



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

Høyteknologisk simulering som praksisforberedende undervisningsform i Bachelorutdanningen i sykepleie

Hvilken betydning har det for sykepleierstudentenes sykepleieutøvelse i praksis?

—

Solveig Johanne Kristoffersen

Masteroppgave, SYP-3901

11. mai 2016



«For noen år siden intervjuet jeg en professor i logikk og intelligente data på Universitetet i Oslo. Det han sa om simuleringer, var tankevekkende. Jeg spurte ham om hva som skulle til for å simulere jordkloden fullt ut.

Jordkloden, svarte han.

Sagt på en annen måte: En simulering kan aldri simulere virkeligheten fullt ut. Sim Earth er ikke jorda. For å simulere noe, må vi lage en tankemodell av det.

Tankemodellen er vår forenklete, stiliserte abstraksjon, som lever seg ut gjennom simuleringen. Tankemodellen og simuleringen er ikke virkeligheten.

Den er tolket virkelighet.»

(Arnfinn Kristensen, jounalist i Forskning.no)

Forord

Veien og målet. Prosessen med å skrive masteroppgave har vært krevende og lærerik. Å få lov til å fordype seg i et fagfelt som man er interessert i har vært et privilegium.

Jeg vil først starte med å takke min veileder førsteamanuensis Gudrun Nilsen for konstruktive tilbakemeldinger, og det nødvendige «presset» med korte frister. Ikke minst vil jeg takke for gode refleksjoner der vi har «drodlet» over tema, noe som har åpnet opp for nye tanker og idéer. Det har vært en glede å ha en veileder som har vært engasjert i tema.

Jeg vil også rette en stor takk til de reflekterte deltagerne mine som sa seg villige til å være med i studien. Dere bidro til verdifulle data.

Videre vil jeg takke mine gode kollegaer Eva, Maud og Svenja for gode innspill, og øvrige kollegaer på campus Hammerfest for klapp på skulderen og oppmuntrende ord. Dere er tålmodige sjeler. Til min gode venninne Linda Merete, som har støttet meg på oppløpssida. Sist men ikke minst vil jeg takke mine medstudenter og kollegaer Trine Lise, Benedicte og Nina for tre flotte år med samlinger i Tromsø. Jeg har hatt en fantastisk støtte i dere gjennom alle årene.

Takk til studieadministrasjonen som gav tillatelse for å bruke studenter til studiene. For FOU-tid og økonomisk støtte til samlinger i Tromsø. Jeg vil også takke alle faglærerne ved Master i sykepleie, en spesiell takk til professor Ingunn Elstad.

Jeg ønsker også å takke min samboer Frank som har vært «vikar» hjemme mens jeg den siste tiden har hatt adresse på jobb, og har vært positiv og oppmuntrende hele veien. Ikke minst til mine tre barn, Vårinn, Vegar og Nora, som har vært tålmodige og forståelsesfulle.

Hammerfest 11. mai 2016

Solveig Johanne Kristoffersen

Sammendrag

Denne studien handler om høyteknologisk simulering som praksisforberedende undervisningsform i sykepleierutdanningen, med fokus på studentenes perspektiver og erfaringer etter møtet med pasientene. Simulering er innovativ tilnærming som kan integreres i nåværende rammeplaner for sykepleiere, og fremtidens sykepleiere i et helsevesen med økende komplekse behov. Klinisk praksis er unik, pasientsituasjonene er unike og det er derfor vanskelig å påvise den virkelige effekten det har på studentens sykepleieutøvelse i praksis. Tidligere forskning viser at det trenges mere kunnskap om simuleringens overførbarhet til reelle kliniske situasjoner.

Problemstilling er «Høyteknologisk simulering som praksisforberedende undervisningsform i Bachelorutdanningen i sykepleie. Hvilken betydning har det for studentenes sykepleieutøvelse i praksis?»

Hensikten med studien er å beskrive fordeler og utfordringer ved simulering som praksisforberedende undervisningsform og ut fra kunnskaper om dette bidra til å forbedre kvaliteten av simulering i sykepleiefaget slik at det tilpasses de læresituasjonene studentene møter i praksis.

Metode: Studien er en kvalitativ metode med et fenomenologisk perspektiv med hermeneutisk tilnærming. Det er gjort fokusgruppeintervjuer av Bachelorstudenter i sykepleie etter gjennomførte praksisperioder. Studentene hadde hatt høyteknologisk simulering som praksisforberedende undervisningsform. Datamaterialet ble analysert gjennom innholdsanalyse.

Resultater: Simulering skapte et positivt og negativt engasjement hos deltagerne. Det å være forberedt har stor betydning. Prestasjonsangst og distraksjon i simulering fikk betydning for læringsutbyttet ute i praksis. Deltagerne viste til kontekstforskjeller mellom simulering og praksis, spesielt i situasjoner de måtte improvisere pleien. Å mestre i simulering ble viktig for å ha bedre selvtillit når de gikk ut i praksis. Til tross for opplevelse med mislykkede simuleringsekvenser, gav refleksjon i praksis simulering mening.

Konklusjon: Å forberede studentene på at det å stå i en reell pasientsituasjon er ulikt fra simulering blir viktig, og utdanningen kan legge til rette for at studentene lærer å *anvende* og *improvisere* kunnskapen de har lært. Samtidig kan ulikhetene mellom

simulering og praksis skape rom for refleksjon. Det blir viktig for lærerne å eliminere det som skaper distraksjon i simulering og som det som hemmer læringen. På en annen side kan usikkerhet i simulering bevisstgjøre kunnskapsmangler. For å føle utbytte av simulering i praksis, må det som fremmer læreprosessen i simulering være i fokus. Å føle mestring i simulering kan bedre selvtilliten, noe som kan gjøre studentene tryggere i møte med pasienten. Refleksjon som knytter simulering opp mot virkelige hendelser i praksis kan bidra til at studentene øker sin forståelse av situasjonen. Fremtidig forskning bør fokusere på brobygging mellom simulering og praksis.

Søkeord: *simulering, praksis, utdanning, sykepleie, fokusgruppe*

Summary

This study is about high-technological simulation as a teaching method to prepare for clinical practice in nursing education, focusing on students' perspectives and experiences after interacting with patients. Simulation is an innovative approach which can be integrated into the existing framework for nurses, and future nurses in a health care system with increasingly complex needs. Clinical practice is unique, patient situations differ and it is therefore difficult to determine the actual effect it has on the students nursing care in clinical practice. Existing research shows that there is a need for more knowledge about the transferability of simulation to real clinical situations.

The research question is «*High-technological simulation as a teaching method to prepare for clinical training in the Bachelor degree in nursing. What impact does it have on the students' nursing practice in a clinical setting?*»

The goal of the study is to describe pros and cons of simulation as a preparative teaching method for clinical practice, and from this knowledge contribute to improving the quality of simulation in the nursing profession, so it is adapted to the teaching situations the students meet in clinical practice.

Method: The study uses a qualitative method with a phenomenological perspective with a hermeneutical approach. Focus group interviews with Bachelor students in nursing were performed after completed clinical practice periods. The students have had high-technological simulation as a teaching method preparing for clinical practice. The data material was analyzed by content analysis.

Results: Simulation created a positive and negative engagement within the participants. Being prepared has great importance. Performance anxiety and distraction in simulation had an impact on the learning benefit for clinical practice. The participants referred to differences in context between simulation and clinical practice, especially in situations where they had to improvise their caregiving. Mastering simulation became important for increased self-confidence when they progressed to clinical practice. Despite experiencing unsuccessful simulation sequences, reflection in practice simulation felt meaningful.

Conclusion: Preparing the students for the fact that a real-life patient situation is different from simulation is important, and the nursing education program can facilitate

the students learning to *use* and *improvise* the knowledge they have acquired. At the same time the differences between simulation and clinical practice can create an arena for reflection. It becomes important for teachers to eliminate what creates distraction and inhibits learning in simulation. On the other hand, insecurity in simulation can make you aware of shortcomings in knowledge. To experience positive gain from simulation in clinical practice the elements which support the learning process must be focused upon. To experience mastery in simulation can improve self-confidence, which can make the student feel more confident when meeting the patient. Reflection which connects simulation to real clinical situations can contribute to the students increasing their understanding of the situation. Future research should focus on building bridges between simulation and clinical practice.

Keywords: *simulation, clinical practice, education, nursing practice, focusgroup*

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
1.1 Introduksjon og problemstilling.....	1
1.2 Presentasjon av studien og problemstilling.....	2
1.2.1 Forskningsspørsmålet	2
1.2.2 Studiens hensikt	3
1.3 Høyt teknologisk simulering i sykepleierutdanningene	3
1.3.1 Hva ligger i begrepet «High Fidelity»?	3
1.3.2 Hva er “High-Fidelity-Human-Simulator”?	4
1.3.3 Simulering som ferdighetstrening i sykepleiefaget	4
2 Tidligere forskning	6
2.1.1 Simulering som forberedelse til praksis.....	8
2.1.2 Overførbarhet til praksisfeltet	9
3 Teoretisk rammeverk	11
3.1.1 Utvikling av handlingskompetanse.....	12
3.1.2 Kunnskap i handling	13
3.1.3 Å forstå praksis	13
3.1.4 Å være sansende tilstede i situasjonene	15
3.1.5 Sykepleierstudenten i praksis.....	17
4 Metode	19
4.1 Metodologisk tilnærming og vitenskapsfilosofisk grunnlag.....	19
4.2 Forforståelse	19
4.3 Datainnsamling	20
4.3.1 Fokusgruppeintervju	20
4.3.2 Utvalg.....	20
4.3.3 Forberedelse.....	21
4.3.4 Gjennomføring.....	22
4.3.5 Intervju.....	22
4.4 Analyse av datamaterialet	24
4.5 Å være forsker i eget felt.....	25
4.6 Studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet.....	25
4.7 Forskningsetiske vurderinger	26
5 Studiens funn	28
5.1 Simulering frembringer et følelsesmessig engasjement.....	28
5.1.1 Å bli eksponert.....	28
5.1.2 Tankevekkere.....	29

5.1.3	Å føle seg «avkledd»	30
5.1.4	Selvtillit og trygghet blir viktig i simulering og i praksis.....	31
5.2	Når rammefaktorer tar fokus	33
5.3	Kontekstforskjeller mellom simulering og praksis	35
5.3.1	Pasienten er ikke A4	35
5.3.2	Det gjenkjennbare i praksis-landskapet	37
6	Å være student i praksis med simulering «i bagasjen».....	40
6.1	Den praktiske virkelighet	40
6.1.1	Å bruke klinisk blick	41
6.1.2	Pasienten er ikke A4	42
6.1.3	Skjønn i praksis.....	43
6.2	«Du blir observert og evaluert».....	45
6.2.1	Når simuleringen føles meningsløs.....	45
6.2.2	Å få en «vekker».....	48
6.2.3	Betydningen av å føle selvtillit og trygghet.....	50
6.3	It's all in the details	52
6.4	Å knytte simulering- og praksiserfaring sammen gjennom refleksjonen	55
6.4.1	Å være mere sansende tilstede.....	56
7	Refleksjon og konklusjon	60
8	Litteraturliste.....	62
	Vedlegg 1 Søknad til instituttledelsen	66
	Vedlegg 2 Forespørsel til deltagere	67
	Vedlegg 3 Temaliste fokusgruppeintervju.....	69
	Vedlegg 4 Godkjenning instituttledelsen.....	70
	Vedlegg 5 Godkjenning NSD	71

Innledning

1.1 Introduksjon

Jeg har i denne studien intervjuet i alt åtte Bachelorstudenter gjennom fokusgruppeintervjuer i sykepleie om deres erfaringer med høyteknologisk simulering sett i lys av praksisopplevelsene. Mange høyskoler og universitet har tatt høyteknologisk simulering inn i undervisningen ved Bachelorutdanningen i sykepleie. Simulering er aktiviteter som etterligner et klinisk miljø, der man forsøker å gjenskape reelle situasjoner. I sykepleierutdanningen har simulering blitt brukt til trening av ferdigheter, og på situasjoner med muligheter for å trene problemløsning og kommunikasjonsferdigheter (Husebø, S.K. & Rystedt, H. 2015). Simulering kan være en innovativ tilnærming som kan integreres i nåværende rammeplaner for sykepleiere. Den kan komplimentere og møte den nye generasjon sykepleiere og et samfunn med økende komplekse behov innenfor helsevesenet (Campbell, S.H. & Daley, K.M., 2013).

Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 er det stadig høyere krav til sykepleiernes kompetanse og en bedre tilrettelagt utdanning av helsepersonell (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Ifølge Rammeplan for sykepleierutdanning (2008) skal områder og mål for ferdighetstrening før praksis sees i sammenheng med den totale sykepleiefaglige kompetansen, og at læringsprosessen forutsetter integrering og tilegnelse mellom teoretisk og praktisk kunnskap slik at ferdigheter og kompetanse oppnås (Kunnskapsdepartementet). NTNU i Gjøvik har blant annet lyktes i å implementere simulering i sin fagplan og har et godt utviklet simuleringssenter. Simulering blir først introdusert hos 1.årsstudenten og deretter blir ikke fullskala-simulering introdusert før 2. året. På denne måten blir simulering gradvis introdusert for studentene (<http://www.hig.no/simsenter>).

Det som gjør praksisstudiene unike er det engasjementet det skaper for studentene. Det stedet hvor de møter levd liv og hvor de anskaffer seg yrkeserfaringer. Dette er i tråd med deres ønsker om å kunne jobbe med mennesker. Klinisk vurdering blir sett på som en vesentlig ferdighet i sykepleie og klinisk kunnskap er en form som ikke er tilgjengelig i klasserommet, men noe som skapes når studentene møter på effektive læringssituasjoner i praksis (Skår, R., 2007). Totland, I., (2007) viser i sin studie at studenter som fikk øve seg på øvingslaboratorium knyttet det de lærte der opp mot det

de erfarte i praksis. Like fullt endret studentene opplevelser og erfaringer seg i den perioden de var i praksis. De evaluerte sin kunnskap og endret også følelsene knyttet til lærings situasjonene.

1.2 Presentasjon av studien og problemstilling

Som lærer ved sykepleierutdanningen har jeg en stund vært interessert og engasjert i simulering som metode. På vår utdanning har vi en 3G SimMan® og et fullt utrustet «sykerom», med spionvegg og kamera montert i taket, samt kursede operatører/fascilitatorer som også er faglærere. Simulering brukt i ferdighetstrening for bachelorstudenter og videreutdanning er i gang og i senere tid implementert i fagplaner. Målet er at simulering skal bli et fast tilbud for alle nivå i utdanningen.

Jeg er kurset fascilitator, og har forsøksvist prøvd ut metoder både på høyteknologisk og lavteknologisk simulering med Bachelorstudenter. Jeg har også vært deltager under simulering og også kjent på følelsen av både prestasjonsangst, og mestring når jeg anestesibakgrunn kunne hente fram gammel kunnskap. Mine undringer gikk derfor til Bachelorstudenten og deres forutsetninger med langt mindre erfaring både fra praksis og simulering.

Forskning viser at simulering i Bachelorutdanningen bidrar til å øke kvalitet og kompetanse innen sykepleien, men det mangler objektiv evidens over utbytte i praksis, noe som viser at innfallsporten er vanskelig. Da et av våre deltidskull skulle være med på et simuleringsprosjekt før sine respektive praksisperioder, ønsket jeg derfor å rette fokuset mot studentenes praksisopplevelser og se nærmere på betydningen for deres sykepleieutøvelsene gjennom deres perspektiv. Enkeltstående subjektive fortellinger fra studentene er ikke nok for å kunne generalisere. Men kan vi likevel lære av det?

Problemstilling ble dermed «*Høyteknologisk simulering som praksisforberedende undervisningsform i bachelorutdanningen i sykepleie. Hvilken betydning har det for studentenes sykepleieutøvelse i praksis?*»

1.2.1 Forsknings spørsmålet

Forsknings spørsmålene tok sikte på å få en øket forståelse sett fra studentene perspektiv gjennom deres behov og det de tilfeldigvis møter i praksis. Det er studentene som opplever praksis på kroppen. Bachelorstudentene i sykepleie har ikke samme forutsetninger som erfarne sykepleiere eller spesialsykepleiere når det kommer til

innhold, fremgangsmåte, opplegg innenfor simulering. Forskningsspørsmålene ble formulert slik:

Hva er det studentene (novisene) legger vekt på, og hvilke åpenbare behov for kunnskaper og ferdigheter de kan anvende i praksis der simulering kan være unikt?

Hvorvidt er det samsvar mellom utvalgte læringssituasjoner i simulering og det studentene møter ute i praksisfeltet?

1.2.2 Studiens hensikt

Hensikten med prosjektet er å kunne bidra til økte kunnskaper om hvordan forbedre kvaliteten av praksisforberedende undervisning i sykepleiefaget gjennom høyteknologisk simulering, slik at de tilpasses de læresituasjonen studentene møter i praksis. Målet er at jeg gjennom studien kan peke på ulike fenomener, problemstillinger, positive og negative erfaringer. Gjennom diskusjon lede leserne til å se sammenhenger.

1.3 Høyteknologisk simulering i sykepleierutdanningene

På 1980-tallet kom de første høyteknologiske simulatorene inn i helsefagene. De moderne pasientsimulatorene slik de vi kjenner i dag, ble tatt i bruk ved anestesisykepleierutdanningen ved The Medical College of Georgia i 1995, og ble samtidig integrert i læreplanen til studentene (Husebø & Rystedt, 2015).

Jeg har valgt å bruke begrepet «høyteknologisk simulering» i denne studien, men et ofte brukt begrep er «High-Fidelity Human Simulator». Nedenfor vil jeg definere hva jeg legger i begrepet. Litteraturen jeg har brukt tar for seg stegvis hvordan man skal gå frem for at studentene skal få mest mulig igjen for det, fremdeles med fokus på handlingskompetanse og kritisk tenkning gjennom komplekse situasjoner. Bøkene har et lærerperspektiv og sier lite om hva den enkeltpersoner sier, spesielt sykepleierstudentene.

1.3.1 Hva ligger i begrepet «High Fidelity»?

Oversatt til norsk betyr begrepet «naturtrohet», hvor «Low Fidelity» representerer virkeligheten i liten grad og «High Fidelity» i stor grad. «High Fidelity» blir i dag for

det meste sammenlignet med dukker i voksenstørrelse som er computerbasert. «Naturtrohet» kan også være basert på innhold og undervisningsaktivitet. Autentisk og naturtrohet er ikke samme begrepet når det kommer til konsept i simulering. Naturtrohet handler om at det ligner virkeligheten best mulig, kan autentiske scenarier gjøres uten «high-fidelity» (Husebø & Rystedt, 2015). «High Fidelity» simulering uten dukke blir også kalt «Low-Tec-simulering». Denne type simulering er aktiviteter som etterligner et klinisk miljø gjennom å gjenskape virkeligheten (Jeffries, P.R. & Rogers, K.J. 2007).

1.3.2 Hva er “High-Fidelity-Human-Simulator”?

High-fidelity-human-simulator, heretter forkortet til HFHS, er en databasert pasientsimulator som brukes innenfor flere profesjoner i helsefagene. Denne pasientsimulatoren har flere datakontrollerte egenskaper. Den kan imitere blant annet ulike respirasjonsmønstre, har følbart puls i arteriene, målbart manuelt og automatisk blodtrykk, den kan imitere cyanose, lukke øyne og endre pupillstørrelsen. Den reagerer verbalt og fysiologisk på iverksettende tiltak. Studentene kan kommunisere med dukken gjennom en mikrofon/høytaler plassert inne i dukkens hode. Stemmen fra dukken kontrolleres gjennom en operatør. Begrensningene ligger i at den ikke kommuniserer non-verbalt, den har ikke nevrologisk sensibilitet. Man kan ikke se endringer i huden (Husebø & Rystedt, 2015).

1.3.3 Simulering som ferdighetstrening i sykepleiefaget

Simulering som metode forgår gjennom flere faser: 1) Forberedelsesfase gjennom lesing og øvelse, tilgang på tema. Læringsutbyttet og scenario skal være kjent for studentene 1) Brifing: introduksjon til aktiviteten, miljø, utstyr og simulator. 2) Gjennomføring av scenariet. 3) Debrifing og refleksjon over handling. 4) Evaluering. Studentene skal helst være i sine roller innenfor disiplinen. I tillegg til operatør skal det være en fasilitator som tilrettelegger for at læring skal skje gjennom veiledning. Taksonomi¹ benyttes for å beskrive progresjon. (Husebø & Rystedt, 2015).

¹ Taksonomi er forhold som må vurderes i beskrivelsen av læringsutbytte. Man bruker det for å vurdere hva som er aktuelt læringsnivå i mål. Blooms taksonomi for kognitive mål går på kunnskaper, forståelse, anvendelse, analyse, syntese og evaluering og er hierarkisk bygd opp (Tveiten, S., 2001).

Scenario er en beskrivelse av en pasientsituasjon. *Deltagere* er lærere og studenter som er aktive i øvelsen. *Fasilitator* er en som tilrettelegger simuleringen slik at læringsutbyttet kan oppnås. *Operatør* er ansvarlig for det tekniske og kontrollerer simulatoren elektronisk via datamaskin/computer. *Observatører* er de som ser på (Andfossen, N.B., Lied, K.B., Struksnes, S. & Ødegården, T., 2015) Erfaringsmessig er observatørene aktive under debrifingsfasen og har et «fugleperspektiv» på øvelsen.

Det er tre mål eller nivåer i reality-baserte simuleringer:

1. Simuleringen må være troverdig. Studentene må inneha ha rollen som «sykepleier» for å kunne møte pasientens behov. Selv om scenariene skal være så realistiske som mulig, skal det også være rom for å gå ut av situasjonen for å kunne tenke seg om, og vil således ikke være realistisk.
2. For undervisningsstedene er det viktig at man kan møte simulering på en slik måte at man føler at man mestrer det.
3. Den bør kunne oversettes til praksis. Den emosjonelle eller psykologiske komponent i simulering kan bedre hukommelsen for studentene, slik at det er lettere å oversette kunnskapene i praksis ved at de kjenner seg igjen (Campbell & Daley, 2013)

Det må være sammenheng mellom emnets innhold, læringsmål, studentforutsetninger og ulike rammevilkår, noe som kjennetegner god didaktikk. Læringsmål skal brukes før, under og etter simuleringen. Målene må være oppnåelige og tilpasset studentens nivå (Andfossen et al., 2015).

