

## **Å lære i praksis**

*Veiledningens betydning for opplevelse av det kliniske læringsmiljøet  
– en evalueringsstudie*

**Mari Tande Aronsen**

*Masteroppgave i helsefag – flerfaglig studieretning. Mai 2014*

Antall ord: 18949

## Forord

Jeg startet på Master i Helsefag, flerfaglig studieretning høsten 2011. Det har vært tre lærerike år hvor jeg virkelig har fått øynene opp for forskning!

Fra starten av studiet bestemte jeg meg for å skrive om studenter i praksis. Jeg har arbeidet som sykepleier på Ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling i mange år, og hatt ulike stillingstitler der. Jeg har imidlertid alltid hatt tilknytning til studenter i praksis, og synes dette arbeidet er spesielt spennende.

Jeg vil takke mine arbeidsgivere på Ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling, UNN, for god tilretteleggelse og innvilgelse av permisjon, slik at jeg fikk mulighet til å gjennomføre studiet. Tusen takk til min veileder Mari Wolff Skaalvik for støtte og oppmuntring, gode råd og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Sist, men ikke minst må jeg takke min kjære Paul for ekstra avlastning hjemme, støtte når motivasjonen har vært på hell og for å inspirasjon til å yte mitt beste. Og til mine kjæreste barn, Ottar og Iselin, som endelig skal få mammatid igjen; nå skal vi ut og spille fotball!

Tromsø, mai 2014

Mari Tande Aronsen

## Sammendrag

### Formål

Hensikten med denne studien er å måle sykepleierstudenters erfaringer og synspunkter på det kliniske læringsmiljøet og veiledningsrelasjonen i spesialisthelsetjenesten innenfor praksisstudier i henholdsvis medisinske og kirurgiske avdelinger.

### Bakgrunn

Studentene som er inkludert i denne studien følger et studieforløp med stor vekt på praksisstudienes betydning for læring av sykepleie. Det aktuelle sykehusets visjon er å bli landets mest attraktive læringsarena. For å kunne videreføre og iverksette tiltak som fremmer et godt læringsmiljø, innhentes og systematiseres erfaringer og kunnskap om læringsmiljøet i de avdelingene som tar i mot studenter for klinisk praksis.

### Metode

Det er gjort en tverrsnittstudie (Polit og Beck, 2012) av sykepleierstudenters opplevelse av veiledning i klinisk praksis. Studien tar utgangspunkt i en spørreskjema-basert undersøkelse (CLES+T) som pågår blant alle sykepleierstudenter som er i praksis ved et større norsk sykehus. Statistiske analyser ble utført ved hjelp av dataverktøyet SPSS, versjon 21.

### Resultater

Av de totalt 275 studentene som hadde praksis ved det aktuelle sykehuset i studieåret 2012/2013, besvarte 110 studenter spørreskjemaet, noe som gir en svarprosent på 40 %. 76,4 % av respondentene i studien var helt eller delvis enig i at avdelingen hadde et godt læringsmiljø, 9,1 % var verken enig eller uenig, og 14,5 % var helt eller delvis uenig i denne påstanden. Det var signifikant sammenheng mellom forekomst av veiledning, innholdet i veiledningsrelasjonen og opplevelse av læringsmiljøet ( $p=0,01$ ). At pasientene mottok individuell pleie og omsorg og at avdelingens sykepleiefilosofi/grunnlagstenkning var klart definert, var av stor betydning for en positiv opplevelse av læringsmiljøet.

### Konklusjon

Studien viser en signifikant sammenheng mellom forekomst av veiledning og et godt forhold til veileder når det kliniske læringsmiljøet evalueres. Det er viktig at disse

funnene tilbakeføres til de aktuelle avdelingene for å forbedre og videreføre det viktige arbeidet innen klinisk læringsmiljø. Det er viktig å videreføre arbeidet med spørreskjemaundersøkelsen for å få tilgang på et større utvalg av sykepleierstudenters evaluering av læringsmiljøet. Det vil være aktuelt å gjøre intervju med et representativt utvalg for å få større innsikt i evalueringen.

### **Søkeord**

CLES+T, klinisk læringsmiljø, veiledning, sykepleierutdanning, sykepleierstudent.

## **Abstract**

### **Objective**

The objective of this study is to assess nursing students experiences and views regarding the clinical learning environment and supervision in clinical studies in the specialized health care system, within the area of medicine and surgery.

### **Background**

The study participants are following a curriculum that emphasizes the impact clinical studies have in training to become a nurse. The current hospitals' vision is to be the most attractive learning arena in Norway. In order to be able to continue and implement interventions that promote a good clinical learning environment, the nursing students experiences and perceptions of data are obtained and systematized in the departments that receive students for clinical placements.

### **Methods**

This is a cross-sectional study, investigating nursing students experience of supervision in clinical practice. The study is based on an ongoing questionnaire survey (CLES+T) aimed at all nursing students that have their clinical practice in a large hospital in Norway. The statistical analysis was performed using SPSS, version 21.

## Results

Out of totally 275 students who had their clinical placement practice at the actual hospital in 2012-2013, 110 completed the questionnaire, which gives a response rate on 40 %. 76,4 % of the participants fully agreed or agreed to some extent that the ward could be regarded as a good learning environment, 9,1 % neither agreed nor disagreed, and 14,5 % fully disagreed or disagreed to some extent to this statement. There was a significant relation between the frequency of supervision, the content of the supervisory relationship and the perception of the clinical learning environment ( $p=0,01$ ). Other factors that contributed to a positive perception of the clinical learning environment were that the patients received individual care and that the ward's nursing philosophy was clearly defined.

## Conclusion

This study concerning the clinical learning environment shows a significant relationship between the frequency of supervision and the relationship to the supervisor. It is important to implement these results in the wards to improve and have a continuously focus on the importance of a good clinical learning environment. In addition, it is important to continue the questionnaire survey in order to be able to get a larger sample of participating nursing students evaluating the clinical learning environment. For further studies, a qualitative study interviewing students may be important in order to get a deeper understanding into the evaluation of the clinical learning environment.

## Key words

CLES+T, clinical learning environment, supervision, nursing education, nursing student.

## Innhold

<b>Introduksjon</b> .....	<b>8</b>
Bakgrunn for studien.....	8
Strategi for undervisning og læring 2009-2014 .....	9
<i>Prosjekt "Læringsmiljø for sykepleierstudenter ved x"</i> .....	10
Studiens formål og forskningsspørsmål.....	11
Oppbygging av oppgaven.....	11
<b>Teori</b> .....	<b>12</b>
Praksis.....	12
<i>Historisk perspektiv på praksis</i> .....	12
<i>Førstehåndserfaring</i> .....	14
<i>Evaluering</i> .....	14
Somatisk sykehus .....	15
Mesterlære .....	16
Læringsmiljø.....	17
Veiledning .....	18
<i>Forekomst av veiledning</i> .....	19
<i>Stabilitet og kontinuitet</i> .....	19
<i>Tillit</i> .....	21
<i>Respekt og likeverd</i> .....	21
Pasientomsorg og verdigrunnlag på avdelingen .....	22
<b>Metode</b> .....	<b>23</b>
Kvantitativ metode.....	23
<i>Spørreskjemaundersøkelsen</i> .....	23
Datainnsamling .....	24
Utvalg.....	25
Metode for analyse .....	25
<i>Rekoding av variabler</i> .....	26
<i>Deskriptiv statistikk</i> .....	27
<i>Krysstabell</i> .....	28
<i>Mann-Whitney U</i> .....	28
<i>Korrelasjon</i> .....	28
<i>Regresjonsanalyse</i> .....	28
Validitet/ reliabilitet .....	29
Evaluering av metoden.....	29
Forskningsetiske betraktninger.....	31
<b>Funn</b> .....	<b>32</b>
Deskriptive data .....	32
Krysstabeller .....	34
Korrelasjon mellom variablene .....	34
<i>Spearman's rho</i> .....	34
<i>Mann-Whitney U test</i> .....	35
<i>Regresjonsanalyse</i> .....	36
Validitet/ Reliabilitet.....	36
<b>Diskusjon</b> .....	<b>37</b>
Forekomst av veiledning.....	38
Individuell veiledning.....	41
Stabilitet og kontinuitet.....	42
Tillit .....	44
Respekt og anerkjennelse .....	46

Pasientomsorg og verdigrunnlag på avdelingen .....	47
Tidligere erfaringer.....	47
Medisinsk og kirurgisk praksis .....	48
Lav svarprosent.....	48
Avsluttende refleksjoner.....	49
<b>Konklusjon.....</b>	<b>51</b>
<b>Kilder.....</b>	<b>52</b>

