkning om kunnskap. Jeg forstår oppmerksomheten som et grunnleggende essensielt fenomen, en nærhet og tilstedeværelse i og mot det som skal utføres.

Oppmerksomheten leder til forståelse og mestring av praktisk kunnskap. En må lære seg denne oppmerksomheten sier Molander. Molander fremhever den hermeneutiske vitenskapstradisjonen og den hermeneutiske sirkel når han meddeler at ingen forståelse uten en forforståelse. Hermeneutikken bruker termer som forståelse, tolkning og at å ha en forståelse ikke er skilt fra kunnskap. (Molander, 1996, s.45-69).

Kunnskap kan bli gjort taus eller inneha en taus dimensjon. Taus kunnskap kan sees på som en egen kunnskapsform. Den tause kunnskapens far er legen M. Polanyi som fremførte ”vi vet og kan mer enn vi kan uttrykke i ord”. Polanyi beskrev taus kunnskap som integrert i en person, men som fungerer taust. Molander sier at den levende kunnskapen står i sentrum for den tause kunnskapen og ikke i det nedskrevne og abstrakte (Molander, 1996). Taus kunnskap kan forstås som en personlig eller implisitt kunnskap som delvis kan vise seg gjennom handling og verbal artikulering.

5 Metode

I dette kapitlet redegjøres det for hvordan studien metodisk er planlagt og gjennomført slik at studiens formål oppnås. Metodologiske perspektiv, overveielser, samt analyse og refleksjoner over metode presenteres også. Til slutt redegjøres det for studiens relevans og gyldighet.

5.1 Kvalitativt forskningsintervju med hermeneutisk tilnærming

I forhold til studiens problemstilling og dens formål spørres det etter kvalitative data.

Formålet med studien er å få en dypere innsikt og forståelse i hvordan veilederne praktiserer og erfarer veiledningen av studenten.

I kvalitativ forskning går en i dybden, har nærhet til deltakere og fenomenet som skal undersøkes. Forskningen kan være rettet mot studier av erfaring, adferd og samhandling mellom mennesker. Den gir innsikt og forståelse i andre menneskers liv og kvalitative metoder kan også knyttes til menneskelige egenskaper. Ved kvalitativ metode gis jeg tilgang til veilederens erfaringer via deres egne beskrivelser av fenomenet. Målet er å få frem fyldige og detaljerte beskrivelser slik at jeg får tilgang til ny forståelse av det spørsmål jeg skal utforske (Thagaard, 2009).

Erfaring er en viktig kilde til kunnskap, og erfaring sees på som noe aktivt (Thagaard, 2009). Filosofen Gadamer beskriver bla. erfaring som en kraft, virkning og en hendelse. Erfaring er noe vi gjør. Det er selve prosessen som finner sted i det vi forstår og utvider vår horisont. Kraften kjenner seg selv igjen når den er i virksomhet En kan ikke gjøre samme erfaring mer enn en gang. Neste gang man forstår noe, er det en ny erfaring som skapes. En kan få en bekreftelse, men erfaringen gjøres ikke på nytt (Gadamer, 2010).

Som metode for å innhente data, har jeg valgt det kvalitative dybdeintervju. Kjennetegn ved dette intervjuet er at det kan få frem fyldige og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin situasjon. Det kan videre gi et godt grunnlag for innsikt i deltakernes erfaringer, følelser og tanker (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008; Thagaard, 2009). Dybdeintervjuet er relevant fordi det har en ustrukturert tilnærming på menneskers tolkning av seg selv, sine omgivelser og erfaringer. Intervjuet har karakter av en uformell

tilnærming og det finns ingen standardliste på spørsmål (Kvale, 2001; Thagaard, 2009). Denne intervjuformen innebærer også å stille seg mest mulig åpen i dialogen samtidig som en må ha noen rammer (Dahlberg et al., 2008). Som intervjuer blir en tatt med på en reise gjennom et møte og en samtale med de mennesker som skal forstås. Via intervjuet og dialogen skal forsker forsøke å forstå verden fra informantens side (Kvale, 2001).

De kvalitative tilnærmingene knyttes til fortolkende teorier som bla. fenomenologi og hermeneutikk (Thagaard, 2009). Denne studien har en hermeneutisk tilnærming i søken etter en dybdeforståelse i forskningsspørsmålet. Hermeneutikk betyr fortolkningskunst og er en metodelære for tolkning av meningsfylte fenomen (Bondevik & Bostad, 2003).

Hermeneutisk tradisjon har en lang historie, men den moderne hermeneutikkens fremste forløpere var M. Heidegger, H-G. Gadamer, og P. Ricoeur (Bengtsson, 2006). Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende. Den sees på som en metode til å forstå, og en filosofi om hva forståelse er. Å arbeide hermeneutisk er å gå tilbake til historien, og målet er å oppnå en gyldig forståelse av meningen i teksten (Thagaard, 2009).

Hermeneutikken fremhever den åndelige siden av mennesket, ikke bare som et kroppslig vesen. Ut fra subjektets væren – i – verden⁸ og tiden argumenterer hermeneutikken med at vi aldri har adgang til tingene selv. De er alltid formidlet av subjektets forankring i en sosial omgivelse, et visst språk og i et historisk perspektiv (Bengtsson, 2006). Det finnes ikke kun en egentlig sannhet (Thagaard, 2009).

Innenfor den hermeneutiske tradisjon finnes det noen sentrale fenomener en som forsker skal være oppmerksom på. Gadamer er grunneleggeren av begrepet *forforståelse*, eller *fordom* (Gadamer, 2010). All forståelse bygger på en forforståelse. Fordommer er en nødvendig forutsetning for å kunne fortolke, forstå og gjøre erfaringer. Vi møter ikke et annet menneske eller en tekst helt ”med blanke ark”. Som menneske har en alltid en

⁸ Væren-i-verden er Heideggers videreføring av Husserls livsverdensbegrep og innehar et grunnleggende ontologisk (læren om det værende, om alles ting vesen og sammenheng) perspektiv og forståelse. Mennesket er et eget værende i verden som påvirkes av det liv som det er forbundet med (Bengtsson, 2006, s. 24).

forståelse for ulike fenomen i og med seg. Forståelsen styrer til en hver tid vår opplevelse av tingenes mening (sannhet). En person som forsøker å forstå, vil alltid gjøre dette ut fra hvilken mening dette til en hver tid har for vedkommende. For at menneske og tekst skal forstås på sine egne premisser må forskeren være disse bevisst (Gadamer, 2010).

Som forsker vil jeg ha min forforståelse med inn i dette studiet. Forforståelsen er basert på etablerte kunnskaper og erfaringer fra min tid som sykepleier og faglærer, men også av teori og forskningsstudier jeg har lest i forbindelse med dette studiet. En god fortolkning er en fortolkning som ”treffer”. Fortolkningens overbevisende kraft vil være knyttet til hvordan fortolkeren (jeg) argumenterer for hvorfor akkurat denne tolkningen er den rette (Thagaard, 2009).

Gadamer tenkte at all menneskelig forståelse finner sted i møte mellom ulike *forståelseshorisonter* (Svenaesus, 2005). En av horisontene tilhører tolkeren. Den andre horisonten tilhører den eller det som skal bli forstått. Som menneske er en alltid i en kontekst og i de ulike horisontene finnes det ulike erfaringer og opplevelse. Forståelseshorisonten skal oppfattes som værende i en konstant bevegelse og under stadig ombygging med forståelsesprosessen. En må sette seg inn i den annens kultur og språk for å få en ”horisontsammensmelting”, som er å møtes i en felles forståelse. Gadamer insisterte på møtets dialogiske form (både med menneske og tekst), en dialogisk hermeneutikk (Svenaesus, 2005).

Som forsker må jeg være observant på min egen forståelseshorisont. En skal samtidig være klar over at forskeren tolker mennesker som allerede har tolket seg selv ut i fra sin virkelighet. Dette kan kalles *dobbel hermeneutikk* (Bondevik & Bostad, 2003; Thagaard, 2009). Den *hermeneutiske spiral* er også et viktig element i fortolkningslæren. Forståelsen av et fenomen består av en bevegelse, en gjensidig tilpasning mellom det vi skal fortolke, vår forforståelse og sammenhengen det skal fortolkes i. Hvordan vi fortolker helheten er avhengig av hvordan vi fortolker delene og omvendt (Gadamer, 2010). Saken som skal forstås er kontinuerlig under påvirkning av fortolkerens forståelse. Kriteriene for at et fenomen er riktig forstått, er at delene føyer seg inn i helheten.

5.2 Valg av deltakere og rekrutteringsprosess

Studien har behov for å fremskaffe empiri fra intensivsykepleiere som også har erfaring som veiledere. Det ble foretatt et strategisk utvalg av deltakere.

”Persons (...) that represent the range of experience on the phenomenon in which we are interested” (Maykut & Morehouse, 1994, s. 57 sitert i Olsen, 2003, s. 133).

Deltakerne ble valgt ut etter følgende kriterier:

- Sykepleiere med videreutdanning i intensivsykepleie.
- Erfaring som veileder for studenter i videreutdanning i intensivsykepleie i minimum 2-3 kull.
- Erfaring i å ivareta den kompleks syke intensivpasienten ved et universitetssykehus i samband med veilederfunksjonen (en – til – en veiledning).

Begrunnelsen for kriteriene var at jeg ønsket informasjon fra deltakere som hadde opparbeidet seg noen års erfaring som intensivsykepleiere, fordi det medførte noe distanse til selv å være helt nyutdannet. Å ha noen års erfaring som veileder vurderte jeg som nyttig og viktig for studien, da det forhåpentligvis medfører at deltakerne har et bredere erfaringsgrunnlag å fortelle fra.

Jeg planla studien med fire deltakere. Antall deltakere var et skjønnsmessig antall basert på mastergradsoppgavens størrelse og omfang. I tillegg ble antallet vurdert dit hen at det ville gi studien vesentlig og tilstrekkelig informasjon, slik at nye innsikter innenfor problemstillingen ville komme frem (Ryen, 2006).

Et universitetssykehus ble først forespurt om tillatelse til å gjennomføre studien (vedlegg 2). Jeg mottok positivt svar fra klinikkdirektøren (vedlegg 3). Etter to rekrutteringsrunder ved dette sykehuset, hadde jeg kun fått tre deltakere. Andre rekrutteringsrunde ved dette sykehuset ble avtalt muntlig med seksjonsleder etter at jeg hadde gjennomført intervju ett. Med bakgrunn i et lavt utvalg ble et nytt universitetssykehus forespurt om tillatelse til å rekruttere to deltakere (vedlegg 4). Positivt svar fra seksjonsleder ved dette sykehuset kom etter kort tid (vedlegg 5). Ved begge sykehusene ble utvelgelsen av deltakere gjort av ledende sykepleiere.

Deltakerne i studien er kvinner i alderen 38 til 54 år. Erfaringer som intensivsykepleiere varierte fra 8 år til 16 år. Samtlige hadde vært veiledere for studenten i videreutdanning ved universitetssykehuset over tre ganger og tilfredsstillende dermed studiens inklusjonskriterier.

5.3 Forberedelser til intervju

En av forberedelsene til intervjuene var å utarbeide intervjuguiden (vedlegg 7). I følge Kvale (2001) er den formen som intervjuer har valgt for gjennomføringen av intervjuet bestemmende for hvordan guiden skal utformes. Intervjuguiden ble relativt åpent utformet. Den ble utformet med tre fokusområder og noen få relaterte stikkord. Utformingen av guiden ble gjort med bakgrunn i metodelitteratur, tidligere forskning og egne refleksjoner. Jeg ønsket en uformell tilnærming under intervjuene, slik at dialogen med den enkelte veileder skulle være sin egen guide gjennom samtalen. I følge Gadamer (2010) er kunsten å spørre og spørre videre slik at noe nytt skal få tre frem i mellom partenes synspunkter. Hensikten med intervjuguidens stikkord var ment som et styreredskap og en påminnelse dersom ikke samtalen av seg selv kom inn på sentrale områder av problemstillingen. Guiden har et inngangsspørsmål og et avrundings spørsmål (Thagaard, 2009). Jeg forberedte meg, både skriftlig og mentalt, med åpne spørsmål. Veilederne får dermed mulighet til å formidle åpent og fyldig tilbake (Thagaard, 2009).

En annen forberedelse var å gjennomføre et prøveintervju med en tidligere kollega. En hensikt var å teste intervjuguiden for å utforske om den gav meg de forventede svar som ville være relevant for å oppnå studiens formål. Etter prøveintervjuet ble noen av stikkordene revidert. Å gjennomføre prøveintervjuet var i tillegg et ledd i en mental forberedelsesprosess samt få litt erfaring med intervjusituasjonen. Intervjuet ble tatt opp på båndopptaker og transkribert i sin helhet. Det var lærerikt å høre seg selv som intervjuer. Lærdommen bestod i hovedsak av å være observant og lyttende til deltakeren samt forsøke følge opp med gode spørsmål. En god og lyttende væremåte fra meg ville kunne vise deltakerne min interesse og oppmerksomhet i vårt møte. I følge Thagaard (2009) kan det mest vellykkede intervjuet karakteriseres med at intervjueren viser et oppriktig og ekte engasjement.

Jeg reflekterte over og forsøkte å forberede meg på å ha en positiv atmosfære i intervjusituasjonene. En atmosfære som skulle være preget av en trygg og tillitsfull relasjon, selv om deltaker og intervjuer ikke kjente hverandre. Mitt mål var å skape kontakt som gjorde det mulig å fortelle fra egne erfaringer. Det er intervjuers ansvar å skape denne kontakten i intervjusituasjonen (Dalhberg, et al., 2008;Kvale, 2001).

Det å møte en annen i intervju byr på en etisk utfordring hvor intervjuer må handle til den annens beste og ikke misbruke situasjonen. Det var også viktig å reflektere over ”varsomheten” og mitt ansvar for å balansere målet mellom å fremskaffe deltakers beskrivelser og en integritetsovertredelse. Setter en seg utenfor moralen som forsker vil det være en positivistisk⁹ forsker sier Martinsen (1989).

Deltakerne skal ikke risikere noe eller føle seg presset til noe ved å delta i intervjuet. Rent praktisk ordnet jeg selv med rom på sykehusene der intervjuene skulle foregå.

5.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuet er en seriøs scene hvor kunnskap produseres gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson (Kvale, 2001). Intervjuene varte fra 55 minutter til 1 time og 20 minutter. De ble gjennomført over en periode på ti uker. Første intervju ble avholdt fire uker før intervju nummer to og tre. Intervju to og tre ble gjort på samme dag. Intervju nummer fire og fem ble gjennomført på samme dag seks uker etterpå. Tre av deltakerne kom i arbeidstiden og to kom utenfor, alle etter eget ønske. Intervjuene på sykehus ett foregikk et stykke fra intensivavdelingen. På sykehus to foregikk de på et avstengt pasientrom i utkanten av avdelingen.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, noe deltakerne var forberedt på og hadde samtykket til (vedlegg 6). Før båndopptakeren ble slått på tok jeg en kort gjennomgang i forhold til eventuelle spørsmål angående formålet med intervjuet, samtykkeerklæringen og hvordan intervjuet sikkerhetsmessig blir oppbevart (Kvale, 2001). Alle deltakerne formidlet at de hadde forstått hva deltakelsen innebar.

⁹ Positivismen: Med A. Comte (1798-1857) oppstod positivismebegrepet. Positivismen forsøker å forklare tingene utenifra, fra det som er positivt (reelt) gitt oss. Kunnskapen søkers ut fra menneskets ståsted og fra menneskets nytte, ønsker og mål. Da kunne først det industrielle samfunnet realiseres (Bondevik & Bostad, 2003, s. 259-261).

Etter at grunnleggende inforasjon var kartlagt, ble samtlige intervju åpnet med spørsmålet om deltakerne kunne fortelle om en vanlig arbeidsdag i pleien. Spørsmålet skulle være til hjelp slik at både deltaker og intervjuer skulle ”forflytte” seg inn i virkeligheten på pasientenheten. Spørsmål to handlet om hvordan deltakerne praktiserte veiledningen av studenten i kombinasjon med pasientpleien. Jeg forsøkte så å la deltakerne lede oss gjennom samtalen. Oppfølgingsspørsmålene varierte noe i de forskjellige intervjuene. De fleste spørsmålene dreide seg imidlertid om få utdypende beskrivelser av hvordan veilederen praktiserte veiledningen og erfarte veilederfunksjonen. Det er hensiktsmessig å ha oppfølgingsspørsmål for å avdekke nye områder mot fenomenet (Dahlberg et al., 2008).

Jeg valgte å ikke notere under intervjuene. Som uerfaren intervjuer ønsket jeg ikke at deler av min konsentrasjon og oppmerksomhet skulle gå til notatføring. Målet mitt var heller å være oppriktig til stede i intervjuet, skape kontakt og tillit. Dette selv om Thagaard (2009) sier at det rikeste materiale er basert på en kombinasjon av lydbånd og notater. Deltakerne fremstod for meg som både avslappede og trygge. Min opplevelse er at intervjusituasjonene var preget av en god tone og stemning. Samtalene gled godt og tiden gikk fort.

Jeg forsøkte å være bevisst på å formidle et avslappet kroppsspråk med åpent og fokusert ansiktsmimikk. Deltakerne fikk god tid til å tenke og snakke og de var generelt veldig engasjerte og villige til å fortelle. Alle utenom en formidlet at de var veldig opptatt av veiledning og dermed var dette et lett tema å snakke om. De fortalte både de gode og dårlige erfaringer som veiledere, som kan være et tegn på at de opplevde seg trygge i situasjonen. Noen av deltakerne formidlet dessuten et delvis kritisk blikk mot utdanningsinstitusjonene og innholdet i videreutdanningen. Det tolket jeg som et tegn på tillit med tanke på at jeg som faglærer, representerer videreutdanningen i intensivsykepleie.

Før båndopptakeren ble avslått spurte jeg om deltakeren hadde noe å tilføye, noe alle hadde. Jeg spurte samtlige hvordan de opplevde intervjuet. Alle formidlet at de synes det å bli intervjuet hadde vært en grei opplevelse. Noen av deltakerne ytret viktigheten av å gjøre slike undersøkelser og dermed viktigheten av å stille opp til intervju. Etter hvert intervju og etter at deltaker var gått, noterte jeg ned mine spontane refleksjoner. Denne tolkningen, spesielt etter intervju en og to, gjorde at jeg korrigerer et par av

stikkordene på intervjuguiden før neste intervju. I følge Kvale (2001) og hans anbefaling, er det viktig å styrke guiden for å oppnå en større sammenheng mellom problemstillingen og intervjuguiden.

5.5 Forskerrollen og det å forske innenfor eget fagfelt

Ved en kvalitativ studie er nærhet til feltet en viktig forutsetning. Nærheten stiller imidlertid forskeren i en utsatt posisjon. Forskeren må reflektere over og forsøke å inneha en balanse mellom nærhet og distanse til forskningsfeltet og egne tolkninger. Jeg er selv en del av denne studien. Min erfaring og kjennskap til veiledning og intensivsykepleie vil påvirke studien. Jeg er bærer av en forforståelse, fortrolighet og kunnskap om hvordan veiledningen av studenten kan praktiseres og erfares. Min nysgjerrighet og undringer til studiens spørsmål er bakgrunnen for studien.

En balanse mellom nærhet og distanse handler om å dempe seg selv og sin oppfatning, og la andre få uttrykke sine erfaringer, forståelse og kunnskap. Mine egne refleksjoner rundt forforståelse, egen påvirkning i intervjusituasjonene til analyse og tolkning av empirisk data må gjøres eksplisitt for å kunne godkjenne dette studiet som gyldig og ny kunnskap. Forforståelsen eller ”fordommen” kan vurderes både positivt og negativt (Gadamer, 2010). Fordelen vil være at min forforståelse leder meg til ny forståelse. Mine erfaringer kan være ledesnor for å forstå virkeligheten, språket og ordenes betydning som veilederne formidler. Forståelse vil alltid innebære et prinsipp om ”oversettelse” med bakgrunn i forforståelsen til forskeren. Forståelsen kan ikke løsrives fra fortolkerens kontekst. Dette er i den hermeneutiske vitenskapstradisjon (Paulgaard, 1997). En hjelp og en forutsetning for ny forståelse kan være at jeg har innsikt i det hverdagslige på intensivavdelingen. Vi trenger heller ikke bruke tid på å forklare og utdype eksempelvis spesifikk fagterminologi og pasientkompleksitet. En annen fordel er at ”det er mulig å se sine egne erfaringer med andre øyne når man får ny viten” (Paulgaard, 1997, s. 87).

Dersom refleksjonen over egen forforståelse, påvirkning og tolkning gjøres i mindre grad kan jeg bli det som Paulgaard (1997) kaller hjemmeblind. Min forforståelse blir et hinder for å se og tolke både det manifeste og latente i teksten. Jeg kan komme til å konkludere for raskt og blir selv en begrensende faktor for å få frem ny kunnskap fra studiens

deltakere. Det gjelder å fastholde blikket rettet mot saken gjennom alle de villfarelser som underveis alltid angriper fortolkeren, og som stammer fra han selv (Gadamer, 2010).