At simulering gir studentene en mulighet til økt handlingskompetanse, må skje under noen forutsetninger. Læringsmiljøet bør være trygt med stor takhøyde for å gjøre feil. Det innebærer også at man velger kompleksitet ut fra studentenes faglige ståsted og bør individualiseres etter nivå. Ifølge Issenberg (gjengitt i Husebø & Rysted, 2015) bør simulering inkludere alle nivå av undervisningsplanen. Især 1.års-studentene har liten praktisk erfaring og har lite å spille på under simulering. De har få handlingsvalg, og læringsutbyttet kan være begrenset. Det fordrer at studentene har forberedt seg teoretisk. Beaubien og Baker (gjengitt i Husebø & Rystedt, 2015) sier at hensikten med simulering faller bort dersom studentene ikke oppfører seg som om det skjedde i virkeligheten og dermed kan treningen i liten grad overføres til det kliniske feltet.

Det er flere faktorer som er med på å påvirke betydningen for studentene i praksis. Utfordringer på lærernivå er utforming av relevante læringsmål i forhold til tid, størrelsen på gruppen og simuleringsaktiviteten (Husebø & Rystedt, 2015). På grunn av rammer for tidsbruk per student kan det hende at studentene ikke får simulert tilstrekkelig til at det vil ha signifikant betydning ute i praksis. Studentens “våge og gjøre” og opplevelsen av trygghet kan også være avgjørende for læringsutbyttet. Det samme hvis simuleringen blir oppfattet som en test-situasjon (Sollid, S. 2015).

Faktorer som samarbeid, sammenheng og læringsfellesskap spiller inn for at studentene kan ha utbytte av sine praksisstudier (Egilsdottir, H. Ø., 2012). Erfaringsvis kan det dreie seg om tilgang på læresituasjoner, forhold mellom sykepleier og student, studentens egen evne til å ta ansvar for egen læring og for store ulikheter mellom skole og praksissted. Dette viser at rammebetingelsene for sykepleiestudentenes læring i praksisstudiene kan variere, og til dels være til hinder for å oppnå godt læringsutbytte

2 Tidligere forskning

Jeg har i hovedsak brukt databaser som PubMed, Norart, Cinahl, SweMed+, Google Scholar og Helsebiblioteket. Har også vært innom Munin og sett på tidligere masteroppgaver og doktoravhandlinger.

Jeg startet mine søk med mesh-terms ‘nursing student’s og ‘simulation training’, og fikk flere tusen treff. Jeg begrenset etter hvert mine søk til «expansive learning» og «experience», men mange artikler var ikke relevante i forhold til mitt tema i forhold til erfaringer etter praksis. Å måle læringsutbyttet ved simulering har det ifølge mange studier vært forsøkt ulike metoder. Noen artikler har hentydet til at de har studert simulering og dens betydning for pasientomsorgen, men ved empirien er nokså sparsom post praksis. Jeg avgrenset søket til ‘learning outcomes’, og fikk da opp treff på studier som har brukt metoder for å måle læringsutbytte innenfor simulering, gjennom ulike standardiserte tester som å måle eksempelvis tilfredshet, selvtillit, personlig utbytte etc. Det har vært uklart på hvilket tidspunkt testene er utført.

Jeg har etter hvert sett på andre relevante artikler ved søkeord som ‘education’ og ‘clinical competence’. Andre søkeord har vært ‘simulation in nursing education’, ‘transfer’ og ‘clinical practice’.

I Norge er det også forsket mye på simulering, men det var sparsomt med forskning å finne som omtaler norsk utdanning innenfor valgte problemstilling. Derfor er de fleste artiklene internasjonale. Det som gjør disse artiklene relevante i forhold til norske forhold slik jeg ser det, er studentperspektivet og hvordan kunnskap erverves og overføres til klinisk praksis. Av de valgte artiklene er det et jevnt forhold mellom kvantitative og kvalitative studier. Dette for å se på det som er mere målbart og det som går i dybden. Dette fordi krav til kompetanse hos sykepleierstudentene kan variere fra land til land. Likevel avdekker forskningen styrker og svakheter ved simulering som metode, som er overførbart til de norske utdanningsstedene. Disse styrkene og svakhetene støtter også mine funn.

Yuan, H.B., Williams, B.A. & Fang, J.B., (2012) har gjort en systematisk review om simuleringens betydning for å øke sykepleierstudentens selvtillit og kompetanse. Hensikten med deres studie var å se nærmere på effekten simulering hadde på de overfor nevnte punkter, da forskningen fram til da hadde vært inkonsekvent med variasjoner og metodologisk bias. Funn som ble gjort var at simulering er en innovativ strategi som økte aktiv læring og som hadde et stort potensiale for å tilegne seg klinisk kompetanse og økende selvtillit, gjennomoppnåelse av læringsmål og å få lov til å trene i et trygt miljø. De påpekte at det trengtes mere forskning på simuleringens overførbarhet til reelle kliniske situasjoner.

Munshi, F., Lababidi, H. & Alyousef, S. (2015) har gjort en review studie som tar for seg «low-fidelity» vs. «high-fidelity»-simulering. For å opparbeide klinisk kompetanse har undervisninger som tar sikte mot å være autentiske fått høy prioritet. Funnene fra studien var at jo mere avansert nivå av trening, jo høyere «fidelity» ble viktig, men at novisene kunne nå sine læringsmål ved lavere «fidelity». Konklusjonen ble at det ikke bestandig er graden av naturtrohet som spiller den største rolle, da dette er avhengig av hva man simulerer på og lærers kompetanse med håndtering av teknikker.

Studien til Dean, S., Williams, C. & Balnaves, M. (2016) gjorde en eksplorativ studie av sykepleierstudenter og deres erfaringer med HFHS og fant ut at simulering har sine begrensninger når det kommer til å forbedre ferdigheter som empati og mellom-menneskelige forhold var begrenset på grunn av Sim-mannens manglende non-verbal

kommunikasjon. Disse begrensingene fikk likevel studentene til å reflektere over hva som er viktig i kommunikasjon med pasienter.

Studien til Botma, Y. (2014) gjorde en deskriptiv kvalitativ studie på sykepleierstudenter basert på nødvendigheten av å utvikle læremetoder hvor studentene kan oversette deres teoretiske kunnskaper til praksis. Det faktum at de kunne anvende teoretisk kunnskap fra fagområder som eksempelvis mikrobiologi bekreftet at de økte sin kritiske tenkning. Studien viser også at selvtillit i å kunne gi pasienter omsorg økte fordi de ble bevisste i forhold til hva de kunne forvente og hva som var forventet av dem. De ble også klar over deres egne styrker og svakheter gjennom debrifingen, slik at de kunne lage en plan for å forbedre sine ferdigheter. Studien konkluderte med at simulering kan være et verktøy for å minske gapet mellom teori og praksis.

Forholdet mellom studentenes angstnivå og utrygghet sett i sammenheng med simulering og praksis ble gjort gjennom en studie av Khalaila, R. (2013). Hun gjorde en deskriptiv kvantitativ studie av 61 sykepleierstudenter før og etter deres første sykehuspraksis for å se nærmere på det studentene rapporterer om: at de føler utrygghet før de skal ut i sin første praksis. Resultatene indikerte at HFHS reduserte angstnivået hos studentene og økte selvtilliten. Studien indikerte også at et høyere angstnivå gav lavere omsorgsevner i praksis. Den viste også at forholdet mellom tilfredsheten med simulering hang sammen med selvtillit, og binder således sammen angstnivå og pasientomsorgen. Studenter som følte større tilfredshet med simulering, fikk bedre selvtillit. Når man har større evner til å gi omsorg for andre, vil dette igjen føre til økt selvtillit.

2.1.1 Simulering som forberedelse til praksis

En kvantitativ norsk studie gjort av Flo, J., Flaaten, E. K. & Fagerstöm, L. (2013) utført på 216 1. års-studenter i sykepleie var hensikten var å evaluere studentens opplevelse knyttet til læring gjennom simulering i praksisforberedende undervisning. Denne studien hadde et deskriptivt design med et spørreskjema bestående av lukkede og åpne spørsmål som ble utdelt rett etter at simuleringsøvelsene var ferdige. Konklusjonen var at simulering har en god læringseffekt, spesielt der de var godt forberedte og at simulering kan bidra til at studentene føler seg bedre forberedt til praksis. Den viste at de fleste syntes at metoden var positiv, men de som følte mye angst og stress under simulering skulle ønske den var frivillig. Simulering og læring fordrer konsentrasjon.

Distraksjon på grunn av tekniske problemer hadde negativ effekt, og forbedrede rammefaktorer og utstyr blir viktig. Denne studien mangler kontrollgruppe, og kvalitative data på årsaksforhold. Denne studien sier heller ikke noe om kunnskapene ble anvendt i praksis, men kan si noe om studentens tilfredshet med metoden i skolen. Og derfor relevant i forhold til det å føle mestring gjennom simulering. Den sier også noe om simulering som forberedelse til praksis.

2.1.2 Overførbarhet til praksisfeltet

Ewertsson, M., Allvin, R., Holmstöm, I.K. & Blomberg, K. (2015) gjorde en kvalitativ studie i Sverige av 16 sykepleierstudenter i 4. semester gjennom semistrukturerte intervjuer. Studentene hadde vært gjennom både medisinsk og kirurgisk praksis på sykehus, og hadde også vært med på simulering som ferdighetstrening før praksis. Det hadde vært brukt fra low- til high fidelity simulering. Det fremkommer ikke om dette innebar HFHS. Hensikten med studien var å se på studentens erfaringer på hvordan de lærte gjennom denne metoden før praksis. Intervjuene tok plass to måneder etter praksis. Studien fant ut at simulering var en brobygger mellom skolen og praksis, men at denne «broen» måtte bli gått flere ganger, frem og tilbake. Når de opplevde avvik i klinisk praksis, måtte de gå tilbake for å reflekter over andre måter å gjøre det på. Bevisst og systematisk refleksjon gjorde dem bevisste i forhold til deres kunnskapsutvikling i handling.

En Australsk cohort-studie av Maginnis, C. & Croxon, L. (2010) så på om det var mulig å identifisere linken mellom hva det var sykepleierstudentene lærte i ferdighetstrening og det de erfarte i sine kliniske praksiser. Denne studien ble foretatt i et ruralt område i Australia på et regional campus og et mindre sykehus. De brukte mixed method med spørreundersøkelse og semistrukturerte intervjuer av 9 studenter. Den bestod av deres oppfatninger av hva de lærte i simulering og hva de erfarte i praksis. Resultatet av denne undersøkelsen var at de fleste følte seg godt forberedt når det kom til praktiske prosedyrer, men erfaringene etter praksis var at de manglet forberedelse på rapport og dokumentasjon da dette ble høyt verdsatt i praksis. De opplevde også misforhold mellom den beste praksis de hadde lært på skolen og det som ble utført i praksis. Eksempler var mobilisering av pasient. De savnet det emosjonelle aspekt når de trente på skolen. Eksempler var stell av dukke og stell av pasient der det foregår interaksjon.

Studien fant overenstemmelse mellom hva som blir lært og hva som erfares, men at studentens kunnskaper videreutvikles i praksis. Studentene identifiserte et behov for forbedret simulering og at ferdigheter må øves i et mere realistisk miljø (s. 1-6).

Bland, A.J., Topping, A. & Wood, B. (2010) gjorde en litteraturgjennomgang for å skape en forståelse og en definering av konseptet simulering som en lærestrategi i sykepleierutdanningen. Studien fant flere forhold som påvirker læringen til sykepleierstudenten. Det ene er dens evne til å erverve seg kunnskaper og forståelse for hva det vil si å være sykepleier, på denne måten forbedre sykepleiepraksis. Forfatterne la vekt på at overføring av kunnskaper, ferdigheter og adferd gjennom simulering bør være fokus på forskningen fremover. Oppmerksomheten mot å måle pasienteffekt og utbytte i klinisk praksis må ikke gå forbi forståelse om prosesser og det som påvirker prosessene. I forhold til at simuleringens validitet, reliabilitet, autentisitet og overførbarhet så viser studien til at det fortsatt er ukjent hvor autentisk simulert læring må være for at studenten ikke skal føle vantro slik at det hemmer læringen. Andre faktorer som kan hemme læringen, er kritikk mot simuleringen metode for å skape angst og utrygghet hos studentene. Hvis målet med simulering er å ligne det autentiske miljø så kan de viktigste komponentene i virkeligheten ikke ignoreres. Fremtidig forskning er viktig for å se på hvilket nivå av autentisitet har på læringen.

En kvalitativ deskriptiv canadisk studie av Oglivie, S., Cragg, B. & Foulds, B. (2011) så på sykepleierstudentens persepsjoner av prosessen og utbytte av simulering. Denne studien ble gjennomført i en 8 ukers sykehuspraksis, der de byttet ut to av disse ukene med simulering. Resultatet av denne studien var at simulering var med på å bygge bro mellom teori og praksis. Praksisgapet ble mindre ved at de fikk anledning til å reflektere sammen med de andre studentene. Dette var spesielt nyttig da de ikke fikk erfare slike situasjoner selv på kroppen. De følte også at simulering forberedte dem på situasjoner de stod oppi i praksis, slik som brystsmerte o.l. De hadde også godt utbytte av hode-til-tå vurderinger, siden de sjelden fikk anledning til å komme opp i slikt i praksis. Det å få repetere i simulering forbedret også deres ferdigheter, fordi de fikk anledning til å reflektere over hva som kunne forbedre deres ferdigheter. Studentene mente ved å kunne håndtere tekniske prosedyrer, gjorde at de ikke behøvde fokusere så mye på dette når de møtte virkelige pasienter. De kunne fokusere på det å kommunisere bedre med dem. Det å få lov til å trene i et trygt miljø ble verdsatt. Likevel opplevde de at de ikke

fikk gitt omsorg på et helhetlig måte, da de fokuserte mere på tekniske ferdigheter under simulering. Dette fokuset endret seg i praksis. Gjennom video-opptak fikk deltagerne sett seg selv og på denne måten justert seg selv på en måte som ikke kan gjøres i det virkelige liv. I tillegg forbedret de seg når det kom til å reflektere. Når de returnerte til praksis følte studentene at de hadde forbedret sine kunnskaper, de følte seg bedre forberedt, de var mere komfortable med det å vurdere pasientene og de fikk bedre evner til å stille kritiske spørsmål. I tillegg fikk de bedre selvtillit som de fikk nytte av i de akutte situasjonene. Forfatteren stiller seg spørsmålet om denne selvtilliten er overdrevet tatt i betraktning tiden de fikk simulere.

3 Teoretisk rammeverk

Jeg vil i dette kapittelet beskrive de grunnleggende begreper som jeg vil bruke i oppgaven. Jeg har lagt vekt på hvordan kompetanse og læring utvikles hos sykepleierstudenten gjennom Patricia Benner (1995) «*Fra novise til ekspert*». For at studentene skal forstå praksis har jeg også lagt vekt på refleksjonens betydning og kunnskap i handling gjennom Donald A. Schön (2006) og Bengt Molander (1993). Siden jeg vinkler denne studien opp mot studentenes erfaringer i praksis, er persepsjonen (sanser og opplevelser) vil jeg belyse gjennom Kari Martinsen og Løgstrups sansefilosofi. «*Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer*», er basert på amerikansk forskning på det amerikanske utdanningssystem. Det amerikanske er annerledes i forhold til det norske, men har til gjengjeld mange av de samme styrker og svakheter som vi kjenner igjen (Heggen, K. i Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, V., 2010).

På grunn av oppgavens omfang avgrensers jeg de pedagogiske grunnbegreper, men kommer ikke utenom læringsstrategier da dette har betydning for utviklingen av sykepleieutøvelsen for studentene i praksis. Jeg vil belyse hvordan studentene forstår situasjonene. Læreprosessen vil følgelig også være et viktig element som fortjener å få større plass, men jeg vil fokusere på de sykepleiefaglige kunnskapene og kunnskap i handling.

3.1.1 Utvikling av handlingskompetanse

Jeg velger å bruke Benner (1995) som grunnlag for å se på hvordan studentenes/novisenes utvikling og evne til innlæring er, og hvilken betydning det kan ha for det å se sammenhenger mellom utdanning og praksis. Veien mot ekspertise viser kompetansestigen og er derfor viktig å vise som et langsiktig mål for studentene der de står som ferdigutdannet og skal ta fatt på yrkeslivet. At jeg velger å bruke ord som ekspert, vil ikke dermed si at jeg ser på dette som et oppnåelig mål for bachelorstudenten i studiet.

Benner (1995) videreutviklet Dreyfusmodellen (Dreyfus & Dreyfus, 1980; Dreyfus, 1981; Benner, 1995), slik at den ble tilpasset sykepleiefaget. De fem ferdighetsnivåene: *novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert* avspeiler tre aspekter innenfor kvalifisert praksis. 1. Bevegelse bort fra prinsipper til bruk av egen erfaring. 2. Endring av oppfattelse av krevende situasjoner. 3. Overgang fra observatør til aktør.

Novisestadiet er på nivå 1 og defineres ved at nybegynnere ikke har hatt noen erfaring med de situasjonene der det forventes at de skal kunne yte innsats. Novisene er lærebokstyrte og siden de mangler erfaringer i situasjonen, eller konteksten, trenger de regler å handle ut ifra. Å handle etter regler begrenser muligheten for dyktig innsats siden reglene ikke kan fortelle hvilke oppgaver som bør prioriteres i gitte situasjoner. Benner sier også at alle sykepleiere er noviser hvis de står framfor en oppgave de aldri har gjort før, eller har erfaring med fra før. Den avanserte nybegynner, nivå 2, bruker tidligere erfaringer i konkrete situasjoner i tillegg til regler og rutiner og at situasjonene kan hentes fra gjennom gjenkjennbarhet.

Å ha kunnskaper om studentens ferdighetsnivå er viktige når det gjelder konsekvenser det kan ha for undervisning og innlæring. Man kan veilede studentene i situasjoner som ikke er helt tydelige, eller man utelukkende kan bruke retningslinjer, gjennom å bruke egne erfaringer. Novisene og avansert nybegynner bruker sin konsentrasjon på de regler de har lært seg i nye, fremmede situasjoner. De bruker lang tid på aspektgjenkjennelse, og ser ikke helhetlig på situasjonen. Støtte og veiledning fra kompetente sykepleiere blir viktig når det kommer til å prioritere i komplekse situasjoner slik at ikke viktige pasientbehov tilsidesettes (Benner, 1995:38).

3.1.2 Kunnskap i handling

Jeg vil bruke Molanders (1993) perspektiver på de teoretiske og praktiske tradisjonene for tilegnelse av kunnskap. Han viser til Gadammers (1970) begrepsavklaringer om forforståelse og fortolkning. Forståelse er ikke ubetinget. Den krever forforståelse, en forståelse av delene før man forstår helheten. Samtidig må man forstå delene før man forstår helheten, referert til den hermeneutiske sirkel. I følge Molander er kunnskap i handling en form for oppmerksomhet i handling (s.72-73).

Om «tilsiktlig» handling, sier Molander, er en handling man har lært seg å gjøre. Det å gjøre noe med sikkerhet er ikke det samme som å lykkes første gangen. Om man kan utføre noe med presisjon og sikkerhet bedømmes mest av andre og ikke bare av personen selv. Dette baseres på en individuell beherskning av en viss sort handling i en handlings- eller beskrivningspraksis. Det som endrer seg er konteksten, som for eksempel kultur.

«Handlinger är vad de är genom det större sammanhang som de ingår i: sammanhängande aktiviteter, yrkespraxis, sociala institutioner osv. Att behärska något «i praktiken» (som avsiktlig handling) innebär inte bara «kroppsarbete» med en associerad föståelse. Det betyder att behärska en kulturell och materiell (och ekonomisk) helhet» (Molander, 1993, s. 119).

Nordtvedt, P. og Grimen, H. (2004) har også belyst flere teorier om praktisk kunnskap og nevner blant annet Ryle (1963) *knowing how* med *knowing that* og Polyani (1958, 1983) om den tause kunnskapen, det som ikke kan artikuleres verbalt og det som kan. Han nevner også Johannesen (1984, 1999) *ferdighets- og fortrolighetskunnskap*. Praktisk kunnskap er etter alt å dømme ikke oppfatninger og at det finnes som ferdigheter og fortroligheter med omverdenen. Forfatterne finner viktige likheter med de ulike tradisjonene, og det er det at alle er opptatte av den reflekterende handling og den ureflekterte handling og forholdet mellom disse.

3.1.3 Å forstå praksis

I boken til Schön (2006) innleder han med å si at praksissituasjonene er unike for alle profesjoner og at det meste av de som oppleves i praksis ikke står nedfelte i lærebøkene. Dette fordi praksissituasjonene fremstår som enestående begivenheter. Konflikter som handler om verdier, mål, formål og interesser er noe den praktiserende ofte står ansikt til ansikt med. I tillegg kaller også Schön at *praksis er en kunst*, og slik jeg forstår det

omhandler det mye individets evne til å kunne løse problemer der det ikke finnes manualer og prosedyrer. De profesjonelle kommer overens med det ubestemte og verdikonfliktene. Det meste skyldes at de ikke direkte kan beskrive eller redegjøre for denne praksis. Der ligger en kunnskap som ikke kan beskrives og rutiner og vanetenkning er ikke nok. Refleksjon blir således nødvendig for å kunne tenke i og over situasjoner.

Schön deler opp den profesjonelles refleksjon i refleksjon-i handling og refleksjon-over-handling. Kort fortalt er refleksjon –i –handling en kombinasjon av kunnskap, erfaring og intuisjon samtidig mens det handles. Refleksjon-over-handling er den etterfølgende tankevirksomhet over prosessen og det som har hendt i situasjonen. Det som utvikler profesjonell kompetanse, i følge Schön, er praksisforståelse der utøvelsen og fortroligheten med fagets praksis, i dens bredde og mangfoldigheter. Teorien som utdanningsstedene legger som en basis for praksis, etterlater studentene med forutsetninger som siden viser seg å ikke stemme, eller være mangelfulle med realiteten i praksis (Kuhlmann, gjengitt i Schön, 2006).

