

MASTEROPPGAVE I KLINISK SYKEPLEIE

Kunnskapsbasert veiledning?  
Operasjonssykepleieres oppfatninger  
2016

**FORFATTER:** Birgitte Kristensen 130058.

NTNU, Gjøvik.

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie.

Avdeling sykepleie.

**Dato:** 16 desember, 2016.

Antall ord: 19407

*Den eneste verden vi kan uttale oss om,  
er den vi selv opplever og erfarer!*  
(Sjøstrøm og Dalhgren 2002)

## INNHold

<b>Sammendrag</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	6
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	8
<b>1.1 Kunnskapsbasert praksis</b> .....	10
<b>1.2 Profesjonskompetanse</b> .....	13
<b>1.3 Veilederfunksjonen</b> .....	14
<b>1.4 Veilederkompetanse</b> .....	16
<b>1.5 Hensikt og forsknings spørsmål</b> .....	19
1.5.1 Denne hensikten avledet to forskningsspørsmål .....	19
<b>2.0 METODE OG DESIGN</b> .....	20
<b>2.1 Fenomenografi</b> .....	20
<b>2.2 Gjennomføring</b> .....	21
2.2.1 Kildesøk .....	21
2.2.2 Legitimering av studien.....	22
2.2.3 Forskningsetiske overveielser .....	22
2.2.4 Forskerens førforståelse .....	23
2.2.5 Rekruttering og utvalg.....	24
2.2.6 Intervjuguiden .....	27
2.2.7 Datainnsamling.....	28
2.2.8 Oppbevaring og behandling av data.....	30
2.2.9 Dataanalyse .....	31
<b>3.0 FUNN</b> .....	35
<b>3.1 Egen kompetanse</b> .....	36
<b>3.2 Støtte, anerkjennelse og rammevilkår</b> .....	37
<b>3.3 Studentenes engasjement og kunnskapsnivå</b> .....	37
<b>3.4 Utfallsrommet</b> .....	38
<b>4.0 DISKUSJON</b> .....	41
<b>4.1 Betydningen av veileders kompetanse</b> .....	41
<b>4.2 Betydningen av støtte, anerkjennelse og rammevilkår</b> .....	45

<b>4.3 Betydningen av studentenes engasjement og kunnskapsnivå .....</b>	<b>48</b>
<b>4.4 Klinisk ekspertise og erfaring som grunnlag for veiledning .....</b>	<b>50</b>
4.4.1 En oppsummering .....	54
<b>4.5 Metodediskusjon.....</b>	<b>55</b>
5.0 KONKLUSJON .....	60
<u>REFERANSER .....</u>	<u>62</u>
Vedlegg 1. Tilbakemeldning fra NSD.....	67
Vedlegg 2. Informasjonsbrev leder .....	70
Vedlegg 3. Informasjonsbrev deltagere .....	71
Vedlegg 4. Intervjuguide.....	72
Vedlegg 5. Samtykkeskjema .....	74

Antall ord: 19407

## Sammendrag

Tittel:	Kunnskapsbasert veiledning? Operasjonssykepleieres oppfatninger	Dato :16.12.16
Deltaker(e)/	17 operasjonssykepleiere med veilederansvar for studenter i operasjonssykepleie.	
Veileder(e):	Solveig Struksnes	
Evt. oppdragsgiver		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Veiledning, operasjonssykepleier, student, kunnskapsbasert veiledning, erfaringsbasert veiledning.	
Antall ord:19407	Antall vedlegg: 5	Publiseringsavtale inngått: Nei.
Kort beskrivelse av masteroppgaven:		
<p><b>Hensikten</b> med studien var å undersøke hvilket kunnskapsgrunnlag operasjonssykepleiere la til grunn for sin veiledning av studenter i operasjonssykepleie faget. Modellen «Jobb kunnskapsbasert» ble brukt som et utgangspunkt for erfaringsbasert viten og kunnskapsbasert viten.</p> <p><b>Bakgrunn:</b> Videreutdanning i operasjonssykepleie har gjennomgått et teoretisk løft de siste årene og det har flere steder blitt et masterstudium i tråd med Bolognaprosessen. Flere studier peker på et gap mellom skole og praksis. For å tette dette gapet kreves blant annet kunnskap i veiledning, og det var ønskelig å belyse hvordan dette oppleves for operasjonssykepleiere som skal veilede studenter.</p> <p><b>Metode:</b> En kvalitativ, fenomenografisk studie med semistrukturerte gruppeintervjuer av totalt 17 deltagere. Utvalget var operasjonssykepleiere med mer enn to års erfaring og veilederansvar.</p> <p><b>Resultat:</b> Veiledningen blant deltagerne beskrives i stor grad som erfaringsbasert. Veilederne ble påvirket av studentenes engasjement og kunnskapsnivå. Samtidig uttrykte deltagerne at de selv manglet kompetanse om veiledning. De ønsket veiledekurs. Veiledningen påvirkes også av ytre rammer. Tid og arbeidspress nevnes som eksempler, i tillegg til opplevelse av støtte og anerkjennelse fra omgivelsene.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Operasjonssykepleiere med veilederansvar bør gjennomføre veilederkurs og øke sin kunnskap om veiledning. Veiledning bør settes på dagsorden og prioriteres i form av tid og økt lønn.</p>		

## Abstract

<b>Title:</b>	Evidens – based guidance? Perceptions of surgical nurses	Date 16.12.16 :
<b>Participants/</b>	17 participants. These are all nurses with supervisory responsibility for students in surgical nursing.	
<b>Supervisor(s)</b>	Solveig Struksnes	
<b>Employer:</b>		
<b>Keywords (3-5)</b>	Clinical supervision, guidance, surgical nurse, student, evidens-based guidance, experience-based guidance.	
<b>Number of words:</b> 19407	<b>Number of appendix:</b> 5	<b>Availability (open/confidential):</b> No
<p><b>Short description of the master thesis:</b></p> <p><b>The purpose</b> of this study was to investigate the knowledge base surgical nurse assumed for its supervision of students in surgery nursing. The model “Job knowledge based” was used as a starting point for experience- based knowledge and evidence- based knowledge.</p> <p><b>Background:</b> Study in surgical nursing has undergone a theoretical boost in recent years and it has several places become a Master `s degree, which is in line with the Bologna process. Several studies point to a gap between school and practice. To close this gap required including knowledge in guidance, and it was desirable to find out how this was for nurses in surgery.</p> <p><b>Method:</b> A qualitative, phenomenographic study with semi-structured group interviews with a total of 17 participants. The pool was nurses with more than two years’ experience and supervisory responsibility.</p> <p><b>Result:</b> Advisory among the participants was largely based on experience, supervisors were concerned students involvement and knowledge level. Meanwhile expressed participants that they lacked knowledge about guidance and wanted guidance courses. The guide is also controlled by external moderation. Time and work pressures were some of the frames. The supervisors may find little time for students and guidance.</p> <p><b>Conclusion:</b> Surgical nurse with supervisor responsible should conduct supervisor courses and increase their knowledge of guidance. Guidance should be put on the agenda and priorities in terms of time and increased wages.</p>		

## FORORD

Da nærmer arbeidet med denne masteroppgaven seg slutten. Det har vært en lærerik og spennende prosess. Mye nytt har blitt lært gjennom gode og mindre gode dager. Men når oppgaven nå er ferdigstilt og man ser det endelige resultatet er det bare lettelse og glede som kommer til uttrykk.

På vei frem til et ferdig resultat har jeg møtt mange flotte mennesker som har bidratt på hver sin måte, og det er jeg kjempe takknemlig for. Det hadde ikke blitt noen oppgave uten alle deltagerne som stilte opp. Tusen takk for at dere tok dere tid. Det var spennende å høre deres tanker og refleksjoner. Det var inspirerende å møte dere, og jeg skylder dere en stor takk.

En stor takk også til avdelingslederne som fant tid og rom i hektiske hverdager og som la til rette for intervjuene. Mange takk.

Vil rette en stor takk til Solveig Struksnes som har vært min veileder. Takk for at du har vært tilgjengelig, takk for faglige råd og hjelp underveis. Takk for oppmuntring og konstruktive tilbakemeldinger. Tusen takk!

Takk til flotte kollegaer som Astrid, Thor David og Kristin som har bidratt med praktiske råd og deres støtte og oppmuntring på de litt mindre gode dagene! Takk til Hilde som la til rette for studiet.

Sist, men ikke minst må jeg takk mann og barn på hjemmefronten som har vært tålmodige og kreative på utetid. Takk for avlastning og forståelse når frustrasjonen har vært litt høy og kveldene laaange. Nå gleder jeg meg til å feire jul med dere og ha noen late dager sammen.

## 1.0 INTRODUKSJON

Klinisk praksis er en viktig læringsarena for operasjonssykepleiestudenter, og veilederne er sentrale i læringsprosessen som forgår i operasjonsavdelingene. Veiledet praksis skal bidra til utvikling, læring og vekst hos studenten mot en yrkesfaglig kompetanse. Samtidig skal kompetansen gi faglig innsikt, forståelse og ferdigheter som er nødvendig for en profesjonell utøvelse av operasjonssykepleiefaget (Bäckström 2011). Daglig er operasjonssykepleiere rundt om i landet i en veilederrolle, hvor studenter som utdannes innen operasjonssykepleiefaget blir veiledet i praksis. Veiledningen er sentral i studentens utvikling.

Operasjonssykepleiefaget er et komplekst fag som krever både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap (Bäckström 2011). Utdanningene har de siste årene utviklet seg mot et teoretisk og forskningsbasert fundament, utviklingen har i større grad vært knyttet mot det teoretiske enn det praktiske. En konsekvens av det kan være at studenter opplever det vanskelig å koble sammen teori og praksis. Dette er en av oppgavene en veileder skal bistå med (Hellström-Hyson, Mårtensson og Kristofferzon 2012). Et «gap» mellom teori og praksis beskrives, og utfordringen for både veileder og student er å tette dette «gapet» (De Swardt, Toit og Botha 2012).

Nasjonalt og internasjonalt er samfunnet i stadig endring, og behovet for helsepersonell som kan arbeide ved operasjonsavdelinger er økende. Parallelt med dette øker behovet for utdanningsplasser (Latz og Nordbye 2004). Det stilles stadig høyere krav til at utdanningen må være forskningsbasert. Dagens regjering beskriver at prioriteringer må gjøres der hvor det er store og udekkede behov for kunnskap og kompetanse. Regjeringens Langtidsplan for forskning og høyere utdanning (Stortingsmeldning 7 2014) er et politisk verktøy for å sikre forskning og høyere utdanning. Samtidig viser undersøkelser at helsepersonell som anvender forskningsbasert kunnskap er tryggere i sin arbeidsrolle (Duffy 2009; Martin 2011; Universitet-og Høgskolerådet 2016).

Spesialisthelsetjenesteloven uttrykker klart at helseforetakene ved det enkelte sykehus skal sørge for undervisning og opplæring av elever, studenter, turnusleger og andre spesialister innen helseforetaket (Helse og omsorgsdepartement 1999). Det betyr at studenter i operasjonssykepleie gjennom lovgivningen har krav på veiledet praksis hvor undervisning og opplæring er en naturlig del. Dette kan komme i konflikt med kravene sykehusene har om effektivitet og produksjon (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012).



Fram til 1997 var utdanningen for spesialisering i operasjonssykepleie drevet av sykehusene i Norge, som utdannet ut fra lokale behov. I 1997 vedtok Stortinget at utdanningen for operasjonssykepleiere skulle overføres til høgskolene, og bygge på nasjonale rammeplaner (Utdannings og forskningsdepartementet 2005). Utdanningen innenfor operasjonssykepleie er i stadig endring. I dag tilbys masterutdanning i operasjonssykepleie ved flere høgskoler. Videreutdanninger og masterutdanninger er et viktig bidrag for å sikre kunnskapsutvikling i sykepleiefaget (Universitet- og Høgskolerådet 2016). Flere av videreutdanningene innen spesialsykepleie blir gradvis endret til masternivå (Norsk Sykepleierforbund 2010). Opptakskravet til for operasjonsutdannelsen er autorisert sykepleier med to års klinisk praksis (Norsk Sykepleierforbund Landsgruppen for Operasjonssykepleiere 2011).

Gjennom Bologna – prosessen arbeides det med et tre – graders system (bachelor, master og PhD) i Europa. Norge er delaktig i denne prosessen hvor hensikten er enhet i gradene og i ulike utdanninger slik at studenter og ferdig utdannede kan bevege seg fritt over landegrenser med sammenliknbar kunnskap innen samme fagfelt (*Bologna Prosessen* 2010). Universiteter og høgskoler stiller høye krav til studentene og de er ofte oppdatert på ny teoretisk og vitenskapelig kunnskap. Studier i Norge viser at sykepleieveiledere har kunnskap som er praktisk og erfaringsbasert, men ikke i så stor grad vitenskapelig eller forskningsbasert kunnskap (Fillingsnes og Thylen 2012).

Høgskolene og universitetene har hovedansvaret for studentene gjennom studiet. En del av utdanningen er praksisstudier hvor hensikten er at studenten skal utvikle handlingskompetanse. Hilli (2014) beskriver i sin studie at teori og praksis er to sider av samme sak. Veilederne skal være de som bygger bro mellom skole og praksis (Raines 2012; Carlson og Bengtsson 2015). Utdanningen i sin helhet skal være forankret i forskning og systematisert erfaringskunnskap (Benner mfl. 2010).

Praksis skal gi grunnlag for å utøve forsvarlig operasjonssykepleie. Målene for praksis settes gjennom fagplaner utviklet av høgskolene. Studentene i operasjonssykepleie har krav på en veileder, og ifølge rammeplanen for operasjonssykepleiere skal veiledningen forholde seg til rammeplan, fagplan samt students egne mål (Utdannings og forskningsdepartementet 2005). I følge rammeplanen for operasjonssykepleie så er det høgskolene og oppdragsgiver ved sykehusene som må legge til rette for at veiledere i praksis har den nødvendige kompetansen og de riktige pedagogiske kvalifikasjonene for veiledning (Utdannings og forskningsdepartementet 2005). Veileder sine behov for veilederkompetanse, tid til

systematiske søk etter oppdatert kunnskap, tid i praksis med studenten eller mulighet for å rådføre seg med eventuelt kollegaer eller høgskolen er ikke definert.

Ulike situasjoner, både i møte med pasienter og studenter krever kompetanse. Kompetanse fra ulike kilder. Om en operasjonssykepleier i disse møtene og ved forskjellige utfordringer hevder å ha tilstrekkelig kunnskap så anvendes kompetanse fra flere kilder. Da kan operasjonssykepleieren sette ord på hvilke kunnskapskilder som man baserer seg på. Om operasjonssykepleieren derimot hevder å ikke ha tilstrekkelig kompetanse så må ulike kunnskapskilder anvendes for å skaffe kompetanse (Nortvedt mfl. 2013). Dermed beskrives elementer i kunnskapsbasert praksis. Det defineres som et viktig verktøy i all sykepleiepraksis, og blir i neste avsnitt beskrevet videre.

### 1.1 Kunnskapsbasert praksis

Den enkelte operasjonssykepleier har et eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert (Helse og omsorgsdepartementet 1999). Operasjonssykepleiernes ansvars- og funksjonsbeskrivelse sier at operasjonssykepleier skal utøve profesjonell sykepleie som bygger på kunnskapsbasert praksis, ivareta kvalitet og ta ansvar for å være oppdatert (Norsk Sykepleierforbund Landsgruppen for Operasjonssykepleiere 2011).

Kunnskapsbasert praksis er målet med all sykepleie enten det retter seg mot pasientene eller studenter som skal lære dette begrepet som et verktøy. Pasientbehandlingen skal bygge på faglige veldokumenterte prosedyrer og kvalitetssikret behandlingstilbud. For å sikre dette må helsepersonell og deriblant operasjonssykepleiere kritisk etterspørre, finne og bruke forskning i fagutøvelsen (Nortvedt mfl. 2013). Nortvedt (2007) setter likhetstegn mellom kunnskapsbasert sykepleie og evidensbasert sykepleie. Begrepene brukes i det verbale dagliglivet om hverandre.

Kunnskapsbasert praksis er viktig for pasienten. Pasienten skal til enhver tid være i fokus, og gjennom kunnskapsbasert praksis sikrer man pasienten den mest trygge og effektive intervensjonen. Forventingen er at det gir best mulig resultat (Hagen mfl. 2008).

Den tradisjonelle læremodellen med undervisning først, så læring i praksis som en sekundær handling er ikke optimal. Læring må skje parallelt for å utvikle høy profesjonalitet (Henderson og Eaton 2013). Når veiledningen er dårlig forberedt, det er stort arbeidspress for veileder, mangelfull kunnskap for den aktuelle situasjonen og veileder har liten støtte i teamet, da blir utfallet av veiledningen for studenten dårligere (Henderson og Eaton 2013).

Kunnskapsbasert praksis er blant annet definert som å integrere forskningsbasert kunnskap med klinisk ekspertise samt pasientens verdier og preferanser (Vandvik og Eiring 2011). Det innebærer at operasjonssykepleieren bevist bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Valg av behandling og tiltak rettet mot pasienter bør i størst mulig grad baseres på pålitelig forskningsbasert kunnskap, men det kan ikke utelukkende baseres kun på det. Som operasjonssykepleier arbeider man innenfor flere rammer og kunnskapskilder (Hommelstad 2011). Praksis skal også farges av faglig skjønn og etiske vurderinger man har tilegnet seg gjennom erfaringer. Det betyr at erfaringsbasert kunnskap også skal brukes. Pasienten sine meninger og ønsker skal så langt det er mulig også tas hensyn til (Vandvik og Eiring 2011). Hvilke kunnskapskilder kunnskapsbasert praksis bygger på en demonstrert ved hjelp av en figur. Dette demonstreres i figur 1.



Figur 1. Kunnskapsbasert praksis (Nortvedt mfl. 2013).

Den ytterste sirkelen er et bilde på konteksten de andre sirklene befinner seg i. Dette er situasjonen i praksis hvor veileder, student, pasient, ressurser, konkrete gjøremål, kollegaer, utfordringer, språk, kunnskap, forståelsesrammer med mer befinner seg. Alt påvirker den enkelte og situasjonen. Konteksten påvirker alle elementene i sirkelen til modellen ovenfor. Operasjonssykepleier skal veilede studenten med disse og kanskje flere elementer «hengende» rundt seg, da er det viktig å ha kunnskapsbaserte prosedyrer og retningslinjer, samt erfaring for å vurdere konteksten, samtidig som studenten skal veiledes (Nortvedt mfl. 2013).

Noen beslutninger kan ikke avgjøres av forskningen alene, da den i seg selv ikke kan avgjøre om beslutningen er god eller dårlig. Menneskelig erfaring må også tas med, samt pasientens

ønsker (Hagen mfl. 2008). Som figuren ovenfor viser så handler kunnskapsbasert praksis om å bruke kunnskap fra alle tre sirkelene ut fra den situasjonen man er i. Dette skaper en helhet i pasientbehandling, og det er viktig som student å lære dette verktøyet (Nortvedt mfl. 2013).

Med forskningsbasert kunnskap menes forskningsvirksomhet som systematisk utføres for å øke kunnskap og forståelse om et fenomen eller bestemte praktiske hendelser og mål.

Hensikten er å forklare årsakssammenhenger, beskrive forekomsten av en tilstand og å gi økt forståelse av erfaringer og effekt av et tiltak. Eller komme med nye hypoteser. Alt dette for å gi økt kunnskap (Nortvedt mfl. 2013).

Erfaringsbasert kunnskap beskrives som kunnskap som opparbeides gjennom å praktisere sitt yrke. Kunnskap innenfor denne kunnskapsformen, skal utvikles gjennom reflekterende prosesser hvor læring uthentes ved erfaring. Begrepet fra novise til ekspert hører innunder her. Man skal bli i stand til å sette sammen kunnskapsbasert praksis med den virkelige verden (Nortvedt mfl. 2013).

Sykepleiere som har erfaring innen sykepleiefaget, og som kan være definert som eksperter innen sitt felt, blir noviser igjen når de starter sin videreutdanning og praksis innen operasjonssykepleiefaget. Å være novise i et krevende miljø kan gi følelser av mislykkethet, usikkerhet og skuffelse over seg selv. Ferdigheter og nødvendig kunnskap må utvikles gjennom ny kunnskap og nye erfaringer (Martin 2011), dette beskriver også Latz og Nordbye (2004). Det holder ikke bare med grunnleggende kunnskaper innen pasient omsorg, suturer eller generelt om instrumentlære. Det stilles krav til høyere kompleks kunnskap som bygger på forskning om behandlings forløpene, avansert medisinskteknisk utstyr, kunnskap om den akutt kritiske syke operasjonspasienten og ulike administrative oppgaver som fyller operasjonssykepleierens hverdag og infeksjons forebygging (Martin 2011).

