



MASTEROPPGAVE:

Fra engasjement og lærelyst til helhet
og sammenheng.

Sykepleiestudenters erfaringer med utvikling av klinisk blikk

FORFATTER: RANDI LØVIKNES

Dato: 30. November 2011

FORORD

Jeg var sykepleierelev på slutten av 1970 tallet. Som sykepleier; og etter hvert anestesisykepleier; på 1980 tallet, og fra 1990 sykepleielærer frem mot kvalitetsreformen og internasjonale tilpasninger som Bologna-prosessen, har jeg fulgt utdanningen i mer enn 30 år. Jeg har hatt både Kjellaug Lerheim og Helga Dagsland som lærere, jeg har møtt Virginia Henderson og jeg har hørt Dorothea Orem forelese. Jeg lot meg begeistre av Martinsen og Wærness bok *Pleie uten omsorg* som kom i 1979, og jeg har vært en del av utviklingen av utdanningen gjennom de stadig skiftende rammeplaner.

Dette er bakteppet for mitt valg av tema for masteroppgave, som handler om sykepleiestudenters utvikling av klinisk blikk i sykepleierutdanningen i 2011.

*Ska bli sjuksyster jag, tralala
Syster är säkert tjusigt att va
Ja ska glittra och le
som en strålande fe
ja det ska lilla jag tralala
tralala tralala tralala*

*Gå elev är nog pyton till knog
Teori tycker jag verkar nog
inte ska en elev
tvätta gummornas skrev
det är biträdets jobb tycker jag
det är sånt som dom ska, eller va?*

*Tänk när utbildningen sen är klar
vilket vansinnigt ansvar man har
Dela ut medicin
vara prydlig och fin
ändå fast som en mur eller hur
ska man va tycker ja tralala*

Sonja Åkesson, Sångers om kvinnor, 1973

SAMMENDRAG

Tittel:	Fra engasjement og lærelyst til helhet og sammenheng Sykepleiestudenters erfaringer med utvikling av klinisk blick		Dato: 30/11 2011
Deltaker	Randi Løviknes		
Veileder:	Solveig Struksnes		
Evt. oppdragsgiver:			
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Klinisk blick, klinisk kompetanse, klinisk vurdering, sykepleierutdanning, taus kunnskap.		
Antall sider/ord: 51/17422	Antall vedlegg: 5	Publiseringsavtale inngått: ja	
Kort beskrivelse av masteroppgaven:			
<p>Introduksjon: Studien har utgangspunkt i et ønske om å finne ut mer om hvordan sykepleiestudenter utvikler seg til å bli kompetente sykepleiere innenfor dagens føringer for profesjonsutdanningen og helsetjenesten</p> <p>Hensikt: Få innsikt i sykepleiestudenters ulike erfaringer med utvikling av klinisk blick</p> <p>Metode: Kvalitativt design. Fenomenografisk metode.</p> <p>Resultater: Studien viser at studentene har en felles oppfatning av hva klinisk blick er. De beskriver at ”det kliniske blikket” oppfattes forskjellig innenfor de ulike praksisområdene; somatikk, psykiatri og kommunehelsetjenesten.</p> <p>Studentene beskriver at de har hatt en utvikling av ’klinisk blick’ gjennom utdanningen. De naturvitenskapelige fagene (anatomi, fysiologi, patologi og farmakologi) fremheves som fundament og forutsetning for å kunne bli sykepleiere. Fag som sykepleie, vitenskapsteori og historie oppleves som lite relevante. Det etterlyses strengere krav fra høgskolens side, både i forhold til deltakelse på undervisning og til eksamener.</p> <p>Konklusjon: Studentenes erfaringer med utvikling av klinisk blick fokuserer på at klinisk blick er å se helhet og sammenheng, dette er noe mer enn ”fysisk synlige bestanddeler” som resultat av egen motivasjon og erfaringer fra praksis.</p>			

ABSTRACT

Title:	From enthusiasm and wish to learn to unity and coherence. Nursing students` conception of the developement of clinical gaze.	Date: 30. nov.2011
Participant(s)	Randi Løviknes	
Supervisor(s)	Solveig Struksnes	
Employer:		
Keywords (3-5)	Clinical gaze, Clinical competence, Clinical assessment, Nursing education, Tacit knowledge	
Number of pages/words: 51/17422	Number of appendix: 5	Availability (open/confidential): open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Introduction: The study was motivated by a wish to explore how nursing students develop into qualified nurses within current educational- and health systems.</p> <p>Aim and purpose: To get insight into nursing students` experiences with development of clinical gaze.</p> <p>Design and method: Qualitative design, and a phenomenographic approach</p> <p>Results: The findings in this study shows that the students have a common understanding of what the clinical gaze is. They describe that the clinical gaze is perceived differently in the various practice areas: general medicine and surgery, mental and community health care.</p> <p>The students describe that the clinical gaze has developed during their education. The natural sciences (anatomy, physiology, pathology and pharmacology) are emphasized as the foundation prerequisite for becoming nurses. Subjects such as nursing theory, philosophy of sciences and history is perceived as not relevant. They call for stricter demands on participation in classes and exams, and describe that their own enthusiasm and desire to learn are a prerequisite for the developing of a clinical gaze.</p> <p>Conclusion: The nursing students experiences are that clinical gaze is about ”a whole” and coherence. This is something more than physical observations, and a result of the student`s motivation and experiences from clinical practice.</p>		

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INTRODUKSJON	1
1.1	Utvikling av sykepleierutdanningen i Norge	1
1.1.1	<i>Organisering og målsetting av læringsaktiviteter ved den aktuelle høgskolen</i>	4
1.2	Klinisk blikk	6
1.3	Læring	8
1.3.1	<i>Hvordan læres sykepleie?</i>	10
1.4	Bakgrunn for valg av tema	12
1.5	Hensikt og forskningsmål	15
2.0	METODE	16
2.1	Design	16
2.1.1	<i>Fenomenografi</i>	17
2.2	Forforståelse	18
2.3	Utvalg	19
2.3.1	<i>Tilgang til feltet</i>	19
2.3.2	<i>Informanter</i>	20
2.4	Datainnsamlingen	21
2.4.1	<i>Utvikling av intervjuguide</i>	21
2.4.2	<i>Intervjuene</i>	22
2.5	Dataanalyse	23
2.6	Troverdighet og gyldighet	24
2.7	Forskningsetiske implikasjoner	26
3.0	RESULTATER	29
3.1	Engasjement og lærelyst	29
3.3	Gjenkjenning og tolking av tegn hos pasienten	31
3.4	Helhet og sammenheng	33
3.4	Utfallsrommet	35
4.0	DISKUSJON	36
4.1	Å ha utgangspunkt i engasjement og lærelyst	36
4.2	Å gjenkjenne og tolke tegn hos pasienten	39
4.3	Oppfatninger av å se en helhet og sammenheng	43
4.5	Sammenfattende diskusjon rundt utfallsrommet	45
4.6	Metodekritikk	46

5.0 KONKLUSJON	52
5.1 Betydning for klinisk sykepleie	53
REFERANSER	54
Vedlegg 1 Forespørsel Høgskolen i Hedmark	1
Vedlegg 2 Bekreftelse, HiHm	2
Vedlegg 3 Invitasjonsskriv	3
Vedlegg 4 Intervjuguide	4
Vedlegg 5 Godkjenning NSD	5

1.0 INTRODUKSJON

Denne studien har utgangspunkt i et ønske om å finne ut mer om hvordan sykepleiestudenter utvikler seg til å bli kompetente sykepleiere innenfor dagens føringer for profesjonsutdanningen og helsetjenesten. Introduksjonen til temaet er en innføring i det kunnskapsgrunnlaget som er nødvendig for å sette seg inn i studiens hensikt, problemstilling og metodiske tilnærming.

Introduksjonen er organisert i fem hovedtemaer. Første tema handler om utviklingen av sykepleierutdanningen i Norge, med en påfølgende beskrivelse av planverk og grunnlagstenkning ved høgsolen som er arena for denne studien. Neste tema er en redegjørelse for begrepet 'klinisk blikk'. Deretter følger et avsnitt om generell læringsteori og spesielle utfordringer knyttet til læringsprosesser innenfor sykepleiefaget. Kapittelet avsluttes med å klargjøre studiens hensikt, mål og forskningsspørsmål

1.1 Utvikling av sykepleierutdanningen i Norge

Grunnutdanning i sykepleie tilbys i dag ved 22 av 26 Høgskoler i Norge og ved 5 private institusjoner. I følge Statistisk sentralbyrå (2011) ble det uteksaminert 3200 sykepleiere i 2010

Det første organiserte utdanningsprogrammet ble i 1868 etablert ved Diakonissehjemmet av Cathinka Guldberg, Guldberg blir regnet som grunnlegger av den mer systematiske sykepleierutdanningen i Norge. Etter et studieopphold ved diakonisseinstitusjonen Kaiserwert i Tyskland var hun en av pådriverne til opprettelsen av Diakonisseanstalten i Christiania i 1868. I starten var det en lege som var lærer, men fra 1872 overtok diakonissene undervisningen selv. Etter hvert ble det opprettet systematisk opplæring av sykepleiere ved flere sykehus rundt om i landet, disse hadde ulik lengde, organisering og innhold. Elevene ble lært opp av erfarne sykepleiere som gikk under betegnelsen instruksjonssøstre. Rikke Nissen ved Diakonissehuset i Oslo og senere Bergen var opptatt av at instruksjonssøstrene måtte ha en bred kompetanse og hun mente at opplæringen av elevene måtte være omfattende. Hun utga den første lærebok for sykepleiere i 1887 (Christiansen, Heggen, & Karseth, 2004)

Fram til 1948 var det ingen statelig regulering eller styring av utdanningen, men i 1948 kom den første loven som regulerte utdanningen. I 1950 kom det første direktivet angående offentlig godkjenning av sykepleiere (Karseth, 2004)

Fra 1977 har utdanningen hatt status som høyere utdanning, og fra 1981 ble sykepleierutdanningen integrert i de statelige høyskoler og dermed plassert inn under Kirke og Undervisningsdepartementet. Dette siste trinnet blir av Heggen (1995) beskrevet som 'det siste trinnet i løsrivelsen fra det yrkesfaglige feltet.'

Den første rammeplan for utdanningen kom i 1987 og innholdet i planen reflekterer i følge Karseth (2004) sykepleie som et akademisk fag (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004). De ansvarlige for undervisning og opplæring har gått fra å være instruksjonssøstre i sykehusene til å bli ansatte i høyskolene med krav om akademisk kompetanse for å kunne drive kunnskapsutvikling. Nordtvedt og Grimen (2004) hevder at det i dagens samfunn er den teoretiske kunnskapen som er mest anerkjent, og at dette også preger forskningen innenfor sykepleie (P. Nordtvedt & Grimen, 2004)

Et av de mest interessante fenomenene i utviklingen av sykepleierutdanningen fra 1978 til 2011, er at omfanget av praktiske studier har vært forholdsvis konstant i det totale studieprogrammet. Fra 1967 til i dag har halvdelen av studiet vært definert som praksis, eller praksisrelaterte studier.

Utdanningen slik den fremstår i dag styres på den ene siden av befolkningens behov for helsetjenester i nåtid og fremtid, på den andre siden skal en profesjonsutdanning innordnes og forholde seg til de ulike utdanningspolitiske omlegginger.

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er et av de siste dokumentene som omtaler samfunnets behov for helsetjenester i framtiden, og som kan komme til å få store konsekvenser for sykepleierutdanningen i Norge. Høsten 2011 er det berammet en ny Stortingsmelding som skal presentere 'en samlet nasjonal kunnskapspolitikk for framtidens helse- og sosialutdanninger'. Meldingen tar utgangspunkt i kompetansebehovene i arbeidslivet, og har fokus på 'helse, velferd og omsorg' og fokuserer på bachelorutdanningene som er profesjonsrettet. Målet skal være at utdanningene skal kvalifisere medarbeidere i velferdstjenestene til å: 'utøve

sitt yrke med grunnlag i helhetlig kunnskap basert på både forskning og praktisk erfaring.’ (Kunnskapsdepartementet, 2011)

Departementet kan fastsette nasjonal rammeplan for enkelte utdanninger (Kirke- og Utdanningsdepartementet, 1995)(Lov om universiteter og høyskoler 1995), og en slik nasjonal plan er fastsatt for sykepleierutdanningen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004) Denne planen var et resultat av at sykepleierutdanningen måtte tilpasse seg internasjonale krav for graden ”Bachelor i sykepleie”. Vitenskapsteori og metode ble obligatorisk noe som førte til at andre fag fikk mindre plass. Planen inneholder spesifiserte emner og en oversikt over hvor mange studiepoeng hvert enkelt emne skal inneholde. Den beskriver også hva studentene etter endt utdanning skal ha av både handlingskompetanse og handlingsberedskap. Informantene i den aktuelle studien har gjennomført utdanningen i henhold til Rammeplan 2004, hvor begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap er definert.

Rammeplan for sykepleierutdanning beskriver som overordnet mål at

Sykepleierutdanningen skal utdanne selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelse av sykepleie (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004, s. 3)

Innholdet i utdanningen er rettet mot at studentene skal utvikle en klinisk kompetanse i utøvelsen av sykepleie. Denne kompetansen baserer seg på teoretisk kunnskap og egne erfaringer som skal kunne ut i en helhetsforståelse for den enkelte pasient.

Rammeplanen stiller krav til en sluttkompetanse som består av handlingskompetanse og handlingsberedskap innen alle kunnskapsområdene som faget sykepleie består av (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004).

Handlingskompetansen er knyttet til områder der utdanningen har ansvar for at yrkesutøveren skal fungere selvstendig. Den nyutdannede sykepleier skal ha handlingskompetanse til å ivareta og utøve oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. Kompetansen er hovedsakelig rettet mot pasienter og pårørende og mot ivaretagelsen av grunnleggende funksjoner i sykepleie, mens

handlingsberedskapen er knyttet til områder der yrkesutøveren har kunnskaper, men mangler erfaring (s.5) Den nyutdannede sykepleieren skal ha handlingskompetanse til å ivareta og utøve oppgaver som er ”sentrale i yrkesfunksjonen” (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004, s. 5)

Gjennom utdanningen skal studenten utvikle en klinisk kompetanse som baserer seg på teoretisk kunnskap og egne erfaringer, og som skal kunne ut i en helhetsforståelse for den enkelte pasient.

Studiet omfatter 180 studiepoeng fordelt på fire hovedemner, halvparten av disse studiepoengene er praksisstudier (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004). Innholdet er organisert i fire hovedemner:

- Sykepleiens faglige og vitenskapelige grunnlag
- Sykepleiefaget og yrkesgrunnlaget
- Medisinske og naturvitenskapelige emner
- Samfunnsvitenskapelige emner

1.1.1 Organisering og målsetting av læringsaktiviteter ved den aktuelle høgsolen

Med utgangspunkt i rammeplanen har Høgsolen i Hedmark, Institutt for Helse og Idrett utarbeidet ”Fagplan Bachelor i sykepleie Generell og spesiell del, Kull 120, 2008-2011” Fagplanen beskriver hvilken kunnskap og kompetanse studentene skal tilegne seg i løpet av utdanningen og hvilke sentrale områder tenkningen som ligger til grunn for fagplanen består av. Fagplanen bygger på hovedelementene i dokumentet: Fag og forskning for fremtidens helse (Gillund, 1998).

Fagplanens overordnede hensikt beskrives som å utdanne flinke sykepleiepraktikere (s.5) og har som visjon å ha en praksisnær profil.

Den generelle del av fagplanen beskriver videre instituttets oppfatning av mennesker, kunnskaps- og læringssyn, kjennetegn ved personer som trenger sykepleie og sykepleierens ansvarsområde. Instituttet vektlegger både erfarings- og forskningsbasert kunnskap (s.6) de tre kunnskapsformene som er sammenvevd i sykepleieren beskrives som teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaringskunnskap. Som fundament for fagplanen er Henderson (1960) beskrivelse av sykepleie:

å hjelpe individet, sykt eller friskt i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse eller til en fredfull død, som individet selv ville ha

gjort hvis hun/han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskap og vilje, og å gjøre det på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (s.7)

Instituttets syn på læring er ikke beskrevet i Fagplanen, men det henvises til en allmenn oppfatning av at læring er en relativt varig forandring av atferd, at den bygger på tidligere erfaringer og omfatter tenkning, opplevelse og ytre atferd (s.6). Dette samsvarer med et atferdsorientert syn på læring. Skolens oppgave beskrives som å tilrettelegge og stimulere slik at læring kan skje, og at instituttet tilstreber en læringskultur som preges av nysgjerrighet, undring og arbeidsinnsats.

Metoder som brukes i den teoretiske undervisningen ved Høgskolen i Hedmark (HIHM) er forelesninger, praktiske øvelser i øvelsesavdeling, gruppeveiledning på ulike temaer, og læringsstier i Class Frontier. Lærernes kompetanse varierer, men pr. september 2011 er det kun 3 lærere uten lektorkompetanse, de fleste av de vitenskapelig ansatte har pedagogisk kompetanse i form av Praktisk Pedagogisk Utdanning eller tilsvarende.

Alle praktiske studier er veiledet, studentene veiledes av en hovedveileder, en fast ansatt sykepleier som har det overordnede ansvaret for studentene på hvert praksissted, daglige veiledere som ivaretar veiledningen i konkrete pasientsituasjoner og lærer fra skolen som er ansvarlig for gruppeveiledning, evaluering og veiledning av de daglige veilederne.

Rammeplanen (2004) fremhever at observasjon og kontinuitet er sentralt i sykepleieutøvelsen (s.6) og at evnen til å observere bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing. Det presiseres at observasjon oppøves i møte med pasienten, og at dette danner selve grunnlaget for sykepleierens handlinger (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004). Studentene introduseres for begrepet 'klinisk blikk' gjennom pensumlitteraturen allerede i første semester av utdanningen.