Der vi ikke kan gjøre rede for de handlinger vi utfører i dagliglivet kommer vi ofte til kort fordi kunnskapen ligger i våre handlinger. Et forsøk på å beskrive blir ikke tilstrekkelig. Den profesjonelles handlinger er avhengig av kunnskap-i-handling der fortløpende kvalitetsvurderinger blir gjort samtidig som ferdigheter som kreves for å utføre jobben er tilfredsstillende. Den profesjonelle besitter teorier og evidensbasert forskning som basiskunnskap, men utførelsen og handlingene er avhengige av den enkeltes evner til å kunne ta i bruk teori i praksis og også kjenne igjen elementer. Det er også viktig at den profesjonelle har evner til å kunne bedømme situasjonene for å kunne velge riktig handlingsalternativ (Schön, 2006: 51-52).

Schön (2006) kommer med noen eksempler på spørsmål den profesjonelle stiller seg selv mens han utfører en uoversiktlig, usikker eller ustabil situasjon: «Hva er det jeg legger merke til når jeg kjenner igjen dette? På bakgrunn av hvilke kriterier baserer jeg min vurdering? Hvilke prosedyrer følger jeg når jeg utfører denne ferdighet? Hvordan definerer jeg problemet jeg forsøker løse?» På denne måten går refleksjon hånd i hånd med kunnskap-i-handling og bidrar til at den profesjonelle lykkes håndtere slike situasjoner som nevnt ovenfor (s.52).

Ved refleksjon-i-handling tenker man over hva man gjør. Schön sier at vanligvis vil ikke intuitive og spontante handlingene i dagliglivet utløse refleksjon, spesielt ikke i de tilfeller hvor resultatet blir som forventet. Men dersom resultatet tar en annen vending enn forventet, kan reaksjonen gjerne være refleksjon-i-handling.

Hvordan og hva den praktiserende reflekterer over er forskjellige alt etter de fenomener han står overfor, slik som normer og regler, strategier og teorier. Av og til må den praktiserende revurdere og stille seg kritisk til sin førstehåndsforståelse av fenomenet. Dette kan få ham til å se problemet fra en annen vinkel, en ny måte å formulere et problem på. Det kan være at den praktiserende må velge mellom verdier som settes på spill i situasjonen (Schön, 2006).

3.1.4 Å være sansende tilstede i situasjonene

Kari Martinsen (2012) har skrevet en bok med utgangspunkt i K.E. Løgstrups tenkning og filosofi, da spesielt sansefilosofien og brakt disse inn i sykepleien. Denne filosofien omhandler ikke bare sansningen i mellommenneskelige relasjoner, men også mennesket og dets sansning som er innfelt i naturen og universet. Det er en kroppsnær filosofi der det handler om at man er der det skjer i begivenheter i møte med mennesket og de relasjonen det skaper. Det som gjør Martinsens betraktninger viktige i denne sammenheng er fordi de spiller så stor rolle for hva sykepleierstudentene møter i praksis, og hvilke føringer som ligger til grunn i møte med den virkelige pasienten. For sykepleieren er det viktig å kunne være sansende tilstede i situasjonene med pasientene, at oppmerksomheten er rettet mot pasienten og rommet, og at dette er vesentlig for å kunne vurdere det faglige.

Det å være tilstede i situasjonene, vil ikke bare si at man står der rent fysisk, men at man bruker sansene men at man kan tyde og forstå situasjonene. Tydning er i følge Martinsen, en bevegelse mellom sansing og forståelse. Det at man ser, hører, fornemmer, lukter.. og siden forstår hva alt dette er. Denne sansningen stemmer vårt sinn og gjør et inntrykk på oss. Forståelsen kommer på sansningens vilkår. Vår forståelse er knyttet til forforståelsen og den er avstandsskapende fra sansningen, men disse to hører sammen og kan ikke bare sees alene. Det som frembringer forståelse er både det å være tilstede, tydningen. Det å reflektere og det vi fortolker.

Det vi reflektere og fortolker er det vi opplever ved å være i verden. Vi starter først med å være bevisst oss selv for siden å bil bevisst det som skjer utenfor oss selv. Men både sansningen og refleksjonen kan brytes av en tydning. Det skjer det det sansende nærvær ikke er til å unngå. Tydningen er vår erfaring av det å være et menneske i verden og hvordan vi forholder oss til det vi sanser. Denne tydningen ser vi ikke bare hos sykepleieren der hun forsøker å tyde pasienten, men også pasienten tydning av sykepleieren. I denne relasjonen er begge tydende og har et samspill med hverandre. Dette kan være vanskelig for pasienten å selv få en oversikt over, å kunne tyde hva han selv sanser, Det er viktig at sykepleieren er sanselig tilstede, og Martinsen sier at i de tilfelle pleien er sanseløs er i de tilfeller man bruker manualer, eller i de tilfellene man blander sine egne følelser inn i pasientpleien. Da er man ikke sanselig tilstede og det å være åpen for pasienten.

Undringen kommer når vi våger å være langsomme i vår kropp. Med dette forstår jeg Martinsen som det å stoppe opp et øyeblikk slik at kroppen er mere mottagelig for de inntrykk det gir oss. Tilstedeværelse og nærvær til der vi er. Undringen kommer ofte der vi ikke helt forstår hva noe er. Eller et spørsmål faller oss inn. Deretter settes tenkningen i gang. Tenkning som hendelse går ut over den oppmerksomheten som er problem- og kunnskapsorientert. Både undring og tenkning som hendelse er viktige i sykepleien. Det kaller på en vilje til at man skal hjelpe pasienten til å få det best mulig. Som jeg forstår det skiller man ikke ad disse måtene for tenkning, og at i tillegg til det som vi vet faglig og kunnskapsmessig sett, så er det viktig å være spørrende, avvente og analytisk.

Forbauselsen er ikke langsom, den kommer plutselig, der vi ikke forstår situasjonen. Martinsen beskriver dette som et sjokk. Men så besinner vi oss og forstår hva som brakte forbauselsen fram. Sammenlignet med sykepleien kan forbauselsen overvelde sykepleieren i såpass stor grad at hun ikke makter å være sansende tilstede. Forbauselsen kan således stenge av for sansingen. Martinsen (2012) referer til Alvsvåg som sier at kunsten ligger i undringen, i det å være langsom i korte møter. Likevel er det bestandig noe vi ikke forstår i relasjonene og som forblir fremmede for oss. Det handler i mange tilfeller heller ikke om å forstå, men å skjønne hvordan vi er tilstede i relasjonene. Det å bruke og vurdere gjøremål og prosedyrer med skjønn basert på

kunnskaper og det faglige. Men samtidig også være åpen og undrende, være nærværende som igjen kan skape en større forståelse for pasienten og hans situasjon.

Jeg tenker dette handler om refleksjonen. For sykepleierstudentene er det et overveld av inntrykk i en praksisperiode. Såpass mange inntrykk at det stenger for det sanselige. Det sanselige som er så viktig i møtet med pasientene. Jeg tenker også at det de opplevde på simrom som kanskje ligger der som en erindring, men som ikke enkelt lar seg hente fram bevisst av studenten, men som et resultat av refleksjon i etterkant. Det er et sted der erindringen kommer mere tydelig fram.

På hvilken måte spiller etikken inn? Jeg vil belyse litt av betraktningene rundt Løgstrups situasjonsetikk da dette ofte er forbundet med hva man bør gjøre og hva man skal gjøre. Dette kan også være forbundet med hvorfor man velger en handling foran en annen og som også er med på å bestemme handlingsvalg. Når studentene får mere erfaringer får de også flere handlingsalternativer som ikke nødvendigvis er forbundet med faglige overveielser, men også det som er moralsk riktig. Det som er til det beste for pasienten.

I følge Martinsen er Løgstrup fundamentalt uenig med andre situasjonsetikere som hevder at hver situasjon er unik og ikke kan overføres til en annen. Han er tildels enig i at tiden er ugjenkallelig og ikke kommer tilbake, men at innholdet i tiden kan gjenkjennes i andre situasjoner. Han skiller mellom det unike i situasjonene og det typiske og at de fleste situasjoner har *typiske trekk*. Våre overveielser er basert på våre handlinger og våre begrunnelser i handlingene som rommer det kulturelle, det faglige, normer, regler kunnskaper og makt.

I dette samspillet mellom pasientene og sykepleierstudentene, ser vi noe av det unike ved det at studentene er i praksis, og at dette vanskelig kan la seg simulere gjennom tekniske finesser. Det er nettopp denne annerledesheten som studentene merker i praksis, som er vesentlig for å kunne være et sansende menneske.

3.1.5 Sykepleierstudenten i praksis

Dannelse i sykepleien skjer når studentene bygger opp teoretisk innsikt, praktiske ferdigheter og forståelse for verdier som er sentrale i sykepleiepraksis.

Sykepleierstudentene begynner å arbeide med pasientene nokså tidlig i studiet. De går inn i kliniske settinger og situasjoner og lærer gjennom erfaringer. Dette kalles også

erfaringslæring og situert læring. Erfaringslæring krever åpenhet og villighet til å forbedre praksis over tid, da denne type læring ikke foregår under alle omstendigheter og i alle situasjoner (Benner et al., 2010).

Situert læring er læring i en bestemt form for sosial praksis hvor man går fra perifer deltagelse til en mer aktiv deltagelse etterhvert som man blir mere fortrolig. Å utvikle personlig kunnskap oppstår gjennom tilhørighet og trygghet i et arbeidsfellesskap det er en «konkret og personlig kunnskap som må læres i fysisk nærvær av det fenomen kunnskapen dreier seg om» (Heggen, gjengitt i Benner et al., 2010, s.104).

Benner et al, (2010) snakker om i tillegg til å kunne forstå en situasjon, er et annet viktig teoretisk perspektiv klinisk fantasi og relevansvurdering. De hevder det er viktig at sykepleieren har evnen til å kunne forestille seg hva som kan utvikle eller endre seg over tid, også kalt klinisk fantasi. Relevansvurdering er å kunne vurdere hvilke kunnskaper og tiltak som er relevant å bruke i situasjoner som har mange nyanser. Å trene opp studentene til å se muligheter, ressurser og begrensninger i den enkelte pasient- og pårørendesituasjon. Begge disse utvikles når kliniske situasjoner blir gjentatt. Den som underviser ber studentene om å forstille seg og begrunne hvordan han/hun vil handle i den reelle situasjon. Dette vil hjelpe studenten til å lettere kunne begrunne sine handlinger med virkelige pasienter.

Om simulering sier Benner et al. (2010) at simulering må sees i lys hvor godt studentene kan utvikle sin kliniske fantasi. Dette kan være utfordrende hvis de ikke har noen erfaring med det som skal simuleres. Om integrerende undervisning og læring sier de at det hjelper studentene å fungere i kliniske situasjoner med å integrere teori, praktiske ferdigheter og etiske holdninger. Dette kan gi studentene relevante kunnskaper og hjelp til å søke opp når de ikke vet. Spørsmål kan være: «Hva opplever pasienten? Hva er problemstillingen (-e) i situasjonen og dine? Hvilken informasjon trenger du? Hva vil du gjøre med det?».

Godt sykepleieskjønn kan aldri se bort fra pasientens «livsverden» og erfaringer. Det krever klinisk resonnering for å kunne tolke en klinisk situasjon gjennom den konteksten pasienten befinner seg i. Å kunne kontekstualisere en pasient er viktig for studenten slik at det oppstår en bevissthet om at situasjonen som har oppstått henger sammen med det som har oppstått tidligere (Benner et al, 2010).

4 Metode

4.1 Metodologisk tilnærming og vitenskapsfilosofisk grunnlag

Siden jeg ønsket å basere denne studien på sykepleierstudentenes egne erfaringer rundt tema, og forstå menneskelige handlinger ut fra deres subjektive perspektiv, valgte jeg å foreta en kvalitativ undersøkelse med et fenomenologisk perspektiv (Thornquist, E., 2014). Det gav meg en nærhet til de jeg forsket på gjennom et fokus på deltagerens opplevelser og meningsdannelse gjennom et fortolkende paradigme (Malterud, K., 2013).

Fenomenologi tar utgangspunkt i Edmund Husserls (1859-1938) filosofi og metode, hvor studieobjektet er bevisstheten og hvordan fenomenet framtrer for hver enkelt fra et førstepersonsperspektiv. Vitenskapen om tolkninger kalles hermeneutikk.

Hermeneutikk handler om å tolke menneskelig mening. Intensjonen var å representere deltagerens stemme så lojalt som mulig, med minst mulig forstyrrelse av meg som forskers forforståelse og teoretiske referanseramme (Malterud, 2013).

I min studie har jeg tatt utgangspunkt i at mennesket lever i en historisk, kulturell og sosial sammenheng, om 'å være i verden'. Fenomenene er de opplevelsene og inntrykkene de hadde fra simulering deltagerne og hvordan disse viste seg i praksis. Subjektet gir objektet mening. 'Eg har fokus på det eg ser, ikkje *at* eg ser' (Elstad, I., 2014, s. 255). Det var derfor viktig for meg å holde fokus på når jeg studerte sykepleierstudentenes erfaringer med simulering og hvordan disse gir mening og 'viser veien videre til det meningsfylte' gjennom fortolkning (Elstad, 2014).

4.2 Forforståelse

Min forforståelse er at jeg gjennom dybdesøk i litteraturen, hadde mere teoretisk kunnskap om simulering som læringsform. Jeg hadde også selv erfaring med å være deltager i simulering gjennom fascilitatorkurs og hadde kjent på effektiv læring gjennom mestring fordi jeg hadde lang klinisk erfaring. Nettopp dette med mestring og klinisk erfaring var noe jeg tok med meg, da jeg tenkte at simulering hadde en nytteverdi. Samtidig var jeg undrende til om «novisene» hadde samme erfaringer av mestring. Jeg forsøkte å være bevisst min forforståelse ved å la spørsmålene være veiledende og ikke følge dem slavisk. Ved å holde fokus på tema og samtidig være åpen for interessante tema samtalene brakte fram, kunne likevel være utfordrende.

Siden har teorier og forskning styrket forståelsen av mine fordommer og forforståelser. Jeg så at tidvis negativt fokus hos deltagerne kunne stemme overens med tidligere forskning. Dette skapte en større forståelse av det empiriske materialet. Analyseprosessen lærte meg å være kritisk til min egen rolle som intervjuer og datamaterialet. Gadamer (1900-2002) sier at forutforståelse som kan være positive og negative. De negative gjør oss uimottagelige for ny kunnskap mens de positive er forutsetninger for kunnskap. De positive fordommene kan forandres gjennom ny kunnskap (Fjelland, R. & Gjengedal, E., 1995).

4.3 Datainnsamling

Førstegangsintervju skapte ikke det nødvendig empirisk bredde på materialet, og for å kunne svare på problemstillingen så jeg det nødvendig med en 2. gangs intervju (Malterud, 2012). De to første ble gjennomført etter første praksis i kommunehelsetjenesten og etter 2. praksis i spesialisthelsetjenesten.

4.3.1 Fokusgruppeintervju

I denne studien har jeg valgt å bruke fokusgruppeintervju. Fokusgruppe er ifølge Malterud (2012) et møte mellom mennesker der samhandling og diskusjoner om et tema danner materiale som forskeren ønsker utvikle kunnskaper om (Malterud, 2012). Samtalene, dynamikken og samhandlingen mellom deltagerne dannet det empiriske materialet gjennom tekst. Spørsmålene omhandlet problemstillingen, og disse ble 'fokus' og dannet base for diskusjon (Malterud, 2012). Å bruke studenter som kjente hverandre godt ville få samtalen til å gå lettere, samtidig måtte jeg være oppmerksom på at fokus lett kunne spore av gjennom mange digresjoner.

4.3.2 Utvalg

Utvalget var i alt 8 bachelorstudenter i sykepleie, desentralisert deltidsutdanning med 4 i hver gruppe. I følge Malterud (2012) bør man ikke bestemme på forhånd hvor mange grupper man trenger, men heller være fleksibel slik at man har så mange grupper at empiriske data kan belyse problemet (Malterud, 2012). Balansen mellom felleskap og mangfold måtte håndteres fornuftig når jeg skulle gjøre et utvalg. Inklusjonskriteriene var en student som deltok aktivt og i et simuleringsprosjekt og utvalget bestod av de studenter som takket ja til å delta. Malterud (2012) kaller dette for et bekvemmelighetsutvalg (Malterud, 2012). Da tidspunktene for når intervjuene kunne

gjennomføres var svært begrensede, og det var ingen rom for å utsette tidspunktene. De måtte følge begivenhetenes gang.

For å forebygge uønskede skjevheter i et tilfeldig utvalg så jeg på hvordan jeg plasserte deltagerne i gruppene, for å skape bredde og variasjon gjennom mangfoldet. Valget bestod mellom å plassere en mann i hver gruppe, men endte opp med begge mennene i samme gruppe. Homogeniteten i gruppene var at alle var sykepleierstudenter som gikk i samme klasse, og alle hadde hatt høyteknologisk simulering som praksisforberedende undervisningsform. Homogenitet i en gruppe gir en mere innhold i informasjonen (Malterud, 2012).

Jeg rekrutterte studenter til intervju ved å informere dem om det kommende prosjekt og baserte dette på frivillig deltagelse. Studentene ble informert muntlig om prosjektet allerede høsten 2014. Jeg utformet et informasjonsskriv med samtykke om deltagelse til prosjekt til studentene da tema var bestemt. Jeg utviklet en temaliste med spørsmål og tema til bruk i begge gruppene (se vedlegg 2).

4.3.3 Forberedelse

Jeg forberedte intervjuene med å lage en temaliste som skulle legge grunnlaget for intervjuet. Denne temalisten ble bearbeidet i flere runder gjennom problemstilling, metodelitteratur. Jeg ønsket å gå med et åpent sinn i intervjuet og temalisten ble en huskeliste dersom deltagerne ikke var innom temaene. Å utnytte dynamikken og samtalene mellom deltagerne ville aktiverte assosiasjonsrekker som åpnet for nye fortellinger, og dette måtte jeg være oppmerksom på (Malterud, 2012). Jeg gjorde avtale med deltagerne at jeg skulle intervju dem da de var inne på første samling etter praksisperiodene.

I de to første intervjuene hadde jeg på forhånd avtalt med bisitter (sekretær²) som var orientert om problemstilling og forskningsspørsmål. På grunn av uforutsette ting kunne ikke bisitter være med på intervjuet, og jeg tok disse alene fordi intervjuene ikke kunne vente. Det neste intervjuet 6 måneder etter ble det første gjort med bisitter, det andre ikke på grunn av at jeg måtte reise ut til deltagerne. I perioden mellom runde 1 og runde

² Sekretærens oppgaver er å følge med på hva som foregår i fokusgruppediskusjonen – legge merke til og ta feltnotater om stemning, klima og samhandling. Sekretæren kan også ha lagt merke til noe underveis som gir åpning for ny og viktig informasjon fra deltagerne (Malterud, 2012).

2, gjorde jeg meg noen nyttige erfaringer som intervjuer. Jeg var mere avslappet og lyttende til deltagerne sa i forhold til spontane oppfølgingsspørsmål. Når det kom til temalisten endret jeg ordlyden i enkelte spørsmålsformuleringer, men ikke innhold.

4.3.4 Gjennomføring

Fokusgruppeintervjuene ble ledet av meg som *moderator*³. Min rolle ble viktig i forhold til dynamikk og flyt i samtalene. Jeg måtte være oppmerksom på at jeg ikke virket fordomsfull og at min kompetanse på området ble balansert fornuftig (Malterud, 2012).

De to første intervjuene ble gjennomførte rett etter hverandre, og det ser jeg kan ha påvirket datamaterialet da det var lett og ikke skille det som allerede hadde vært sagt av gruppe 1 og det som ble sagt av gruppe 2. Noe jeg også så fort da jeg transkriberte materialet. Jeg skapte mange brudd der jeg kunne vært mere fokusert på spennende tema. Jeg så også at noteringen jeg gjorde første gangen, tok oppmerksomhet bort fra det som ble sagt. Andre gang noterte jeg kun enkeltvis stikkord på det jeg ønsket at de skulle gå videre på, og gjorde det lettere å være oppmerksom mot interessante tema. Fordelene med å ha bisitter var ikke bare at tema ble fanget opp, men skapte også en trygg situasjon for meg som uerfaren intervjuer. Intervjuene ble gjennomført på et møterom og jeg forsøkte å skape en god, avslappet og uhøytidelig atmosfære.

4.3.5 Intervju

Jeg innledet intervjuene med en introduksjonsrunde, der jeg som moderator og deltagerne fikk fortelle om oss selv og vår bakgrunn. Deltagerne ble kjent med problemstilling og tema. Introduksjonen skapte rammene for samhandling (Malterud, 2012). Stemning og samhandling er i følge Malterud viktig for å trygge deltagerne slik at de kunne dele sine erfaringer. Jeg så imidlertid at enkelte av deltagerne tok større plass. I følge Malterud (2012) sikrer man best samhandling der man lykkes i å gjøre alle deltagerne medansvarlige for at alles erfaringer er like viktige (Malterud, 2012). Jeg la vekt på at jeg var ute etter å lære av dem, og at det var deres erfaringer som var i fokus. På forhånd hadde deltagerne levert et informert samtykke til intervju, men jeg gjentok innholdet i den. Jeg oppfordret også deltagerne taushetsplikt overfor hverandre og å

³ «*Moderator*, som ofte er prosjektleder, styrer samtalen mellom deltagerne og sørger for at den avsatte tiden blir brukt hensiktsmessig i forhold til prosjektets problemstilling» (Malterud, K., 2012:65).

anonymisere pasientfortellinger. I tillegg ble de gjentatt at alt innhold ble anonymisert og at datamaterialet skulle behandles sensitivt.

Jeg brukte båndopptaker under intervjuene og transkriberte intervjuene ordrett rett etter intervjuene var foretatt. Lydopptak er velegnet når materialet består av samtaledata, men fanger ikke opp nonverbal kommunikasjon (Malterud, 2013). Utfordringene ligger i at man har begrenset tid til å validere svarene man får, i motsetning til individuelle intervju hvor man kan stoppe opp og forklare spørsmål eller om vi har forstått meningsinnholdet rett. Dette kalles dialogisk validering (Malterud, 2012). Jeg valgte under intervjurunde 2 å ha med bisitter da dette kan forbedre dialogisk validering, men fikk dette bare under det ene av intervjuene på grunn av uforutsette hendelser. Det må tas med i betraktning at dette kan ha påvirket datamaterialet.