Martin (2011) beskriver at utdanning innen operasjonssykepleiefaget må være kunnskapsbasert. Helsearbeidere som bruker kunnskapsbasert praksis som et verktøy er i større grad fornøyd med sitt arbeide, fordi de selv har forståelse for at den kunnskapen de innehar har et høyt nivå og det øker kontrollen og tryggheten.

Brukerkunnskap er i litteraturen rettet mot pasientene, det skal være rom for at pasienten skal si sin mening om valg som gjelder behandling og tiltak rundt egen helse. Pasientens ønsker skal imøtekommes og vektlegges når valg og bestemmelser skal tas (Nortvedt mfl. 2013).

Dette kan overføres til operasjonssykepleiestudenter under utdanning, og operasjonssykepleier som veileder. Operasjonssykepleieren må være opptatt av å bygge

kompetanse og god kunnskapshåndtering i studentene (Bäckström 2011). Studentene kan uttrykke sin mening om veiledningen og praksisperioden direkte eller gjennom kritiske vurderinger. Som veileder må alle sirkelene tas i bruk for skape kunnskapsberikende praksisperioder for studentene (Nortvedt mfl. 2013).

Man kan ved første øyekast tro at de tre sirkelene i modellen er likeverdige og at de bør ha like stor plass i konteksten, men Ulvestad og Kärki (2012) utfordrer den tanken. Forskningsbasert kunnskap av høyeste kvalitet bør alltid prioriteres fordi målet er den beste praksis.

Forskningsbasert kunnskap skal på en måte «veilede» erfaringskunnskapen og bruker kunnskap til å foreta de beste valgene (Ulvestad og Kärki 2012).

Kunnskapsbasert praksis krever at man som operasjonssykepleier reflekterer over egen praksis og erkjenner hvor det er informasjon behov. Med tanke på modellen ovenfor så skal elementene settes sammen, og med fokuset som er i dette studiet så er det i møte med undervisning av studenter det skal skje. Beslutninger, empati og evnen til kommunikasjon må vurderes ut fra konteksten man befinner seg i (Hagen mfl. 2008). Nortvedt m.fl. (2013) trekker frem to begreper som vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse. Det er en del av kunnskapsbasert praksis. Vurderingskompetanse defineres som det å kunne lese, forstå og kritisk vurdere vitenskapelig kunnskap. Anvendelseskompetanse defineres som å kunne velge relevant kunnskap ut fra situasjonen, tolke situasjonen opp mot teori, velge en tilnærming og til sist utføre en handling med bakgrunn i vitenskapelig kunnskap.

Anvendelseskompetanse må læres både under utdanning og senere i praksisfeltet (Nortvedt mfl. 2013). Studentene skal ifølge Kunnskapsdepartementet møte kunnskapsbaserte tjenester når de er i praksis (Universitet og Høgskolerådet 2016).

## 1.2 Profesjonskompetanse

En profesjonsutdanning er basert på et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, og det kvalifiserer for et bestemt yrke hvor også praksiskunnskap står sentralt (Universitet og Høgskolerådet 2016). Profesjonskompetansen i denne studien omhandler kunnskapen og evnen operasjonssykepleieren har til å mestre og å løse oppgaver i møte med veiledingssituasjoner. Det er i rammeplanen for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund 2010) beskrevet at veiledere må ha kompetanse til å veilede studentene, og kunnskap til å vurdere deres faglige utvikling og etiske aspekter ved yrket og dets sikkerhet. For å sikre profesjonskunnskap må det være en direkte kontakt mellom veileder og studenten (Norsk Sykepleierforbund 2010; Hilli mfl. 2014).

Profesjonskompetanse referer til det forventede nivået av kunnskap, ferdigheter, holdninger og verdier som følger med yrkestittel (Hauge 2015). Generelt sett er sykepleiere den største gruppen med helsepersonell og det er av stor betydning at kunnskapsnivået er høyt da helsehjelpen har stor innvirkning på folkehelsen (Numminen. mfl. 2012). Kompetanseheving med tanke på veiledning er viktig fordi det stadig er en fornying av kunnskap, teknologi og ulike behandlingstilbud som veileder skal formidle til studentene (Dåvøy, Eide og Hansen 2011; Mårtensson mfl. 2012).

Profesjonskompetansen operasjonssykepleiere innehar om veiledning av egne spesialstudenter vil beskrives som et pedagogisk ansvar. Et ansvar som berører de aktuelle parter som har behov av informasjon og undervisning basert på den kunnskap og kompetanse som operasjonssykepleieren har. Operasjonssykepleier kan formidle informasjon og undervisning blant annet gjennom kommunikasjon og ulike pedagogiske verktøy (Bäckström 2011). Undervisningen er av stor betydning for både studenter og fremtidig nyansatte kollegaer hvor kunnskap, holdninger og verdier vises i forhold til faget, pasienter og andre kollegaer (Pront, Gillham og Lambert 2016). Det er et mål at praksis baseres på best tilgjengelige kunnskap slik at det er samsvar med dagens komplekse bilde av avanserte kirurgiske prosedyrer, akutt kritisk syke pasienter, teknologisk utstyr, fokus på pasientsikkerhet og behandlinger (Norsk Sykepleierforbund Landsgruppen for Operasjonssykepleiere 2011; Sharpnack og Waite 2014).

Operasjonssykepleieren innehar den spesielle kompetansen som kreves for å kunne organisere og koordinere driften av den operative virksomheten, ivareta pasientens behov for sykepleie før, under og umiddelbart etter inngrepet og medvirke under det operative inngrepet med kyndighet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Målet er å videreformidle dette til studentene i deres praksis perioder.

Profesjonskompetansen som skal formidles til studentene kan deles inn i tre hovedgrupper som omfatter kunnskap og vitenskap, ferdigheter og klinisk resonnering samt etiske holdninger og dannelse (Benner mfl. 2010).

### 1.3 Veilederfunksjonen

Operasjonssykepleierens målgruppe er pasienten som skal opereres, og fokuset er å ivareta individuell operasjonssykepleie. Der det er naturlig må pårørende også ivaretas. Pasientene er sårbare og i en utsatt situasjon som krever at operasjonssykepleieren har kompetanse og kan bruke faglig skjønn. Refleksjon, kunnskaper og handlingskompetanse er nødvendig for at

operasjonssykepleieren danner grunnlag for valg av handling i den gitte situasjonen (Asselin 2011; Bäckström 2011; Hauge 2015).

Operasjonssykepleier har en direkte pasientrettet funksjon som innebærer en forebyggende, behandlende og lindrende funksjon knyttet opp mot pasienten. Den indirekte pasientrettet funksjon omhandler det pedagogiske, administrative, det fagutviklende og forskningsansvaret som ligger i operasjonssykepleierens myndighets – og funksjonsansvar (Norsk Sykepleierforbund Landsgruppen for Operasjonssykepleiere 2011). I den sistnevnte funksjonen ligger også undervisnings og veiledningsansvaret for blant annet studenter. Det innebærer også en stadig fornying og utvikling av fagutøvelsen (Bäckström 2011).

I operasjonssykepleierens egen lærebok (Dåvøy, Eide og Hansen 2011) er veilederfunksjonen lite beskrevet. Det er kun nevnt at veiledning og undervisning er et av ansvarsområde for operasjonssykepleieren (Dåvøy, Eide og Hansen 2011). Det er derfor behov for å bli tydeligere på hvordan veilederfunksjonen skal defineres, og hva den bør inneholde og hvorfor. Tydeligere rammer og nødvendige kunnskaper må defineres av egen gruppe. Utdanning og kunnskap er med å forme et samfunn, og høyskolene skal være dyktige profesjonsutdannere og levere dyktige kandidater innen fagområde (Sharpnack og Waite 2014).

Gjennom forskning skal det tilstrebes ny kunnskap (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014), men det er svært lite forskning knyttet mot operasjonssykepleiers veilederfunksjon. Man kan imidlertid finne mer forskning som omhandler sykepleiere og veiledning av bachelorstudenter i sykepleiefaget, og noe av dette kan være overførbart til videreutdanningsnivå (Hyrkäs og Shoemaker 2007; Duffy 2009; Asselin 2011; Mårtensson mfl. 2012; Pront, Gillham og Lambert 2016). Norske studier beskriver også sykepleiere og deres erfaringer med veiledning av sykepleiestudenter (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012; Fillingsnes og Thylen 2012).

Resultatene fra disse studiene beskriver frustrasjoner knyttet til liten tid med studentene, liten mulighet til å holde seg faglig oppdatert og at studentene ofte kommer med oppdatert kunnskap som kan sette veilederen litt ut av spill. Samarbeid med høyskolene og støtte fra kollegaer beskrives som viktig for en vellykket veiledningsprosess.

Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) har utviklet en egen strategi for undervisning og læring. Et av målene er at veiledningen som gjøres i sykehuset skal være kunnskapsbasert. De anerkjenner studentene som verdifulle ressurser og fremtidig arbeidstakere. UNN ønsker å

skape læringsmiljøer som er preget av gode holdninger, kunnskaper, ferdigheter og forståelse. På denne måten blir ansatte forbilder for studentens læring (Gadgil mfl. 2009). For å oppnå et godt studiemiljø i praksis for både studenter og veileder, er støtte av kollegaer og nærmeste leder et viktig kriterium (Henderson og Eaton 2013).

#### 1.4 Veilederkompetanse

Tveiten (2013) beskriver at når veiledning er en del av en faglig virksomhet, så må yrkesutøverne ha et faglig fundert innhold av veiledning. Den som veileder må vite hva man gjør og i tillegg både hvorfor og hvordan. Ellers blir veiledningen tilfeldig og kvaliteten deretter.

Veiledning kan beskrives som en form for undervisning, læring, utvikling og å legge til rette for disse prosessene. Veiledning beskrives også som en profesjonell læreprosess og utdanningsmetode. Den skjer mellom to eller flere personer for å skape forståelse og mulige handlingsalternativer i profesjonell sammenheng (Tveiten 2013). En veileder bør være en som har evnen til å integrer teori og praksis gjennom veiledning. En veileder kan defineres gjennom ulike begreper, bl.a. rollemodell, tilrettelegger og mentor (Duffy 2009).

Baltzersen (2014) har beskrevet noen punkter for hvordan man kan møte veiledningssituasjoner på ulike måter. Ved mottagelse av en ny student kan det være av betydning for begge parter og klargjøre rollene og forventingene til veiledning.

Operasjonssykepleier kan skissere hvordan veilederrelasjonen kan eller bør være gjennom praksisperioden, og hva som forventes av begge parter. Operasjonssykepleier kan utfordre studenten til selv å si noe om sitt behov for veiledning. Hva er i fokus for praksisperioden og hvorfor (Baltzersen 2014). Studentens mål og funksjonsbeskrivelse for profesjonen skal ligge til grunn (Utdannings og forskningsdepartementet 2005).

Her defineres i korte trekk to modeller eller måter man kan tenke veiledning på som veileder med bakgrunn i Baltzersen (2014):

Handlings- og refleksjonsmodellen i veiledning retter seg mot undervisningsrelaterte temaer. Man søker større bevissthet rundt verdigrunnlaget som ligger til grunn for den kunnskap man støtter seg til i sin yrkesutøvelse. Målet er blant annet å utvikle en praktisk kompetanse (Baltzersen 2014).

Didaktisk veiledningsmodell henviser til at veiledningen tar utgangspunkt i studentens refleksjon over egen praksis (Baltzersen 2014). Refleksjon skal brukes som en prosess hvor



gevinsten er å forstå komplekse relasjoner. Praksis kan være uforutsigbar og krever kunnskap, gjennom kritisk refleksjon kan man endre måter å arbeide og å tenke på (Dahl og Eriksen 2016).

Hovedformen for veiledning skjer gjennom dialog, men veilederen skal primært ikke gi svaret. Den som veileder skal legge til rette for at studenten finner svaret selv. Refleksjon over spørsmål kan hjelpe studenten til å oppdage viktige svar. Studenten skal inneha en aktiv rolle i egen læring og utvikling (Tveiten 2013; Dahl og Eriksen 2016). For å bygge en bro mellom teori og praksis bør veileder være i stand til å stille kritiske spørsmål til studenten, støtte og assistere studenten. En veileder har innflytelse på utfallet av studentens egen refleksjon. Veilederen må legge til rette for refleksjon i praksis for å hjelpe studenten til å stille egne kritiske spørsmål, analysere og reflektere over kvalitet og kompetanse i og over eget fag (Schön 1991; Duffy 2009).

Det er etiske aspekter ved veiledning som veileder bør være klar over. Veiledning kan sees på som en etisk handling. Den som veileder har en type makt fordi vedkommende sitter med erfaringer, kunnskaper og «svaret» som studenten treger. En veileder kan bruke dette til sin fordel, og studenten kommer ut som den svakere part. Om man som veileder ikke er trygg i sin rolle eller på sitt faglige ståsted, kan man ved spørsmål og utfordringer situasjoner blir sint og irritert på studenter som stiller spørsmål. Det er ikke sikkert at studentene har et bevist forhold til veiledningen, og det etiske ansvaret ligger derfor hos veilederen (Tveiten 2013). Det er den enkelte veileders ansvar å handle etisk forsvarlig. Veileders oppgave blir blant annet å hjelpe den enkelte student til å trekke linjene mellom verdier, teori og den praktiske hverdagen (Lauvås og Handal 2014). Makt innebærer også ansvar, ansvar for studenten og for at veiledningen blir av god kvalitet, tross tid og ressurser (Tveiten 2013).

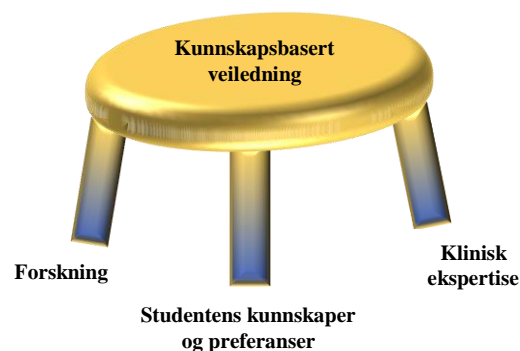
Når operasjonssykepleie studenten er i praksis foregår veiledningen ofte individuelt, og dialog er den mest brukte metoden. Kunnskap og kompetanse om veiledning er avgjørende for valg av strategi og utfallet av veiledningen (Tveiten 2013).

Alle fagfelt er i utvikling, noe nytt kommer til og noe forsvinner. Hva med veiledningen for operasjonssykepleiere - er det faglig bevegelse her også? Veiledningen debatteres ikke så ofte, man gjør så godt man kan i det stille. Spørsmålet er hvilke forpliktelser og ansvar ligger det i veiledningen. Generelt sett vokser veiledning fram som et eget fag, stadig mer forankret i forskning (Ulvestad og Kärki 2012). Gjennom Helsepersonelloven §4 har sykepleiere som en generell gruppe en lovpålagt plikt til å holde seg faglig oppdaterte slik at man utfører sitt yrke

faglig forsvarlig uavhengig av hvor i helsetjenesten man jobber (Helse og omsorgsdepartementet 1999). I yrkesetiske retningslinjer pekes det på at sykepleiere har plikt til å holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis i eget fagfelt. Dette gjelder operasjonssykepleiere som alle andre sykepleiergrupper. En viktig forutsetning for kvaliteten er kunnskapsbasert praksis og veiledningen bør løftes fram som et viktig element i utdanningen av operasjonssykepleiere (Norsk Sykepleierforbund 2011).

Veiledning som fenomen er relativt nytt og krever kompetanse. Situasjonen i dag er at det er mange veiledere uten formell kompetanse, samtidig som veiledning i sykepleiefagene ikke er tydelig definert. Siden 1980 årene har blant annet helsefaglige utdanninger studert veiledning (Baltzersen 2014). Samfunnet etterspør i dag i langt større grad enn tidligere evidensbasert kunnskap. Kunnskapen i helsevesenet er omtrent å regne som datostemplet. Det er hele tiden krav om det siste nye innen fagfeltet og dette stiller store krav til veileder, spesielt med tanke på at etterutdanningen innen operasjonssykepleiefaget skal løftes opp på et masternivå (Ulvestad og Kärki 2012). Hovedansvaret for studentene er hos høghskolene, men praksisplassene har ansvaret for innholdet og kvalitet på veiledningen som blir gitt studentene. Det blir et tverrfaglig samarbeid for å få studenten til et felles mål, nemlig funksjonsdyktig operasjonssykepleier (Sharpnack og Waite 2014).

Ulvestad og Kärki (2012) har laget en egen modell for kunnskapsbasert veiledning (Ulvestad og Kärki 2012), dette demonstreres i figur 2.



Figur 2. Forskningsbasert veiledning (Ulvestad og Kärki 2012).

Ulike teorier om hva «bena» skal fylles med, kan diskuteres. Ivaretagelse av konteksten (veiledningen) er imidlertid viktig for å få et godt resultat for studentene. En veileder skal forholde seg til utdanningsmessige, utviklingsmessige og arbeidsmessige krav og utfordringer samtidig som man skal ivareta students ønsker og behov for faglig utvikling i praksis. Dette er en krevende balansegang og krever kompetanse innen veiledning, og det må

profesjonsutdanninger som operasjonssykepleie respektere og ta inn over seg (Ulvestad og Kärki 2012).

Den tradisjonelle måten å veilede på tar utgangspunkt i veileders rolle, som i stor grad er å gi instruksjoner og å demonstrere hvordan tingene bør gjøres eller løses. Det kan for studenten oppleves som en passiv måte å tilegne seg kunnskap på, istedenfor en aktiv rolle hvor kunnskap søkes. En aktiv tilnærming kan gjøres på egen hånd eller sammen med veileder (Hellström-Hyson, Mårtensson og Kristofferzon 2012).

Nye læremåter har kommet de siste årene, blant annet simuleringsrom hvor studenter kan være å trene på ulike situasjoner og det gir studentene et bedre grunnlag når de kommer i praksis. Læringen her bygger på kritisk tenkning, studentene må ta ansvar for egen læring og man lærer av hverandre. Høgskolene har tatt dette verktøyet i bruk, men praksisveiledere er ikke involvert per dags dato (Hellström-Hyson, Mårtensson og Kristofferzon 2012). Det er en unik mulighet til å trene og reflektere over blant annet leiring og leiringsskader. Mulighetene er mange (Latz og Nordbye 2004).

Dette kapitlet har presentert den teoretiske referanserammen for studien. Kunnskapsbasert praksis er definert, og hva veilederrollen ut fra litteraturen bør inneholde er også beskrevet. Det oppleves et aldri så lite «gap» mellom teorien og hvordan veiledningen gjennomføres i praksis (Hellström-Hyson, Mårtensson og Kristofferzon 2012). Teorier om veiledning blir ikke alltid implementert i praksis. Med bakgrunn i ovenstående kunnskapsgrunnlag ble temaet for denne studien knyttet til hvordan veiledningen av studenter i operasjonssykepleie faget utføres.

## 1.5 Hensikt og forsknings spørsmål

Hensikten med denne studien var å belyse hva slags oppfatninger operasjonssykepleiere har om hva som påvirker veilederfunksjonen innenfor rammene av kunnskapsbasert praksis?

### 1.5.1 Denne hensikten avledet to forskningsspørsmål

1. Hva forstår operasjonssykepleierne med kunnskapsbasert praksis når konteksten er veiledning?
2. Hvordan oppfatter operasjonssykepleiere sin veilederrolle med hensyn til valg av innhold, mål og strategi for gjennomføring av veiledningen?

## 2.0 METODE OG DESIGN

Studien har et kvalitativt beskrivende design. Ulike vitenskapsteoretiske tradisjonene har ulikt syn på kunnskap og vitenskap. De er formulert på ulike sett, men hensikten er å sikre at vitenskapelige konklusjoner er basert på solid evidens. Der er forskjeller mellom naturvitenskapelig tradisjon og humanvitenskapelig tradisjon. Sykepleiefaget støtter seg ikke bare til en vitenskap, den henter kunnskap fra begge tradisjoner (Kirkevold 2002). Et kvalitativt beskrivende design er valgt fordi her søkes å forstå menneskelige ytringer og hendelser. Man søker å fortolke begreper, perspektiver og situasjoner som kan gi kunnskap om hvordan og hvorfor operasjonssykepleiere velger som de gjør i gitte situasjoner. Å forstå deres menneskelige verden er viktig. Det er operasjonssykepleieres særegne oppfatninger om veiledning som studeres, og ny kunnskap kan vinnes (Thomassen 2006).

Undersøkelser og forskning innen kvalitativ forskning gjør oss i stand til å forstå tanker og handlinger i komplekse og dynamiske mellommenneskelige situasjoner. Det er ønskelig å finne svar på hvordan mennesker opplever sin livsverden, hvordan man opplever sine omgivelser og det man erfarer (Dahlgren og Fallsberg 1991; Sjøstrøm og Dahlgren 2002). Mennesker er ulike og forstår på forskjellige måter, og fenomenografien er et fint design å bruke for å få fram ulikhetene (Dahlgren og Fallsberg 1991).