"Klinisk blikk" er en betegnelse for en type kompetanse og ferdigheter som omfatter bruk av sansene for å innhente data om pasientens tilstand. Slike ferdigheter er knyttet til flere sanser enn synet. Syn, hørsel, lukt og berøring er de viktigste sansene i observasjon av pasienten (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005, s. 233)

Et annet begrep som kan knyttes til sykepleiekompetanse er 'taus kunnskap', som defineres av Polanyi (1967). Utgangspunktet for Polanyi var at vi vet mer enn det vi kan sette ord på. ("we can know more than we can tell"). Han hevder med dette at det eksisterer en teoretisk form og en praktisk form for kunnskap og betegner dette som "wissen" og "können". For sykepleien betyr dette at kunnskap ikke bare kan læres gjennom teori, men må også læres gjennom praksis (Polanyi, 1967).

Martinsen (2003) beskriver også at teori og praksis er gjensidige fenomener i sykepleie, sykepleie er teoretisk-praktisk praksis. Teori brukes til å tenke med i praksis. Fagkunnskapen som Martinsen beskriver består av viten, teori og av den erfaring som utvikles i praksis. Teoriundervisning innenfor de fire hovedemnene i sykepleierutdanningen skal bidra til at studenten gjennom de tre årene opparbeider evne til både handlingskompetanse og handlingsberedskap i praksis.

Et tredje begrep som knyttes til utvikling av klinisk blikk er "erfaringsbasert kunnskap" som Norsk Sykepleierforbund (2011) på sine nettsider definerer "å anvende den teoretiske kunnskapen og om å bruke og å trene opp ferdigheter" (Norsk Sykepleierforbund, 2011)

1.2 Klinisk blikk

Foucault (2000, s. 157) skriver om 'blikket' at det ikke intervensjonerer, men kun observerer, det er "taust og ubevegelig". Han definerer det kliniske blikk som en "perseptuell handling" og beskriver det som analytisk (s.159). Han hevder at klinisk observasjon forutsetter at "undervisningsområdet" og "sykehusområdet" knyttes sammen til en organisasjon (s.159).

Foucault's hensikt er i følge Henderson (1994) å vise sammenhengen mellom diskurs og praksis gjennom å forklare hvordan samspillet mellom det han kaller 'sosial praksis' og 'sosial diskurs'(s.936) finner sted, og hvor medisins makt ligger i det kliniske blikk. Kunsten blir da å lese pasientens kropp 'reading the body' (s.935) for å kunne forstå sykdom. Dette innebærer en individualisering av pasienten, som tidligere var betraktet som et objekt men som nå blir subjekt. Foucault (2000) beskriver også hvordan sanser som syn og hørsel blir viktige i observasjonen av pasienten (s.163) og knytter sammen klinisk blikk og empati.

Lægens blikk, der så ofte gjør selv den største lærdom og solideste viden til skamme, andet end resultatet af en regelmæssig, metodisk og afbalansert brug av sanserne? Det fører til denne lethed i praksis, denne kvighed i oppfattelsen, denne hurtighed og sikkerhed i vurderingerne, der gjør, at alle handlinger undertiden synes at foregå samtidig – hvilket alt sammen går under navnet *empati* (s.174).

Martinsen (1989) hevder at det kliniske blikk formes og utvikles av det samfunn vi lever i og de institusjonene vi arbeider innenfor(s.154). Hun mener det er på bakgrunn av dette Foucault legger vekt på institusjonenes betydning når det gjelder beskrivelse av sykdom, og videre forståelsen av det kliniske blikks utvikling. Det kliniske blikk formes og utvikles av det samfunn vi er en del av og preges av de institusjoner vi arbeider innenfor. Utviklingen er avhengig av hvordan økonomiske forhold legges til rette for medisinske forskning (Martinsen, 1989)

Nightingale (2003) skriver at den viktigste kunnskapen en kan gi til en sykepleier er å lære henne ”hva som skal observeres, hvordan man observerer, hvilke symptomer som inkluderer bedring og hvilke det motsatte, hvilke symptomer som er viktige, hvilke som ikke er det” (s.105) Å synliggjøre for sykepleieren hva som ”røper dårlig pleie” og ”hvilken form for dårlig sykepleie” de har foran seg er også viktig (Nightingale, 2003).

Nightingale (2003) beskriver ”the want of observation simple, and the want of observation compound(s.144), som noe tilsvarende det kliniske blikket, og hevder at det er en sentral del av den praktiske kompetansen en sykepleier må inneha for å kunne utøve sitt yrke. ”Sykepleierens ABC er å kunne tolke enhver endring som kommer over pasientens ansikt, uten at han må fortelle hva han føler”(s.59)

Sykepleierens A er å vite hva et sykt menneske er. B er å vite hvordan man oppfører seg overfor et sykt menneske. C er å vite at hennes pasient er et sykt menneske og ikke et dyr (Nightingale, 2003)

Disse betraktningene viser at sykepleie krever ikke bare kunnskaper om observasjon, men også om hvilke faktorer som fremmer helbredelsesprosesser (Nightingale, 2003). Sykepleieren må derfor ikke bare ha observasjonskunnskap men også kunnskap som gjør henne i stand til å gjøre noe med det hun observerer, en beredskap til å handle.

Liaschenko (1994) vektlegger i sin artikkel at sykepleiernes kliniske blikk har vært hovedinstrumentet i det medisinske blikket, og mener at det er en stor utfordring for sykepleieren å tydeliggjøre hva de legger i sitt kliniske blikk. Hun hevder at arbeidsdelingen mellom sykepleiere og leger opp gjennom historien har ført til at sykepleierne er blitt legens 'øyne' og 'ører' og at de må arbeide med å fjerne seg fra et biomedisinsk syn på sykdom. Sykepleierens kliniske blikk er preget av en naturvitenskapelig tankegang som reduserer pasienten til et objekt for observasjon i forhold til medisinske data. Nortvedt (2008) vektlegger sykepleiers etiske dimensjon og slår fast at sykepleierens kliniske blikk blant annet avdekker pasientenes sårbarhet, og at klinisk blikk sammen med andre aspekter består av bekymret observasjon (concerned observation). Dette kan samsvare med Foulcaut's utsagn som knytter sammen klinisk blikk og empati. Karoliussen (2011, s. 146) hevder at observasjon er knyttet til alle oppgavene en sykepleier har, og at det er en "kompetanse som utøves samtidig med alle andre handlinger". Hun beskriver at alle sanser brukes i observasjonen av pasienten og sammen utgjør de "et klinisk blikk" (s.147).

Det er gjort svært få studier som beskriver hva det kliniske blikk i sykepleie består av ("the nature of") (Ellefsen, Kim, & Han, 2007), og flere diskuterer hvorvidt dette blikket er spesielt eller om det er det samme som medisinsk klinisk blikk og integrert i dette. Studien til Ellefsen et.al (2007), hvor hensikten var å undersøke innholdet i sykepleieres kliniske praksis i forhold til hva som fremmer deres kliniske engasjement, fant forskerne at blikket er mangfoldig og komplekst og uløselig knyttet sammen med pasientenes opplevelser (ontologi) og egen praksis som sykepleier. De fant også at blikket både leder til og setter grenser for sykepleiernes vurderinger og engasjement.

1.3 Læring

Læringsteorier beskrives av Egeland (2004) som "ett sett av teorier som i større eller mindre grad danner en helhetlig forståelse omkring hvordan mennesker lærer" (s.6).

Han deler teoriene i tre ulike hovedgrupper; behavioristiske teorier basert på empiri og atferd, konstruktivistiske basert på at en knytter ny viten til det en vet fra før og dermed konstruerer ny kunnskap, og teorier som knytter seg til den

konstruktivistiske, men legger mer vekt på det sosiale i læringen, en sosialkonstruktivistisk tilnærming (s. 6).

Behaviorismen har vært den dominerende retningen innenfor moderne psykologi og læringsteori fram til slutten av 1960 tallet (Dysthe, 2001). Thorndike og senere Pavlov, Skinner og Watsons forskning og eksperimenter dannet grunnlaget for didaktiske metoder og utvikling av undervisningsopplegg og lærebøker. Fokus ble rettet mot ytre atferd som oppfattes som reell og virkelig, og læring ble derfor beskrevet som ”endring av denne observerbare atferd”(s.17). Individets tanker og refleksjoner ble ikke tillagt noen betydning og ble sett på som subjektive og uvitenskapelige fenomener (Egeland, 2004).

Konsekvensen av dette synet på læring blir i følge Egeland (2004 s.17) at undervisningen blir mest effektiv når læreren presenterer nytt stoff i små porsjoner, og innlæringen styres gjennom veiledninger, pensum og eksamener. Årsakene til læring ligger i miljøet, og læreren blir en viktig administrator av stimuli og belønning (Dysthe, 2001, s. 82).

På slutten av 60- tallet ble det rettet skarp kritikk mot behaviorismen (Egeland, 2004), og kognitivismen vokste fram. Kognitivisme, eller kognitiv læringsteori oppfatter læring som omstrukturering av individets måte å oppfatte på (Bø & Helle, 2008). Læring defineres som endring av kognitive skjema der ny informasjon ikke automatisk faller på plass. Begrepene assimilasjon og akkomodasjon står sentralt, Imsen (2011) beskriver assimilasjon som at informasjon får plass i et allerede eksisterende skjema, og akkomodasjon som at selve skjemaet forandres(Imsen, 2011).

Dewey (2008)som formulerte tesen ’learning by doing’, hadde fokus på at den enkeltes erfaring hadde grunnleggende betydning for kunnskap, og tilegnelsen av kunnskap er avhengig av interaksjon med omgivelsene (Dewey, 2008). Tradisjonelt hadde kunnskap bestått av en passiv innsamling av data som ble kontrollert ved hjelp av tester og eksamen, mens Deweys visjon var at læring ikke skulle være en vanskelig og passiv prosess, men et aktivt utforskningsprosjekt, der læreren skulle oppmuntre eleven til ”å gå ombord på utforskingens lange reise”(s.117) (Dewey, 2008). Dewey (2008) hevder at læring er en prosess hvor en samler erfaringer fra

ulike situasjoner (også teori) og bruker disse erfaringene som grunnlag for handling i nye situasjoner.

Vygotsky (I Bråthen et al.) fokuserte på læring og utvikling i en sosial og kulturell sammenheng, og har etter at hans forskning ble oversatt til engelsk hatt stor innflytelse på synet på læring. Han blir i følge Bråten et al. (1996). (Bråten, Thurmann-Moe, Øzerk, & Dale, 1996) sett på som en av pedagogikkens og psykologiens store genier. Han hentet bl.a. ideer fra Piagets psykologiske teorier om barns utvikling (s.17). For Vygotsky blir det den sosiale samhandlingen som danner utgangspunktet for læring, ikke de ytre rammene. Han beskriver læringsprosessen som en samhandling mellom det lærende mennesket og de sosiale omgivelsene. Språket blir en nødvendig forutsetning for intellektuell utvikling, og det bestemmer både hvordan vi tenker og hvordan vi oppfatter verden (Bråten, et al., 1996).

1.3.1. Hvordan læres sykepleie?

Patricia Benner (1995) presenterer Dreyfusmodellen (Dreyfus, Dreyfus, & Athanasiou, 1986) og tilpasser denne til sykepleie. Hun beskriver fem nivåer for kompetanseutvikling i sykepleie som novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert.

Novisen, har liten eller ingen erfaring med situasjoner og må handle ut fra innlærte regler, prosedyrer og teoretisk kunnskap og kaller det lærebokstyret atferd. Novisen er lite fleksibel og har problemer med å individualisere sine handlinger. Hun plasserer sykepleiestudenter i denne kategorien.(s.35)

Den avanserte nybegynneren, har mer erfaringskunnskap og klarer å gjenkjenne faktorer (aspekter) i de ulike situasjonene; aspektene kjennetegnes med at de kun kan identifiseres på bakgrunn av tidligere erfaringer(s.36) Benner et.al (2009) beskriver at sykepleieren på dette trinnet veksler mellom å kjenne trygghet i det kjente og utrygghet i situasjoner hun ikke har møtt tidligere.

Kompetent, har arbeidet på samme avdeling eller under noenlunde samme forhold i 2-3 år (s.39) Handlingene styres av langsiktige mål eller planer og baserer seg på abstrakte og analytiske vurderinger.

Kyndig, oppfatter helheter i pasientsituasjoner; situasjonen ”gir seg selv” (s.40) uten at sykepleieren behøver å tenke over situasjonen, og klarer å skille hvilke eksisterende attributter og aspekter som er de vesentlige. Sykepleiere på dette nivå oppfattes som erfarne og utfører en trygg og sikker jobb.

Ekspert, har ikke lenger bruk for analytiske prinsipper som regler og retningslinjer for å omsette sin forståelse av en situasjon til konkrete og meningsfulle handlinger(s.46).

I følge Benner et. al (2009) utvikler en etisk og klinisk kompetanse gjennom både erfaring og dialog med andre. Schön (1987) hevder at utvikling av kompetanse er avhengig av evne og mulighet til refleksjon, og at denne refleksjonen bidrar til kritisk tenkning, og dermed også til utvikling av profesjonell kompetanse.

Sykepleiernes handlingskompetanse slik det beskrives i rammeplanen for sykepleierutdanning(Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004), kan knyttes til begrepet ’kunnskapsbasert praksis’

Teoretisk kunnskap omfatter å vite at, vite om og hvorfor, finnes i bøker, strukturert og systematisert i skriftlig form. Studenten skal tilegne seg kunnskapen ved lesning, deltakelse i forelesninger, gruppeoppgaver og diskusjoner (s.6).

Praktisk kunnskap omfatter ferdigheter som problemløsning, samhandling, manuelle ferdigheter og rasjonelle ferdigheter. Kunnskapen tilegnes ved trening.

Erfaringskunnskap omhandler studentens personlige kunnskap, og oppfattes som den enkeltes eiendom. Den danner grunnlaget i det å leve og oppleve. Kunnskapen dreier seg om å berøres og føle som menneske, den tilegnes gjennom møte med lærestoff, materiale og personer (s.6).

Alteren (2010) beskriver hvordan sykepleiestudenten lærer å utøve sykepleie i første halvdel av grunnutdanningen, og har fokus på ulike læringsprosesser (Alteren, 2010) Hun hevder at det er den kunnskap den enkelte student tilegner seg gjennom utdanningen som danner grunnlaget for hvordan de siden møter sine pasienter(s.6). Når erfaringene med studien beskrives hevder hun at læring skjer i bevegelsen mellom følelser og fornuft, og at forutsetningene for at studentene skal lære er at kunnskapen som ligger i følelsene må synliggjøres (s.179).

Skår (2010) fokuserer på læringsprosesser i sykepleierens profesjonsutøvelse med spesiell vekt på læring i et praksisfellesskap, og hun beskriver studiens overordnede hensikt som et bidrag til hvordan sykepleiere lærer i relasjon til sine omgivelser (Skår, 2010, s. 16). I studien forteller informantene at krav til egen utøvelse og mestring i ulike arbeidssituasjoner er fremtredene, og ble av Skår identifisert som 'kunne vurdere situasjoner' (To assess situations) og 'Å involvere seg selv' (To involve oneself). Informantene beskriver sitt arbeid som preget av vanskelige situasjoner og i konstant endring, og for å kunne bruke kunnskap i dette arbeidet trengs det personlig kapasitet og erfaring. De hevder også at sykepleiestudentene bør i større grad delta aktivt i ulike arbeidssituasjoner, for gjennom dette tilegne seg ferdigheter og gjenoppdage kunnskap de har lært tidligere (Skår, 2010, s. 65)

Mesterlæring beskrives av Kvale (1999) det å lære gjennom å delta i et praksisfellesskap. Svennen har først en rolle som observatør og assistent, for så og gradvis å innta en rolle som fullverdig aktør. Studentene samhandler med sykepleiere i praksis i kliniske situasjoner. De går fra til å se på, utføre under veiledning til å utføre selv, og får på den måten trening i oppgaver som er en del av den totale yrkesutøvelsen og blir gradvis i stand til å ta ansvar for ulike sykepleiehandlinger. Gjennom studiet møter de mange personer som representerer fagkulturen og blir etter hvert medlem av sykepleie-fellesskapet (Steinar Kvale, et al., 1999).

Benner et.al (2010) hevder at det er behov for radikale endringer når det gjelder sykepleieutdanningen i USA og peker på at det er et stort gap mellom utdanningens innhold og de krav som stilles til dagens sykepleiere. K.Heggen som har skrevet forordet til den norske utgaven mener at det som kommer frem i boken også gjelder sykepleierutdanningen i Norge og at det er på høy tid utdanningen tas opp til debatt (P. Benner & Heggen, 2010).

1.4 Bakgrunn for valg av tema

Retningslinjene for masterstudiet beskriver at masteroppgaven skal baseres på klinisk rettede studier av relevans for egen praksisarena og tema for masteroppgaven skal plasseres innenfor områdene utdanningskvalitet og kvalitet i sykepleieprosessen.

Forskerens praksisområde er bachelorutdanningen i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark, og det er derfor naturlig å velge utdanningskvalitet for om mulig kunne bidra til kvalitetsutvikling av grunnutdanningen i sykepleie.

For å evaluere kvaliteten på sykepleierutdanningen, er det to hovedaktører som bør delta i evalueringen: pasientene eller brukerne av helsetjenester og sykepleiestudenter og nyutdannede sykepleiere.