Fordelene var at deltagerne kjente hverandre godt, slik at diskusjonene kom i gang fort. Det interessante var å se hvordan de minnet hverandre på det som hadde skjedd inne på simulering. Jeg gjorde feltnotater underveis, før under og etter intervjuene. Feltarbeidet skal omforme virkeligheten til observasjoner og tekster. De empiriske data etableres ved hjelp av analyse, sammenfattes og gjenfortelles. Ved et kvalitativt intervju kan selve rammen rundt det skape gode historier (Malterud, 2013).

Transkriberingen ble utført av meg selv, noe som gav meg et nærmere forhold til materialet. Jeg utførte transkriberingen rett etter at intervjuene ble tatt, noe som gjorde det lettere for meg å kjenne igjen deltagerens stemme. Her var det en fordel at gruppene var små. En annen fordel med dette var at jeg så ganske raskt at jeg trengte å ha et strammere fokus ved neste intervju. Da deltagerne hadde flere ulike dialekter, valgte jeg å transkribere disse på bokmål. Enkelte steder gjorde jeg en forsiktig redigering av språk, da dette representerte en høyere grad av autentisitet. Den direkte gjengivelsen muntlig tale stemte ikke med den virkeligheten teksten skulle representere (Malterud, 2012). En fordel her er at jeg selv var tilstede under intervjuet og hadde et inntrykk av hva som var egentlig sagt og ment. Jeg gav deltagerne pseudonym som A, B, C og D av personvern hensyn, og gav de senere fiktive navn. Når jeg transkriberte selv så jeg hvilke spørremåter som fungerte godt og åpnet opp for assosiasjoner og de som ikke gjorde det (Malterud, 2012).

En utfordring ved å foreta fokusgruppeintervju var at deltagerne tidvis snakket i munnen på hverandre og dette merket jeg som (xxx). På grunn av samtalens tema ble det likevel mulig å fange opp meningen da konteksten hjalp med å forstå sammenhengen (Malterud, 2012).

4.4 Analyse av datamaterialet

For å analysere datamaterialet valgte jeg å bruke en tverrgående analyse fra begge gruppene, og se på disse samlet. Erfaringene og opplevelsene til deltagerne ble analyseenhetene for en tematisk innholdsanalyse. Det var innholdsaspektet av samtalene der diskusjonen dannet tema, men også formulert av enkeltmenneskets stemme (Malterud, 2012). Ved å lese gjennom de transkriberte intervjuene, dannet jeg meg først et bilde av hovedbudskapene til deltagerne. Jeg oppdaget at deltagerne stadig kom tilbake til samme tema. Det åpenbare budskapet var først *utdanningen forbereder dem til den beste praksis, men ute i virkeligheten er det opp til dem selv å finne ut hvordan de skal anvende kunnskapen*.

Valget falt på Graneheim, U. H. & Lundmans', B. (2003) innholdsanalyse, der ord, utsagn og refleksjoner var knyttet til samme sentrale betydning. Innholdsaspektet i beskrev de åpenbare og synlige komponentene, men også de latente. Videre ble teksten bearbeidet gjennom analytiske trinn: fra *kondenserte meningsenheter*, til *koder* og *kategorier* som igjen dannet *tema* (se fig.1) Prosessen var en bevegelse mellom hele og deler av teksten og således ikke lineær.

Siden har analysen blitt ytterligere fortolket gjennom teori og forskning gitt meg en større forståelse av hva fenomenene betyr for dem som har fortalt (Malterud, 2013).

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema
A: «det er jo det jeg tenker simuleringen kan være med på å forberede deg på at alle pasienter ikke er sånn som det står i boka at de skal være». B: «de ligger ikke i ro i sengen» (3/5/A+B)	I praksis følger ikke pasienten «manus»	Må improvisere	Pasienten er ikke A4	Kontekstforskjeller

Figur 1. Eksempel på fremgangsmåte i innholdsanalyse

4.5 Å være forsker i eget felt

I min rolle som lærer måtte jeg balansere mellom nærhet og distanse, siden jeg var forsker i eget felt. Som lærer ved sykepleierutdanningen, måtte jeg være oppmerksom på hvordan jeg kom til å påvirke intervjuprosessen. Dette lå i vår lærer-student-relasjon og hvordan jeg gikk fram for å rekruttere deltagerne. Jeg var ikke faglærer for kullet, og kjente ikke studentene fra før, men jeg måtte være tydelig på at min rolle var forsker og ikke lærer. Deltagerne ble oppmerksomme på at jeg var der for å lære av dem, og at det var deres stemmer og betraktninger som var viktige, ikke mine. Studien var basert på frivillig deltakelse, men det kan ikke utelukkes at noen av deltagerne som takket ja kunne ha gjort det for å være hjelpsom, eller ha følt på et visst press.

Under selve intervjuet måtte jeg forsøkte å skape tillit mellom meg som forsker og deltagerne, gjennom en god og uanstrengt atmosfære. At deltagerne så på meg som lærer istedenfor forsker kan i seg selv ha hemmet enkelte. Under intervjuene fløt likevel samtalene lett og deltagerne virket avslappet. Jeg kan imidlertid i ettertid se at mye av kritikken mot simulering som læringsmetode kunne ha vært rettet mot min rolle som lærer. Derfor kunne min dobbeltrolle i intervjusituasjonen ha påvirket empirien.

4.6 Studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet

Troverdighet omhandler fokus på forskning som refererer tillit til data og prosesser for analyse (Polit & Hungler, gjengitt i Graneheim & Lundman, 2003). Å se på sykepleierstudentens erfaringer etter praksis var relevant, siden forskningen peker på mere kunnskaper om simuleringens overførbarhet til praksisfeltet. Når jeg intervjuet dem etter praksis var ikke bare for å se hvilken nytte simulering hadde for dem i praksis. Det var også fordi jeg ville at de skulle se simuleringsovelsene på avstand med de erfaringer fra praksis. Deltagerne var relevante for problemstillingen, men det må likevel tas med i betraktning at flere av deltagerne hadde yrkesrelatert bakgrunn. Deltagere med ulike erfaringer økte også muligheten for å belyse mine forskningsspørsmål fra en rekke aspekter, dette har bidratt til å få en rikere variasjon (Graneheim & Lundman, 2003). At jeg valgte å foreta 2. gangsintervju har også bidratt til å belyse problemstillingen bedre.

Studiens *pålitelighet* handler også om den grad at data har endret seg over tid (Graneheim & Lundman, 2003), i og med at det gikk 6 måneder mellom begge intervjurundene. Det kan tenkes at innstillingen til deltagerne hadde endret seg og at de

var mere opptatte av å komme med positive tilbakemeldinger ved 2. gangsintervju. Temalisten endret seg lite, slik at deltagerne fikk de samme spørsmålene og forholde seg til. På en annen side kan denne prosessen over tid ha vært utviklende i forhold til tilegnelse av ny innsikt for både meg som intervjuer og for deltagerne (Graneheim & Lundman, 2003).

Dialogisk validering kan også være en utfordring ved fokusgruppeintervjuer. Ved å utnytte mangfoldet av stemmene, oppsummerte jeg ved å spørre deltagerne «Har jeg forstått dere rett...?», noe som har styrket påliteligheten av studien (Malterud, 2012). I selve analysen valgte jeg å være tro mot deltagerens stemmer. Tolkningen av funn ble sett i lys av teori og forskning.

Om *overførbarhet* sier Graneheim & Lundman (2003) «i den utstrekning funnene kan overføres til andre innstillinger eller grupper» (Polit & Hungler, gjengitt i Graneheim & Lundman, 2003). Man mener at ved å bruke fenomenologi bygget på Husserls filosofi, kan overførbarhet være mulig når man presenteres for den generelle i data (Englander, M., 2012). Deltagerens fortellinger, vil aldri kunne sammenlignes ettersom vi mennesker opplever det å være i verden forskjellig. Jeg har gjennom presentasjon av funn sett i sammenheng med teoretisk diskusjon forsøkt å skape en større sammenheng slik at det lettere vil kunne overføres andre steder enn der studien ble utført (Malterud, 2012).

4.7 Forskningsetiske vurderinger

I følge Helsinki-deklarasjonen av 1964 skal hensynet til forsøkspersonene settes først og skal gå foran alle andre hensyn. Dette er det vesentlige og viktigste med et informert samtykke. Hensikten med et informert samtykke, er om man vil ta stilling om å delta i prosjektet (Ruyter, K.W., 2003). I denne studien ble det brukt informert samtykke. I et informasjonsskriv redegjorde jeg på en grundigere måte hva deltagelse i prosjektet innebar. Det var viktig at de fikk vite hva prosjektet går ut på hvordan jeg har tenkt å gå til verks i min datainnsamling, hva jeg hadde som fokus på og hvordan jeg har tenkt å håndtere informasjonen jeg får (se vedlegg). Alle deltagerne skrev under på dette skjema.

Siden deltagerne allerede var inne i et annet simuleringsprosjekt så søkte jeg sammen med de ansvarlige for simuleringsprosjektet studieadministrasjonen ved studiestedet om

tillatelse til å bruke studentene i prosjekt (se vedlegg 1). Dette ble godkjent (se vedlegg 4).

Videre meldte jeg inn prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) etter Personopplysningsloven § 31 (2000). Studien ble godkjent av NSD (se vedlegg 5). Da jeg ikke forsket på pasienter, sykdom og helse falt mitt prosjekt utenfor mandatet til REK (Regional Etisk Komité).

Identiteten til deltagerne og transkript har blitt innelåst i arkiv og blir destruert ved studiens avslutning. Ved fokusgrupper kan man ikke pålegge deltagerne taushetsplikt, men man må ta med i betraktning at deltagerne har tilgang til andres informasjon, men oppfordret før intervjuet startet deltagerne til dette. I utgangspunktet er det bare meg som forsker som har taushetsplikt (NEM, 2010).

5 Studiens funn

5.1 Simulering frembringer et følelsesmessig engasjement

Det som fremkom tydelig var at simulering som læringsform skapte et engasjement som jeg ikke har sett like ofte i vanlig øvingsrom, rollespill eller caseundervisning. Dette engasjementet ble knyttet til opplevelsen av det som forgikk under de ulike sekvensene, og framkom tydelig under intervjuet. Engasjementet var både av positiv og negativ karakter. Opplevelsen gjorde inntrykk på dem, og satt fremdeles i etter praksis. Deltagerne brukte følelsesladete ord som «*ekkelt*» og «*skremmende*», men også «*spennende*» og «*kult*». Susanne sier: «*Jeg synes det har vært veldig fint, altså veldig kult å få lov til å simulere og... selvfølgelig skummelt og, ja, jeg har vært frustrert på simuleringen til tider*» (Susanne).

Studien viser flere forhold som kan ha bidratt til at dette engasjementet fremkom.

5.1.1 Å bli eksponert

Simulering er en eksponerende læringsform, og det benyttes ofte en spionvegg hvor operatør sitter og kontrollerer teknikken. Bak denne veggen kan det også sitte observatører og andre lærere. En fasilitator og andre observatører er også inne på selve rommet under sekvensene.

Deltagerne beskrev det å være i en ny og fremmed setting, noe som skapte et følelsesmessig engasjement knyttet mot det som opplevdes ubehagelig, skremmende og frustrerende. Deltagerne beskrev ubehaget med å være en handlende student gjennom en hel sekvens (brifing-scenario-debrif-evaluering-gjentakelse) mens andre ser på. Karina og Marte beskrev det slik: «*Vi syntes jo det var helt grusomt for at vi var helt uforberedt*» (Marte). –*Men det er jo følt fordi noen observerer deg hele tiden*» (Karina).

Å reflektere over egne og andres handlinger, og det å få tilbakemeldinger er en del av læremodellen i simulering. Simulering handler om læring og ble i dette settingen ikke brukt til evaluering. Likevel sa noen av deltagerne at de følte seg vurdert, selv om de var klar over intensjonene med simulering. Anders beskriver hvordan ble oppfattet av ham: «*Når to stykker sitter bak en glassvegg og observerer deg og filmer deg. Da vet du på en måte at: 'okei, her skal vi analyseres etterpå' ... du **blir** vurdert og du skal vurdere deg selv etterpå*» (Anders).

Samtidig var det å skulle se seg å se seg selv som ukomfortable i situasjonen på videofilm noe som brakte fram det samme ubehaget, dette handlet også om å se på de feil man ikke før var klar over at man gjorde. «*Det var rett og slett pinlig å se seg selv på video*» (Anette).

«Sist hadde vi en planlagt og en uplanlagt simulering. Hvor fælt vi syntes det var med den uplanlagte. Det var helt grusom for vi var helt uforberedt».

Anders sammenlignet dette med praksis, og nyanserte det med planlagte og uplanlagte simuleringer:

«Vi må ha begge deler, du er ikke forberedt på alt i praksis heller. Det er ikke noe fasitsvar når det kommer til mennesker» (Anders).

De nevner også at rollefordelingen under simulering ofte ikke stemmer overens med det som skjer i praksis. Under en simuleringssekvens skjer det jo ofte at studenter fyller flere roller, men deltagerne pekte på at de ikke har den nødvendige tryggheten og kompetansen til å kunne stå i den rollen. Anette presiserer:

«Man står jo aldri alene to studenter i en akuttsituasjon» (Anette).

Flere følte seg ukomfortable med å være i andre roller, og sa at de ble urealistisk og «fjollete».

5.1.2 Tankevekkere

Andre brukte ordet «*tankevekkere*». Der de opplevde å få en ny kunnskap om seg selv og handlingene. Anders og Marte forteller at det å se seg selv på video gjorde disse «*tankevekkerne*» tydeligere.

«Jeg stod med ryggen til dukken, og i og med at den er utstyrt med mikrofoner hørte den jo ikke hva jeg sa. Det ville jo mest sannsynlig ikke pasienten gjøre hvis han er tunghørt og ligger på sykehjemmet heller. Du får deg sånne 'vekkere'» (Anders).

«Jeg lærte meg å snakke lavere. Jeg snakket jo fryktelig høyt. Huff. Når jeg går sammen med kontaktsykepleier, så tenker jeg: hun snakker høyt! Du blir obs på ditt vesen, og møter pasientene med litt større...ydmykhet» (Marte).

«Du lærer mest av å se din egen framferd og hvordan du er rundt pasientene. Du kan jo komme bort i pasienter som ikke svarer sånn som du kanskje tenker de skal svare. Å lære seg å forholde seg til simuleringen også. Sånn som den er» (Anders).

Mange av deltagerne var likevel enige at det var læring i det å kjenne på ubehag og usikkerhet. De ble bevisste hvordan de plasserte seg i forhold til «pasienten» og måten de snakket på, spesielt etter å ha sett seg selv på video. I tillegg er simuleringen lagt opp til at man kjører samme scenario to ganger hvor man i mellomtiden har sett video av første scenario. Siri sier: «*Man sitter jo å ser på videoen etterpå, og så ser man jo sine egne feil og*» (Siri). Slik jeg forstår mine deltagere så synes noen at disse følelsene kan være en hjelp eller forberede dem i praksis, fordi de kjenner igjen de samme følelsene som de opplevde under simulering. Andre så nytten i å kjenne på usikkerhet. «*Det er jo 'learning the hard way'*» (Peter).

Selv om simuleringen følte fremmed til å begynne med, så deltagere nytten av den når de så det i etterkant. De så nytten av den større enn det ubehaget når de var tilbake fra praksis. Når de sammenlignet krav i praksis, så kommer de med råd for framtiden:

«Ja, det kommer du jo garantert til å få negative tilbakemeldinger på av studentene, men når man jo ser ting i ettertid, så er det jo kjempelurt. For du bli jo vippet av pinnen, gang på gang» (Anders).

Anders utdyper: «*..det første scenariet for de som skal gå ut i den første sykehjemspraksisen, -det er bare fint hvis det er ekkelt og skremmende og alt det der...--- det er sånn det er. --- det gjør ingenting at det er skummelt og litt ubehagelig». Han sier videre: «Så gå inn på et sykehjem for første gangen og skal ut i praksis og aldri har vært der før, det er skremmende.-- - I tillegg skal du evalueres på det du gjør. Så det gjør ingenting at det er skremmende og litt ubehagelig» (Anders).*

Deltagerne var enige i at det å se seg selv på video var det som gav mest læring ute i praksis gjennom å endret måten å kommunisere på. Det å simulere var en læreprosess hvor de forstod at det tar en viss tid å bli trygg på metoden. Samtidig så de nytten i å bli eksponerte ved at de sammenlignet det med krav i praksis. Mange av deltagerne var likevel enige om at der de ikke hadde opplevd kontroll, var noe de aldri glemte.

«Man drar jo rett hjem og leser, sant?» (Karina)

5.1.3 Å føle seg «avkledd»

Simulering skal være en oppbyggende læringsform for studentene. Intensjonene er å fremme praktiske kunnskaper gjennom oppøving av ferdigheter, kritisk tenkning og beslutningstaking. Det er også viktig at den tas hensyn til studentens nivå og

læreprosessene. Det fordrer at studentene er forberedte. Noen av deltagerne var frustrerte over at simuleringen ikke resulterte i at de følte mestring. Ubehaget ble forsterket når de ikke visste hvordan de skulle håndtere scenariene i simulering. Flere følte på det å skulle handle uten å ha tilstrekkelige for-kunnskaper.

«Jeg hoppet opp og ned og visste ikke hva jeg skulle gjøre. Vi hadde ikke grunnlag for å kunne takle den situasjonen i det hele og store. Så der og da var den meningsløs» (Karina).

«...hvis jeg står der og bare blir usikker, så blir jeg sur. Da blir jeg rett og slett forbannet. Så gir jeg opp, så gidder jeg ikke mere» (Susanne).

«...du aner egentlig ikke hva det er du holder på med. Du har jo lest, sant, men alt sammen dette jo vekk. Du får helt jernteppe, du blir helt blank» (Susanne).

5.1.4 Selvtillit og trygghet blir viktig i simulering og i praksis

Deltagerne legger vekt på at det tar lang tid å føle seg trygg i praksis, samt at praksisene er for korte til å kunne opparbeide seg trygghet. Det er vanskelig å se helheten og det er vanskelig å holde fokus. Å være usikker og uselvstendig når det kommer til praksis gjør noe med selvtilliten. Flere av deltagerne sier det er viktig for dem å komme dit hvor man er mere selvstendig og tryggere på sine egne handlinger. De sier også at det er en fordel at de er rustet før praksis og er tryggere før de kommer dit.

Anders sier noe om hvordan han tenker simulering er med å bygge opp selvtilliten før praksis:

«Du forbereder deg littegrann og littegrann i forhold til hvordan du skal håndtere ting. ---du går kanskje ett eller to trinn opp læringstrappen, og du kan si at det værste med læringstrappen er egentlig å ta det første trinnet. Det er litt sånn dørstokkmila når du skal ut og jogge, det er det første som er det værste. Og så går det litt lettere deretter. Så jeg tenker det er en god start å begynne i... sjøl om den her simuleringen føles litt fremmed ut til å begynne med så er det likevel en trygg arena» (Anders).

Han sier at simulering for hans del dreide seg om å få en bekreftelse på det å tenke riktig og samtidig kan simulering øke selvtilliten gjennom korrigerende:

«---det kan jo fungere stikk motsatt og du får bekreftet at tankene dine er fullstendig feil. Veldig greit å få ryddet det av banen før du kommer ut i praksis» (Anders).

Dette sammenfaller også med en annen informants utsagn om hvordan studentene lærer å korrigere seg selv under simulering gjennom videoopptak:

«Jeg tror du lærer mest av det å være bevisst på din egen framferd og din egen måte å være rundt pasientene på... Så det er veldig greit å se seg selv på video etterpå» (Peter).

Anne savner mere konkrete tilbakemeldinger fra lærerne:

«Det hadde vært greit at læreren var mere konkret. 'Nå gjør du rett og nå gjør du galt'--- 'dette må du huske på til neste gang, disse tiltakene glemte du å gjøre'---kanskje litt mere ærlige og ikke bare pynte på 'dere kunne vurdert det på en annen måte'» (Anne).

Deltagerne sa noe om hvorfor de mente simulering hadde betydning for selvtillit ute i praksis. De la vekt på at selvtillit kommer når man føler mestring, og at simulering må gå dithen at studentene føler mestring. Selvtillit i praksis blir viktig for å kunne være mere frampå fordi er man usikker og ikke tør gå inn i situasjoner blir det sammenlignet med observasjonspraksis.:

«---dess mindre erfaring du har dess mere viktig er det som skjer i ferdighetstrening og simulering. For det blir den bagasjen du har med deg når du kommer dit. Uten denne selvtilliten klarer man ikke fokusere så mye på de sykepleiefaglige tingene utover møtet med pasienten» (Anders).

«Ha såpass tro på egne kunnskaper så du kan være litt frampå. Hvis du er redd for alt du skal ta i, så er det ikke sikkert du kommer ut av praksisen med mere i ryggsekken enn du hadde når du gikk inn i den» Anders).

«...eller lære deg å takle det du ikke mestrer» (Peter).

«Det er forventet at man skal kunne en god del» (Siri).

«I en akutsituasjon skal du jo kunne være en ressurs. Det ville personalet se på som en god ting, istedenfor at man DA skal begynne å være student» (Susanne).

«Det er veldig greit at du får lov til å øve. I kommunehelsetjenesten står du veldig alene som sykepleier og det kan komme alt mulig, og da er det greit at man kanskje har en forståelse hva det er som foregår. Og forhåpentligvis, -klarer å gjøre noen ting» (Peter).

Deltagerne sa at det var viktig at simuleringen var tilpasset slik at de mestret det de simulerte på. De reflekterte over det å ikke ha en god følelse når man er ferdig med

sekvensen, og at det gikk ut over selvtilliten. Å ha selvtillit var noe som var viktig for å kunne møte praksis. Susanne sier hva det gjør med henne dersom hun blir veldig usikker i simuleringsøyemed:

«Det å mestre noenting, det gir jo selvtillit. Å gå ut derifra og føle at dette mestret jeg overhodet ikke, så er det ikke sikkert det blir noe godt møte med praksis heller» (Susanne).