### 2.1 Fenomenografi

Fenomenografi har en beskrivende og innholdsorientert tilnærming til forskning innen humanvitenskap (Dahlgren og Fallsberg 1991). Innen fenomenografi er fenomenet sentralt. Fenomenet skal bringe noe til klarhet eller skape en forståelse. Fenomenografien ser etter variasjoner i hvordan en gruppe mennesker forstår eller oppfatter et fenomen. Det er de forskjellige måtene fenomenet sees på som søkes. Her vil man ha fram ulike perspektiver av fenomenet (Larsson og Holmstrøm 2007).

Det gjøres et skille mellom første – og andre ordens perspektiv. Ved første ordens perspektiv er man opptatt av hvordan noe virkelig er, eller hvordan fenomenet defineres ut fra fakta eller teorier om fenomenet (Dahlgren og Fallsberg 1991). Fokuset er rettet mer mot likheter av fenomenet og skaper en generell forståelse eller hvordan det oppfattes sett fra utsiden (Sjøstrøm og Dahlgren 2002).

Fenomenografiens hovedhensikt er å beskrive de forskjellige måtene en gruppe mennesker forstår fenomenet på, ikke bare en felles oppfatning av det (Dahlgren og Fallsberg 1991). Det er ikke fenomenet som sådan, men de ulike oppfatningene som er det interessante, og dette blir dermed kalt andreordens - perspektiv. Det er ulikhetene, forskjellene og variasjonene som søkes. Spørsmål som skal besvares knyttes ulike og varierende beskrivelser av «hva» og «hvordan» informantene oppfatter fenomenet (Larsson og Holmstrøm 2007).

Hvordan en gruppe mennesker opplever og forstår fenomenet er sentralt. Det er de ureflekterte tankene, det man ikke har uttalt eller reflektert over tidligere som ønskes belyst (Larsson og Holmstrøm 2007). Studien søker denne type beskrivelsene og derfor er fenomenografisk metode med fokus på andre orden- perspektivet valgt.

Fenomenografien kan være viktig for kompetanseutvikling da det kan skape nye måter å se eller tilnærme seg et fenomen på som kommer pasienten til gode. Dahlgren og Fallsberg (1991) uttrykker også at fenomenografien kan føre til meningsfull læring om et fenomen som kan forandre måten man forholder seg til fenomenet på. Kunnskap skaper forandring.

Det som kan kommenteres om fenomenografien er at den bygger på de menneskene som deltar sine oppfatninger av fenomenet, og ikke på en generell oppfatning. Kritikken er at den enkelte og samfunnet er stadig i endring. Med endring så endres også forståelsen av hva som er viktig og riktig. Begrepene rundt et fenomen vil da også endres. Fenomenografien er likevel viktig for kompetanseutvikling da det kan skape nye måter å se eller tilnærme seg et fenomen på. Det kommer pasienten, og i denne sammenhengen studenten til gode (Dahlgren og Fallsberg 1991).

## 2.2 Gjennomføring

I dette avsnittet beskrives hvordan metoden er planlagt og gjennomført. Trinnene i forskningsprosessen ble fulgt nøyaktig (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014). Dette omfatter søk etter relevante kunnskapskilder for å kunne legitimere studien, vurdering av forskningsetiske prinsipper, hensynet til den enkeltes personvern, seleksjon og rekruttering av utvalg, utarbeiding av intervjuguide, samt databehandling og dataanalyse.

### 2.2.1 Kildesøk

Søkeordene som ble brukt var avledet av hensikt og forskningsspørsmål, og strukturerte søk ble gjennomført med enkeltord og kombinasjoner av disse. Aktuelle databaser var Cinhal og

Pupmed. Norske web-sider ble brukt primært til å søke aktuelle retningslinjer, rapporter og norsk juss.

Da engelsktalende land bruker ulike benevnelser om veileder (Duffy 2009) er 'nursing supervisor', 'preceptor', 'mentor' og 'clinical supervisor' og 'nurs' brukt. 'Student', 'guided reflection', 'evidence-based practice' var også aktuelle søkeord.

Operasjonssykepleier både på norsk og engelsk ble brukt tidlig i søkeprosessen, men det gav ingen relevante treff. Andre norske søkeord var 'veileder', 'sykepleier', 'student', 'kritisk tekning', 'kritisk refleksjon', 'kunnskapsbasert praksis', og kombinasjoner av disse.

### 2.2.2 Legitimering av studien

Forskningen skal komme deltagerne, andre relevante grupper og samfunnet til gode. (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014). Som nevnt i introduksjonen så beskrives et «gap» mellom skole og praksis, og at veiledere generelt sett har liten kunnskap om veiledning (Duffy 2009; De Swardt, Toit og Botha 2012). Ved å belyse om dette er relevant også for operasjonssykepleiestudentene og deres praksis så kan det komme studentene til gode. Ved at det kan skape bevisstgjøring for operasjonssykepleiere gjennom å ha økt fokus på veiledning. Studien kan derfor få betydning for klinisk sykepleie, da behovet for profesjonskompetanse i forbindelse med veiledning blir beskrevet for denne faggruppen. Det kan resultere i et større fokus på hvor viktig dette arbeidet er og at arbeidsgiver må gi rom og tid.

Med hensyn til risiko for informantene til å delta, kunne det være en mulighet for at deltagere opplevde tema og spørsmål provoserende eller utfordrende. Muligheten for at noen kan føle seg krenket, ikke gode nok eller at de kommer til kort var tilstede.

Legitimering av studien knyttes da spesielt til nytteverdien det er å belyse veilederrollen, og eventuelt finne ut hvilke områder operasjonssykepleiere oppfatter kan fremme eller hemme deres mulighet for å gjennomføre kunnskapsbasert veiledning.

### 2.2.3 Forskningsetiske overveielser

Studie ble meldt personvernombudet for forskning ved Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) den 3 mars 2016 med prosjektnummer 47628, og ble godkjent en måned senere (Vedlegg nr.1).

Det er tre grunnleggende prinsipper ved forskning når mennesker er involvert, og det er samtykke fra personene, deltagerne kan trekke seg fra studien når de måtte ønske og at risikoen for deltagerne skal være så liten som mulig (Holm og Hofmann 2008). Anonymitet skal ivaretas (Helse og omsorgsdepartementet 1999), derfor mottok deltagerne et informasjonsbrev hvor dette var beskrevet, samt hensikten med studien. Prinsippene innen forskning er klar på at deltagerne skal vernes og opplysninger de gir skal behandles konfidensielt (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014).

Kvalitative intervjuer kan ikke sidestilles med samtaler mellom to likeverdige parter, fordi det var intervjueren som definerte og kontrollerte situasjonen. Da kan maktbalansen forskyves til intervjuer sin fordel, fordi begreper og uttrykk innen tema er i større grad kjent for intervjuer en de som ble intervjuet. Deltagerne bes om å utlevere sine tanker og meninger, og var derfor mer sårbare. Dette kan være en etisk utfordring, og må være tenkt gjennom før intervjuene startet (Kvale mfl. 2015).

#### 2.2.4 Forskerens førforståelse

Alle har med seg sin egen førforståelse av ulike situasjoner som bygger på ens erfaringer, tidligere kunnskap og ens subjektive oppfatninger (Thomassen 2006). Dette var drivkraften og motivasjonen som bidro til denne studien. Men førforståelsen kan også bidra til at verdifull kunnskap og evne til å lære av materialet gikk tapt, om ens egen førforståelse fikk for stor plass eller ikke var bevisstgjort (Thomassen 2006). Derfor ble status over førforståelsen gjort. Det vil øke studiets troverdighet. Samtidig som førforståelsen ble tydeliggjort også for leser (Thomassen 2006).

Førforståelse omhandlet at veiledningen som gjøres er erfaringsbasert. Det var også en antagelse om at kunnskapen om veiledning bør oppdateres og videreutvikles innen operasjonssykepleie som fagfelt. Det var lite kjent om operasjonssykepleiere med veileder ansvar seg imellom delte og utvekslet kunnskap og erfaringer om veiledning. Inntrykket var også at det settes av liten tid til å søke oppdatert kunnskap for å kunne arbeide kunnskapsbasert. Dermed kan det oppstå utfordringer i å videreutvikle kompetanse og å videreformidle oppdatert kunnskap til studentene.

### 2.2.5 Rekruttering og utvalg

Pålitelighet er et viktig kriterium innenfor vitenskapelig arbeid. For at det skal være mulig å gjenskape studien så må utvalget og gjennomføringen beskrives (Polit og Beck 2012).

På bakgrunn av tilsendt informasjonsbrev (vedlegg 2) valgte deltagerne selv om de ønsket å være til intervju med eller ikke (Helse og omsorgsdepartementet 1999, 2008). Informasjonen ble behandlet i samsvar med taushetsplikt (Helse og omsorgsdepartementet 1999).

I denne studien ble 13 sykehus i Østlandsområdet valgt ut som potensielle forskningsarenaer. Egen arbeidsplass ble ikke valgt, da en ville unngå at kollegaer skulle føle seg presset til å delta, eller bli påvirket av å bli intervjuet av en person de kjenner. Det er alltid en risiko for at kollegaer ikke tør eller ønsker å være ærlige i sine svar om temaet (Jacobsen 2010).

Forespørsel om deltagelse ble først sendt aktuelle avdelingsledere og deretter de aktuelle deltagerne av avdelingsledere som hadde sagt ja til at deres avdeling hadde mulighet til å bidra med deltagere og tid til studien.

To sykehus svarte raskt og var positive. Fire sykehus svarte ikke, sendte forespørsel på nytt men fikk ikke svar. I mellomtiden ble mailadressen dobbeltsjekket slik at det ble sikret at mailen var sendt til rette vedkommende. Totalt var syv sykehus positive til studien, og prøvde å få det til. Men grunnet sykdom og andre omstendigheter så trakk de seg underveis.

Tre sykehuset fant det vanskelig å frigi mange deltagere samtidig da det ville påvirke operasjonsevneheten i avdelingen. De greide likevel å finne et tidspunkt som passet.

Kontaktede deltagere var positive til å delta, men de ønsket ikke å stille opp på fritiden.

Innenfor fenomenografien anbefales et større utvalg enn det som er vanlig innenfor kvalitative studier. Det hevdes at det bør være ca 20 deltagere for å oppnå god belysning av fenomenet (Larsson og Holmstrøm 2007). Det var derfor ønskelig med 20 operasjonssykepleiere med veilederansvar som informanter.

Inklusjonskriterier var minimum to års erfaring som operasjonssykepleier og med veileder ansvar for operasjonssykepleiestudenter. Begrunnelsen er kunnskap om at etter endt utdanning bør man jobbe i minimum to år før man går inn i en veilederrolle. Etter to år er man tryggere på sin egen kunnskap og har erfaringer som gjør det lettere å veilede nye studenter (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012). Variasjonen i utvalget ble ivaretatt gjennom å søke flere sykehus som ikke hadde tilknytning til hverandre. Sykehusene varierte i størrelse og type kirurgi. Deltagere med ulike erfaringer innen forskjellige seksjoner som blant annet



gynekologisk, ortopedisk, øre-nese-hals, urologisk og gastroseksjon deltok. Deltagerne hadde også ulik ansenitet, det kom frem av et skjema som ble utdelt ved intervjustart, hvor de oppgav sin ansiennitet både som operasjonssykepleier og hvor lenge de hadde hatt veilederansvar (vedlegg 4).

Førstekontakt ble gjort ved å kontakte respektive avdelingsledere. Avdelingsleder ble kontaktet på mail. Tanken var at førstekontakten skulle skje via telefon slik at rette vedkommende fikk muntlig informasjon om studien. Men det var vanskelig å få kontakt på telefon da noen var i møter, ikke på jobb eller ikke tilgjengelig av andre grunner.

For å ivareta det forskningsetiske prinsippet om informert samtykke ble det utformet et informasjonsbrev (Vedlegg 2) som alle aktuelle avdelinger fikk tilsendte. Det første informasjonsbrevet fikk avdelingslederne. Her fikk de informasjon om studiens hensikt og planlagte gjennomføring.

Gjennom dette ivaretas informasjonskravet (Norsk Sykepleierforbund 2003). Navn og telefonnummer på intervjuer ble oppgitt slik at både avdelingslederne og deltagerne kunne ta kontakt om de hadde spørsmål før eller etter intervjuene. Dette er i tråd med etiske retningslinjer om at informasjon skal gis skriftlig (Norsk Sykepleierforbund 2003).

Antall deltagere og tidsaspektet for intervjuene var også viktig informasjon for leder når dette skulle planlegges. Videre fikk lederne informasjon om inklusjonskriteriene og at det var ønskelig å gjennomføre intervjuene april / mai 2016. Det ble gitt informasjon om at rekruttering av deltagerne måtte bli formidlet gjennom avdelingsleder på de aktuelle avdelingene. Avdelingslederne var positive til dette.

Deltagerne, som samtykket til å delta, fikk tilsendt et eget informasjonsbrev (informasjonsbrev nummer 2). Brevet ble formidlet til dem gjennom avdelingsleder. Informasjonsbrevet til informantene (vedlegg 3) inneholdt informasjon om hensikten med studien, at det ville bli gjort lydopptak intervjuene og at intervjuene ble gjort i grupper. Deltagerne fikk også informasjon om at deltagelse var frivillig, og at det var mulig å trekke seg underveis. Tidspunktet derimot for når det ikke er mulig å trekke seg ble ikke spesifisert i søknaden til NSD.

Det ble ved oppmøte til intervjuene utdelt en samtykkeerklæring hvor deltagerne skriftlig samtykket etter å ha lest informasjonsbrevet og fått muntlig informasjon (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014).

Informert samtykke er et av kravene innen forskningsetiske prinsipper, og det kriteriet innebærer at deltagerne er samtykkekompetente (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014). Deltagerne i denne studien ble regnet for å være samtykkekompetente da de hadde utdannelse innen fagfeltet, var i arbeid og kunne selv vurdere informasjonsbrevet og tema for studiet. Skriftlig samtykke ble som nevnt innhentet fra de aktuelle deltagerne.

Samtykkeerklæring blir vedlagt studien (vedlegg 5).

Da deltageren hadde gitt sitt samtykke ble det avtalt når og hvor intervjuene skulle gjennomføres. Ved gruppeintervju kreves det at flere går fra avdelingen samtidig, og det måtte passe med avdelingens rutiner. Hvor intervjuene skulle gjennomføres ble vurdert. På et nøytralt sted som eksempelvis en kafe kan man få frem en avslappet stemning, men det kan være mye støy, og andre mennesker som kan bli nysgjerrige. Deltagernes opplysninger skal i varetas og forskeren har taushetsplikt (Helse og omsorgsdepartementet 2008). Det kan derfor virke som det mest etisk forsvarlige var å finne et nøytralt sted for intervjuet (Kvale mfl. 2015). Av praktiske hensyn ble det enklest å finne et grupperom eller ledig kontor i det aktuelle sykehuset, slik at det ikke gikk bort så mye tid til selve intervjuprosessen.

I denne studien var datainnsamling planlagt gjennom semistrukturerte intervjuer i grupper på fem stykker, fire grupper totalt. Gruppene ble nummert fra en til fire, ingen direkte link til deltagerne. Aktuelle avdelingsledere fikk informasjon om at det var ønskelig med fem deltagere til hvert gruppeintervju, og at det ble beregnet ca en time til gjennomføring.

Intervju en og to hadde begge fem deltagere, ti til sammen. Varigheten var mellom 45 og 55 minutter.

Intervju nummer tre, dette intervjuet var gjort med bare en deltager. Dette var en operasjonssykepleier som ved sin avdeling hadde en fagstilling knyttet opp mot veiledere i avdelingen og høgskolene som studentene ble utdannet ved. Vedkommende følte at deltagelse i gruppeintervju ble en etisk konflikt. Både for seg selv og i stor grad for de andre deltagerne. Vedkommende underviste og styrte hele forløpet med studenter i avdelingen og var redd kollegaene ville oppleve det som kontroll eller at de ikke kunne uttale seg fritt om hun var tilstede under intervjuet.

Vedkommende brant for dette tema og ville mer enn gjerne la seg intervju alene. Intervjuets varighet var 50 minutter.

I intervju nummer fire var det seks deltagere. Her var tiden styrende i større grad enn ved de andre intervjuene, og etter 50 minutter måtte de tilbake til sine arbeidsoppgaver. Var kommet gjennom intervjuguiden, men det var ikke rom for oppklaringer eller en oppsummering.

Det ble rekruttert totalt 17 deltagere. Alle 17 deltagere var kvinner. I gjennomsnitt hadde de vært operasjonssykepleiere i 16, 5 år, med et spenn fra seks til 30 år. Veilederansvar hadde de hatt i gjennomsnitt 13 år, med da en variasjon fra tre til 27 år.

### 2.2.6 Intervjuguiden

Det ble i forkant laget en intervjuguide (Vedlegg 4). Spørsmålene ble formulert ut fra hensikten. Selv om forskeren ønsker å ha en åpen samtale så må den allikevel til en viss grad være planlagt og styrt (Kvale mfl. 2015). For å oppnå det og for å holde en rød tråd gjennom intervjuene så ble intervjuguiden utviklet.

Innen fenomenografien gjelder det å gå bredt inn mot fenomenet. Intervjuguiden kan omfatte bare ett inngangsspørsmål. Den videre dialogen kan imidlertid variere og ha flere oppfølgings spørsmål (Dahlgren og Fallsberg 1991). Dette ligger til grunn for intervjuguiden i denne studien.

Tidlig i prosessen ble det gjennomført et pilotintervju med bare en deltager, hvor intervjuguiden ble testet ut og nødvendige justeringer ble gjort (Creswell 2013).

Datamaterialet fra piloten ble ikke inkludert i studien.

Pilotintervjuet medførte at spørsmålene ble langt færre, og mer åpne i sin struktur.

Intervjuguiden ble deretter diskutert med veileder, som kom med innspill på innhold og relevans. Til slutt ble den funnet tilfredsstillende ut fra studiens hensikt, og den ble ikke endret etter at forskningsplanen var blitt meldt NSD.

Intervjuguiden var delt i to.

Del 1:

Hva forstår du med kunnskapsbasert praksis i forbindelse med veiledning?

Del 2:

1. Beskriv din veilederrolle.
2. Hvordan planlegger du, og hvordan gjennomfører du veiledning av studenten? («strategi»)
3. Hva påvirker valget av innhold og situasjoner du veileder studenten i?
4. Hva påvirker hvilke krav og mål du og studenten legger for praksisperioden?

### 2.2.7 Datainnsamling

Intervju beskrives av Kvale og Brinkmann (2015) som en samtale bare med en viss struktur og hensikt. Forskningsintervjuet går dypere inn i tematikken enn i hverdags samtaler. For å få fram beskrivelser om deltagerens livsverden hadde forskeren en tilnærming med både spørre – og lytte fokus. Intervjuene var åpne og semistrukturerte, det vil si at samtalen var både planlagt og fleksibel (Kvale mfl. 2015). Åpne intervjuer brukes når fokuset er å forstå et fenomen. Intervjuer var oppmerksom på å lytte til deltagerne underveis i intervjuene (Creswell 2013).

På forhånd ble lydopptaker skaffet. Målet var å få maksimalt ut av opptaket i etterkant, så det var ønskelig med god kvalitet. Derfor måtte man fjerne bakgrunnsstøy, tenke på hvor opptakeren skal være og å be informantene om å snakke høyere og tydeligere da det oppstod behov for det (Kvale mfl. 2015). Man kunne kanskje være redd for å avbryte informantene med tanke på at viktig informasjon ble rotet litt til, da fikk man vurdere hva som skulle gjøres og hva som var best.

Dette opplevdes ikke som et problem, da alle intervjuene ble gjennomført på kontorer i de aktuelle sykehusene hvor døren kunne lukkes, det var liten bakgrunnsstøy og heller ingen uvedkommende som forstyrret. Det litteraturen beskriver i avsnittet ovenfor ble snakket om i forkant av intervjustart. Underveis var intervjueren veldig opptatt av å lytte og ikke farge intervjuene med sine avbrytelser. Men noen utsagn var det ønskelig at ble utdypet og andre ganger måtte noe oppklares eller deltagerne måtte spores inn mot tema igjen.

Den første delen av intervjuet var et åpent spørsmål som hadde modellen for kunnskapsbasert praksis som bakgrunn. Modellen ble lagt fram som et utgangspunkt eller et åpnings spørsmål. Deltagerne ble presentert for modellen, og kunne deretter fritt uttrykke seg. De hadde et ark med modellen foran seg gjennom hele intervjuet slik at deltagerne kunne se på modellen og fokusere på den om de skulle ønske det underveis.