5.6 Etiske hensyn og overveielser

Studien bygger på erklæringen om etiske prinsipper angående medisinsk og helsefaglig forskning, Helsinkideklarasjonen (Kvale, 2001). For øvrig kan forskerens etiske ansvar i kvalitative studier knyttes til tre hovedprinsipper: Informert samtykke, konfidensialitet og analyse av konsekvenser for å delta i prosjektet (Thagaard, 2009).

Prosjektskissen ble telefonisk lagt frem for Regional etisk komité (REK), men krevde ingen godkjenning med begrunnelse i hensikten med studiet.

Studien ble søkt inn og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, NSD (vedlegg 1). Administrerende ledere ved begge sykehus har gitt skriftlig tillatelse til å gjennomføre studien. Studien baserer seg på frivillighet og informert skriftlig samtykke fra deltakerne. Deltakerne mottok et informasjonsskriv til orientering om studiets hensikt og forespørsel om å delta. Deltakerne er informert om at de på hvilket som helst tidspunkt kan trekke seg og at alt datamateriale vil bli slettet. Jeg har taushetsplikt.

Rekruttantene foretok et utvalg på dobbelt så mange personer enn de som deltar i studiet. Dette medfører at rekruttantene ikke vet hvem som er inkludert i studiet. Etter at de skriftlige samtykkeerklæringene var mottatt tok jeg direkte kontakt med deltakerne pr. telefon. Deltakerne ble også orientert om at de kunne ta kontakt med meg etter intervjuet dersom de hadde behov.

Intervjuene har foregått på en diskret måte uten innblanding av andre enn intervjuer og den enkelte deltaker. Min opplevelse er at intervjuene foregikk i en trygg og tillitsfull ramme, der deltakernes integritetsgrense ble ivaretatt. Universitetssykehus og avdelinger er anonymisert i datamaterialet og mastergradsoppgaven som helhet. Deltakerne er aidentifisert ved å tildele dem fiktive navn der direkte sitat benyttes. Det er kun benyttet sitat som er relevant for å belyse og besvare aspekter i forhold til studiets spørsmål og formål. Spesielle ord og uttrykk som kan medføre at sykehus og deltakere kan spores er fjernet fra sitatene. Det kan ikke utelukkes at den enkelte deltaker kan kjenne seg igjen i

teksten. Studiets tema, problemstilling og sentrale perspektiver er ikke endret i forhold til det som deltakerne var informert om og samtykket til. Lydfiler og det skrevne kodete datamaterialet har vært oppbevart forsvarlig og etter retningslinjer for informasjonssikkerhet godkjent fra NSD. Det er kun jeg som har hatt tilgang til konfidensielle opplysninger. Alt av konfidensielt materiale makuleres når mastergradsoppgaven er godkjent.

5.7 *Analyse*

5.7.1 Klargjøring av datamaterialet til analyse

Jeg foretok selv transkripsjonene av intervjuene og de ble foretatt direkte etter hvert intervju. Alle ord, prober (hm, ja), latter og stillhet ble registrert. Tale ble til tekst, skrevet ut i bokmål. For å skille deltaker og intervjuer, transkriberte jeg deltakernes tale med svart farge og min egen med rød. Kvale (2001) sier det ikke finnes noen faste retningslinjer for transkripsjonen, men en må følge konsekvente valg under prosessen. Jeg nummererte intervjuene med tallene 1 – 5. Alle egennavn, sykehusnavn og avdelingsnavn er utelatt i det transkriberte materiale slik at deltakere og sykehus ikke kan identifiseres. Transkriberingen var tidkrevende, men samtidig lærerikt og givende. Transkriberingene ble avsluttet med å gjennomlytte hele intervjuet, for å kvalitetssjekke at alt var nøyaktig nedskrevet. Datamaterialet er på 91 A4 sider.

5.8 *Analyseprosessen*

Analyseprosessen er en krevende og spennende fase i forskningsarbeidet. I denne delen skal en bruke tid, krefter, spontanitet og kreativitet. Analyse er å dele noe opp i biter eller elementer, og intervjuanalysen ligger et sted mellom det deltakerne forteller til forskeren og det forskeren presenterer til sitt publikum (Kvale, 2001).

Utenom at forskeren bruker sin spontanitet og kreativitet, finnes det ulike analyseformer innen kvalitativ analyse (Coffey & Atkinson, 1996;Kvale, 2001). Fellesnevneren er at gjennom analysen foregår en type kondensering og reduksjon av det totale datamateriale. En forminsker og fortetter uten å miste det sentrale og meningsfulle på veien fra

deltakernes beskrivelser. En søker etter en dypere forståelse (Kvale, 2001). Det er ikke et skarpt skille mellom datainnsamling, transkribering og analyse ved kvalitativ forskningsmetode. Det er en gjennomgående prosess (Coffey & Atkinson, 1996). Av dette kan en utlede at analysen starter før en konkret kommer til denne fasen i forskningen. Denne erfaringen har jeg også gjort meg gjennom prosessen. Mine tolkninger om hva studiets problemstilling kunne avdekke av funn, pågikk over lang tid. Jeg undret meg både i og utenfor det konkrete arbeidet med oppgaven.

Analyseteknikkene anses som et verktøy (Kvale, 2001). Det er et redskap for forskeren for å oppnå formålet med studiet. I tillegg er det og viktig å være presis og ha en systematikk for å gi studien en gyldighet, slik at den kan føyes inn i rekkene som ny kunnskap.

I analysen er jeg inspirert av Graneheim og Lundman (2004) sin måte å beskrive innholdsanalyse på. Den går ut på å kondensere dataene over flere ledd uten å miste essensen av materialet på veien. Datamaterialet kodes og kategoriseres. Graneheim og Lundman (2004) fremhever at virkeligheten og realiteten kan fortolkes på forskjellige måter og forståelsen er avhengig av en subjektiv fortolkning. Tolkning kan aldri være objektiv (Polit & Beck, 2008). En grunnleggende prinsipp i analysen er å velge om analysen skal fokusere på den åpenbare (manifeste) eller skjulte (latente) meningen. Dette handler om dybden på tolkningen og grad av abstrahering (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Datamateriale som er inkludert i analysen ble satt opp i systematiske matriser med kolonner for *meningsenheter*, *kondenserte meningsenheter*, *kode*, *kategorier* og *hovedtema* (Graneheim & Lundman, 2004).

I analysen har jeg gjennomført følgende:

1. Hvert intervju ble naivt lest gjennom flere ganger. Ord, setninger og tolkning ble notert i marginen. Noe av teksten ble her forkastet med begrunnelse i manglende relevans i forhold til studiens spørsmål og formål. Etter hvert behandlet jeg alle intervjuene som en tekst for å skaffe meg en total oversikt over materialet, slik Graneheim og Lundman (2004) anbefaler.
2. Kobling. Ord og setninger som lignet på hverandre og hadde et felles innhold ble koblet sammen til *meningsenheter*.
3. Neste ledd var å kondensere meningsenhetene. Her forminsket jeg meningsenhetene, men beholdt essensen i teksten. Jeg kalte de *kondenserte*

meningsenheter. 4. De kondenserte meningsenhetene ble så abstrahert og kalt *kode*, også forstått i relasjon til teksten. 5. De ulike kodene ble sammenlignet med bakgrunn i ulikheter og likheter og lagt i *kategorier* (manifest innhold). 6. *Hovedtema* fremstod (latent innhold). Gjennom analysen fremstod fire hovedtema.

Det ble viktig å arbeide tett opptil teksten, men samtidig forsøke å holde distanse slik at jeg ikke gikk glipp av deltakernes forståelse og perspektiv. Målet var at tekstmaterialet skulle fremstå som et eget autonomt grunnlag for analyse. Å ivareta dette gjennom analysen er også et etisk hensyn og prinsipp i forskningen.

I følge Gadamer (2010) handler det om å skille mellom de fordommer som skaper forståelse og de som skaper misforståelse. Fordommene skal ikke få enerett og en må være villig til å suspendere deres gyldighet. Dermed blir det i denne fasen viktig at ikke forskeren drar for raske slutninger, heller ikke tvinger noe inn i bestemte kategorier. Det ble en kontinuerlig utfordring å forsøke å legge virkeligheten fra seg og ikke bli for ”hjemmeblind”. For å forsøke å unngå dette gikk jeg inn i analysen med et øye for hva veilederen formidlet angående veiledningen av studenten. Studiens spørsmål fungerer som et naturlig seleksjonsprinsipp. Den avgjør hva som er relevant, vesentlig og interessant å løfte frem (Kvale, 2001; Svenaeus, 2005). Jeg konsentrerte meg om å holde fast på deltakernes rene utsagn i forhold til dette. Hva beskriver deltakerne? Hva blir synlig?

Det er en fare for å miste meningen fra veiledernes perspektiv og helheten i materialet med en slik kondensering og abstrahering av setninger, utsagn og ord. Det er da viktig at delene studeres og forstås i forhold til den helheten de er en del av (Thagaard, 2009).

Analyseprosessen ble en tolkningsprosess der jeg beveget meg mellom deler i form av utsagn fra hvert intervju og tekstmaterialet som helhet. Ulikheter, likheter og dette sett i sammenheng ble nøye studert. Jeg beveget meg også i tekstmaterialet mellom både å holde en distanse og en nærhet i form av noe i gjenkjennbart. Kvale (2001) anbefaler å ha en kritisk forståelse basert på sunn fornuft og noe som er representativt for det allmenne publikum. Med tiden til hjelp ble helhetsforståelsen av det empiriske materiale til ved praktisk bruk og troskap med den hermeneutiske sirkel.

Som et ledd i å motvirke og miste essensiell mening samt at funnene skal bli troverdige, er fremstillingen av datamateriale gjort med originale sitat samt sammendrag fra de ulike deltakernes beskrivelser. En annen mulighet hadde her vært at deltakerne selv hadde fått lest gjennom funnene. Det er ikke gjort i denne studien. En tredje mulighet er å søke kvalitetssjekk hos forskere. Dette er imidlertid omdiskutert i følge Graneheim og Lundman (2004), som spør seg om det da vil være en subjektiv tolkning. Min veileder på mastergradsoppgaven har bidratt med å lese ett intervju samt veiledning under studieprosessen.

5.9 Refleksjoner over metode

En mulig bakgrunn for at det var utfordrende å rekruttere alle deltakerne fra sykehus ett var at det i informasjonsskrivet stod at intervjuet ville foregå utenfor arbeidstiden. Tanken bak formuleringen var å ivareta anonymiteten til deltakerne samt at de skulle slippe å ordne seg fri fra vakt. Til deltakerne ved sykehus to omformulerte jeg til ”vi avtaler tidspunkt for intervjuet”, slik at deltakerne selv kunne velge.

I intervjusituasjonen opplevdes det noe krevende å holde en konsentrasjon og oppmerksomhet i samtalen og samtidig ha en viss kontroll på samtalens prosess. Målet med intervjuene var å ha en dialog relatert til studiets tema og problemstilling. I intervju nummer to spurte jeg meg noe ut av kjernen. En periode i intervjuet fokuserte jeg heller på et nytt medisinsk teknisk utstyr som deltakeren fortalte om. Novisen som forsker kom frem i meg, men ”avsporingen” ble viktig lærdom før neste intervju. Ved de siste intervjuene kjente jeg på en bedre kontroll over fokusområder og oppfølgingsspørsmål slik at muligheten for å utforske problemstillingen ble større. Generelt hadde jeg flest åpne spørsmål, noe som jeg anser som positivt.

Ved transkriberingen fikk jeg bekreftet at jeg ved et par anledninger uttrykte meg uklart. Det medførte at deltakeren ikke oppfattet mitt spørsmål. Dette kan være et utslag av mangel på intervjuerfaring og usikkerheten på det videre forløp i intervjusituasjonen. Det kan også handle om at forsker og deltaker har samme utdanning og yrkesbakgrunn. En

felles forståelse og en ”konklusjon” kan komme for raskt i intervjusituasjonen. En lar seg ikke være i ro i dialogen og undringen, men går for raskt frem.

Et av faremomentene og skepsisen til kvalitative intervju er ”meaning – making – practices”, der meningen kan konstrueres gjennom en interaksjon mellom forsker og informant. Det blir en slags kommunikativ tråd mellom to subjekter (Holstein & Gubrium, 1995 sitert i Olsen, 2003, s.127). Dette er ”bias” som er viktig å være klar over gjennom hele forskningsprosessen og som kan påvirke studiens gyldighet. I de to første intervjuene har jeg ved et par anledninger egne verbale undringer relatert til problemstillingen. Faren ved dette er at jeg som intervjuer og studiens forfatter er med på å formulere oppfatninger til deltakerne gjennom min forforståelse (Kvale, 2001). De aktuelle utsagnene fra deltakerne er utelatt i fremstillingen av empirien.

En annen metodisk mulighet jeg kunne benyttet hadde vært å kombinere datainnsamlingsmetoden med å gjøre feltobservasjon. Å være i feltet å gjøre egne observasjoner og notater av den praktiske utøvelsen av veiledningen, kunne vært berikende for studiet. Empirien hadde da vært fremskaffet ved å *være* i berøring med veilederne og veiledningen istedenfor å kun få beskrivelser av veiledernes praksis. En fordel med å gjøre datainnsamlingen via intervju er muligens at deltakerne får tid til å reflektere og fortelle frem sine beskrivelser og erfaringer.

Analysefasen ble en krevende prosess. Som forsker i eget fagfelt ble nærheten og forforståelsen en analytisk utfordring. Nærheten til både veiledere, studenter og pasienter ble i starten en begrensende faktor for egen åpenhet til å forstå hva deltakerne faktisk og reelt beskriver. Av denne grunn tok det lang tid for tolkningen ”traff”. I tillegg var det en utfordring gjennom analysen at utsagnene var mange, kunne tolkes på ulike måter og hang tett sammen. I følge Paulgaard (1997) er det ikke alltid så lett å se sine begrensninger. Et positivt tegn er muligens at jeg gjennom denne studien både har fått bekreftet antagelser, men også sett og erkjent ny kunnskap innenfor veiledning av studenter på intensivavdelingen.

5.10 Studiets bekreftbarhet, troverdighet og overførbarhet

Tradisjonelt innen samfunnsvitenskap og kvalitative innholdsanalyser har reliabilitet, validitet og generaliserbarhet stått sentralt som kvalitetsmål (Kvale, 2001). I følge Kvale (2001) er begrepene omdiskutert og har andre språkuttrykk. Jeg velger å bruke begrepene bekreftbarhet, troverdighet og overførbarhet som i følge Thagaard (2009) kan erstatte de overnevnte begrep.

Bekreftbarhet handler om redegjørelse for egen forforståelse, hvordan tolkningen av dataene er fremkommet og det å se problemstilling, teori, metode og analyse som en helhet. Det innebærer å være kritisk til egne tolkninger, kvaliteten på tolkningene og at resultatet kan bekreftes av annen forskning (Thagaard, 2009).

En av måtene å sikre bekreftbarheten i denne studien er redegjørelsen jeg har gjort for egen forforståelse, opparbeidet gjennom klinisk praksis, teori og forskningsstudier som jeg har lest. En utfordring i tolkningen av det empiriske materialet var at flere av kodene kunne tolkes som overlappende innenfor et par kategorier. Det ble da viktig å gå tilbake til det transkriberte materialet for å se på hvilke spørsmål som ble stilt og tema som ble samtalt om for så å kategorisere i en mer forstående symbiose. Noe av datamaterialet er også utelatt med bakgrunn i at det har manglende relevans for studiens problemstilling og formål. Jeg har i tillegg utelatt svar fra deltakerne der jeg synes jeg som intervjuer ble for ledende i min spørsmålsstilling. I forhold til bekreftbarheten er det viktig i hvilken grad funnene reflekterer studiens formål. En god sammenheng mellom problemstilling, metode, analyse og diskusjon er også viktig for å belyse dette (Graneheim & Lundman, 2004).

Spørsmålet er om jeg har klart å nedfelle den naturlige sammenhengen, slik at kvalitetsmålene oppnås. En bekreftelse for dette kan være at intervjuguiden er utformet i relatert til problemstilling og formål med studiet. Den er også testet i prøveintervju før de originale intervjuene samt revidert og styrket underveis i intervjuprosessen. En annen faktor er at flere funn i analysen er å finne igjen i relevante forskningsstudier.

For å forsøke å skille på intervjuers og deltakers "forståelseshorisonter" la jeg gjennom intervjuprosessen inn spørsmål for oppklaring og bekreftelse på om jeg hadde forstått deltakerne riktig. Spørsmål som; "*Kan du utdype det?*", "*Fortell mer om det!*", "*Forstår*

jeg deg riktig når, ” Slik jeg forstår deg, så..?”. Dette er et ledd i å oppnå en felles forståelse mellom forsker og deltaker (Graneheim & Lundman, 2004).

Troverdighet oppnås blant annet ved å følge de forskningsetiske hensyn, være ærlig, ryddig og detaljert i metode og analysearbeidet. Troverdigheten baserer seg på om forskningen har vært utført på en tillitsvekkende måte og om forskeren argumenterer for hvordan dataene har blitt utviklet, slik at forskningen er pålitelig. Troverdighet er å regne som et verdigrunnlag i forskningen og handler om gyldigheten i studien (Thagaard, 2009).

Forhåpentligvis har studien fanget opp noe fra virkeligheten. En rikholdig sitatføring fra veilederne skal være et bidrag for å gi studiet dets troverdighet og legitimitet. Det er viktig at funnene er pålitelig og at leseren kan gå den samme ”stien” som meg gjennom analysen og fremstillingen av studiens funn. Pålitelighet er grunnleggende for studiets gyldighet. En annen faktor og noe som Graneheim og Lundman (2004) henviser til er at en variasjon blant deltakerne kan være med å sikre studiens troverdighet. Det at jeg har inkludert deltakere fra to forskjellige universitetssykehus kan forhåpentligvis ha betydning her. En annen faktor som kan styrke studien pålitelighet er at jeg har forsøkt skille mellom hva som er studiens funn og hva som er min tolkning av dem.

Studien har fulgt de forskningsetiske regler og hensyn som også er et bidrag til å oppnå tillit og troverdighet i studien. I analysen har jeg arbeidet i tråd med den hermeneutiske tradisjon og sirkel for å sikre meg at både naiv og strukturert lesning av datamaterialet er sjekket og tolket flere ganger.

Overførbarhet knyttes til om den nye kunnskapen kan være relevant for andre i lignende situasjoner og sammenhenger. Det er knyttet til i gjenkjennelse. Argumentasjonen for overførbarheten er også viktig (Thagaard, 2009).

Forhåpentligvis vil studien være interessant og relevant for andre som arbeider med klinisk veiledning av studenter. Overførbarheten er ikke statistisk generaliserbar, men studien kan vise innsikt i veiledningen praksis og erfaringer slik at den er overførbar til flere.

6-9 Presentasjon av funn, tolkning og drøfting

I de påfølgende fire kapitlene presenteres studiens funn samt tolkning og drøfting av dem. Gjennom analysen fremstod fire hovedtemaer. Presentasjonen har i tillegg undertemaer (kategorier i analysen). Tolkning og drøfting av funn gjøres etter hvert undertema. Her trekkes tidligere forskning og litteratur inn og drøftes opp mot det empiriske materialet. Hovedtemaene er:

- Grunnleggende faktorer som har betydning for hvordan veiledningen praktiseres
- Hvordan veiledningen praktiseres når den lar seg godt flette inn i sykepleien
- Hvordan veiledningen praktiseres når noe på veiledningsarenaen blir særskilt utfordrende
- Veilederfunksjonen er både givende og krevende

I studien har veilederne fått tildelt fiktive navn; Iben, Janne, Guri, Hanne og Frida.

6 Grunnleggende faktorer som har betydning for hvordan veiledning praktiseres

Studien viser at veiledningen må prøve å flettes inn med sykepleien som utføres til pasienten. Pasientens tilstand, studentens væremåte og veileders egen trygghet i pasientsituasjonen er faktorer som har betydning for hvordan veiledningen praktiseres.

6.1 Å flette veiledningen inn i hverdagen og samarbeide med studenten

Veilederne formidler at veiledningen må forsøkes å flettes inn sammen med sykepleien som gis til pasienten og ved et samarbeid med studenten. Dette er nødvendig pga. pasientens tilstand, men føles også mer naturlig og hensiktsmessig da veiledningen kan foregå samtidig som sykepleien utøves. Veiledningen praktiseres da med ulike metoder gjennom de reelle sykepleieroppgavene som pasienten og hverdagen fordrer gjennom hele vekten.

”Du må prøve å flette det inn i hverdagen. Det er kjekt når man på en måte jobber sammen. Da kan du veilede underveis i prosessen, rett og slett” (Frida).

”Veiledningen er jo hele veien. Både det praktiske, sånn lærer–svenn og det å gi tilbakemeldinger på hvordan håndlaget er” (Janne).