Flere deltagere løfter fram at de burde vært mere forberedt eller forberedt på en annen måte før simulering. I møte med det ukjente ble mange usikker. Gjennomgående gjennom alle intervjuene var at deltagerne var klare på at i tillegg var viktige at man er vant med undervisningsformen, altså at man har fått mengdetrening i å stå i det, og det å være i forkant med undervisningen. Noen løftet fram det å ha undervisning som var rettet mot det man skal simulere på og at lærer demonstrerte for dem på forhånd slik at dette reduserte stress og usikkerhet av å ikke kunne handle.

«Ja, jeg ville sett først når læreren sjøl hadde gjort det. Ok, nå prøver jeg en gang til. Jeg prater på en annen måte, men jeg får sammenligningen over hva jeg glemte å gjøre». Hun fortsetter: «det at jeg havner i en situasjon hvor jeg allerede er usikker, jeg vet ikke. Hadde jeg først sett det, hadde jeg husket enda flere ting og fått med meg at dette må jeg konsentrere meg på når jeg skal prøve selv» (Siri).

«...finne balansegangen mellom å prøve å få hodene våre i gang og skjønne at dette skaper mere frustrasjon for oss enn læring når vi blir presset så mye... ikke presse oss så mye at 'nei, dette ble bare tull'» (Susanne).

Deltagerne forteller også hvordan man kan forberedes mellom simuleringene. Anne foreslår:

«det hadde vært greit at læreren var mere konkret. Gjør du rett, eller gjør du galt. 'Dette må du huske til neste gang. Du MÅ huske å sette beina opp, du MÅ huske å henge opp væske, ellers blir det å gå gærent med den her pasienten!'» (Anne).

5.2 Når rammefaktorer tar fokus

Noen rettet fokuset mot selve organiseringen og tilretteleggingen rundt simulering og at dette i seg selv kunne være frustrerende når det oppstod eksempelvis tekniske problemer og mye venting og dødtid. Denne frustrasjonen mente noen av deltagerne blokkerte for det å kunne «se» betydningen ute i praksis.

«Jeg har vært så frustrert på den simuleringen og tenkt at det var helt bortkastet» (Karina).

Deltagerne reflekterte over forskjellene mellom rollespill og bruk av høyteknologisk simulering:

«Når vi bruker hverandre i rollespill, er det lett at vi bøller med hverandre. Vi tilpasser oss hverandres kompetansenivå. Sånn sett er det greit at noen utenfor står og bestemmer pasientens reaksjoner».

At dukken oppleves «ekkel» vises mot utseende på dukken og i stor grad mangel på nonverbal kommunikasjon. At simuleringssesvensenes førsteinntrykk var preget av å være kunstig. Stine sier:

«Den dukken der... du får ikke øyekontakt med den, den har ingen ansiktsmimikk i det hele tatt. Første gangen jeg var inne med den så syntes jeg det var skikkelig ubehaglig. Jeg ble helt satt ut av hvor ekkelt det var å prate til den dukken...» (Stine).

«Men det er veldig lett å snu ryggen til den saken der, for den lever jo ikke» (Peter).

«det ble så mye stress og styr rundt dukken, det ble en ekstrabelastning» (Susanne).

I alle intervju ble det framhevet at det praktiske rammebetingelser også måtte være på plass som en del av det å være forberedt på simulering. De hadde også synspunkter på hvor viktig at det var godt organisert og hvor viktig det var at rammene rundt er mest mulig realistiske. Susanne sier:

«Jeg tror simulering er nyttig, men jeg tror det er mere opplegget rundt som blir veldig viktig hvis man skal fortsette med det» (Susanne).

«Det var forsinkelser i lyden. Jeg fikk svar fra dukken etter noen sekunder, så det ble sånn 'goddagmannøkseskaft'» (Anne).

Anders bruker et eksempel på de praktiske rammebetingelser måtte være mere realistiske:

«... så burde dere bytte ut alle sengene deres her. Så man kan simulere med senger som er reelle... og hvis selve casen er en mann, høres det veldig rart

ut når det kommer en kvinnestemme ut av dukken. Det er vel enklere å rette opp casen og si at det er en kvinne? Så blir det litt mere realistisk» (Anders).

Når ting ikke var realistiske inne på simuleringen, syntes flere av deltagerne at det ble forstyrrende.

5.3 Kontekstforskjeller mellom simulering og praksis

At praksis er annerledes var et tema som deltagerne stadig kom tilbake til. På spørsmål om de kunne gi noen konkrete eksempler der de så nytten av simulering i praksis, sa de at de ikke kunne huske, eller at det skyldes at det var så store ulikheter mellom de ulike kontekstene. Ulikhetene i simulering og møtet med pasienten kom tydeligst fram når de reflekterte over de situasjonene hvor de måtte improvisere. Flere mente at det var spesielt i disse situasjonene simulering kunne ha hatt en betydning fordi det var der behovet for å kunne handle, usikkerheten ble fremtredende og ønsket om å kunne være mere selvstendig. Fra sitt ståsted gjennom det de har erfart i simulering og det de opplevde i praksis, forslo de hvordan simulering kan rette seg mere mot disse situasjonene i fremtiden. De mere forutsigbare situasjonene ble ikke løftet like mye fram.

5.3.1 Pasienten er ikke A4

Deltagerne sa at de ofte møtte på situasjoner der pasienten og sykepleier hadde ulike forventninger til det som skal skje. Der man ikke bestandig kan bruke prinsipper og man må begynne «i feil ende».

«Når du kommer inn til en pasient i en stell-situasjon, hvor de er opptatte av helt andre ting enn dette stellet. Det er liksom siste på deres prioriteringsliste. Men øverst på din» (Anders).

Marte kom med et eksempel fra praksis der hun måtte improvisere:

«Vi hadde en gammel mann med kols-forverring, som var kjempedårlig og ikke klarte å komme opp av sengen. Ville ingenting, ville ikke stelle seg, ville ikke noe. Og så kom vi inn og så... var han jo ganske pratsom, og så vridde man jo den sånn at kanskje jeg henter en vaskeklut, så får du vasket hendene og ansiktet... og så var han enig, og da var det bare å finne en

vaskeklut og en håndduk. Det ble liksom ikke det rette stedet med stellefrakk og vaskefat.---han var kjempedårlig og ville egentlig ingenting, han ville bare være i fred. Men når situasjonen bød seg så måtte man bare. Altså, sånne ting kan jo skje» (Marte).

Ute i praksis hadde de den levende, pustende pasienten som de skal skulle samhandle med, og de løftet denne kontekstforskjellen mellom simulering fram.

«Du kan simulere til øynene blør. Det er et menneske i bunn. Selv om du har en oppgave å gjøre så er det et menneske på den andre siden som skal ta i mot den hjelpen du skal gi» (Anders).

Det deltagerne sier er at de møter pasienter som ikke er «A4». Dette utdypet de ved å si mener de at de ofte ikke reagerer eller agerer etter boka, eller følger «manus». At lærebøkene og det de lærer fra skolen tar utgangspunkt i at pasientene har likt reaksjonsmønster og de samme prioriteringene som pleierne.

«...pasienten ligger der i ro i sengen og skal stelles og er velvillig og synes det er helt okei og stelles fra topp til tå... det samme er det med pasientreaksjoner, de er jo også ikke etter boka» (Marte).

«I boken er alle pasientene veldig greie, men det er jo sjelden de følger manus når de kommer ut» (Anders).

«Ingen av pasientene stempler deg som student. Du er et menneske som går i hvite klær. Og noen ganger står du oppe i situasjoner uten å ha sykepleier sammen med deg.--- det er greit å vite sånn noenlunde hvilke situasjoner du kan stå i og hvilke du ikke kan stå i» (Anders).

Deltagerne sa at det å lære grunnprinsipper var det som var mest realistisk å øve på i simulering, at de hadde basiskunnskaper. Marte sier:

«Du må jo vite grunnprinsippene på det du skal gjøre for det gjør deg litt mere 'dette har jeg vært igjennom... det er ikke nytt'» (Marte).

På oppfølgingsspørsmål om grunnprinsipper kan hjelpe dem å stå i de uforutsigbare situasjonene svarer Anders:

«Du har jo grunnprinsippene med deg, men så skal du gjøre ting og når du skal gjøre det så ser du at «oj, det blir kanskje ikke helt sånn etter boka fordi det oppstår ett eller annet---kanskje er pasienten urolig, kanskje er han redd--- hvis pasienten snakker norsk så har du jo et utgangspunkt, hvis pasienten ikke gjør det, har du jo ikke det» (Anders).

Deltagerne mener at skolen burde forberede dem på disse situasjonene i større grad og at simulering kan være en god metode for å bygge oppunder studentene til å ha selvtillit nok til å kunne stå i disse situasjonene.

«Noen ganger står du i situasjoner uten sykepleier med deg.---det er viktig at man har noenlunde greie på hvordan en skal forholde seg til disse pasientene i disse situasjonene. At man kjenner sine egne begrensninger på når man kan stå i situasjoner og i hvilke man ikke kan stå i» (Karina)

Av andre forskjeller som deltagerne løftet fram var utfordringer med pasienter med multidiagnoser, og at prosedyrer man utfører under simulering blir forskjellige når man møter på pasientene. Deltagerne snakket også om målsetting i det å utvikle det kliniske blick i praksis, men sammenlignet dukkens begrensninger når det kom til manglende non-verbal kommunikasjon og hvor viktig element dette er.

«Det som jeg savner med den dukken der, etter å ha vært i praksis... du får ikke ansiktsmimikken. Sykepleieren der jeg er ser mye på øyne og ansikt og følelser og hud og hvordan det endrer seg på pasienten som reagerer. Og det er litt med den dukken, jeg føler at den ikke har» (Anette).

Anders forteller hvordan at han utviklet kunnskaper etter å ha vært ute i praksis.

«I praksis så har jeg fått utviklet litt av det kliniske blikket. Jeg vet nå mere hva jeg skal gjøre når 'kolsere' blir dårlig, hvordan man 'ser' på dem at de blir dårligere» (Anders).

«I forhold til det kliniske blick, det å kunne se pasienten og tolke pasienten og tolke pasientens symptomer. En av de første dagene i praksis hadde vi en 'kolser' og så sier de (sykepleierne) 'å nei, nå retinerer hun!'. Ja, hvordan ser du det? 'Ja, hun puster tungt og er litt borte liksom'. Sa meg ikke så veldig mye. Men etter hvert klarer man å se hva som skjer med pasientene. 'Nå er fru Hansen litt annerledes enn hun var i går. Men hva er det som gjør det liksom».

I følge deltagerne var simulering nyttig på skolen, men at praksislandskapet ikke lignet når det kom til å bruke basiskunnskapene.

5.3.2 Det gjenkjennbare i praksis-landskapet

Generelt mente noen av deltagerne at praksis står i tråd med både målsetting og pensum fra skolen side. Prosedyrer de fikk trene på var kjærkomment i praksis. At de fikk utøvd det de lærte på skolen. Men det å kunne se betydningen av simulering ute i

praksis var variert. Noen av deltagerne hadde vært i situasjoner i praksis hvor de kunne kjenne igjen, ikke nødvendigvis var et læringsmål.

«Det eneste jeg kjente igjen var da vi hadde en terminal pasient og jeg tenkte 'okei, her må jeg på en måte henvende meg til den her pasienten og snakke litt med ham', og det føltes litt sånn unaturlig. --- det her blir en litt uvanlig samtale i og med at Sim Man også mangler kroppsspråk og mimikk» (Karianne).

Noen peker på at situasjonene som var gjenkjennbare ikke var preget av total likhet, men at det lignet. Spesielt fremhever de det å få kjenne på de samme kroppslige følelsene, som stress. Dette stresset ble fremtredende hos deltagerne under simulering der de ikke følte seg forberedt nok.

«Jeg tenker jo for min del når jeg opplever sånne situasjoner der jeg føler at jeg ikke har kontroll i det hele tatt, det er ting som jeg aldri glemmer» (Marte).

I utgangspunktet følte enkelte av deltagerne at simulering ikke gav så mye utbytte og læring der og da på grunn av høyt stressnivå, forventningspress og frustrasjon (5.1). Karianne opplever likevel i praksis at simulering fikk betydning og en mening etter å ha vært i refleksjonsgruppe i praksis:

«Når vi hadde den dukken som gikk i septisk sjokk.. det var jo faktisk veldig lærerikt. Pasienten ble akutt dårlig... og da fikk vi virkelig oppleve en akutsituasjon, hva de gjør...det var masse styr der. De puttet i væske, de puttet i sjokkstilling med føttene opp. Ja, det var helt utrolig.» Hun fortsetter: «Det var litt skremmende, jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre...men bare det å ha sett det der, få et lite innblikk på skolen med den der simuleringen, og så observere det in real life uten å ha det ansvaret på en måte.---ja, det har liksom kommet litt fram når vi satt under veiledning».

Hun utdyper at hun gjennom refleksjon fikk en større forståelse av situasjonen hun hadde gjennomgått, og at simuleringen hadde bidratt til å avstresse henne. Dette bidro til å få en større oversikt over situasjonen som oppstod:

«Altså, det var ikke total likhet, men det kunne minne om. Jeg følte på litt ala det samme som når vi var på skolen. Jeg følte ikke akkurat det samme, men du hadde jo den stressfaktoren på skolen liksom. --- Hva gjør vi nå? Nå dør han jo snart! Du fikk mere forståelse, du ble litt mere forberedt på at dette kan du faktisk komme opp i. Jeg har ikke tenkt annet enn at simuleringen var bortkastet, det der ble jeg bare skremt av liksom. Det var jo ikke før jeg fikk kommet meg ned på jorda at jeg begynte å tenke litt. Ja.. jeg var jo stresset da og, men jeg ble ikke hemmet av stresset.»

Karianne sier at forståelsen over situasjonen kom etterpå, når hun fikk se den i det virkelige liv med en virkelig pasient.

«Du fikk mere forståelse, du ble mere forberedt på at dette kan du faktisk komme opp i» (Karianne).

Hun sier videre om betydningen for henne ble skjerpede sanser:

«når du har vært inne på sim og avstresset deg littegranne, og du da kommer ut for en akutsituasjon hvor folk vet hva som skjer, så er du litt mere mottagelig for å høre etter hva som skjer. Hva de gjør.»

På en annen side sier en av deltagerene at det ofte kommer tanker om hva som læres etter at inntrykk har fått synke. Det man har lært på skolen (under ett med undervisning og ferdighetstrening) tar tid å omsette i praksis.

«Det kommer jo, det ligger jo egentlig bak det der vi har lært på skolen og skrevet oppgaver om, det er liksom det der at det tar tid for å komme tilbake igjen.---det er bare veldig vanskelig å ta det fram sånn uten at det er noen spesifikk måte å gjøre det på.» (Susanne)

«Jeg tror det hadde vært en mye mere dramatisk opplevelse og få det akutte uten simulering i forhold til at man hadde den i bakhånd» (Karianne).

«I praksis sa de jo også sånn at vi skulle ha føttene opp og væske og sånn, men det husket jeg ikke da jeg stod der. Men det husker jeg nok garantert etter i dag» (Karianne).

Til tross for at simuleringen ble oppfattet som «mislykket» og «meningsløs» så hun likevel nytten av den ute i praksis.

6 Å være student i praksis med simulering «i bagasjen».

I dette drøftingskapitlet diskuteres hvordan simulering kan påvirke sykepleierstudentenes utøvelse i praksis. Hovedvekten ligger i erfaringene de hadde i praksis i møtet med pasienten (6.1), og opplevelsene fra simulering som fikk betydning for dem i praksis (6.2, 6.3, 6.4). I det siste kapitlet (6.5) diskuteres hvilken betydning refleksjon i praksis har for å bygge bro mellom simulering og praksis.

6.1 Den praktiske virkelighet

Tema som deltagerne løftet fram var hvor forskjellig situasjonene i simulering var fra møtene med pasienter i praksis. Deltagerne fremhevet møtene med pasientene som ikke var «etter boka», spesielt der de måtte improvisere. Relasjonen med pasientene og den konteksten pasienten var i, var i mere ulik enn det de var forberedt på.

Marte fortalte om pasienten med kolsforverring hvor de var nødt til å gripe situasjonen som bød seg og gjøre det beste ut av den (5.3.1). Elstad, I. (2014) sier at studentene skal tilegne seg kunnskaper, ferdigheter og holdninger på skolen. Dette er noe som befinner seg i studentens kropp. Skiftet skjer i praksis der kunnskapen ikke lenger er personlig, men skal vises gjennom det å utøve sykepleie til pasientene. Sykepleiekompetanse vises gjennom praktisk utøvelse, der i blant samhandling og interaksjon mellom studenten og et menneske som er syk og svekket (Elstad, 2014). Merlau-Ponty (gjengitt i Benner et al., 2010) sier at jo mere komplekse situasjoner studentene står overfor, må de lære seg «praksis-stiler» som er relevante for pasienten og dennes situasjon. De må lære seg og respondere på menneskelige problemstillinger og menneskelige variasjoner ute i klinikken, også hvordan pasienten selv mestrer situasjonen (Benner et al., 2010). Denne forskjellen mellom det Marte lærte på skolen og det som vistes gjennom det hun gjorde, kan være årsakene til at hun følte at hun ikke gjorde det på «rette måten». Anders vinklet dette med å si at *«selv om vi har en oppgave å gjøre så er det et menneske på den andre siden som skal ta i mot den hjelpen»* (5.3.1).

Når deltagerne oppdaget hva som krevdes i samhandling med pasienten i praksis, så gjorde det noe med dem. Den endringen som skjedde med dem selv når de stod oppe i læresituasjoner, var autentisk i forhold til hva det vil si å være sykepleier. Kari Martinsen kaller dette for personlig profesjonalitet (gjengitt i Christiansen, 2007). Før praksis bør studentene ha et grunnlag og resonnement, basert på livserfaringer,

holdninger, kunnskap og forståelse. Simulering kan være et velegnet verktøy for å danne dette grunnlaget før praksis (Trosterud, 2015; Kunnskapsdepartementet, 2008).

Selv om Trosterud hevder at simulering kan være et velegnet verktøy, så viser mine funn at dette grunnlaget må dannes gjennom at utdanningen forbereder studentene på situasjoner som ikke står i lærebøkene. Et eksempel her kan være en pasient med uttalt pustebesvær, som aller helst finner komfort ved å ligge flatt i sengen selv om lærebøkene sier at de skal sitte i høyt ryggleie. For sykepleierstudenter kan denne situasjonen skape usikkerhet over hva som er «riktig» å gjøre. Martinsen (2012) sier at når studentene får mere erfaringer får de også flere handlingsalternativer som ikke nødvendigvis er forbundet med faglige overveielser, men også det som er moralsk riktig. Det som er til det beste for pasienten (Martinsen, 2012). Dette tyder på at simulering (som skal gjengi en virkelighetsnær praksis) og deltagerens faktiske opplevelse med å stå i situasjoner som krever improvisasjon, blir for ulik fordi de ikke har fått trene på det å stå i situasjoner som også krever etiske overveielser.

6.1.1 Å bruke klinisk blikk

Etter å ha vært i praksis og sett hvilke kunnskaper og ferdigheter som var nødvendige for å kunne gi god omsorg til pasientene, løftet deltagerne frem den helhetlige tankegangen i sykepleien. De peker blant annet på hvor viktig det var å se, kommunisere, ta på pasienten, og det å kunne «lese» pasientens ansiktuttrykk, noe som ikke kommer godt nok fram med en dukke på et simuleringsrom. En av deltagerne hadde som mål å utvikle sitt kliniske blikk i praksis, og brukte dette til å eksemplifisere hvor vanskelig det er å oppøve seg klinisk vurderingsevne gjennom simulering. Dette fordi man bruker alle sansene i møtet med pasienten «*man kan ikke bruke alle sansene. Man får ikke kjent på huden. Man ser ikke om pasienten uttrykker smerte. Slikt er svært viktig for å oppøve seg klinisk vurderingsevne*» ().

Mange studier viser at simulering er velegnet til å kunne opparbeide seg teknisk og gode klinisk kompetanse og at SimMan® er egnet for dette. Men i studien til Dean et al. (2016) viser hun til at to-veis kommunikasjon basert på verbal og nonverbal kommunikasjon er veldig utfordrende, om ikke umulig i simulering. Dette fordi metoden har sine begrensninger når det kommer til utøvelse av empati og mellommenneskelige forhold (Dean et al., 2016). Oligvie et al. (2011) viser til i sin studie at en av utfordringene med manglende realisme i simulering, slik som manglende nonverbal

kommunikasjon, kunne føre til ufullstendig pleie til pasientene. Når studentene i deres studie kom ut i praksis så fokuserte de mere på fysiske ferdigheter enn en holistisk tilnærming (Oligvie et al., 2011). Benner (1995) hevder at det som er avgjørende for utviklingen av sykepleiepraksis, er nettopp det å kunne tolke kliniske situasjoner for å kunne ta de riktige beslutningene (Benner, 1995). Når deltagerne vektla hva som behøvdes i en pasientsituasjon erfarte de situasjoner som krever hele spekteret av sykepleieferdigheter, ikke bare tekniske ferdigheter, men viser også at oppøvelse av klinisk blikk måtte læres ute i praksis, eller videreføres ute i praksis. Dette kan tyde på at utdanningene må være tydelige på hvilke kunnskaper studentene tar med seg fra simulering, hva de kan lære av det og hvordan de kan anvende det i framtiden. Benner (1995) mener på en annen side at evnen til å kunne tolke en kontekst i situasjoner som er vanskelig å forstå, er en side av klinisk kunnskap som kommer i bakgrunnen av nyere teknologi innenfor faget (Benner, 1995). Spørsmålet blir om simulering kan forberede studentene på begge deler.

6.1.2 Pasienten er ikke A4

Noen deltagere sa at pasienten hadde en annen prioritering enn deg, noe som kan forklares ved at de hadde planlagt og tilrettelagt dagen sin, men at pasientene hadde en helt annen oppfatning av hvordan dagen skulle se ut. Dette kan skyldes at pasienten ikke hadde krefter eller at sykdommen påvirket hva de anså som viktig der og da. På den ene siden trengte de å øve på det prinsipielle, men i møtet med pasienten oppdaget de at der var «noe mer» noe de ikke forstod, men som de selv måtte erfare gjennom pasientkontakten. Ekeland, T.J. (1999) hevder at individualitet er et problem når man skal «konstruere» praksis (Ekeland, 1999). I den forstand at en metode som simulering som skal «konstruere» praksis eliminerer det at pasienten tenker, føler og kan fortolke seg selv. Dette kan tyde på at kontekstforskjellene deltagerne opplevde i simulering og i praksis gikk fra å behandle et objekt (dukken) til et subjekt (pasienten). Det vi sanser av lyder, lukter i et rom blir jo ikke tilstede i simulering, og det synes viktig for deltagerne at utdanningen forbereder dem på individualiteten de møtte i praksis.