Å intervju enkeltpersoner kan være både lett og krevende. Noen personer snakker lett og deler gjerne det de tenker og mener. Men andre igjen kan være vanskelig å få i tale, ordene sitter langt inne. Begge deler var tenkt gjennom i forkant, og hvordan dette skulle imøtekommes. Ved intervju av enkeltpersoner har ikke intervjuer andre personer i settingen å spille på (Kvale mfl. 2015). Et intervju ble gjennomført med bare en deltager. Dette var en person som var åpen og lett i tale så intervjuet «hadde en fin flyt» gjennom hele prosessen.

Ved å intervju en tilfeldig sammensatt gruppen kan ulike former for samspill oppstå. Det kan være fare for å påvirke relasjonen til deltageren, og deltagerne seg imellom kan også påvirke relasjonen eller dynamikken i gruppen. Maktforhold kan i mindre eller større grad oppstå. Det var viktig å inneha kunnskap om hvordan dette kan imøtekommes (Kvale mfl. 2015).

Litteraturen beskriver blant annet anvendelse av empati og emosjonell samspill (Kvale mfl. 2015).

Ved gruppeintervju er det flere personer til stede. Om noen ikke var så lette å få i tale kunne intervjueren spille videre på de andre. Dette kan skape en dynamikk hvor flere ytret seg etter hvert. Samtidig var intervjueren oppmerksom dersom noen ble for dominerende i gruppen. Alle måtte få slippe til, i henhold til Creswell (2013) Ved et individuelle intervjuet som ble gjennomført var det lettere å få med seg den enkeltes utsagn, mens ved gruppeintervjuene måtte intervjuer forsøke å inkludere de «stille» deltagerne (Kvale mfl. 2015). Ved ett av intervjuene at det var en taus deltager som havnet litt i bakgrunnen av de andre. Det ble forsøkt å involvere vedkommende inn ved å spørre:

- Er du enig eller har du andre synpunkter?
- Hvordan opplever du dette?
- Har alle en felles oppfatning av.....?

Utfordringen ble opplevd som etisk dilemma. Faren for at vedkommende kunne føle seg uthengt eller presset, eller at vedkommende opplevde å tape ansikt foran kollegaer (Creswell 2013), var tilstede. Dette ble vurdert underveis så spørsmålene ble forsiktig formidlet.

Deltageren kom da raskt i tale og uttrykte seg. Om det ikke hadde skjedd måtte man raskt ha henvendt seg til de øvrige i gruppen igjen (Kvale mfl. 2015).

Deltagerne ble oppmuntret til å snakke fritt om fenomenet veiledning av operasjonssykepleiestudenter. De ble oppfordret til å gi eksempler på hvordan de opplever fenomenet og beskrive hva de tenkte rundt det. Spørreordene var «hva» og «hvordan». «Hvordan» var ofte oppfølgingsspørsmålet hvor deltageren ble oppfordret til å utdype sine utsagn, i henhold til anbefalinger fra Larsson og Holmstrøms (2007). Det ble vektlagt å gi deltagerne rom til å uttale seg fritt, og tid til å reflektere. Det var ingen forventning om «rette» eller «gale» svar, og dette ble det snakket om i oppstarten av hvert intervju (Sjøstrøm og Dalhgren 2002). Ledende spørsmål for å styre deltagerne inn mot fenomenet er beskrevet som anbefalinger i litteraturen. Derfor ble det noen ganger brukt for å oppklare utsagn eller utydelighet fra deltagerne (Kvale mfl. 2015). Det var et ønske om så mye informasjon som mulig fra deltagerne, men hensyn intervjuerpersonenes integritet skulle også ivaretas. Overtramp kunne

føre til etiske dilemmaer. På den annen side så kan data bli veldig overfladisk om man ikke tørr å gå i dybden og stille kritiske spørsmål, det ble derfor gjort der det var nødvendig (Kvale mfl. 2015).

Deltagerne var villige til å dele tanker og meninger, noe som gjorde det lettere å stille oppfølgings spørsmål som kunne være direkte eller utdypende.

### 2.2.8 Oppbevaring og behandling av data

Intervjuene ble tatt opp med diktafon, for så bli transkribert og analysert i ettertid.

Transkripsjon ble gjort etter intervjuene, og både lydopptak og transkribert materiale ble oppbevart og behandlet etter gjeldene lov (Justis og beredskapsdepartementet 2000).

Personopplysningslovens §13 er klar på at informasjonen skal oppbevares forsvarlig slik at den enkelte deltager blir ivaretatt og opplysningene vedkommende har gitt ikke lekker ut. I samme lov, § 28 beskrives at opplysningene ikke skal oppbevares lengre enn nødvendig.

Både det muntlige og skriftlige intervjumateriale, samt samtykkeerklæringene, blir forsvarlig oppbevart i en låsbar skuff. Når masteroppgaven er innlevet, og sensur er falt, vil muntlige materiale slettes og eventuell kobling mellom gruppe og data makuleres. Det opprettes ingen form for koding av lydopptak eller skriftlig materiale som kan knytte opplysninger til enkeltpersoner eller institusjonstilhørighet.

Deltagerne fikk også informasjon om at det er en mulighet for at masteroppgaven publiseres i form av en artikkel, med tidsramme på ett år. Da vil materialet som krever sletting bli slettet etter publisering.

Transkribering, er en prosess hvor intervjumaterialet klargjøres for analyse. Det innebærer at materialet transkriberes fra muntlig tale til skriftlig tekst (Kvale mfl. 2015). Transkriberingen av alle intervjuene ble utført av studiens forfatter. Intervju en og to ble utført to dager rett etter hverandre. Det vanskeliggjorde transkribering rett etter intervju en. Men etter at intervju to var gjennomført ble de to intervjuene transkribert. Intervju tre ble transkribert før intervju fire, som igjen ble transkribert fortløpende etter endt intervju.

En ordrett transkribering fra deltagerne ble tilstrebet, der alle «fyllord» som «mm», «hee» og liknende er tatt med. Intervjueren hadde også noen slike «fyllord», men de ble ikke tatt med. Det uttrykte bare en slags flyt i intervjuet og har ingen betydning for forståelsen eller helheten. Det skriftlige materiale jobbes fram og lagres på PC, men det er ingen link til hverken sykehusene eller deltagerne. Intervjuene ble nummert 1,2,3 og 4. Datamateriale

inneholdt ingen sensitive opplysninger som var taushetsbelagte, det kom heller ikke fram noe under intervjuene som kunne være i grenseland.

Ved å gjøre transkriberingen selv fikk man tilgang til detaljer og grundig kjennskap til datamaterialet. Å høre på lydopptaket flere ganger bidro til at man kjenner informantenes uttalelser godt. Samtidig som man hørte hvor og hvorfor man kunne stilt tydeligere spørsmål eller kommet med oppfølgingsspørsmål raskere. De siste intervjuene var derfor av en bedre kvalitet enn de første. I denne prosessen beskriver Kvale (2015) at forsker må lytte nøye til hva som blir sagt og hvordan. Forsker må legge merke til sukk, pauser, stemmen og tegn på at noe kanskje er viktig eller følsomt å snakke om for deltageren. Ved kritiske spørsmål må forsker være obs på at ikke deltageren føler seg krenket. Ved å fordype seg i materialet kan forskjeller mellom taleform og skriftform komme frem, og fortolkninger og meninger i teksten kan spontant oppstå. Men for å ikke danne kaos må en struktur følges og det skriftlige materialet må fortolkes etter bestemte retningslinjer (Kvale mfl. 2015). Under transkriberingen var dette i fokus og dataanalysen måtte støtte seg til en utvalgt metode innen det designet som var valgt for studiet. Dette beskrives under dataanalysen.

### 2.2.9 Dataanalyse

Denne studien støtter seg til Dahlgren og Fallsberg (1991) sin beskrivelse av analyseprosess. Hensikten i kvalitativ forskning er å finne kategorier av beskrivelser eller forklaringer rundt humane og sosiale fenomener. Gjennom beskrivende fenomenografi er det ønskelig å bevare innholdet i de uttrykte begrepene om det bestemte fenomenet (Dahlgren og Fallsberg 1991). Analysen bygger på dette prinsippet.

Intervjuer er levende samtaler, men selv om de ble produsert i muntlig form, fremstod intervjuene gjennom analyseprosessen som skriftlig tekst hvor forskeren trakk ut relevant data (Kvale mfl. 2015). Gjennom hele analysearbeidet ble det benyttet et Excel program med en skjematisk oversikt der uttalelser, grupper med likt og ulikt innhold og delkategorier ble satt opp etterhvert som de fremkom. Dette førte til en oversikt over datamaterialet.

De fire intervjuene ble også fargekodet. Intervju 1(gul), 2(grønn), 3(blå) og 4(lilla). Dette ble gjort for holde oversikt over de ulike intervjuene, så det kunne bli lettere å spore den opprinnelige kilden til utsagnet ved behov for å finne konteksten i en uttalelse, eller oppklare noe.

Hovedresultatene innen fenomenografien er forskjellige beskrivelseskategorier som var resultatet av deltagerens oppfatninger. Beskrivelseskategoriene ledet til utfallsrom (Dahlgren og Fallsberg 1991). Med utfallsrom menes deltagerens oppfatning av fenomenet.

Datamateriale i denne fenomenografisk analysen var deltagerens ulike oppfatninger og forståelse av deres opplevelse om fenomenet (Sjøstrøm og Dalhgren 2002).

Variasjonen i datamateriale skulle komme fram i hver av beskrivelseskategoriene, og de skulle skille seg fra hverandre ved å være unike i sin beskrivelse av fenomenet. Det vil si at de oppfatningen som var av fenomenet og variasjonen i beskrivelseskategoriene ble da ivaretatt. Beskrivelseskategoriene skulle også være logisk relaterte som i en strukturell relasjon, og bygge logisk på hverandre (Larsson og Holmstrøm 2007).

I kvalitative studier som dette, bidrar den enkelte deltager med betydelige informasjon. Målet var å nyttiggjøre seg denne kunnskapen slik at den kan ha overføringsverdi i sammenliknbare situasjoner (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014).

Analysemodellen er beskrevet av Dahlgren og Fallsberg (1991) og består av syv trinn.

#### Familiarisasjon

Det transkriberte materialet ble lest gjennom flere ganger ut fra studiens hensikt. Man fikk et helhetsbilde av datamaterialet. Alle intervjuene ble lest for seg etter hver transkribering, og da alle fire intervjuene var transkribert ferdig ble alt datamateriale lest gjennom for å få en sammenheng og se helheten.

#### Kondensasjon

De mest signifikante uttalelsene utfra hensikten ble markert i teksten og ble deretter valgt ut og skrevet ned i et nytt dokument. Deretter ble teksten overført til et enklere språk. Det gav en kort og representativ versjon av dialogen. Underveis ble det tilstrebet å ivareta deltagerens sanne oppfatning eller uttalelse.

#### Sammenligning

De utvalgte signifikante utsagnene ble analysert og sammenliknet for å finne kilder til likheter og ulikheter. Utsagn med samme innhold ble gruppert sammen og variasjonene ble da synlig i de gjenstående utsagnene. For å forenkle denne prosessen ble utsagn sammenlignet og like utsagn ble markert med en strek under. Utsagnene som skilte seg ut ble lett synlig og dette hjalp til skille ut likheter og ulikheter fra hverandre ved neste trinn i analysen.

#### Gruppering

Her ble uttalelser og begreper som er like satt sammen. Utsagn og meninger med likt



innholdet ble gruppert sammen og det gav en økt forståelse av hvordan de hørte sammen med hverandre og dannet oppfatninger. Disse oppfatningene gav en pekepinn på delkategorier, og de ble samlet i egen kolonne som ble kalt midlertidige delkategorier / grupper. Ved slutten av neste trinn ble det blant annet ryddet i denne kolonnen.

#### Utforming

Oppfatninger ble sammenstilt og gruppert ut fra likheter og ulikheter. Essensen av disse gruppene ble beskrevet med et foreløpig navn og forsker prøvde å fange essensen. Dette dannet kategorier der forskeren beskrev et foreløpig utkast på hva hver gruppe uttalte. Det var et samspill mellom trinnene i analyseprosessen, og trinn 4 og 5 ble gjort i flere omganger (Dahlgren og Fallsberg 1991). Det ble identifisert ni grupper med oppfatninger. Disse gruppene kan sammenliknes med «sekker», fordi de fikk navn over flere felles uttalelser. Et eksempel er «Erfaringer». I denne gruppen ble alle uttalelser fra de fire intervjuene som omhandlet erfaringer plassert eksempelvis personlige erfaring, yrkesmessig erfaring, opplevelser som var erfaringsbasert, som eksempelvis erfaringsbasert kunnskap og erfaringer med veiledning.

#### Navngi beskrivelseskategoriene

Beskrivelseskategoriene fikk navn ut i fra essensen i innholdet (Dahlgren og Fallsberg 1991). Ved denne delen av analysen ble et nytt skjema brukt hvor alle ni kategoriene ble sortert og utsagn som hørte til de ulike kategoriene eller gruppene ble plassert under den aktuelle kategorien. Disse ni kategoriene ble fargekodet og alle tilhørende utsagn ble plassert i riktig kategori, dette gav en god oversikt og det ble lettere å gå videre. De ni kategoriene ledet fram til tre beskrivelseskategorier med ti delkategorier.

#### Utforming og navngi beskrivelseskategoriene (trinn 5 og 6)

Disse trinnene ble gjort i flere omganger for å få med alt det som var aktuelt, for å plassere alt riktig i forhold til hverandre og fordi flere runder var nødvendig for å se alt klart. Materialet ble klarere for hver runde.

#### Kontra sammenlikning

Her blir beskrivelseskategoriene sammenlignet for å finne ulikheter og likheter seg i mellom, og for å finne om hver enkelt beskrivelseskategori hadde en unik karakter. I dette steget av analysen var det ønskelig å se intervjuene i et større perspektiv. Hva har egentlig deltagerne svart, sett i et stort bilde? Beskrivelseskategoriene ledet frem til et utfallsrom. Dette siste trinnet i analyseprosessen omhandlet relasjonen mellom kategoriene. Ved å forstå denne

relasjonen kan funnene få plass eller rom og det ble lettere å se helheten. Også i denne delen av analysen var det nødvendig å gå flere runder og bruke flere skjemaer til materiale for å kunne sammenlikne og ha oversikt.

Det er nyttig å bruke tabeller for å oppsummere og organisere oppfatninger, slik at leseren i større grad kan danne seg et bilde og få oversikt over funnene (Polit & Beck, 2008). Derfor vises et eksempel fra analyseprosessen (Tabell 1), hvor materialet og bearbeidelsen visualiseres for å gi en bedre forståelse av prosessen.

Tabell 1, Utdrag av analyseprosessen.

Utsagn fra deltagerne	Kondensasjon	Sammenligne Likheter og ulikheter	Gruppering	Ulikheter som gjenstår etter forrige trinn	Utforming
Jeg har gått et veiledningskurs, et halvårig kurs eller noe. Absolutt nyttig det med påfyll	Veiledningskurs.. nyttig med påfyll.	Veiledningskurs, nyttig	Veiledningskurs, nyttig		Nyttig med veiledningskurs og påfyll
Har masse kunnskap om veiledning (veilederutdanning)	Har kunnskap om veiledning	Har kunnskap om veiledning		Har kunnskap om veiledning	Har kunnskap om veiledning
.. det vi har lest oss til og det som vi har fått presentert etter hvert som ny forskning og som er noen ganger helt annerledes enn du tenkte	Det vi har fått presentert som ny forskning, er noen ganger annerledes enn du tenkte tidligere	Forskning kan være annerledes enn allerede tilegnet kunnskap		Forskning kan være annerledes enn allerede tilegnet kunnskap	Forskning gir ny kunnskap
Jeg aner ikke hvordan jeg skal veilede, det er aldri noen som har fortalt meg	Ingen som har fortalt meg hvordan veilede	Ikke fått opplæring i hvordan veilede	Ikke fått opplæring i hvordan veilede		Ikke fått opplæring i hvordan veilede

### 3.0 FUNN

Funnene beskriver operasjonssykepleieres oppfatninger om hva som er av betydning for veilederfunksjonen, innenfor rammene av kunnskapsbasert praksis.

Resultatet av analyseprosessen presenteres som tre beskrivelseskategorier og ti underkategorier. Funnene presenteres i en tabell for oversikt (tabell 2) og beskrives deretter og underbygges med sitater fra deltagerne.

Avslutningsvis presenteres utfallsrommet (tabell 3). Beskrivelseskategoriene bygget logisk på hverandre og ledet til et utfall for funnene. Med det menes en strukturert relasjon mellom funnene. Utfallsrommet er et resultat av å se sammenhenger mellom beskrivelseskategoriene (Larsson og Holmstrøm 2007). Beskrivelseskategoriene tilhører en helhet og er ikke enkeltstående elementer når fenomenet skal belyses eller beskrives ut fra informantens utsagn (Sjøstrøm og Dalhgren 2002; Larsson og Holmstrøm 2007). Relasjonen mellom beskrivelseskategoriene omhandler operasjonssykepleiers veiledning som erfaringsbasert. Utfallsrommet ble derfor klinisk ekspertise og erfaring som grunnlag for veiledning.

Tabell 2. Resultatet av analyseprosessen

<b>Beskrivelseskategorier</b>		
Egen kompetanse	Støtte, anerkjennelse og rammevilkår	Studentenes engasjement og kunnskapsnivå
<b>Underkategorier</b>		
Å ha behov for kompetanse i veiledning og andre aktuelle fagområder	Å oppleve støtte fra kollegaer	Å bruke studentens ulike kompetanse- nivå
Å ha behov for samarbeid mellom skole og praksis	Å ha tid til daglig veiledning og veilederkurs	Å se forskjellige egenskaper hos studentene
Å ha behov for kompetanse til å finne forskningsbasert kunnskap	Å få lønnskompensasjon	
Å oppleve spenninger mellom etablert kunnskap og praksis	Å takle ytre faktorer som påvirker veiledningen	

### 3.1 Egen kompetanse

I denne beskrivelseskategorien beskrev deltagerne sitt kunnskapsgrunnlag om veiledning, og ønske og behov for mer veilederkompetanse. Det framkom at deltagerne ikke visste hvordan de skulle veilede, da de ikke hadde lært det. Noen av deltagerne var frustrerte over ikke å strekke til i veiledersituasjoner.

- *Veilederkompetanse... ikke vært så dumt det egentlig*
- *Savner kunnskap om veiledning..*

Andre deltagere gav uttrykk for at de hadde kompetanse.

- *Har masse kunnskap om veiledning.*

Deltagerne uttrykte også annen type kunnskap, blant annet medisinsk kunnskap og mangel på søker kompetanse. De uttrykte også mangelfull kunnskap om det å jobbe forskningsbasert og holde seg oppdatert;

- *Vi må ha litegrann kunnskap om debriefing for det var noe som jeg ikke hadde.*
- *Jeg har innhenta rent medisinsk kunnskap jeg (ikke om veiledning).*
- *Er ikke trygg på det der med å bruke forskning.*

Blant deltagerne ble det beskrevet bruk av modellen for kunnskapsbasert praksis. De deltagerne som var kjent med begrepet brukte den i veiledningen. Så her uttrykte gruppen som helhet variasjon.

Under denne beskrivelseskategorien fremkom oppfatninger om forholdet mellom forskningsbasert viten og erfaringer som var gjort av deltagerne. Her beskrev de at det kunne oppstå dilemma når nyere forskning viste resultater som kom i konflikt med erfaringene som ble gjort i det daglige. Andre ganger var det oppklarende da forskningen kunne komme med noe som var nytt og annerledes.

- *Konflikt mellom det noen har forsket seg frem til og det som jeg erfarer og ser.*

Deltagerne uttrykte at forholdet mellom teori og praksis eller skole og praksis er preget av avstand. Det ble etterlyst et tettere samarbeid med høyskolene og lærerne. Samtidig fremkom det klart av deltagerne at de opplevde det vanskelig å knytte teorien og praksis sammen.

- *Lærerne er bedre på å stille de riktige spørsmålene*
- *Lærerne ute i praksis, knytte den teoretiske biten med det praktiske.*
- *[...] forskningsartikler er viktigere enn vår praktiske yrke..*

Deltagerne var enstemmig med hensyn til disse oppfatningene om samarbeidet med skolene og lærerne.

### 3.2 Støtte, anerkjennelse og rammevilkår.

Deltagerne uttrykte at støtte, oppmuntring og anerkjennelse fra kollegaer i forhold til veilederfunksjonen var av betydning for motivasjonen. Samtidig lå det andre faktorer til grunn som påvirket operasjonssykepleierens veilederjobb. Det var faktorer som tid, operasjonsprogrammet, arbeidspress, operatør, inngrepets karakter, stemningen på stua, arbeidsoppgaver og pasientene. Dette var faktorer som ikke deltagerne hadde styringsmulighet over.