6.1.1 Tolkning og drøfting

Min forståelse av studiens funn er at å være veileder handler om å flette sammen to praktiske fag, veiledningsfaget og sykepleiefaget. Ved å flette sammen fagene og legge opp til et samarbeid med studenten blir studenten en aktiv deltaker i staben rundt pasienten. Denne forståelsen kan tolkes i samsvar med funn i forskningsstudier (Fredriksen & Svensson, 2009; Kvangarsnes et al., 2010), der det fremkommer at et av målene for veileder er å plassere studenten i situasjonen slik at studenten selv kan erfare hva selve situasjonen innebærer samt føle på eget ansvar. Studenten tildeles en hjelperolle i pleien av pasienten

At veileder praktiserer veiledning og sykepleie i ett gjennom arbeidsdagen og dermed har to fagfunksjoner som skal utøves, kan også sees i relasjon til studien av Wilkes (2006). Studien viser at veiledere kan identifisere tre ”selver” i seg i en slags ”mutasjon”. Det er veilederen som person, profesjonell yrkesutøver og lærer. Videre kan ”mutasjonen” blant annet by på utfordringer og være med på å gjøre veilederne ukomfortable i profesjonelle situasjoner de står i. I følge Lauvås og Handal (2000) er veiledningsfaget et pedagogisk fag og skal være profesjonelt og betydningsfullt i studentens læring og utvikling. Ut fra funnene i min studie samt overnevnte forskning fremstår det tydelig at veiledningen av studenten er å forstå som en egen virksomhet som veileder skal håndtere og praktisere samtidig med sykepleieutøvelsen. Veiledning kan dermed også forstås som en egen praktisk kunnskap som også skal utøves. Veileders oppdrag og utfordring kan da bli sammensatt i den forstand at det handler om hvordan hun praktiserer veiledningen slik at hun ivaretar ”mutasjonen” mellom sykepleie og veiledning.

6.2 Pasientens tilstand har betydning for hvordan veiledningen praktiseres

Ved spørsmål om hvordan veiledningen praktiseres, trekker samtlige veiledere frem at det beror på pasientens sykdoms- og behandlingskompleksitet. I samtalen med veilederne snakket de mye om pasienten og hans medisinske tilstand. Pasienten som er funksjonsmessig stabil, sedert når han ligger i respirator, trekkes frem som den ”enkleste” pasienten å ha ansvaret for når de samtidig skal veilede. Deres begrunnelser er at den sederte og stabile pasienten frigir mer *tid* og dermed mer *rom* til veiledningen. Bedre tid og rom gir veileder muligheten til å planlegge både sykepleien og veiledningen bedre i forhold til vaktens program.

Dersom pasienten er funksjonsmessig ustabil og delvis våken, fordrer han mer oppmerksomhet, tid og praktiske ressurser fra veileder. Veiledningen må dermed praktiseres delvis på en annen måte. En av veilederne eksemplifiserer dette med pasienten som er i bedring der sederingen er redusert eller stoppet. Pasienten vil dermed våkne gradvis opp, kan bli stresset og urolig og trenger da mer direkte kontakt med veileder. Veilederne fortalte at flere pasienter enn tidligere behandles nå i et ”lettere” bevissthetsnivå.

”Den enkleste pasienten jeg har er den sederte og stabile pasienten tilkoblet respirator. Da kan jeg legge en plan for dagen og styre det langt bedre enn når jeg har en ustabil eller våken pasient på respirator” (Iben).

6.2.1 Tolkning og drøfting

Funnene tyder på at det kan være en sammenheng mellom pasientens grad av sykdoms- og/eller våkenhetstilstand, hvor ressurskrevende pasienten er og hvordan veiledningen praktiseres. At pasientens tilstand og hva den krever av veilederen i forhold til tid og praktiske handlinger som igjen vil påvirke hvordan veiledningen praktiseres, sees også i forskningen. I følge studier fremkommer det at jo sykere pasienten er, jo mer fremtredende er veileder i den direkte pasientpleien (Kvangarsnes et al., 2010; Omansky, 2010). I

Omanskys studie (2010) fremheves det at det mest tilfredsstillende veilednings- og læringsmiljø er det miljø der pasienten ikke krever alt av tid og ressurser.

Min forståelse av veiledernes formidlinger i frigivelse av mer *tid* og dermed *rom* til veiledning, handler om et ”rom” i en annen dimensjon. I følge Martinsen (2005) kan *rom* forstås på flere måter. På denne studiens veiledningsarena, der veiledning og sykepleie skal flettes sammen, kan *rommet* forstås som en *naturlig mulighet* for veileder til også å rette oppmerksomheten inn i veiledningen av studenten. Veileder får en slags konsentrasjonsmessig og praktisk mulighet til å fokusere på studenten og veiledningen, samtidig med at pasienten fordrer hennes årvåkenhet og konkrete praktiske handlinger. Å si det nærmere med Martinsen (2005) så handler det om en frigivelse av mer *rom*, der en kan være i øyeblikket som er rommelige og kan sees som et mentalt frirom. Veilederen kan holde på med noe i pasientpleien, samtidig som hun også er i veiledningen uten å gå ut av det hun holder på med (Martinsen, 2005).

6.3 Studentens væremåte har betydning for hvordan veiledningen praktiseres

Samtlige veiledere formidler at hvordan veiledningen praktiseres også påvirkes av hvilken ”type” student de har. På spørsmål hva de legger i ”type” student fremheves studenten som tar ansvar for egen læring som har positivt innvirkning på veiledningen. Veilederne formidler at ansvar for egen læring handler om å være ansvarsbevisst. Studenten må være interessert og engasjert i sin egen fagutvikling. Han må ha gode samarbeidsevner. Motivasjon og aktivitet i forhold til å gripe læringsmuligheter er viktig. Veilederne formidler at dette er klare forventninger de har til studenten. Noen veiledere ser på motivasjonen for læring som en selvfølge med bakgrunn i at studenten frivillig har startet på studiet. Noen av veilederne nevner at studenten er utdannet sykepleier og dermed bør mestre noe av den generelle praktiske kunnskapen i sykepleien. Det nevnes eksempler som å sette medikamenter intravenøst og håndtere en sentral venøs kanyle.

”Han må ta ansvar for egen læring. At det går å legge opp et løp. At de kan samarbeide(...). Studenten må være interessert i å skaffe seg kunnskap, være villig til å lære(...). Når de er begynt på videreutdanningen så forventer jeg at de er motiverte for å lære. At de tar ansvaret selv når jeg er villig til å hjelpe dem. Jeg forventer at de tar den muligheten, men det er mitt ansvar å rettled dem” (Hanne).

Et annet sentralt anliggende som trekkes frem fra veilederne er viktigheten av at veileder kjenner seg trygg på studenten. Hun må vite hva ”han står for”. Veilederne formidler at tryggheten handler om at studenten ikke utfører noe han ikke forstår og mestrer. Studenten må være ærlig samt si fra dersom han trenger hjelp. Han må kjenne sine faglige begrensinger og ikke gå ut over eget kompetanseområde. Veilederne formidler at egen trygghet handler om tilliten mellom veileder og student. Tilliten er grunnleggende for hvordan veiledningen praktiseres. I følge veilederne handler tryggheten og tilliten i forhold til studenten om sikkerheten for pasienten.

”De må ikke starte opp med en prosedyre eller noe, som jeg ser at de egentlig ikke gjør helt riktig. At de ikke prøver å sette i gang med noe, for da blir jeg utrygg på dem. At de starter forsiktig”(Janne).

”Jeg må kunne stole på studenten min. Tilliten må være tilstede fordi det går på pasientsikkerhet. Du skal være trygg på at studenten ikke gjør noe han ikke kan”(Hanne).

6.3.1 Tolkning og drøfting

Studien viser at studentens væremåte har betydning for hvordan veiledningen praktiseres. At veiledere har forventninger om en ansvarsbevisst og engasjert student fremkommer også i forskningsstudier (Löfmark et al., 2009;Kvangarsnes et al., 2008;Kvangarsnes et al., 2010;Wangen et al., 2010). Disse studiene viser at veilederne forventer at studenten skal ta ansvar for egen læring, være motiverte og målbevisste på hva de skal lære. I studien til Moseley og Davies (2007) fremkom det at 88% av veilederne formidlet at den motiverte studenten var viktig for dem og det var en glede å være veileder for denne studenten. At veilederne møter studenten med forventninger om å ta ansvar for egen læring, kan forstås dit hen at veilederne anerkjenner og respekterer studenten som fagperson og student (Tveiten, 2008). Studenten er ingen ufaglært, men en sykepleier med kunnskaper og kompetanse. I tillegg har studenten erfaring med å være student fra tidligere. Å anerkjenne ved å stille forventninger kan være et ledd i dannelsen av studenten slik at han blir i stand til å fungere i en kompleks praksis. I følge Martinsen (1993) er betingelsen for at utdannelsen skal føre til dannelse er at det faglige har et feste i dagligverden. Dette kan videre sees i sammenheng med at veiledningen skal være i samsvar med de

kvalitetsmessige krav yrket krever (Lauvås & Handal, 2000). Forventninger fra veileder kan være et ledd i studentens utvikling til å bli i stand til å arbeide som en kompetent og profesjonell intensivsykepleier, slik at han ved studiens ende mestrer å ta selvstendig ansvar for intensivpasienten. Det handler også om å lære studenten hvor de faglige begrensinger går. En veileder som forventer kvaliteter som ansvarlighet kan være med på å styrke studenten i egen selvtillit og gi han identitet i faget. I følge Heggen (2008) kan profesjonell identitet sees på som en mer eller mindre bevisst oppfatning av en selv som yrkesutøver hva gjelder typer egenskaper, verdier, ferdigheter og kunnskaper som konstituerer en god yrkesutøver. En anerkjennende væremåte fra veileder kan bidra til at studenten lettere erkjenner sine styrker og svakheter i læreprosessen.

Studiens funn viser at veileder må kjenne seg trygg på samt ha tillit til studenten. Som veileder må hun vite og se hva studenten forstå og mestrer av kunnskap. Forskning viser at en tillitsfull veileder – student relasjon er grunnleggende i veiledningen (Benner, Sutphen, Leonard & Day, 2010;Wangen et al., 2010).

I følge Martinsen (2005) er tillit en livsytring, en grunnleggende og viktig verdi i en hver relasjon. Tilliten er bærende, etisk og et interaktivt fenomen. Slik jeg tolker veiledernes formidlinger trer tilliten fra veileder frem gjennom studentens tilnærming og utførelse av den praktiske sykepleien. Martinsen (2005) sier at livsytringene ikke er et resultat av menneskelig ytelse og krever ingen begrunnelse. Hvordan skal en tolke denne studiens funn ut fra Martinsens tenkning? Etter mitt skjønn handler ikke veileders behov for å følge med på studentens praktiske tilnærming og ferdigheter at hun ikke gir tillit til studenten. Å forstå med Martinsen (2005), handler heller om at tilliten må fullbyrdes i konkrete situasjoner og viser seg gjennom handling. ”Det er våre handlinger som krever begrunnelse eller overveielser, ikke livsytringene” (Martinsen, 2005, s.138).

Ved at veiledningens praksis baseres på en tillit gjennom at studenten må vise kunnskap, så ivaretar veileder også grunnleggende etiske og kvalitetsmessige verdier i veiledningen (Lauvås & Handal, 2000;Tveiten, 2008).

6.4 *Veileders egen trygghet i pasientsituasjonen har betydning for hvordan veiledningen praktiseres*

Studiens deltakere er erfarne intensivsykepleiere. De forteller om kompliserte pasientsituasjoner som fordrer mye kunnskaper og tid av dem. Flere veiledere poengterer viktigheten av at veileder selv føler trygghet i pasientsituasjonen. Tryggheten handler om å vite at de behersker den aktuelle situasjonen ved å skaffe seg oversikt og innsikt i pasientens medisinske tilstand og behandling. I tillegg er det viktig å være våkne for hva som eventuelt kan ligge under negativ utvikling i pasientens organsvikt. Veilederne sier egen trygghet blir en faktor som veier positivt for å veilede studenten fordi de da klarer å ha mer fokus på veiledningen. Å ha ansvaret for samme pasient over flere vakter kan være en fordel når de veileder studenter. Veileder får da godt kjennskap til pasienten og hun trenger mindre tid til å etablere et overblikk.

Veilederne forteller at hverdagen kan arte seg slik at de også skifter pasient ofte. Enkelte pasientgrupper kan de ha sjeldnere ansvar for enn andre. Dette kan medføre at de noen ganger bruker ekstra tid på å sette seg inn i pasientens tilstand. I tillegg forteller flere veiledere at studenten ofte ønsker å pleie pasienter som er i en kritisk og uavklart fase av intensivoppholdet. Dette fordi studentene anses dette for vanskelige og sammensatte læresituasjoner.

”Hvis jeg har pasienten over flere vakter, så blir jeg kanskje mer trygg på min rolle, eller, ja, hva som blir riktig å gjøre i en hver situasjon.(...).Vi må jo være våkne hele tiden(...).Det er så mange ting jeg skal huske. Det er om å få ting unnagjort, dersom vi blir overrasket. Vi blir jo overraska noe ganger” (Janne).

Flere veiledere forteller at erfaringen som intensivsykepleier betyr mye for hvor raskt de skaffer seg et oversiktbilde av pasienten og dermed kjenner egen trygghet i situasjonen.

”Når du føler deg trygg i situasjonen kan du la ting utvikle seg. Det har hjulpet meg mye opp gjennom årene. En trygghet til å gå inn i veiledningssituasjonen og la det være mer styrende, mer enn at du må styre alt selv” (Iben).

6.4.1 Tolkning og drøfting

At veileder må kjenne egen trygghet i pasientsituasjonen som en grunnleggende faktor for hvordan veiledningen praktiseres, fremkommer også i forskningen til Kvangarsnes et al. (2010). De finner at dersom ikke veileder er 100 % trygg på det aktuelle i pasientsituasjonen, slipper ikke studenten til for å prøve seg i feltet. Ut fra mine funn samt overnevnte forskning kan veilederens behov for trygghet forstås i relasjon til *å mestre* det som fordres av henne som sykepleier overfor pasienten. Det er det primære for veilederen.

I følge Martinsen (1993) handler mestring om å være i stand til å anvende skjønn. Det handler om at praktiseren (veilederen) justerer fagkunnskapen og erfaringen til den enkelte konkrete situasjonen. Hun benytter allerede eksisterende kunnskaper sammen med det den aktuelle situasjonen krever. Veilederen gjør dette ved å analysere og overveie handlingsalternativer for hensiktsmessige handlinger (Martinsen, 1993).

Veilederne formidler at erfaringen som intensivsykepleier er et gode for å kjenne trygghet i pasientsituasjonen. Veileder har behov for om å opparbeide seg et total bilde og en slags fortrolighet over de mulige endringer pasientens tilstand kan ta. Når dette er etablert inkluderer det å vite egen disponibel handlingsberedskap. Det handler om *”å vite hva som blir riktig å gjøre i en hver situasjon”*, som veilederen Janne formidlet. Dette kan forstås nærmere med Gadamer (2010) og erfaringen i kroppen som den *”lagrede kraften”*. Via den *”lagrede kraften”* har veileder en *”rik”* erfaringskunnskap som medfører at pasienten og situasjonen kan være bevegelig, uten at det går ut over pasientens velbefinnende og sikkerhet.

Det kan forstås slik at den erfarne veilederen har en faglig forsvarlig kunnskapsramme *”der du kan la ting få utvikle seg”* som veilederen Iben formidlet. Martinsen kaller dette å se situasjonen med et blick (Martinsen, 2005), og denne evnen har en positiv betydning når veiledning av studenten skal flettes inn i sykepleien.

På en annen side kan en undre seg over hvorfor erfarne intensivsykepleiere må bruke tid på å etablere et oversiktsbilde av det som kreves av dem i pasientsituasjonen. Studiens funn avdekker da muligens en forståelse for og et bilde av kompleksiteten i intensivpasients

tilstand og behandling. Det kan også gi et bilde av tiden det tar for veilederen til å opparbeide seg en god oversikt fra siste vakt hun hadde ansvar for pasienten, samt kvalitetssikre eget arbeid.

7 Hvordan veiledningen praktiseres når den lar seg flette godt inn i sykepleien

I dette kapitlet presenteres det hvordan veiledningen praktiseres når pasientens tilstand er funksjonsmessig stabil, studenten tar ansvar for egne læring og veileder har tid og rom til både sykepleie og veiledning.

7.1 Å veilede ved å være rollemodell

På spørsmål til veilederne om hvordan de praktiserer veiledningen av studenten, svarer samtlige at det handler mye om å være rollemodell. Å veilede ved å være rollemodell kan ha flere aspekter ved seg i følge veilederne. Et av aspektene er at rollemodellen kan være en som veileder ved å gå foran som eksempel for eget fag.

”For meg er det å være rollemodell. Jeg legger min sjel i få inn og si hvordan jeg tenker, være en rollemodell å sette ord på det(...). Få formidlet det som jeg ser er viktig for akkurat den pasienten der og da. Sånn gjør jeg det”(Janne).

Veilederen Janne sier videre at å veilede ved å være rollemodell er sentralt fordi hun har mye *”skjult kompetanse”* som hun må vise til studenten.

Et sentralt funn er at den enkelte veileder har sine egne viktige områder i pasientpleien som de som rollemodell ønsker å trekke frem. Eksempler som nevnes er å ha pasienten i fokus i en kompleks medisinsk behandling. Sykepleiers bevissthet i forhold til å være i en maktposisjon overfor pasientens trekkes frem. Det å begrense kommunikasjonen rundt pasientens seng fremheves. Å ha systematiske og forsvarlige rutiner i kartleggingen av pasientens tilstand er viktig. Beredskap og kvalitetssikring av overvåkning og behandling

trekkes frem som en sentral del av ansvaret til sykepleieren. Pårørendearbeidet vektlegges samt det å utføre en god grunnleggende kroppsspleie til pasienten. Det er to av veilederne som bruker uttrykket ”å ha sine kjepphester” om områdene som de vektlegger i det å være rollemodell.

”At man har noen kjepphester tror jeg er viktig som veileder. At man tenker holdning og at man husker på pasienten. At man ikke prater over pasienten. Det å tenke forsvarlighet, ansvar og kvalitetssikring. Det å gå i en slags form av bevisst, ubevisst handlingsberedskap” (Iben).

Et annet aspekt ved å veilede ved å være rollemodell er at veilederen også kan formidle praktisk kunnskap helt konkret via demonstrasjon og kommunikasjon. Veilederne formidler at det å vise, fortelle og forklare er viktige metoder i det å veilede ved å være rollemodell. Det fremkommer at kommunikasjonen som innebefattes i rollemodellen handler mye om å føre en dialog med studenten samtidig som de praktiske handlingene reelt utføres.

”Jeg prøver å vise studenten hvordan jeg legger opp dagen min. Få et overblikk over pasienten. Se på pasienten, hilser, forteller tid og sted og går over fra topp til tå. Lytter på, sjekker pupiller, tar alle de kliniske tegnene. Går over sprøytetrukker, væsker og ernæring. Respiratoren, hemofiltrasjonen. Tar det tekniske overblikket. En god innføring og ha god kontroll på pasienten(...). Jeg føler vel i utgangspunktet at det blir mye dialog” (Frida).

”Dersom studenten er usikker på et medikament og en pumpe, må en jo ta seg tid til å vise hvordan han skal få det koblet inn i pumpen” (Guri).

7.1.1 Tolkning og drøfting

Å veilede ved å være rollemodell kan forstås på ulike måter i følge veilederne. Tveiten (2001) sier at å være rollemodell innebærer at måten en fyller en rolle på, blir modell eller mønster for andre. Hun minner oss også på at alle sykepleiere er rollemodeller selv om en ikke har et definert veiledningsansvar samt at rollemodellen trenger ikke være en god rollemodell (s. 61).

Min forståelse av det veilederne formidler er at å være rollemodell kan knyttes til noe overordnet og da kan rollemodellen forstås som et *mål* i veiledningen. Veileder kan da sees på som en modell for faget (Martinsen, 2005; Molander, 1996). Å være modell kan forstås i sammenheng med det som veilederne trekker frem som å ha ”*kjepphester*” i veiledningen. Det at noen av veilederne benytter begrepet ”kjepphest” er kanskje tilfeldig, men det er også å finne i litteraturen. Lauvås og Handal (2000) bruker begrepet i forbindelse med en opplysning de har til praktiserende yrkesutøvere som driver med veiledning. Opplysningen er at veileder har en tendens til å dosere sitt syn og sin metodikk på hvordan praksis utøves. Veilederen formidler da mest individuelle oppfatninger og innenfor ”gitte størrelser” (Lauvås & Handal, 2000).

Denne studiens funn samsvarer med funn i forskning. Forskning viser at veilederne er opptatt av å være gode rollemodeller ved å bidra med spesifikk kunnskap, signalisere stolthet samt trekke frem egne viktige aspekter i faget (Kvangarsnes et al., 2008; Kvangarsnes et al., 2010; Lloyd-Jones, 1993; Wangen et al., 2010; Wolak, et al., 2009).