## Artikkelen

<b>Abstract .....</b>	<b>56</b>
Aim and objective.....	56
Background .....	56
Methods.....	56
Results.....	56
Conclusion.....	57
<b>Introduksjon.....</b>	<b>57</b>
<b>Bakgrunn.....</b>	<b>58</b>
<b>Metode.....</b>	<b>59</b>
Formål.....	59
Design .....	59
Utvalg.....	61
Datainnsamling .....	61
Validitet/ reliabilitet .....	61
Analyse av data.....	61
Forskningsetiske hensyn.....	62
<b>Resultater .....</b>	<b>62</b>
<b>Diskusjon .....</b>	<b>66</b>
Forekomst av veiledning.....	67
Individuell veiledning.....	67
Stabilitet og kontinuitet.....	68
Tillit .....	68
Respekt og anerkjennelse .....	69
Pasientomsorg og verdigrunnlag på avdelingen .....	69
<b>Konklusjon .....</b>	<b>70</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>71</b>
<b>Vedlegg 1.....</b>	<b>74</b>
<b>Vedlegg 2.....</b>	<b>76</b>
<b>Vedlegg 3.....</b>	<b>78</b>

# Introduksjon

## Sykepleierutdanningen

Bachelor i sykepleie er en treårig høyere utdanning fra universitet eller høyskole. Kunnskapsdepartementet (2008) har laget en overordnet rammeplan for sykepleierutdanning, som legger grunnlaget for lokale fag- og undervisningsplaner ved de enkelte utdanningsinstitusjonene. Studentene som er inkludert i denne studien følger et utdanningsforløp med stor vekt på praksisstudier, og det tilstrebes nært samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfeltet. Her har sykepleierstudentene det første studieåret 8 uker veiledet praksis på sykehjem om grunnleggende sykepleie og 4 uker observasjonspraksis i forebyggende helsearbeid. Andre studieår består av 10 ukers praksis på medisinsk avdeling og 10 uker praksis på kirurgiske avdelinger på sykehus. Tredje og siste studieår har studentene 9 uker praksis innen psykisk helsevern og 9 uker praksis innen eldreomsorg. Det er tilsammen 52 ukers praksis gjennom hele studiet, og disse utgjør 75 av totalt 180 ECTS. Det tas opp rundt 150 sykepleierstudenter ved det aktuelle universitetet hvert år, fordelt på heltids- og deltidsstudium.

## Bakgrunn for studien

En god praksis er viktig for sykepleierstudenter da det er der de får mulighet til å koble sammen teorien de har lært på skolen med den praktiske delen av yrket (Quinn, 2000). Forskning viser at de praksisstedene hvor studentene opplever å ha et godt læringsmiljø har lettere for rekruttere nyutdannede sykepleiere enn de avdelingene hvor læringsmiljøet ikke har blitt opplevd som bra (Edwards et al., 2004). I følge statistisk sentralbyrå (<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde>) vokser antall personer over 67 år raskt, fra 673 000 i 2013 til estimerte 1,8 millioner i 2060. Dette medfører at helsevesenet vil ha behov for flere hender i arbeid, og det kan bli rift om de best kvalifiserte sykepleierne (Gautun et al., 2012). For at sykepleiere som veileder studentene i praksis skal kunne gjøre veiledningen best mulig, trenger de oppfølging og tilbakemelding. En fersk rapport om opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleierutdanningen (Kårstein og Aamodt, 2012) viser at oppfølging av sykepleierstudenter i praksis kan være mangelfull. Rapporten sier videre at kravene som stilles i praksis er individuelle da de avhenger av hvilken veileder studenten får (ibid).



Jeg jobber som fagutviklingssykepleier ved et større sykehus og har gjennom den stillingen overordnet ansvar for sykepleierstudenter og radiografstudenter som er i praksis ved min avdeling. Dette innebærer hovedansvar for all oppfølging, tilrettelegging og evaluering av studentene. Vi har i snitt 15 studenter i praksis hvert semester, så det er en betydelig andel studenter vi er med på å utdanne. Sykepleierstudenters opplevelse av praksis er derfor et svært relevant tema både for meg selv og nærmeste leder, og for hele institusjonen og sykepleierutdanningen vi samarbeider med. Flere studier (Beadnell, 2006; Neary, 2000; Skaalvik, 2010), viser at sykepleiere generelt er positive til å være veiledere for studenter i praksis, på tross av merarbeidet det medfører. Min erfaring gjennom flere år som sykepleier og praksisansvarlig er at det er varierende hvordan sykepleiere opplever rollen som kontaktsykepleier. Noen har ingen innvendinger mot det og ser på arbeidet med studenter som en ressurs både for seg selv, avdelingen og pasientene. Andre uttrykker negative holdninger til å være kontaktsykepleier og ser på det som en belastning. På sykehuset som denne undersøkelsen har blitt utført på har det over mange år vært arbeidet med å styrke veiledningen og kvaliteten på det tilbudet sykepleiestudenter får mens de har praksis. Et resultat av dette er at ulike modeller og organisering av veiledning har blitt utviklet slik at benevnelsen «veileder» ikke er entydig med hensyn til funksjon og utforming (jfr. Saarikoski et al., 2007).

### **Strategi for undervisning og læring 2009-2014**

Det aktuelle sykehuset i Norge har laget en strategi for undervisning og læring for perioden 2009-2014. Undervisningsstrategien bygger på føringer av statlig, regional og lokal forankring, i henholdsvis Lov om spesialisthelsetjeneste (Helse\_og\_omsorgsdepartementet, 2014a) og Lov om helsepersonell (Helse\_og\_omsorgsdepartementet, 2014b), oppdragsdokument fra det aktuelle helseforetak, og beslutning av sykehuset om ny organisasjonsmodell. Undervisningsstrategien har 8 hovedmål som er vedtatt i sykehusets styre. De er knyttet opp mot sykehusets overordnede målsetting om at all undervisning og veiledning i sykehuset skal være kunnskapsbasert. Jeg ønsker spesielt å trekke frem hovedmålene 1, 2 og 6, som sier:

- 1. God kvalitet i veiledning og undervisning*
- 2. Praksis, turnustjeneste og spesialistutdanningene skal være godt organisert i henhold til målsetting for utdanningen*

6. *Undervisning og veiledning skal være en integrert del av arbeidsoppgavene for ansatte*

Sykehuset ønsker å være en attraktiv læringsarena både for studenter og for ansatte, for å bidra til å rekruttere og beholde arbeidstakere. Det er et stort antall fremtidige helsearbeidere som utdannes og kvalifiseres gjennom praksis i sykehuset, og undervisning og veiledning ansees som en viktig arbeidsoppgave for de ansatte. Helsepersonell ansatt ved sykehuset fungerer som rollemodeller for studentene, og mesterlære blir praktisert. Sykehuset og den aktuelle utdanningsinstitusjonen har inngått en samarbeidsavtale for utdanning av helsepersonell. For bachelorutdanningen i sykepleie betyr det blant annet at sykehuset skal tilrettelegge for praksisplasser.

### **Prosjekt ”Læringsmiljø for sykepleierstudenter ved x”**

I strategidokumentet nevnt ovenfor står det: *”Kvaliteten i praksisstudier på x bør sikres gjennom systematisk evaluering. (...) For at x skal kunne bedre kvaliteten på praksisstudiene er man avhengig av å få tilgang til evalueringsrapporter som angår studentenes praksis, noe som det per i dag ikke er rutiner for.”*

På bakgrunn av dette ble prosjektet ”Læringsmiljø for sykepleierstudenter ved x” iverksatt. Prosjektets mål er innhente og systematisere erfaringer og kunnskaper om læringsmiljø i avdelinger ved sykehuset som tar i mot sykepleierstudenter for klinisk praksis. Dette vil kunne danne grunnlag for videreføring og iverksetting av tiltak som fremmer et godt læringsmiljø. På sikt vil funn fra prosjektet kunne danne grunnlag for å undersøke en eventuell sammenheng mellom positive praksiserfaringer og rekruttering av sykepleiere til sykehuset, men det blir utenfor denne studien. Evalueringsstudien gjennomføres for studieårene 2011/2012, 2012/2013 og 2013/2014.

## Studiens formål og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å måle sykepleierstudenters erfaringer og synspunkter på det kliniske læringsmiljøet og veiledningsrelasjonen i praksisstudier i spesialisthelsetjenesten innenfor henholdsvis medisinsk og kirurgisk område. Mine forskningsspørsmål er:

*hvilken betydning har følgende underpunkter for studenters opplevelse av det kliniske læringsmiljøet;*

- *relasjonen student/ veileder*
- *forekomst av veiledning*
- *innholdet i veiledningsrelasjonen*

## Oppbygging av oppgaven

Masteroppgaven består av en vitenskapelig artikkel og en sammenbinding som utdyper artikkelens innhold med tanke på teori, metode, funn og diskusjon. Teoridelen inneholder rammene for praksis i dagens sykepleierutdanning og i historisk perspektiv. Videre utdypes begrepene mesterlære, læringsmiljø og veiledning, og aktuell forskning på området presenteres. Kapittelet om metode utdyper metodisk tilnærming for å svare på mine forskningsspørsmål, og forskningsetiske betraktninger i forbindelse med gjennomføringen av studien presenteres. I kapittelet om funn presenteres resultatene fra de ulike statistiske analysene. Diskusjonsdelen inneholder drøfting av funn mot teori og aktuell forskning. Til slutt kommer konklusjon av studien, samt betraktninger om hvordan funnene kan være utgangspunkt for videre arbeid.