- *Støtte fra andre kollegaer, det blir sett at det er en ekstra innsats..*
- *Vi er jo veldig opptatt av drift og at vi skal komme gjennom og ikke stryke pasienter, og studentene skal jo lære.*
- *[...] jobber med tidspress hele tiden, så kan det bli at vi ikke har kapasitet til mer enn oss sjøl nesten.*

Blant deltagerne kom det også frem at tross tidspress så var det også noe med å være bevisst tiden og rammene man hadde.

- *Tid og drift er det store her, den største sperren. Men det er noe med hvordan vi bruker tiden. Lett og si jeg har ikke tid. Hva med før- etter og underveis veiledning?!*
- *Noen kan få hakk i sjelen hvis de kommer opp i fæle ting [...] viktig med etterveiledning.*

Deltagerne gav uttrykk for at lønn for veilederjobben ville ha økt motivasjonen til å gjøre en enda bedre jobb. En faktor til som påvirket veiledningen, men som var underlagt lederansvar og rammene i avdelingen var muligheten til selv å bestemme hvilke operasjoner og situasjoner studenten hadde behov for å delta i. Det ble beskrevet at noen ledere var fleksible på dette området, og lot veileder styre forløpet.

### 3.3 Studentenes engasjement og kunnskapsnivå

Deltagerne beskrev i denne beskrivelseskategorien at de var opptatt av studentens engasjement og kunnskapsnivå. Det var med på å påvirke veiledningen. Deltagerne var opptatt av engasjerte studenter som hadde egne mål, og deltok i situasjoner og gjøremål. Det ble oppfattet som lettere å veilede når studentene hadde mål, som et utgangspunkt for praksisperioden og læresituasjoner.

- *[...] noe med studenten og [...] det er noe med å vise interesse, engasjement.*
- *Altså det verste jeg vet er sånn likegyldighet.*

Deltagerne gav også uttrykk for at studentene kom med ny kunnskap til praksisfeltet, og studentene ble oppmuntret til å søke opp ny forskning og bringe det tilbake operasjonssykepleier med veilederansvar. På den måten lærte operasjonssykepleieren litt også.

- *Hører selvfølgelig også kanskje med studentene om det finnes noe nytt som de har lært.*
- *Innhenter informasjon gjennom studentene.*

Funnene har blitt presentert med ordrette sitater fra deltagerne i teksten. Det er med på å understreke en mening eller et poeng (Dahlgren og Fallsberg 1991). Det støtter også de kategoriene forskeren har kommet frem til (Sjøstrøm og Dalhgren 2002).

Den eneste delkategorien fra analysematerialet som ikke blir beskrevet nærmere er det som omhandler brukerkunnskap knyttet opp mot pasientene. Dette velges å bort da det ikke har relevans i denne studien sett ut fra forskningsspørsmålene og det som ønskes besvart.

### 3.4 Utfallsrommet

Utfallet av funnene gav en overbyggende beskrivelse og forståelse for variasjonene rundt veiledning som fenomen. Dette gjenspeilte informantenes meninger om hva som påvirket veilederfunksjonen innenfor rammene av kunnskapsbasert praksis.

Tabell 3. Utfallsrommet

Utfallsrom		
Klinisk ekspertise og erfaring som grunnlag for veiledning		
Beskrivelseskategorier		
Egen kompetanse	Støtte, anerkjennelse og rammevilkår	Studentenes engasjement og kunnskapsnivå

Relasjonen mellom beskrivelseskategoriene viser at operasjonssykepleieres veiledning er erfaringsbasert. Den «råde tråden» gjennom funnene peker på at informantene i studien i stor grad brukte sine erfaringer når de veiledet. Det kom frem at i hverdagen var tiden knapp og mulighetene til systematiske søk for å oppdatere sin kunnskap var i liten grad til stede. Det påvirket veiledningen i retning av et erfaringsbasert utfall.

Beskrivelseskategoriene gav et utfallsrom som viste en sammenheng mellom studiens hva- og hvordan spørsmål (Dahlgren og Fallsberg 1991), som vist i tabell 3.

«Hva» blir besvart i beskrivelseskategoriene, hvor deltagerne oppfatning eller forståelse av *hva* kunnskapsbasert praksis og kunnskapsbasert veiledning er, og *hva* som påvirker veilederrollen.

Beskrivelseskategorien «Egen kompetanse» synliggjør behovet for ulike kunnskapsformer operasjonssykepleierne har, og beskriver et opplevd spenningsforhold mellom erfaringsbasert praksis og forskningsbasert kunnskap. Å ha kunnskap om studentrollen beskrives også som en viktig faktor for veilederne, fordi studentens kunnskap og væremåte utfordret de på ulik måte.

Beskrivelseskategorien «Studentenes engasjement og kunnskapsnivå» påvirket veilederrollen. Oppfatninger om studenten, eller opplevelser med studenten ser ut til å påvirke motivasjonen for å veilede.

Beskrivelseskategorien «Støtte, anerkjennelse og rammevilkår» sammenfatter utsagn knyttet til at forhold i omgivelsene påvirker veilederfunksjonen. Det å oppleve at en har mulighet til å gjennomføre veiledning påvirker kvaliteten på veiledningen.

Utfallsrommet peker på *hvordan* informantene oppfattet at de gjennomfører sin veiledning. Gjennomgående beskriver utsagnene at veiledningen i stor grad bygger på erfaring; med operasjonssykepleiefaget og med tidligere veiledning av studenter. Det framkommer også at informantene er opptatt av å skape et trygt læringsmiljø.

Informantene eller deltagerne beskrev egen veiledning. De beskrev hvordan veiledningen ble planlagt og gjennomført i praksis. Deltagerne var opptatt av å skape et godt læringsklima for studenten. Et læringsklima som var preget av trygghet, hvor det er rom for å spørre, feile og å lære. Deltagerne uttrykte flere ganger at trygghet var viktig for læring. Flere av deltagerne beskrev veilederrollen som en støtte til studenten. En støttepartner, men også en støtte til læring på den måten at veileder fant operasjoner og situasjoner som studenten trengte mengdetrening på.

Utsagnene fra deltagerne belyste at veiledningen i stor grad var erfaringsbasert, at de overbragte sin erfaringsbaserte kunnskap. Veiledningen ble beskrevet som «hermelæring», hvor deltagerne demonstrerte en handling for studenten. Så skulle studenten gjøre det samme.

- *Mye erfaringsbasert, som jeg overbringer til studentene.*
- *Går jo veldig på erfaringer og den kunnskapen man har tilegnet seg som operasjonssykepleier.*

Deltagerne uttrykte at i noen situasjoner var det ikke rom eller tid for å søke kunnskap eller diskutere løsninger, da man som profesjonell yrkesutøver «bare handler». Hvordan man handler i akuttsituasjoner det skal studentene også lære seg,

- *I akutte situasjoner tipper veiledningen ofte mot erfaringsbasert kunnskap.*
- *Veldig situasjons-avhengig, hvor akutt er dette her? Noen ganger må man bare gjøre det som erfaringen tilser at fungerer. Det er ikke noen alternativer, og du kan på en måte ikke sitte å lete eller gå å lete etter alternativer, du må bare handle nå.*

Informantene nevnte også andre faktorer som påvirker veiledningssituasjonene, men de faktorene var i stor grad praktisk rettet.

- *Heldig og fått to veiledere pr student i det siste, og da prater vi jo sammen, det er veldig bra.*
- *Det som er viktig er at det er kontinuitet i veiledningen.. Sånn at du har en student og når du er på jobb så har du studenten.*



## 4.0 DISKUSJON

Funnene i studien beskriver operasjonssykepleiernes oppfatninger om hva som påvirker veilederfunksjonen og svarene er gruppert i tre beskrivelseskategorier; Egen kompetanse, støtte, anerkjennelse og rammevilkår, samt studentens engasjement og kunnskapsnivå. Dette omhandler operasjonssykepleiernes oppfatning av egen kompetanse og tilnærming til forskningsbasert viten.

### 4.1 Betydningen av veileders kompetanse

Som en rød tråd gjennom studien er det pekt på at kompetanse er viktig for å foreta visse handlinger og avgjørelser. Kompetanse referer til både teoretisk kunnskap og erfaringsbasert innsikt (Hauge 2015). Operasjonssykepleiere i denne studien uttrykte behov for veilederkompetanse og det beskriver litteraturen også som et stort behov. Høgskolene opplever utfordringer ved å kvalitets sikre praksis og tilbyr derfor kurs i veiledning. Her vektlegges både ferdigheter, kunnskap og personlig kompetanse (Hilli mfl. 2014). For å oppnå fortrolighet i veilederrollen og å lære å bruke av sin personlige kompetanse får man mulighet til å gå inn i veilederrollen under veiledning. For at operasjonssykepleiere skal utvikle seg som veiledere er det av betydning å bli veiledet av andre og få tilbakemeldinger og motta støtte på den jobben man gjør (Hilli mfl. 2014; Carlson og Bengtsson 2015).

Det forventes at operasjonssykepleiere baserer sin praksis på den best tilgjengelige kunnskapen, og den enkelte har et selvstendig ansvar i å vurdere sin egen kompetanse opp mot de arbeidsoppgaver som skal utføres (Hommelstad 2011).

Utdanningsnivået innen grunnutdanningen for sykepleiere, og etter- og videreutdanninger har gjennom de senere årene vært gjennom en betraktelig utvikling, og da er det riktig at praksis følger opp ved å øke kunnskapsnivået om veiledning (Duffy 2009). Duffy (2009) mener det kan stilles krav til hva veilederrollen bør inneholde. Den studien føyer seg inn i rekken av flere studier (Ehrenberg og Häggblom 2007; Hilli mfl. 2014; Pront, Gillham og Lambert 2016) som anbefaler veilederkurs til veiledere for å øke veilederkompetansen til den enkelte men også generelt. Her kommer det også frem at veileder har stor påvirkning på utfallet av veiledningen og utviklingen gjennom praksisperioden. Veileder skal forberede studenten på utfordringene som møter dem når de er ferdig utdannet. Operasjonssykepleiere uttrykte at de hadde liten kunnskap om hva rollen som veileder kan eller bør inneholde, derfor ønsket de seg kurs på dette temaet.

De operasjonssykepleierne i denne studien som hadde veilederkurs var tryggere i sin rolle, og noen av de igjen jobbet bevist etter modellen «Jobb kunnskapsbasert» da de hadde mer kunnskap om dette. Som nevnt under introduksjonen så viser studier at ved å anvende forskningsbasert kunnskap så blir man som operasjonssykepleier tryggere i sin arbeidsrolle (Martin 2011). Det er viktig å ha tro på egen evne til å lære bort, til å inneha den teorien som er nødvendig både om operasjonssykepleiefaget og om veiledning (Duffy 2009).

Ulike krav til kvalifikasjoner i forbindelse med veiledning stilles av ulike yrkesgrupper. Noen yrkesgrupper som for eksempel sykepleiere, samt operasjonssykepleiere stiller ikke krav til veilederkompetanse. Yrkesfunksjonen som sådan tillegges veilederansvar (Tveiten 2013). Veilederkompetanse innebærer kunnskap om det læringsteoretiske fundamentet for veiledning. Også ferdigheter i metode og kommunikasjon inngår i kompetansen. Det er viktig å være bevisst sin veilederrolle og hvordan rollen skal ivaretas. Gjennom veilederkompetansen lærer man verktøy for å gjøre god veiledning, dette er godt beskrevet av Tveiten (2013). Blant annet beskrives evnen til å lytte, evnen til å utfordre, evnen til å stille kritiske spørsmål og å reflektere. På bakgrunn av dette er det positivt at operasjonssykepleiere ønsker veilederkurs for å oppgradere sin kunnskap.

En veileder kan ikke bare se på det å veilede som en forpliktelse, det bør være et engasjement for students utdanning, studentens mål og studentens kliniske lære situasjoner (Hyrkäs og Shoemaker 2007). Operasjonssykepleiere gav klart uttrykk for at de ønsket å være en god veileder for studentene. Operasjonssykepleierne ønsket at studenten skulle komme igjennom praksis på en god måte. Begrepet «god måte» er en subjektiv beskrivelse og kan sammenliknes med begreper som «god operasjonssykepleier» eller «god doktor». Begrepene er noe ulne og henviser ikke nødvendigvis til kunnskap og ferdigheter. Derfor bør det etableres et rammeverk for veiledning (Pront, Gillham og Lambert 2016).

Dette rammeverket bør være et samarbeid mellom praksisplassene, høyskolene og studentene i større grad enn per dags dato. Effekten av læring vil øke om alle parter kan dele erfaringer, råd og kunnskap (Fillingsnes og Thylen 2012; Dahl og Eriksen 2016). Behovet for veilederkompetanse er stort og må synliggjøres i den enkelte institusjon, men også nasjonalt (Hauge 2015; Universitet og Høgskolerådet 2016). Operasjonssykepleiere mente de trengte veilederkurs, men svært få hadde stilt krav til sin leder om kurs for å være veileder.

Hilli (2014) peker i sin studie på at både studentene og veileder har ansvar for læring og å dele kunnskap. Studenten har ansvar for å fortelle eller synliggjøre sine behov og

kunnskapshull. Det er veileder sitt ansvar og respondere på behovene. Gjennom konstruktive tilbakemeldinger øker studentenes selvtillit, motivasjon og mulighet til å utnytte praksissituasjonene (Henderson og Eaton 2013). Veiledere ikke er så beviste på å gi effektive tilbakemelding som gir kontinuerlig utvikling. Mye av grunnen er at veilederne ikke er faglig forberedt før de tar rollen som veileder (Henderson og Eaton 2013). Operasjonssykepleierne i denne studien uttrykte at de var villig til å veilede, og ønsket å være aktive i studentens praksisperiode og å se studentens utvikling. Likevel uttrykte operasjonssykepleiere at de manglet pedagogisk kompetanse og verktøy (Hilli mfl. 2014). De opplevde at de kom til kort, ikke stilte de riktige spørsmålene og ikke viste hvordan de egentlig skulle veilede. Krittisk tenkning og selvstendig problemløsning er akademiske egenskaper som trengs i klinisk praksis. Det stilles pedagogiske krav til den operasjonssykepleieren som veileder for å mestre dette (Fillingsnes og Thylen 2012).

Numminen`s studie (2012) viste at etter ti års erfaring flater læringskurven blant operasjonssykepleiere ut, operasjonssykepleierne lærer mest de første ti årene. Samtidig viser den samme studien at nyutdannede operasjonssykepleiere vurderte sin kompetanse til å være ganske lav. Hvorfor det er slik kommer ikke frem, men det er interessante funn. Dette ble dessverre ikke diskutert med operasjonssykepleierne i denne studien. Det hadde vær svært interessant og hørt deres synspunkter og erfaringer på dette. Det er viktig kunnskap og ta med seg videre samtidig som operasjonssykepleierne trenger å få økt kunnskap om dette. Man vet at motiverte og kompetente operasjonssykepleiere sørger for høy kvalitet på den jobben som gjøres, også som veiledere (Numminen. mfl. 2012). Det motsatte gir dårlig og tilfeldig utfall på veiledningen for studentene (Henderson og Eaton 2013). I hvilken grad tilfeldig veiledning påvirker kunnskapsnivået til nyutdannede operasjonssykepleiere er noe man bør forske videre på.

En operasjonssykepleier med gode teoretiske kunnskaper er nødvendigvis ikke en dyktig veileder, om vedkommende ikke har ferdigheter til å knytte skole og praksis sammen (Duffy 2009). Operasjonssykepleiere i denne studien etterspurte lærene fra høgskolene ut i praksis. Operasjonssykepleiere gav uttrykk for at lærerne var bedre på å stille de rette spørsmålene, og på å kunne knytte teori og praksis bedre sammen enn de selv. Flere høgskoler har få kontaktlærere i praksisfeltet og det blir derfor veilederne som i stor grad skal hjelpe til med å knytte teori og praksis, og det oppleves utfordrende (Hilli mfl. 2014). Flere studier (Kelly mfl. 2005; De Swardt, Toit og Botha 2012; Fillingsnes og Thylen 2012; Sharpnack og Waite 2014) viser at det er et «gap» mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet.

Det er pekt på flere ganger tidligere i studien at veileder har ansvar for å knytte teorien og praksis sammen (Duffy 2009), men på den annen side så er det ikke operasjonssykepleiere alene sitt ansvar å få funksjonsdyktige studenter. Høgskolene har også et ansvar for studentenes læring. Høgskolene skal lage læreplaner og skreddersy pensum som gjør studentene i stand til å gå ut i praksis og sette teorien ut i live, og veilederne skal bistå når studentene selv ikke ser mulighetene eller ikke får det helt til i praksisfeltet (De Swardt, Toit og Botha 2012). Operasjonssykepleierne ønsket seg et tettere samarbeid med høgskolene, og man bør arbeide målrettet for å få det til i fremtiden. Ehrenberg og Häggblom (2007) belyser studentene og veilederne sine muligheter til aktivt å søke kunnskap, kritisk refleksjon og forberedelser til praksis. Tradisjonelt har opplæring vært basert på «å vite hva» som er teorien, og «å vite hvordan» som er basert på ferdigheter som læres i praksisfeltet. Den teoretiske og praktiske delen av faget er ofte todelt istedenfor å flettes sammen i en helhet hvor praktiske erfaringer kan bli belyst og kritisk analysert i lys av teoretisk kunnskap (Ehrenberg og Häggblom 2007).

Ehrenberg og Häggblom (2007) beskriver en av årsakene til «gapet» mellom teori og praksis kan være det faktum at sykepleiere som en generell gruppe i svært liten grad søker opp og leser forskning knyttet opp mot eget fagfelt. Veiledere generelt sett har mangelfull kunnskap om hvordan de skal søke og finne oppdatert kunnskap, dette gav også operasjonssykepleierne klart uttrykk for. I neste omgang kan det derfor bli vanskelig å veilede studentene på dette område. Av samme årsak er det vanskelig å oppmuntre studenten til å gjøre kritiske analyser av blant annet prosedyrer og rutiner, samt dette med å stimulere til kritisk refleksjon. Dette er verktøy veiledere må lære seg for å forbedre det faglige utbytte som praksis skal være for studentene (Ehrenberg og Häggblom 2007).

En annen side av denne saken er at når operasjonssykepleiere ikke har søkerkompetanse eller søker opp forskningsartikler innen eget fagfelt så vil man etter hvert stagnere, og operasjonssykepleierne innehar da heller ikke ny aktuell kunnskap innen faget (Hommelstad 2011). Fordi operasjonssykepleiere jobber i et miljø hvor det er raske endringer i kunnskap, teknologi og behandlingstilbud er det nødvendig med kontinuerlig faglig oppdatering og kompetanseutvikling. Læring blir for operasjonssykepleierne en livslang prosess (Hommelstad 2011). Dette kan være en av grunnene til at læringskurven flater ut etter ti år hos operasjonssykepleiere (Numminen. mfl. 2012). Kunnskaps -nysgjerrighet er viktig, spesielt i fagfelt hvor kunnskap er i stadig utvikling (Wangensteen mfl. 2010).

Operasjonssykepleiere gav uttrykk for at yrket er praktisk rettet, og forskningsartikler kan ikke vektes som viktigere. Å være operasjonssykepleier er som mange andre sykepleieretninger praktisk rettet. For å handle, ta valg, veilede og lære studentene handlingskompetanse er det nødvendig med kunnskap (Duffy 2009), dette gjelder uansett hvilken retning innen sykepleien man arbeider i. Kunnskap gir mer kompetanse som bedrer utfall for både studenter og pasienter (Universitet-og Høgskolerådet 2016) . Kunnskap tilegnes for veiledere gjennom ulike kurs og forskningsartikler (Duffy 2009).

Operasjonssykepleierne gav også uttrykk for at nyere forskning kunne komme med resultater som kom i konflikt med allerede etablert viten og rutiner. Asselin (2011) fant i sin studie at dette er et kjent fenomen. Ny viten utfordrer og setter spørsmålstegn ved det man allerede vet, utfordrer profesjonens verdier, overbevisninger og antagelser. Også her pekes det på kritisk refleksjon som et verktøy som kan være nyttig for å se på praksis gjennom ny kunnskap (Asselin 2011).

#### **4.2 Betydningen av støtte, anerkjennelse og rammevilkår.**

I operasjonsavdelinger har operasjonssykepleier en særegen og sentral rolle (Bäckström 2011). I operasjonssykepleierstudentens praksisstudier har også operasjonssykepleier en sentral funksjon som veileder. Når studentene er i praksis har operasjonssykepleier veilederansvar i tillegg til alle sine andre funksjoner (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012). Veiledere opplever det utfordrende å ivareta studenten, og i tillegg alle sine primæroppgaver (Hilli mfl. 2014; Hauge 2015).

For å bruke forskningsbasert kunnskap i praksis er det nødvendig å finne de faktorene som både hemmer og fremmer implementeringen (Hommelstad 2011).