I 2009 ble det utført en pasienttilfredshets undersøkelse blant voksne kreftpasienter (Iversen, Holmboe, & Dahle, 2010) Undersøkelsen viser at kreftpasienter har på mange områder positive erfaringer med sykehusene, men den viser at det er forbedringspotensial på flere områder. Hver femte pasient opplevde i liten eller ikke at en fast gruppe pleiepersonale eller lege hadde hovedansvaret. 30 % av informantene opplevde at informasjonen de hadde fått angående smerter og smertelindring kun i liten grad eller ikke var tilstrekkelig. Både de kvantitative resultatene og fritekstkommentarene tyder dessuten på at det er behov for forbedringer når det gjelder samarbeid og koordinering mellom sykehuset og andre helsetjenester (Iversen, et al., 2010)

På initiativ fra Norsk Sykepleierforbund deltok Norge høsten 2009 i en surveyundersøkelse blant sykepleiere i 12 Europeiske land, RN4CAST: Nurse forecasting in Europe. I Norge besvarte 57 % (n.5455) spørreskjemaet. Resultatene viser at det er store forskjeller mellom sykehusene når det gjelder beskrivelser egen arbeidsplass og kvaliteten på det arbeidet som blir utført. Kvaliteten på sykepleien på sengepostene ble karakterisert som bra eller utmerket av 88 %, med en variasjon på 96- 61 %. Når det gjelder kvaliteten på pleie og behandling mente 16 % at kvaliteten var blitt bedre i løpet av det siste året, 57 % mente kvaliteten var uendret og 27 % mente den var blitt dårligere (Kunnskapssenteret, 2009).

Norske studier rettet mot nyutdannede sykepleiere avdekker at de opplever å ha manglende handlingskompetanse i møte med pasienter, og at de får realitetssjokk når de begynner å arbeide som sykepleiere (Bjørk 1999,Alvsvåg, 2006,Wangensteen, et.al.2008). Nyutdannede sykepleiere savner systematisk tilbakemelding på sitt arbeid, både i forhold til at arbeidet er utført og hvordan utførelsen var (Wangensteen et al. 2008).

Det har vært gjort en rekke evalueringer av studenters erfaringer med bachelorutdanningen i sykepleie i Skandinavia. I en norsk studie, basert på CEQ (Espeland & Indrehus 2003) fant de at studentene (n= 276) var generelt misfornøyde med det teoretiske undervisningsopplegget, og samtidig generelt fornøyde med kliniske studier. Standing (2007) fulgte studenter gjennom utdanningen til slutten av første året som sykepleiere og sett på hvordan det å kunne ta avgjørelser ("decision-making skills") har utviklet seg. Hun konkluderer med at det er et fortsatt stort behov for større samarbeide mellom skole og praksis.

Forholdet mellom skole og praksis har vært et diskusjonstema gjennom historien, og debatten pågår fortsatt. Fagermoen (1993) drøfter spenningsfeltet mellom teori og praksis og hevder at en av de viktigste utfordringene sykepleierutdanningen står overfor er å sikre integreringen av teori og praksis. Benner et.al (2010) hevder at det er et stort gap mellom sykepleierutdanningens innhold og de krav som stilles til dagens sykepleiere(s.51), og for å kunne utdanne tilstrekkelig antall sykepleiere med en kompetanse som tilsvarer dagens krav, kreves det store endringer (P. Benner & Heggen, 2010).

Andersen (2009) har ved hjelp av en kvantitativ studie undersøkt hvordan sykepleierstudenters forberedhet og opplevelse av mestring i praktiske prosedyrer er. Studentene som deltok i studien (n=75, 76,5 % av studentkullet) opplevde teoriundervisningen som viktig og relevant, og de praktiske ferdighetsøvelsene som viktig for å utvikle ferdigheter i prosedyrene. De fremhevet også at medstudenter var viktige i læringsprosessen fordi de både var pasienter under øvelsen og deltok i diskusjoner. En sterk motivasjonsfaktor for læringen var den praktiske prøven studentene måtte avlegge før de skulle ut i praksis, den ble også betegnet som en kvalitetssikring i forhold til pasientene (Andersen, 2009, s. 1). Alsvåg (2006) fant i sin studie av nyutdannede sykepleiere at praktisk undervisning og trening bør tillegges større vekt i utdanningen. De fant også at sykepleierne ønsket at det ble lagt større vekt på de naturvitenskapelige og medisinske fagene, som de betegnet som håndfaste og praktiske. Fagområder som sykepleieteorier, sykepleiehistorie filosofi, etikk og vitenskapsteori ble betegnet som fag de ønsket mindre undervisning i (Alsvåg, 2006).

Hvordan kompetanse i sykepleie kan bygges opp slik at vilkårene i Rammeplanen blir oppfylt har vært og er fortsatt et viktig tema, å se på hvordan læring foregår og hva som fremmer denne blir derfor et viktig spørsmål å stille.

1.5 Hensikt og forskningsmål

Hvordan erfarer sykepleiestudenter at deres kliniske blikk utvikles?

Denne studiens hensikt er å få innsikt i sykepleiestudenters ulike erfaringer med utvikling av klinisk blikk. Denne hensikten avleder tre forskningsspørsmål.

- Hva slags betydning legger studentene i begrepet 'klinisk blikk'?
- Hvordan har studentene erfart at deres kliniske blikk har blitt utviklet?
- Hvordan har studentene erfart at sykepleierutdanningen har bidratt til utviklingen av klinisk blikk?

2.0 METODE

I følge Polit & Beck (2008) er kvalitativ metode velegnet når en søker å få fram opplevelser, erfaringer og oppfatninger av et vel definert tema. Ved bruk av kvalitativ metode kan kunnskap om personers erfaringer og opplevelser komme fram, da metoden søker å forstå menneskers handlinger og adferd, ikke forklare (M. W. Nortvedt, 2007). Siden den aktuelle studiens hensikt var å beskrive sykepleiestudenters ulike erfaringer med å utvikle klinisk blikk, var en kvalitativ metodisk tilnærming hensiktsmessig.

Jacobsen (2005) hevder at spørsmål om hvordan virkeligheten ser ut (ontologi) og hvordan det er mulig å tilegne seg denne kunnskapen (epistemologi) er ”overordnede vitenskapsteoretiske forståelsesrammer ved all forskning” (s.24.).

Lykkeslett (2005) definerer paradigme som å være forestillinger og antakelse, men også forståelsesformer og handlingsvaner innenfor et samfunn eller en kultur, og hun hevder at det eksisterer et praksiskunnskapsparadigme i sykepleie (Lykkeslett, 2005).

I følge Malterud (2003) kan forskeren finne ut hvordan folk erfarer, forstår og fortolker sin egen tilværelse i samsvar med de relasjoner de lever i. Polit og Beck (2008) hevder at ved hjelp av en kvalitativ tilnærming kan en gå i dybden og få fram sammenhenger slik at en kan formidle forståelse. Forskeren har selv en aktiv rolle som både er kreativ og utfordrende. Gjennom arbeidet med intervjuer, transkribering og analyse bruker en seg selv som instrument (Polit & Beck, 2008).

2.1 Design

Det ble valgt et beskrivende og utforskende design for den aktuelle studien.. Siden studentenes erfaringer, oppfatninger, forståelse og persepsjon av utvikling av klinisk blikk kunne forventes å være ulike. Metodisk vil en fenomenografisk tilnærming være hensiktsmessig for å få innsikt i ulike oppfatninger og beskrivelser av studentenes erfaringer.

2.1.1 Fenomenografi

Fenomenografi ble utviklet ved Pedagogisk institutt, Göteborg Universitet på begynnelsen av 1970-tallet. Professor Ference Marton var leder av gruppen, som hadde sin bakgrunn i innlæringspsykologi. Grunnlaget for gruppens forskning var at de var opptatt av hva som læres, i motsetning til det tradisjonelle spørsmålet hvor mye som læres (Starrin & Svensson, 1994, s. 112).. Utgangspunktet for forskningen var en svært enkel observasjon vedrørende læring; at noen lærer bedre enn andre (F. Marton & S. Booth, 1997, s. 54). Denne observasjonen førte til følgende forskningsspørsmål: Hva betyr det at noen mennesker lærer bedre enn andre? Hvorfor lærer noen mennesker bedre enn andre? Ved å stille spørsmål om hvordan ulike mennesker oppfattet for eksempel tekster, for så å beskrive disse forskjellene, kunne en få tak i hvilke fenomener som påvirker hvordan en lærer (Starrin & Svensson, 1994).

Marton sitert i Sjøstrøm og Dahlgren (2002) beskriver fenomenografi som :

the empirical study of the limited number of qualitatively different ways in which various phenomena in, and aspects of, the world around us are experienced, conceptualized, understood, perceived, and apprehended (s.339).

Alexandersson (1996) hevder at fenomenografi som kvalitativ forskning som har sin opprinnelse i det kognitive og som har til oppgave å beskrive menneskenes oppfatninger om fenomener. Ordet 'fenomenografi' er sammensatt av "fenomeno" og "grafi". Fenomenon av gresk substantiv phainomenon betyr "det som viser seg", og grafia oversettes til å "beskrive i ord eller bilder" (s.68).

Marton og Booth (1997) skriver at "fenomenografiens hensikt er å beskrive fenomener i verden slik andre oppfatter de, og avdekke og beskrive variasjoner i den hensikten" (s. 146). Det er sammenheng mellom den som erfarer og det som erfares. Innenfor fenomenografien betraktes individer som bærere av fragmenter av ulik varighet til å erfare disse fenomener, fenomenografiens objekt blir den menneskelige erfaring (s.159).

Marton og Booth (1997) skiller mellom første og andre ordningens perspektiv (s.154); de beskriver første ordningens perspektiv som måten å oppfatte verden på sett utenifra. Fenomenene tas ofte for gitt, de sees ikke til vanlig, de bare er der.

Andre ordningens perspektiv prøver å beskrive de bakenforliggende måter å oppfatte verden, fenomener og situasjoner på (s.154). Det er ulike beskrivelser av disse to ulike perspektivene. Marton og Booth (1994) skriver at ”når andre ordningens perspektiv inntas i forhold til andre menneskers erfaring, finnes første ordningens perspektiv innbakt i denne” (s.157). Alexandersson (1994) beskriver forskjellen mellom første og andre ordens perspektiv gjennom å benytte begrepet ’påstand’. Første ordens perspektiv handler om at ”en påstand er en påstand om den fysiske verden eller om en bestemt situasjon”(s.69). I andre ordens perspektiv er fokus på at ”samme påstand gjenspeiler menneskets måte å erfare et problem og forstå det”, fordi ”andre ordningens perspektiv fokuserer på hvordan menneskene erfarer verden” (s.69).

I følge Alexandersson (1994) vil da forskjellen mellom fenomenologi og fenomenografi kanskje ligge i og utforske et fenomen ut fra egne erfaringer (fenomenologi), eller og utforske hvordan andre mennesker opplever et fenomen, og prøve å beskrive og reflektere over disse opplevelsene (fenomenografi) (s.159).

Fenomenografi har gjennom årene blitt utviklet og flere har beskrevet hvordan den kan tilpasses og anvendes innen sosial- og sykepleieforskning (Barnard, McCosker, & Gerber, 1999; Sjøstrøm & Dahlgren, 2002). I følge Dahlgren og Fallsberg (2001) er semistrukturerte eller ustrukturerte intervjuer ofte brukt i en fenomenografisk tilnærming hvor dialogen mellom forsker og informant er av stor betydning og er derfor valgt i denne studien.

I den aktuelle studien er anbefalinger fra flere av de overnevnte forfattere benyttet i utvikling av intervjuguide og i selve datainnsamlingsprosessen. Sjøstrøm og Dahlgren er benyttet som ramme for analyseprosessen.

2.2 Forforståelse

I følge Malterud (1996) er det ikke et spørsmål om forskeren påvirker forskningen, men snarere hvordan forskningen påvirkes. Med dette menes det at forskerens forforståelse har påvirkning gjennom hele forskningsprosessen. Utfordringen for forskeren blir da å legge forforståelsen tilside slik at forskningen ikke blir en bekreftelse på egne hypoteser, men en beskrivelse av den kunnskap som ligger i det empiriske materialet.

Alexandersson (1994) hevder at forforståelsen til forskeren kan være en styrke og et middel til å etablere en god relasjon til informanten (s.88) og må på ingen måte blokkeres. Samtidig poengterer han at de forskningsprinsipielle krav om saklighet alltid må ivaretas.

Forforståelsen til forskeren i den aktuelle studien var at sykepleiestudenter utvikler klinisk blikk gjennom utdanningen, men at de i liten grad knytter dette sammen med teori, og at de ikke er bevisst utviklingen før i siste semester av utdanningen.

Utviklingen er selvsagt svært varierende fra student til student, og det virker ikke som den henger sammen med alder eller kjønn. Forskeren underviser i teori og veileder studenter i praksis på ulike nivå i utdanningen; henholdsvis i 3. og 6. semester, er utdannet sykepleier og har arbeidet som dette i 13 år sammenhengende og arbeider fortsatt som sykepleie-vikar ved ulike avdelinger.

2.3 Utvalg

I følge Alexandersson (1994) anbefales et heterogent utvalg av informanter, dette fordi det er ønskelig med variasjon i oppfatninger om et fenomen. Dette betyr at faktorer som kjønn, alder og variasjon av erfaring bør være så stor som mulig. Det kan for eksempel antas at studentenes tidligere erfaringer kan påvirke resultatet. Det var derfor ønskelig å gjøre et strategisk utvalg av informanter, spesielt med tanke på aldersfordeling. Starrin og Svensson (1994) skriver at kravet om variasjon i utvalget ved en fenomenografisk studie medfører at informantene kan håndplukkes.

2.3.1 Tilgang til feltet

Informantene til denne studien skulle være sykepleiestudenter. Den naturlige arena eller forskningsfeltet å møte dem var en utdanningsinstitusjon. Forskeren arbeider som lærer ved en av landets største sykepleiehøgskoler og valgte å ta kontakt med de 187 studentene i 6. semester ved denne høgskolen.

Repstad (1998) hevder at det kan være ”prinsipielle betenkeligheter” med å forske på egen arbeidsplass. Man ser ikke skogen for bare trær, ser bare det en vil se og man kan bli dømmende og partisk (s.107-108). Det kan være vanskelig og ikke bli påvirket og det blir derfor viktig å være bevisst eget ståsted. Han hevder også at det å ha kjennskap til ”kritiske og/eller historiske hendelser” (s. 108) kan gi bedre forståelse over tid. Det å ha nærhet til feltet fører til at forskeren har større evne til

innlevelse, og sier at det med visse forbehold er mulig og ”etisk forsvarlig” å forske på egen arbeidsplass (Repstad, 1998). Eksklusjonskriteriene i denne studien var at studenter forskeren selv hadde veiledet ikke kunne delta og egen forforståelse ble nøye identifisert for å ivareta troverdighet.

2.3.2. Informanter

Med hensyn til hva som er hensiktsmessig antall informanter i en kvalitativ studie, kan dette diskuteres. Marton og Booth (1997) hevder at det i fenomenografiske studier er hensiktsmessig med et begrenset antall informanter siden det er variasjonen i en oppfatning som skal undersøkes (s.162). Jacobsen (2005) mener at en bør ha en ”øvre ramme på 20” og beskriver dette som ”mer en nok” da datamengden kan bli så stor at den blir vanskelig å analysere (s.171). I denne studien ble rammen satt til 8-12 informanter. Rekruttering til den aktuelle studien ble imidlertid vanskeligere enn antatt. Etter første kontakt med studentene tok ingen kontakt for å delta i studien. Invitasjon om deltakelse i studien ble sendt på e-mail til halvparten av kullet, da det på det daværende tidspunkt kun var ½ kullet som falt innenfor kriteriet om å ha gjennomført alle kliniske studier. Det meldte seg 1 informant. Purring ble sendt ut og 1 informant meldte seg. Etter 2.purring meldte deg seg nok 1 informant. Resten av kullet som var i sin siste uke av praksis fikk tilsendt invitasjon til studien, 5 studenter meldte seg umiddelbart. Tre av disse ble intervjuet i løpet av de to siste dagene av studiet, de to siste lot seg ikke intervjuer fordi de reiste ut av landet.

I følge Alexandersson (1994) stiller kravet om bredde i variasjon av oppfatninger om et fenomen, her klinisk blikk, er det viktig at utvalget håndplukkes med tanke på variasjon i alder, kjønn og tidligere erfaringer. Hovedmålet er å få fram variasjonen av hvordan et fenomen oppfattes. Han hevder at vi som mennesker gjør oss ulike erfaringer fordi vi har ”like relasjoner til verden” og at vi på bakgrunn av det ”analyserer og skaffer oss ulik kunnskap om fenomener” (Alexandersson, 1994, s. 69).

Utvalget ble til slutt 6 studenter i 6. semester ved bachelorutdanningen i sykepleie. Det er gitt tillatelse til å gjennomføre studien av ledelsen ved Institutt for sykepleie ved HIHM. Prosjektet ble godkjent av NSD april 2011.

Rekruttering av studenter fant sted ved direkte kontakt med hele avgangskullet da de var samlet til teoriundervisning i forbindelse med bacheloroppgaven i sykepleie 31.

Mars 2011 Prosjektet ble presentert muntlig og skriftlig informasjon om studien ble delt ut til alle studentene (Vedlegg nr1). Det ble oppfordret til deltakelse og de som ønsker det tok kontakt med forskeren på mail. Inklusjonskriteriene var at de har gjennomført alle kliniske studier, bestått alle eksamener (unntatt bacheloroppgaven) innenfor normert tid. Eksklusjonskriterier er studenter som forskeren selv har veiledet i praksis eller til mappeeksamener.

	Antall	Alder
Kvinner	4	40,23,23,24
Menn	2	31,26
Totalt	6	

2.4 Datainnsamlingen

2.4.1 Utvikling av intervjuguide

Alexandersson (1994) skriver at gjennom det åpne intervjuet får informantene selv muligheten til å avgrense, behandle og definere innholdet. Informantens egne tolkninger og oppfatning er av fenomenet kommer fram (s 74). Forskeren kan velge å følge opp informantens utsagn for å kontrollere eventuelle misforståelser eller feilformuleringer. Denne dialogen mellom forsker og informant fører i følge Marton og Booth (1997) til refleksjon og til at fenomenografiens hensikt oppnås. Intervjuet bør derfor være åpent eller semistrukturert slik at spørsmålene er av oppfølgende karakter for at informantens oppfatninger kan tre klart frem.