Dette kan tolkes dit hen at veilederne vektlegger kunnskapen som de har lært, erfart og synes er viktig og vesentlig i sykepleien. Er dette å dosere sitt syn, overtale og påvirke i veiledningen? (jfr. Lauvås & Handal, 2000). På den ene siden kan det oppfattes dit hen at veiledningen praktiseres ut fra en personlig oppfatning av hva som skal vektlegges og hvordan pleien skal utføres. En fare her kan være at veileder tar sitt eget utgangspunkt i veiledningen istedenfor å ta studentens utgangspunkt for læring samt Rammeplanens mål for kompetanse.

På den andre siden kan det være vanskelig å unngå og påvirke studenten med sitt syn og sin oppfatning. Intensivsykepleie er et fag der det trengs både bredde og dybde i fagkunnskapen. Etter mitt skjønn er den gode og forsvarlige intensivsykepleie som hver og en veileder formidler, et resultat av hvordan veileder er formet av fagutdanning, yrkeserfaring, kulturelle og organisatoriske tradisjoner.

At veileder trekker frem sin detaljerte og fungerende praktiske kunnskap kan sees som særdeles viktig i veiledningen. ”Veilederen skal være bevisst at hun er rollemodell og vise

sin begeistring og interesse for faget, tydeliggjøre sine visjoner og demonstrere sin faglige kyndighet” (Laursen, 2004 sitert i Roelsgaard & Sørensen, 2005, s. 168).

Veilederne formidler at rollemodellen viser, forklarer og tenker høyt. Dette kan forstås som at rollemodellen brukes som et *middel* i veiledningen. Veilederne bruker seg selv som et redskap. Dette kan forstås i samsvar med forskningsresultater. I studien til Kvangarsnes et al. (2008) fremkommer det at det skjer lite veiledning frikobla fra en konkret arbeidssituasjon og at veiledningen ofte bar preg av mester-lærling modellen.

På bakgrunn av dette, mine egne funn samt det at veilederen Janne konkret nevnt denne modellen (s. 36), kan det å veilede ved å være rollemodell forstås i relasjon til mester–læringsmodellen. Den kyndige veilederen leder i handling ved å demonstrere, fortelle og forklare hvordan hun gjennomfører og vurderer eksempelvis systematiske kliniske observasjoner ved å sjekke pasienten fra topp til tå (jfr. veilederen Frida, s. 44). Det kan også etter min forståelse å ha et mer undervisende preg (didaktisk) over seg. Veiledning har også elementer av undervisning i seg (Tveiten, 2008). Ved å gjøre det på denne måten legger veilederen til rette for læring hos studenten. Gjennom sin demonstrasjon og forklaringer appellerer hun til studentens refleksjon over det han iakttar og er en del av (Lauvås & Handal, 2000).

En av ulempene med mester–læring modellen er at den kan fremstå som en slags ”prosedyre” lignende veiledningsmåte. Veileder lærer bort sine rutiner og ”tekniske ”måter å utføre den praktiske kunnskapen på. En fare ved dette er at det kan ligge mye skjult og rik kunnskap integrert i de praktiske handlingene (Martinsen, 2005), forstått som den *tause kunnskapen*. Veileder får ikke demonstrert og forklart all sin kunnskap til studenten og studenten kan gå glipp av viktig informasjon i sin opplæring.

Det er skrevet mye om taus kunnskap og det kan kjennes utfordrende å få helt klarhet i den tause kunnskapsformen. Å forstå taus kunnskap med Martinsen (2005) handler om at taus kunnskap er knyttet til det faglig skjønn fra erfaringen og det fordrer en emosjonell involvering. En illustrasjon på veileders tause kunnskap som kan være utfordrende for veileder å formidle er veileders *intuitive følelse* av at noe ligger under utvikling i pasientens tilstand. Intuisjonen har alltid med seg en bakgrunnskunnskap og er en evne

som formidler taus kunnskap i den erfarne veilederen (Martinsen, 1989). Veilederne har en erfaringsrik bakgrunnskunnskap som hun ikke helt makter å formidle til studenten verken ved å vise eller forklare. Hun har en slags personlig reservoar av kunnskap som hun "bare vet er slik". Martinsen (1989) sier videre at dette blir særdeles viktig i sykepleien fordi:

Intuisjon og taus kunnskap er viktig på alle områder fra manuelle ferdigheter til utøvelse av arbeid på høyt teoretisk nivå. Det er den som bør legges til grunn for å styre den kompetentes spesialiserte og tekniske, pregede kunnskap. Den vil sette de nødvendige grenser for teknologien. Ellers blir teknologien inkompetent. (s.27).

Veilederne Janne formidlet at å veilede ved å være rollemodell er sentral fordi hun hadde mye "*skjult kompetanse*" hun måtte vise til studenten. Dette tolker jeg i samsvar med taus kunnskap. Dette viser at veilederen er observant på den tause kunnskapen som kan skjule seg i hennes praktiske arbeid. Molander (1996) sier at det nødvendigvis ikke handler om at den tause kunnskapen ikke lar seg artikulere, men heller at den ikke får komme frem. At veileder er bevisst den tause kunnskapen og synliggjør den ved å fortelle og tenke høyt, kan medføre at noe av den tause kunnskapen verbalt artikuleres og blir med i kunnskapsformidling til studenten.

En annen mulig ulempe både med å veilede ved å være rollemodell og også ved mester – læringsmodellen er at studenten kun får demonstrert og vektlagt sin veileders praktiske kunnskap og handlingsalternativer. Et par av veilederne i denne studien fortalte at de oppfordret studenten til å søke kunnskap fra andre sykepleiere og leger. Slik sett kan en skifte noe av kunnskapsformidlingen til studenten ved at en skifter utøver (Grimen, 2008), som kan medføre et økt og rikere læringsutbytte for studenten.

Studiens funn viser at det benyttes mye verbal kommunikasjon når studenten veiledes. I følge veilederne blir det mye "*dialog*". Dialogen har lang historie innen veiledning og dialogen er hovedformen i all veiledning (Tveiten, 2008). I denne sammenhengen forstår jeg dialogen som en samtale som foregår mellom to mennesker, som også kan knyttes til å være en del av mester–lærlingmodellen. Dialogen praktiseres samtidig med praktiske handlinger som å observere pasienten til å konkret koble en sprøyte inn i medikamentpumpen (jfr. veilederen Guri, s. 44)

At veileder og student fører en dialog når veileder demonstrer samt at studenten har anledning til å spørre, er viktig for en skapelse og en opprettholdelse av en felles forståelse i veiledningen (Molander, 1996). I følge Rognhaug (1996) rommer dialogen også mer enn en samtale, noe som er viktig i veiledningen av studenten. Dialogen rommer en forening mellom det teoretiske og det praktiske. Hun sier videre at teorier hjelper oss å betrakte virkeligheten, noe som er viktig i studentens læring (s.77).

7.2 Å veilede ved å gjøre "tingen" sammen med studenten

Veilederne forteller at det er viktig at studenten selv får være aktiv og utføre ulike praktiske handlinger. Det nevnes eksempler som å skifte trakealtuben over til den andre munnviken samtidig som pasientens frie luftveier opprettholdes. Å suge slim opp fra pasientens nedre luftveier er et annet eksempel. Studenten utfører den konkrete praktiske oppgaven, men veileder er sammen med han for å observere, korrigere og diskutere. Veilederne begrunner dette med at studenten selv får kjenne på ansvaret samt lærer hva sykepleierens fagområde omhandler. De formidler at det er viktig for studentens for at han skal gjøre det praktiske arbeidet bevisst. Veilederne formidler at jo mer studenten får øve på konkrete oppgaver i pleien, jo mer sitter det i "ryggmargen" hans. Samtidig poengterer deltakerne at dette er en individuell læreprosess for studenten. Hva og hvor mye studenten aktivt gjør avhenger av hans kunnskaper, ferdigheter og om pasientsituasjonen tillater det. Når studenten mestrer oppgaven, utfører han den selvstendig uten at veileder står ved siden av han og følger med.

"Ta lukket sug. Det å kjenne på når du er nede å trakealsuger. Det er ikke bare å se på hva andre gjør. Få det litt i fingrene selv. Du står jo der og gjør tingene sammen med en student. Så kan jeg korrigere, veilede eller diskutere med studenten(...). Altså, du står ved siden av han, eller på motsatt side og følger med når de gjør det. Du kan si; hold suget litt ned eller trekk det opp. Geleide litt i forhold til når han skal putte inn suget. Det er jo litt teknisk. Sånn er det"!
(Frida).

7.2.1 Tolkning og drøfting

Å veilede ved å stå ved siden av studenten, observere og korrigere når studenten utfører den praktiske handlingen samsvarer med forskningsfunn. I følge studien til Kvangarsnes et al. (2008) var et av funnene at veilederen etter hvert kunne være observatør og den som rettleidet, ga råd og stilte spørsmål. De var tett på studenten under enkelte oppgaver og brukte språket aktivt for å formidle kunnskap i forhold til grep og medisinske/teknologiske prinsipper.

Å la studenten selv utføre praktiske handlinger og være tett på han når han får øve kan forstås i relasjon til *siste ledd* av til mester–lærlingmodellen. Det er ikke tilstrekkelig for lærlingen at mesteren viser og forklarer. Lærlingen må også prøve selv for å bli korrigert (Lauvås & Handal, 2000). Veileder lar studenten være i kjernen av det som skal utføres og han utvikler dermed fagkunnskapen sin. Molander (1996) sier at forståelsen må komme innefra virksomheten (den praktiske sykepleien) og fordrer en deltakerposisjon, det er utilstrekkelig å kun se på hva mesteren gjør.

Å veilede ved at studenten selv utfører og som veilederen Frida sier; ”å få kjenne på”, kan også forstås ved at veilederne lar studenten oppøve sin kunnskap, gjennom kunnskap i handling (Molander, 1996). Slik jeg forstår Molander er oppmerksomheten en grunnleggende forutsetning for å erverve seg kunnskap i handling. Oppmerksomheten er kritisk av natur. Ved at veileder lar studenten utføre selv og dermed være i den praktiske handlingen oppøver og erverver studenten seg egen praktiske kunnskap ved sin oppmerksomhet. Veileder legger til rette for at studenten skal trene egen oppmerksomhet. Eksemplet fra veilederen Frida ovenfor der pasientens nedre luftveier skal renoveres med et sugesystem, er passende for å se betydningen av hvordan veiledningen praktiseres. Veileder forklarer grepene og hvordan prosedyren hensiktsmessig skal utføres. Ved at veileder forklarer og gir praktiske råd bidrar hun mest sannsynlig til at studenten blir i handlingen. Ved å veilede ved å la studenten være i handlingen, i trygge omgivelser, er en viktig innfallsvinkel for læring. I motsatt fall er risikoen at det kun blir en teknisk prosedyre i pleien med et preg av en positivistisk tenkning (Martinsen, 2005). Veiledningen praksis her kan være et bidrag til at studenten oppnår en dypere og helhetlig

forståelse av en ubehagelig prosedyre som skal gjennomføres effektivt og til pasientens beste. Kunnskap i handling krever oppmerksomheten i hver del og forståelse for helheten, i en hermeneutisk rørelse, og i samme rørelse opprettholdes den levende og praktiske kunnskapen (Molander, 1996).

Veilederne formidler at de kan vise og verbalt geilede når studenten utfører handlingen. Dette kan forstås fra et perspektiv som kan være betydningsfullt i veiledning av studenten. Veilederen reflekterer over handling til studenten som er i handling. Hvordan kan en forstå veileders refleksjoner her i lys av Molanders (1996) skepsis i forhold til Schøns begrep refleksjon i handling? (jfr. kap. 4.4.1). Molander (1996) stiller spørsmål om refleksjonen kan stenge for oppmerksomheten i handlingen. Dette kan forstås dit hen at veileder reflekterer i tråd med Molanders (1996) tenkning om refleksjon og at hun gjør det ut fra å ha distanseperspektiv og en speiling på en situasjon. Den kunnskapen hun formidler til studenten gjøres med bakgrunn fra erfaringer som har elementer av refleksjon i seg ut fra lignende situasjoner hun har vært i. Veileder reflekterte erfaringer og det faglige skjønn benyttes i den aktuelle situasjonen for å korrigere og verbalt veilede studenten når han skal renovere pasientens luftveier.

7.3 Å veilede ved å spørre studenten

Flere av deltakerne forteller at de stiller en del spørsmål til studenten. Å veilede gjennom å stille spørsmål anser de som en god aktivitet i veilederfunksjonen. Å spørre studenten har flere hensikter. Veilederne har behov for å vite hva studenten forstår, tenker og har oppfattet. Noen av veilederne kaller det for å ha "*kontrollspørsmål*". Spørsmål fra veilederen kan bidra til studentens refleksjonsarbeid slik at han tenker gjennom alt og dermed utvikler sin kunnskap som en av deltakerne formidlet. Å kunne forklare og begrunne sitt fag anser veilederne som et ledd i å oppleve mestring for studenten. Veilederne fortalte at spørsmålene kan komme i ulike faser gjennom vekten. De kan spørre før, under og etter en hendelse eller et tiltak. Spørsmålene kan også komme i en form av en "time out" eksempelvis midt i vekten.

”Jeg spør for å sjekke ut hva han har fått med seg, hva han har skjønt og for å hjelpe han til å tenke gjennom alt. Å stille åpne spørsmål slik at studenten kan hente frem deres tanker og refleksjoner(...). Vi stopper opp, gjerne før lunsj, og jeg spør; hva har du observert? Hva tenker du om pasientens sirkulasjon, respirasjon? Har det vært noen forandringer? Jeg må vite hva studenten tenker. Det tror jeg er en god ting”(Janne).

”Kan du forklare meg hva trykkstøttefunksjonen på respiratoren er for noe? Vet du det eller vil du at jeg skal forklare? Pasienten har en Swan Ganz¹⁰. Hvorfor følger vi med på Wegdekurven”? (Hanne).

7.3.1 Tolkning og drøfting

Ut fra det veilederne formidler er min forståelse at å stille spørsmål kan ha flere hensikter. Som veiledere ønsker de å hjelpe studenten til å reflektere over faget samt opparbeide seg faglig argumentasjon. I tillegg ønsker veilederen å sjekke ut at studenten har forstått det aktuelle.

Dette er i samsvar med funn i studien til Kvangarsnes et al. (2008). I studien fremkommer det at veileder stiller spørsmål til studenten både når studenten gjør selv og når han er observatør.

Molander (1996) kaller dette en aktiv skapelsesprosess og at virkeligheten åpnes gjennom spørsmål og svar samt gjennom de begrep som gjør den forståelig. I lys av veiledningsteori er det å stille spørsmål en del av veilederfunksjon (Lauvås & Handal, 2000; Tveiten, 2008).

Teoretisk kunnskap har en stor andel i videreutdanningen. Å praktisere veiledningen ved å stille spørsmål, kan hjelpe studenten til å ta den praktiske inngangen til den teoretiske kunnskapsformen. Ved at veileder spør og utfordrer studenten eksempelvis om hva han tenker om pasientens sirkulasjon, kan studenten vende fokus inn i seg selv for å formidle egne kunnskaper om pasientens sirkulatoriske status. Ved at studenten formidler tilbake til veileder kan det være med å integrere den teoretiske skolekunnskapen slik at studenten ser paralleller (Tveiten, 2008), og setter den i sammenheng med de kliniske tegn pasienten viser.

¹⁰ Swan Ganz: Et kateter anlagt via en sentral vene inn til høyre hjertehalvdel og videre ut til lungearterien. Via kateteret kan det bl.a. måles trykk både i hjertet og lungearterien. (Stokland, 2005, s. 85)

Å stille spørsmål kan være med på å øke studentens selvstendige vurderinger og prioriteringer som er essensielt i intensivsykepleierens arbeid. Tveiten (2008) sier at spørsmål og svar kan lede til nye spørsmål og svar, og det å oppdage noe nytt. Den viten som er uttalt og ubevisst kan bli uttalt og bevisst. Å stille spørsmål kan være betydningsfullt i forhold til studentens mestringsfølelse når han skal lære seg mye ny og avansert kunnskap i praksis. Veileder utfordrer og stimulerer studentens på hans kunnskap og ved å stille spørsmål legger hun til rette for studentens kritiske tenkning, bevisstgjøring og refleksjon. Å utvikle kritisk tenkning i intensivsykepleien trekkes frem i forskning fordi det er en viktig komponent i det å ta egne selvstendige faglige avgjørelser (Swinny, 2010).

Studiens funn viser at spørsmålene fra veilederne kan uttrykkes noe ulikt. I følge Tveiten (2008) har spørsmål ulik klang og hensikt og bør dermed benyttes bevisst etter hensikt og situasjon fra veileders side. Tveiten (2008) skriver:

Erfaring viser at *hva, hvordan, hvilke, hvem* og *hvis* kan være gode spørreord i veiledning. De stimulerer til refleksjon og konkrete svar. Spørreordene kan stimulere til konkretisering av det som er abstrakt, generalisert, vagt og utydelig – å gjøre det lettere å forholde seg til(...). Spørsmål med *hvorfor* kan være vanskelig eller umulig å svare på(...). *Hvorfor* spørsmål utfordrer til forklaringer, begrunnelser og kanskje bortforklaringer(...). De kan bidra til å forflytte fokus bort fra her og nå situasjonen (s. 228).

Funnene i denne studien viser at veilederne både kan spørre med de gode spørreordene som Tveiten (2008) refererer til i overnevnte sitat samt at de også kan stille *hvorfor* spørsmål. Å stille *hvorfor* spørsmål kan sees i sammenheng med veilederens andre hensikt i å stille studenten spørsmål. Det kan sees som et ledd i veilederens behov for å skaffe seg innsikt i hva studenten til enhver tid forstår og har ervervet seg av kunnskap. Som veileder har hun også behov for å vite, via forklaringer og argumentasjon om studentens kunnskapsnivå eller mangel på kunnskap. Veilederfunksjonen innehar også momenter der veileder skal sjekke ut hvilken kunnskap og kompetanse studenten til en hver tid har (Lauvås & Handal, 2000; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

7.4 Å veilede ved å hinte og komme med et faglig innspill

Noen veiledere forteller om det å hinte og komme med et faglig innspill til studenten. Veileder ønsker at studenten skal oppdage selv og iverksette tiltak, men gir han kun et faglig hint. Veilederne formidler at det tar tid for studenten å fange opp alt som skjer med pasienten. Det er en læreprosess å erverve seg kunnskap i alt som skal observeres, prioriteres og utføres i pasientpleien. Flere av veilederne formidlet at det å hinte frempå kunne hjelpe studenten til selv å finne ut, ta valg å trekke selvstendige konklusjoner. En av veilederne formidler et eksempel der hun observerer at pasienten har slim i luftveiene som må fjernes. Veileder gjør studenten oppmerksom på egne observasjoner, men gjør i første omgang ikke mer.

”Du må jo legge det litt opp slik at; nå er det kanskje tid at du trakealsuger(...). Det blir ikke å legge svarene i munnen på dem. De må komme med dem selv(...). Du lærer nok mer av å filosofere og finne ut av det selv. Trekke litt konklusjoner selv. At de oppdager det selv” (Guri).

Et annet eksempel er når alarmen utløses på at pasienten har for lavt blodtrykk. I dette eksemplet går veileder litt lengre med å formidle hvilket tiltak hun vil foreslå for å øke pasientens blodtrykk. Veileder sier imidlertid ikke hvor stor dose av et potent medikament hun vurderer å øke med. Hun inviterer studenten inn i handlingsrommet og han får en sjanse til å forslå tiltak på problemet. Veilederne forteller at når de henter til studenten må de selv av og til ha litt ”is i magen”. Dersom studenten ikke kan håndtere det aktuelle, tar veileder over.

”Det alarmerer på scopet. Ser du hva det er for noe?(...). Her må vi øke på Noradrenalin. Pasienten kan ikke ligge slik som det her(...). Jeg kan jo hinte da om blodtrykket, men ikke så lenge. Tar han det med en gang, er det jo greit. Men, så må jeg ta over” (Guri).

7.4.1 Tolkning og drøfting

Å veilede ved å gi studenten et faglig hint slik at han oppdager selv, kan sees i sammenheng med at veileder hjelper studenten litt på vei ved å lede og trene hans oppmerksomhet til det aktuelle (Molander, 1996). Veileder får studentens oppmerksomhet

ved å gi han en indikator, slik at han selv kan overta og forsøke å løse problemet i situasjonen. Endringer og problemer i pasientens tilstand må ofte løses raskt. Veileder benytter veiledningsmetoder ved å sentrere fokus til studenten (Tveiten, 2008), slik at han får ta ansvar innefor de faglige prioriteringen i sykepleien. Av den grunn kan et faglig hint fra veileder være nyttig for studenten. Veileder appellerer konkret til studentens praktiske kunnskap og legger til rette for at studenten selvstendig kan vurdere og utføre tiltaket. Veiledningsmetoden har også i seg et element av å utfordre studenten til å ta over å lede problemløsningsprosessen. Dette kan ha betydning for studentens mestringsfølelse av sykepleien i tråd med veiledningens hensikter (Tveiten, 2008). Lauvås og Handal (2000) sier at virkeligheten i veiledningen handler om en balansegang mellom å utfordre studentens egen tenkning, men også støtte med å kunne forklare og gi råd. Dette er viktig for at studenten skal utvikle selvstendige faglige forsvarlige funderte handlinger. Ved at veileder henter og bidrar med et faglig innspill til studenten, utfordrer hun studentens eksisterende kunnskapsbase som er utgangspunktet for hans utvikling (Lauvås & Handal, 2000). Dette gjør veileder i en samtidighet med at hun er tilstede å kan gi faglige råd forklaringer dersom det skulle være nødvendig.