Operasjonssykepleiere i studien uttrykte at flere faktorer påvirket det å være veileder, blant annet arbeidspresstet og arbeidsoppgavene som skal gjøres. Operasjonssykepleierne mente også at støtte og anerkjennelse var viktig for motivasjonen (Hyrkäs og Shoemaker 2007). Hyrkäs og Shoemaker (2007) fant at det er noe delt hvor mange som opplever støtte og hvor mange som ikke opplever å få støtte i forhold til veilederjobben. Det kan være en klar utfordring til kollegaer og ledere om å bli bevist sitt ansvar og å gi støtte til veilederne som gjør en ekstra innsats for fremtidige kollegaer (Hyrkäs og Shoemaker 2007). Veiledere som får støtte opplever en økt positiv forpliktelse til veilederrollen (Hyrkäs og Shoemaker 2007).

Veileder kommer i klemme mellom dagens gjøremål, pasientens behov for behandling, tidspress, mangel på støtte, en økende travel og kompleks arbeidshverdag, og så studenten

med sine ønsker, mål og krav til læringsutbytte (Hyrkäs og Shoemaker 2007). Aigeltinger (2012) peker på at de som har student ønsker få mindre andre oppgaver, da det er tidkrevende med student. Operasjonssykepleierne beskrev at de gav klart uttrykk ovenfor sine ledere at det å være veileder krever tid. utfordringen for lederne er at de skal møte både veilederne og forventningene om effektivitet og drift. Gjennom ulike endringer i helsetjenesten de siste årene har det blant annet ført til økt pasientgjennomstrømning, ikke minst i dagkirurgiske enheter (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012). Operasjonssykepleierne opplevde at tiden ikke strakk til. Tiden til veiledningen og oppfølging av studenten uteblir i dagens gjøremål.

Operasjonssykepleierne opplevde tidspress og utilstrekkelighet. Studentene ble heller ikke prioritert. Studentene er velkomne, men de prioriteres ikke form av tid (Fillingsnes og Thylen 2012). I all travelheten har veilederne egentlig ikke tid til å veilede (Duffy 2009; Fillingsnes og Thylen 2012). Dette er en diskusjon som burde vært løftet mer fram hvor ulike behov, hensyn, konsekvenser og gevinster av dagens veiledersituasjon burde vært drøftet og sett opp mot hva litteraturen beskriver. Den sier bant annet at et arbeidsmiljø hvor det er rom for faglige diskusjoner rundt tema veiledning og støtte fra kollegaer og leder er nødvendig for gode resultater og faglig utvikling på dette område (Henderson og Eaton 2013). Mangel på støtte kan virke umotiverende til å ta veilederkurs eller å engasjere seg i veilederrollen (Duffy 2009).

I den forlengelse bør det nevnes at regjeringens stortingsmelding 7 (Stortingsmeldning 7 2014) uttrykker økte bevilgninger i form av penger til utdanning og kunnskap. Praksis er en del av et utdanningsforløp (Hilli mfl. 2014), og det bør diskuteres hvordan pengene skal brukes konkret inn i skole og praksis.

Operasjonssykepleierne uttalte at veiledning i etterkant er viktig når det oppstår utfordrende situasjoner. Det handler om å se situasjonen, studenten og behovet for veiledning i vanskelige situasjoner. En operasjonssykepleier fortalte at etter en konkret dramatisk situasjon fikk de tid til etterveiledning, og det reddet studenten fra å slutte fordi situasjonen hadde vært tøff og utfordrende, og den «krevde» samtale i etterkant. Tid til etterveiledning og refleksjon rundt opplevelser og faglige vurderinger som blir tatt er viktig. Ikke bare for å unngå «hakk i sjelen», men for refleksjon og læring (Tveiten 2013). Operasjonssykepleiere opplevde at dette fikk de tid til i varierende grad, og noen dager var det ikke mulighet til ekstra samtaler i det hele tatt. Det opplevde operasjonssykepleierne utilfredsstillende. For i akutte og kritiske situasjoner kan det være avgjørende for studenten å få snakket ut om hendelsens karakter,

tanker og følelser som oppstod i situasjonen og i etterkant. For en bevist utvikling hos studenten er det viktig å få fram tanker og opplevelser ikke bare det faglige (Asselin 2011).

Kanskje operasjonssykepleiere må bli flinkere til å prioritere det, eller kreve tid til etterveiledning (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012). Støtte og veiledning rundt følelser viser seg å minimalisere students angst. Angst i den forstand det er å være student, med usikkerhet, spenninger og forventninger til praksis og seg selv (Pront, Gillham og Lambert 2016).

- Hva opplevde du? Hvilke følelser sitter du med etter dette? Hva tenkte du underveis? Hva har du lært? Disse spørsmålene kan skape en bevissthet og forbygge usikkerhet i liknende situasjoner ved at studenten lettere kan forstå seg selv og sine reaksjoner, altså en individuell læreprosess (Schön 1991; Asselin 2011). Kroppen kan gi signaler på redsel og utrygghet, det hemmer læring. Glede og mestrings følelser fremmer læring. Ved å bevisstgjøre studenter på dette kan de sette egne følelser til side og gå profesjonelt inn i situasjoner (Tveiten 2013). Dette er spesielt viktig i avdelinger som driver med akutt kirurgi hvor komplikasjoner kan oppstå raskt og livstruende pasienter kommer for akutt behandling, og noen av operasjonssykepleierne var bevist dette og uttrykte at det alltid var ønskelig å snakke med studentene i etterkant av operasjoner og andre hendelser.

Det kan også være noe med hvordan man utnytter tiden og ressursene sine.

Operasjonssykepleierne oppfordret hverandre til å gripe de mulighetene som ble både før, underveis og etter konkrete situasjoner. Studenter opplever det positivt å kunne reflektere og analysere sammen med sin veileder (Ehrenberg og Häggblom 2007). Veileder derimot kan finne det utfordrende å finne tid til det i hverdagen. Begge parter kan også finne det utfordrende og anvende oppdatert forskning fordi det ikke er tid i hverdagen til å sette seg ned og gjøre søk. Tidsklemma er en stor sperre, kanskje den største (Ehrenberg og Häggblom 2007).

Operasjonssykepleierne gav uttrykk for at veilederjobben er en ekstra oppgave i hverdagen og det er tidspress som noen ganger klart går utover studentene og læresituasjonen. Derfor ønsker operasjonssykepleierne seg økt lønn. Økonomisk kompensasjonen vil kunne være av betydning for praksisveilederens motivasjon (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012). En oppfordring til NSF om å arbeide frem avtaler for operasjonssykepleiere på denne fronten.

### 4.3 Betydningen av studentenes engasjement og kunnskapsnivå

Martin (2011) beskriver blant annet at veiledere må investere tid og energi på veiledning og utdanning av studenter i operasjonsavdelingen. Studentene kommer inn i et miljø de ikke har kjennskap til fra tidligere og mye nytt skal læres. De trenger gode veiledere for å lykkes i praksis og kravene til studenten stiger utover i studiet.

Klare mål og forventinger til studentene som er gitt på forhånd beriker studentenes utbytte av praksis, og veileder har et nøytralt fundament å møte studentene på (Kelly mfl. 2005).

Operasjonssykepleierne beskrev at students engasjement og kunnskapsnivå preget veiledningen. De uttrykte at det var lettere å veilede studenter som hadde kunnskap og som viste interesse. På den ene side så kan studenten utgi å kunne mye uten å klare å knytte teorien opp mot praksis. Noen studenter kan ta helt innersvingen på veileder og da er det krevende å være veileder, og det kan oppleves vanskelig å vurdere studentens kompetanse alene (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012). Det er spesielt vanskelig i situasjoner hvor det er usikkerhet om studenten skal bestå eller ikke. Da er det en fordel å være to veiledere til å vurdere (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012; Hauge 2015). På den andre siden så beskriver studien til Hauge (2015) at manglende kunnskap hos veiledere kan være en av årsakene til at det oppleves vanskelig å vurdere svake studenter, og at veiledere kunne ta det på sin kappe og tenke at de ikke var gode veiledere. Samtidig viser studier at det å veilede kan få veileder til både å føle seg verdsatt og intellektuell, men også usikker på egen kunnskap. Noen av disse opplevelsene kan relateres til studentens væremåte (Kelly mfl. 2005).

Studentene kan se verdien i variert praksis fordi det gir mer bredde i læringen, og de kan ha et ønske om å utvikle seg. Det stiller krav til veileder om å pushe studenten. Studenten skal strekke seg og utvikle seg gjennom hele praksisperioden (Pront, Gillham og Lambert 2016). Veiledningen i seg selv skal danne et reflektert grunnlag for handling. Fokuset er ikke riktig praksis, men reflektert praksis. Med det menes at de handlinger som gjøres av operasjonssykepleier i praksis må prøves mot teori og etiske overveielser som ligger til grunn for yrkesutøvelsen. Gjennom veiledning skal veileder hjelpe studenten til å *forstå* det man gjør, ikke bare handle (Lauvås og Handal 2014). Kritisk refleksjon innebærer at veileder må få fram essensen i komplekse teorier, vurdere og analysere informasjonen som omhandler kliniske hendelser og hva som er faglig ansvarlig eller ikke. Veiledet refleksjon har som mål og hjelpe studenten til å få en dypere forståelse av praksisrelaterte hendelser og å stimulere til en livslang søken etter kunnskap i eget fagfelt (Duffy 2009). Guidet refleksjon kan også brukes som en prosess hvor allerede eksisterende kunnskap blir analysert for å bevisstgjøres.



Gjennom guidet refleksjon kan studentene oppmuntres til å se alternativer og behovet for ny kunnskap. Dette er en måte å knytte praksis og teori sammen på, og det gir et godt læringsutbytte for studenten. Operasjonssykepleiere må la studentene være aktive i læreprosessen (De Swardt, Toit og Botha 2012). Dette er også et pedagogisk verktøy som var lite kjent og brukt av operasjonssykepleiere.

Målet med praksis og veiledning er å forberede studentene på at de skal inn i en bestemt profesjon som har sine faglige krav, derfor er hensikten å hjelpe den enkelte student til å finne nøkkelen til «å lære og å lære» for å etablere en handlingskapasitet når situasjoner og utfordringer kommer (Ehrenberg og Häggblom 2007). Denne litteraturbeskrivelsen står i kontrast til operasjonssykepleiere som omtale sin egen veiledning i hovedsak som erfaringsbasert. Mange har et stykke vei å gå for å løfte egen veiledning til å bli refleksjoner over hva man gjør og hvorfor.

Operasjonssykepleierne uttrykte som sagt at de lot seg inspirere av studenter som var engasjerte. Men som veileder har man også et ansvar for de studentene som ikke er så engasjerte eller har tydelige mål. Det oppleves vanskelig å identifisere svakhetene hos «svake» studenter, og når de først er identifisert så mangler veilederne kunnskap om hvordan tilrettelegge mulighetene for å skaffe suksess for studenten i praksisperioden (Hauge 2015). Derfor er det kanskje et poeng at veilederrollen bør tilskrives erfarne operasjonssykepleiere og ikke nyutdannede. Spesielt bør det tilstrebtes i avdelinger med akutt kirurgi og høyt tempo (Henderson og Eaton 2013). Her gav operasjonssykepleierne ulike beskrivelser, da praksis varierte på de ulike avdelingene, og de selv hadde også ulik erfaring. De fleste operasjonssykepleierne fikk et drøyt år på seg før de påtok seg veilederansvar. Nyutdannede er ofte usikre som veiledere, og bør få tid til å selv lære i avdelingen, og erfaring nok til å vurdere andres kompetanse (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012; Fillingsnes og Thylen 2012). Duffy (2009) reiser spørsmålet om veiledere har både erfaring og kunnskap nok til å veilede på en profesjonell og pedagogisk måte. De rette spørsmålene fra veileder til student vil også utfordre veileder til å tenke kritisk, søke problemløsning og diskusjon.

Interesse og engasjement ble beskrevet av operasjonssykepleiere, som positive egenskaper hos studenten av operasjonssykepleierne, og likegyldighet var negative egenskaper. Dette er et uttrykk for holdninger hos studentene, hvilke holdninger de møter praksis og læresituasjoner med. Det er vanskelig å vurdere andres holdninger, man blir som veileder selv usikker. Kriterier for å vurdere og håndtere holdninger mangler. I disse negative møtene er ikke veileder fortrolig i veilederrollen (Hauge 2015). Derfor er det kanskje lettere å møte de

blide og engasjerte studentene, slik operasjonssykepleiere oppgav. Det samsvarer med studien til Duffy (2009) som beskriver frustrasjon hos veiledere som har studenter med dårlige holdninger. Veilederne i denne studien opplevde at de kastet bort tiden og energien sin på voksne mennesker som ikke tok ansvar for sin egen læring.

Veiledning innebærer også å styrke og bygge studentens selvtillit og grunnlaget for den fremtidige kompetansen som er nødvendig for å ivareta operasjonspasienten. Veiledningen må være noe mer enn bare å introdusere studenten for avdelingen og teamet, veileder må være åpen om sin kompetanse og erfaringer slik at kunnskap deles. Da kan en dialog skapes hvor studenten får mulighet til refleksjon uavhengig av sitt kunnskapsnivå. (Henderson og Eaton 2013). Studentene trenger konstruktive tilbakemeldinger, det øker studentenes selvtillit, motivasjons og mulighet til å utnytte praksissituasjonene (Henderson og Eaton 2013).

Operasjonssykepleierne gav uttrykk for at de innhentet informasjon gjennom studentene og brukte studenten som kunnskapskilde. Som nevnt i funnet ovenfor så var det positivt at studentene var aktive og selv fant svar og aktuell faglitteratur. Men det bør også utfordre operasjonssykepleieren til å innhente aktuell kunnskap for å kunne begrunne praksis. Det gir også økt trygghet for veileder (Aigeltinger, Haugan og Sørli 2012). Samtidig er det viktig at studenten får lov til å «bare» være student og utvikle seg, men begge parter kan lære av hverandre (Hilli mfl. 2014).

#### 4.4 Klinisk ekspertise og erfaring som grunnlag for veiledning

Operasjonssykepleierne i denne studien uttrykte at den veiledningen de gav i stor grad var erfaringsbasert, og den ble sammenliknet med «hermelæring». Kvaliteten på veiledningen ble diskutert blant operasjonssykepleiere og svært få hadde lært å veilede. I praksis er det mange erfarne operasjonssykepleiere som har mye kunnskap gjennom erfaring, og det skal brukes i veiledningen slik de gjør per dags dato. Operasjonssykepleiere skal ikke legge til side sin kunnskap om operasjonssykepleiefaget (Nortvedt mfl. 2013). Schön (1991) beskriver at praktisk kunnskap skal skapes gjennom egne opplevelser og prosesser. Det krever refleksjon i handlingen og over handlingen. Det forutsetter at operasjonssykepleiere som veileder klarer å integrere sin erfaringskunnskap og kunnskap om operasjonssykepleie faget med forskning og annen relevant teori. Om dette viderefremmes studentene så har operasjonssykepleier klart å bruke sin erfaring og læring kan skje gjennom refleksjon og da blir det nødvendigvis ikke «hermelæring». Studenten kan oppleve egen individuell læring. Veiledningen skal være

kunnskapsbasert, og refleksjon er et viktig verktøy i denne prosessen (Duffy 2009; Carlson og Bengtsson 2015; Dahl og Eriksen 2016).

Det må også tas med at veiledere har en viktig rolle i et utdanningsforløp, blant annet med sin erfaringsbasert kunnskap. Denne kunnskapen bygger på kliniske settinger, prosedyrer og rutiner. Klinisk kunnskap, undervisnings ferdigheter og profesjonalitet er også viktige ferdigheter hos en veileder (Hyrkäs og Shoemaker 2007).

Praksis blir omtalt som en sentral del av utdanningsprosessen til operasjonssykepleie-studentene (Duffy 2009; Carlson og Bengtsson 2015). Carlson og Bengtson (2015) peker på at dyktige fagpersoner med høy kvalitet ikke nødvendigvis er like gode veiledere i praksis. Det kan diskuteres hvem som er gode veiledere og hvilket kunnskapsgrunnlag eller erfaringsgrunnlag de skal ha. Noen ganger er det vanskelig å definere, eller det kan være situasjonsbetinget (Kilminster mfl. 2007). Det som her diskuteres er med på å tydeliggjøre behovet for å utvikle pedagogiske retningslinjer for veiledere og å gjøre veilederrollen mer faglig forankret. Det kan synliggjøres i det praktiske ved at veiledere lærer seg å bruke ulike pedagogiske verktøy slik at man i større grad enn nå unngår «hermelæring» (Carlson og Bengtsson 2015). Studien til Fillingsnes og Thylèn (2012) fant også at veiledere veiledet ut fra egne erfaringer og noe utilstrekkelig teoretisk grunnlag. Funnene er ikke nye, men trenden bør snus.

Operasjonssykepleierne var opptatt av å skape et godt læringsklima. Veilederne prøvde å skape trygge og meningsfulle relasjoner for studentene gjennom praksisperioden. I trygge miljøer får studenten mulighet til å utvikle profesjonskompetanse (Carlson og Bengtsson 2015), fordi det er en sammenheng mellom arbeidsmiljøet og læring. Et trygt arbeidsmiljø med godt samarbeid og god kommunikasjon er positive faktorer. Mens hierarki, dårlig struktur og mindre fungerende kommunikasjon kan få studentene til å føle seg usikre og da vil det påvirke læresituasjonene negativt (Saarikoski og Leino-Kilpi 2002), og dette hadde mange av operasjonssykepleierne bevisst forhold til. Bakgrunnen for det var i stor grad erfaringer de hadde skaffet seg gjennom ulike veiledningssituasjoner hvor utfallet kunne være både negativt eller positivt.

Mange pasienter har forventinger om at helsepersonell, det betyr også operasjonssykepleiere er oppdatert på ny kunnskap og bruker den nyeste kunnskapen for å sikre best mulig pleie og behandling (Hommelstad 2011). Pasientene krever i større grad enn tidligere mer informasjon, og har selv tilgang på ulike informasjonskilder. Dette må møtes på en

profesjonell måte, blant annet gjennom trygghet i egnen rolle. Og da ligger kunnskap og erfaringer til grunn som solide grunnsteiner hos operasjonssykepleieren (Hagen mfl. 2008). Disse grunnsteinene kommer til sin rett blant annet i akutte situasjoner. I studien gav operasjonssykepleieren uttrykk for at det var utfordrende å veilede i slike situasjoner. De gav klart uttrykk for at da må de bare handle, det er ikke tid eller rom for å stille kritiske spørsmål eller lete opp ny forskning. Kunnskap og handlingskompetanse er avgjørende for et godt utfall i slike situasjoner. Hensynet til pasienten, liten bemanning og at det kan stå om tid er årsaker til at det kan oppstå en interessekonflikt i akutte situasjoner. Det kan være vanskelig å utnytte akutte situasjoner i forhold til læringsutbytte for studenten fordi pasienten kommer i første rekke og studenten etterpå. Det skaper ingen god læresituasjon. Derfor bør operasjonssykepleier i forkant forberede studenten ved at man snakker om akutte situasjoner og hvordan de bør løses, eller alternativt at man har etterveiledning (Fillingsnes og Thylen 2012).

Både helsepersonell og andre kan ha en oppfatning av at operasjonssykepleiere har fjernet seg fra sykepleien og ikke har en direkte omsorgsfunksjon for pasienten. Bruk av teknologi, instrumenter og annen fagkunnskap må beherskes og kan ikke skilles fra hverandre. Som operasjonssykepleier møter man pasienter som er bedøvd eller i narkose, men felles for de alle er at deres kropp er høyst levende. I denne tilstanden er pasientene både forsvarsløse og sårbare (Martinsen 2011). Det gir operasjonssykepleieren ekstra utfordringer i å lytte, se og vurdere pasientene ut fra et faglig ståsted bygd både på forskningsbasert kunnskap og erfaringer. Pasientens helse og velvære i etterkant av en operasjon er avhengig av operasjonssykepleierens vurderinger, og med et godt faglig ståsted gjøres gode vurderinger og valg som kommer pasientene til gode slik at de blir ivaretatt på en profesjonell måte, både i planlagte og akutte situasjoner (Martinsen 2011).

Dåvøy (2011) skriver om faglig skjønn inn i operasjonssykepleie faget. Operasjonssykepleier utvikler gjennom erfaringer og læring som utdannet operasjonssykepleier et klinisk blikk eller skjønn. Det betyr at operasjonssykepleier noen ganger må avvike fra regler og rutiner for å gjøre en ekstra innsats eller ta et nødvendig valg for pasienten beste. Det er selvklaart at denne erfaringsbasert viten skal utvikles og overføres til studentene. I sin spede start er det kliniske blikket skjørt og studentene trenger veiledning og støtte også her, hevder (Dåvøy 2011).