Artikkelen er skrevet etter retningslinjer for publisering i tidsskriftet "Vård i Norden", og vil bli sendt inn til vurdering nå som masteroppgaven er levert.

## Teori

### Praksis

I følge *Rammeplan for sykepleierutdanning* (Kunnskapsdepartementet, 2008), er innholdet i utdanningen fordelt på fire hovedemner; ”Sykepleiens faglige og vitenskapelige grunnlag” (33 ECTS), ”Sykepleiefaget og yrkesgrunnlaget” (72 ECTS), ”Medisinske og naturvitenskapelige emner” (45 ECTS) og ”Samfunnsvitenskapelige emner” (30 ECTS). Disse inkluderer obligatoriske praksisstudier og ferdighetstrening i et omfang på 90 studiepoeng (ECTS). I *Forskrift til rammeplan for sykepleieutdanning* § 3 (Kunnskapsdepartementet, 2008) står det at praksisstudier med pasienter og pårørende skal utgjøre minimum 75 ECTS, og tilstedeværelse i praksis skal omfatte gjennomsnittlig 30 timer per uke. Disse praksisstudiene kan være enten veiledete studier, observasjons- og hospiteringspraksis eller selvvalgt praksis. Praksis i spesialisthelsetjenesten, innen medisin og kirurgi, skal gjennomføres både med dag-, aften- og nattevakter, og studentene har krav på daglig veiledning og opplæring. Sykepleiere har ansvar for å informere, undervise og veilede studenter (ibid).

### Historisk perspektiv på praksis

På 1800- tallet ble det bygget flere nye sykehus i landet, og behovet for kvalifiserte hjelpere til legene meldte seg (Micaelsen, 2002). Til nå hadde pleierne, også kalt gangkoner eller våkekoner, bestått av enker eller ugifte kvinner som ikke hadde noen helsefaglig utdanning (ibid). Til tross for medisinenes fremgang på samme tid, hadde ikke kvaliteten på gangkonene økt (ibid). I 1868 startet den første sykepleieskolen i Norge ved at diakonesseutdanningen ble opprettet (ibid). Utdanningen kunne gå over 2- 5 år, og elevene bodde da på diakonissehuset (ibid). Den praktiske undervisningen ble de første årene gitt ved sykesengen av sykehuslegen (ibid). Fra 1872 overtok diakonissene denne delen av undervisningen (ibid). Det var imidlertid få utdannede sykepleiere i Norge på denne tiden, så når elevene kom til steder uten andre fagutdannede fikk de liten eller ingen undervisning og veiledning i løpet av praksisperioden (ibid). På slutten av 1800- tallet ble det opprettet flere sykepleierutdanninger gjennom Røde Kors og Norske Kvinners Sanitetsforening (ibid). Deler av utdanningene var teoriblokker, men det var i hovedsak en praktisk utdannelse (ibid). Både medisinsk og kirurgisk praksis var nå blitt en del av utdanningen (ibid). Elevene fulgte fortsatt utdannede diakonisser som utøvde mesterlære (ibid).

Norsk sykepleierforbund utarbeidet i mellomkrigstiden en ny utdanningsmodell for sykepleiere (Fause, 2002). Her var sykepleierne fortsatt forbilder og læremestere, og på 1930-tallet fikk instruksjonssykepleieren en sentral funksjon i sykepleierutdanningene (ibid). Instruksjonssykepleieren hadde ansvar for å følge opp elevene i praksis, og holdt oppsyn med elevene og skolen (ibid). Den aktuelle utdanningsmodellen tok også utgangspunkt i mesterlære, hvor elevene så hvordan sykepleierne utøvde pleie og prosedyrer, for så å få prøve dette selv under kyndig veiledning (ibid). Etter å ha opparbeidet seg mer erfaring, fikk elevene etter hvert jobbe mer selvstendig (ibid).

I 1962 kom en ny sykepleielov (Fause, 2002), og sykepleierutdanningen og sykehuset ble derav to separate enheter. Dette førte også til nye retningslinjer for utdanning av sykepleiere, som blant annet økt teoretisk undervisning og redusert praksistid (ibid). Elevene hadde da totalt 118 uker praksis gjennom studietiden (ibid). På denne tiden ble det vanlig å ha kontaktsykepleiere på avdelingene for å ivareta oppfølging og veiledningen av studentene i praksis (ibid). Fra 1970 ble forholdet mellom teori og praksis nok en gang justert med mer teori og ytterligere 900 timer reduksjon av praksis (ibid).

I dag omfatter praksis 50 uker av sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det vil si at undervisning i praksis i løpet av 60 år har blitt redusert fra 4/5 av utdanningstiden til 2/5 (Fause, 2002). Dagens utfordringer i forhold til praksis er at det er få praksisplasser og korte praksisperioder (ibid). Fause (ibid) skriver at studenter opplever å ikke bli ivarettatt i praksis. De blir ikke inkludert i avdelingen men heller ofte overlatt til seg selv (ibid). Sykepleierne er ofte uerfarne og har behov for oppfølging og veiledning selv, og har dermed vanskeligheter for å utføre denne oppgaven ovenfor studentene (ibid). Annen forskning på området viser at studenter i somatisk praksis i spesialisthelsetjenesten evaluerer praksis som god med tanke på læringsmiljø og veiledning (Espeland og Indrehus, 2003; Henriksen et al., 2012; Skaalvik et al., 2011; Saarikoski et al., 2005; Saarikoski og Leino-Kilpi, 2002). Utdanningsinstitusjonen har, sammen med praksisplass, ansvar for å tilrettelegge for praksis, men studentene har selv ansvar for å planlegge og gjennomføre aktuelle læresituasjoner gjennom hele praksis (Sykepleierutdanningen\_ved\_X, 2011).

## Førstehåndserfaring

Erfaringslæring er et etablert begrep innen pedagogisk faglitteratur (Pettersen og Løkke, 2004). Studentene kan ikke lære om praksis, men gjennom (Nielsen og Kvale, 1999).

Gjennom praksis får studentene førstehåndserfaring med pasientomsorg. Studentene må delta aktivt i pasientrettet arbeid for å lære seg håndlag, observasjoner og prosedyrer. Dette er avgjørende for opplæringen. *Øvelse gjør mester* er det et gammelt ordtak som sier, og det gjelder også for sykepleierstudentene. Det kreves øvelse og gjentakelser for å lære (ibid). Molander (1996) understreker viktigheten av å lære gjennom å gjøre, og viser til eksempler hvor elevene må utføre handlinger for å lære seg oppmerksomhet i observasjon og handling, og dermed også forståelse for faget.

## Evaluering

For å sikre at studentene tilegner seg de kunnskaper og kvalifikasjoner som kreves etter endt praksis, blir studentene evaluert underveis og på slutten av praksis (Kunnskapsdepartementet, 2008). Praksis blir vurdert til *bestått* eller *ikke bestått* (ibid). Den aktuelle utdanningsinstitusjonen har overordnede målsetninger for praksis under temaene generell sykepleie, etikk og kommunikasjon, og ansvar for egen læring (Sykepleierutdanningen\_ved\_X, 2011). Studentene som deltar i denne studien utformer i tillegg egne, personlige målsetninger for praksis (Sykepleierutdanningen\_ved\_X, 2010). Rammeplanens, fagplanens og studentens målsetninger ligger til grunn for vurderingene.

Studentene skal få fortløpende tilbakemelding på det de utfører i praksis, og ved midten av praksisperioden skal studentens læringsprosess og måloppnåelse vurderes. Hvis studenten står i fare for å få vurderingen ”ikke bestått” skal det dokumenteres og studenten informeres om det. Studentene vurderes i forhold til skikkethet for yrket gjennom hele studieforløpet (Kunnskapsdepartementet, 2006). Vurderingen inngår i en helhetsvurdering av studentens faglige og personlige forutsetninger for å kunne arbeide som sykepleier (Kunnskapsdepartementet, 2006). Eventuelle tvilsmeldinger kan formidles av lærere, studenter, øvrig personale på utdanningsinstitusjonen, representanter for praksisinstitusjoner, veiledere i praksis og ledere i praksisinstitusjoner.

## Somatisk sykehus

Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell samt opplæring av pasienter og pårørende er spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver (Helse\_og\_omsorgsdepartementet, 2014c). Sykepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, radiografer, bioingeniører med flere, er yrkesgrupper som har ulike roller overfor pasientene, og det kreves omfattende systemer for planlegging, vedlikehold og egenkontroll av sykehusdriften (Iversen og Braut, 2014).