Et annet aspekt i dette bildet og noe veileder kan være observant på, er det Lauvås og Handal (2000) kaller varseltrekanter i veiledningen. En av varseltrekantene advarer veileder om ikke å gå i utålmodighetsfellen. Som veileder ser og vet en løsningen og på grunn av sin kompetanse vet en hva som er det beste å gjøre istedenfor å la studenten selv oppdage og finne løsninger (Lauvås & Handal, 2000). Dette vil selvfølgelig være avhengig av hvilken hendelse i pasientens tilstand som er gjeldende, men verdt å ta med seg for veileder.

7.5 Å veilede ved å gi tilbakemelding

Veilederne formidler at å gi studenten respons og tilbakemelding på hans faglige utførelse er en del av hvordan veiledningens praktiseres. Å gi tilbakemelding er viktig fordi det forteller studenten om han utfører oppgaver i tråd med det som er den riktige og anbefalte måten eller ikke. Veilederne formidler at det er viktig å gi tilbakemelding i forhold til en helhetstenkning i pasientpleien. Tilbakemeldingen kan gis i forhold til hvordan studenten

konkret utfører et tiltak og prosedyre til hvordan han samhandler og kommuniserer med den sederte pasienten.

”Tilbakemelding handler om han er på rett spor eller på ville veier. I alt fra hvordan han utfører prosedyrer, stell, kommunikasjon, håndlag og alt som står på skjemaet” (Janne).

En av deltakerne meddeler at veiledningen som praktiseres kan være bortkastet dersom studenten ikke får tilbakemelding.

”Jeg tror tilbakemelding er viktig i alle veiledningssituasjoner, ellers kan de være litt bortkastet, rett og slett” (Iben).

7.5.1 Tolkning og drøfting

I følge veilederne har det en vesentlig hensikt at veileder gir tilbakemelding og responderer tilbake til studenten. Dette støttes også gjennom forskningsstudien til Lloyd – Jones (1993) der det fremkommer at å gi tilbakemelding på studentens yteevne og utførelse er en del av veilederfunksjonen. En veileder som gir tilbakemelding, og er åpen og troverdig er betydningsfullt for både det relasjonelle og den faglige utviklingen til studenten.

I studien til Kvangarsnes et al. (2008) fremkommer det at veilederne brukte fem minutter på slutten av dagen til å gi studenten tilbakemelding. Jeg tolker veilederne i min studie dit hen at de forsøker å gi tilbakemelding oftere gjennom vekten, både innenfor del- og helhetstenkning i sykepleien.

Med bakgrunn i at veiledning skal ha i seg et lærings- og relasjonelt aspekt (Lauvås & Handal, 2000) og dette sett i sammenheng med overnevnte forskning om veileders åpenhet og troverdighet, ser en viktigheten av tilbakemeldingen fra veileder.

Slik jeg tolker veiledernes utsagn handler tilbakemeldingen om å respondere konstruktivt overfor studenten på om han har forstått og utført riktig eller om han har kunnskapsbrister han må styrke eller korrigere. Dette kan kalles en formativ tilbakemelding (Reggelsen & Nissen, 2005, s. 190). En formativ tilbakemelding vil også kunne være betydningsfullt for studentens tilblivelsesprosess på veien mot å bli en kompetent yrkesutøver (Lauvås & Handal, 2000).

Tilbakemeldingen fra den erfarne veilederen kan ansees som viktig for studentens egen trygghet i sykepleieutøvelsen og videre som et ledd i studentens mestringsfølelse på veien mot å oppnå videreutdanningens hovedmål. Å kjenne på mestring og det å ha kontroll på lære og utviklingsprosessen, kan også være motiverende for å beholde motivasjonen og engasjementet oppe hos studenten. Dette vil også kunne veie positivt for hvordan veiledningen praktiseres (jfr. denne studiens funn).

8 Hvordan veiledningen praktiseres når noe på veiledningsarenaen blir særskilt utfordrende

I dette kapitlet presenteres det hvordan veiledningen praktiseres når pasientens tilstand endrer seg til det absolutt livstruende samt hvordan den praktiseres når kommunikasjon og støy skal begrenses på pasientenheten. Det presenteres også hvordan veiledningen praktiseres når det er aspekter ved studentens væremåte som veileder reagerer på.

8.1 Å veilede ved å ”kun jobbe” i pasientpleien

Situasjoner som trekkes frem hos samtlige veiledere og som medfører at veiledningen praktiseres noe annerledes, er når pasientens tilstand går over i en akutt eller vanskelig klinisk fase. Denne fasen kan vare over kortere eller lengre tid, der veileder må fokusere på å opprettholde de vitale funksjoner og er delaktig i livbergende pasientbehandling. Veilederne eksemplifiserer det med de situasjoner der pasienten får hjertestans og det iverksettes avansert hjertelungeredning. Det kan også være i de situasjoner der pasienten får en akutt forverring i flerorgansvikten der ytterligere medisinsk behandling skal iverksettes. Pasienten som har store og absolutt livstruende hodeskader ligger på den kritiske grensen til å bli hjernedød trekkes frem. Veilederne formidler at de ikke har tid og mulighet til å vise, forklare eller besvare spørsmål fra studenten i ”nuet” rundt eksempelvis endringer på respiratorbehandlingen og nye medikamenter og teknisk utstyr som tilkobles. Studenten blir en observatør til hendelsen.

”Student må bare være student og så må du gjøre det du skal gjøre(...). Du ser at ting skjer fort. Du ser hva man som sykepleier gjør. Samarbeidet mellom sykepleier og leger. Ja, altså gangen i det(...). Studenten må bare henge med” (Frida).

”En må som veileder se situasjonen an. Det kan være veldig situasjonsbetinget. Enkelte ganger skal studenten bare være observatør(...). Jeg sier; nå jobber jeg og så kan vi diskutere etterpå” (Iben).

Veilederne forteller om muligheter de har i veiledningen når tilstanden til pasienten endrer seg til det verre. Situasjonene kan arte seg ulikt og trenger heller ikke bestandig være preget av uavklarte medisinske spørsmål.

Studenten kan være observatør, men får et konkret fokus han i hovedsak skal observere. Eksempler fra veilederne er at studenten observerer samarbeidet i teamet eller hvordan hygienen blir ivaretatt i akuttsituasjonen. Veilederne forsøker å *”lage læresituasjoner”* som veilederen Iben meddelte. Veilederne forteller at veiledningen heller ikke her får et innhold av å forklare og begrunne til studenten, men sterkere på å *vis* til han. De formidler at disse situasjonene også er læring for studenten fordi det viser deler av hverdagen til sykepleieren.

”Jeg gir studenten et hovedfokus(...). Han kan eksempelvis observere hvordan hygien ble ivaretatt under en akuttsituasjon” (Iben).

Veiledningen kan også praktiseres ved å forsøke å delegerer konkrete oppgaver til studenten. Veileder forsøker å dra studenten inn i handlingsrommet og gi han et oppdrag. Oppdragene kan eksempelvis være å starte en medikamentinfusjon samt hente utstyr og være behjelpelig i leiendring av pasienten.

”Jeg forsøker å vise ro til studenten selv om alt piper og hylter(...). Jeg føler jo at de kommer i andre prioritet, og det skal de jo(...). De bør jo ha fått med seg noe selv om det har vært travelt og hektisk. Det kan jo være at de er med og snur og henger opp medisiner og sånt. Det blir at nå gjør du den oppgaven her og du kan ikke få forklart hvorfor vi gjør det. Da blir det nesten bare å hjelpe til. Det er klart det er masse læring i det og” (Guri).

”Jeg prøver å gi av muligheter der og da.(...)De kan jo hjelpe til med å ta en blodgass”¹¹ (Frida).

¹¹ Blodgass. Blodprøve som tas fra pasientens arterie via en kanyle.

8.1.1 Tolkning og drøfting

Slik jeg forstår veilederne endrer veiledningen seg her i en retning der den får et sterkere preg av *å vise* problemløsninger via egen sykepleiepraksis uten detaljert visning og direkte dialog med studenten. Sett i en metaforisk perspektiv kan en se veilederen på scenen der studenten er publikum. En dypere forståelse av veiledningens praksis her leser jeg i forskningsstudien til Fredriksen et al. (2009). Studien heter "Fra "lært kropp" til "ulært kropp" og har en fenomenologisk – hermeneutisk inngang og analyse. Studien finner at veiledningen kan foregå via kroppslig overføring av mening i form av praktiske kunnskaper (meningsskapende bevegelser). Ved sitt værende og gjørende i situasjonen formidler veilederen erfart kunnskap til studenten.

Å veilede ved at studenten observerer både veileder og leger, medfører at studenten har en form av kontakt med situasjonen. Studenten kan bruke sine sanser og refleksjoner for å fange opp den erfarne kunnskapen som veileder og fagteamet praktisk formidler. I Swinnys (2010) studie hevdes det at den lærende kan utvikle sin kritiske tenkning i praksis ved å observere den erfarne og kritisk vurderende sykepleieren på intensivavdelingen. Veileder viser hvordan hun løser og håndterer akutte og absolutt livstruende problemer i pasientens tilstand. Hun viser også teamsamarbeid. Veileder viser den sammensatte praktiske kunnskap på avansert nivå i et skjæringspunkt mellom liv og død. I situasjoner der det er absolutt livstruende endringer med pasienten vil det alltid være en verbal kommunikasjon mellom sykepleier og lege. Ved at veileder diskuterer og reflekterer med legen eksempelvis om løsninger på medisinske problem, vil studenten ta del i eksempelvis faktakunnskapens betydning i klinisk praksis.

Veilederne meddeler at i akutte og livstruende pasientsituasjoner forsøker de å "*lage læresituasjoner*". Slik jeg tolker veilederne kan det gjøres på forskjellige måter. Dersom studenten er observatør og ikke i direkte kontakt med situasjonen, kan han få et faglig oppdrag fra veileder han skal fokusere på. En annen måte er ved å vise ro i en akutt situasjon og delegere oppgaver (jfr. veilederen Guri, s. 57) til studenten og dermed blir studenten med inn i handlingsrommet og blir en aktiv deltaker på pasientenheten.

Min forståelse er veilederne forsøker å praktisere veiledningen av studenten selv om tiden til en forklarende og utdypende veiledningen er knapp. Studenten blir ikke bare en passiv deltaker og observatør, men mer aktiv på læringsarenaen. Selv i utfordrende kliniske pasientsituasjoner forsøker veileder å praktisere veiledningen på et profesjonelt nivå som har studenten i fokus (Lauvås & Handal, 2000).

Veiledningens praksis her har fellestrekk med mester-læringsmodellen, ved at veileder demonstrerer til studenten. Det som imidlertid ikke harmonerer helt med modellen er mangel på detaljerte forklaringer, visninger og utdypende begrunnelser for det veilederen praktisk utfører.

8.2 Å veilede uten å prate

Veilederne forteller om pasientsituasjoner der det skal tas spesielle hensyn som igjen vil påvirke hvordan veiledningen praktiseres. Hensynet handler om at kommunikasjon mellom veileder og student bør begrenses slik at en unngår unødvendig støy og uro rundt pasient og pårørende. Hensynet til pasient og pårørende er sterkt fremtredende på pasientenheten. Situasjoner som veilederne trekker frem er når den medisinske behandlingen er bestemt opphørt som innebærer at pasientens liv skal avsluttes tilkoblet respirator. Det kan være i pasientsituasjoner der det er utfordrende etiske dilemmaer i forhold til medisinske behandlingsspørsmål. En annen situasjon som nevnes er når pasienten er erklært hjernedød og det er besluttet organdonasjon. Veilederne forteller at i disse situasjonene er som regel de pårørende mye tilstede hos pasienten.

Et annet eksempel som trekkes frem når pasienten som skal starte oppvåkningen fra et dypere sedasjonsnivå. Pasienten kan bli stresset og redd ved mye kommunikasjon og støy rundt hans seng når han begynner å våkne. Veiledningen praktiseres i hovedsak ved å være en rollemodell uten en forklarende og begrunnende dialog med studenten.

”Det blir en form av rollemodell. Du viser måten, tilnærmingen jeg har løst det på. Det er litt vanskelig uten å prate(...). Jeg liker å forklare hvorfor jeg gjør slik. Det er og viktig at man begrunner tingene sine” (Iben).

8.2.1 Tolkning og drøfting

Å veilede ved å være rollemodell fremheves generelt av veilederne i denne studien. I situasjoner der verbal kommunikasjon skal begrenses med hensynet til pasient og pårørende kan en tyde at veileder praktiserer veiledningen ved å være rollemodell på et annet måte og i en annen sammenheng. I lys av veiledernes beskrivelser og sett i sammenheng med det som jeg tidligere har drøftet av å være rollemodell, kan en her forstå veiledningens praksis i en form av *stillere veiledning*.

Selv om veilederne formidler at veiledningen er vanskeligere uten å kommunisere, viser veileder etter min forståelse fleksibilitet og tilpassning i veiledningen av studenten. En kan se det slik at den tilpassede individuelle sykepleien som utøves blir veiledningens praksis. Som veileder løfter hun frem sentrale aspekter i pleien av den kritisk syke pasienten. Veileder viser sensitivitet og faglig-etisk kunnskap i praksis. Hun viser hvordan tilrettelegge og pleie pasienten som skal avslutte livet på respirator, eller hvordan vise hensyn til de pårørende på intensivavdelingen.

Den *stillere veiledningen* praktiseres gjennom en utøvelse basert på reflektert kunnskap, etisk skjønn og stemningen i situasjonen. Dette uten å sammenfatte veiledningen like sterkt med dialogen. I følge Martinsen (1989) kan en forstå veiledningen ved at veileder viser hvordan bruke faglig skjønn når generell kunnskap skal tilpasses konkrete situasjoner. Denne form for veiledning kan være like betydningsfull for studenten der hensynet til pasient og pårørende veier sterkest. Veiledningens signaleffekt er i fokus. Den *stillere veiledningen* kan videre forstås med Martinsen (2005) om å gi oss tid. Det handler om å gi seg tid til å være i situasjonen. Tid til å vinne innsikt og ikke alltid ile til argumentasjonen (Martinsen, 2005).

Jeg forstår forskningen til Fredriksen et al. (2009) i samsvar med hvordan veiledningen her praktiseres. Ved at veileder og student samarbeider i sykepleien som utøves vil kunnskapen som veileder løfter *stillere* frem representere også en form av implisitt kunnskap. Veilederne veileder ved å la studenten komme i kontakt med fenomenene og

situasjonen og lar kunnskapen bli fangbar. Dette kan videre bli grunnlag for videre refleksjoner hos studenten (Fredriksen et al., 2009).

Når pasienten skal starte oppvåkningen fra et dypere sedasjonsnivå viser veileder fagspesifikk kunnskap som å dempe støy og uro rundt pasienten. Hun legger til rette for et tilhørende miljø rundt pasienten. Hun veileder ved å ”kun gjøre” den praktiske kunnskapen i sykepleien.

Den *stillere veiledningen* kan også forstås i relasjon til det Grimen (2008) skriver:

Praktisk kunnskap er kroppslig. Den er avleiret i innøvde kroppslige ferdigheter og fortrolighet med omgivelsene og i mindre grad i språk. Man kan utøve praktisk kunnskap uten å si noe, men ikke uten at kroppen gjør noe (s. 79).

Å veilede mere *stilt* appellerer muligens mer til studenten observasjons- og refleksjonsevne. Det trenger ikke være noen ulempe for studentens læring. I studien til Fredriksen et al. (2009) fremkom det at det som ga studenten mening var når det oppstod innsikter mellom formalkunnskapen og sanseinntrykkende i situasjonen.

8.3 Å veilede ved å gå tilbake å snakke med studenten

Noen veiledere formidler viktigheten av å snakke med studenten i etterkant av akutte hendelser eller andre særskilte pasientsituasjoner. En forklarende og utdypende veiledning har ikke latt seg gjennomføre i kombinasjon med å håndtere den aktuelle hendelsen. Veilederne formidler at det kan oppleves vanskelig for studenten å stå på sidelinjen fordi han kanskje ikke oppfatter eller forstår alt som har skjedd i situasjonen.

”Det er veldig ok å diskutere etterpå. Det er nødvendig. Alle observasjonssituasjoner må en diskutere etterpå. En må få husket på å reflektere over det man har sett” (Iben).

Samtalen mellom veileder og student kan foregå i en ledig stund i etterkant av en akutt hendelse eller etter at en utdypende dialog og diskusjon ikke har latt seg gjennomføre. Veilederne eksemplifiserer en ledig stund med når pasientens tilstand har stabilisert seg eller dersom pasienten er på operasjonsstuen til kirurgisk behandling. De formidler at det

er nødvendig, lærerikt å gjennomgå samt reflektere over den aktuelle situasjonen med studenten. Studenten får også mulighet til å stille spørsmål i forhold til det som var uklart.

”Du må gå tilbake igjen å snakke med studenten. Å gå litt gjennom situasjonen. Man lærer jo uansett hvilken situasjon man er i” (Frida).

Veilederne formidler delvis noe ulik oppfatning av å ta opp spørsmålene sammen med studenten i etterkant av en situasjon. En veileder sier at; *”Vi får vi se om vi kan sette oss ned å ta spørsmålene siden” (Hanne).*

8.3.1 Tolkning og drøfting

Ut fra det veilederne formidler ser de viktigheten av å forsøke og kompensere for det mangelfulle i veiledningen mens en særskilt pasientsituasjon har vært pågående. At veilederne går gjennom situasjonen og snakker med studenten i ettertid, kan forstås i relasjon til handlings- og refleksjonsmodellen (Lauvås & Handal, 2000), og kan sees i samsvar med funn i forskning. I følge flere studier trekkes refleksjon over erfaring og handling frem som sentrale funn og en av hovednøkklene for å lære. Disse studiene viser at en veileder som legger til rette for refleksjon over handling er med å opparbeide og utvikle den faglige, kritiske og analytiske evne hos studenten (Holmsen, 2010;Lloyd-Jones, 1993;Lundestad & Oddvang, 2007;Swinnny, 2010;Westad, 1999).

Ved å reflektere over handling legger veileder til rette for å utfordre studentens forforståelse i den praktiske kunnskapen samt påfyller med ny kunnskap (Molander, 1996). Den aktuelle situasjonen med vurderinger og praktiske handlinger speiles og reproduseres slik at den erfarte praksis blir gjenstand for analyse, problematisering, spørsmål og svar (Lauvås & Handal, 2000;Molander, 1996). Ved at veileder legger til rette og deltar i refleksjonen med studenten kan det medføre at både refleksjonen og erfaringslæringen til studenten blir kvalitetsmessig forbedret (Lauvås & Handal, 2000). En av fordelene med å reflektere over handling med veileder, er at studenten får en nødvendig distanse til den aktuelle situasjonen som medfører at situasjonen settes i et nytt lys. Veileder og veiledningen blir da et bidrag til at flere teoretiske og praktiske sider av den aktuelle

situasjonen trekkes inn i ”refleksjonsrommet” mellom veileder og student. Dette kan også hjelpe studenten til å sortere i vrimmelen av inntrykk og detaljerte vurderinger og handlinger som ble gjort i situasjonen (Lauvås & Handal, 2000). Veilederne i min studie formidlet også at det kunne være krevende for studenten å stå på utsiden som observatør eksempelvis når fagteamet drev avansert hjerte – lunge redning med pasienten. At veileder i ettertid reflekterer sammen med studenten kan i tillegg være et bidrag til at studenten forstår det veileder utførte, og eventuelt andre fagpersoner praktiske handlinger i situasjonen bedre. Veileder har oversikt og kan se flere sammenhenger, trekke inn ulike handlingsperspektiver fra handlingen og gi det en systematikk for studenten. Det kan også innebære å verbalt artikulere noe av det tause kunnskapen fra hendelsen i en overføringshensikt til studenten (Molander, 1996).

En av deltakerne formidlet at det ikke nødvendigvis ble tid til refleksjon i etterkant av en handling eller hendelse. Det kan handle om at veileder ikke alltid har tid og rom til å ta opp og reflektere i ettertid sammen med studenten. Dette kan forstås nærmere med Molander (1996), som skriver:

”I refleksjonen skal det man har gjort trede frem og ikke tvinges frem. Det en har gjort speiles gjennom en selv og andre. En genuin refleksjonsprosess veksler mellom innlevelse, distanse og behøver også stillhet, ro og tid” (s. 148).