Et overordnet mål ved veiledning kan være å lære studentene å benytte forskningsbasert kunnskap som et framtidig verktøy. Det kan føre til at veiledningen fremstår som mer kunnskapsbasert enn erfaringsbasert. En måte å gjøre dette på er å bruke kliniske situasjoner

og utfordre studenten til å gjøre systematiske søk for å finne relevant forskningsbasert kunnskap (Kelly mfl. 2005). Noe som er i tråd med beskrivelser av Tveiten (2013) hvor hun redegjør for at studentene selv må være aktive og veileder skal tilrettelegge for læring, ikke direkte fylle kunnskapshullene. Operasjonssykepleierne var oppmerksomme på å finne operasjoner og praktiske situasjoner som studentene trengte å utfordres på eller lære av. Operasjonssykepleierne la til rett i stor grad for det praktiske. Studentene på sin side må lære å søke opp informasjon (også i form av retningslinjer og prosedyrer) på egen hånd og det gir studentene et større læringsutbytte enn om de bare får informasjonen fra veileder til enhver tid (Hellström-Hyson, Mårtensson og Kristofferzon 2012).

Veileder har her en nøkkelrolle i å knytte teori og praksis sammen, men det stilles krav til de rette verktøyene for veilederne (Ehrenberg og Häggblom 2007). Sharpnack (2014) viser gjennom sin studie en «verktøyboks» med aktuelle og ulike verktøy som er nyttig i møte med studenten når profesjonskompetanse skal utvikles i praksis. Blant annet pekes det på bruk av case, å forstå bruken av kunnskapsbasert praksis, evaluering av veiledningen som gis og at veileder bør kurses (Sharpnack og Waite 2014). De Swardt peker på guidet refleksjon som et verktøy for å knytte teori og praksis sammen for studentene (De Swardt, Toit og Botha 2012).

Dette utelater ikke behovet for refleksjon. I profesjoner hvor det arbeides med mennesker er refleksjon over situasjoner, egen rolle og påvirkning samt om det finnes andre handlingsalternativer både viktig og nødvendig. Hvorfor og hvordan dette begrunnes er også viktige faktorer. Kunnskapsgrunnlaget må stikke dypere enn bare til rutiner og prosedyrer (Dahl og Eriksen 2016). Veilederrollen er en kompleks rolle som det stilles krav til både internasjonalt og blant de skandinaviske landene (Hyrkäs og Shoemaker 2007). Et forslag til forbedring er politiske bevilgninger som gir både økonomiske midler og rom for et kunnskapsløft. Samtidig som det gir signaler til ledere om at kunnskap om veiledning bør prioriteres (Stortingsmeldning 7 2014).

Operasjonssykepleierne beskrev at de stort sett var en- til-en veileder og student, men at det var positivt for veileder når de kunne være to veiledere per student. Flere forfattere (Saarikoski og Leino-Kilpi 2002; Ehrenberg og Häggblom 2007) anbefaler ikke. Da bør samarbeidet mellom de to veilederne og studenten være tett, og helst ikke involvere mange andre. Det beste er en veileder gjennom en praksisperiode. Stadig nye veiledere kan gjøre det vanskelig for studenten å etablere et mentor forhold til en veileder. Trygghet for studenten er viktig, og det gir også en bedre veilednings situasjon for veileder når man kjenner studenten og har innblikk i det faglige og praktiske ståsted til sin student (Martin 2011).

Litteraturen beskriver også at for studentene så er en-til-en-forhold viktig for læringen og utvikling i praksisperioden. Det er for studentene lettere å ta imot både råd, støtte og veiledning fra en de opplever å ha en relasjon til (Saarikoski og Leino-Kilpi 2002). Studenter føler tilhørighet og trygghet når de har en veileder og forholde seg til, det stimulerer til økt læring og et mer selvstendig ansvar for læringen. Studentene vil bli anerkjent som studenter, og det øker selvfølelsen og selvsikkerheten (Ehrenberg og Häggblom 2007). Veilederne i denne studien uttrykte varierende erfaringer angående dette temaet. Man strekker seg langt for å følge opp studentene, men kvelds - og helge vakter kan gjøre det vanskelig, da studentene ikke går i turnus, og må gå med flere og tilfeldige veiledere. Kanskje er en løsning at studentene følger én utvalgt veileder også på vakter, for å møte denne utfordringen.

#### 4.4.1 En oppsummering

Gjennom arbeidet med denne studien har operasjonssykepleiere og deres veilederfunksjon blitt belyst. Operasjonssykepleiere har et oppriktig ønske om å skape gode veilednings-situasjoner som er preget av trygghet, potensiale til å lære og mulighet for etterveiledning.

Studien har gitt økt forståelse for veiledning som fag, og man har fått økt kunnskap om rammevilkårene som begrenser og påvirker operasjonssykepleiernes veiledning i hverdagen. Det er kastet lys over at den jobben som gjøres i forhold til veiledning kanskje ikke alltid har den ønskede kvaliteten. Men at dette handler om mangel på kunnskap og ikke uvilje hos veiledere eller ledere som ikke tilrettelegger med tid.

Veileders egen kompetanse er beskrevet. Operasjonssykepleiere har en oppfatning av at de trenger økt kompetanse om veiledning, og ønsker veilederkurs for å imøtegå dette. Noen av informantene hadde gjennomført veilederkurs, og de var tryggere i sin rolle og i møte med studentene. I veilederkompetanse inngår et teoretisk fundament om veiledning, samt ulike metoder og kommunikasjon. Studenten har et ansvar med å fortelle om sitt veilederbehov og hvor kunnskapshullene er, og da er det veileder sitt ansvar og respondere på det og samtidig inneha akademiske egenskaper for å imøtekomme studentens behov for læring.

Litteraturen som er anvendt støtter oppunder at det stilles krav til veileder, mange ulike krav til kompetanse, tid, pedagogiske verktøy og engasjement. Det hele kan virke overveldende. Det er viktig å ikke la seg tynde ned og miste motet. Operasjonssykepleierne kan starte i det små, med veilederkurs. På denne måten kan «gapet» mellom skole og praksis reduseres.

Litteraturen beskriver et «gap» mellom disse to arenaene som bør minskes da det vanskelig-gjør å knytte teori og praksis sammen for studenten.

Veiledning påvirkes av ytre rammer som operasjonssykepleiere ikke har kontroll over. Støtte og anerkjennelse fra nærmeste sjef og kollegaer er viktige faktorer. Informantene opplevde det i varierende grad. Men den største utfordringen for alle var tiden. Operasjonssykepleiere opplevde å være presset på tid. Tiden til alle gjøremålene, studenten og veiledningen strakk ikke til og det opplevdes frustrerende og utfordrende. Derfor bør veiledning settes på dagsorden. Operasjonssykepleiere ønsket å forhandle på lønn, og å skape rom for at veiledning er en viktig og avgjørende jobb for fremtidige kolleger. Ytre rammevilkår som stort arbeidspress og liten tid lager trange rammer for en kunnskapsbasert veiledning. Det er ikke alle faktorer veilederne selv kan gjøre noe med, men de kan sette sine behov på dagsorden og skape forståelse, og bedre vilkårene for veiledning!

Studentens engasjement, holdninger og kunnskapsgrunnlag påvirket også hvordan operasjonssykepleiere veiledet studenten. De beskrev at det var lettere å veilede engasjerte studenter som selv tok ansvar for sin læring.

Operasjonssykepleierne beskrev sin kliniske kompetanse og erfaringer som grunnlag for veiledningen. Veiledning var i stor grad erfaringsbasert, og de beskrev at de ikke hadde lært å veilede. Derfor var de opptatt av veilederkurs for å heve kompetanse rundt tema. Samtidig kom det frem mangelfull kunnskap om muligheten til å gjøre systematiske søk etter forskningsbasert kunnskap. Et sentralt mål er at studenten skal benytte forskningsbasert kunnskap som et verktøy i ulike situasjoner.

Erfaringen som operasjonssykepleiere har skal ikke undervurderes. Den er et viktig bidrag i studentens læring, og faglig skjønn er også et verktøy som skal videreformidles. Det bør tilstrebes en balanse mellom klinisk kompetanse og forskningsbasert kompetanse.

#### 4.5 Metodediskusjon

Det kan diskuteres om fenomenografi med gruppeintervju var den beste metoden. Fenomenografien har vært et bra design for å beskrive deltagerens oppfatninger og meninger rundt studiens tema, men intervjuer med flere deltagere samtidig gav utfordringer. Flere avdelingsledere uttrykte at det var vanskelig å frigi mange deltagere samtidig til intervju, og at det hadde vært lettere å legge til rette for intervju av en og en deltager. I dagens helsevesen

er det stort fokus på effektivitet og produksjon. Det kan skvise ut fagutvikling når prioriteringer skal gjøres. På sikt vil det svekke kvaliteten på effektivitet og produksjon i operasjonsavdelingen om man ikke har tilstrekkelig kvalifiserte operasjonssykepleiere (Martin 2011), og for å sikre det trengs blant annet veiledere i praksis. Derfor er det viktig med forskning og fagutvikling som kan kreve både tid og ressurser når det står på.

Modellen for kunnskapsbasert veiledning ble som tidligere beskrevet lagt fram for deltagerne og muntlig beskrevet. For flere deltagere var ikke dette en kjent modell, og begrepet «jobb kunnskapsbasert» virket ukjent. Forsker følte at med denne innfallsvinkelen på intervjuene ble det for de som ikke kjente begrepet litt høytstående og teoretisk.

Noe av hensikten med dette studiet, var å kartlegge i hvilken grad operasjonssykepleierne veileder ut fra erfaringsbasert og/ eller forskningsbasert viten. Man fant at veiledningen i liten grad var forskningsbasert. Det stemmer med forskers førforståelse av at veiledningen er erfaringsbasert og kunnskap om veiledning er mangelfull. Andre funn viste også at veiledning var nedprioritert i form av tid.

Studien til Hyrkäs (2008) viser at veilederrollen og dens utfordringer i form av liten tid og gap mellom skole og praksis er nokså like i både Canada, USA, Storbritannia, Australia og de Skandinaviske landene og det styrker funnene i denne studien at det er gjenkjennbart i litteratur fra andre land som har sammenlignbare løp på utdanning og klinisk praksis.

I alle studier blir kvaliteten i studien og funnene vurdert. I kvalitative studier brukes begreper som troverdighet, pålitelighet og overførbarhet (Polit og Beck 2012). Polit og Beck (2012) bygger på Lincoln og Guba sin standard for vurdering troverdighet.

Troverdighet i kvalitativ forskning knyttes opp til hvordan datasamlingen er gjennomført, og prosessen for dataanalysen (Polit og Beck 2012). Forskerspørsmålene er beskrevet for leseren og det foreligger en beskrivelse av analyseprosessen og funnene. Det styrker troverdigheten. Fremgangsmåten ble presentert så nøyaktig som mulig slik at leseren kan følge hele prosessen i studien (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014).

Troverdighet var et overordnet mål, og det er tilstrebet troverdighet inn i data og fortolkningen av dem (Polit og Beck 2012). Det var ønskelig å beskrive funnene på en slik måte at troverdigheten til funnene kom frem. Dette vises gjennom fremgangsmåten for dataanalysen som ble beskrevet så detaljert og gjennomskiktig som mulig, og hvilke beskrivelseskategorier som analysen ledet til kommer også klart frem. Samtidig ble funnene bekreftet med sitater fra deltagerne (Dahlgren og Fallsberg 1991). Sannferdighet ble ivaretatt



gjennom å være tro mot det deltagerne sa, ved å vise funnene slik de framkom og ved å bekrefte funnene ved å synliggjøre deltagerens utsagn.

Førforståelse i studien ble det gjort rede for, og den er synliggjort for leseren. Dermed kan både leser og forfatter være kritisk til funnene. Det har blitt tilstrebet åpenhet om funnene og funnene har blitt beskrevet fordi det er å tråd med god publiserings etikk at funne alltid skal publiseres uansett hva de viser. Da ivaretas etterprøvbareheten (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014).

Redelighet og sannferdighet er grunnleggende prinsipper innen forskningen. Funnene har ikke blitt omgjort, det er ureddelig forskningspraksis. Man har et selvstendig ansvar for å unngå dette (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014).

I fenomenografien innebærer gyldighet at datamaterialet og studien som helhet gir svar på hensikten. Gyldighet referer også til at en annen forsker bør komme frem til de samme beskrivelseskategoriene etter å ha jobbet med det samme datamaterialet (Sjøstrøm og Dalhgren 2002). Det er et validitets spørsmål om en annen forsker gjennom en identisk prosess ville funnet de samme resultatene. Svaret er kanskje at denne kritikken ikke er rettfærdig. Fordi funnene i denne studien ikke er absolutte men en oppdagelse (Sjøstrøm og Dalhgren 2002). Gjennom analyseprosessen fremkom funn som gav svar på forskerspørsmålene i studien, og hensikten med studien har dermed blitt besvart. Det kan kritiseres at forskerspørsmål nummer en ikke fikk et entydig og klart svar fra deltagerne. Men det funnet som ble gjort gjennom denne studien er likevel et fullverdig funn. Fordi det peker på en oppfatning rundt operasjonssykepleierens forhold til det å jobbe kunnskapsbasert med veiledning. Forskerspørsmål nummer to («Hvordan oppfatter operasjonssykepleierne sin veilederrolle med hensyn til valg av innhold, mål og strategi for gjennomføring av veiledningen?») ga rike beskrivelser og her foreligger det mange funn. Forskerspørsmål nummer en («Hva forstår operasjonssykepleierne med kunnskapsbasert praksis når konteksten er veiledning?») er besvart i noe mindre grad, og det kan se ut til at operasjonssykepleierne har et noe uavklart forhold til kompetanse rundt veiledning, og begrepet 'jobbe kunnskapsbasert'.

Muligheten for at noen kunne føle seg krenket, ikke gode nok eller at de kom til kort var tilstede. Dette ble forebygget ved å opplyse at det ikke var noen «rette» eller «gale» svar. Svarene kan ikke kobles til enkeltpersoner i publisert materiale (masteroppgaven). Og deltagerne ble forklart at hensikten var å få en forståelse av hvordan fenomenet

«veilederfunksjonen som kunnskapsbasert» ble oppfattet av de som operasjonssykepleiere (Larsson og Holmstrøm 2007).

Gjennom informasjonsbrev fikk deltagerne informasjon om at de hadde mulighet til å trekke seg underveis. Kritikken til egen studie er at deltagerne ikke fikk informasjon om at det ikke var mulig å trekke seg etter at analyseprosessen var i gang. På et tidspunkt smelter datamateriale sammen i en helhet og løftes opp på et overordnet nivå og da er det ikke mulig å trekke ut en stemme fra materialet.

Beskrivelseskategoriene skiller seg fra hverandre, det ble tilstrebet gjennom analysetrinnene (Dahlgren og Fallsberg 1991). Analysetrinnene ble derfor nøyaktig beskrevet og tabeller ble brukt for å vise trinnene, beskrivelseskategorier og underkategorier. Ved å bruke tabeller er det lettere for leseren å danne seg en oversikt over funnene (Polit og Beck 2012).

Funnenes gyldighet og bekreftbarhet referer til objektivitet i studiet. At flere forskere har vært med og kan bekrefte prosessen styrker gyldigheten (Polit og Beck 2012). I denne studien er det bare en forfatter, og det kan derfor svekke gyldigheten og troverdigheten. Gjennom arbeidet med dataene har nøyaktighet og objektivitet vært viktig. Fenomenografien er et tolkende design (Larsson og Holmstrøm 2007), og ved å være flere forskere kan forståelsen økes og funnene kan i større grad øke alternative perspektiver eller variasjoner. Dette er ivarettatt av forfatterens egen kritiske refleksjon gjennom forskerprosessen. Veileder for denne studien har gitt konstruktive tilbakemeldinger og kommet med faglige råd underveis.

Kriteriet for gyldighet bunner i at dataene som oppgis representerer den informasjonen som deltagerne gav, og at forskeren ikke har påvirket eller «farget» funnene. For å oppnå dette kriteriet må altså deltagerens stemme høres og gjenspeiles, ikke forskerens motiver og perspektiver (Polit og Beck 2012). Dette er som allerede nevnt ivarettatt ved at funnene underbygges med sitater fra deltagerne, og at forfatters førforståelse ble synliggjort tidlig i studien.

En grunnleggende oppfatning innen fenomenografien ved induktiv generalisering er at fenomenet kan overføres til liknende situasjoner. Fenomenet i denne sammenhengen er hvordan operasjonssykepleiere oppfatter egen veiledning og hvilket kunnskapsgrunnlag de legger til grunn for veiledningen. Overførbarhet fra studiens deltagere til en større gruppe står her sentralt (Polit og Beck 2012). Oppfatningene har blitt bearbeidet gjennom analyseprosessen og presentert gjennom utfallsrom som viser den grunnleggende oppfatningen av fenomenet (Dahlgren og Fallsberg 1991). Overførbarhet henviser dermed

dataenes utstrekning. Dataanalysen er tilstrekkelig beskrevet slik at andre lesere kan evaluere overførbarheten av dataene (Polit og Beck 2012).

Funnene i denne studien gjøres på et lite utvalg, og da det kan diskutere hvor generaliserbart funnene er til en stor gruppe. Når fenomenografien brukes som design så bør det være ca 20 deltagere for å oppnå god belysning av fenomenet. I denne studien var det 17 deltagere. Men det gir en pekepinn på hvordan realitetene rundt dette fenomenet er og videre forskning anbefales. Dette støttes av allerede eksisterende forskning som også ønsker et bedre og bredere fokus på empiriske studier som fører til nødvendige ferdigheter og kunnskap innen veiledning (Duffy 2009).

Autentisitet refererer til i hvilken grad deltagerens erfaringer og opplevelser formidles. Dette ble ivaretatt ved å synliggjøre deltagerens utsagn og følelser. Leseren har blitt «invitert» inn i beskrivelser av erfaringer, meninger og kontekst av informantens situasjon rundt veiledning av studenter, og har dermed fått en økt innsikt i tema som har blitt beskrevet (Polit og Beck 2012). Dette kommer frem gjennom deltagerens utsagn og beskrivelse av funn.

Troverdighet handler om helheten i forskerprosessen, og formidling og tolking av data (Polit og Beck 2012). Forskningsetiske hensyn og troverdighet har blitt tatt hensyn til gjennom hele forskningsprosessen. Dette har blitt beskrevet for leseren (Polit og Beck 2012; De nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014). Det har vært tilstrebet å sikre at troverdighet, gyldighet, overførbarhet og autentisitet har blitt ivaretatt i alle trinn.

Et annet dilemma som kan oppstå er relatert til forskeren sin førforståelse av hva deltageren forklarer. Det er forskerens oppgave å klarere det underveis i intervjuet. Misforståelser svekker kvaliteten på data og dermed troverdigheten til studiet (Sjøstrøm og Dalhgren 2002). Ved intervju nummer fire hadde informantene dårlig tid og måtte tilbake til sine arbeidsoppgaver etter femti minutter. Det ble derfor ikke tid til oppklaringer eller å utdype utsagn. Det fremkom ikke utsagn underveis som trengte oppklaring for å forstå poenget eller sammenhengen.

## 5.0 KONKLUSJON

Gjennom introduksjonen ble bakgrunnen for studien beskrevet med utgangspunkt i både et nasjonalt og internasjonalt behov for kvalifisert helsepersonell. I klinisk praksis trengs da faglig forankrede veiledere. Kunnskapsbasert praksis, profesjonskompetanse og veilederkompetanse ble beskrevet, og dannet en teoretisk bakgrunn for studien.

Deretter ble hensikten og forskerspørsmålene presentert. Det var to forskerspørsmål, hvorav nummer en ble noe uklart besvart da operasjonssykepleierne har et noe uavklart forhold til kompetanse rundt veiledning og begrepet «jobb kunnskapsbasert». Forskerspørsmål nummer to ble godt besvart, og alt i alt er hensikten til studien besvart.

I studien har det blitt avdekket at operasjonssykepleiere veileder ut fra klinisk kompetanse og erfaringsbasert viten. Det er flere grunner til det, blant annet liten kunnskap om hvordan jobbe kunnskapsbasert i hverdagen. Liten kunnskap om veiledning er også en medvirkende faktor. For å skjønne at man har et kunnskapshull eller behov for faglig påfyll må det ofte i forkant ha vært diskutert aktuelle temaer, eller at man kaster lys over det på andre måter. For eksempel gjennom aktuell litteratur.

Litteraturen som er anvendt i denne studien peker på at et kunnskapsløft innen veiledning er anbefalt. Flere høgskoler tilbyr veilederkurs, flere av deltagerne selv ønsket å gjennomføre veilederkurs. Samtidig ble det beskrevet et behov for å oppdatere sin kunnskap om hvordan gjøre systematiske søk etter forskningsbasert viten. Dette kan være med på å heve kompetansen innen temaet og styrke veiledere i deres jobb med å skape et godt læringsklima for studentene.