Fra 1930- tallet ble sykehusene ansett som tredelte, med virksomhet innen kirurgi, medisin og røntgenologi (Helse\_og\_omsorgsdepartementet, 2014c). Det moderne sykehuset endret seg fra å skulle pleie fattige og syke til å være en behandlingsinstitusjon for hele befolkningen (ibid). Dette ga behov for større kapasitet ved sykehusene. Fra 1950- årene til 1980- årene var det stor satsning på spesialisthelsetjenesten, og antall sengeplasser i sykehusene økte betraktelig. Vitenskapelige fremskritt førte til økt spesialisering blant legene som igjen førte til mange spesialiserte seksjoner og mindre sykehusavdelinger (ibid). For pasientene har denne spesialiseringen ført til at de får tilbud om behandling som tidligere ikke var tilgjengelig, samtidig som inndelingen har gitt utfordringer med internt samarbeid for pasienter med sammensatte lidelser som trenger hjelp av flere spesialister (ibid).

I 1980 ble det innført rammefinansiering av sykehus (ibid). Dette var ment for å effektivisere driften, og økonomi fikk en større rolle i driften av sykehus (ibid). I dag er det mer poliklinisk pasientbehandling og reduksjon i antall senger innen somatisk spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2012). Til tross for reduksjon i antall senger fra 2011 til 2012, gikk antall planlagte innleggelser i somatiske sykehus opp (ibid), noe som medfører økt tempo i sengepostene.

Rammene for praksis i sykehus er endret betydelig, spesielt de siste 25 år (Fause, 2002). Pasientene har mye kortere liggetid på sykehuset og det behandles flere pasienter (ibid). Pasientene har et mer sammensatt sykdomsbilde med flere bidiagnoser, andelen over 80 år øker og pleietyngden er større enn tidligere (ibid). Korridorpasienter er blitt et vanlig fenomen (ibid).

I følge rammeplanen deles sykehuspraksis i kirurgisk og medisinsk (Kunnskapsdepartementet, 2008). På større sykehus vil studentene oppleve å være på spesialiserte avdelinger innenfor henholdsvis medisin og kirurgi. Med høyt pasientbelegg,

stor turnover av pasienter og at inneliggende pasienter har flere diagnoser, gir studentene mulighet til stort læringsutbytte av praksis.

## Mesterlære

Mesterlære var aktuelt i håndverksfagene allerede i middelalderen, der lærlingene og mesteren inngikk kontrakter for betingelser ved opplæring (Skagen, 2004). Lærlingene måtte binde seg i flere år til denne kontrakten før han kunne bli tatt opp i håndverkslauget som svenn. Med svennebrevet i hånden måtte han forflytte seg til andre mestere for å få ytterligere veiledning på sitt håndverk, og det tok lang tid før svennen kunne få sitt mesterbrev.

Lærlingen fikk instruksjon og demonstrasjon om hvordan håndverket skulle utføres, og når han etter hvert fikk prøve selv ble han korrigert av mesteren. Det var en iboende autoritær struktur i forholdet mellom mester og lærling, og mesteren skulle ikke utfordres – han skulle følges. Det har tidligere vært diskusjon om mesterlære kunne brukes innen helse- og omsorgsfaget da det ble ansett som for rigid til å brukes om læring for arbeid med mennesker (ibid). På 90- tallet ble betegnelsen mesterlære modernisert, og i dag blir den brukt som alminnelig læremåte innenfor de fleste utdanninger (ibid), inklusiv sykepleierutdanning. Sykepleierstudenter i praksis blir veiledet av ferdig utdannede sykepleiere. Det er ingen krav til videreutdanning for å veilede studenter, da veiledningskompetanse er noe sykepleierne forventes å ha når de mottar sin autorisasjon (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Det er fire hovedtrekk ved mesterlære; praksisfellesskap, tilegnelse av faglig identitet, læring gjennom handling og evaluering gjennom praksis (Nielsen og Kvale, 1999). Ut fra mine erfaringer gir praksis ved en somatisk avdeling mulighet for sykepleierstudenten til å bli en del av et praksisfellesskap hvor hun lærer hvordan en sykehusorganisasjon er bygd opp og arbeidet er organisert. Hun lærer hvordan pasientforløpene går og får et innblikk og forståelse for hvordan ulike momenter henger sammen; hvordan organisasjonen er sammenvevd, tverrfaglig samarbeid, samarbeid med andre avdelinger, samarbeid med kommunehelsetjenesten, og ikke minst samarbeid med pasientene og deres pårørende. Samspeillet mellom de ulike aktørene er svært viktig, og det er derfor av betydning at studentene får erfare dette i praksis. Det er et stort nettverk som må fungere for at pasientbehandlingen skal være god. Studenten får i praksis innsikt i overlappende vakter, hvor noen oppgaver må overlates til neste vakt samtidig som hun lærer viktigheten av å få gjort det hun kan i løpet av egen vakt.



Gjennom klinisk praksis vil studenten tilegne seg en identitet<sup>1</sup> om sykepleier. Hun vil lære seg hvilken rolle<sup>2</sup> sykepleiere har i forhold til pasienter, pårørende og andre yrkesgrupper. Hun vil få innblikk i problemstillinger angående mennesker i alle livsfaser og livssituasjoner, og må forholde seg til disse utfordringene i der- og- da- situasjoner.

For at studentene skal lære sykepleie, må de være aktive i praksis. Det de har lært i teorien skal benyttes i det praktiske arbeidet (P Benner et al., 2010). Studenten vil gjennom praksis kunne tilegne seg det gode håndlaget som sykepleiere skal ha (ibid). Hun vil se i praksis det som hun har lest og fått undervisning om på skolen, og vil tilegne seg kompetanse i å koble sammen teori og praksis (ibid). Gjennom veiledningen får hun lære ulike måter å jobbe på og finne ut hvilken type sykepleier hun vil bli (ibid).

Benner (2009) bruker begrepet mesterlære når hun skriver om sykepleierstudenters og sykepleieres tilegnelse av kompetanse. Hun viser til Dreyfusmodellen (ibid) som deler mesterlæren inn i fem nivåer; novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Novisene kommer ut i praksis med kun teoretiske kunnskaper om det kliniske arbeidet de skal lære seg. Den avanserte nybegynner presterer å gjøre sitt arbeid noenlunde akseptabelt, og begynner å gjenkjenne situasjoner som omhandler pasientene. Kompetent kan sykepleieren ifølge Benner (2009) regne seg når man har holdt på med de samme typer oppgaver i to til tre år, for eksempel jobbet som sykepleier på samme avdeling i denne perioden. Den kompetente sykepleieren evner nå å se fremover og tenker langsiktig i den pleien hun gir pasientene, men har ikke tempoet og smidigheten som den kyndige sykepleieren har. Den kyndige sykepleieren har opparbeidet seg så mye erfaring at hun aner hva som kan skje med pasientene ved å analysere situasjoner. Eksperten reagerer derimot umiddelbart i en situasjon og handler på instinkt, uten å måtte vurdere og analysere situasjonen (Molander, 1996).

## Læringsmiljø

Det er to hovedområder som påvirker den kliniske læringen (Saarikoski og Leino-Kilpi, 2002); læringsmiljøet og veiledningen studentene får av sykepleier. Læringsmiljø kan

---

<sup>1</sup> Identitet handler om personlighet, den man er. Det kan i et utvidet perspektiv si noe

<sup>2</sup> En rolle er summen av de normer og forventninger som knytter seg til en bestemt oppgave, stilling eller gruppe i samfunnet, jmf Skirbekk, S. (2014)

beskrives som de vilkår, krefter og ytre stimuli som påvirker individet (Papp et al., 2003). Det omfatter alt studenten omgis av i praksis, som fysiske omgivelser, utstyr, ansatte, pasienter, kontaktsykepleier og sykepleielærer (ibid). Dunn og Hansford (1997) konkluderer i sin studie om læringsmiljø at sykepleierne ved avdelingene var den mest innflytelsesrike faktoren for studentene. Aktiv deltakelse i feltet er avgjørende for å få optimalt utbytte av praksis, men det forutsetter at studenten føler seg som en del av teamet i avdelingen (Nolan, 1998). Så lenge studenten ikke er en del av teamet vil han/ hun bruke det meste av tid og energi på å bli akseptert i stedet for på læring og utvikling (ibid). Videre pekes det på at der ansatte har det godt samarbeid og er motiverte, føler studentene at de får god støtte og veiledning (Wilson-Barnett et al., 1995). En positiv opplevelse av læringsmiljøet er avgjørende for studentenes læring (Atack et al., 2000). Positiv samhandling med de ansatte, planlegging av dagen sammen med veileder, og å bli behandlet som en student og ikke som assistent, er faktorer som skaper et positivt læringsklima (ibid). Situasjoner som kan bidra negativt til opplevelsen av læringsmiljøet er uimottakelig personale, manglende retningslinjer, og det å ha en veileder som ikke er oppmerksom (ibid).