Martinsen, K. (2012) sier imidlertid at sykepleieren aldri vil kunne forstå pasienten fullt ut fordi pasienten er som menneske i stand til å forstå seg selv. Dette beveger seg utover det sykepleieren kan bli delaktig i, og utover det som kan konstateres og er objektivt. Martinsen sier at det bestandig vil være noe «mer» i relasjoner mellom mennesker, noe

vi ikke forstår. Dette må åpne for undrende tenkning og bidra til en større forståelse av pasienten og hans situasjon (Martinsen, 2012). For studenter i praksis kan en slik undring være en del av hverdagen. Det er der de møter det nye og ukjente i pasientrelasjonene. Som Anders sa: «*du kan simulere til øynene blør. Der er så mange scenarier altså du kan sette opp og simulere på*» (5.3.1). Dette viser til mangfoldet av variasjoner i de forskjellige unike pasientsituasjonene, og det faktum at det ikke er mulig å forberede studentene på alle situasjoner de vil møte i praksis. Men de situasjonene de ikke «forstår» kan i seg selv åpne opp for en refleksjon. Ewertsson et al. (2015) og Maginnis & Croxon (2010) viser til at det å forberede studentene på at der er en forskjell mellom de ulike kontekster, kan skape rom for refleksjon som igjen vil øke deres kritiske tenkning (Ewertsson et al., 2015; Maginnis & Croxon (2010)). Dette viser at deltagerens oppfatninger av ulikhetene kan utnyttes og brukes som grunnlag for refleksjon, som Martinsen også sier – åpne opp for ny forståelse. I debrifingen i simulering har til hensikt å reflektere over og etter handling (Skoglund, I. & Tharaldsteen, E., 2012), kan nettopp det å sammenligne det man har simulert på og de variasjonene som venter dem i praksis, knytte sammen de ulike kontekstene gjennom en økt forståelse.

6.1.3 Skjønn i praksis

På grunn av alle de ulike variasjonene i praksis var det noen av deltagerne som sa at basale ferdigheter var viktigst å være forberedt på fordi denne kunnskapen fra simulering kunne de videreutvikle i praksis. Dette er i tråd med det Tosterud (2015) hevder om oppøving av ferdigheter i skolen, hvor student og kontaktsykepleier kan konsentrere seg om det som bare kan læres i de komplekse realistiske pasientsituasjonene (Tosterud, 2015). Dette vil kunne skape et større perspektiv ute i praksis (Rolf et al., gjengitt i Tosterud, 2015). På en annen side var ikke alle deltagerne enige om at de trengte høyteknologisk simulering for å øve på prinsipper og basale ferdigheter. Dette mente noen kunne læres ute i praksis, eller gjennom rollespill med medstudenter i skolen.

Det imidlertid Marte og flere av deltagerne viste til, var situasjoner i praksis de trengte forberedende trening i å bruke skjønn. Alvsvåg, H. (2007) viser til at skjønnet er noe man tar i bruk der det finnes flere alternativer i en situasjon (Alvsvåg, 2007). Slik som Marte beskrev om situasjonen med stell av pasient med kols som krevde tilpassing og

improvisering der innøvd handling ikke var mulig å gjennomføre. Der de som uerfarne sykepleierstudenter etterspurte regler og standarder, men reglene ikke kunne presses ned over situasjonen. I følge Alvsvåg, (2007) må den situasjonsnære forståelsen kombineres med faglig innsikt og erfaring. Om man bruker regler eller prosedyrer vil det kunne sette skjønnet ut av spill (Alvsvåg, 2007). Dette sier også deltagerne når de sier at de savnet å være mere forberedte på når de kunne fravike prinsippene og likevel gjøre det slik at det ble «riktig» for pasienten. Et forslag til dette kan være som Benner et al., (2010) hevder, å trene studentene til oppøvelse av klinisk fantasi og relevansvurdering. Det er en nødvendig kompetanse i de situasjonene hvor det ikke finnes bare ett svar på problemet. Dette må gjøre i rammer som avspeiler praksis (Benner et al., 2010). Simulering har det potensial der hensikten er å avspeile praksis. Studentene kan for eksempel bli fremstilt for situasjoner i simulering der de er nødt til å prioritere mellom ulike handlingsvalg. Situasjoner som blir «riktig» for pasienten ut fra den konteksten han befinner seg i.

Oppsummert er der et «gap» mellom skole og praksis som deltagerne ville formidle. De trengte å vite «mere» om pasientene enn det de lærte gjennom simulering. Slike læresituasjoner ønsket deltagerne å være mere forberedt på når de kom ut i praksis. Men det kan også være andre forhold som påvirker at det blir så annerledes å komme ut i praksis. Det handler ikke bare om forskjellene mellom en dukke og en pasient. I følge Hovland, O.J. & Andresen, G.S. (2007) skal sykepleierstudentene i praksis forholde seg til en yrkespraksis, med de krav, tidspress og hensyn til pasientene (Hovland, O.J. & Andresen, G.S., 2007). Dette viser at forskjellene mellom skole og praksis som deltagerne opplevde ikke bare skyldes at de som «noviser» har problemer med å kjenne igjen situasjoner. Forhold i praksis er også med å påvirke dette.

Distansen mellom skole og praksis ikke noe nytt fenomen i sykepleierutdanningen. Studentene møter på en type utfordringer vi ikke lærer dem på skolen. Vi lærer dem prinsippene men har mindre fokus på mange av de utfordringene de faktisk står overfor. Deltagerne opplevde selv på kroppen at sykepleien er helhetlig og ikke fragmentert. Hvis man ikke viser studentene den helhetlige sykepleien, som faktisk kreves i den virkelige setting, kan hensikten med den virkelighetsnære simulering falle bort.

For at simulering skal ha nytte ute i praksis, er det viktig miljøet i simulering etterligner praksislandskapet. Dette er viktig å vite når scenarier skal lages. Dersom studentene på forhånd har trent på prinsipper og prosedyrer, kan man i simulering ta steget videre og prøve ut forskjellige innfallsvinkler. Simulering kan på den ene siden være en del av den erfaringen studenten tar med seg i praksis og den situasjonsnære forståelsen kommer først når studenten er i samhandling med pasienten. I følge Lykkeslett, E. (2003) og Schön (2006), kjennetegnes god praksis klokskap i situasjonene ved at alle begreper innenfor fagtradisjonene er i bevegelse, gjennom fornuftige valg og erfaringer (Lykkeslett, 2003; Schön, 2006).

Å forberede studentene på hvordan det kjennes å stå i en pasientsituasjon er noe annet enn å trene på prosedyrer og ferdigheter på skolen. Deltagerne savnet læresituasjoner hvor de måtte improvisere slik at det blir tilpasset det de møter i praksis, slik at de likevel gjorde det på «riktig» måte. Ikke bare trene på det de har lært, men hvordan de kan anvende kunnskapen på ulike måter. En måte å gjøre dette på kan være gjennom oppøving av klinisk fantasi og relevansvurdering.

6.2 «Du blir observert og evaluert»

Deltagerne utrykte engasjement når det kom til selve opplevelsen rundt simulering som metode. Noen syntes det hadde vært spennende, andre ble stressa av selve settingen gjennom det å bli observert. De følte seg usikker, overvåket, blottlagt og at settingen skapte en følelse av å ikke ha kontroll. På en annen side skapte også simulering et positivt engasjement, noe de utrykte gjennom å synes at simulering var «spennende» og «kult», til tross for at de var stressa og følte seg avkledd. Dette utrykte deltagerne gjennom å føle seg privilegert gjennom å få være med å simulere.

6.2.1 Når simuleringen føles meningsløs

Simulering som metode er kritisert for å skape angst og utrygghet hos studentene, gjennom det å bli vurdert og observert. Dette kan gå ut over prestasjonsnivået (Bland et al., 2010; Kahlaila, 2012; Lanzara, S., 2014). Selv om deltagerne var brifet på at intensjonene med simulering er først og fremst læring og mestring og at det ikke var i evalueringssøyemed, løftet de fram at «*det hjelper ikke, du blir observert og du blir evaluert*» (5.1.1). Dette viser at selv om man forsøker å skape trygge rammer rundt opplevelsen i simulering, er dette en eksponerende læringsform for studentene. Det kan

være som Andfossen et al., (2015) sier at studentene må bevege seg på ukjent farvann noe som ofte fører til utrygghet (Andfossen et al., 2015).

I følge Tveiten, S. (2001) kan faktorer som er med på å fremme læring også være med på å hemme læring. Faktorer i læringsmiljøet kan påvirke dette uansett kontekst. Det ene er at det som skal læres oppleves meningsfylt, at man ser sammenheng og at personen selv anser dette som nyttig og at nivået er passe (Tveiten, 2001:53).

Deltagerne sa de ble handlingslammet, og at dette førte til stress og angst. «*Jeg hoppet opp og ned og visste ikke hva jeg skulle gjøre*» (Karina) (5.1.3). For henne ble simuleringen i nettopp den situasjonen såpass skremmende på grunn av handlingspress at hun fikk «*jernteppe*». I følge Wahlgren, B., Høyrup, S., Pedersen, K. & Rattleff, P., (2002) endrer man individets utfoldelsesmuligheter der man blottlegger studentens kompetanse og gjør ham/henne redd og passiv (Wahlgren et al., 2002). Simuleringen, som hadde til hensikt å fremme læring, virket ifølge deltagerne mot sin hensikt fordi den blottla studentens kunnskapsnivå, som igjen førte til ubehag, stress og utrygghet.

For noen av deltagerne ble simuleringen oppfattet som «mislykket». Dette kan tolkes som at ikke deltagerne følte at læringsmålene ble nådd. Rammene rundt det organisatoriske, faglige og uklare og for store forventninger til handlingskompetanse, kan også ha vært årsakene til at enkelte av deltagerne følte det slik. I følge Andfossen et al., (2015) ligger der forventninger at studenter innehar teoretiske kunnskaper innenfor sitt kompetansenivå i simulering. Men det er lett å overvurdere kunnskaper og ferdigheter, samt at man er redd for at simuleringen skal ha for få utfordringer. Dette kan føre til at aktørene føler eller opplever at simuleringen var mislykket (Andfossen et al., 2015). Deltagerne kunne ha følt på at lærerne forventet mere enn de kunne yte, og dermed skapt en følelse av å ikke stå opp til forventningene som lå der. Dette viser at klare og oppnåelige læringsmål tilpasset nivå og en teoretisk kunnskap i det man skal simulere på, er viktig.

Når deltagerne sa at simuleringen ble så stressende at den ble «meningsløs», så kan stress relateres til det som Benner & Wrubel (gjengitt i Kirkeveld, M., 2001) definerer som «et brudd i mening og forståelse» for mennesket. Stresset deltagerne følte på kunne ha skapt bruddet i mening og forståelse med hva som var hensikten med simulering, slik Benner & Wrubel hevder. Det oppstod en misforståelse av at simulering sin egentlige hensikt var å fremme læring. Molander (1993) refererer til Gadamer der kunnskap i

egen handling må være basert på en forståelse av delene for å forstå helheten (Molander, 1993). Et annet aspekt er det som Martinsen (2012) sier at forståelsen kommer på sansingens vilkår, og forbauselsen kan være så overveldende at sykepleieren ikke makter være sansende tilstede (Martinsen, 2012). Når deltagerne opplever stress og angst som tar overhånd, kan dette stenge av for sansingen noe som igjen påvirker deres forståelse av situasjonen og deres oppfattelse av mening og hensikt med simulering som metode.

Mange av deltagerne erfart få eller ingen lignende situasjoner i praksis eller tidligere yrkesutøvelse. De med yrkesfaglig bakgrunn var glade for at de hadde erfaring fra før, spesielt når de kom i praksis. I simulering var ikke casene fremmede, men metode var ny og ukjent for dem. Benner (1995) hevder at novisestadiet innenfor sykepleien defineres av at nybegynnere ikke har erfaring med de situasjonene der det forventes at de skal yte en innsats i (Benner). Det at de med erfaring var «noviser» i simulering, skyldes at var uerfarne med simulering som metode. Det er usikkert om de med erfaring fra før kjente på et større forventninger til egen prestasjon, eller om de følte at andre forventet mere av dem, noe som igjen kan ha forverret prestasjonsangsten.

Enkelte deltagere følte seg uforberedte. Lanzara (2014) viser til at det å føle seg uforberedt til simulering førte til mere angst og stress (Lanzara, 2014). Tosterud, R. (2015) hevder at studentene er aktive, vante til deltagelse og det å bli eksponerte, er viktige for at simulering ikke blir så skremmende. Det er et krav at utdanningene er akademiske og man lærer studentene kritisk refleksjon, og kunne begrunne handling ut fra forskningsbasert kunnskap og det å kunne argumentere. Om studentene ikke er vante til disse faktorene kan det å bli konfrontert med sitt kunnskapsnivå, kan virke mot sin hensikt gjennom økt stressnivå og hemme læring (Tosterud, 2015). Influert av deres egen motivasjon for å lære (Botma, 2014). Å være presentert for tydelige læringsmål blir viktig.

En av deltagerne sa at de hadde større ansvar for «pasienten» i simulering enn det de hadde i praksis. Med dette mente de at de aldri ble stående alene med dårlige pasienter i praksis. I følge Skår (2007) er det å kjenne på det å ha omsorgsansvar kjernen av det de lærer i praksis og gjør dem bevisste om meningen med yrket (Skår, 2007). Det å ha større ansvar i simulering, gikk også på at de ikke hadde sine roller som sykepleierstudenter. I følge Lanzara (2014) er det viktig at studentene innehar sine roller

for bedre å kunne kjenne på situasjonene i en reell setting (Lanzara, 2014). Det å kjenne på hvilket ansvar en sykepleier har for sine pasienter, og hva som kreves i situasjonene kan være en viktig lærdom for studentene. Å dra inn tverrprofesjonell simulering kan også gjøre det hele mere realistisk for dem. For eksempel å ha et samarbeid med flere yrkesgrupper sammen som ambulansesjåfører, leger og politi kan bidra til å fordele ansvaret i riktige kategorier. Det kan gjøre det hele mere realistisk og det blir lettere å oppnå læringsmål.

I følge Bland et al. (2011) så er det å føle stress i simulering ikke til å unngå hvis intensjonen er å gjenskape virkeligheten. Det trygge læringsmiljø ligger da i å trene på det man ikke behersker under trygge forhold uten å skade pasient (Bland et al., 2011). Dette kan vise at for trygt læringsmiljø kan gå ut over troverdigheten i simulering og at det trygge ligger i andre forhold som det å øve på noe man ikke behersker uten å skade pasient.

6.2.2 Å få en «vekker»

På en annen side, sa flere at selve simuleringen var en tankevekker fordi de selv oppdaget kunnskapsmangler eller at opptreden og kommunikasjon overfor «pasienten» trengte justeringer. Ved å se seg selv på video endret de seg i praksis. Også Nordtvedt & Grimen (2004) hevder at *indeksert praktisk kunnskap* akkumulerer gjennom å prøving og feiling (Nordtvedt & Grimen, 2004). I simulering skal det være rom for å feile. Den legger opp til at studentene skal forstå, få en sunn selvvinnsikt, bli tryggere og åpne for ny læring (Brandt, 2009). Det at deltagerne, til tross for å føle seg eksponert, sa de lærte dette «*the hard way*» kan da tolkes som at de har fått en sunn selvvinnsikt. Her blir det som skjer i debriefingen i simulering viktig hvor deltageren blir klar over den kunnskapen og de erfaringene som de selv innehar. Det åpnes også opp for hjelp til å bearbeide opplevelsen i scenarioet (Skoglund & Tharaldsteen, 2012). Der skjer en refleksjon over handling se problemene fra en annen vinkel slik at man revurderer førstehåndsførståelsen av fenomenet (Schön, 2006). I debriefingen kan også «takhøyden» for feil være stor, slik at studentene blir tryggere neste gang de skal simulere.

Etter at deltagerne hadde vært i praksis, så de fellestrekk ved det å være eksponerte og stilt krav til på lik linje med simulering. Det å bli «*vippet av pinnen*» var en sterk opplevelse de tok med seg og i ettertid så nytten av. Deltagerne sa også at dette lignet

krav praksis-studiene, det å bli observert på det en gjør og å bli vurdert, eller å komme opp i situasjoner som de ikke forstår. «*Du blir vippet av pinnen, gang på gang*» (5.1.2). Når de nevner at lærerne ikke må være redde for å utfordre studentene i simulering, betyr det at de har sett en positiv betydning av dette ute i praksis. Dette kan vise at deltagerne ble utfordret slik at det åpnet opp for ny kunnskap og læring. I simulering er det en forutsetning at man våger gå ut av sin komfortsone, og at læring oppstår når man forstår noe man ikke forstod (Tosterud, 2015). I følge Berragan, L. (2011) kan det som studentene eksponeres for i simulering vise hva det vil si å være sykepleier, men også det som kreves av en sykepleier. Realistiske utfordringer en sykepleier kan møte, gjerne i et yrkesfelleskap, kan bidra til å utvikle sykepleieidentiteten (Berragan, 2011).

Så var det noen av deltagerne som sa at i de situasjonene de hadde vært usikker og handlingslammet, var noe de aldri glemte. En studie av Kerstin Öhrlig (gjengitt i Skår, 2007) viste i sin studie at sykepleierstudenter lærte gjennom det å oppleve sterk usikkerhet i situasjoner. Dette kunne skyldes følelsen av å ha ansvaret. Dette var like virkningsfullt som når det skjedde noe lignende i praksis, med virkelige hendelser. Det å feile og være redd for å feile, festet seg som en erfaring.

Deltagerne støtter studien til Jensen, G.S. & Fuhlendorff, B. (2015) som viste at det var gjennom de feil og mangler studentene opplevde på egen kropp som gjorde dem bevisste på hva som var god og dårlig sykepleie. Det fikk dem til og se hvordan man skulle handle forsvarlig i virkelige kliniske situasjoner (Jensen & Fuhlendorff, 2015). Å presentere scenario for studenter der de er nødt til å ta i bruk sine kunnskaper og evner til å kunne ta seg av en pasient, kan gjøre dem bevisste i forhold til hva de mangler av kunnskaper. Denne tankevekkende erfaringen kan være en motivator for læring (Rizzolo, 2012). Et annet viktig funn her er at deltagerne endret innstilling til simulering etter at de hadde vært i praksis. De så også klarere hva nytten av simulering er. En del av praktisk kunnskap er at man gjør erfaringer og læring i første person som er relevant (Nordtvedt & Grimen, 2004). Dette viser at simuleringen forberedte studentene på hva som kreves av en sykepleier i praksis. Gjennom å kjenne ansvar på egen kropp og bli bevisste på kunnskapsmangler, kan motivere studentene til å aktivt oppsøke mere kunnskaper selv. De har da gjort seg læring i første person, ifølge Nordtvedt & Grimen, som kjennes relevant for dem selv.

Det deltagerne løfter fram tyder på at forberedelser og kunnskaper om metoden blir vel så viktig som innhold og vanskelighetsgrad av scenarier før de simulerer. Forutsigbarhet og trygghet er viktige i læreprosessen er viktige, men må fremmes gjennom at studentene er forberedte. De må vite hva som er forventet av dem, hva målet er, hva man skal gjøre og hvordan man skal gjøre det (Andfossen et al., 2015). Studentene med lite praktisk erfaring fordrer at de møter forberedte gjennom å ha jobbet seg inni temaet/fagområdet det skal simuleres på. Det er viktig at faglærerne tilrettelegger for en arbeidsprosess innen tema med for eksempel konkrete forberedende arbeidsoppgaver med konkret litteraturanvisning som de skal jobbe med i forkant. Dette især for studenter i første del av utdanningen slik at de får hjelp til å forberede seg på en god måte. Simuleringskompetanse som Andfossen m.fl. sier er viktige, og at forberedelser er viktige for at simulering skal bli vellykket. Studentene må forberedes og lærerne må legge til rette for forberedelse.

Oppmerksomhet mot å måle utbytte av simulering i praksis må ikke gå forbi forståelse om prosesser og det som påvirker prosessene, hevder Bland et al., (2010). Det å skape trygge rammer og å gjøre studentene simuleringskompetente gjennom gode forberedelser blir viktige for å motvirke det som hemmer læreprosessen i simulering. Studentens egeninnsats krever at de har forberedt seg teoretisk på aktuelt tema. Når studentene kommer dårlig forberedt, slik enkelte av deltagerne synes å ha gjort, er det forståelig at de opplevde simuleringen som stressende og avslørende. Motivasjon for å lære er også et viktig moment. Det viser også at det som skaper sterk usikkerhet kan bidra til at studentene blir bevisste sine kunnskapsmangler og også bidra til det å se hva som kreves av en sykepleie-kompetanse og skape en sterkere yrkesidentitet når de kommer ut i praksis. Debriefing etter og mellom scenarioene er viktige for å trygge og styrke studentene evner til egenrefleksjon. Mine funn støtter også Lanzara, (2014), der studentene så fordelene av simulering i større grad enn det negative som opplevdes i simulering etter at de hadde vært i praksis.

6.2.3 Betydningen av å føle selvtillit og trygghet.

Deltagerne følte på utrygghet og usikkerhet når de skulle ut i praksis og at de hadde liten selvtillit. Noen sa de skulle ønske de hadde vært mere rustet før praksis. Behovet for å komme dit i praksis hvor de ble mere selvstendig og kunne stole mere på egne avgjørelser ville gi dem mere selvtillit i møte med pasientene. En informant sa det slik:

«Ha såpass tro på egne kunnskaper så du kan være litt frampå. Hvis du er redd for alt du skal ta i, er det ikke sikkert du kommer ut av praksisen med mere i ryggsekken enn du hadde når du gikk inn i den» (Anders) (5.1.4). Khalaila, R. (2013) viser til at økt selvtillit hos studenten forbedret deres omsorgsevner fordi de lettere ville etablere et terapeutisk forhold til pasientene, noe som igjen ville komme pasienten til gode (Khalaila, 2013). Å ha selvtillit fikk dem til å tørre bevege seg mere mot pasientene, og at denne tryggheten bidro til å kunne se «utover» møtet med pasienten.