I den aktuelle studien er det derfor valgt et semistrukturert intervju, hvor informantenes utsagn ble fulgt opp med spørsmål om utdyping og hvor de ble spurt om å gi eksempler på hva de mente. En intervjuguide (Vedlegg nr.2) bestående av 3 introduksjonsspørsmål, 3 kjernesporsmål og 3 avslutningsspørsmål ble brukt i alle intervjuene.

Informantene blir i første innledningsspørsmål bedt om å fortelle hva de legger i begrepet klinisk blikk, dette for å få informantens oppfatning av fenomenet. I andre innledningsspørsmål ble de bedt om å gi konkrete eksempler på situasjoner hvor de hadde brukt sitt kliniske blikk. Malterud (1996) anbefaler at informantene blir bedt om å dele erfaringer i ”form av konkrete hendelser”(s.119). Tredje innledningsspørsmål omhandler hvordan de kjenner sykepleiere med et klinisk

blikk, de ble oppfordret til å bruke eksempler. Kjernespørsmålene handler om utviklingen av klinisk blikk gjennom utdanningen og hva som har påvirket denne. Det blir også spurt om hva informanten trenger for å kunne utvikle klinisk blikk. I første avslutningsspørsmål blir informanten spurt om det er noe som er viktigere enn annet for å kunne utvikle klinisk blikk. Etter en oppsummering fra intervjueren blir det spurt om det er samsvar med oppsummering og det informanten har sagt.

Intervjuet avsluttes med et spørsmål til informanten om det er noe mer han ønsker å si noe om.

2.4.2. Intervjuene

Alexandersson (1994) vektlegger at forskeren med fenomenografisk tilnærming må prøve å innta motpartens plass, forsøke å se fenomenet og situasjonen med deres øyne og oppleve personens erfaringer i dennes sted (s.120). På hvert steg i prosessen må forskeren ta et skritt tilbake fra sin egen erfaring av fenomenet og bruke det til å belyse andres måte å prate om, håndtere, erfare og forstå det på.

Kvale og Brinchmann (2009) beskriver kvalifikasjonskriterier for intervjueren som for eksempel, kunnskapsrik, strukturere, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende og kritisk (s.93). Spørsmål må stilles på en klar og konsis måte for å unngå rom for misforståelser og mistolking. Forskeren må være vennlig, la informanten snakke ut og gi rom for pauser, dette for å unngå stress og forvirring hos informanten. Det å gi rom for refleksjon ved hjelp av pauser er av betydning for å få fram underliggende oppfatninger. Marton og Booth (1997) anbefaler å stille spørsmål som innledes med ordene hvordan eller på hvilken måte for på den måten få fram bredde og variasjon i oppfatning av fenomenet (F. Marton & S. Booth, 1997, s. 170).

Forskeren bør oppmuntre informanten til å uttrykke seg klart og grundig, i følge Sjøstrøm og Dahlgren Gjennom spørsmålene som blir stilt gis mulighet for utdyping og refleksjon, samtidig som det er muligheter for å avdekke nyanser og underliggende oppfatninger om det informanten svarer.

Informantene i den aktuelle studien ble før intervjuet startet oppmuntret til å reflektere over spørsmålene og ikke bli engstelig hvis det oppsto pauser.(Sjøstrøm & Dahlgren, 2002). Forskeren prøvde gjennom hele intervjuet å være vennlig og

imøtekommende, og brukte sine kunnskaper og erfaring fra ulike veiledningssammenhenger som bakgrunn for gjennomføringen av intervjuet.

Etter informantenes ønske ble intervjuene gjort på ulike steder. Intervjuene ble tatt opp på Voice Recorder, og hadde en varighet fra 40- 50 minutter. Før intervjuet leste informanten gjennom ”Invitasjonsskrivet” (Vedlegg nr.3), og fikk anledning til å stille spørsmål. Hensikten med studien ble presentert og forskeren presiserte at det var informantens opplevelse av fenomenet som var det viktige.

Intervjuene ble transkribert av forskeren. Malterud (1996) hevder at det er en stor fordel at forskeren selv transkriberer sitt materiale. Det å selv ha vært deltaker i samtalen gjør at en kan huske momenter som kan være av betydning når teksten skrives, og det kan ”styrke pålitelighet og gyldighet av analysematerialet (s.76). Det å få tidlig tilgang på analysematerialet kan også være en fordel. Muligheten for å oppdage svakheter i materialet er stor, og en kan bli fristet til å utelate utsagn fra informanter som tilsynelatende virker uinteressante. Ulempen kan også være at ”forskeren kan sette spor i materialet”, noe som kan påvirke meningen i teksten (Malterud, 1996, s. 77).

2.5 Dataanalyse

Sjöström og Dahlgren (2002) beskriver fenomenografisk analyse som en bevegelse mellom hele teksten og deler av den. Dataene analyseres i syv trinn, hvor det søkes etter kvalitative forskjeller i informantenes utsagn. Trinnene benevnes: familiarization, compilation, condensation, grouping, comparison, naming og contrastive comparison.

1. Familiarization omfatter å få en oversikt og orientere seg ved gjennomlesning av det empiriske materialet. Intervjuene ble transkribert av forskeren etter hvert som de ble avholdt og den transkriberte teksten ble gjennomlest en rekke ganger.
2. Compilation handler om å samle alle svar på samme spørsmål, for å identifisere de mest fremtredende svarene fra hver informant. I den aktuelle studien ble alle svar på samme spørsmål samlet i ett dokument. Det var vanskelig å holde oversikten over det transkriberte materialet på pc-skjermen. Teksten tilhørende de respektive spørsmål ble derfor printet ut, klippet og limt inn på store plakater.

3. Condensation er analysetrinnet hvor de individuelle svarene reduseres for å finne de sentrale elementene som er relevante for studiens hensikt. De individuelle svarene ble redusert og markert med kode (I1,I2, osv) for å holde oversikt over hvilket utsagn som kom fra hvilken informant. Studiens hensikt og forskningsmål var hele tiden styrende, både ved gjennomlesningen og kondenseringen.
4. Grouping beskrives som trinnet hvor enslydende svar blir samlet. Utsagnene ble analysert og sammenlignet for å finne likheter og forskjeller; teksten ble klippet ut og sitater som hadde samme innhold ble plassert i subkategorier og limt på store ark. Subkategoriene ble forsøkt navngitt og fargekodet.
5. Comparison er trinnet der det skal trekkes grenser mellom svarene. Analyseprosessen vekslet mellom punkt 4 og 5 etterhvert som likheter og forskjeller trådte klarere frem til 12 subkategorier. Oppfatningene ble beskrevet med foreløpige navn etter fokus i kondenseringene, og organisert under to overskrifter: Hva? og Hvordan? Dette trinnet utgjorde en tidkrevende prosess, hvor kategoriene byttet navn og informantenes utsagn ble flyttet rundt på for at de skulle ende opp i gjensidig utelukkende og kvalitativt forskjellige kategorier.
6. Naming er analysetrinnet hvor kategoriene blir navngitte. Betegnelsene som ble valgt ble hentet fra informantenes ulike utsagn, meningsinnhold med det for øyet at de skulle være kvalitativt forskjellige og gjensidig utelukkende.
7. Contrastive comparison er det siste analysetrinnet hvor hver enkelt kategori og deres likheter blir beskrevet. På bakgrunn av informantenes oppfatninger kom det fram tre beskrivelseskategorier i den aktuelle studien.

Intervjuene ble deretter gjennomlest på nytt, for å sikre at innholdet i kategoriene stemmer overens med informantenes utsagn.

2.6 Troverdighet og gyldighet

Det finnes flere begreper som viser til troverdighet og gyldighet innenfor forskning, alt etter hvilken litteratur man støtter seg til. Norske lærebøker bruker begrepene 'validitet' og 'reliabilitet' for å diskutere forskningsfunnenes sannhetsverdi. Disse begrepene er utviklet innen kvantitativ forskning, og i følge Halvorsen (2002) passer de ikke så godt for kvalitativ forskning. Det henger sammen med at man ikke på

forhånd har bestemt seg for hva man skal måle i kvalitativ forskning (Halvorsen, 2002; Kvale & Brinkmann, 2009). Dette kommer også fram hos Postholm (2005) som hevder at de tradisjonelle kravene til reliabilitet og validitet er problematiske i kvalitativ forskning, siden møtet mellom forsker og informant alltid er en unik, tidsbestemt situasjon. 'Reliabilitet' refereres til som resultatenes pålitelighet og har som kriterium at resultatene kan reproduseres og gjentas, noe som ikke er i samsvar med logikken i kvalitative intervjuer (Postholm, 2005) I stedet for å bruke begrepet 'reliabilitet', har fenomenologiske forskere erstattet dette med 'pålitelighet' ('dependability') (Postholm, 2005). Kvale & Brinkmann (2009) viser, i likhet med Polit og Beck (2008) til Lincoln og Guba, kvalitative forskere som i 1985 kom fram med 4 begrepskriterier for vurdering av sannhetsverdien i kvalitativ forskning: troverdighet, tilforlatelighet, sikkerhet og bekreftbarhet.

Kvale og Brinkmann (2009) vil beholde de tradisjonelle begrepene 'pålitelighet' og 'gyldighet', og har gjenfortolket disse slik at de passer til kunnskapsproduksjonen i intervjuer. Reliabilitet har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre og validitet i kvalitativ forskning vedrører i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke. Det kommer også fram i Dalland (2010) at validitet står for relevans og gyldighet og reliabilitet betyr pålitelighet.

Alexandersson (1994) anvender begrepene 'troverdighet' og 'gyldighet' (Alexandersson, 1994, s. 100). Disse er valgt i denne studien, fordi de oppfattes som etablerte og anerkjente begreper for å beskrive kvaliteten på fenomenografiske studier.

Sjöström og Dahlgren (2002) beskriver at troverdighet i fenomenografiske studier innebærer at beskrivelseskategoriene må være fremkommet av informantenes oppfatninger av fenomenet og ikke et produkt av forskerens egen tolkning. Forskeren må være bevisst på hvordan egen forforståelse kan påvirke studiens funn (Sjöström & Dahlgren, 2002, s. 341). Troverdigheten ivaretas ved at analyseprosessen beskrives nøye slik og beskrivelseskategoriene bekreftes med sitater (Marton, 1994). Funnene i denne studien tolkes ikke, men beskrives og er underbygget med sitater fra informantene og fremkom fra informantenes egne oppfatninger. Marton i (Sjöström & Dahlgren, 2002) skriver at det å finne beskrivelseskategorier kan sees på som en oppdagelse, og oppdagelser trenger ikke å være reproduserbare. Gjennom trinnene i

analysen viser beskrivelseskategoriene at de skiller seg fra de andre kategoriene (Sjöström & Dahlgren, 2002). Trinnene i analysen er beskrevet, tabell er brukt for å visualisere beskrivelseskategorier og utfallsrom. I følge Polit og Beck (2008) kan det å bruke tabeller for å oppsummere og organisere oppfatninger være nyttig for at leseren kan danne seg et bilde og få oversikt over funnene.

Fremgangsmåten i denne studien er beskrevet så nøyaktig og sannferdig som mulig gjennom de ulike stegene i analyseprosessen, forskerens forforståelse er beskrevet i eget punkt og har vært gjenstand for refleksjon gjennom hele prosessen.

Det er benyttet et strategisk utvalg, dette øker i følge både Polit og Beck (2008) og Jacobsen (2005) studiens troverdighet (Jacobsen, 2005; Polit & Beck, 2008).

Åkerlind (2005) beskriver overførbarhet i fenomenografiske studier som nyttige og forståelige for de funnene er ment for og at de skal være sanne. Konteksten funnene er fremkommet i er beskrevet og leseren kan da være i stand til å vurdere om funnene kan være nyttige i lignende sammenhenger.

Forskerens bakgrunn som sykepleier og sykepleielærer kan påvirke resultatene i både positiv og negativ retning, det at forskeren også er nybegynner er en svakhet ved prosjektet.

Nytteverdien av studien kan være å få økt kunnskap om hvordan sykepleiestudenter har erfart at deres kliniske blikk har utviklet seg gjennom utdanningen, og hva som har bidratt til denne utviklingen slik at en kan finne frem til nye metoder i undervisning og veiledning, eller videreutvikle eksisterende metoder som øker studentenes læring. Det å bruke en fenomenografisk metode som får fram variasjonene av et fenomen kan i følge Sjöström og Dahlgren (2002) være et viktig redskap for å fremme kvalitet i læring og utdanning.

2.7 Forskningsetiske implikasjoner

Gjennomføringen av prosjektet er ikke av en slik karakter at det har medført skade på mennesker eller dyr (M. W. Nortvedt, 2007).

Studien ble planlagt gjennomført på HIHM, navnet på den aktuelle høgskolen er nevnt i studien. Det ble vurdert å anonymisere høgskolen for å unngå gjenkjenning

av informanter, men med en populasjon på 187 studenter skal et antall på 6 være umulig å identifisere. NSD hadde heller ingen innvendinger, og godkjente søknaden (Vedlegg 5). Med i vurderingen var også om høgsolen kunne komme i et dårlig lys på grunn av informantenes oppfatninger, men nytteverdien av studien ble vurdert til å være god, derfor er ikke høgsolen anonymisert.

Forskeren arbeider ved den aktuelle høgsolen og veileder og underviser i 3. og 6. semester. Det ble valgt at studenter som forskeren selv hadde veiledet i praksis og i eksamensgrupper gjennom studiet ikke kunne delta i studien. Dette for å kunne ivareta at informantene ikke skulle være påvirket av tidligere erfaringer i intervjusituasjonen. Ved en forglemmelse ble dette ikke informert om til studentene, så to studenter meldte sin interesse for å delta, de ble avvist.

Informantene ble prøvd rekruttert ved at forskeren informerte halve kullet ved en felles samling, da dette ikke ga resultater ble informasjonsskrivet (Vedlegg) sendt på mail til de samme studentene med to ukers mellomrom. Som lærer i høgsolen har jeg tilgang på alle studentenes mailadresser. Dette kunne av studentene bli oppfattet som et press, men den lave responsen avkrefter dette.

Informantene i studien tok kontakt på mail og bekreftet sin deltagelse, dette ble regnet som skriftlig samtykke til å delta i studien. All skriftlig kommunikasjon med informantene er nå slettet.

Før intervjuet startet fikk de lese informasjonsskrivet på nytt og det ble informert at de kunne trekke seg fra studien når som helst.

Ingen av informantene som deltok i studien hadde vært i kontakt med meg gjennom utdanningen, men jeg opplevde at flere i løpet av intervjuet spurte meg om de svarte riktig. Etter det første intervjuet var jeg mer bevisst min rolle som forsker og brukte min erfaring fra veiledning som utgangspunkt når jeg stilte spørsmål. Jeg presiserte at det var informantens erfaringer, ikke hva de trodde jeg ville ha som svar som var det viktigste for meg. Jeg ba informantene om å gi eksempler på hva de mente for på den måten å sikre at det var deres egne oppfatninger av fenomenene. Jeg ser klart at det kan være en svakhet ved studien at informantenes beskrivelse av de ulike fenomenene kan være slik de tror jeg som lærer ønsker at de skal være.

En annen svakhet ved studien kan være antall informanter, og muligheten for at variasjonen i oppfatninger av fenomenet kunne vært større ved et større antall.

Informantene fikk velge mellom ulike alternativer for opptak av intervjuet, men alternativene var på steder der jeg vanligvis har samtaler/veiledning med studenter, dette for å sikre ytterligere anonymitet. Informantenes anonymitet og integritet er sikret gjennom forskerens bevissthet om hvordan informantene blir behandlet (S Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuene ble tatt opp med Voice Recorder og transkribert umiddelbart eller dagen etter. Intervjuene er slettet, og det transkriberte materialet er anonymisert.

Spørsmålene som ble stilt var av ikke sensitiv karakter.

3.0 RESULTATER

Informantenes erfaringer med utviklingen av klinisk blikk beskrives gjennom 3 beskrivingskategorier som representerer 11 underkategorier, framkommet fra 572 utsagn. Utfallsrommet er hierarkisk og horisontalt ordnet. Dette visualiseres i tabell 1.

Tabell 1. Resultater av analysen

Engasjement og lærelyst	Gjenkjenning og tolking av tegn hos pasienten	Helhet og sammenheng
Å ha indre motivasjon	Å se og kjenne	Å fange opp på et annet plan
Å sette seg mål	Å bruke teorien i praksis	Å se og sette sammen flere sider
Å oppsøke læresituasjoner	Å lese pasienten for å få oversikt	Å se sammenhenger og nye muligheter
Å møte krav og bli stilt spørsmål i skolen	Å huske tilsvarende situasjoner	

3.1 Engasjement og lærelyst.

Informantene beskriver at forhold ved den enkelte student bidrar til utvikling av et klinisk blikk. Under beskrivelseskategorien engasjement og lærelyst utkrystalliseres i fire underkategorier: å ha indre motivasjon, å sette seg mål, å møte krav og bli stilt spørsmål i skolen, og å oppsøke læresituasjoner. Det som kjennetegner oppfatningene i denne beskrivelseskategorien er informantenes vektlegging av det de mener er forutsetningene for kunne utvikle et klinisk blikk.

Å ha indre motivasjon

Informantene hevder at utvikling av klinisk blikk er avhengig av at studenten selv ønsker å lære. Et uttrykk for indre motivasjon beskrives som at ”du må være sikker

på at du vil bli sykepleier, da gjør du alt du kan for at du skal klare det, da kommer engasjementet, du får motivasjonen” (Informant nr.5)

Det refereres til ulike typer sykepleiere de har sett ute i praksis som de ikke ønsker å ha som forbilder. Disse sykepleierne beskrives som at de går på ”autopilot” og har mistet både engasjement for faget og for pasientene. Det å kunne beholde engasjementet for faget beskrives som svært viktig.