## Veiledning

Sykepleiere som arbeider klinisk blir observert, både av pasienter, pårørende, studenter og kollegaer (Perry, 2009). Bevisst eller ubevisst blir deres handlinger og utsagn levende undervisning (ibid). Veiledning er en pedagogisk og strukturert virksomhet, hvor det fokuseres på at svarene ligger hos studenten (Tveiten, 2008). Det skal være en faglig fundert prosess med hensikt om å styrke studentenes mestringskompetanse. Veiledning forutsetter at veileder har kompetanse og tar ansvar for å veilede, men også at studenten er aktiv og tar ansvar for å bli veiledet. Veileder kan bare legge forholdene til rette for at studenten skal få ny kunnskap. Det er opp til studenten om hun ønsker å ta til seg denne kunnskapen eller ikke, og må ta ansvar for egen læring. Benner et al. (2010:142) siterer en av sine informanter som sier: *”Jeg kan lede dem til vannet, men jeg kan ikke få dem til å drikke”*. Det er to forhold innenfor veiledning; et faglig og et personlig forhold (Tveiten, 2008). Det faglige handler om yrkesutøvelse og egen praksis, og det personlige handler om den som utøver praksis (ibid). Veiledningen kan foregå som en-til-en- eller som gruppeveiledning, og kan skje både planlagt og spontant. Som pedagogisk virkemiddel kan veiledning beskrives gjennom ulike tradisjoner som terapitradisjonen, håndverkstradisjonen og refleksjonstradisjonen (ibid). Det er imidlertid

håndverkstradisjonen med mesterlære (Wackerhausen, 1999) jeg bruker som bakteppe for min studie da den har vært den mest aktuelle veiledningsformen innen sykepleieutdanningen.

### **Forekomst av veiledning**

Kontaktsykepleiers støtte og engasjement er avgjørende for studentenes læring (Gregersen og Nilsen, 2005). Det viser seg imidlertid at ikke alle studenter får god nok oppfølging av kontaktsykepleier eller annet personale på praksisstedet ved at de ikke tar ansvar for studentene (ibid). Studier viser at faglige diskusjoner og refleksjon er fraværende mellom sykepleier og student (ibid). Hele personalgruppa er viktig for studentenes læring, ikke bare kontaktsykepleier (ibid).

I følge Pettersen og Løkke (2004) har studenter forskjellige veiledningsbehov ut fra hvilken kompetanse og tidligere erfaring de har. Studenter med liten kompetanse innen pleie vil trenge tettere oppfølging med instruerende veiledning. Studenter som besitter mer kunnskap har behov for mengdetrening og repetisjon, men fortsatt tett oppfølging. Erfarne studenter er mer selvstendig og trenger ikke stadige tilbakemeldinger på arbeidet sitt, slik som unge, uerfarne studenter gjør (ibid).

Ved at veileder er ærlig og gir konkrete tilbakemeldinger til studenten, hjelper hun studenten å se grensene for ens egen kunnskap, og hjelper studenten til ikke å overprøve sin egen kompetanse (Hauge, 1999). Forskning viser at studenter går mye alene i praksis, og når de får veiledning er det beskrivelse av arbeidet de får, ikke begrunnelse for hvorfor (ibid). Det er negativt for læringsutbytte. Solvoll og Heggen (2010) beskriver problemet med at studenter ikke ble spurt om deres erfaringer med pleien de ga til pasientene. De ble bare bedt om å ta kontakt om de trengte hjelp til noe og fikk ikke konkrete tilbakemeldinger på sine handlinger.

### **Stabilitet og kontinuitet**

En fenomenologisk studie av Beck (1993) kom frem til at de mest fremtredende følelsene som studentene opplevde da de begynte i praksis på sykehus var gjennomtrengende angst, følelsen av å være forlatt, sjokkartet møte med virkeligheten, følelse av å være inkompetent, og å tvile på egne valg. For å trygge studentene og for å få kontinuitet i veiledningen, kan den deles inn i tre faser; 1: Oppstart-/ bli kjent-/ kontraktsfasen, 2: arbeidsfasen, 3: avslutningsfasen (Tveiten, 2008). Pettersen og Løkke (2004) har en liknende inndeling av

veiledning, men kaller fasene for; 1: begynnerfasen, 2: den personlige fasen, 3: jevnbyrdighetsfasen. Selv om de kalles ved forskjellige navn, har de mye av det samme innholdet. Jeg velger derfor å kalle dem for henholdsvis fase 1, 2 og 3. Fase 1 innebærer at student og veileder blir kjent med hverandre, samt hverandres forpliktelser i forhold til veiledningsrelasjonen. Her inngås eventuelle muntlige eller skriftlige kontrakter for veiledningsperioden, og rammer og normer for veiledningen konkretiseres. Selv etter at student og veileder er blitt godt kjent med hverandre, vil hver veiledningssituasjon inneholde en fase 1. Dette forekommer ved at det legges til rette for å fokusere på veiledningen, og momenter som kan virke forstyrrende legges til side eller fjernes. Fase 2 er den fasen som tidsmessig varer lengst. Her vil relasjonen mellom student og veileder være tettere og oppmerksomheten rettes mot studentens sterke og svake sider. Det fokuseres på utforskning, undring og utfordring. Veileder utforsker det studenten uttaler eller gjør, hun undrer seg over det gjennom refleksjon med studenten, og utfordrer studenten med å konfrontere henne med hennes meninger, oppfatninger og omtale. I fase 3 har studenten oppnådd større selvstendighet, og veiledningen bærer preg av mer likeverdighet mellom student og veileder. Veiledningen opptrer i større grad som en konsultasjon og bekreftelse på det studenten gjør. Her legges det til rette for videreføring av prosesser, og avsluttes med oppsummering og evaluering.

Planlagt og strukturert veiledning er viktig for å oppnå stabilitet og kontinuitet gjennom praksis. Ifølge Tveiten (2008) skal veiledningen forgå i en definert sammenheng, enten individuelt eller i gruppe. Den skal gjennomføres til faste tider og over et gitt tidsrom. På denne måten blir veiledningen konstruktiv og mer enn dagligdags samtale mellom to bekjente. Veiledningen løftes også opp fra faglige diskusjoner mellom kollegaer. Å ha en stabil veileder, er av stor betydning for hvordan læringsmiljøet i praksis oppfattes av studentene (Skaalvik et al., 2011) Dersom sykehuset ønsker omfattende og kvalitativ god veiledning, må det legges til rette for det, slik at sykepleierne har mulighet til dette i sin arbeidshverdag (Pettersen og Løkke, 2004). Avdelingene må tilpasse og stimulere til veiledning, da individuelle ferdigheter og gode intensjoner ikke er nok for å skape et godt læringsmiljø med mulighet for utvikling. Å ha en kontaktsykepleier som fast veileder åpner dører inn til arbeidsfelleskapet i avdelingen, og studentene føler seg medregnet i miljøet (Heggen, 1995). Det gir også trygghet for studenten, og ved å bli godt kjent med hverandre blir det større forutsetninger for veiledning (Hauge, 1999).

Turnusarbeid kan ha negativ innvirkning på helse (Fevang, 2004), som igjen kan føre til økt sykefravær. Forskning viser også at det er gjennomgående høyere sykefravær blant kvinner enn blant menn, og det er høyere sykefravær i helsesektoren enn andre sektorer (ibid). Hvis dette sees i lys av at sykepleiernes vakter kan forskyves (Fagforbundet, 2012-2014), og at sykepleierne har større vaktbelastning enn studentene, kan det være utfordrende å få studentenes turnus til å gå opp med kontaktsykepleiers slik at de får gått sammen gjennom praksis. Dette fører igjen til at studenten til tider må gå sammen med andre pleiere i praksis, og stabiliteten og kontinuiteten i veiledningen utfordres.

### **Tillit**

I følge Tveiten (2008) møter mennesker andre mennesker med tillit. Man har altså en iboende tillit til medmennesker som ikke svekkes før det motsatte er bevist. Tillitt fordrer trygghet (Bang, 2003). Studenten må ha tillit til veileder før hun tør å utlevere seg eller stille spørsmål som kan avdekke eventuelle kunnskapshull (Bang, 2003; Hauge, 1999; Tveiten, 2008). Hvis tilliten ikke er tilstede, vil dialogen mellom student og veileder lide under dette (Skagen, 2004). Ved at kontaktsykepleier gir av seg selv og viser at hun har husker hvordan det var å være student, gir hun rom for studenten til å være usikker og stille spørsmål (Hauge, 1999). Studenten blir sett og får støtte i situasjonen i stedet for utålmodighet og kritikk (ibid). Studentens bevegelsesfrihet øker når de har fått en posisjon innenfor pleiefellesskapet (Heggen, 1995). Ved å bli godt kjent med veileder, blir studenten mer trygg på å kunne spørre om det hun lurar på (Hauge, 1999). Å kunne kommunisere om andre ting enn fag og å kunne le sammen vil gi opplevelse av trygghet og tillit til den andre (Hauge, 1999). Åpenhet, ærlighet og å kunne si ifra om noe ikke er bra har betydning for studentens trygghet (Hauge, 1999). Ved at partene er åpne og ærlige ovenfor hverandre, gis det rom for sykepleier til å komme med konstruktiv kritikk til studenten, men det gis rom for studenten til å gi konstruktiv kritikk tilbake til sykepleier og avdelingen (Hauge, 1999). Veileder har taushetsplikt om det som skjer i veiledningen, så studenten skal være trygg på at det som blir sagt eller gjort, samt reaksjoner og refleksjoner ikke formidles videre til andre (Tveiten, 2008).