Det er pekt på et «gap» mellom skole og praksisfeltet. For å tette dette «gapet» anbefalte litteraturen at veiledere har kunnskap om pedagogiske verktøy som de anvender i veiledningssituasjoner. Det vil få pendelen til å svinge fra erfaringsbasert kompetanse over mot forskningsbasert kompetanse, og skape mer balanse i kunnskapsbasene. Studenten vil i større grad erfare at teori og praksis knyttes sammen. Eksempler på pedagogiske verktøy er guidet refleksjon, kritisk tekning og bruk av case.

Studentene må sees på som viktige resurser, og gode praksisplasser er viktig for fremtidig rekruttering. Som veileder er det beskrevet at man har et like stort ansvar for de engasjerte studentene og for de studentene man opplever som mindre engasjerte. Her er det viktig å inneha kunnskap om holdninger og hvordan gi studentene konstruktive tilbakemeldinger. Det

har vært pekt på at alle studenter skal nødvendigvis ikke bestå praksis og at dette krever samarbeid med skole og trygghet på egen kunnskap.

Denne studien er blant de første studier som gjøres blant operasjonssykepleierne når det gjelder deres kunnskapsgrunnlag i forhold til veiledning. På denne måten er den unik i sin karakter og kan være med på å løfte veiledning som det viktige arbeide det er.

Gjennom studien har ulike behov hos veileder blitt avdekket. Det ble diskusjoner underveis i intervjuene, gjennom analysen og presentasjonen av funnene så har deltagere gitt uttrykk av ulike behov knyttet til veilederrollen, eksempelvis behovet for kompetanse og behovet for samarbeid med høgskolene. Rammevilkår som operasjonssykepleierne peker på som både hemmer og fremmer god veiledning er belyst her, noen eksempler kan trekkes frem som tidspress, støtte fra leder og kollegaer samt økt lønn.

Praksis er en viktig arena i utdanningsforløpet til operasjonssykepleie studentene og veiledere gjør en god innsats. Men for å nå ønsket læringsutbytte er det gjennom denne studien avdekket at praksis må strekke seg. Det gjelder både veilederne og ledere.

Det hadde vært av interesse å gjøre en studie blant operasjonssykepleiestudenter og nyutdannede operasjonssykepleiere for å kartlegge deres behov og erfaringer med veiledning i praksis.

## REFERANSER

Aigeltinger, E., G. Haugan og V. Sørli (2012) Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. I: *Forskning nr 2.*, 7 s. 160 -166.

Asselin, M. (2011) Using Reflection Strategies to Link Course Knowledge to Clinical Practice: The RN-to-BSN Student Experience. I: *Journal of Nursing Education*, 50.3. s. 125-133.

Baltzersen, R. K. (2014) *Praksisveilederen i skolen (Versjon 1.1 – januar 2014)*, <http://praksisveilederen.pressbooks.com>. '<http://praksisveilederen.pressbooks.com>:' <http://praksisveilederen.pressbooks.com> (30.04.2016).

Benner, P. mfl. (2010) *Å studere sykepleiere. Behov for radikale endringer*, b. 1: Akribe.

*Bologna Prosessen*. (2010) [online] Kunnskapsdepartementet. URL: [Regjeringen.no](http://Regjeringen.no) (14.12.2015).

Bäckström, G. (2011) Operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar. I: Dåvøy, G., mfl (red.), *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 26-31.

Carlson, E. og M. Bengtsson (2015) Perceptions of preceptorship in clinical practice after completion of a continuous professional development course- a qualitative study Part II. I: *BMC Nursing*, s. 1-7.

Creswell, J. W. (2013) *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. Los Angeles: Sage.

Dahl, H. og K. Eriksen (2016) Student`s and teacher`s experiences of participating in the reflectin process "THINK". I: *Nurs Education Today*, 36 s. 401-406.

Dahlgren, L. og M. Fallsberg (1991) Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. I: *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8(4) s. 150-156.

De nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2014) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. [online]. URL: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no) (21.05.2015).

De Swardt, H., H. Toit og A. Botha (2012) Guided reflection as a tool to deal with the theory-practice gap in critical care nursing students. I: *Health SA Gesondheid*, 17,1 s. 591,9.

Duffy, A. (2009) Guiding students through reflective practice - The preceptors experiences. A Qualitative descriptive study. I: *Nurs Education in Practice*, 9 s. 66-175.

Dåvøy, G., P. Eide og I. Hansen (2011) *Operasjonssykepleie*, b. 3. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dåvøy, G. A. M. (2011) Faglig skjønn i operasjonssykepleien. I: Hansen, I. (red.) *b. 3 Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 49 - 83.

Ehrenberg, A. og M. Häggblom (2007) Problem - based learning in clinical nursing education: Integrating Theory and practice. I: *Nurs Education in Practice*, 7 s. 67-74.

Fillingsnes, A. B. og I. Thylen (2012) Praksissykepleieres pedagogiske utfordringer i klinisk veiledning av sykepleierstudenter. I: *Nordisk Sygeplejeforskning nr 4*, 2 s. 249-262.

Gadgil, I. mfl. (2009) *Strategier for undervisning og læring 2009- 2014*. [online]. Universitetssykehuset i Nord - Norge: UNN (10.10.2015).

Hagen, K. mfl. (2008) *Evidensbasert praksis*, b. 1. København: Munksgaard Danmark.

Hauge, K. (2015) Why are mentors failing to fail students who do not meet clinical performance standard? I: *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(1) s. 20-28.

Hellström-Hyson, E., G. Mårtensson og M. Kristofferzon (2012) To take responsibility or to be an onlooker. Nursing students` experiences of two models of supervision. I: *Nurs Education Today*, 32 s. 105-110.

Helse og omsorgsdepartement (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)* [online]. LOV-1999-07-02-61. URL: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) (08.03.2016).

Helse og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. [online]. LOV-1999-07-02-64 Norway. URL: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) (08.05.2015).

Helse og omsorgsdepartementet (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. [online]. LOV-2008-06-20-44. Norway: . URL: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) (28.05.2015).

Henderson, A. og E. Eaton (2013) Assisting nurses to facilitate student and new graduate learning in practice settings: What " support" do nurses at the bedside need? . I: *Nurse Education in Practice*, 13 s. 197-201.

Hilli, Y. mfl. (2014) Being a preceptor-A Nordic qualitative study. I: *Nurse Education Today*, 34 s. 1420-1424.

Holm, S. og B. Hofmann (2008) Forsknings- og vitenskapsetikk. I: Laake, P. O., Bjørn Reino. Benestad, Haakon Breien (red.) *b. 2 Forskning i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 66-86.

Hommelstad, J. (2011) Fagutvikling og forskning. I: Dåvøy, G., mfl (red.), *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 349-367.

Hyrkäs, K. og M. Shoemaker (2007) Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors` perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role I: *Journal of Advanced Nursing*, 69(5) s. 513-524.

- Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Justis og beredskapsdepartementet (2000) *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. [online]. LOV-2000-04-14-31. Norway. URL: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) (08.05.2015).
- Kelly, E. mfl. (2005) Evidence-based nursing: Making changes in the clinical practice through the collaboration of nursing students and practicing nurses. I: *Applied Nursing Research*, 18 s. 229-231.
- Kilminster, S. mfl. (2007) AMEE Guide No.27: Effective educational and clinical supervision. I: *Medical Teacher*, 29 s. 2-19.
- Kirkevold, M. (2002) Hva slags vitenskap er sykepleievitenskap? I: Uhrenfeldt, L., Noer, V.R., Laustsen, S. (red.), *Vitenskap og samfund*. København: Munksgaard, s. 56 - 72.
- Kvale, S. mfl. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsson, J. og I. Holmstrøm (2007) Phenomenographic or phenomenological analysis: does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists` work. I: *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(1), s. 55-64.
- Latz, P. A. og D. Nordbye (2004) Educating Nurses into the Perioperative Arena. I: *AORN Journal*, 79(5) s. 965-974.
- Lauvås, P. og G. Handal (2014) *Veiledning og praktisk yrkest teori*, b. 3. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Martin, K. (2011) Meeting the Challenge of Perioperative Education. I: *AORN Journal*, 94(4) s. 377-384.
- Martinsen, K. (2011) Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten. I: Dāvøy, G., mfl (red.), *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 32-47.
- Mårtensson, G. mfl. (2012) What are the structural conditions of importance to preceptors` performance? I: *Nurs Education Today*, 21 s. 153-159.
- Norsk Sykepleierforbund (2003) *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. [online]. [Oslo]: Sykepleiernes Samarbeid i Norden. URL: [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) (22.05.2015).
- Norsk Sykepleierforbund (2010) *Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen, Norsk Sykepleierforbunds høringssvar til Kunnskapsdepartementet om rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen*. [online]. URL: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/120711/17036/Rammeplan-og-forskrift-for-sykepleierutdanningen> (19.12.2015).
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [online]. URL: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf). (20.02.2015).



Norsk Sykepleierforbund Landsgruppen for Operasjonssykepleiere (2011) *Operasjonssykepleie -ansvar og funksjonsbeskrivelse*. [online]. URL: [https://www.nsf.no/Content/833786/FAGHEFTE%202011\(okt\)%5B1%5D..pdf](https://www.nsf.no/Content/833786/FAGHEFTE%202011(okt)%5B1%5D..pdf) (01.01.2016).

Nortvedt, M. mfl. (2013) *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Akribe.

Numminen., O. mfl. (2012) PROFESSIONAL COMPETANCIES, Professional competence of practising nurses. I: *Journal of clinical Nursing*, 22 s. 1411–1423.

Polit, D. og C. Beck (2012) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, USA.: Lippincott Williams & Williams.

Pront, L., D. Gillham og S. Lambert (2016) Competencies to enable learning-focused clinical supervision: a thematic analysis of the literature. I: *Medical Education*, 50 s. 485-495.

Raines, D. A. (2012) Nurs Preceptors` Views of Precepting Undergraduate. I: *Nursing Education Perspectives*, 33,2. s. 76-9.

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

Schön, D. (1991) *The Reflective Practitioner, how professionals think in action*, b. 2. Great Britain: Arena, Ashgate Publishing Limited.

Sharpnack, P. A. og P. Waite (2014) Closing the Practice Gap, preparing staff nurses for the preceptor role. I: *Journal for Nurses in Professional Development*, 30,5. s. 254-260.

Sjøstrøm, B. og L. Dalhgren (2002) Applying phenomenography in nursing research. I: *Journal of Advanced Nursing*, 40(3) s. 339-345.

Stortingsmeldning 7 (2014) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015–2024*. Kunnskapsdepartementet.

Thomassen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (2013) *Veiledning- mer enn ord* b. 4. Bergen: Fagforlaget.

Ulvestad, K. A. og U. F. Kärki (2012) *Flerstemt veiledning*, b. 1. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Universitet-og Høgskolerådet (2016) Nasjonal fagstrategisk enhet for utdanning og forskning innen helse- og sosialfag. (NFE-HS) *Merverdi av master i sykepleie*. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen sykepleie. Oslo.

Universitet og Høgskolerådet (2016) *Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet*. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014-2015 Statsministerens, kontor. Norge.

Utdannings og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. Utdannings - og forskningsdepartementet: 1.12.2015.

Vandvik, P. og Ø. Eiring (2011) *Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra Kunnskapssentret nr.16 - 2011. Oslo; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjensten: Helse Sør -Øst.

Wangenstein, S. mfl. (2010) Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. I: *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), s. 2170-2181 12p.



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

## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Solveig Struksnes

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie NTNU i Gjøvik

2802 GJØVIK

Vår dato: 04.04.2016

Vår ref: 47628 / 3 / AH

Deres dato: Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>47628</i>	<i>Veiledning av studenter i operasjonssykepleie</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Solveig Struksnes</i>
<i>Student</i>	<i>Birgitte Kristensen</i>

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Endringsmeldinger gis via et eget skjema,

<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database,

<http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 21 88

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Birgitte Kristensen [tom-jkr@online.no](mailto:tom-jkr@online.no)



### Prosjektvurdering – Kommentar

---

Prosjektnr: 47628

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskrivet er greit utformet. Vi anbefaler imidlertid at det forklares at det er skriftlig råmaterialet og lydopptak som slettes/anonymiseres da den nåværende formuleringen "muntlig materialet" kan være forvirrende.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Vi anbefaler at sykehusene godkjenner prosjektet.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2017, jf. informasjonsskriv. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette/anonymisere eventuelle lydopptak

Til

NN

Avdelingsleder ved .....

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

**«Veiledning av studenter i operasjonssykepleie»**

Mitt navn er Birgitte Kristensen, og jeg er operasjonssykepleier. For tiden er jeg også masterstudent i klinisk sykepleie ved NTNU i Gjøvik. Jeg ønsker i den forbindelse å gjøre en undersøkelse blant operasjonssykepleiere om veiledning av studenter.

I undersøkelsen ønsker jeg å finne ut mer om operasjonssykepleieres erfaringer med sin rolle som veileder for studenter i operasjonssykepleie.

Datainnsamling vil skje gjennom gruppeintervju, og det er ønskelig med 5 deltagere i hver gruppe.

Jeg har stor forståelse for at det kan være vanskelig å frigi 5 stykker fra jobb samtidig, men håper likevel at det lar seg løse. Jeg innretter meg selvsagt, og kommer når det passer avdelingen best.

Målet er å få gjennomført intervjuene i løpet av mars 2016. Det blir satt av ca. én time til intervjuet.

Rekruttering av deltagerne vil bli formidlet gjennom deg som avdelingsleder. Det er ønskelig at operasjonssykepleierne som har to års erfaring fra yrket, og med veilederansvar, blir spurt om deltagelse.

Deltagelsen er frivillig. Når noen har samtykket til å delta kan vi avtale tid og sted for intervju. Prosjektet er meldt NSD (personvernombudet for forskning).

Jeg håper dere kan bidra til denne studien!

Ved spørsmål angående studien ta kontakt med meg på telefon 90175509, eller veileder Solveig Struksnes, telefon 91568858.

Vennlig hilsen,

Birgitte Kristensen

## **Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt**

### **«Veiledning av studenter i operasjonssykepleie»**

Jeg er operasjonssykepleier, og for tiden masterstudent ved NTNU i Gjøvik – Master i klinisk sykepleie. Jeg ønsker i den forbindelse å gjøre en undersøkelse blant operasjonssykepleiere om veiledning av studenter. I undersøkelsen ønsker jeg å finne ut mer om operasjonssykepleieres erfaringer med sin rolle som veileder for studenter i operasjonssykepleie.

#### **Hva innebærer deltagelse i studien?**

Det er ønskelig å få opplysninger fra operasjonssykepleiere som har minimum to års erfaring som spesialsykepleier, og er veileder for studenter i operasjonssykepleie.

Intervjuene blir gjennomført i grupper på 5, og tar ca. én time. Det er utarbeidet en intervjuguide med aktuelle spørsmål for å få svar på forskerspørsmålene. Det kan være aktuelt med oppfølgende spørsmål underveis, for å utdype opplysninger som kommer fram i intervjuet.

Det blir gjort lydopptak av intervjuene. Opptaket blir skrevet ut og analysert i ettertid. Utskriftene vil ikke inneholde noen form for personopplysninger. Alt materiale vil likevel bli oppbevart og behandlet etter gjeldene lov (Justis og beredskapsdepartementet 2000). Personopplysningslovens §13 er klar på at informasjonen skal oppbevares forsvarlig slik at den enkelte deltager blir ivaretatt, og opplysningene ikke lekker ut.

#### **Risiko og nytte**

En anser ikke at det er noen risiko knyttet til å delta i undersøkelsen. Anonymitet blir ivaretatt. Studien har en nytteverdi med tanke på at operasjonssykepleiernes erfaringer med veiledning blir beskrevet. Dette vil kunne gi utgangspunkt for utvikling av hensiktsmessige veiledningsstrategier, som kan komme framtidige veiledere og studenter til gode.

#### **Frivillig deltagelse**

Det er selvsagt frivillig å delta i studien. Det er mulig å trekke seg og sine uttalelser fra studien inntil lydopptakene er ferdig transkribert. Informasjonen som blir gitt vil ikke knyttes opp til ditt navn når resultatene blir publisert. Masteroppgaven skal levers desember 2016. Det er mulighet for at den publiseres i form av en artikkel 2017. Etter utgivelse vil muntlige materiale slettes og kodingen av gruppene makuleres. Prosjektet er meldt og godkjent av NSD (personvernombudet for forskning).

Jeg håper du vil delta i studien!

Ved spørsmål angående studien ta gjerne kontakt.

Vennlig hilsen,  
Birgitte Kristensen

Tlf.: 90175509      Mail: [tom-jkr@online.no](mailto:tom-jkr@online.no)

Veileder er førstelektor Solveig Struksnes

Tlf.: 91568858      Mail: [solveig.struksnes@ntnu](mailto:solveig.struksnes@ntnu).

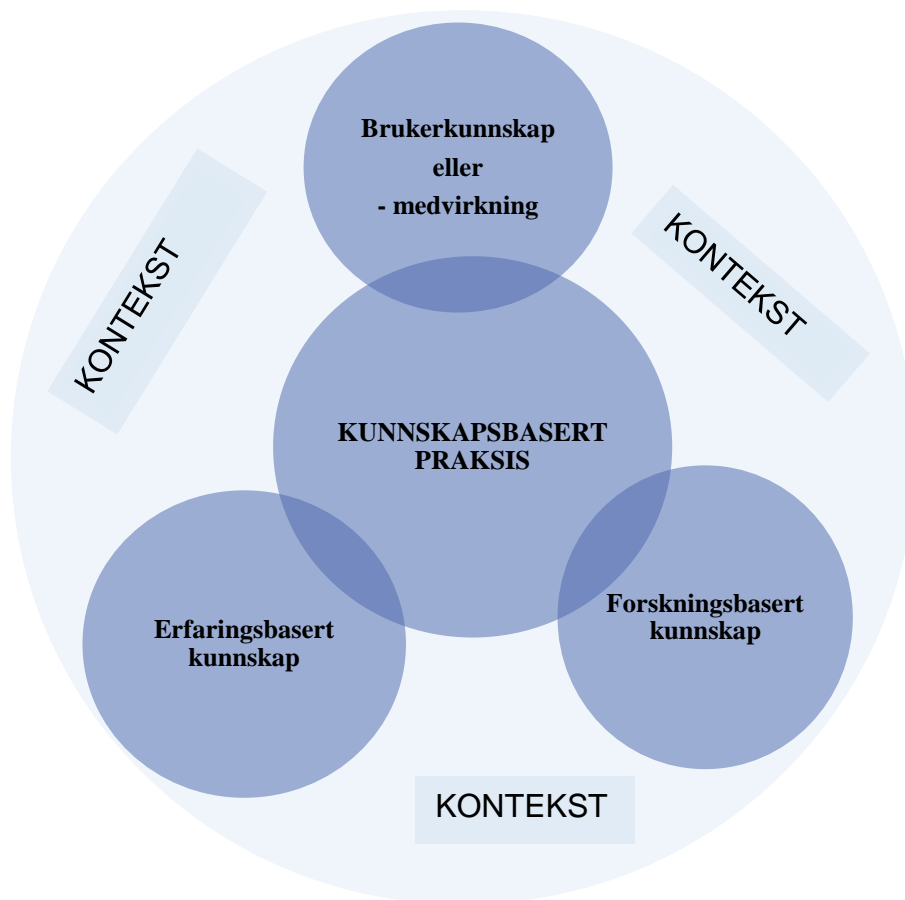
## Veiledning av studenter i operasjonssykepleie

### Kartlegging av ansenitet

Hvor mange år har du har jobbet som operasjonssykepleier? \_\_\_\_\_

Hvor mange år har du har hatt veilederansvar for studenter? \_\_\_\_\_

### Intervjuguide, del 1



DETTE ER EN MODELL SOM BESKRIVER ELEMENTENE I KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS.

**HVA FORSTÅR DU MED KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS I FORBINDELSE MED VEILEDNING?**



## Intervjuguide, del 2

### Beskriv din veilederrolle.

5. Hvordan planlegger du, og hvordan gjennomfører du veiledning av studenten? («strategi»)
6. Hva påvirker valget av innhold og situasjoner du veileder studenten i?
7. Hva påvirker hvilke krav og mål du og studenten legger for praksisperioden?

**Samtykke til deltagelse i gruppeintervju.**

**«Veiledning av studenter i operasjonssykepleie»**

Informasjonsskrivet er lest, og jeg samtykker til å delta. Jeg ønsker med dette å delta i gruppeintervjuet.

Jeg er kjent med at materialet vil bli behandlet konfidensielt etter gjeldene lover og regler knyttet til forskning. Jeg er innforstått med at deltagelsen er frivillig og at jeg kan trekke meg underveis fra studien.

-----

Dato/ sted

-----

Deltagers underskrift