...brenner for det du har utdanna deg som da, jo høyere engasjement du har jo bedre klinisk blikk har du (Informant nr.2)

Forutsetningene for å kunne videreutvikle seg som sykepleier er å klare å holde oppe den ”indre gløden” for faget, da får de lyst til å lære mer og de er i stadig utvikling.

Å sette seg mål

Det å ta ansvar for sin egen læringsprosess er noe som påvirker utviklingen av klinisk blikk hos sykepleiestudenten.

Du må bli flinkere med deg sjøl hver dag, ved å sette deg mål du skal nå (Informant nr.4)

En erfaring som beskrives er at de må tvinge seg selv til å lese. Andre sier at de kun leser til eksamener for å kunne bestå, men når de kommer ut i praksis ser de at de må ”lese seg opp”.

Å oppsøke læresituasjoner

Informantene forteller hvordan engasjement for faget gjør at de tvinges til å arbeide med å forbedre egen kompetanse. De beskriver at det er opp til dem selv hvor mye de ønsker å lære, og de beskriver at svært få sykepleiere i praksis forteller de noe uten at de spør og tar initiativ selv.

Du må oppsøke steder der du kan lære ting og du må vise interesse og du må lese deg opp (Informant nr.6)

Du må tørre å være frempå, tørre å spørre de derre dumme spørsmålene (Informant nr.2)

Gjennom diskusjoner med medstudenter og sykepleiere blir informantene ”tvunget” til å reflektere, hevder de. På den måten blir motivert til å tilegne seg mer kunnskap. Flere nevner at kontaktsykepleiernes positive tilbakemeldinger sammen med det å bli stilt krav til gjør at en får økt forståelse for hva en skal observere.

Man blir mer skjerpa på å gjøre observasjoner som er sykepleierrelaterte, du får mengdetreningen, du får tilbakemeldinger og du får gode veiledninger (Informant nr.4)

Å møte krav og bli stilt spørsmål til i skolen

Denne underkategorien forteller om informantenes syn på hvordan skolen har bidratt til at egen forståelse for faget utviklet seg, og hvorvidt de var i stand til å omsette teorien i praksis. Svarene var ulike, og flere var kritiske og mente at de ikke var i stand til å utøve sykepleie på en forsvarlig måte.

Det burde vært stilt mye strengere krav fra skolen, det hadde vært bedre å kjørt hard pinne på obligatorisk undervisning (Informant nr.1)

hvis jeg leser så vet jeg ikke hva jeg skal gjøreøving , jeg savner veldig mye mer øving i skolen (Informant nr.3)

Informantene sa at det var mye opp til en selv hva en ville lære, de nevnte også at det var svært lite engasjerende å møte opp på forelesninger og valgte derfor å lese på egenhånd. Det ble også etterlyst flere eksamener og tester underveis i studiet slik at de fikk en kontroll på at de kunne det som var forventet. Som en av informantene sa:

Jeg synes vi skulle hatt medikamenttest hvert år jeg (Informant nr.3)

3.3 Gjenkjenning og tolking av tegn hos pasienten

Denne beskrivelseskategorien handler mye om det informantene omtaler som å tilegne seg praktisk kunnskap, og hvordan de bruker det teoretiske grunnlaget i møte med pasientene. Kategorien inneholder fire underkategorier: Å se og kjenne, å lese pasienten for å få oversikt, å bruke teorien i praksis, å huske tilsvarende situasjoner.

Å se og kjenne

Informantene beskriver hvordan de tar i bruk sine sanser for å observere pasientene, de nevner at de bruker øynene, hørsel og lukt.

Hvordan han ser ut i forhold til farge, hud, velvære,..fysisk det jeg ser (Informant nr.1)

Ved hjelp av eksempler forteller informantene hvordan de fra første praksisperiode har utviklet sine ferdigheter i møte med ulike pasientkategorier. De forteller at det var en stor overgang å komme fra sykehus til hjemmesykepleie og psykiatripraksis.

man bruker sansene da, øynene lukt alt sånn for å liksom for å prøve å få et bilde av hva som er i rommet (Informant nr.5)

du bruker blikket liksom i forhold til å observere stemningsleie, kroppsspråk, i forhold til gemyttet om, hvordan de sitter, oppfører seg, går rundt, ja... sånne ting da og om de viser blikkontakt (Informant nr.6)

Å bruke teori i praksis

Det å kunne bruke teori for å gjøre observasjoner og samle data hos den enkelte pasient blir beskrevet på ulike måter, noen hevder at de kun lærer gjennom praksis, mens andre mener at teori er en forutsetning for å kunne forstå hva som skjer med pasientene.

Anatomi, fysiologi, patologi, har gitt meg en bred teoretisk plattform for å se den praktiske sammenhengen, man får jo ikke gjort så veldig mye i praksis hvis man ikke har noe teoribakgrunn (Informant nr.1)

Jeg kan sette teorien ut i praksis, det er det som har bidratt til å utvikle blikket da, teori i alt vi gjør i praksis (Informant nr.5)

Informantene sier at fagene anatomi, fysiologi og patologi danner grunnlaget for hva de lærer i praksis, og hvordan de utvikler forståelse for faget, og de beskriver ved hjelp av eksempler hvordan de anvender teori i konkrete pasientsituasjoner.

Man får jo ikke gjort så veldig mye i praksis hvis man ikke har noe teoribakgrunn (Informant nr.1)

For eksempel du kommer inn på et rom hvor du vet at han har en KOLS og pasienten er helt blå rundt leppene, puster overfladisk, du vet hva skal du da skal gjøre i forhold til at den pasienten skal puste bedre for å si det enkelt (Informant nr.5)

Ingen av informantene nevner andre fag i utdanningen som grunnlag for utvikling av klinisk blikk, undervisningen i sykepleie nevnes, men da med negativt fortegn. Det etterlyses en sammenheng mellom teori og praksis i forhold til å bruke eksempler fra konkrete pasientsituasjoner i undervisningen og det blir etterlyst flere oppgaver i praksis.

Personlig skulle jeg ønske at sykepleierundervisningen kunne vært lagt opp litt annerledes kanskje.. sånn i forhold til å få mer ut av den, kunne vært hengt i hop med litt jobbing med oppgaver i praksis (Informant nr. 4)

Å lese pasienten for å få oversikt

I denne underkategorien forteller studentene om hvordan de gjennom utdanningen har lært å skaffe seg det de benevner som ”å holde oversikt”. Jeg ”klarer å se mye

klarere på ting, nye utveier og nye muligheter, prøver å få oversikt over hva som er mer der da, lese mye mer ut av ting”, hevder en av studentene.

det med evne til og på en måte kommunisere med pasienten og fange opp hvordan pasienten har det hvis du drar kommunikasjon inn (Informant nr.1)

Det fremheves at det å ha gode kommunikasjonsferdigheter er en forutsetning for hvordan en klarer å identifisere pasientens problemer, og det fremheves som svært viktig å tilegne seg disse ferdighetene gjennom både teori og praksis. Det ble etterlyst mer undervisning og praktiske øvelser i temaet.

Å huske tilsvarende situasjoner

Informantene beskriver hvordan de har utviklet seg ved å gjenkjenne elementer i tidligere situasjoner og overføre de til nye situasjoner.

Du kjenner igjen situasjoner du har vært i og hvordan du da reagerte hvordan du gjorde ting for at denne pasienten skulle oppleve velvære (Informant nr. 4)

De forteller at de gjennom de praktiske studiene har hatt en ’bratt’ læringskurve og hvordan de i ettertid husker episoder fra tidligere praksiser som etter hvert har fått en helt annen betydning.

Jeg må bruke det jeg har av erfaring for å hjelpe (Informant2)

Informantene vektlegger tidligere erfaringer som en forutsetning for å kunne utvikle et klinisk blikk, og nevner at de i praksis i psykiatri og kommunehelsetjenesten har sett betydningen av dette. De beskriver hvordan de har brukt erfaringer fra første sykehuspraksis i møte med pasienter i psykiatri og hjemmesykepleie.

3.4 Helhet og sammenheng

Bekskrivelseskategorien handler om hvordan informantene gjennom utdanningen har opplevd at det kliniske blikket har utviklet seg gjennom de ulike praksisperiodene. Kategorien inneholder tre underkategorier: Å se sammenhenger og nye muligheter, å fange opp på et annet plan, å se og sette sammen flere sider.

Å se sammenhenger og nye muligheter

Informantene hevder at de ikke har klart å se pasienten som en helhet før i siste semester av studiet.

I starten begynte jeg i en liten boble, men den har lysna mer og mer ettersom jeg har fått mer og mer praksiserfaring, nå kommer liksom remsa med en gang ... smerter, velvære (Informant nr 3)

Hvordan pasienten er i forhold til det som er vanlig, klarer å se litt sammenheng, se flere sider av samme sak i forhold til en pasient prøver å få forståelse over situasjonen, å få et bilde av hva som er i rommet (Informant nr 4).

Helhet blir av informantene knyttet sammen med erfaring, teori og personlige egenskaper. De beskriver hvordan de gjennom det og hele tiden være motivert og engasjert utvikler evne til å se flere sider hos pasienten. Det å kunne ta vare på pårørende og se på de som en del av pasienten nevnes som en måte å kunne se nye muligheter på.

Å fange opp på et annet plan

Informantene beskriver hvordan det kliniske blikket hjelper dem til å tolke signaler hos pasienten som de ikke kan se med det blotte øye, eller ”å fange opp ting på et helt annet plan enn å observere” (Informant 1). Andre uttrykker noe om prosessen med å bruke det kliniske blikket, som et ledd i sin egen personlige utvikling.

Se hvordan han har det, bare ved å kaste et blick på pasientens hud og øyer (Informant nr.1)

Det refereres til det de betegner som dyktige sykepleiere i praksis om hvordan de i løpet av sekunder har ”dannet seg et bilde av pasienten” og setter i verk tiltak umiddelbart. ”Da tenker jeg hva jeg selv observerer hos pasienten jeg går inn til, prøver å få forståelse over situasjonen som pasienten er oppe i”.

Å se og sette sammen flere sider

I denne underkategorien forteller informantene om hvordan de kan anvende både teoretisk og praktisk kunnskap til å utvikle sykepleien til pasientene.

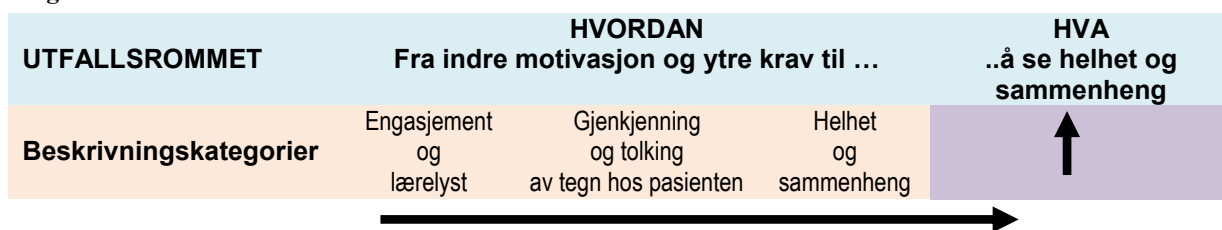
Prøver å få forståelse over situasjonen, bruke sin erfaring og kunnskap til å hjelpe (Informant nr.1)

Etter hvert som jeg fikk den brede teoretiske bakgrunnen, så så jeg jo sammenhenger og forsto sammenhenger (Informant nr.5).

3.4 Utfallsrommet

Utfallsrommet blir i denne studien definert som totaliteten av alle de kvalitative forskjellene studentene har erfart at deres kliniske blikk har utviklet seg gjennom utdanningen (Alexandersson, 1994). De ulike beskrivelseskategoriene og underkategorier som er strukturert i Tabell 1 gir svarene på studiens hva- og hvordan - spørsmål, og gir en beskrivelse informantenes utsagn om indre og ytre faktorer som har påvirket utviklingen av klinisk blikk gjennom utdanningen. ”Hva” står for faktorer som fremmer og ligger til grunn for utviklingen av klinisk blikk og hva informantene legger i begrepet. ”Hvordan” står for på hvilken måte den enkelte informant opplever at utviklingen skjer. Utfallsrommet kan visualiseres som i figur 1.

Figur 1 Utfallsrommet



Informantenes oppfatninger kan plasseres innenfor de tre beskrivelseskategoriene, men det er variasjon i oppfatningene. Beskrivelseskategoriene er gjensidig utelukkende fordi to av kategoriene beskriver ulike nivåer i en utvikling og den tredje beskriver motivasjonsfaktorer. Resultatet viser hvordan indre individuelle egenskaper sammen med ytre krav fører til en utvikling av de egenskapene noen av informantene definerer som klinisk blikk og som beskrives i kategorien ’Helhet og sammenheng’, hvor det er kvalitativt ulike variasjoner. Noen av informantenes oppfatninger er mer omfattende enn andres og det virker som noen utsagn viser at informanten har utviklet en større forståelse for fenomenet klinisk blikk, underkategoriene er derfor rangordnet både horisontalt og vertikalt. Kategoriene i utfallsrommet vist i tabellen under blir derfor svar på hvordan studentene har erfart at deres kliniske blikk har utviklet seg gjennom utdanningen og hvordan de har erfart at utdanningen har bidratt til denne utviklingen for til slutt å ende opp med en beskrivelse av hva de legger i begrepet klinisk blikk ”å se sammenhenger og nye muligheter”, de går fra indre motivasjon og ytre krav til å erfare og se helhet og sammenheng.

4.0 DISKUSJON

Beskrivelseskategoriene som kom fram i denne studien handler om sykepleiestudenters ulike erfaringer med utvikling av klinisk blikk, og hvilke faktorer i sykepleierutdanningen som har påvirket denne utviklingen. Funnene er presentert i forrige kapittel og vil i dette kapitlet bli diskutert i forhold til tidligere forskning og studiens eget teoretiske fundament. Studentene beskriver på ulik måte hvordan de innenfor de ulike kategoriene tilegner seg klinisk blikk og hva som har motivert dem for læring.

4.1 Å ha utgangspunkt i engasjement og lærelyst

Studentene beskriver at eget engasjement og lyst til å lære er en forutsetning for å kunne utvikle et klinisk blikk. Benner (1995) hevder også at det kreves engasjement for å kunne utvikle egen kompetanse, og at sykepleieren må aktivt involvere seg i de pasientsituasjonene hun møter for å fremme egen faglig utvikling. Engasjement medfører at studentene oppsøker læresituasjoner, går inn i nye situasjoner og setter seg stadig nye mål for å komme videre. Studentene forteller også at de må ha ”indre motivasjon”, og de hevder at det er ”en drivkraft” i forhold til læring og en forutsetning for å kunne utvikle et klinisk blikk. Pedagogisk litteratur skiller mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon handler i følge Dalland (2010) om at det er selve læringsaktiviteten som er drivkraften, i dette tilfellet det å være i praksis og tilegne seg teori, mens den ytre motivasjonen kommer som en følge av tilbakemeldinger fra andre personer (Dalland, 2010, s. 91)

Martinsen (1989, s. 67) beskriver at omsorg har med ”hvordan vi forholder oss til hverandre” og hvordan vi viser ”omtanke for hverandre” i vår praktiske hverdag. Hun peker på at omsorg er det mest grunnleggende ved menneskets ”ekistens” og definerer omsorg som ”en sosial relasjon” (Martinsen, 1989, s. 67). Abrahamsen, (I Kap.1Alvsvåg & Førland, 2007) hevder at en av motivasjonsfaktorene til å søke seg til en profesjonsutdanning og da spesielt til sykepleie og medisin kan være ”jobsikkerhet og gode arbeidsvilkår” (s.29), men kun en av informantene i den aktuelle studien nevnte dette og da i en bisetning ”det er jo en trygg jobb da”.

Ulike paradigmer har ulike syn på læring, og definerer 'motivasjon' på forskjellige måter, Maslow (1968) viser gjennom sitt behovshierarki at et av de øverste behovene er behovet for å lykkes sosialt og å få anerkjennelse for sine handlinger. Fra et sosiokulturelt perspektiv beskrives motivasjon som et "samspill mellom personlighetsegenskaper og miljøfaktorer"(Imsen, 2011). Vygotskys tanker om læring slik de presenteres i Bråthen et al. (1996) er at det er den sosiale samhandlingen som danner utgangspunktet for læring, ikke de ytre rammene. Funnene i denne studien viser at tilbakemeldinger fra de daglige veilederne stimulerer til ytterligere innsats, noe som igjen virker motiverende. Studentene gleder seg over å få ros både fra pasienter og medarbeidere, og de tør å stille spørsmål om sykepleien de utfører eller ser andre utføre. Imsen (2011) hevder at det er interessen for faget eller glede over den aktiviteten som utføres som gir inspirasjon til å utvikle seg videre. Underkategorien 'å oppsøke læresituasjoner' beskriver studentenes erfaringer med hvordan eget engasjement bidrar til at de oppsøker læresituasjoner, diskuterer med medstudenter og daglige veiledere for å øke egen kompetanse. Medstudenter betyr mye fordi de opplever en jevnbyrdighet og de blir ikke så redde for å stille "dumme spørsmål". Dalland (2010) beskriver at det "å lære i fellesskap med andre i samme situasjon gir bedre læring"(s.89).

Det å føle seg akseptert og integrert stimulerer til ytterligere læring, men det sier ikke noe om kvaliteten på det studentene har lært. Studentene forteller hvordan de utvikler klinisk blikk gjennom å få egne erfaringer i møte med pasienter og daglige veiledere, og hvordan de får en økt forståelse for hva de skal observere. Skår (2010) fremhever at det ikke bare handler om å delta i praksissituasjoner, men å "delta aktivt" (s.81), noe som igjen krever engasjement og lærelyst. Studentene påpeker at det er kun de selv som har ansvaret for at de skal lære, og at de må aktivt oppsøke læresituasjoner og veiledning. Det kan virke som studentene mener de er avhengige både av personlige forutsetninger og tilgang på læresituasjoner for å oppnå et godt klinisk blikk.