### **Respekt og likeverd**

Forholdet sykepleier – student er preget av asymmetri og ulikhet (Pettersen og Løkke, 2004). Her er det viktig å sørge for at studenten bygges opp, og ikke brytes ned (Hauge, 1999).

Studenten er prisgitt sin veileder, og skal bli tatt på alvor, brukes tid på og bli møtt som et helt menneske (ibid). En sykepleier som viser omsorg og interesse for studenten, gir uttrykk for et engasjement i veiledningen, noe som også er viktig i et hvert mellommenneskelige forhold (Molander, 1996). Kroppsholdning er viktig for å kommunisere interesse og oppmerksomhet (Pettersen og Løkke, 2004). Når sykepleier lytter aktivt, er hun både fysisk og psykisk tilstede i veiledningen (ibid). Respekt i veiledningen er av betydning for hvordan sykepleier og student forholder seg til hverandre (Tveiten, 2008). Er relasjonen preget av respekt, vil studenten oppleve trygghet (ibid). Det er viktig for studentens læringsutbytte at sykepleier ser og aksepterer at studenten er i en læresituasjon med de muligheter og den usikkerhet det medfører i hennes tanker og handlinger (Hauge, 1999). I yrkesfaglig veiledning spiller alltid emosjonelle, følelsesmessige og kognitive forhold en rolle (Pettersen og Løkke, 2004) Atack, Comacu et al. (2000) fant gjennom sine intervjuer med sykepleierstudenter at åpen kommunikasjon grunnlagt på gjensidig høflighet og respekt var den viktigste faktoren for forholdet mellom student og sykepleier. Dette innebar at sykepleier tok opp eventuelle problemer med studenten direkte i stedet for å snakke om det med kollegaer eller gå forbi studenten og direkte til lærer.

### **Pasientomsorg og verdigrunnlag på avdelingen**

Sykepleiere i praksis er rollemodeller for studentene. Studentene observerer sine læremestere i det kliniske miljøet og danner seg en mening om hvor god pleie sykepleierne utøver (Atack et al., 2000). I følge Davies (1993) er pasientbehandlingen som gis det viktigste aspektet ved sykepleie som studentene lærer av sine kontaktsykepleiere. Studentene identifiserer god og dårlig pleie, og kartlegger hvilke egenskaper hos sykepleierne som øker kvaliteten på pleien (ibid). Det er viktig for læringen å ha gode forbilder (Hauge, 1999). Hvis sykepleierne er dårlige mestre, vil det ha negativ innflytelse på studentenes læring i praksis (ibid). Forskning viser at sykepleierstudenter i somatisk praksis i spesialisthelsetjenesten opplever at avdelingens sykepleiefilosofi er klart definert og at pasienter mottar individuell pleie og omsorg (Skaalvik et al., 2011), og at det er sammenheng mellom disse to faktorene og opplevelsen av godt læringsmiljø i praksis (Davies, 1993; Dunn og Hansford, 1997; Henriksen et al., 2012)

## Metode

### Kvantitativ metode

Spørreskjemaundersøkelse er en vanlig metode for å frembringe kvantitative data (Polit og Beck, 2012). Denne studien har som mål å kartlegge sykepleiestudenters opplevelse av det kliniske læringsmiljøet på et større norsk sykehus. For å få data angående min problemstilling har jeg gjort en tverrsnittstudie av sykepleierstudenters opplevelse av veiledning i klinisk praksis ettersom veiledning i henhold til forskning (Chan, 2004; Haddeland og Söderhamn, 2013; Johansson et al., 2010; Skaalvik et al., 2011; Saarikoski et al., 2005; Saarikoski et al., 2008; Saarikoski og Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski et al., 2007) er en viktig faktor i studenters evaluering av det kliniske læringsmiljøet. En tverrsnittstudie samler data om en bestemt populasjon på en planlagt måte, på et gitt tidspunkt (Polit og Beck, 2012). Videre har jeg lagt til grunn alle data som fra spørreskjemaundersøkelsen fra studieåret 2012-2013. Jeg har gjort deskriptiv, bivariat og regresjonsanalyse av de disse data med et retrospektivt design. Studentene har besvart spørreskjemaet etter en avsluttet praksisperiode. Jeg har tatt utgangspunkt i en spørreskjemabasert undersøkelse (CLES+T) som pågår blant alle sykepleierstudenter som er i praksis ved et større norsk sykehus. Det er innhentet formell godkjenning for bruk av spørreskjemaet hos Saarikoski som har opphavsrett<sup>3</sup>.

### Spørreskjemaundersøkelsen

CLES+T er et spørreskjema som opprinnelig er utviklet i Finland av Saarikoski og Leino-Kilpi (2002), Saarikoski et al. (2005); Saarikoski et al. (2008). Forkortelsen står for “*Clinical Learning Environment and Supervision Scale + Nurse Teacher (CLES+T) Evaluation Scale*”. Det er oversatt til norsk, validert både nasjonalt og internasjonalt (Henriksen et al., 2012; Johansson et al., 2010; Saarikoski og Leino-Kilpi, 2002), og er til nå benyttet i 42 land (vedlegg 3). At spørreskjemaet er brukt og validert i flere ulike sammenhenger, bidrar til å styrke funnene og konklusjonene i min studie. Den norske versjonen av skjemaet heter *Klinisk læringsmiljø, veiledning og sykepleielærer (CLES+T) evalueringsskala*. Spørreskjemaet (vedlegg 1) inneholder spørsmål angående bakgrunnsdata om studenten, samt spørsmål om temaene læringsmiljø, veiledningsrelasjonen og sykepleielærers rolle i praksis. Variablene i bakgrunnsdata omhandler studentens kjønn, alder, hvor i utdanningen de befinner seg, og informasjon om praksissted og tidsrom (totalt 10 variabler). *Læringsmiljø*

---

<sup>3</sup> Godkjenning kan ettersendes om ønskelig.

inneholder variabler angående *pedagogisk atmosfære, avdelingssykepleiers lederstil og sykepleie på avdelingen* (totalt 17 variabler). *Veiledningsrelasjonen* inneholder opplysninger om *veileders tittel, forekomst av veiledning og innholdet i veiledningsrelasjonen* (totalt 26 variabler). Spørreskjemaets siste del, *sykepleielærers rolle i praksis*, inneholder variabler om sykepleielærers evne til å integrere teori og praksis, samarbeid mellom praksisstedet og sykepleielærer, og forholdet mellom student, veileder og sykepleielærer (totalt 9 variabler). Variablene *Pedagogisk læringsmiljø, Sykepleie på avdelingen og Innholdet i veiledningsrelasjonen* ble evaluert ut fra Likert skala med svaralternativene 1 = helt uenig, 2 = delvis enig, 3 = verken enig eller uenig, 4 = delvis enig, og 5 = helt enig. I variablene *Veileders tittel, Forekomst av veiledning og Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning med veileder (uten sykepleielærer)* krysset respondentene av for riktig svaralternativ.

## **Datainnsamling**

Studentene har svart på spørreskjemaundersøkelsen elektronisk via questback.

Prosjektansvarlig informerte studentene muntlig om studien før praksisstudienes oppstart. Det ble informert om spørreskjemaet i studentenes informasjonsplattform (Fronter). Link til questbackskjemaet finner studentene på Fronter som er informasjonsplattformen universitetet bruker. I informasjonsskrivet sto det at data blir behandlet konfidensielt, og at studentene ga samtykke til deltakelse ved å svare på undersøkelsen. Det var gitt informasjon om studien til avdelingene gjennom praksisansvarlige sykepleiere. De ble samtidig oppfordret til å henge opp plakat angående studien på studenttavla i avdelinga, samt minne studentene på evalueringen mot slutten av praksis. De praksisansvarlige sykepleierne var ikke pålagt å tilrettelegge for undersøkelsen, men det er både i avdelingenes og utdanningsinstitusjonens interesse å få høyest mulig svarprosent da de får tilbakemelding om hvordan sykehuset fungerer som læringsarena for sykepleierstudenter. Det var ønskelig å få til ei ordning der det ble satt av 15 minutter før sluttevaluering av praksis til at studentene skulle svare på spørreskjemaundersøkelsen. Dette kunne medføre en tilfredsstillende svarprosent, og at studentens utfylling av spørreskjemaet ikke var farget av evalueringen han eller hun fikk etter endt praksis. Jeg kommer nærmere inn på sistnevnte i avsnittet om ”evaluering av metoden”. Ingen personopplysninger ble innhentet. Som bakgrunnsdata oppga respondentene hvilken avdeling de hadde vært i praksis ved, tidsrom (semester/studieår) samt alder og kjønn. Ved mindre avdelinger med få studenter kunne det vært lett å identifisere svarene. Det ble ikke en



aktuell problematikk i denne studien. Konfidensialitet skal beskytte deltakerne i studien slik at identifiserbar informasjon ikke blir gjort offentlig (Polit og Beck, 2012). Data som er lagt frem fra denne undersøkelsen er ikke mulig å spore tilbake til respondentene.