Flere av deltagerne hadde også en formening om at simulering kan bidra til at studentene får selvtillit ute i praksis, men at selvtilliten ble styrket av at studentene følte mestring i simulering. Men for de de deltagerne som følte på sterkest angst og stress under simulering (6.2) kan i følge Khalaila (2013) ha ført til at de følte seg utrygge når de kom ut i praksis (Khalaila, 2013). Samtidig er det å være ukjent i ukjente omgivelser er en del av det å være en student i en læringsprosess, det å møte på nye ukjente situasjoner. Det er erfaringene som etter hvert skaper selvstendigheten og selvtilliten i praksis.

Simulering har potensiale til å øke selvtilliten hos studentene i sykepleierutdanningen gjennom aktiv læring og økt handlingskompetanse, gjennom et trygt miljø og mestring. Kliniske scenarier, hvor realistiske de er, rollen til fasilitator og debriefingen, er viktige elementer som kan utvikler deres kunnskaper og leder til selvtillit. Det handler også om hvorvidt de føler at de når sine læringsmål. Selvtillit kan også komme av at man får lov til å øve i et trygt miljø uten å skade (Campbell & Daley, 2013; Rizzolo, 2012; Yuan et al., 2011; Oligvie et al., 2011). Gjennom debriefingen ble selvtilliten ble også styrket i forhold til det å bli klar over sine feil, eller ved at de tenkte feil. Dette ble viktig for deltagerne å være klar over før de gikk ut i praksis. Botma (2014) viser også at selvtillit i å kunne gi pasienter omsorg økte fordi de ble bevisste i forhold til hva de kunne forvente og hva som var forventet av dem. De ble også klar over deres egne styrker og svakheter gjennom debriefingen, slik at de kunne lage en plan for å forbedre sine ferdigheter (Botma, 2014).

På en annen side hevder Tosterud (2015) også at det er grunnleggende for mennesket å føle trygghet, men for å lære må det skje en endring der man blant annet mestrer noe man ikke klarte før. Dette skjer ved at man beveger seg ut av sin komfortsone og inn i det ukjente (Tosterud, 2015). Khalaila (2013) fant ut at utrygghet i simulering kan skape

liten selvtillit, men at selvtillit økes gjennom mestring eller blir bevisst på feil man gjør selv (Khalaila, 2013). Anders sa at mestring i simulering også handlet om «å lære deg å takle det du ikke mestrer». Dette viser at selvtillit kan styrkes selv om studentene ikke mestrer det de simulerer på, men at det fordrer at man må bli bevisst sine feil. Det blir viktig å se på denne «oppdagelsen» som noe konstruktivt, slik at mestring skjer gjennom endring.

For studenten som kommer ut i praksis på et nytt og ukjent sted vil et spørsmål være om hvorvidt stor selvtillit har betydning. Selvtillit kommer med erfaring, trygghet og kunnskaper, men selvtillit er individuelt. Man kan godt ha både kunnskaper og erfaring, men likevel ha liten tro på seg selv. En forsiktig tilnærming og ha lavere selvtillit den første tiden i praksis vil nok være normalt. De fleste praksis-steder forventer ikke at studentene har høy selvtillit når de kommer ut. Etter hvert som tiden går, vil studentene kunne løsrive seg mere og stole mere på seg selv, og dette har en naturlig progresjon.

Simulering har et potensiale når det kommer til å øke studentens selvtillit gjennom å bli bevisst på egne kunnskaper og føle mestring. Å ha selvtillit før man går ut i praksis blir viktig for å bli tryggere i møtet med pasienten, men selvtillit er individuelt. Det er usikkert om lav mestringsfølelse i simulering fikk betydning for generell utrygghet og usikkerhet i praksis og er således et spørsmål for videre forskning. Samtidig vil det også være interessant å se om simulering kan gi studentene selvtillit som gir en falsk trygghet ute i praksis.

6.3 It's all in the details

Enkelte av deltagerne var opptatte av at selve dukken og rammene rundt ikke var autentiske eller lignet praksis. Eksempler på dette var hvordan utstyret var plassert og at stemmen til dukken tilhørte en av de kvinnelige lærerne selv om selve casen var en mannlig «pasient». De syntes dukken var kunstig og opplegget ble kunstig. Fokuset på at dukken både så ut og oppførte seg så forskjellig fra en virkelig pasient, var preget av at den manglet non-verbal kommunikasjon. I følge dem gikk det ut over relevansen av simulering i praksis.

For enkelte av deltagerne var det derfor utfordrende å leve seg inn i rollen, fordi den var lite troverdig. Noe som fikk betydning for læringsutbyttet av simuleringen. Et av hovedmålene med simulering er at den må være troverdig og at man forsøker gjenskape

reelle situasjoner, men at hensikten faller bort dersom studentene ikke lever seg inn i rollene (Husebø & Rystedt, 2015; Lanzara, 2014; Campell & Daley, 2013). Deltagerens fokus på det unaturlige i situasjonen synes å bidra til redusert læringsutbytte blant annet fordi de fikk problemer med å leve seg inn i situasjonene som Husebø m.fl hevder er så viktig.

En deltager sa at «*stress og styr*» rundt dukken ble en ekstrabelastning (5.2). Dette viser at selve dukken får stor oppmerksomhet i simulering. I følge Schiavenato, M. (2009) er simulering i sykepleierutdanningen blitt synonymt med høyteknologisk simulering eller HFHS, og at det er dette som har fått størst fokus. Schiavenato hevder at et fokus bort fra produktet (dukken) er essensielt og at simulering bør sees i et videre begrep som omfavner alt fra rollespill, teknikker, avansert teknologisk utstyr og at simulering er et konsept (Schiavenato, 2009). Et for stort fokus på selve dukken, hva den kan gjøre og dens begrensninger viser Shiavenato å kunne ta fokus fra det som virkelig skal læres.

Andre løftet fram at selve læringen i simulering var gjennom debrifing og video. Der kunne de avdekke at de selv oppførte seg kunstig, men også at de så hvor de var plasserte seg i forhold til «pasienten», stemmebruken og kommunikasjonen. Dette viser til tross for de teknologiske begrensninger så er naturtroheten bare er en del av undervisningsopplegget. Studentene kan likevel finne læring gjennom selvkorrigerende, og lavere fidelity (Wisborg, T., Brattebø, G., Brinchmann-Hansen, Å. & Hansen, K. S., 2009; Munshi et al., 2015).

Bland et al. (2011) viser i sin studie at autentisk simuleringen er nøkkelen til suksess og at dette har en god effekt på læringsutbyttet, men at det også er fortsatt er ukjent hvor autentisk simulering må være for at studenten ikke skal føle skepsis og tvil slik at det hemmer læringen (Bland et al., 2011). Når deltagerne sier at opplevelsen i simulering ble kunstig på dem slik at de selv oppfattet sin egen opptreden som kunstig viser det at denne skepsisen kom i veien for deres læring.

Schiavenato (2009) hevder på en annen side at studentene lærer mere av å være «hands-on», om det er en dukke eller et menneske (Schiavenato, 2009). Dette viser at et fokus på dukkens begrensninger kunne ha påvirket hva som var nyttig for deres i praktiske studier.

Deltagerne fremhevet i tillegg «organisatorisk rot» som mye venting, «uhensiktsmessige scenarioer», tekniske problemer og utstyrs plassering. Slik de fremstiller det, har disse rammefaktorene en stor betydning. Flo et al., (2012) fant i sin studie at simulering og læring fordrer konsentrasjon. Distraksjon på grunn av tekniske problemer hadde negativ effekt, og forbedrede rammefaktorer og utstyr blir viktig (Flo et al., 2013). Schiavenato (2009) og Berragan (2011) hevder på sin side at lavere nivåer av «fidelity» kan redusere den teknologiske begrensning som slik at det fører til bedre læringsutbytte uten at kostnadene blir for store. Begge hevder at altfor ofte er sim-basert trening dominert av teknologi, hvilket kan gå ut over studentens fokus av det å lære sykepleie (Schiavenato, 2008; Berragan, 2011). På en annen side sa deltagerne at rollespill med medstudenter også hadde sine utfordringer når det kom til naturtroheten, og at det samtidig var «*greit at noen utenfor står og bestemmer pasientens reaksjoner*» (Anette).

Det er viktig at de valgte scenarioer er i tråd med fagplanens krav. På en annen side kan scenarioer som er ment til å være hensiktsmessig og relevant for studentene, fort miste sin hensikt dersom det er mange forhold som påvirker studentenes konsentrasjon i simulering. Når endringer skal gjøres kan det være en idé at studenten trekkes mere inn. Der de selv er delaktige i utforming av scenarier, gjerne etter praksis, slik som en av deltagerne foreslo. Der kan de ta med seg erfaringer fra praksis, de utfordringer de opplevde der og utvikle disse kunnskapene videre.

At rammene rundt simulering og selve dukkens begrensninger fikk simuleringen til å ikke være troverdig nok fikk ifølge deltagerne betydning for læringsutbyttet slik de så det i etterkant av praksis. Dette fordi det tok for stort fokus fra det de var der for å lære. Det å fornemme kaos fremkalte frustrasjon hos den enkelte og det gikk utover deres motivasjon for å lære. Detaljer som skaper virkelighetsnærhet i omgivelsene blir viktige i simulering. Hvis ikke forstyrrende elementer som rot og dårlig organisering ryddes av veien, mister studenten lett fokus og klarer ikke spille scenariet ut. Det blir derfor viktig å forberede studentene i forkant på at simulering ikke er en reell praksissituasjon. Hva kan de forvente å oppleve som unaturlig, og at Sim-mannen har sine begrensninger. Dette synes å ha en stor betydning for å sikre et godt læringsutbytte. Lærerne må også være forberedte på uforutsette hendelser som teknisk svikt, og ha en alternativ plan for å eventuelt implementere slike hendelser inn i scenariet og ha kontakt med teknisk

support. Det blir også viktig å eliminere det som studentene kaller for «organisatorisk rot».

6.4 Å knytte simulering- og praksiserfaring sammen gjennom refleksjonen

En av deltagerne løftet fram at til tross for at erfaringen av simulering var «mislykket», så var det ikke før hun satt i refleksjonsgruppe i praksis at hun kunne sette ord på at hun kjente igjen en lignende situasjon fra simulering.

Refleksjon i og etter handling er en av de viktigste elementene innenfor simulering og er et sted der teori møter handling (Husebø & Rystedt, 2015) og støtter det som deltagerne sier om at «*refleksjonen hjelper på å omdanne teorien om til en praksis*». Især der de opplever det de kan kjenne igjen situasjonene. Campbell & Daley (2013) sier at et av målene for simulering er at det kan oversettes til praksis og at dette gjøres gjennom å bedre hukommelsen til studentene for å kunne bruke denne syntesen av tidligere erfaringer i simulering ute hos pasientene (Campbell & Daley (2013)). Det at deltageren kjenner igjen situasjonen gjennom refleksjon kan ha vært med på å bedret hukommelsen. En av feltobservasjonene under intervjuet bekrefter dette, den tiden intervjuet pågikk fikk flere anledning til å knytte sammen det de hadde sett eller opplevd i praksis.

Dette kan også knyttes opp mot den hermeneutisk sirkel i sykepleiefaget som Elstad (2014) viser til. Hva vi gjør når vi forstår. Og for å forstå må vi allerede forstå, altså forforståelsen (Gadamer, gjengitt i Elstad, 2014). Forståelsen er en oppmerksom i handling og at det er dette som skaper kunnskap i handling (Molander, 1993). I dette tilfellet deltageren som opplever en situasjon simulering, gjør seg opp en formening, går ut i praksis og havner opp i en tilsvarende situasjon og knytter alle disse elementene av sin forforståelse og forståelse sammen og danner en ny tolkning av hensikten med denne type trening. Dette kan også tyde på at kunnskaper studentene erverer seg ikke kommer til uttrykk før de har forstått elementene. Benner et al. (2010) sier at dannelse i sykepleien skjer når studentene bygger opp teoretisk innsikt, praktiske ferdigheter og forståelse for verdier som er sentrale i sykepleiepraksis. Forståelse og betydning av arbeidet som sykepleier, skaper identitet (Benner et al., 2010).

Dette er helt i tråd med Kolbs sirkel som er en anvendt i fagplanene i sykepleien og i simulering. Der det går på å opplevelse, erfaring, refleksjon, handling og evaluering

(Tharaldsteen, E. & Skoglund, I., 2015), men viser også behovet som deltagerne løfter fram at denne type sirkel også har en fordel i praksis. Dette viser behovet for mere refleksjon ute i praksis for å knytte disse kontekstene. Schön (2006) sier at utførelse og handlinger er avhengige av den enkeltes evner til å ta i bruk teori men også kjenne igjen elementer i situasjonene. Han sier å stille seg selv essensielle spørsmål som: «hva er det jeg legger merke til når jeg kjenner igjen dette?», er viktige i en uforutsigbar og uoversiktlig situasjon (Schön, 2006). Dette kan også være et spørsmål studentene kan stille seg i etterkant, gjennom logger.

Deltagerne nevnte veiledningsgruppe, en arena hvor studentene samles noen ganger i løpet av praksisen. Her er det ulik praksis fra utdanningssted til utdanningssted, men ved å lære studentene enkle refleksjonsspørsmål, slik som Schön beskriver det, kan det bidra til økt forståelse for situasjonene. I følge Oligvie et al. (2011) opplevde studentene at broen mellom simulering og praksis ble bygget når de diskuterte i klassen. Molander (1993) sier også at for å kunne beherske noe i praksis, må man ha en assosiert forståelse og at dette ikke bare innebærer det kroppslige i ferdighetene (Molander, 1993).

For novisene er målet med simulering mere utviklingen enn målet. Funnene kan tyde på at simulering fester seg som en erfaring spesielt når refleksjonene fortsetter ute i praksis. Dette støttes av Benner (1995) som sier at ekspertise utvikles når sykepleieren bruker sine tidligere erfaringer basert på tidligere opplevelser i samme situasjon og kan lettere kunne tolke en situasjon. Å kunne tolke en situasjon basert på gjenkjennelse er avgjørende for sykepleiepraksis (Benner, 1995). Også Maginnis & Croxon (2010) fant ut at det studentene lærte i simulering ble videreutviklet i praksis og på den måten oppdaget av simulering var relevant for praksis (Maginnis & Croxon, 2010). Dette støtter at deltagerne selv måtte erfare nytten for å kunne si at det var nyttig. Dette er i tråd med det Nordtvedt & Grimen (2004) hevder at praktisk kunnskap er indeksert ved at kunnskap også kan utvikles ved at kunnskapsbæreren gjør seg erfaringer og læring i første person som er relevant (Nordtvedt & Grimen, 2004).

6.4.1 Å være mere sansende tilstede

Det deltageren løftet fram var at hun ble mindre stresset når hun opplevde en situasjon i praksis som hadde noen av elementene som det var simulert på. Hun hadde ikke fått større handlingskompetanse i situasjonen, men hun ble gjennom refleksjon klar over at gjenkjennelsen av situasjonen gjorde henne i stand til å få et større overblikk over hva

som ble utført av tiltak og hvilke observasjoner som ble gjort av andre. Hun sa at stresset ikke var like overveldende da hun stod i praksis, og dette kan tolkes som om at hun var mere sanselig tilstede. Martinsen (2012) sier at det å være tilstede i situasjonene ikke bare handler om fysisk tilstedeværelse, men at man bruker sansene til å tyde og forstå situasjonene. De kommer på sansningens vilkår. Forforståelse kan være avstandsskapende fra situasjonene, men hører også sammen med sansingen (s. 14-16). Martinsen (2012) sier at i de tilfellene der sykepleieren kommer over en livstruende situasjon i praksis så gir dette få muligheter for tenking og undring. Denne forbauselsen kan stenge av for sansingen. Kunsten ligger i å være langsom i korte møter. Endringene som kommer av pasientinntrykket kan skape undring, videre tenking og forståelse, og kunnskap som ligger i det ubevisste kommer fram (Martinsen, 2012). Dette kan tolkes som at ved å ha opplevd en stressende situasjon i simulering, og deltageren opplever en lignende situasjon i praksis gjør at hun var mere sansende tilstede. Det kan også handle om at stresset ikke var like overveldende når handlingspresset ikke var der.

Martinsen (2012) viser til Løgstrup om at innholdet i en situasjon både er unik men også gjenkjennbar i nye situasjoner. Dette kan komme av at de fleste situasjoner har typiske trekk (Martinsen, 2012). Dette kan skyldes at hun ikke hadde samme handlingspresset som i simulering, men det kan også skyldes at hun kjente igjen de typiske trekk fordi det handlet om i situasjonen en akuttsituasjon, hvor man ofte gjør ting etter prinsipper som lavt blodtrykk. Et eksempel her kan være «væskeinfusjon og sjokkleie». På denne måten kunne hun se prinsippene i en akuttsituasjon i en reell klinisk setting, og at hun ikke var like forvirret over å ikke forstå hva som skjedde med pasienten. Undringen ligger i om en av nøklene til å gjøre simulering mere gjenkjennbart, er å finne det typiske i de uforutsigbare situasjonene, selv om praksisbegivenhetene er enestående i seg selv.

Schön (2006) viser til at refleksjon-over-handling er tankevirksomhet over prosessen og det som hendte i situasjonen og at dette bidrar til praksisforståelse (Schön, 2006). I simulering er en del av metoden refleksjon etter et endt scenarie der situasjonene gjennomgås på hvilke områder det gikk bra og hva som kunne vært gjort annerledes. Det handler også om at deltagerne får anledning til å gjøre seg tanker om hva de ville gjort annerledes neste gang de kom opp i lignende situasjoner. Ofte får deltagerne

anledning til å gjøre scenariet på nytt. Som oftest er tilbakemeldingene at de syntes at det gikk bedre.

En forutsetning for fagutvikling er refleksjon etter handling. Dette gir en læring som man kan komme til å få bruk for i en tilsvarende situasjon. Molander (1993) sier at det å reflektere i etterkant gir mere overblikk over situasjonen og handlingspresset som er i situasjonene og som kan skape uoversikt, ikke er der lengere. Det er denne avstanden til situasjonene som kan åpne dørene for ny kunnskap (Molander, 1993). Å dra praksis tilbake til simulering, når man drar klinisk situasjoner tilbake til skolen gjennom etterrefleksjon gjør at studentene blir mere i stand til å kunne argumentere overbevisende for pleie og behandling (Benner et al, 2010).

Jensen og Fuhledorff (2015) fant også ut at der studentene opplever en logisk sammenheng mellom fagene på skolen og ut i praksis er viktige for utviklingen av den kliniske fantasi og relevansvurderingen, og at de således kan forestille seg hva som *kan* komme til å skje. Jensen & Fuhledorff (2015) sier at det at studentene opplever selv på kroppen at det hele hanger sammen og at de siden får muligheter for å øve opp sin forestillingsevne utvikler klinisk fantasi og relevansvurdering hos studentene.

Deltagerne viser at refleksjonen i praksis er viktig for å kunne se nytten av simulering. Tidligere studier har vist til at simulering kan bidra til å minske praksisgapet, fordi de er mere forberedte på det å være i en klinisk setting. (kilde) Refleksjonen er viktig i simulering og i praksis. At studentene stiller seg spørsmål i forhold til de uklare, uforutsigbare situasjonene gjennom hvilke elementer de kjente igjen kan dette bidra til å få en større forståelse rundt situasjonen. Slik kan skole og teori forenes med praksis, og også simulering bedre linkes opp mot praksis. På en annen side viser Haigh, C. (2008) til at praksisgapet ikke er noe som behøver være en negativ ting, men noe vi bør verdsette. Da dette leder til ny teori og kunnskapsutvikling til innovative og kreative tilnærminger til omsorg. Hvorfor stemmer ikke teoriene med virkeligheten? (Haigh, 2008). Når deltagerne sier at det hele ble gjenkjennbart i etterkant, kan det henge sammen med at kunnskapene blir tydelige når de er på avstand. Og at de måtte erfare nytteverdien selv, ingen kunne fortelle dem hva som er nyttig.

Dette kan tyde på at selv om studier viser at simulering kan bygge bro mellom teori og praksis, trenger vi mere forskning som tar for seg brobyggingen mellom simulering og

praksis. Funnene kan tyde på at til tross for en umiddelbar følelse av at simulering var mislykket, eller ansett som lite nyttig, ble likheten likevel tydelig ved hjelp av refleksjonen. Dette kan tyde på at refleksjon som knytter simulering opp virkelige hendelser i praksis kan bidra til at studentene øker sin forståelse for situasjonen. Funnene viser at studentene opplevde simulering som en sterk opplevelse som åpnet opp for refleksjon da hun støtte på en tilsvarende situasjon i praksis.

7 Refleksjon og konklusjon

Hvorfor trenger vi simulering? Mye av forskningen leter etter den spesifikke effekten av det, men sammenlignet med den enkeltes praksiserfaring er det vanskelig å kunne påvise. Ofte er sykepleieutdanningen bare en grunnpilar for studentene, hvor den bratteste læringskurven kommer når de har tatt steget ut i yrkeslivet og de får spesialisert sin kompetanse. Slik jeg ser det er simulering i bachelorutdanningen viktig i den forstand at den holder utdanningen i ånde, og at det viser en velvilje til å kunne prøve ut andre metoder som møter et høyteknologisk samfunn.

Der ligger mange føringer for å skaffe til veie gode læringsutbyttebeskrivelser i simulering. Selv om vi tar utgangspunkt i at simuleringen ble utført slik idealene sier, så kan det hende at de stod overfor en «mislykket» simulering. For vanskelig scenario? For eksponert? For utrygt? For lett? For kunstig? For irrelevant? For lite pre-kunnskaper hos studenten? Faktorene er mange. Disse faktorene er viktige å dra med seg også i simulering hvis den skal ha en hensikt å være et supplement til praksisstudiene. Simulering må bidra til kompetanseheving, gi identitet, gode relasjoner med studiekamerater, være tydelig overfor studentene at de får kjenne på det å ha ansvar, gi trygt læringsmiljø, gi studentene tillit og selvtillit. Alt dette burde vær mulig å kunne oppnå med de rette teknikker og metoder.