Dersom ikke veileder har anledning til å reflektere over handling på et tidspunkt med studenten, kan det appellere til at studenten reflekterer over handling alene eller på en annen pedagogisk arena.

8.4 Å veilede ved å konfrontere studenten i forhold til noe ”touchy”

Et aspekt som flere av veilederne trekker frem er når studenten viser og har en måte å tilnærme seg pasient og pårørende på som veileder ikke helt synes er en akseptabel væremåte. Veilederne aksepterer at studenter er forskjellige og sykepleie kan uttrykkes på ulike måter. Det kan imidlertid oppleves vanskelig når den faglige utøvelsen er i grenseland for hva veileder selv synes er respektfull. Et eksempel som nevnes er studenten som er mest opptatt av det tekniske og elektroniske utstyret og i mindre grad fokuserer på pasienten. Et annet eksempel er når studenten har en annen tilnærings- og

samhandlingsmåte en det veileder synes er respektfullt overfor den sederte pasienten. Dette kan oppleves noe utfordrende å ta opp med studenten. Veilederne formidler viktigheten av å konfrontere studenten med begrunnelse i hans læreprosess. Veiledningen praktiseres med å komme inn på det aktuelle via en diskusjon og se tilbake på pasientsituasjonen.

”Dette er litt ”touchy”. Man har jo selv en oppfatning av hvordan man skal ivareta pasient og pårørende. Dersom du opplever at en student er veldig forskjellig fra slik som jeg synes er respektfullt, må du på et eller annet vis ta det opp(...). Du må konfrontere det. På en eller annen smidig måte peile diskusjonen inn på det. Høre om hva de synes om den situasjonen(...)og kanskje komme med råd. En må gripe fatt i det(...)man er faktisk der for å lære” (Frida).

8.4.1 Tolkning og drøfting

Deltakerne formidler ulike aspekter i studentens væremåte som kan oppleves utfordrende å veilede på, men som de forsøker å gripe fatt i.

Molander (1996) tar leseren tilbake til Kant¹² og opplysningstiden og hvordan en i den tidsalderen så på kunnskap. Det som var gjeldende var kritikk, åpenhet og argumentasjon. Åpenhet, kritikk og argumentasjon er sentrale egenskaper å ha med seg i veiledningen av studenten på intensivavdelingen. Å være veileder i intensivsykepleie handler også om å veilede innenfor områder som personlig væremåte, tilnærming og ærlighet i forhold til den kritiske syke og dens nære pårørende (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Veilederne formidler at å konfrontere studenten med hans tilnærming og væremåte kan være vanskelig fordi vi som personer er forskjellige. I lys av Kant og synet på kunnskap er min forståelse at veileder er både kritisk og åpen ved at hun griper fatt i det hun reagerer på. Veileder er troverdig og kongruent ved å poengtere hva som oppleves vanskelig og gir en tilbakemelding til studenten. Begrepet kritisk får ofte en negativ klang, men det kan og etter mitt skjønn forstås som å være analytisk og stille seg undrende til noe. Ved at veileder gir en kritisk respons gir hun studenten mulighet til å se andre alternativer for å tilnærme seg og pleie den akutt kritisk syke pasienten. Dette kan bli til læring og profesjonell vekst

¹² Immanuel Kant (1724-1804) var tysk filosof og en av de store tenkerne med mest innflytelse på moderne filosofi. Kants ideal var det selvstendige, selvstyret menneske som står fritt fra tvang og autoriteter (Bondevik & Bostad, 2003, s.107-108).

for han. Å forstå dette med Molander (1996) så handler det om at for refleksjonsprosessen skal utvikle seg må en oppdage eller *konfronteres* med hva man har gjort og hvem man er. Det kan gjøres når en situasjon, eller et menneske svarer og da reflekteres en selv gjennom andre eller gjennom hva en gjør (Molander, 1996).

Ved å vise respekt for studenten ved konstruktivt og faglig å konfrontere han med sin forståelse, er veileder bevisst sitt formelle og etiske ansvar i veiledningen (Tveiten, 2008). Da tar hun makt *i kraft* av sitt veilederoppdrag og innehar en anerkjennende og oppriktig holdning til studenten (Tveiten, 2008), selv om hun befinner seg i et asymmetrisk forhold til studenten (Tveiten, 2008). Å speile pasienten, er etter min skjønn også å sette det noe ubehagelige budskapet inn i en profesjonell og faglig ramme noe som også tilhører veilederfunksjonen. Veileder legger til rette for at studentens etiske og personlige kompetanse kan styrkes. Dersom veileder har en faglig argumentasjon innenfor yrkesfaglig moral, verdigrunnlag og forsvarlighet setter hun budskapet sitt inn i en faglighet som er viktig i yrkesfaglig veiledning. Kunnskap er først kunnskap når en forstår og har et eierforhold til kunnskapen (Molander, 1996). Viktigheten av at veileder konfronterer studenten dersom hun reagerer negativt på noe i hans væremåte er også dokumentert i forskning. I studien av Wilkes (2006) var et av funnene at en relasjonell nærhet er viktig mellom veileder og student, men ikke en nærhet som hemmet veileders ekte refleksjoner overfor studentens kompetanse.

9 Veilederfunksjonen er både givende og krevende

Veilederne formidler at veilederfunksjonen erfares som en ”både-og” funksjon. De opplever at noe ved funksjonen er givende og noe er krevende for dem.

9.1 Hva som gjør veiledningsfunksjonen givende

Veilederne formidler at det som i hovedsak gjør veilederfunksjonen givende er at den er lærerik fordi de må ”finne” deler av kunnskapen frem igjen. Veileder og student diskuterer mye fag. Veilederne formidler at studenten bidrar med ny kunnskap siden han får det nyeste gjennom teoriundervisningen. Å være veileder kan dermed bidra til å opprettholde

noe av eget kunnskapsnivå. Veilederne forteller at en gjør mye på erfaring og automatikk når en har jobbet noen år. Som veileder må en sette ord på og begrunne det en tenker og praktisk utfører.

”Tidligere kunne jeg mye til fingerspissene av anatomi, fysiologi, reseptorer og legemidler. Ved spørsmål fra studenten må en finne det frem igjen(...). Du kan opprettholde noe av eget kunnskapsnivå når du er veileder” (Hanne).

Å være veileder medfører at en blir mer bevisst hvordan en fremstår og hvordan en formidler faget. Det er skjerpene for veileder når hun har en student som observerer og tolker henne. Å være en formidler av egen kunnskap, fag og erfaring er også givende for veileder.

”Studentene gjør meg bevisste. Både i min egen måte å være på og jeg får satt ord på ting. Det gir meg veldig mye. Jeg liker å diskutere fag” (Iben).

En annen motiverende faktor er når veileder ser at ”hennes” student har blitt en dyktig intensivsykepleier. Å få positiv tilbakemelding fra studenten føles stimulerende for å stille opp som veileder ved en senere anledning. Noen av deltakerne påpeker viktigheten av å være delaktig i å utdanne intensivsykepleiere.

”Det er gøy når den nyutdannede intensivsykepleieren sier; Du var min rollemodell(...). At jeg ser at de blir dyktige intensivsykepleiere” (Janne).

Et viktig bidrag til at funksjonen erfares givende er et godt samarbeid med utdanningsinstitusjonen. Veilederne formidler noe ulike erfaringer rundt hvor tett og nært samarbeid de har med faglærerne. Det fortelles om en tidligere faglærer som var opptatt av hvordan veilederne hadde det i veilederfunksjonen samt holdt seg orientert om hvilke pasientsituasjoner studentene hadde vært delaktige i. Veilederne ser bidraget fra faglærer som viktig fordi veileder og faglærer da har en tilnærmet felles forståelse av virkeligheten på avdelingen og snakker samme språk, som en av deltakerne formidlet. Deltakeren meddeler at en felles forståelse over praksis og hva studenten skal lære seg av praktisk arbeid virker betryggende for veileder, spesielt dersom studenten viser svak måloppnåelse.

”Jeg føler hun bryr seg. Hun bryr seg om studentene. Hun hører med oss hvordan vi opplever det(...). For da snakker man på en måte samme språk. Man får kanskje et annet nærvær eller samarbeid, tenker jeg” (Frida).

En annen faktor veilederne trekker frem er at det er motiverende og lærerikt og delta på seminarer som arrangeres ved utdanningsinstitusjonen.

”Skolen la til rette for en undervisningsdag(...). Det var veldig positivt. Ikke spør meg hva vi hadde undervisning om(...). Det var bra. Jeg tenkte; Nå er jeg klar igjen. Nå kan jeg ha student igjen. Jeg hadde kjempelyst(...). Det er viktig med påfyll” (Janne).

9.1.1 Tolkning og drøfting

Studiens funn viser at det er flere elementer ved veilederfunksjonen som er givende og en motiverende faktor for veilederne. At veileder må diskutere fag med studenten kan forstås dit hen at veileder må øke bevisstheten på hva hun verbalt formidler som utøvende sykepleier. Det kan være bruk av sykepleiefaglig terminologi og begrunnelse. Veileder trenes i å verbalt artikulere kunnskapen som kan medføre at hun henter frem og *”frisker opp”* noe av kunnskapen som har lagt seg i dvale og der noe muligens har gått over til taus kunnskap. Den verbale formuleringen fra veileder til student tvinger henne til å bli mer presis og klar, og det er nyttig for henne selv (Fagerland, 2005).

Studien av (Moseley & Davies, 2007) fremkommer det at 81 % av veilederne mente at studenten bidro til at de holdt seg faglig oppdaterte. Det var 69 % som meddelt at de selv lærte mye av å være veileder. Dette var en av de mest givende og motiverende faktorene ved å være veileder. At veilederfunksjonen ga mulighet for utvikling for egen fagligkompetanse fremkom også i studien til Wangen et al. (2010).

Min studie viser at veilederne også blir mer oppmerksom på hvordan hun utfører arbeidet sitt på veiledningsarenaen, og den økte bevisstheten kan oppleves positivt. Å være veileder kan forstås som at hun er i en slags fremvisning for studenten og samtidig for andre kollegaer på avdelingen. At en økt bevissthet på egen væremåte overfor studenten erfares givende, kan forstås som et ledd i veileders eget tilskudd i læring og utvikling, både

innefor veiledning og sykepleie. Dette kan forstås i samsvar med noen av funnene i studien til Wolak et al. (2009), der veilederne formidlet at det å være veileder medfører et ekstra ansvar for at en tenker gjennom hva en gjør og hvordan en fremstår selv. Veilederne var også bevisst hvordan andre kollegaer oppfattet det som skjedde på pasientenheten. Denne bevisstheten på egen væremåte, opplevde dem som positivt.

At veilederen får positive tilbakemeldinger fra studenter kan tyde på en bekreftelse om at veileders praktiske kunnskap både innenfor sykepleie og veiledning er håndtert og gjennomført på en måte som studenten har lært og vokst på.

Veilederne formidler at et godt samarbeid mellom utdanningssituasjonen og avdelingen er betydningsfullt for veileder. Det kan tolkes dit hen at veilederne har behov for å være i et fungerende samarbeidende nettverk rundt studenten når han er i klinisk praksis. Samarbeidet kan være en støtte, dialogpart samt en kvalitetssikring for veileder i sin veiledning og vurdering av studentens faglige kunnskap og forståelse. Det kan handle om å ha en felles forståelse over virkeligheten på intensivavdelingen samt innenfor det å følge opp studenten i praksis. At samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og veilederne i praksis er viktig for veilederne for å styrke deres veiledningspraksis fremkommer også i forskningsstudier (Hautala et al., 2007).

At veilederne synes at undervisning på seminarer ved utdanningsinstitusjonen er givende kan tyde på at det er lærerikt og stimulerende å få eksempelvis undervisning og delta i diskusjoner innen veiledningsfaget. Studier viser at dersom veileder utvikler sine kunnskaper og egenskaper innen veiledning, vil det også være givende for den veiledningen studenten mottar (Hautala et al., 2007; Wilkes, 2006; Wolak, et al., 2009).

9.2 Hva som gjør veilederfunksjonen krevende

Selv om samtlige veiledere synes det å være veileder stort sett er givende, formidler også samtlige at veiledning kan være krevende. Det er flere faktorer som kan medføre at funksjonen erfarer krevende. Et meget sentralt funn og som trekkes frem av samtlige deltakere, er *mangel på tid* til veiledning. Tidsmangelen sees i relasjon til den funksjonsmessige ustabile pasienten. Veileder får ikke tid og rom til å vise og forklare

studenten når hun i hovedsak kun må prioritere og fokusere på direkte pasientpleie. Tiden strekker ikke til slik at veileder og student kan fordype seg i enkeltdeler av pleien og dette kan bli et dilemma for veilederen. Veilederne forteller at det er gjennomgående at vaktene er travle og at de har mye å gjøre i pasientpleien. Veilederne er også alene med pasienten og studenten. Unntaket er når pasienten er et barn. Da var regelen på begge sykehus at de var to intensivsykepleiere. Noen veiledere forteller om stor arbeidsmengde i pleien som medfører at veileder heller ikke får avløser for å delta på veilednings- og evalueringssamtaler sammen med student og faglærer.

”Det er krevende dersom en har en kompleks pasient. Jeg har jo oversikten. Det med tidsperspektivet og jeg ser hva som må og bør gjøres. Det er et dilemma å ikke slippe studenten til så mye. Det er så travelt. Det er ikke rom til å sitte ned og prate så mye”(Janne).

”Det kan kjennes slitsomt når pasienten er kjempedårlig og du ikke får gitt studenten noe. Du har ikke tid til å ha fokus på studenten i det hele tatt. Da hadde det ideelle vært å være to intensivsykepleiere slik at jeg kunne sagt hvorfor jeg gjør det og hva som er viktig å prioritere nå” (Hanne).

Veilederne formidler at å veilede er et tilleggsoppdrag som også kan medføre at en ikke får gjort alt som er planlagt i løpet av vekten. Veiledningen av studenten tar generelt ekstra tid og det økte tidsforbruket kan bli krevende over tid. Konsekvensen kan bli at veileder overtar gjøremål fra studenten slik at vaktens pleieprogram blir gjennomført.

Veilederne formidler at uten studenten tilstede hadde de gjennomført deler av sykepleien raskere. Når studenten selv skal utføre handlinger bruker han også kanskje lengre tid.

Veilederen Guri fortalte at hun *”kunne bli stresset når studenten arbeidet sakte”*.

”I perioder jobber man litt raskere uten student. Du får ting unna(...)Det er litt ekstra, uansett hvordan en snur og vender på det. En bruker lengre tid på ting når studenten er med” (Frida).

En annen faktor som kan medføre at veilederfunksjonen oppleves krevende er når studenten ikke tar ansvar for egen læring, er engasjert og aktiv i studentrollen. I følge veilederne viser studenten heller mer passivitet og har en oppfatning av at veileder i hovedsak skal bidra mest med kunnskapsformidling til han.

”Jeg har møtt studenter som ikke har fungert så bra(...). Det er ikke alltid de er klar over at de må hente frem sine egne ressurser. De tror de skal få servert alt av oss(...). De må innse at det er de som må gå veien. Det er ikke vi som skal vise dem alt” (Guri).

Veilederne formidler at studenten med svakere læringskurve kan også være krevende å være veileder for. Det handler om ansvaret for å få fanget opp, vurdere studentens fagforståelse samt håndteringen av det kan være utfordrende.

”Ja, noen ganger er det krevende. Det beror på hvilken student jeg får(...). Noen ganger har det vel vært litt sånn på grensen at de burde valgt det yrket, og så er det å få gjort noe med det da(...). Det er krevende når det er en svak student (Janne).

Veilederne forteller at veilederfunksjonen kan være krevende når veileder føler seg alene i veiledningen av studenten og det er lite ressurser fra utdanningsinstitusjonen. Studenten skal lære seg mange og komplekse områder i den praktiske pleien og mye av ansvaret blir lagt på veilederne. Når studenten viser svak læringskurve kan ansvaret kjennes tyngre, og samarbeidet med faglærer er viktigere. I tillegg er det krav om skriftlig dokumentasjon på studentens faglige forståelse. Veilederne ser at det er hverdagen å ha student, men synes uansett oppdraget blir for lite verdsatt. Det gis heller ikke økonomisk tilskudd for å være veileder.

”Jeg synes mye blir lagt på oss praksisveiledere. Det er lite ressurser fra høyskolene. Jeg strevde litt når studenten var veldig svak. Jeg følte meg alen (...). Det er veldig mye de skal igjennom. Mye teknisk apparatur som de ikke bare kan stå i klasserom å få studenten til å forstå(...). Vi får ingen ting igjen for det, økonomisk(...). Det å være veileder blir ikke verdsatt i dette systemet” (Guri).

9.2.1 Tolkning og drøfting

Ut fra studiens funn kan det synes som at *mangel på tid* til veiledning er den faktoren som gjør veilederfunksjonen mest krevende. Veilederne ser i hovedsak tidsmangelen i kombinasjon med den funksjonsmessige ustabile pasienten som fordrer deres tid, oppmerksomhet og praktiske handlinger. Slik jeg tolker veilederne kan direkte og konsentrert pasientarbeid fortrenge noe av muligheten for å ha oppmerksomheten også på veiledningen av studenten. Tiden renner ut i det primære oppdraget, pasientpleien.

Konsekvensen av å ikke få utføre veiledningen etter intensjonene kan da over tid kjennes som en belastning.

Konflikten med tiden og belastningen det kan medføre støttes også i flere forskningsstudier (Andrews & Wallis, 1999; Coates & Gormley, 1997; Hautala et al., 2007; Kvangarsnes et al., 2010; Moseley & Davies, 2007; Omansky, 2010; Wilkes, 2006). Disse studiene viser at veilederne har gode intensjoner for veilederfunksjonen, men tiden strekker ikke til slik at veilederne får praktisere veiledningen slik de ønsker. Det fortelles at arbeidsdagene er travle og sykepleierne har knapp nok tid til pasientene. Konsekvensen er at studenten får ta mindre ansvar i situasjonen samt at veileder og student ikke får reflektere og diskutere sammen. Å ikke ha tid til veiledningen blir da et dilemma som veilederne opplever er vanskelig å løse.

Tidsforlengelsen som blir i forhold til om studenten selv utfører eller ved at veileder viser og forklarer, kan ha sammenheng med at planlagte gjøremål kan forskyves på vekten. Arbeidet blir liggende et hakk bak i forhold til planen i en hverdag der en helst skal ligge et hakk foran i tilfelle noe uforutsett skulle skje med pasienten. Slik jeg tolker veilederne kan dette bli belastende over tid. Mine funn kan tolkes i samsvar med forskningen, som viser en sammenheng mot det å bli overarbeidet, slitne og kjenne på stress av å ha et veiledningsoppdrag i tillegg til pasientansvaret (Lundestad & Oddvang, 2007; Hautala, et al., 2007). I forhold til mine funn samt "kvantiteten" av dette i forskningen, så tilsier det at tiden til veiledning er en stor utfordring.

En undring og verdt å reflektere over, er om tempoet som kjennetegner intensivavdelingen der mye også skal avgjøres og gjennomføres veldig rask, muligens i enkelte tilfeller bli et lite hinder i hverdagen og dermed også i veiledningen av studenten.

Studenten som ikke fremstår helt i forhold til veileders forventninger er også blant funnene som kan bli krevende for veilederne. Å forstå dette nærmere ved hjelp av Gadamer (2010), kan en se det slik at to horisonter har ikke helt fått en felles horisontsammensmelting.

Denne studien viser at studenten som tar ansvar for egen læring, har en positiv innvirkning for veiledningens praksis. Det veilederne her formidler kan sees i sammenheng med en form for relasjonelle utfordringer mellom veileder og student. Det beskrives også i

forskningen (Moseley & Davies, 2007; Wilkes, 2006), som viser blant annet at relasjonelle utfordringer i veileder – student relasjonen kan medføre at veilederne blir slitne og synes at veilederfunksjonen er vanskelig.

Lauvås og Handal (200) sier at veiledning er en krevende virksomhet. Tveiten (2001) skriver at relasjonelle utfordringer i veiledning kan oppleves utfordrende når personer har andre normer, verdier og egenskaper enn en selv har som veileder. Tveiten anbefaler da å legge til rette for studentens oppdagelser ved å stille han åpne spørsmål med fokus på hans kunnskaper, holdninger og verdier. Hensikten handler om å gi studenten mulighet for faglig refleksjon og det å selv oppdage det nye og muligheter for endring (Tveiten, 2001). Min studie viser nettopp at den erfarne veilederen kan konfrontere studenten i et faglig perspektiv, dersom hun ikke er fortrolig med hans væremåte.

Min studie viser at veilederne kan erfare veilederfunksjonen krevende når studenten viser svak læringskurve samt at det kan kjennes utfordrende å gjøre noe med det. Dette samsvarer med funn i forskningsstudier. Studiene viser at veilederne synes det er mye studenten skal lære seg i praksis og det kjennes tyngre når studentens har utfordringer i sin læreprosess. I tillegg synes veilederne det er vanskelig å ta tak i dette fordi det kan medføre at studenten får avbrekk i studiet. Ved slike utfordringer i veilederfunksjonen trenger veilederne støtte og hjelp til å håndtere det (Hautala et al., 2007; Wilkes, 2006).