## Utvalg

Studentene besvarte spørreskjema i questback i henhold til hvor de hadde hatt sin siste praksisperiode. I denne studien har jeg inkludert respondentene som hadde vært i somatisk praksis ved at de som hadde fylt ut spørreskjemaet med referanse til praksis i psykiatrisk institusjon ble ekskludert. Grunnen til dette er at jeg jobber med studenter i somatisk praksis og derfor har en spesiell interesse for hvordan det kliniske læringsmiljøet i somatiske avdelinger oppleves og evalueres av studenter. Oppgavens omfang nødvendiggjorde også en begrensning av materialet. Dette betyr at jeg har inkludert svar fra studenter som var i 2. utdanningsår og som studerer ved samme utdanningsinstitusjon. Samtlige sykepleierstudenter i 2. utdanningsår som hadde praksis ved det aktuelle sykehuset ble bedt om å svare på evalueringsskjemaet. Det var opp til studentene å svare på skjemaet, og med bruk av questback var det ikke anledning til å purre enkeltindivider. Dette er en begrensning i studien med tanke på svarprosent, men studentenes konfidensialitet ivaretas på denne måten. Det ble gitt påminnelsene via felles mail og melding til alle studentene på Fronter. Man får ofte inn flere svar ved personlige purringer, enten ved brev eller telefonkontakt (Polit og Beck, 2012). Derfor var prosjektleder i klassene ved semesterstart høsten 2013 og oppfordret studentene til å svare på spørreskjemaet. Dette ga en ringvirkning ved at en student la ut melding på Facebook og oppfordret medstudenter til å svare på spørreskjemaet. Dette bidro til økt svarprosent.

## Metode for analyse

Statistiske analyser ble utført ved hjelp av dataverktøyet IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 21. Dette er et verktøy som brukes i kvantitative studier. En statistisk analyse av datamaterialet gjør en i stand til å organisere, tolke og uttrykke numerisk informasjon (Polit og Beck, 2012). Variablene tilhørende *Sykepleielærers rolle i praksis* er utelatt da disse ikke inngår i mine forskningsspørsmål. Bruk av deskriptiv statistikk ga mulighet til å oppsummere og beskrive de data i form av sumscore, gjennomsnitt og prosent.

På grunn av oppgavens omfang har jeg undersøkt deler av områdene med variabler i

spørreskjemaet: *bakgrunnsdata, læringsmiljø og veiledningsrelasjonen*. Påstanden *Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø* under området *Pedagogisk atmosfære* er brukt som avhengig variabel.

De uavhengige variablene i bakgrunnsdata som ble brukt i analysen var *Alder, Kjønn, I hvilken avdeling gjennomførte du din siste praksis og Praksisperiodens tidsrom*. *Utdanningsår* og *Praksisperiodens varighet* er allerede gitt da jeg bare tar utgangspunkt i andre års studenter som er i somatisk praksis. Disse praksisperiodene er begge på 10 uker. Data er fra studieåret 2012/2013. Uavhengige variabler som ble benyttet innenfor området *Læringsmiljø* (vedlegg 1), var variablene under *Sykepleie på avdelingen*. Innenfor området *Veiledningsrelasjonen* benyttet jeg samtlige variabler (ibid). Disse uavhengige variablene var *Veileders tittel, Forekomst av veiledning, Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning (uten sykepleielærer) og Innholdet i veiledningsrelasjonen* (ibid).

### Rekoding av variabler

Jeg laget en ny variabel for *Forekomst av veiledning*, som jeg kalte *Veileders tilstedeværelse*. Her delte jeg opp variabelen i tre undergrupper; 1: fraværende veileder, 2: varierende veileder, og 3: stabil veileder. Påstandene *Jeg hadde ikke veileder i det hele tatt* og *En personlig veileder ble oppnevnt, men forholdet til denne personen fungerte ikke i løpet av praksisperioden* ble gruppe 1 da jeg anser begge svaralternativene som manglende eller fraværende, og dårlig oppfølging av veiledning i praksis. Påstandene *Veileder ble byttet underveis, selv om dette ikke var planlagt* *Veileder varierte ut fra vakt eller arbeidsoppgaver* og *Samme veileder hadde flere studenter og var mer en gruppeveileder enn en individuell veileder* ble nummerert til gruppe 2. Alle de tre påstandene gir uttrykk for varierende, ustabil veiledning i praksis. Påstanden *En personlig veileder ble oppnevnt og forholdet vårt fungerte i løpet av praksisperioden* fikk nummer 3, og ansees som god og stabil veiledning. Til sist gikk jeg gjennom svarene for de studentene som hadde krysset for *Andre former for veiledning, vennligst spesifiser* og ved å se på spesifikasjonen i svaret vurderte jeg om de passet inn i kategoriene 1, 2 eller 3. På de som hadde svart at de hadde to faste veiledere, men fulgt den ene tettest, har jeg valgt å kategorisere den som 3. Jeg valgte å sette gruppe 2 på studenter som hadde krysset både for *En personlig veileder ble oppnevnt, men forholdet til denne personen fungerte ikke i løpet av praksisperioden* og *Veileder ble byttet underveis, selv om dette ikke var planlagt*, da de ikke gikk med den første tildelte veileder gjennom hele

praksis. Resterende svar var ukomplisert å kategorisere.

For å forenkle datasettet og lettere se sammenheng, re- kodet jeg variabelen *Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning med veileder (uten sykepleielærer)* til *Hyppighet av veiledning*. Jeg delte svarene i tre og kategoriserte påstandene *Ikke i det hele tatt* og *En eller to ganger i løpet av praksis* til 1, *Mindre enn én gang i uka* til 2, og *Ca. én gang i uka* og *Oftere* til 3.

For å se om det var noen forskjeller på evalueringene blant de yngre og de eldre studentene, re- kodet jeg *Alder* i to grupper; studenter som var 34 år eller yngre og studenter som var 25 år eller eldre. Med dette fikk jeg et skille på de som kom rett fra videregående og de som muligens hadde noe jobberfaring/ annen utdanning. Tidligere forskning viser at yngre studenter har et større behov for tettere oppfølging i praksis enn eldre, erfarne studenter (Pettersen og Løkke, 2004). Jeg ønsket derfor å undersøke om dette stemte for respondentene i mitt materiale.

Jeg lagde en ny variabel som jeg kalte ”Medisinsk / kirurgisk praksis” siden pasientgruppene og pasientforløpene er forskjellige på medisinske og kirurgiske avdelinger. Det kan ha betydning for studentenes læringsforløp og dermed for opplevelsen av det kliniske læringsmiljøet. Respondentene ble plassert i kategorier ut fra hvilken avdeling de hadde hatt praksis i. På de avdelingene hvor det gjennomføres både kirurgiske og medisinske praksisforløp hadde respondentene spesifisert hvilken seksjon de hadde vært på, og dermed var det ingen problemer med kategoriseringen.

### Deskriptiv statistikk

Det ble utført deskriptiv analyse for variablene *Alder*, *Medisinsk / kirurgisk praksis*, *Praksisperiodens tidsrom*, *Veileders tittel*, *Forekomst av veiledning*, *Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning (uten sykepleielærer)* og *Innholdet i veiledningsrelasjonen* med beskrivelse av variablenes fordelinger med gjennomsnitt, median og prosent.

Deskriptiv analyse ble gjort med sumscore av variablene med ordinale data; *Pedagogisk atmosfære: Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø*, *Sykepleie på avdelingen* og *Innholdet i veiledningsrelasjonen*.

## Krysstabell

Kji- kvadrat viser hvilken krysstabell som fremstiller den sterkeste sammenhengen mellom variablene; der kji- kvadrat er størst er sammenhengen sterkest (Bjørndal og Hofoss, 2010). For å se om det var noen forskjell på evalueringene fra kirurgiske og medisinske avdelinger, utførte jeg krysstabell med ”Medisinsk/ Kirurgisk praksis” som avhengig variabel mot variablene *Pedagogisk atmosfære: Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø*, *Sykepleie på avdelingen* og *Veiledningsrelasjonen*.

Analyse med krysstabell ble gjort mellom variabelen *Ung/voksen* som avhengig variabel og variablene i *Veiledningsrelasjonen* som uavhengige variabler for å se om det var noen forskjell på opplevelse av veiledning mellom de yngre studentene og de som sannsynligvis hadde mer yrkes- og livserfaring.

## Mann- Whitney U

Mann-Whitney U - testen kalles ofte rangsumtest, og brukes når man skal sammenlikne to utvalg som har forskjellige enheter (Bjørndal og Hofoss, 2010). Jeg gjorde denne testen med den avhengige variabelen *Pedagogisk atmosfære: avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø* som er ordinale data, mot de uavhengige variablene *Kjønn*, *Medisinsk/ kirurgisk praksis* og *Tidsperiode* som er nominale data.