Imsen (1997) mener at det ikke går an å skille mellom "hva som er læresituasjoner og hva som ikke er det" (s.174) og hun hevder at både tanker, følelser og opplevelser vi har gir erfaring og "erfaring er læring. Studentene beskriver at praksisveiledningen må inneholde både det å bli stilt kritiske spørsmål og å bli oppmuntret til refleksjon

over eget arbeid. Heggen et.al. (2004) viser til at for å kunne integrere den teoretiske og praktiske kunnskapen kreves det gode rollemodeller som selv reflekterer over egen praksis, Dette sammenfaller med Erault (2007) som hevder at en av de viktigste faktorene for læring på arbeidsplassen er å lære av andre. Benner et al.(2009) viser til at erfarne sykepleiere ønsker å diskutere med kolleger på samme nivå eller høyere for å øke sin egen kompetanse. Dette er noe som studentene i denne studien også peker på som viktig i egen utvikling av klinisk kompetanse og klinisk blikk.

Studentene nevner at gruppeveiledningen med lærer og medstudenter når de er i praksis har bidratt til å utvikle evnen til å reflektere over egen praksis. Spesielt vektlagt blir det å høre medstudenters erfaringer og forslag til problemløsning, men lærer og hovedveileders rolle i denne veiledningen nevnes ikke.

Studentene forteller på ulike måter om hvordan skolen har bidratt til at de har fått forståelse for sykepleiefaget, og om de har vært i stand til å omsette teorien de har lært i praksis. Det blir etterlyst strengere krav fra skolen, obligatorisk frammøte til all undervisning og flere skoleeksamener. Studentenes svar omfatter store variasjoner i oppfatninger, og det fremheves at det er ikke sikkert at alle ønsker det ”slik som jeg vil ha det”. Thompson & Stapely (2011) har gransket 24 studier som handler om hvordan ulike pedagogiske tiltak er iverksatt for å bedre sykepleiestudenter og nylig utdannede sykepleieres kliniske dømmekraft og evne til å ta beslutninger er beskrevet. De konkluderer med at de pedagogiske tiltakene som er iverksatt og evaluert i liten grad reduserer usikkerheten i forhold til hva som ”virker” (s.881) og de oppfordrer sykepleielærere å være svært oppmerksomme både i forhold til pedagogisk teori og til hvilke intervensjoner som blir iverksatt (Thompson & Stapley, 2011). Slik jeg forstår de ulike svarene fra studentene i denne studien bekrefter dette Thompson og Stapely sine påstander om at det er usikkerhet i forhold til hvordan den enkelte student lærer, og til hvilke metoder som bør anvendes.

I en norsk studie av Thorkildsen og Råholm (2010) fremheves det av informantene at det er viktig å føle seg trygg både i forhold til den oppgaven de skal utføre og i forhold til den sykepleieren som veileder i den konkrete situasjonen (s.184). Studentene forteller også at det er viktig for dem å føle seg velkommen på avdelingene, og at trygghet bidrar til at de tør å stille ”dumme spørsmål”.

4.2 Å gjenkjenne og tolke tegn hos pasienten

Rammeplanen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004) krever at studenten gjennom utdanningen skal utvikle en klinisk kompetanse som baserer seg på teoretisk kunnskap og egne erfaringer. Denne kompetansen skal munne ut i en helhetsforståelse for den enkelte pasient. Det kreves også at yrkesutøveren skal kunne fungere selvstendig innen en rekke områder, bl.a. pleie, omsorg og behandling. Kompetansen knyttes opp mot begrepene 'handlingskompetanse' og 'handlingsberedskap'. Det kreves også at observasjon oppøves i møte med pasientene og det forutsettes at observasjon av pasienten danner grunnlaget for sykepleiernes handlinger. Evnen til å observere bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing (s.6). Dette skal i følge Rammeplanen (2004) læres i møte med pasienter som befinner seg i ulike faser av livet (s.6).

Resultatene i studien viser hvordan studentene i møte med pasientene bruker sine sanser, de beskriver ved hjelp av mange ulike eksempler hvordan de bruker øyne, hørsel, hender og nese for å kunne danne seg et bilde av hvordan pasienten har det og på bakgrunn av det iverksette tiltak. Studentene beskriver også at de har hatt en utvikling gjennom de ulike praksisperiodene fra og nesten være "blinde" til både å kunne se og tolke de sanseintrykkene de får i møte med pasientene. Variasjonen i denne kategorien var ikke så stor, men en av informantene ga uttrykk for at vedkommende ikke på langt nær klarte å få med seg alt av betydning. Det å snart skulle være "ferdig" var bekymringsfullt, og av den grunn ønsket vedkommende å arbeide et sted hvor det "var nok å kunne litt om alt".

Nightingale (1984) sier at den viktigste kunnskapen en kan gi til en sykepleier er å lære henne hvordan og hva hun skal observere hos pasienten, og at en av de viktigste egenskapene til en sykepleier er å kunne tolke enhver endring i ansiktet til en pasient "uten at pasienten må forklare hva han føler" (Nightingale & Elstad, 1984, s. 105). Det ble beskrevet at det var et personlig mål å kunne komme så langt at en kun ved å kaste et blikk på pasienten kunne se hvilke behov han hadde og hva som feilte han.

Studentene beskriver at de i møte med konkrete situasjoner i praksis får en helt annen forståelse for teorien de lærer i skolen. Martinsen (2003) forklarer teori og praksis som gjensidige fenomener i sykepleie, og at sykepleie er "teoretisk- praktisk

praksis”(s.43). Det vil si at teori må anvendes som grunnlag for refleksjon i praksis og praksis som grunnlag for refleksjoner rundt teori. Nortvedt (2008) hevder at det å kunne observere er avhengig av både ”kognitive og ”emosjonelle aspekter”(s.67) Studentene forteller at det er teori i alt de gjør i praksis og at det blir vanskelig å bli god i praksis hvi de ikke har noe teoretisk grunnlag.

Polany (1967) hevder at vi vet mer enn det vi kan sette ord på, og skiller mellom teoretisk ”wissen” og praktisk ”können” kunnskap. Dette underbygger studentenes utsagn om at de danner seg fysiske bilder av pasienter og ulike situasjoner. De forklarer at de stadig får nye ”knagger” å henge teorien på. Benner (1995) henviser til flere studier som konkluderer med at sykepleie tilegnes gjennom erfaringer i praksis, og at sykepleieteori kan komme i konflikt med den praktiske utøvelsen av sykepleie. I denne studien beskriver samtlige av informantene teori som de naturvitenskapelige fagene, kun en nevner sykepleiefaget. Studentene forteller at de ikke går rundt og tenker på hva Henderson og Orem ville gjort eller tenkt, og beskriver denne teorien som lite anvendbar i praksis. De hevder at det viktigste når en skal bli sykepleier er å vite hva sykepleie er og hvordan tingene gjøres i de ulike avdelingene.

Flere av studentene i denne studien gir uttrykk for misnøye med deler av den teoretiske undervisningen i skolen. Dette samsvarer med funn hos Indrehus og Espeland (2003) hvor de fant at studentene var generelt misfornøyde med det teoretiske undervisningsopplegget. Dette var en norsk studie basert på CEQ. Studentene fremhever at det er de naturvitenskapelige fagene som anatomi, fysiologi og patofysiologi som danner grunnlaget for å kunne se sammenhenger i praksis. Alvsvåg og Førland (2006) fant at studentene ønsket mindre undervisning i sykepleieteori, historie, vitenskapsteori og etikk og at de definerte disse fagene som abstrakte tema og praksisfjern teori og benevner det som ”luftfag” (s.35). De tror synspunktene som kom fram i undersøkelsen er uttrykk for den ”konteksten” de står i. (s.35). Studentene i denne studien var i siste uken eller hadde avsluttet sin praksis i medisinsk og kirurgisk avdeling. De var i nær relasjon til sykehuset de hadde praksisstudier i, og mange av eksemplene de beskriver er knyttet til pasienter som var alvorlig syke og innlagt i somatisk sykehus.

Undervisningen i sykepleie omtales som ”dårlig”, og det etterlyses sammenheng med praksis ved bruk av eksempler og case. Utsagnene til studentene kan bety at de savner lærere som har kunnskaper fra praksis og som kan veilede og undervise i forhold til egen praksiserfaring. Thorkildsen og Råholm (2010) hevder at resultatene i studien de utførte viser at teorien undervist i skolen må kvalitetssikres av sykepleiere som arbeider i praksis. De anbefaler også at sykepleielærere arbeider i praksis ved jevne mellomrom både for å bygge opp og fornye egen klinisk kompetanse og for å utvikle praksisorientert forskning (s.187).

Alsvåg (2006) fant i sin studie av nyutdannede sykepleiere at de ønsket en utdanning som vektla praktiske ferdigheter og konkrete kunnskaper (Alsvåg, 2006) noe som samsvarer med andre studier som omhandler nyutdannede sykepleieres erfaringer (Bjørk, 1999) (Alsvåg, 2006; Wangensteen, Johanson, & Nordstrøm, 2008) peker på at de nyutdannede sykepleierne mangler handlingskompetanse i møte med pasientene og at de får realitetssjokk når de begynner å arbeide som sykepleiere.

Benner (2010) hevder at sykepleierutdanningen har behov for radikale endringer både når det gjelder studieplaner og undervisnings metoder. Viktigheten av å ha en klar visjon om hva sykepleie av høy kvalitet er blir spesielt avgjørende. Det at studentene i den aktuelle studien ikke nevner sykepleiefaget når de forteller hva slags teori de trenger for å utvikle klinisk blikk kan bety at ikke helt har en forståelse for hva sykepleie er.

Når studentene forteller om hvordan de leser pasienten for å få oversikt, beskriver de hvordan de gjennom studiet har utviklet sine egne observasjons og kommunikasjonsferdigheter for å kunne se det de betegner som å få mer ut av det de observerer. De beskriver også at de fra å kun se med det blotte øyet etter hvert klarer å ta i bruk alle sanser og koble dette sammen med det de har lest og tilegnet seg av kunnskap. Dette benevnes det ”å prøve å få et bilde av hva som er i rommet”, og de henviser til konkrete ting som lukt, hoste, pust og hudfarge.

Benner et.al. (2009) hevder at sykepleiere utvikler seg gjennom å møte ulike situasjoner i praksis og gjennom disse tilegner seg nye erfaringer. Alsvåg (2002) beskriver dette som ”tilstedeværelse”, og sammenligner det med ”øyne som ser, hender som kjenner og føler, en nese som lukter, ører som lytter til pasientens eget

syn og pårørendes erfaringer”. Nortvedt (2008) hevder at sykepleiere må ha både gode observasjonsferdigheter, teoretisk kompetanse og evne til innlevelse. Han legger også velt på at det kreves erfaring og en bevisshet om egne holdninger.

Et overraskende funn i studien er at studentene skiller mellom det å møte pasienter i kommunehelsetjenesten og i psykiatrisk avdeling, og det å møte pasientene i somatisk sykehus. De beskriver at de utenfor somatikken har et helt annet klinisk blikk, og at de må bruke seg selv på en mye mer personlig måte i psykiatripraksis. Ferdigheter i forhold til kommunikasjon blir derfor viktigere der. Studentene beskriver episoder fra praksis hvor medstudenter blir brukt som eksempel på hvordan man ikke skal opptre overfor pasienter. De trekker også fram at det er viktig å inngi trygghet og tillit for å kunne observere og tolke tegn hos pasientene for å få fram nyanser i for eksempel måten det blir snakket på eller hvordan pasientens kroppsspråk er. Dette kan tyde på at studentene har oppfattet at det innenfor psykiatrien blir brukt andre måter å tenke på enn i somatikken, og at synet på sykdom er annerledes. Dette kan knyttes opp mot begreper som har vært fremtredene når det gjelder både syn på sykepleie og hvordan en beskriver og forstår mennesket. Nortvedt (2008) hevder at det ”naturvitenskapelige vitenskapsidealet” forutsetter at sykepleieren kan betrakte pasienten uten å involvere seg selv, og at observasjonene gjøres uten at egne verdier legges til grunn (s.95). Innenfor humanvitenskapene anses imidlertid det å kunne være ”nøytral og objektiv ” som svært problematisk (Nortvedt, 2008).

Hummelvoll og Granerud (2010) ser på psykiatrisk sykepleie som ”en motreaksjon mot ensidig vektlegging av biomedisinsk forskning og praksis og mener at en ikke kan sammenligne psykiske og somatiske lidelser (s.41). Studentene forklarer videre at de i hjemmesykepleien må bruke en kombinasjon av ’somatisk’ og ’psykiatrisk’ blikk. De må både samle data i forhold til grunnleggende behov og samtidig bruke kommunikasjon for å få frem hvordan pasienten ”egentlig” har det. Det at studentene oppfatter at det kliniske blikket forandrer seg kan ha sammenheng med det Liaschenko (1994) hevder når hun sier at sykepleierne er preget av å være legenes observatører med tanke på å ha fokus på symptomer og sykdom. Sykepleierne kan dermed sies å ha et medisinsk klinisk blikk. Når pasienten kommer hjem til sitt private domene, blir det en utfordring for sykepleierne å se mer enn det medisinske,

og Liaschenko (1994) mener at blikket må transformeres til et sykepleieblikk som hun definerer som en motgift til det medisinske blikket (s.16).

4.3 Oppfatninger av å se en helhet og sammenheng

Kirkevold (1996) beskriver utviklingen av personlig kompetanse i sykepleien som en prosess der etisk, teoretisk og praktisk kunnskap gradvis integreres sammen med erfaring, refleksjon og intuisjon. Resultatene i denne studien bekrefter denne beskrivelsen. Studentene beskriver en gradvis utvikling av egen klinisk kompetanse. De forteller at de i 6. semester reflekterer over episoder i tidligere praksisperioder som de den gangen ikke forsto, men som de nå har et helt annet bilde av. De forteller at de ”pluttselig” oppdager en helhet som de ikke har sett før.

Studentene blir presentert for begrepet ’helhetlig sykepleie’ i første semester av utdanningen. Da knyttes det opp mot et humanistisk menneskesyn, hvor mennesket beskrives som en integrert helhet som består av fysiske, sosiale, psykiske og åndelige aspekter (Kristoffersen, et al., 2005, s. 265). I psykologi og i sykepleie blir det undervist om Maslow`s behovspyramide (1968) hvor de nederste grunnleggende behovene i pyramiden er knyttet til menneskets fysiologiske dimensjon og de høyere behovene er knyttet til den psykiske, sosiale og åndelige dimensjon. Den teoretiske og praktiske undervisningen for informantene i denne studien var organisert etter Orem`s grunnleggende behov, definert som :”opprettholde tilstrekkelig inntak av luft, opprettholde tilstrekkelig inntak av væske, opprettholde tilstrekkelig inntak av mat, ivareta tiltak knyttet til eliminasjonsprosesser og eliminasjon av kroppens avfallsstoffer, opprettholde balansen mellom aktivitet og hvile, opprettholde balanse mellom å være alene og ha sosial kontakt, motvirke fare som truer liv, normal funksjon og opplevelse av velvære, fremme normalitet” (2008, s. 17). Orem`s teorier om egenomsorg, egenomsorgsvikt og hjelpesystemer (Cavanagh, 2010) ble anvendt gjennom alle faser av utdanningen.

Studentene beskriver at de etter hvert klarer å gjenkjenne elementer i tidligere situasjoner og overføre disse til nye situasjoner. Dette sammenfaller med det første trinnet i Benners (1984) tolkning av Dreyfusbrødrenes modell for utvikling fra novise til ekspert, hvor novisestadiet preges av å stole på abstrakte prinsipper og

regelbasert tenkning, mens ekspertene klarer å bruke tidligere erfaringer i møte med pasientene.

Studentene forteller at de etter hvert får større forståelse og ser flere sammenhenger, og på bakgrunn av dette klarer å handle. De har opparbeidet seg evne til å tolke og gjenkjenne situasjoner. De beskriver at de klarer å se helheten, og ikke bare de ”fysiske bestanddelene” men en sammenheng som de beskriver som ”det som er mer der”.

Det er stor variasjon i studentenes beskrivelser. Variasjonen ligger i at noen ser kun det konkrete, mens andre ser nye perspektiver og muligheter. Det kan virke som om de befinner seg på ulike nivåer.

Alteren (2010) beskriver i sine studier sykepleiestudentenes læringsprosesser i grunnutdanningen, og problematiserer integrasjonen av teori og praksis, funnene i studien bekrefter det studentene i denne studien beskriver.

Hvordan denne læringen har funnet sted kan sees på med ulike øyne, et konstruktivistisk perspektiv Vygotskij et al. (1978) forklarer at personlig engasjement i målrettede aktiviteter og samhandling innebærer at kognitive ressurser utnyttes noe som igjen fører til kognitiv forandring. Læringsprosesser stimuleres også gjennom ulike sosiale kontekster (Eraut, 2007) som for studentene i denne studien handler om samhandling med andre studenter og sykepleiere på de ulike praksisstedene.

Praksisveiledningen til studentene i denne studien har vært basert på en hovedveileder-modell, hvor hovedveileder er en fast ansatt sykepleier i avdelingen som er fristilt helt, eller i deler av sin stilling for å veilede sykepleiestudenter i deres praksisperiode. Hovedveileder har ansvar for studentenes veiledning på praksisstedet og for å legge plan for hvem som skal være studentens daglige veiledere.

Hovedveileder og deltar i all gruppeveiledning og evaluering. Daglig veiledere er fast ansatte sykepleiere i avdelingen, og deres ansvar er å gi studenter veiledning og evaluering i situasjoner hvor de går sammen med studenten, de skal også utfordre studentene til å reflektere og begrunne sine sykepleiehandlinger. Denne modellen for veiledning er evaluert (2009) og det konkluderes med at skolen har fått et tettere

samarbeid med praksisfeltet og at hovedveileder har blitt et bindeledd mellom skole og praksisfelt (Steinseth & Børdahl, 2009, s. 49).