Min studie viser i tillegg at veilederne kan føle seg alene i veiledningen av studenten og at dette kan bli krevende. Veiledningsoppdraget er ansvarsfullt og forpliktende i lys av at studenten skal lære seg mye nytt samt få kompetanse innenfor mange komplekse områder i intensivsykepleien. Noe lignende er å se i forskningen. Veilederne savner støtte og system i funksjonen samt hvordan de skal mestre veiledningen parallelt med andre oppgaver de har (Hautala et al., 2007; Omansky, 2010). Studier viser også at behovet for et tettere samarbeid mellom alle som er involvert i studentens læring er viktig både for veiledere og studenter (Andrews & Wallis, 1999; Löfmark et al., 2009).

Funnene i min studie samt forskningsfunn kan tyde på at det er behov for bedre samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og veilederne i klinisk praksis. Det kan tolkes som at samarbeidet kan gjøres tettere og inneholde elementer som styrker veileders kompetanse i

veiledning i tillegg til samarbeid om studentens læring. Dette kan bli spesielt viktig når studenten viser svak læringskurve. Dette bla. for å sikre at studenten oppnår videreutdanningens hovedmål og dermed sikrer samfunnets behov for kompetente intensivsykepleiere (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

10 Avsluttende betraktninger og refleksjoner

I dette kapitlet presenteres først en oppsummering av studiens funn. Deretter presenteres avsluttende betraktninger og refleksjoner basert på noen av studiens sentrale funn.

10.1 Oppsummering av studiens funn

Denne studien viser noen grunnleggende faktorer som har betydning for hvordan veiledningen av studenten praktiseres; Veiledningen må prøve å flettes inn sammen med sykepleien som utøves og ved å samarbeide med studenten. Pasientens tilstand har betydning for hvordan veiledningen praktiseres, likeså har studentens væremåte på veiledningsarenaen. At veileder kjenner egen trygghet i pasientsituasjonen har også betydning for veiledningens praksis.

Når veiledning og sykepleie lar seg flette godt sammen praktiseres veiledningen; Ved å være rollemodell, la studenten selv få utføre praktiske handlinger, veileder stiller studenten spørsmål, hun henter faglig frem på til studenten samt veileder ved å gi han tilbakemelding.

Når noe på veiledningsarenaen blir særskilt utfordrende praktiseres veiledningen; Ved at veileder "kun jobber" i pasientpleien og studenten kan være observatør eller få delegert enkelte oppgaver. Veileder har ikke tid og rom til å vise og forklare. Veiledningen kan praktiseres uten at det kommuniseres mye på veiledningsarenaen, en stillere veiledning. Veiledningen praktiseres også ved refleksjon over en handling/hendelse og den kan praktiseres ved at veileder konfronterer studenten med noe hun reagerer negativt på.

Studien viser at veilederfunksjonen kan erfares både som en givende og en krevende funksjon. Det som gjør funksjonen givende er i hovedsak at veilederne lærer selv og blir

bevisst hvordan de fremstår for studenten. Det som erfares krevende er mangel på tid til veiledning, studenten som ikke tar ansvar for egen læring eller, viser svak læringskurve samt når veileder kjenner seg alene i veilederfunksjonen.

10.2 Hvordan definere veiledning av studenten på intensivavdelingen?

Min forståelse for denne studiens funn er at veilederne er meget aktive og viser både pedagogisk og profesjonell kompetanse innen veiledning av studenten i kombinasjonen med pasientpleien. Det kan tydes med bakgrunn i at de fyller veiledningsfunksjonen med et stort antall anerkjente veiledningsmetoder som blant annet demonstrasjon, visning, forklaring, begrunnelse, utfordring, og refleksjon (Tveiten, 2008). De stimulerer og aktiviserer studenten ved å la han være aktiv i pasientpleien, ta selvstendig ansvar samt at det stilles faglige krav til studenten. De håndterer i stor grad å praktisere både en aktiv og studentrettet veiledning og håndterer dermed begge fagfunksjonene.

Ut fra dette kan en forstå og trekke konklusjonen at veilederne praktiserer veiledningen i hovedsak etter kjente teoretiske modeller og idealer som mester-læringmodellen og handings- og refleksjonsmodellen (Lauvås & Handal, 2000; Tveiten, 2008).

Men, på en annen side viser studien at veiledning på få kvadratmeter på en intensivhet kanskje ikke er den helt ideelle veiledningsarena. Studien viser også at veilednings praksis kan på en måte forstås like uforutsigbar som hverdagen på intensivavdelingen. Veilednings praksis kan endres noe i tråd med akutte og absolutt livstruende faser og hendelser med pasienten, travel vakter eller når det skal tas faglig-etiske prioriteringer og hensyn i pasientpleien.

Mine refleksjoner handler om spørsmålet vedrørende om veiledning på intensivavdelingen delvis kan defineres på en annen måte, enn det som henvises til i generelle teoretiske modeller om veiledning. Det handler om å justere ”definisjonen” tilpasset virkeligheten og det uforutsigbare som kan inntreffe for veileder og student på veiledningsarenaen.

Tveitens definisjon på veiledning (jfr. s.13) ”treffer” etter mitt skjønn langt på vei hva min studie finner av hvordan veiledningen praktiseres på veiledningsarenaen.

Det som ikke helt harmonerer med definisjonen er veiledningens praksis når veileder ”*kun jobber*” og den ”*stillere veiledningen*”. Ved at veileder ”*kun jobber*” foregår det mye demonstrasjon og kommunikasjon, men den trenger ikke være rettet mot studenten og det å ha den lærende i fokus. Ved en ”*stillere veiledning*” foregår det minimalt med kommunikasjon og dialog, og den foregår mest sannsynlig i hovedsak rettet mot pasient og pårørende.

Mitt anliggende er at den interaktive dialogen fremheves ofte i teori og modeller om veiledning (Lauvås & Handal, 2000;Tveiten, 2008).

Min studie har også avdekket fleksible, idérike og tilpassende veiledere med tanke på å opprettholde og praktisere veiledning av studenten når eksempelvis pasientens liv er i en særdeles livstruende fase, og de arbeider i skjæringspunktet mellom liv og død. Veilederne viser dermed et ytterligere mangfold i veiledningsmetoder, selv *uten dialogen* og den direkte rettetheten mot studenten.

Jeg tolker dette som at veilederne også her ivaretar ”mutasjonen” mellom veiledning og sykepleie og at de praktiserer en pedagogisk, faglig og profesjonell veiledning. I tillegg til at veiledningen av studenten virker heller ikke negativt inn på pasient og pårørende der det eksempelvis skal tas etiske og menneskelig hensyn.

Den pedagogiske, faglige og profesjonelle veiledningen ligger i å gjøre de faglige og moralske riktige prioriteringer i pleien. Den ligger i å utføre livbergende behandling til pasienten. Veilederne i min studie sier også at i slike situasjoner som beskrevet ovenfor, er det mye læring. Det jeg imidlertid er litt usikker på, er om veilederne alltid ser at det i særskilte situasjoner også muligens kan kalles veiledning?

Med utgangspunkt i Lauvås og Handal (2000) utsagn om viktigheten av å forstå konteksten der veiledningen finner sted, kan en kanskje tillate seg å se at ulike alternative veiledningsmetoder også kan inkluderes som veiledningen av studenten. Dette selv om en ”*kun jobber*” og ”*stillere veiledning*” ikke er like godt befestet i veiledningsmodeller og litteratur. En kan velge å se det som at veiledningsmodellene utfordres noe i lys av

empirien fordi hverdagen på intensivavdelingen ikke bestandig arter seg slik som mesterlæringsmodellen eller handlings- og refleksjonsmodellen.

Å inkludere andre alternative veiledningsmetoder inn i defineringen av veiledning på intensivavdelingen, kan med Benner (2010) kalles å skreddersy veiledningen ut fra den enkelte pasientsituasjonen. Veiledning skal fremdeles være en pedagogisk, formålstjenelig og profesjonell virksomhet (Lauvås & Handal, 2000), men det utelukkes ikke etter mitt skjønn ved å endre noe av tenkningen rundt hva veiledningen kan være på denne arenaen.

Et annet grunnlag som kan sees i lys av overnevnte undringer, er at veiledningsarenaen er liten i fysisk størrelse og veileder og student har en nærhet gjennom vekten og praksisperiodene. Nærheten er også essensiell i veiledning i følge Tveiten (2008). Dette kan løftes frem som en mulighet og en fordel med tanke på min undring i hvordan definere veiledning på intensivavdelingen. Til sammenligning viser studier fra grunnutdanningen i sykepleie at studenter ofte opplever at de går mye alene i praksis uten veileder (Kvangarsnes et al., 2010). For studenten i videreutdanning er mesteparten av den praktiske kunnskapen studenten skal lære seg å finne innenfor denne veilednings- og læringsarenaen. I følge Kvangarsnes et al. (2010) har også studenten i videreutdanning lettere tilgang til ekspertene enn studenten i grunnutdanningen.

Den *fysiske kontinuerlige* nærheten mellom veileder og student kan medføre at veileders praktiske kunnskap viser seg lettere og gjøres raskere eksplisitt for studenten til tross for at veileder ikke alltid har tid eller rom til å forklare og begrunne i situasjonen. Veileder og student er likevel tett sammen i sin forpliktende relasjon. Veiledningsarenaen er fylt av veiledning og kunnskapsoverføring til studenten, men en må muligens bare se og tenke litt annerledes på det. Veiledning kan være en utfordrende praktisk virksomhet og begrepssette (Lauvås & Handal, 2000). Veiledningens praksis bør kanskje være en praksis som beveger seg mellom en veileder som er aktiv med å vise og forklare og begrunne og en veileder som av og til bare kun må vise og ikke være del av en produktiv dialog.

De veiledningsmetodene veileder har, er basert på det hun har til rådighet og mulighet for gjennom sine to funksjoner der pasienten er kontinuerlig tilstede. En kan velge å se det slik

at veileder må ha en beredskap for alternative veiledningsmetoder dersom pasientsituasjonen fordrer det. Veiledningens ulike metoder kan sees på som utfyllende i stedet for å tenke at det er tap av veiledning. Dette kan muligens føre til en åpning i tolkningen og defineringen av veiledningens praksis av studenter på intensivavdelingen.

10.3 Kan en se noe annerledes på tidsmangelen i veiledningen?

Denne studien viser i samsvar med forskning at mangel på tid til en aktiv veiledning er den faktoren som i hovedsak fører til at veilederne synes veilederfunksjonen kan bli krevende og at de blir slitne. Mangel på tid sees i hovedsak i samband med den funksjonsmessige ustabile og absolutt livstruende syke pasienten eller at det generelt er mye å gjøre i pleien.

Dersom en velger å tolke og justere ”definisjonen” på veiledning slik som beskrevet ovenfor, kan en kanskje tillate seg å spørre om tiden strekker til i større grad enn tidligere antatt?

Denne studien skal ikke konkludere sterkt på overstående spørsmål, kun forsøke vise en undring til ulik forståelse som kan bringes med videre.

Dersom svaret er ”ja”, kan det eventuelt bidra til å minske utfordringen for veilederne i forhold til mangel på tid til samtidig å veilede studenten. Dersom synet på hva som kan defineres inn som veiledning endres noe, vil det forhåpentligvis være avlastende i seg selv for veileder.

Dette betyr ikke at veileder skal praktisere veiledningen med kvaliteter som tydelige forklaringer, demonstrasjoner, begrunnelser og utfordringer. Heller godta at veilederfunksjonen kan fylles med og veksles mellom ulike virkemiddel ut fra de forutsetninger som veiledningsarenaen gir. Virkemidler som etter mitt skjønn også kan kalles pedagogiske, er formålstjenelige og profesjonelle (Lauvås & Handal, 2000).

Dersom svaret er ”nei”, er mangel på tid en reell utfordring. Da kan spørsmålet om for få intensivsykepleiere i de pasientsituasjoner som er ressurskrevende stilles. Det ideelle kan her være å være to intensivsykepleiere sammen med student, som vil kunne ha en positiv

betydning med tanke på å få tid og mulighet til veiledning, ikke bare sykepleie. Dersom ikke denne løsningen lar seg gjennomføre, kan spørsmålet om å skifte til en mindre ressurskrevende pasient stilles. Denne løsningen ble også formidlet av en av studiens deltakere.

Dersom kvantiteten er slik at tiden ikke strekker til for en pedagogisk, profesjonell og formålstjenelig veiledning samt refleksjon over erfaringer, bør kanskje også andre måter å organisere veiledningen vurderes i samarbeid med utdanningsinstitusjonen. Dette spørsmålet stilles også i forskningsstudier (Andrews & Wallis, 1999; Hautale et al., 2007; Moseley & Davies, 2007). Et eksempel her er refleksjonsgrupper eller nettverk der veiledere, studenter og lærere er samlet for å reflektere over erfaringer fra praksis (Lindahl & Norberg, 2002; Mæhre & Storli, 2011). I tillegg er det viktig at ledere ved intensivavdelingene støtter og har innsikt i hva veiledning av studenten omhandler. Det er viktig at veilederen gis mulighet til å praktisere en formålstjenelig veiledning av fremtidens nye intensivsykepleiere i tråd med Rammeplanens krav om kompetente intensivsykepleiere (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

11 Etterord

Studien har tatt for seg problemstillingen; Hvordan praktiserer intensivsykepleieren veiledningen av studenten i en kompleks og hektisk hverdag? Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren fra veilederfunksjonen?

Via et hermeneutisk perspektiv har fem intensivsykepleiers rike beskrivelser og erfaringer vært gjenstand for analyse, tolkning og drøfting. Fire hovedtemaer viser en tilnærmet helhetsforståelse av hvordan veiledningen av studenten praktiseres på intensivavdelingen samt hvilke erfaringer veilederne har fra veilederfunksjonen.

Studien har gitt både bekreftelser, nye innsikter og forståelse angående studiens spørsmål. Jeg kan dermed si at studiens formål er oppnådd ved at økt kunnskap er ervervet. Selv om studien ikke er generaliserbar, kan den vise hvordan veiledningen i hovedtrekk praktiseres og hvilke erfaringer veilederne har med veilederfunksjonen når veiledning og sykepleie må flettes sammen. Dette håper jeg andre enn meg kan dra nytte av og bruke i sin praksis.

De nye undringer som har fremvokst gjennom studien i forhold til hvordan ”definere” veiledning på intensivavdelingen, og ut fra dette eventuelt se annerledes på tidsmangelen, har stimulert nysgjerrigheten og interessen til videre undringer og faglige utforskninger. Et videre spørsmål kan være å undersøke studentens opplevelse og erfaringer av å lære innefor få kvadratmeter på intensivavdelingen. Kan en se noen sammenheng mellom det veilederne formidler og studentens erfaringer på veiledningen de mottar?

Intensivsykepleieren vil mest sannsynlig ikke få mindre å gjøre i fremtiden i pleien av intensivpasienten. Intensivmedisinsk forskning og behandling tar stadig nye vendinger som vil medføre at sykepleierne må holde seg oppdatert både innenfor vitenskapelig og praktisk kunnskap. Som en anbefaling til de som veileder studenter i klinisk praksis kan utdanning innen pedagogisk veiledning anbefales. Dette studiet er et etablert tilbud ved flere høyskoler og universiteter. Studenten på sin side vil mest sannsynlig også få mer å lære seg av avanserte teoretiske og praktiske kunnskaper. Av disse grunnene er det viktig også i fremtiden å støtte opp om både veiledere og studenter.

Referanseliste

- Adam, S. K. & Osborne, S. (2000). *Intensiv sygepleje. Viden og praksis*. Odense: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Andrews, M. & Wallis, M. (1999). Mentorship in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), p. 201 – 207.
- Bengtsson, J. (2006). I J. Bengtsson (red.), *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. (s. 13 – 58). Kristiansand: HøyskoleForlaget.
- Benner, P., Sutpen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010). *Å utdanne sykepleiere*. Oslo: Akribe.
- Bondevik, H. & Bostad, I. (2003). *Tenkepauser. Filosofi og vitenskapsteori*. Oslo: Akribe. Forlag.
- Coates, V. E. & Gormley, E. (1997). Learning the practice of nursing: views about preceptorship. *Nurse Education Today*, 17, p. 91 – 98.
- Coffey, A. & Atkinson, P. (1996). Making Sense of Qualitative Data. Complementary research Strategies. *Thousand Oaks, CA: Sage*.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nystrom, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Delmar, C. (2006). *Tillid & Magt*. København: Munksgaard Dammark.
- Fagerland, T. (2005). Å tenke skriftlig over fortellinger fra praksis. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. Vol. 1, nr. 1.
- Flaatten, H. & Søreide, E. (2010). Intensivmedisin i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, nr. 2. s. 166 – 168.
- Fredriksen, D. S-T. & Svensson, T. (2009). Fra ”lært kropp” til ”ulært kropp” – om overføring av erfart kunnskap fra intensivsykepleier til student i kliniske veiledningssituasjoner. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 1.
- Gadamer, H-G. (2010). *Sannhet og metode*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105 – 112.
- Grimen, H. (2008). I A. Molander & L. I. Terum (red), *Profesjonsstudier*. (s.71 – 86, 197 – 232). Oslo: Universitetsforlaget

- Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (2005). I T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (red), *Intensivsykepleie*. (s. 41 - 55).Oslo: Akribe.
- Hautala, K. T., Saylor, C. R. & O’Leary-Kelly, C. (2007). Nurses’ Perceptions of Stress and Support in the Preceptor Role. *Journal for Nurses in Staff Development*, Vol. 23, Nr. 2, 64 – 70.
- Heggen, K. (2008). I A. Molander & L. I. Terum (red), *Profesjonsstudier*. (s. 321 – 332). Oslo: Universitetsforlaget.
- Holmsen, T-L. (2010). Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden*, nr. 1. 95.0 NO.1 pp 24 - 28.
- Johannessen, G. (1999). Intensivsykepleier – en klinisk utøver i en intensiv og kompleks hverdag. *Nye Fagospet*, nr. 2.
- Klepstad, P. (2010). Intensivmedisin og dens utfordringer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr.1. Leder.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvangarsnes, M., Vasset, I. & Fylling, G. (2008). Læring i praksisfellesskap i intensivavdelinga. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. Nr. 2.
- Kvangarsnes, M., Hagen, B. & Fylling, G. (2010). Kva skjer i praksisstudiet i somatiske sengeavdelingar? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Nr. 1.
- Lauvås, P. & Handal, G.(2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen
- Lindahl, B. & Norberg, A. (2002). Clinical group supervision in an intensive care unit: a space for relief, and sharing emotions and experiences of care. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 809 – 818.
- Lloyd-Jones, N. (1993). The lecturer practitioner role and the development of intensive care nursing practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, 9, 232 – 236.
- Lundestad, R. & Oddvang, T. K. (2007). Du må være på hugget som sykepleierstudent for å lære i praksis, En modell for veiledning i sykehuspraksis. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 2.
- Löfmark, A., Morberg, Å., Öhlund, L. S. & Ilicki, J. (2009). Supervising mentors’ lived experience on supervision in teaching, nursing and social care education. A participation-oriented phenomenological study. *High Education*, 57, p. 107 – 123. DOI: 10. 1007/s10734-008-9135-3.
- Løgstrup, K-E. (2008). *Den etiske fordring*. Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano.

- Martinsen, K. (1993). *Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: Tano.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Moseley, L. G. & Davies, M. (2007). What do mentors find difficult? *Journal of Clinical Nursing*. 17, p. 1627 – 1634.
- Mæhre, S. K. & Storli, S-L. (2011). Refleksjonsgrupper for sykepleierstudenter i klinisk praksis. En læringsarena for dannelse mellom teori – og praksisfelt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Nr. 1. 7 årgang.
- Olsen, H. (2003). Gode kvalitative interview med ”rigtige” informanter? *Sosiologisk tidsskrift*. Nr. 2.
- Omansky, G. L. (2010). Staff nurses’ experiences as preceptors and mentors: an integrative review. *Journal of Nursing Management*. 18, p. 697 – 703.
- Paulgaard, G. (1997). I I. Fossaskaret et al. (red). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. (Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler?). Oslo: Universitetsforlaget.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing Evidence for Nursing Practice* (8. utg.). Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/lippincott Williams & Wilkins.
- Reggelsen, B. & Nissen, L. K. (2005). I H. Brøbecher & U. Mulbjerg (red), *Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence*. (s. 177 – 198). København: Munksgaard Danmark.
- Roelsgaard, B. & Sørensen, S. W. (2005). I H. Brøbecher & U. Mulbjerg (red), *Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence*. (s. 151 – 176). København: Munksgaard
- Rognhaug, B. (1996). I V. Bunkholdt m.fl., *Kunnskap er omsorg. Sosialisering og skikkethet i profesjonsutdanningene*. (s. 69 – 87). Oslo: Tano.
- Ryen, A. (2006). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Stokland, O. (2005). *Kardiovaskulær intensivmedisin*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Stoll, C., Schelling, G., Goetz, A.E., Kilger, E., Bayer, A., Kapfhammer, H. P., Rothenhäusler, H-B.,...Peter, K. (2000). Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 120, p. 505 – 512.