Vi har ingen pasienteffekt, men vi kan lære noe av det studentene føler på kroppen, det de erfarer og sanser, og på den måten være mere åpen og ikke så lukket når vi sier at simulering «kan» være. På lik linje med praksisstudiene blir det således viktig at studentene simulerer ofte nok, og ikke bare en gang i blant. På lik linje med praksisstudiene, skjer det en utvikling i kompetanse og ferdighetsnivået, -bare man beveger seg lenge nok i en kontekst. Simulering bør gjennomføres både tidlig og sent i semestrene, før og etter praksis, i praksis, i teoriundervisning.

Dette handler om sykepleiefaglig utvikling. Faget er mere enn bare handlingsalternativer og fakta. Sykepleie er helhet. Hadde simulering som praksisforberedende undervisning betydning for studentenes sykepleieutøvelse i praksis?

Resultatene i denne studien viser i all hovedsak to ting som er avgjørende for et godt læringsutbytte i simulering og som kan bidra til en større brobygging over til praksis:

Forberedelser og refleksjon. Den handler bare om hva vi forbereder studentene på. For de studenter som skal ut i sine praksisstudier, må vi forberede dem på at praksis *er* annerledes. Det er noe annet å stå oppe i en reell pasientsituasjon. Gjennom å trene på å anvende kunnskapen på forskjellige måter i simulering, slik at de likevel gjør det «riktige» for pasientene blir viktig. Det synes også viktig at studentene ikke blir distraherete når de simulerer. Det å ha en plan B dersom teknisk utstyr ikke virker, og ellers legge forholdene til rette for at det ikke skaper for mange unødvendige brudd.

Å skape trygge rammer rundt studentene i simulering er essensielt, men trygghet kan også komme av at studentene har kunnskaper. Dette viser at lærerne må legge til rette for at studentene har et godt faglig grunnlag, slik at de har noe å spille på. Dette kommer av gode forberedelser og simuleringskompetanse. Lærerne har en stor oppgave med å formidle tidlig i studiet viktigheten med egeninnsats og at dette kan legge forholdene mere til rette for innlæring. Dette kan bidra til at studentene lettere kan hente fram relevant kunnskap i situasjonene de trenger flere handlingsalternativer basert på en skjønnsmessig vurdering. Simulering har et potensiale for å øke selvtilliten, men mine undringer er om selvtilliten kan påvirkes i negativ retning dersom studentene ikke føler mestring før sine praksisstudier.

Refleksjon synes å spille en viktig rolle ved det å bygge bro mellom simulering og praksis. Det kan tyde på at refleksjonen som knytter simulering opp mot virkelige hendelser i praksis, kan bidra til ny forståelse for studenten i praksis.

8 Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (2007) Læring av sykepleie – gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I Alvsvåg, Herdis & Førland, Oddvar (Red.) *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 205-231). Oslo: Akribe
- Andfossen, N.B., Lied, K.B., Struksnes, S. & Ødegården, T. (2015). Hva handler simulering om? I Ødegården, T., Struksnes, S. & Hofmann, B. (Red.) *Pasientsimulering i helsefag – en praktisk innføring* (12-20). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert – dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*(s.13-288). TANO Forlag A.S.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L., (2010). *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer* (s. 167-288). Oslo: Akribe
- Berragan, L. (2011). Simulation: An effective pedagogical approach for nursing? *Nurse Education Today*, 31(7), 660-663. doi: 10.1016/j.nedt.2011.01.019
- Bland, A. J., Topping, A. & Wood, B. (2011). A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 31(7), 664-670. doi: 10.1016/j.nedt.2010.10.013
- Botma, Y. (2014). Nursing student's perceptions on how immersive simulation promotes theory-practice integration, *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 1(14), 1-5. doi: 10.1016/j.ijans.2014.04.001
- Brandt, L. M. (2009). *Simulert akuttmiljø – Simuleringsøvelse. En studie om læringsutbytte hos studenter i videreutdanninger i barnesykepleie* (s. 1-34). (Mastergradsoppgave). Hentet fra <http://munin.uit.no>
- Campbell, S.H. & Daley, K.M. (2013). Simulation-Focused Pedagogy for Nursing Education. I Campbell, S.H. & Daley, K.M. (Red.), *Simulation scenarios for nursing educators. Making it real. Second edition* (2. utg) (s. 1-5). New York: Springer Publishing Company, LLC
- Cato, M. L. (2012). Using simulation in nursing education. I Jeffries, Pamela R. (Ed.), *Simulation in nursing education. From conceptualization to evaluation*. (2nd ed.) (s.1-7) New York: National League for Nursing
- Dean, S., Williams, C. & Balnaves, M. (2016). Practising on plastic people: Can I really care? *Contemporary Nurse*, 31(7), 1-14. doi: 10.1080/10376178.2016.1163231
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (2010): *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (<http://www.etikkom.no/Forskingsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/KValitativ-forsning/>)
- Egilsdottir, H.Ø. (2012). *Samarbeid og læring i sykepleiepraksis. Muligheter for forbedring?* (Mastergradsoppgave). Universitetet i Oslo.

- Ekeland, T.-J. (1999). Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 36, 1036-1047
- Elstad, I. (2014). *Sjuepleietenkning* (s. 218-262). Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag
- Ewertsson, M., Allvin, R., Holmström, I. K. & Blomberg, K. (2015). Walking the bridge: Nursing students' learning in clinical skill laboratories. *Nurse Education in Practice*, 15(4), 277-283. doi: 10.1016/j.nepr.2015.03.006
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1995). *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere* (2. utg) (s. 97-122). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Flo, J., Flaaten, E. K. & Fagerström, L. (2013). Simulation as a learning method in nursing education – A case study of student's learning experiences during use of computer-driven patient simulators in preclinical studies. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(8), 138-148. doi: 10.5430/jnep.v3n8p138
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to archive trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Haigh, C. (2008). Editorial: Embracing the theory/practice gap. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1-2. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02325
- Hovland, O.J. & Andresen, G.S. (2007). Integrering i praksisfellesskapet med refleksjon som verktøy. I Alvsvåg, Herdis & Førland, Oddvar (Red.) *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 189-203). Oslo: Akribe
- Husebø, S.E. & Rystedt, H. (2015). Simulering innen helsefag. I Aase, K. (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (2.utg) (s. 169-186). Oslo: Universitetsforlaget
- Jeffries, P.R. & Rogers, K.J. (2007). Theoretical framework for simulation design. I Jeffries, P.J. (Red.), *Simulation in Nursing Education. From conceptualization to evaluation* (2.utg) (s. 25-31). New York: National League for Nursing
- Jensen, G.S. & Fuhlendorff, B. (2015). At uddanne sygeplejestuderende til klinisk fantasi og relevansvurdering. *Klinisk Sygepleie*, 29(01), 44-56
- Khalaila, R. (2013). Simulation in nursing education: An evaluation of students' outcomes at their first clinical practice combined with simulations. *Nurse Education Today*, 34(2), 252-258. doi: 10.1016/j.nedt.2013.08.015
- Kirkevold, M. (2001.) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg) (202-203). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kirkman, T. R. (2013). High fidelity simulation effectiveness in nursing student's transfer of learning. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10(1), 1-6. doi: 10.1515/ijnes-2012-0009
- Lanzara, S. (2014). *A phenomenological study exploring baccalaureate nursing students' experiences in simulation* (s. 1-136). (Doktoravhandling, Indiana University of Pennsylvania). URL: <http://hdl.handle.net/2069/2287>

- Lykkeslet, E. (2003). *Bevegelig handlingskunnskap: En studie i sykepleierens praksis*. (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø.
- Maginnis, C. & Croxon, L. (2010). Transfer of learning to the nursing clinical practice setting. *Rural and Remote Health*, 10(2), 1-6. Hentet fra <http://www.rrh.org.au>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (s. 14-150). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3.utg.) (s. 26-34). Oslo: Universitetsforlaget (s)
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe (11-50)
- Molander, B. (1993). *Kunnskap i handling* (s. 72-119). Gøteborg: Bokförlaget Daidalos AB
- Munshi, F., Lababidi, H. & Alyousef, S. (2015). Low- versus high-fidelity simulations in teaching and assessing clinical skills. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 10(1), 12-15. doi: 10.1016/j.jtumed.2015.01.008
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon* (169-190). Oslo: Gyldendal
- Oligvie, S., Cragg, B. & Foulds, B. (2011). Perceptions of Nursing Students on the Process and Outcomes of a Simulation Experience. *Nurse Educator*, 36(2), 56-58. doi: 10.1097/NNE.0b013e31820b4fd5
- Personopplysningsloven (2000). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra www.lovdatab.no
- Rammeplan for sykepleierutdanning (2008). Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra www.regjeringen.no
- Rizzolo, M. A. (2012). Summary and future considerations. I Jeffries, Pamela R. (Ed.), *Simulation in nursing education. From conceptualization to evaluation*. (2nd etd.) (s. 231-238) New York: National League for Nursing
- Reyter, K. (2003). Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse. I Ruyter, K. W. (Red.) (2007). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Schiavenato, M. (2009). Reevaluating Simulation in Nursing Education: Beyond the Human Patient Simulator. *The Journal of Nursing Education*, 48(7), 388-394. doi: 10.3928/01484834-20090615-06
- Schön, D. A. (2006). *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder* (s. 7-62). Århus: Forlaget Klim
- Simuleringscenteret ved Høgskolen i Gjøvik. <http://www.hig.no/simsenter>
- Skoglund, I. & Tharaldstein, E. (2012) Simulering som læringsverktøy. I Blix, S., Andersen, N. & Størdal, T. (Red.), *Helse.digital. Digitale arenaer i praksis og utdanning* (s. 158-178). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

- Skår R. (2007). Praksis – en læringsarena som engasjerer. I Alvsvåg, H. & Førland, O. (Red), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (101-116). Oslo: Akribe AS
- Sollid, S.J.M. (2015). Simulering og akuttmedisin. I Aase, K. (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (2.utg) (s. 187-204). Oslo: Universitetsforlaget
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen- Rett behandling - på rett sted - til rett tid* . Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra www.regjeringen.no
- Tharaldsteen, E. & Skoglund, I. (2015). Simulering som læringsmetode kan bidra til økt sykepleiefaglig handlingskompetanse i rurale strøk. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2(11), 180-188. doi: 10.7557/14.3721
- Tosterud, R. (2015). Simulering – en hensiktsmessig læremetode. I Ødegården, T., Struksnes, S. & Hofmann, B. (Red.), *Pasientsimulering i helsefag – en praktisk innføring* (s. 77-87). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Totland, I. (2007). *Fra øvingslaboratorium til praksis – “I etterpåklokskapens lys”. Om sykepleierstudentenes erfaringer og opplevelser fra praksis sett i relasjon til det å ha lært praktiske ferdigheter i øvingslaboratorium i forkant av praksisstudiene.* (hovedoppgave). Universitetet i Oslo.
- Tveiten, S. (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (s. 33-45). Bergen: Fagbokforlaget
- Tårnquist, E. (2014). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (s. 83-134). Bergen: Fagbokforlagets
- Wahlgren, B., Høyrup, S., Pedersen, K. & Rattleff, P. (2002). *Refleksjon og læring – Kompetanseudvikling i arbeidslivet* (s.13-16). Fredriksberg: Forlaget Samfundslitteratur (13-14-15-16)
- Wisborg, T., Brattebø, G., Brinchmann-Hansen, Å. & Hansen, K. S.(2009). Mannequin or standardized patient: participants' modalities in trauma team simulation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and emergency Medicine*, 17(59), 1-4. doi: 10.1186/1757-7241-17-59
- Yuan, H.B., Williams, B.A. & Fang, J.B. (2012). The contribution of high-fidelity simulation to nursing students' confidence and competence: a systematic review. *International Nursing Review*, 59(1), 26-33. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00964.x

Vedlegg 1 Søknad til instituttledelsen

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å BRUKE BA-STUDENTER TIL PILOT- /MASTERGRADSPROSJEKT

Vi heter [REDACTED] og Solveig Kristoffersen og er fagansatte ved IHO, [REDACTED] Kristoffersen er mastergradsstudent ved Institutt for helse- og omsorgsfag, ved Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet.

[REDACTED] har en High-Fidelity Human Simulator, også kalt SIM-mann, og et innredet rom som skal brukes til trening av studenter og ansatte i helsevesenet. Vi ønsker å lage en detaljplan der utviklede scenarioer med læringsutbytte og progresjon gjennom 3 år på bachelor-utdanningen er fremstilt, samt skaffe oss erfaring med måloppnåelse i fht læringsutbytte hos studenter som gjennomgår simulering. Det er på bakgrunn av dette at vi planlegger å gjennomføre en pilot mot [REDACTED]

Under simuleringsovelsene vil det bli gjort video-opptak til bruk i debriefing som er et viktig element i simulering. Disse video-opptakene vil være forsvarlig oppbevarte innelåste fram til rapport er slutført i [REDACTED], og vil deretter bli destruert.

Kristoffersen ønsker i tilknytning til sin masteroppgave å intervju de samme studentene for å kartlegge deres erfaringer etter bruk av High-Fidelity Human Simulator (HFHS) og er en oppfølging av SIM-prosjektet. Det er planlagt å intervju dem etter fullført praksis [REDACTED] Metode er fokusgruppeintervju, med to intervju med 4-5 studenter hver. Man åpner for en mulighet for et andregangs-intervju i løpet av våren. Målet er å nedfelle et læringsutbytte ved implementering i fagplanen. Intervjuene skal anonymiseres, og personlige kjennetegn skal elimineres under transkribering. Transkriberte intervju og lydbånd oppbevares forsvarlig innelåst under skrivearbeidet, og destrueres etter prosjektets slutt våren 2016.

Vi ber med dette om tillatelse til å bruke Universitetets/campus studenter til disse to prosjektene.

Vedlegger prosjektskisse fra tidligere i vår. Det er foretatt endringer i etterkant. Vedlegger også forespørsel til studentene til masterprosjektet. Prosjektbeskrivelse for masterprosjektet under arbeid pt og vedlegges derfor ikke. Veileder på masteroppgaven er førsteamanuensis Gudrun Nilsen ved campus Hammerfest.

Med vennlig hilsen

[REDACTED]

[REDACTED]

Solveig Kristoffersen

Vedlegg 2 Forespørsel til deltagere

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I MASTERGRADPROSJEKT

Mitt navn er Solveig Kristoffersen og er mastergradsstudent ved Institutt for helse- og omsorgsfag, ved Universitetet i Tromsø.

Jeg ønsker i tilknytning til min masteroppgave å intervju bachelor-studenter ved sykepleierutdanningen [REDACTED] hvor jeg også jobber som lærer. Temaet for oppgaven vil være studentenes erfaringer etter bruk av High-Fidelity Human Simulator (HFHS) som et ledd i PIH (praksis i Høgskolen).

Det skal gjennomføres et pilot-prosjekt om simulering rettet mot [REDACTED] [REDACTED] Mitt prosjekt er en oppfølging av SIM-prosjektet i etterkant. Det vil si intervju etter fullført praksis [REDACTED].

For å finne ut om studentens erfaringer med simuleringstrening mot kommende praksisperiode, vil jeg dele dere i grupper på 3-5 studenter, og gjennomføre et såkalt fokusgruppe-intervju. Jeg ønsker å gjennomføre intervju av 2 grupper etter [REDACTED] [REDACTED] vårsemesteret 2015. Det kan bli aktuelt å forespørre dere om å delta på et oppfølgingsintervju i uke 16. Jeg regner med at intervjuet vil ta mellom 1-2 timer, og må gjennomføres etter skoletid. Under intervjuet vil jeg bruke båndopptager, fordi mye informasjon kan gå tapt om man bare noterer skriftlig. Lydfilene vil bli forsvarlig lagret, låst inne og destruert når intervjuene er transkriberte.

Deltagelse i prosjektet er frivillig. Dersom du samtykker i deltagelse, ber jeg deg om at du bekrefter dette skriftlig på vedlagt svarslipp. Dersom du ikke samtykker vil ikke dette få noen negative konsekvenser for deg. Du kan når som helst trekke deg fra prosjektet, selv om du har takket ja. Alle innsamlede data og opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Jeg har taushetsplikt. Samtlige data vil bli slettet ved prosjektets slutt i juni 2016.

Jeg ber med dette om din medvirkning i prosjektet ved at du gir ditt skriftlige samtykke til intervju og bruk av båndopptager under intervjuene.

Tidspunkter for intervju vil jeg planlegge i samarbeid med dere.

Deltagelse i prosjektet vil forhåpentligvis bidra til å utvikle læringsutbytte og læringsmål på grunnlag av studentens egne erfaringer, og vil komme studenter og lærere ved BA-utdanningen til gode i framtiden.

Min veileder på masteroppgaven er førsteamanuensis Gudrun Nilsen.

Dersom du ønsker mer informasjon om prosjektet kan jeg kontaktes på mobil: 95886786.

Nedenfor ligger vedlagt svarslipp som jeg ber deg returnere i vedlagte ferdigfrankerte konvolutt, og senest innen 7 dager etter mottatt brev. Det er to eksemplarer av dette brevet, hvor du kan beholde den ene.

Med vennlig hilsen

Solveig Kristoffersen

(Universitetslærer/masterstudent)

SVARSLIPP

Erklæring om samtykke for deltagelse i forskningsprosjekt.

Undertegnede bekrefter med dette at jeg sier ja til å delta i forskningsprosjektet: "Sykepleierstudenters erfaringer i praksis etter gjennomgått praksisforberedende HFHS-trening." (High Fidelity Human Simulator).

Jeg har gjort meg kjent med innholdet i prosjektet samt at jeg kan trekke meg fra prosjektet på hvilket som helst tidspunkt uten at det får negative konsekvenser for meg. Jeg har mottatt skriftlig informasjon, og er villig til å delta i studien.

.....
.....

Sted/Dato

Navn

Tlf. nummer

Vedlegg 3 Temaliste fokusgruppeintervju

TEMALISTE

Introduksjon

- Ønske velkommen
- Presentasjon av moderator og sekretær/bisitter
- Tidsbruk
- Informasjon om lydopptak og samtykke
- Kort presentasjonsrunde av alle deltakere
- Informasjon om konfidensialitet

Tema

Simulering som praksisforberedende undervisningsform. Studentenes egne erfaringer i møte med pasienter.

(Hva er det studentene legger vekt på og hvilke åpenbare behov for kunnskaper og ferdigheter de kan anvende i praksis der simulering kan være unikt?)

Hvorvidt er det samsvar mellom utvalgte læringssituasjoner i simulering og det studentene møter i praksisfeltet?)

Intervjuet

- Hvilken type praksis har dere hatt?
- Hvordan opplevde dere praksis som helhet?
- Føler dere at dere har fått økt handlingskompetanse etter praksis?
- Hva ble viktig i praksisundervisningen på skolen og hva fikk dere bruk for ute i feltet?
- Når dere ser tilbake – hva mener dere kom særlig til nytte?
- Beskriv ferdighetstreningen slik dere minnes den nå i ettertid (Forberedelser, opplevelser av å delta, positive og negative erfaringer)
- Gjenkjente dere noen episoder med pasienter som dere hadde simulert på?
- Kan dere beskrive hvordan dere gikk fram med disse pasientene? Ville dere ha opptrådt annerledes overfor pasientene dersom dere ikke hadde noen praktiske forkunnskaper?
- Kom dere opp i situasjoner som gjorde at dere var glade for at dere hadde fått trent på/fått kjennskap til på forhånd?
- Hvorfor ble dette nyttig?/Hvorfor ble dette unyttig?
- Etter praksis og de situasjoner dere har vært oppi, hva tenker dere at dere kunne simulert på istedenfor?
- Forslag til endringer, hva bør ha mere fokus/mindre fokus. Begrunn.
- Har dere tips ettersom dere har vært på ulike steder i praksis, hva som kunne vært mere praksisrelevant å bruke simulering på?
- Ønsker dere at simulering fortsatt skal være en del av praksisforberedende undervisning i framtiden? Hvorfor/Hvorfor ikke.

Avslutning

Oppsummere og validere det som er sagt.

Vedlegg 4 Godkjenning instituttledelsen



Institutt for helse- og omsorgsfag

Deres ref.:

Vår ref.: 2014/5186

Dato: 11.11.2014

[REDACTED]
[REDACTED]
Solveig Kristoffersen
Universitetet i Tromsø
Norges Arktiske Universitet
IHO

Svar på søknad om tillatelse til å bruke bachelorstudenter til pilot-/mastergradsprosjekt ved sykepleierutdanningen [REDACTED]

Viser til brev 29.08.2014 hvor dere søker om å bruke studenter som informanter til 1. pilot for utvikling av simuleringsscenarioer, og 2. intervju av studenter som deltar i piloten i tilknytning til mastergradsprosjekt.

1. Bruk av studenter som informanter i forbindelse med utvikling av simuleringsscenarioer

Ut fra prosjektbeskrivelse og søknad ser dette ut som en intern evaluering av et undervisningsopplegg. Prosjektet vil derfor kunne unntas NSDs meldeplikt etter personopplysningsforskriftens § 7-20 og Universitets- og høyskoleloven § 1-6. Dersom resultatet av prosjektet skal publiseres utenfor organisasjonen ber vi om at dere revurderer dette. Vi minner om at personopplysningslovens øvrige bestemmelser fremdeles gjelder, selv om prosjektet kan unntas meldeplikten.

2. Intervju av studenter som deltar i piloten i tilknytning til mastergradsprosjekt.

Dersom det innhentes personopplysninger ber vi om NSDs retningslinjer og personopplysningslovens bestemmelser følges på vanlig måte. Mastergradsprosjektet kan etter vår vurdering ikke unntas meldeplikten.

Forutsatt at det som er beskrevet over er i orden har vi ingen innvendinger mot at dere bruker studenter som informanter til disse prosjektene.

Vennlig hilsen

Vibeke Guddingsmo
Kontorsjef

Jøran Indseth
studiekonsulent

joran.indseth@uit.no



Vedlegg 5 Godkjenning NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages 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

Gudrun Nilsen
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 29.01.2015

Vår ref: 41467 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

41467	<i>Simulering som ferdighetstrening for bachelorstudenter i sykepleie</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gudrun Nilsen</i>
<i>Student</i>	<i>Solveig Kristoffersen</i>

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne H. Myhren

Kontaktperson: Marianne H. Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kymr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@svt.uib.no