Et uventet funn i denne studien er at ingen av studentene nevner hovedveileder som et bidrag til å utvikle egen kompetanse, de forteller om veiledning fra daglige veiledere og hvordan de ved å samhandle med disse blir utfordret til å gå inn i ulike situasjoner, men omtaler ikke hovedveileder. Det fremtredende i studentenes fortellinger er hvordan de beskriver at de selv gjennom utdanningen har tatt initiativ til å tilegne seg de kunnskaper og ferdigheter de mener de trenger for å kunne bli sykepleiere. Det kan virke som om studentene opplever utdanningen som et selvstudium hvor ingen andre enn de selv er ansvarlige for resultatet.

4.5 Sammenfattende diskusjon rundt utfallsrommet

Utfallsrommet er tidligere i denne studien definert som ”totaliteten av alle de kvalitative forskjellene studentene har erfart at deres kliniske blikk har utviklet seg gjennom utdanningen”(Alexandersson, 1994). Sjøstrøm og Dahlgren (2002) bruker ikke begrepet ’ utfallsrom’ men benevner beskrivelseskategoriene som utfallet av studien, ”the outcome of the research”(s.342), og presiserer at beskrivelseskategoriene ikke utgjør fenomener i verden, men menneskers ulike oppfatninger om hvordan de erfarer forskjellige fenomener (s. 342). Alexandersson (1994) beskriver at produktet av det som erfares blir det ”erfarte” og at det gjennom den fenomenografiske analysen må legges vekt på å analysere både hvordan ulike mennesker erfarer et fenomen, og hvordan disse erfaringene kan relateres til hverandre (s.70). Utfallsrommet utgjør hovedresultatet i denne studien og viser at det er variasjoner i nivå. Studentenes erfaringer med utvikling av klinisk blikk fokuserer på at klinisk blikk er å se helhet og sammenheng, dette er noe mer enn ”fysisk synlige bestanddeler” som resultat av egen motivasjon og erfaringer fra praksis. Ved å studere den underliggende strukturen i kategorisystemet ble det påvist oppfatninger som var mer omfattende enn andre. Alexandersson (1994) skriver at oppfatninger som er ”mer utviklet eller mer omfattende enn andre” kan rangordnes og bedømmes etter ett ”indre kriterium”(s.97). Oppfatningene til informantene i denne studien la ”engasjement og lærelyst” som en forutsetning for å kunne utvikle klinisk blikk. Det å kunne se ”helhet og sammenheng” bygger på å ”gjenkjenne og tolke tegn hos pasienten”.

4.6 Metodekritikk

Det er en rekke forhold som må vurderes og evalueres når nå denne studiene er i sin avslutningsfase. I Odeltings proposisjon 58 3.2. (Kunnskapsdepartementet, 2005)

Om lov om behandling av etikk og redelighet i forskning, beskrives forskningsetikkens formål som:

å bevisstgjøre forskere selv og samfunnet generelt om de etiske problemstillinger som oppstår som følge av moderne forskning, det være seg knyttet til forskningens resultater eller forskningen som prosess. Om forskningen foregår i offentlig eller privat regi er i denne sammenheng underordnet (s.9).

Forskningsetiske forhold er de ”overbyggende retningslinjene” for forskningsarbeid, det er derfor troverdighet, gyldighet og nøyaktighet blir så viktig. Dette avsnittet beskriver hvordan de ulike forskningsetiske retningslinjer og krav til vitenskapelighet er ivaretatt i denne studien, gjennom alle trinnene i forskningsprosessen.

Informantene, eller utvalget, skal kunne stole på at forskeren er ansvarlig for å ivareta deltakerens integritet (Indrebø, 2010). Kvalitative forskningsmetoder kan bringe forskeren både fysisk og psykisk nærmere informanter enn kvantitativ forskning basert på spørreskjema og statistikk. Ved kvalitativ forskning er nærhet til feltet en viktig forutsetning, men samtidig er det viktig at forskeren har evnen til å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakeren og det å samle og analysere de empiriske dataene. Forskere som viser empati, forståelse, åpenhet og anerkjennelse, kan fremkalle følelser hos informantene, skape bånd til forskeren og forventninger om nye samtaler. Det vurderes derfor som forskningsetisk relevant i denne studien at studenter som forskeren selv har vært veileder for gjennom studiet utelukkes som informanter. Mennesker som observeres eller intervjues, blotstiller seg selv (Indrebø, 2010).

Informantenes rettigheter og integritet ivaretas for øvrig gjennom at studien følger forskningsetiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (2003).

De bygger sine krav til sykepleieforskning på etiske prinsipper som kommer til uttrykk i FN's menneskerettighetserklæring og Helsinkideklarasjonen (Verdens legeförening, 2000)

Sykepleieforskning veiledes av prinsippene; autonomi, å gjøre godt, ikke å gjøre skade og rettferdighet. Prinsippene angir hovedretningslinjene for god etisk standard i forskning som involverer mennesker. Belmont Rapporten fra 1978 beskriver viktige lover for etikk i medisinsk og biomedisinsk forskning, og fremhever tre etiske prinsipper: Å gjøre godt/ velgjørenhet (beneficence), respekt for menneskeverdet (respect for human dignity), og rettferdighet (justice) (Polit & Beck, 2008).

Studien er meldt til Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (NSD) og ble godkjent april 2011 (Vedlegg 5). Det ble søkt tillatelse til å gjennomføre studien hos ledelsen ved Institutt for sykepleie HIHM (Vedlegg1). Dette begrunnes med at både Instituttet og forskeren er forpliktet til å beskytte sine studenter og ikke utøve unødige press. Studien gjennomføres i tillegg i forskerens egen organisasjon og dette kan av informantene oppfattes som forvirrende i forhold til roller. Frivillighet og mulighet til når som helst å kunne trekke seg fra studien ivaretas ved at informantene informeres skriftlig og muntlig. Det ble i tillegg informert om at deltakelse ikke hadde noen innvirkning på deres eget studie.

Anonymitet og konfidensialitet ivaretas ved at informantenes personlige data er aidentifisert i forbindelse med transkribering og analyse. Lydbånd og transkribert materiale er oppbevart nedlåst, og transkribering er gjennomført av forskeren selv på pc uten internettoppkobling. Lydopptak ble slettet august 2011. Alle data i sluttrapporten er anonymisert slik at opplysninger som gis ikke skal kunne føres tilbake til enkeltpersoner. Intervjuene er transkribert ordrett, og er lagret på egen ”minnepenn” Lydbånd og minnepenn er oppbevart nedlåst.

Utgangspunktet for denne studien var å undersøke sykepleiestudenters erfaringer, oppfatninger, forståelse og persepsjon av utvikling av klinisk blikk og det ble valgt et beskrivende og utforskende design. Studentenes erfaringer var forventet å være ulike, og derfor ble en fenomenografisk tilnærming antatt å være hensiktsmessig. Marton og Booth (1997) skriver at ”fenomenografiens hensikt er å beskrive fenomener i verden slik andre oppfatter de, og avdekke og beskrive variasjoner i den hensikten”(s. 146). Det er sammenheng mellom den som erfarer og det som erfares. Funnene presentert i denne studien viser at det er stor variasjon i informantenes oppfatning av fenomenet ’klinisk blikk’, og metoden ansees derfor som hensiktsmessig.

Malterud (1996) definerer forforståelse som ”den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet”(s.43). Forskeren i denne studien har en stor og tung ”ryggsekk” med forforståelse etter å ha arbeidet i forskningsfeltet i mer enn 32 år. Alexandersson (1994) hevder at forforståelsen til forskeren kan være en styrke og et middel til å etablere en god relasjon til informanten (s.88), og må på ingen måte blokkeres. Forforståelsen kan ha preget alle ledd i denne studien på en negativ måte slik at presentasjonen av funnene i denne studien ikke samsvarer med det informantene egentlig hadde erfart, eller beskrev at de hadde erfart om utviklingen av klinisk blikk. Noen resultater fremsto som overraskende på forskeren. Dette kan tyde på at forskeren har vært i stand til å ta imot ny kunnskap ut fra de data som foreligger, og har klart å være ”åpen og systematisk i sin tilnærming” (Malterud, 1996, s. s.45).

Informantenes forforståelse av intervjueren kan også ha preget resultatene. Det å skulle fortelle om egne erfaringer til en lærer kan medføre at informanten opplever situasjonen som en lærer-student relasjon hvor studenten ønsker å fortelle det han tror læreren ønsker å høre. Flere av informantene stilte i løpet av intervjuet spørsmål som ”er det dette du vil ha, er det dette du er ute etter?” Selv om forskeren presiserte at det kun var informantens erfaringer som var viktige kan dette ha hatt innvirkning på resultatet.

Alexandersson (1994) anbefaler et heterogent utvalg av informanter, da dette kan gi større variasjoner i oppfatninger av et fenomen. Starrin og Svensson (1994) hevder at kravet om variasjon i en fenomenografisk studie medfører at informantene kan håndplukkes. Meningen var å ha et strategisk utvalg på 8 informanter med variasjon i kjønn og alder, men på grunn av den lave responsen ble utvalget tilfeldig. Forskeren hadde derfor ikke anledning til å ”håndplukke” informanter. Utvalget varierte i kjønn, men aldersvariasjonen var liten, noe som kan ha påvirket resultatet i den aktuelle studien. Resultatet viser likevel variasjon i erfaringen med utvikling av klinisk blikk. Dette kan tyde på at utvalget; til tross for at det ble mindre enn ønskelig; var tilstrekkelig til å få fram informantenes ulike erfaringer om fenomenet.

Rekrutteringen av informanter var vanskelig, de ble ble forsøkt rekrutert ved at forskeren informerte halve kullet ved en felles samling. Da dette ikke ga resultater ble informasjonsskrivet (Vedlegg 3) sendt via mail til studentene to ganger med to

ukers mellomrom. Purringene kan ha blitt oppfattet som et press. Den lave responsen avkrefter sannsynligvis det. Sjøstrøm og Dahlgren (2002) hevder at et av problemene med et fenomenografisk intervju er informantenes motivasjon for å delta i intervjuet (s.341). Det kan derfor diskuteres om de som valgte å delta i studien er en homogen gruppe bestående av de som er mest ivrige og opptatte av 'klinisk blikk', i så fall kunne en forvente mindre variasjon i utsagn enn det som ble resultatet.

En annen utfordring som beskrives er knyttet til forskerens forståelse av hva informanten prøver å formidle. Det var derfor viktig å prøve å tolke hva informanten sier slik at en kunne stille spørsmål om utdyping eller be om eksempler på hva som menes (Sjøstrøm & Dahlgren, 2002, s. 341). I den aktuelle studien ble det valgt et semistrukturert intervju, hvor informantens utsagn ble fulgt opp med spørsmål om utdyping og eller konkrete eksempler på hva de mente. Forskeren som gjennomførte intervjuene var nybegynner, og hadde aldri gjennomført et fenomenografisk intervju før. Formell pedagogisk kompetanse og lang erfaring med veiledning av studenter og sykepleiere ble imidlertid nyttig bakgrunnskompetanse i en intervjusituasjon. Intervjuguiden ble i det første intervjuet fulgt slavisk, men etter hvert ble spørsmålene i guiden stilt der det passet naturlig inn i informantens beskrivelser.

Alle informantene fikk de samme spørsmålene, men på ulike steder i intervjusituasjonen. Det at rammene rundt av intervjuet ble varierende kan ha påvirket resultatet. Før selve intervjuet startet ble informanten bedt om å lese informasjonsskrivet for på den måten å sette fokus på fenomenet som skulle undersøkes. En styrke ved den aktuelle studien kan være at informantene blir i første innledningsspørsmål bedt om å fortelle hva de legger i begrepet klinisk blikk, dette for å få informantens oppfatning av "klinisk blikk". I andre innledningsspørsmål ble de bedt om å gi konkrete eksempler på situasjoner hvor de hadde brukt sitt kliniske blikk. Etter hvert intervju ble det notert hvordan forskeren opplevde situasjonen rundt intervjuet og hvordan kroppsspråket til informanten var. Det ble også notert ned hvilke kommentarer informanten kom med etter at intervjuet ble avsluttet. Dalland (2010) skriver at det en observerer under samtalen "kan være et viktig grunnlag for å vurdere det som blir formidlet"(s.161).

Malterud (1996) hevder at "kvalitativ analyse alltid innebærer en eller annen form for teksttolking" (s.73). Intervjuene ble transkribert av forskeren etter hvert som de

ble avholdt. Teksten ble skrevet ordrett og med de dialektiske variasjoner informantene hadde. Pauser og mumling ble også markert for at materialet skulle bli så autentisk som mulig. Den transkriberte teksten ble gjennomlest en rekke ganger før de neste stegene i analysen ble gjennomført. Dataene ble analysert i syv trinn etter Sjöström & Dahlgren`s (2002, s. 341) modell, hvor det ble søkt etter kvalitative forskjeller i informantenes utsagn, og hvor forskeren vekslet mellom å lese hele teksten og deler av den. Det at analyseprosessen går over syv trinn kan medføre at viktige data går tapt underveis.

Sjöström og Dahlgren (2002) beskriver at kjernes spørsmålet i fenomenografiske studier er hvordan forholdet mellom de innsamlede data og beskrivelseskategoriene henger sammen (s.342) og at troverdigheten fremgår av hvordan hvert enkelt trinn i analysen er beskrevet. Alexandersson (1994) bruker begrepene 'troverdighet' 'gyldighet' og 'nøyaktighet' og mener disse bør brukes når det skal vurderes om beskrivelseskategoriene representerer informantenes oppfatninger (s.101).

Kategoriene kan være konstruert av forskeren som har tolket informantenes utsagn på en annen måte enn de var ment, men ved at analyseprosessen er beskrevet nøye og beskrivelseskategoriene bekreftet med sitater fra informantene.

Forskeren har vært alene i utførelsen av studien og har derfor hatt behov for å la andre studere de innsamlede data. Alexandersson (1994) anbefaler at en lar en annen først se på beskrivelseskategoriene for så at de går tilbake til den transkriberte teksten for å kontrollere at kategoriene stemmer med utsagnene til informantene (s.102).

To av mine kolleger som har formell kompetanse med fenomenografisk metode, har ved ulike anledninger kontrollert kategoriene, og på bakgrunn av deres spørsmål og diskusjon vedrørende analysen har det ført til en endring av beskrivelseskategoriene. Dette kan også bidra til å styrke studiens gyldighet.

I en rapport fra Norsk Forskningsråd fremlagt november 2011 (Forskningsrådet, 2011) får sykepleieforskningen sterk kritikk. Det hevdes at det brukes svake vitenskapelige metoder og at forskerne produserer intetsigende og uoriginal forskning uten interesse for noen. Det hevdes også at det er skapt en politisk forventning om at de ansatte i sykepleierutdanningen skal bruke egne dårlige forskningsresultater i undervisningen, og de mener at det er både irrasjonelt og uhensiktsmessig at ansatte

som utdanner sykepleiere skal være forskere (s.14-16). Det interessante er at forskningen tilknyttet universiteter og som baserer seg på kvantitative metoder får god kritikk, mens forskningen som er basert på kvalitative metoder og tilknyttet høgskolene får svært dårlig kritikk. Det samfunnsvitenskapelige 'kvantifiseringsdogmet' lever fortsatt. Kvale (2009) skriver at en av hovedinnvendingene mot intervjuforskning og som berører den type kunnskap som kvalitativ forskning produserer, er at metoden "fokuserer på individet" og at personen ikke en del av "sosiale samspill"(s.296). Det kritiseres også at det fokuseres på tanker og opplevelser og ikke på handling.

Det kan tyde på at det fortsatt er kravet om et kvantifisert forskningsmaterialet som er det dominerende. Alt skal være objektivt, kunne måles og generaliseres, og at det å bruke kvalitativ tilnærming gjør at en utelukkes fra høy vitenskapelig status og henvises til en "lavere vitenskapelig status" (Steinar Kvale, et al., 2009, s. 308).

Studiens hensikt var å undersøke sykepleiestudenters ulike erfaringer med utvikling av klinisk blikk. Uten å bruke kvalitativ metode og fenomenografisk tilnærming kunne ikke denne hensikten blitt oppnådd.

5.0 KONKLUSJON

Hensikten med masterstudiet ved Høgskolen i Gjøvik er å kunne ”videreutvikle sin kliniske kompetanse, for bedre å kunne møte og påvirke endringer i helsetjenesten - til pasientenes beste”. Denne studien plasserer seg innenfor området ”utdanningskvalitet”, som omhandler utvikling og evaluering av ulike læringsmetoder og hvordan disse innvirker på kunnskap og kompetanse.

En oppsummering av funnene viser at studentene i denne studien har en felles oppfatning av hva klinisk blikk er, som kan sammenfattes i ”å kunne se helhet og sammenheng” i møte med ulike pasientgrupper. Et overraskende funn er at de beskriver at ”det kliniske blikket” oppfattes forskjellig innenfor de ulike praksisområdene; somatikk, psykiatri og kommunehelsetjenesten.

Studentene beskriver på ulik måte hvordan de har erfart at utviklingen har funnet sted, men alle beskriver at de har hatt en utvikling gjennom utdanningen. De forteller at de har gått fra å kun se fragmenter, til å kunne tolke, tyde og gjenkjenne ”tegn” hos pasientene.

Erfaringene med sykepleierutdanningens bidrag til utviklingen av klinisk blikk er ganske entydig. De naturvitenskapelige fagene (anatomi, fysiologi, patologi og farmakologi) fremheves som fundament og forutsetning for å kunne bli sykepleiere. Fag som sykepleie, vitenskapsteori og historie oppleves som lite relevante. Det etterlyses strengere krav fra høgskolens side, både i forhold til deltakelse på undervisning og til eksamener.