- Storli, S-L., Lindseth, A. & Asplund, K. (2007). Being somewhere else"- delusion or relevant experiences? A phenomenological investigation into the meaning of lived experiences from being in intensive care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2, p. 144 – 159.
- Storli, S-L., Lindseth, A. & Asplund, K. (2008). A journey in quest of meaning: a hermeneutic – phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care*, 13 (2), p. 86 – 96.
- Stubberud, D-G. (2005). I Gulbrandsen, T. & D-G. Stubberud (red), *Intensivsykepleie*. (s. 56 – 62). Oslo: Akribe.
- Sveneaus, F. (2005). *Sykdommens mening – og møtet med det syke menneske*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Swinny, B. (2010). Assessing and Developing Critical-Thinking Skills in the Intensive care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, Vol. 33, No.1, pp. 2-9.
- Thagaard, T.(2009). *Systematikk og innlevelse*. (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2001). *Pedagogisk sykepleierpraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2008). *Veiledning – mer enn ord*. (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Wangen, M-G., Torjuul, K. & Sørлие, V. (2010). Hva praksisveiledere vektlegger i vurderingen av sykepleierstudentenes kliniske kompetanse – en kvalitativ intervjuundersøkelse. *Vård i Norden*, No. 98 Vol. 30 No. 4 pp 43 – 47.
- Westad, K-J. (1999). God praksislæring avhenger av en god kontaktsykepleier. *Tidsskriftet Sykepleien*, nr. 5.
- Wilkes, Z. (2006). The student – mentor relationship: a review of the literature. *Nursing Standard*, (20) 37, p. 42 – 47.
- Wolak, E., Mccann, M. & Madigan, C. (2009). Perceptions Within a Mentorship Program". *Clinical Nurse Specialist*, 23. Nr. 2.
- Øyri, A. (2003). *Norsk medisinsk ordbok*. (7. utgåva). Det Norske Samlaget.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Bente Ervik
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 31.08.2010

Vår ref: 24834 / 3 / IBH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.08.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

24834	<i>Intensivsykepleieren i en kompleks hverdag med pasient og student</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bente Ervik</i>
<i>Student</i>	<i>Björg Nilsen Barge</i>

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

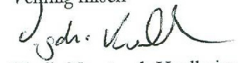
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Ingvild Bergan

Kontaktperson: Ingvild Bergan tlf: 55 58 32 32
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Björg Nilsen Barge, Conrad Holmboesv. 47 B, 9011 TROMSØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Utvalget består av 4-8 intensivsykepleiere. Førstegangskontakt med utvalget opprettes av seksjonsleder ved de aktuelle avdelingene. De som er interessert i å delta tar så selv direkte kontakt med studenten, Bjørg Nilsen Barge. Datamaterialet samles inn ved personlig intervju, som det gjøres lydopptak av. Lydopptakene behandles elektronisk.

Utvalget mottar muntlig og skriftlig informasjon, og det innhentes skriftlig samtykke. Informasjonsskrivet, som ble registrert 24. august 2010 anses tilfredsstillende utformet, forutsatt at uttrykket "avidentifisert" endres til "anonymisert" i redegjørelsen for hvordan datamaterialet anonymiseres når oppgaven er avsluttet (på side 2 av informasjonsskrivet).

Det forutsettes at det ikke behandles opplysninger som er undergitt taushetsplikt.

Det forutsettes at bruk av privat pc er i overensstemmelse med Universitetet i Tromsø sine interne retningslinjer for informasjonssikkerhet.

Ved prosjektslutt, og senest innen 30. juni 2011, anonymiseres datamaterialet. Ombudet minner om at med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte eller indirekte.

Seksjonsleder XXXX
Intensivavdelingen
Universitetssykehuset i XXXX

Tromsø, 24.08.10

Forespørsel om å få gjennomføre intervju av intensivsykepleiere, samt hjelp til rekruttering av informanter ved avdelingen.

Takk for hyggelig telefon samtale og for at jeg får sende denne forespørselen til Dem og Deres intensivavdeling.

Jeg er utdannet intensivsykepleier og har siden 2001 vært ansatt som faglærer ved videreutdanningen i intensivsykepleie, som nå er ved Universitetet i Tromsø (UIT). Siden høsten 2008 har jeg vært mastergradsstudent i helsevitenskap, Institutt for Helse og Omsorgsfag, UIT og denne høsten skal jeg gå i gang med min masteroppgave.

Tema for masteroppgaven er:

Intensivsykepleieren i en kompleks hverdag med pasient og student

Problemstillingen er:

Hvordan erfarer du å være veileder for studenten i videreutdanning i den komplekse hverdagen på intensivavdelingen?

Hvordan utøver intensivsykepleieren veilederfunksjonen?

Jeg ønsker altså å fordype meg innenfor hverdagen til intensivsykepleieren som også er veileder for studenten som tar videreutdanning i intensivsykepleie.

Hensikten med mitt masterprosjekt er å få et innblikk i hvordan intensivsykepleieren erfarer det å være veileder i en kompleks kontekst med pasient og student. Hvordan velger de å utøve sin funksjon som veileder, med tanke på de mange oppdrag og gjøremål de har i sin hverdag på jobb?

Forhåpentligvis vil det komme frem noen vesentlige fellestrekk som kan bringes inn som kunnskap til kommende veiledere, avdelinger, studenter og utdanningsinstitusjoner.

Dette kan bli viktig viten med tanke på at intensivavdelingene er i stadig endring med sykere pasienter, mer avansert overvåking og behandlingsmetoder og sykepleierressursene blir nødvendigvis ikke større.

Jeg søker til Deres avdeling med bakgrunn i at jeg ønsker å møte den intensivsykepleieren som har erfaring i ivaretagelsen av pasienten som gjennomgår en avansert intensivmedisinsk behandling. I tillegg og samtidig skal hun/han ha vært/er veileder for studenten.

Formålet med masteroppgaven vil altså ikke innbefatte pasientopplysninger.

Intervjuet skal foregå på et eget rom på sykehuset. Det vil ta ca 1 – 1,5 time pr. intervju, og det vil bli tatt opp på lydbånd. Intervjuet gjennomføres ikke i arbeidstiden.

Intervjuene planlegges gjennomført i september/oktober måned.

Masterprosjektet er meldt inn til Personvernet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD). Jeg har hatt telefonisk kontakt med Regional Etisk komité (REK), som mener at dette prosjektet faller utenfor deres mandat.

Min veileder på masterprosjektet er stipendiat Bente Ervik, Det Helsevitenskapelige Fakultet, Institutt for Helse og Omsorgsfag, UIT.
Hun kan kontaktes på telefon: 77 64 54 63

Dersom min søknad aksepteres håper jeg også at De kan være behjelpelig med å rekruttere informanter. Utvalget skal være på 8 intensivsykepleiere, der de 4 første som svarer direkte til meg blir med i studien.

Inkluderingskriteriene for å velge ut de 8, er at de skal være utdannet intensivsykepleier og ha erfaring med den kompleks syke intensivpasienten (en-til-enveiledning). I tillegg skal de ha vært veileder for studenten i videreutdanning i intensivsykepleie minimum i over 2-3 kull.

Jeg vil ta nærmere kontakt med deg via mail eller telefon når godkjenningen fra NSD foreligger.

I ettertid av dette vil jeg, pr. brevpost, sende deg det materiale som skal videresendes til utvalget.

Jeg har taushetsplikt og informantene vil bli sikret anonymitet. Alle lydbånd, transkribert materiale, kodelister og navneliste vil bli oppbevart kontinuerlig adskilt og forsvarlig av meg. Lydbånd, navne, - og kodelister vil bli makulert og transkribert data vil bli aidentifisert etter at oppgaven er avsluttet. I prosessen og masteroppgaven vil også sykehus og avdeling anonymiseres.

Å delta som informant vil basere seg på frivillighet og informanten kan alltid trekke seg. Da vil datamaterialet bli makulert.

Skulle det være noe uklart fra min side eller opplysninger som skulle mangle kan jeg kontaktes på mail eller telefon, som står nedenunder.

Jeg håper De kan gi meg tilbakemelding på min forespørsel innen 06.09.2010.

Jeg ser frem mot et godt samarbeid. På forhånd takk!

Med vennlig hilsen
Mastergradsstudent
Bjørn Nilsen Barge
Mail: bjorg.nilsen.barge@uit.no
Mobil: 91602613

Vedlegg 3

-----Opprinnelig melding-----

Fra:

Sendt: 16. september 2010 11:29

Til: Nilsen Barge Bjørg

Kopi:

Emne: Forespørsel ad masterprosjekt UIT

Hallo!

Du har tillatelse. Det praktiske må avtales med seksjonsleder

Mvh

✓

Til
Seksjonsleder XXXX
Intensivavdelingen
Universitetssykehus

Tromsø 17.11.10

Forespørsel om å få gjennomføre intervju av intensivsykepleiere, samt hjelp til rekruttering av informanter ved avdelingen.

Takk for at jeg får sende denne forespørselen til Dem og Deres intensivavdeling. Jeg er utdannet intensivsykepleier og har siden 2001 vært ansatt som faglærer ved videreutdanningen i intensivsykepleie, som nå er ved Universitetet i Tromsø (UIT). Siden høsten 2008 har jeg vært mastergradsstudent i helsevitenskap, Institutt for Helse og Omsorgsfag, UIT og denne høsten er jeg i gang med min masteroppgave.

Tema for masteroppgaven er:

Intensivsykepleieren i en kompleks hverdag med pasient og student

Problemstillingen er:

Hvordan erfarer du å være veileder for studenten i videreutdanning i den komplekse hverdagen på intensivavdelingen?

Hvordan utøver intensivsykepleieren veilederfunksjonen?

Jeg ønsker altså å fordype meg innenfor hverdagen til intensivsykepleieren som også er veileder for studenten som tar videreutdanning i intensivsykepleie.

Hensikten med mitt masterprosjekt er å få et innblikk i hvordan intensivsykepleieren erfarer det å være veileder i en kompleks kontekst med pasient og student. Hvordan velger de å utøve sin funksjon som veileder, med tanke på de mange oppdrag og gjøremål de har i sin hverdag på jobb?

Forhåpentligvis vil det komme frem noen vesentlige fellestrekk som kan bringes inn som kunnskap til kommende veiledere, avdelinger, studenter og utdanningsinstitusjoner.

Dette kan bli viktig viten med tanke på at intensivavdelingene er i stadig endring med sykere pasienter, mer avansert overvåkings og behandlingsmetoder og sykepleieressursene blir nødvendigvis ikke større.

Jeg søker til Deres avdeling med bakgrunn i at jeg ønsker å møte den intensivsykepleieren som har erfaring i ivaretagelsen av pasienten som gjennomgår en avansert intensivmedisinsk behandling. I tillegg og samtidig skal hun/han ha vært/er veileder for studenten. Formålet med masteroppgaven vil altså ikke innbefatte pasientopplysninger.

Intervjuet skal foregå på et eget rom på sykehuset. Det vil ta ca 1 – 1,5 time pr. intervju, og det vil bli tatt opp på lydbånd. Intervjuet gjennomføres i utgangspunktet ikke i arbeidstiden, dersom ikke annet blir avtalt.

Intervjuene planlegges gjennomført i desember måned.

Masterprosjektet er godkjent fra Personvernet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD). Jeg har hatt telefonisk kontakt med Regional Etisk komité (REK), som mener at dette prosjektet faller utenfor deres mandat.

Min veileder på masterprosjektet er stipendiat Bente Ervik, Det Helsevitenskapelige Fakultet, Institutt for Helse og Omsorgsfag, UIT.
Hun kan kontaktes på telefon: 77 64 54 63

Dersom min søknad aksepteres håper jeg også at Dere kan være behjelpelig med å rekruttere informanter. Utvalget skal være på 8 intensivsykepleiere, der de 2 første som svarer direkte til meg blir med i studien.
Inkluderingskriteriene for å velge ut de 8, er at de skal være utdannet intensivsykepleier og ha erfaring med den komplekse syke intensivpasienten (en-til-enveiledning). I tillegg skal de ha vært veileder for studenten i videreutdanning i intensivsykepleie minimum i over 2-3 kull.

Jeg vil ta nærmere kontakt med den som skal rekruttere informanter via mail eller telefon når en evt. tillatelse fra Dere foreligger.
I ettertid av dette vil jeg, pr. brevpost, sende vedkommende det materiale som skal gis ut til utvalget.

Jeg har taushetsplikt og informantene vil bli sikret anonymitet. Alle lydbånd, transkribert materiale, kodelister og navneliste vil bli oppbevart kontinuerlig atskilt og forsvarlig av meg. Lydbånd, navne-, - og kodelister vil bli makulert og transkribert data vil bli avidentifisert etter at oppgaven er avsluttet. I prosessen og masteroppgaven vil også sykehus og avdeling anonymiseres.

Å delta som informant vil basere seg på frivillighet og informanten kan alltid trekke seg. Da vil datamaterialet bli makulert.

Skulle det være noe uklart fra min side eller opplysninger som skulle mangle kan jeg kontaktes på mail eller telefon, som står nedenunder.

Jeg håper De kan gi meg tilbakemelding på min forespørsel så snart som mulig.
Jeg ser frem mot et godt samarbeid. På forhånd takk!

Med vennlig hilsen
Mastergradsstudent
Björg Nilsen Barge
Mail: bjorg.nilsen.barge@uit.no
Mobil: 91602613

Vedlegg:
Godkjenning fra NSD

-----Opprinnelig melding----- ...

Sendt: 25. november 2010 15:06

Til: Nilsen Barge Bjørg

Kopi:

Emne: SV: Forespørsel ad masterprosjekt UIT

Hei

Nå har jeg fått klarsignal om at prosjektet ditt er godkjent for å kunne benytte informanter fra vår avdeling. Sender denne mailen også til i kunne bistå deg med å finne de riktige informantene og avtale dag og tidspunkt. Lykke til med prosjektet.

Mvh

Seksjonsleder

Forespørsel om deltagelse i mastergradsprosjektet

Intensivsykepleieren i en kompleks hverdag med pasient og student

Bakgrunn og hensikt:

Jeg er selv utdannet intensivsykepleier og etter 10 år ved intensivavdelingen ved UNN, har jeg nå vært faglærer ved videreutdanningen i intensivsykepleie ved UIT i 9 år. For tiden holder jeg på med masterstudie i helsevitenskap ved Universitetet i Tromsø og skal høsten 2010 starte på mitt masterprosjekt.

Problemstillingen er:

Hvordan erfarer du å være veileder for studenten i videreutdanning i den komplekse hverdagen på intensivavdelingen?

Hvordan utøver intensivsykepleieren veilederfunksjonen?

Intensivsykepleieren som veileder i praksis har en sentral rolle i utdanningen av nye intensivsykepleiere, samtidig som hun/han har ansvaret og skal utøve sykepleie til intensivpasienten.

Hensikten med mitt masterprosjekt er å få et innblikk i hvordan intensivsykepleieren erfarer å være veileder i denne konteksten og hvordan de velger å utøve sin funksjon som veileder en vanlig hverdag på jobb.

Denne kunnskapen kan for fremtiden være nyttig til kommende veiledere i praksis, studenter, intensivavdelinger og utdanningsinstitusjoner. Det kan bli viktig lærdom med tanke på at intensivavdelingene er i stadig endring med sykere pasienter, mer avansert overvåkings og behandlingsmetoder og sykepleierressursene blir nødvendigvis ikke større. Jeg har fått tillatelse fra klinikkdirektør ved Deres avdelingen til å rekruttere informanter til prosjektet. Seksjonsledelsen har vært behjelpelig med å sende ut forespørsler etter gitte kriterier.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at jeg ber om å få gjøre et intervju, som gjennomføres som en samtale, med intensivsykepleiere som har vært veileder for intensivstudenten. Intervjuene er individuelle og vil vare ca. 1 – 1,5 timer. De vil finne sted på et rom på sykehuset, som ikke er i tilknytning til intensivavdelingen. Jeg vil bruke båndopptaker. Innholdet på båndopptakeren vil bli skrevet ut i sin helhet. Intervjuet gjennomføres utenom arbeidstiden, eller etter annen avtale. I samråd med deg planlegger jeg tidspunktet for intervjuet. Prosjektet er tilrådd av Personvernet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD). Det faller utenfor mandatet til Regional etisk komité (REK).

Mulige fordeler og ulemper:

Deltagelse i prosjektet gir muligheten til å bidra med erfaringer og kunnskap til fagfeltet. I hverdagen har intensivsykepleieren mange oppgaver og gjøremål med pasient og student, som er viktig å synliggjøre. Du vil få et eksemplar av masteroppgaven.

En ulempe er at det å delta på intervju medfører noe bruk av din tid og at jeg ikke kan tilby noen økonomisk kompensasjon for din deltagelse i prosjektet. Jeg planlegger å gjennomføre intervju i november.

Hva skjer med informasjonen om deg:

Informasjonen som fremkommer i intervjuet skal kun brukes til det som er beskrevet i denne studien. Opplysninger vil bli behandlet fullstendig anonymisert og konfidensielt under hele mastergradsprosessen. Personlige opplysninger fjernes helt i datamateriale og i selve masteroppgaven. Lydbånd og tekstmateriale blir kodet (passordtilgang) og oppbevares forsvarlig innelåst, og kun jeg har adgang til det. Lydfiler, kodeliste og navneliste vil bli slettet når masteroppgaven er avsluttet i 2011. Det skriftlige datamateriale vil bli anonymisert. Det kan bli aktuelt å benytte direkte sitat i masteroppgaven, men da uten personidentifiserbare opplysninger. Det kan også bli aktuelt å bruke det anonymiserte datamateriale, i ettertid, til en artikkel. I det skriftlige materiale vil også sykehus og klinikk bli anonymisert. Skulle det komme frem opplysninger i intervjuet om andre personer vil dette også bli anonymisert.

Frivillig deltagelse:

Din deltagelse i prosjektet er frivillig. Du kan når som helst trekke deg dersom det skulle være ønskelig, uten begrunnelse. Da vil også lydbåndopptak og tekstmateriale bli slettet og makulert. Seksjonsledelsen har valgt ut 8 aktuelle intensivsykepleiere til prosjektet. De 4 første som svarer direkte til meg blir med i studien. Det medfører at seksjonsledelsen ikke vet hvem som har samtykket og deltar i masterprosjektet.

Forøvrig:

Er det noe som er uttrykt uklart eller er mangelfullt fra min side kan jeg kontaktes på telefon 916 02 613 eller mail: bjorg.nilsen.barge@uit.no

Dersom du samtykker til å delta, skriver du under vedlagte samtykkeerklæringer. Du beholder en selv, og sender den andre til meg i vedlagte frankerte svarconvolutt.

Min veileder på masteroppgaven er stipendiat Bente Ervik og hun kan kontaktes på 77645463

På forhånd tusen takk!

Med vennlig hilsen
Mastergradsstudent
Björg Nilsen Barge
Conrad Holmboesv. 47 B
9011 Tromsø

Samtykke til deltagelse i masterprosjektet

Intensivsykepleieren i en kompleks hverdag med pasient og student

Jeg har mottatt informasjonen og er villig til å delta i prosjektet.

.....
Dato og Signatur

Jeg kan kontaktes direkte for nærmere avtale om tidspunktet for intervju på:

Telefon (er):.....

Intervjuguide

Vi presenterer oss for hverandre og jeg takker for at vedkommende stiller opp til intervju.

Jeg informerer kort om studiens problemstilling og hensikt. Har deltakeren noen spørsmål før vi starter?

Grunnleggende informasjon: Alder, antall år som intensivsykepleier, antall ganger som veileder, tilleggsutdanning.

Fokusområde 1: Intensivsykepleierens hverdag

- *Kan du fortelle litt om en vanlig arbeidsdag for deg i pasientpleien?*

Fokusområde 2: Hvordan veiledningen av studenten praktiseres

- *Kan du fortelle litt om hvordan du praktiserer veiledningen av studenten i kombinasjon med pleien av pasienten?*
- *Hva går veiledningen ut på? Er det noen spesielle måter du veileder på?*
- *Er det noen spesielle erfaringer du vil fortelle om?*
- *Eksempler?*
- *Hva er viktig for deg i veiledningen?*

Fokusområde 3: Intensivsykepleieren som veileder for studenten i videreutdanning

- *Hvilke erfaringer har du fra å være veileder?*
- *Gode erfaringer? Mindre gode?*
- *Eksempler?*
- *Forventninger til deg selv i funksjonen?*
- *Forventninger til andre?*

Avslutningsspørsmål:

- *Er det noe du ønsker å tilføye?*

Intervjuet avsluttes med å spørre deltakeren om det er noe vedkommende ønsker å utdype eller legge til for så å takke for at hun/han stilte opp.