Studentene beskriver at eget engasjement og lærelyst er en forutsetning for å kunne utvikle et klinisk blikk, og at de er kun de selv som er ansvarlige for at læring finner sted.

Et annet overraskende funn er at ingen av studentene nevner hovedveileder som et bidrag til å utvikle egen kompetanse. De forteller om veiledning fra daglige veiledere og hvordan de ved å samhandle med disse blir utfordret til å gå inn i ulike situasjoner, men omtaler ikke hovedveileder eller lærer.

5.1 Betydning for klinisk sykepleie

Studien kan ha betydning for klinisk sykepleie på flere områder. Pasientene er avhengige av at sykepleiere kan se og tolke deres signaler. Eventuelle tiltak må kunne vurderes opp mot kunnskap og tidligere erfaringer, for å kunne yte best mulig og individuell sykepleie. Pasientene trenger sykepleiere som har et velutviklet klinisk blikk, og det blir viktig å starte oppøvingen av denne kompetansen tidlig i utdanningen. Høgskolen bør arbeide med å tilrettelegge for ulike typer læresituasjoner som fremmer utviklingen av klinisk blikk.

På bakgrunn av denne studien kan det ikke trekkes en konklusjon om hvordan sykepleiestudenter erfarer at deres kliniske blikk utvikler seg gjennom utdanningen. Studien sier imidlertid noe om hvordan 6 studenter har erfart at deres kliniske blikk har utviklet seg i løpet av de tre årene de har vært studenter ved Høgskolen i Hedmark. Studentene etterlyser mer praktisk rettet sykepleieundervisning i skolen, og de etterlyser sykepleielærere som har oppdaterte kunnskaper om de ulike praksisfelt. Samarbeidet med praksis må styrkes og lærerne i skolen må tilegne seg kunnskaper ute i praksisfeltet, noe som innebærer en diskusjon om lærerollen. Undervisningen i konkrete praktiske ferdigheter bør inneholde rom for refleksjon og settes inn i en sammenheng, slik at den ikke medfører at studentene fokuserer mer på selve handlingen enn på pasienten.

De naturvitenskapelige fagene betegnes av studentene som de viktigste for utøvelsen av sykepleie, og de betegner andre fag som lite relevante. Fagenes omfang og hvordan disse integreres i sykepleiefaget bør derfor diskuteres.

Studentene fremhever videre de daglige veiledernes rolle som viktige for egen faglig utvikling. For å kunne ivareta denne veiledningen kreves det velkvalifiserte veiledere, som kan hjelpe studentene til å reflektere over egen praksis. En konsekvens av dette er at Høgskolen bør tilby veilederutdanning til alle som veileder studenter.

REFERANSER

- Alexandersson, M. (1994). *Metod och medvetande* (Vol. 96). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Alsvåg, H. (2006). Sykepleierutdanningen I lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. *Vård i Norden*, 81(26).
- Alteren, J. (2010). *Følelser er fornuft: sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst*. 1-2010. Høgskolen i Bodø, [Bodø].
- Alsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. S. 208-222). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Alsvåg, H., & Førland, O. (2007). Hva kan vi lære av nyutdannede sykepleieres tilbakemeldinger til utdanningen? *Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. S. 65-79). Oslo: Akribe.
- Andersen, K. L. (2009). *Godt nok forberedt for praksis?: sykepleiestudenters forberedthet og opplevelse av mestring i praktiske prosedyrer* (Vol. 2009:3). Halden: Høgskolen.
- Barnard, A., McCosker, H., & Gerber, R. (1999). Phenomenography: A Qualitative Research Approach for Exploring Understanding in Health Care. *Qualitative Health Research*, 9(2), 212-226. doi: 10.1177/104973299129121794
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: I samarbeid med Munksgaard.
- Benner, P. (2010). *Educating nurses: a call for radical transformation*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Benner, P., & Heggen, K. (2010). *Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer*. [Oslo]: Akribe.
- Benner, P. E., Chesla, C. A., & Tanner, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. New York: Springer Pub.
- Bjork, I., T. (1999). *Hands on nursing: New Graduates Practical Skill Development in Clinical Setting*. Oslo: Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet I Oslo.
- Bråten, I., Thurmann-Moe, A. C., Øzerk, K. Z., & Dale, E. L. (1996). *Vygotsky i pedagogikken*. [Oslo]: Cappelen akademisk forl.
- Bø, I., & Helle, L. (2008). *Pedagogisk ordbok: praktisk oppslagsverk i pedagogikk, psykologi og sosiologi*. Oslo: Universitetsforl.

- Cavanagh, S. J. (2010). *Orems model i praksis*. København: Munksgaard.
- Christiansen, B., Heggen, K., & Karseth, B. (2004). *Klinikk og akademia: reformer, rammer og roller i sykepleierutdanning*. Oslo: Universitetsforl.
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dewey, J. (2008). *Erfaring og opdragelse*. København: Reitzel.
- Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E., & Athanasiou, T. (1986). *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Oxford: Basil Blackwell.
- Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forl.
- Egeland, L. (2004). *Det handler om læring* (Vol. \# 9). Oslo: Norsk kulturråd.
- Ellefsen, B., Kim, S. H., & Han, J. H. (2007). Nursing gaze as a framework for nursing practice: a study from acute care settings in Korea, Norway and the USA. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 21, 98-105.
- Eraut, M. (2007). Learning from other people in the workplace. [Article]. *Oxford Review of Education*, 33(4), 403-422. doi: 10.1080/03054980701425706
- Espeland, V., & Indrehus, O. (2003). Evaluation of students' satisfaction with nursing education in Norway. *Journal of advanced nursing*, 42(3), 226-236.
- Fagermoen, M. S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis: et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforl.
- Forskningsrådet. (2011). *Evaluation of Biology, Medicine and Health Research in Norway*. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Foucault, M. (2000). *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels forlag.
- Gillund, M. V. (1998). Fag og forskning for fremtidens helse: utredning om faglig utvikling ved avdeling for sykepleierutdanning ved Høgskolen i Hedmark. I H. i. Hedmark (Red.), (s. 87 s., 11 vedlegg). Elverum: Høgskolen.
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag- en innføring i samfunnsvitenskapelige metode*. Oslo: Cappelens Forlag
- Heggen, K. (1995). *Sykehuset som "klasserom": praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Oslo: Universitetsforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. [Oslo]: [Regjeringen].
- Henderson, A. (1994). Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing* 20, 935-939.
- Henderson, V. (1960). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*. [Oslo]: Norsk sykepleierforbund.

- Hummelvoll, J. K., & Granerud, A. (2010). Theoretical and ideological impacts on the development of psychiatric nursing after 1960 - a literature review. [Norwegian]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 30(4), 37-42.
- Høgskolen i Hedmark. (2008). Fagplan Bachelor i sykepleie Kull 120 2008-2011. I I. f. sykepleie (Red.), (s. 41).
- Imsen, G. (1997). *Lærerens verden: innføring i generell didaktikk*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Imsen, G. (2011). *Hva er pedagogikk*. Oslo: Universitetsforl.
- Indrebø, B., Kjersti Bakken, Ola Dale, William Johnsen, Tore Lunde, Patricia Ann Melsom. (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag K. Ruyter (Red.), Lokalisert på URL| doi:DOI
- Iversen, H. H., Holmboe, O., & Dahle, K. A. (2010). *Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus: institusjonsvise resultater* (Vol. nr 2-2010). Oslo: Kunnskapssenteret.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse: sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karseth, B. (2004). Curriculum changes and moral issues in nursing education. *Nurse Education Today*, 24(8), 638-643.
- Kirke- og Utdanningsdepartementet. (1995). *Universitetsloven (1995)*. Oslo: Grøndahl Dreyer.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2005). *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2005). *Om lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Oslo: regjeringen.
- Kunnskapsdepartementet. (2011). *En samlet nasjonal kunnskapspolitikk for framtidens helse- og sosialutdanninger*. Lokalisert 4.nov. 2011 2011, på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/kampanjer/utdanning-for-velferdstjenestene.html?id=623980>
- Kunnskapssenteret. (2009). *Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Publikasjoner*. Lokalisert 4.nov.2011, på <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Hverdagsbeskrivelser+fra+norske+sykehus.+Resultater+etter+en+landsomfattende+unders%C3%B8kelse+blant+sykepleiere+i+2009.13580.cms?threepagenor=1>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Nielsen, K., Bureid, G., & Jensen, K. (1999). *Mesterlære: læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Liaschenko, J. (1994). The moral geography of home care. *Advances in Nursing Science*, 17(2), 16-26.
- Lykkeslett, E. (2005). Kunnskap i sykepleie. *Sykepleien*, 95(5), 66-67. doi: 10.4220/sykepleiens.2005.0009
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. [Oslo]: Universitetsforl.
- Marton, F. (1994). Phenomenography *The international Encyclopedia of education*. Oxford: Pergamon Press.
- Marton, F., & Booth, S. (1997). *Learning and awareness*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Marton, F., & Booth, S. (1997). *Om lärande* Lund: Studentlitteratur.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Nostrand.
- Nightingale, F. (2003). *Håndbok i sykepleie: hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Nightingale, F., & Elstad, I. (1984). *Håndbok i sykepleie: hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal.
- Nordtvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag; historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Hva er sykepleie*. Lokalisert okt.2011 2011, på <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Nordtvedt, M. W. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nordtvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Polanyi, M. (1967). *The Tacit Dimension*. London: Routledge & Kegan.
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Vol. 8). Philadelphia: Lippincott.

- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforl.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Sjøstrøm, B., & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 40(3), 339-345.
- Skår, R. (2010). *Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse: en studie av sykepleieres læringserfaringer*. Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, [Bergen].
- Standing, M. (2007). Clinical decision-making skills on the developmental journey from student to Registered Nurse: a longitudinal inquiry. *Journal of advanced nursing*, 60(3), 257-269.
- Starrin, B., & Svensson, P. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Starrin, B., & Svensson, P.G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Statistisk Sentralbyrå. (2011). *Fullførte laveregradsstudium i 2009/2010*. Lokalisert 2011, på <http://www.ssb.no/emner/04/02/40/hugjen/tab-2011-10-28-01.html>
- Steinseth, E. B., & Børdahl, B. (2009). Fra kontaktsykepleier til hovedveileder: erfaringer med en ny veiledningsmodell *Rapport* (Vol. nr. 10-2009, s. 85 s.). Elverum: Høgskolen.
- Sykepleiernes samarbeid i Norden. (2003). Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. I SSN (Red.).
- Thompson, C., & Stapley, S. (2011). Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 881-893. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.12.005
- Thorkildsen, K., & Raholm, M. (2010). The essence of professional competence experienced by Norwegian nurse students: a phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 183-188. doi: 10.1016/j.nepr.2009.08.003
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2004). *Rammeplan for sykepleierutdanning: fastsatt 1. juli 2004 av Utdannings- og forskningsdepartementet*. Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Verdens legeförening. (2000). *Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeförening: etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker*. [Edinburgh]: [S.n.].

Wangensteen, S., Johanson, I. S., & Nordstrøm, G. (2008). The first year as a graduate nurse- an experience of growth and development. *Journal of clinical Nursing* 17(14), 1877-1885.

Åkerlind, G. S. (2005). Variation and commonality in phenomenographic research methods. [Article]. *Higher Education Research & Development*, 24(4), 321-334. doi: 10.1080/07294360500284672

Vedlegg 1 Forespørsel Høgskolen i Hedmark

Anne Grete Kydland
Høgskolen i Hedmark
Avd. Helse og Idrett
Institutt for Sykepleie

Forespørsel om gjennomføring av intervjuer med sykepleiestudenter

Jeg ber med dette om tillatelse til å rekruttere 6 -8 studenter på Kull 120 A til å være informanter i forbindelse med min Masteroppgave i Klinisk Sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik. Jeg ønsker å gjøre individuelle intrvjuer med dem i Høgskolens lokaler på Terningen Arena i uke 13 og 14, 2011.

Vedlagt følger Forskningsplan og informasjonsskriv til studentene.

MVH

Randi Løviknes



Høgskolen i **Hedmark**

Elverum 16.3.2011

Bekreftelse

Instituttleder ved institutt for sykepleiefag ved avdeling for helse og idrettsfag – Anne Grethe Kydland, gir herved tillatelse til Randi Løviknes for å intervjuere studenter i Bachelor i Sykepleiefag. Randi Løviknes skal bruke intervjuet i sin mastergrad. Studentene deltar på frivillig basis og kan når som helst og uten begrunnelse, trekke seg fra å delta.

Tematikken det skal intervjues om, er opparbeidelse av klinisk blikk i sykepleie. Jeg ser ingen betenkeligheter med å la studenter bli intervjuet om dette. Jeg vurderer det som en mulighet for læring for de som deltar.

Mvh

Anne Grethe Kydland

Vedlegg 3 Invitasjonsskriv

”Sykepleierstudenters utvikling av klinisk blikk”

Du har nå gjennomført bachelor-studiet både teoretisk og praktisk, din erfaring gjennom disse tre årene når det gjelder utviklingen av klinisk blikk er viktig for utdanningens kvalitet og relevans.

Gjennom utdanningen din har du fra første semester møtt begrepet ”Klinisk blikk” først som teoretisk begrep, men etter hvert også gjennom dine kliniske studier.

Jeg ønsker å intervju deg om hvordan du har opplevd at ditt kliniske blikk har utviklet seg gjennom utdanningen, og hvilke faktorer som har påvirket dette.

Intervjuet vil ta ca.1 time, og vil bli tatt opp på lydbånd. Du kan selv bestemme hvor intervjuet skal gjennomføres.

Dataene som samles inn vil bli bruk i min Masteroppgave i Klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik som har til hensikt å få innsikt i sykepleiestudenters ulike erfaringer med utvikling av klinisk blikk og hvilke faktorer i sykepleierutdanningen som har påvirket denne utviklingen.

- Din deltakelse i studien er frivillig
- Du kan når som helst trekke deg fra studien
- Alle data anonymiseres når prosjektet er fullført, senest 1. Mars 2012
- Lydopptak slettes etter at de er skrevet ned

Dersom du ønsker å delta i studien ta kontakt med undertegnede snarest.

MVH

Randi Løviknes

Mastergradstudent i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik

Tlf. 48282865

E-mail: randi.loviknes@hihm.no

Intervjuguide

Innledningssamtale:

Presentasjon av prosjektansvarlig.

Takk for at du vil delta! Begrunne hvorfor informanten er interessant!

(Inklusjonskriteriene er at de har gjennomført alle kliniske studier, bestått alle eksamener (unntatt bacheloroppgaven) innenfor normert tid.

Beskrive hensikten: å få innsikt i sykepleiestudenters ulike erfaringer med utvikling av klinisk blikk og hvilke faktorer i sykepleierutdanningen som har påvirket denne utviklingen.

Informasjon om formalia:

- ❖ Samtalen tas opp på bånd og nedskrives ordrett i etterkant
- ❖ Data slettes når prosjektet avsluttes des. 2011
- ❖ Gjenta de etiske overveielserne som er nevnt i informasjonsskrivet
- ❖ Informere om at informanten kan be om at opptaket stoppes
- ❖ Informere om at det ikke finnes riktige eller gale svar, presisere at det er informantens erfaringer som er viktig

Informere om intervjuteknikk:

- ❖ Etter at intervjuer har stilt et spørsmål vil det bli en pause slik at informanten får anledning til å tenke over spørsmålet
- ❖ Viktig at informanten ikke tenker på pausene som ubehagelige, men som en mulighet til egen refleksjon

Er det noe du vil spørre om før vi starter selve intervjuet?

Båndopptakeren settes i gang.

Informant nr:

2. Introduksjonsspørsmål

- ❖ *Hva legger du i begrepet klinisk blikk?*
- ❖ *Kan du gi konkrete eksempler på når du har brukt ditt kliniske blikk?*
- ❖ *Hva kjennetegner en sykepleier med klinisk blikk?*

3. Kjernespørsmål

Kan du si litt om hvordan ditt kliniske blikk har utviklet seg gjennom utdanningen? Hva mener du har påvirket denne utviklingen mest i løpet av utdanningen?
Hva trenger du for å kunne utvikle ditt kliniske blikk?

4. Avslutningsspørsmål

På bakgrunn av det du har svart er det noe du anser som viktigere enn annet for å utvikle klinisk blikk gjennom utdanningen?

- ❖ Er det samsvar med denne oppsummeringen og det du har sagt?
- ❖ Er det noe mer du ønsker å si noe om?

Vedlegg 5 Godkjenning NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Solveig Struksnes
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Høgskolen i Gjøvik
Postboks 191
2802 GJØVIK

Vår dato: 05.04.2011

Vår ref: 26629 / 3 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.03.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 05.04.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26629	<i>Sykepleiestudenters utvikling av klinisk blikk</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Gjøvik, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Solveig Struksnes</i>
Student	<i>Randi Løviknes</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.03.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Knut Kalgraff Skjåk


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Randi Løviknes, Strandgata 55, 2317 HAMAR

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 26629

Utvalget består av 6-8 sykepleierstudenter. Utvalget rekrutteres ved at studentenes studieveileder formidler informasjon om prosjektet i forbindelse med en forelesning og ber om at de som ønsker å delta tar kontakt med prosjektleder, jf. telefonsamtale med Randi Løviknes 05.04.2011.

Utvalget får muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker skriftlig. Personvernombudet finner informasjonsskrivet mottatt 05.04.2011 godt utformet.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju og det gjøres lydopptak av intervjuene. Det registreres ikke navn på informantene, men det vil bli innhentet tilstrekkelig med bakgrunnsopplysninger (kjønn, alder, navn på høyskole) til at enkelte vil kunne være identifiserbare.

Når prosjektet er fullført, og senest innen 01.03.2012, skal innsamlede opplysninger anonymiseres ved at lydopptak slettes og identifiserende bakgrunnsopplysninger slettes eller omskrives/kategoriseres slik at det ikke lenger er mulig å føre datamaterialet tilbake til enkeltpersoner.