## Korrelasjon

Kji- kvadrat sier ikke noe om størrelsen på tallmaterialet, og er derfor lite anvendelig ved korrelasjonsspørsmål (Bjørndal og Hofoss, 2010). For variabler på ordinal nivå, brukes korrelasjonskoeffisienten (Spearman's) rho for å beskrive samvariasjonens styrke (ibid). Jeg gjorde denne testen med den avhengige variabelen *Pedagogisk atmosfære: avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø* mot de uavhengige variablene *Sykepleie på avdelingen*, *Veileders tilstedeværelse*, *Hyppighet av veiledning* og *Innholdet i veiledningsrelasjonen*.

## Regresjonsanalyse

En regresjonsanalyse viser, som ved korrelasjon, sammenheng mellom en avhengig variabel og en eller flere uavhengige variabler (Field, 2013). Forskjellen er at en regresjonsanalyse påviser i hvilken grad en variabel samsvarer med en annen variabel (ibid). På bakgrunn av

signifikans på variablene i den gjennomførte korrelasjonsmatrisen, valgte jeg ut hvilke uavhengige variabler som skulle brukes i regresjonsanalysen. Jeg gjorde multippel ordinal regresjon med *Pedagogisk atmosfære: avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø* som avhengig variabel, *Alder* og *Kjønn* som faktorer, og følgende uavhengige variabler; *Avdelingens sykepleiefilosofi/ grunnlagstenkning var klart definert*, *Pasientene mottok individuell pleie og omsorg*, *Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning med veileder (uten sykepleierlærer)*, *Min veileder viste en positiv holdning til veiledning*, *Jeg følte jeg fikk individuell veiledning*, *Jeg fikk kontinuerlig tilbakemelding fra min veileder*, *I det store og hele er jeg fornøyd med veiledningen jeg mottok*, *Veiledningen var basert på et likeverdig forhold som fremmet min læring*, *Det var gjensidig interaksjon i veiledningsforholdet*, *Gjensidig respekt og anerkjennelse preget veiledningsforholdet* og *Veiledningsforholdet var preget av tillit*. Jeg regnet så ut Odds Ratio for estimatene i regresjonsanalysen. Odds Ratio er sannsynligheten for en hendelse i en gruppe i forhold til sannsynligheten for en hendelse i en annen gruppe (Bjørndal og Hofoss, 2010).

### **Validitet/ reliabilitet**

Validitet handler om gyldighet av materialet og forteller om man faktisk måler det man skal måle (Ringdal, 2013). Spørreskjemaets begrepsvaliditet ble bekreftet gjennom en review av litteratur om klinisk undervisning publisert på 80- og 90- tallet (Saarikoski og Leino-Kilpi, 2002). Signifikansnivået sier oss om variasjonene i datamaterialet er tilfeldig variasjon eller ikke, og om funnene er generaliserbare (Bjørndal og Hofoss, 2010). Jeg testet signifikans ved å bruke *kji*- kvadrat, Mann- Whitney U og regresjonsanalyse.

Reliabilitet handler om pålitelighet, og forteller om gjentatte målinger gir de samme resultatene (Ringdal, 2013). Reliabilitetstest er gjort for variablene jeg har tatt utgangspunkt i fra spørreskjemaet. Denne testen gir også opplysninger om begrepsvaliditeten, og kan eventuelt bekrefte funn fra tidligere tester av skjemaet, som sier at spørsmålene er dekkende for veiledningsbegrepet (Henriksen et al., 2012; Johansson et al., 2010; Saarikoski et al., 2005; Saarikoski og Leino-Kilpi, 2002).

### **Evaluering av metoden**

Det er flere faktorer som kan påvirke studentenes svar i undersøkelsen. Faglig sterke studenter vurderer muligens veiledning annerledes enn faglig svake studenter. Dette kalles for

konfundering, som betyr at en observert sammenheng kan skyldes et annet element som ligger i bakgrunnen (Bjørndal og Hofoss, 2010). Kravene som stilles til veileder kan være forskjellige blant studenter. I og med at det er frivillig å besvare spørreskjemaet, kan det tenkes at de som svarer er de engasjerte studentene. Dette kan i så fall gi en seleksjonsbias som betyr at utvalget ikke er representativt for populasjonen (Polit og Beck, 2012).

Spørreskjemaet er elektronisk uten muligheter for utdypninger av svar. Respondentene har ikke mulighet for å krysse av på flere variabler under samme spørsmål eller dele opp de hele tallene (for eksempel å svare 3,5) eller sette kryss mellom to variabler (for eksempel mellom ”delvis enig” og ”helt enig”). Det var ikke mulighet for å skrive kommentarer i spørreskjemaet. Det er en fordel når jeg skal sortere og analysere datamaterialet. Samtidig kan mangel på rom for nyanser være en ulempe. Tilfeldig variasjon må det tas høyde for (Bjørndal og Hofoss, 2010). Det vil være naturlig om det kommer tilbakemeldinger fra studenter som i enkelte tilfeller kan avvike fra den gjennomsnittlige evalueringen.

Det er ønskelig å ha en svarprosent over 65 % for å begrense risikoen for bias og at utvalget kan regnes som representativt for populasjonen (Polit og Beck, 2012). Det ble benyttet 275 somatiske praksisplasser i studieåret 2012/2013. Ut fra mine inklusjonskriterier har jeg data fra 110 svarskjema, noe som tilsier en svarprosent på 40 %. Dette betyr at resultatet ikke er generaliserbart. Jeg hadde ikke tilgang til studentlistene for det aktuelle studieåret, men jeg har fått data om gjennomsnittsalder og kjønnsfordeling fra universitet. Derfor kan jeg si noe om hvor representative respondentene er i forhold til utvalget. For at resultatene kan regnes å ha overføringsverdi til andre sykepleierutdanninger og andre praksisarenaer, må de fylle kravene om veldefinerte inklusjonskriterier, tilfeldig utvalg og at utvalget er representativt for populasjonen (Bjørndal og Hofoss, 2010). Samtlige kriterier er fylt, så jeg kan konkludere med at resultatene har overføringsverdi til andre praksissteder for sykepleierstudenter og andre helsefagutdanninger.

Denne type studie er ressursbesparende med tanke på tid og penger da undersøkelsen gjøres over en kortere periode (studieårene 2011/2014) og svarene sendes inn elektronisk (Polit og Beck, 2012). Ved at studentene svarer elektronisk trenger de verken å møte opp personlig til en viss tid ved ett visst sted. De kan gjøre det når det måtte passe dem best. I dag hvor majoriteten av studenter har data, nettbrett eller smarttelefon med nettilgang bør anledningen for å få inn svar på denne typen undersøkelser være stor.

## Forskningsetiske betraktninger

Datainnsamlingen jeg tar utgangspunkt i min studie er ikke et ledd i å finne ny kunnskap, men derimot en kvalitetsstudie av det aktuelle sykehuset som har ansvar for å bidra til utdanning av helsepersonell. Noen av de vanligste elementene i arbeid med kvalitetsforbedring, er at man samler informasjon om hva man bør gjøre, se hvilke utfordringer som foreligger i praksis og hvordan man kan endre på dem, samt sette i gang tiltak for å skape endring (Bjørndal og Hofoss, 2010). Det er disse elementene jeg ønsker å bidra til gjennom mitt masterarbeid. Det var derfor ikke nødvendig med godkjenning fra Regional etisk komite (REK). Studien var fra tidligere godkjent av personvernombudet ved det aktuelle sykehuset. Jeg har søkt og fått innvilget tilgang til dette datamaterialet for å gjennomføre mitt masterstudium (Vedlegg 2).

Studentene svarte anonymt på undersøkelsene. De kunne gjøre det hvor som helst så sant de hadde nettilgang. Dette bidro til at studentene ikke ville føle noe press for å si det intervjuer, veileder eller lærer ønsket å høre. De kunne være helt ærlig og ingen ville kunne konfrontere dem med svarene de ga. Prosjektleder som sto for innsamling av datamaterialet hadde ingen direkte tilknytning til studentene med tanke på evaluering og karaktersetting, så dette var ingen påvirkningsfaktor.

## Funn

### Deskriptive data

Av 275 studenter som ble inkludert i undersøkelsen inngår 110 respondenter i denne studien ut fra inklusjonskriteriene (se side 25). Dette gir en svarprosent på 40 %. Av de 110 var 99 (90 %) kvinner og 11 (10 %) menn. Alderen blant de kvinnelige studentene var fra 20 til 52 år og for de mannlige mellom 21 og 38 år.

**Tabell 1.** Deskriptive data om studentene, praksissted og veiledningsforhold i praksis (n = 110)

Karakteristikk	Gjennomsnitt (sd)	Median	Prosent
Alder angitt i år			
Kvinner	26.5 (7.3)	24.0	
Menn	26.7 (5.1)	24.0	
Totalt	26.5 (7.1)	24.0	
Praksissted			
Medisinsk			45.5
Kirurgisk			54.5
Tidrom			
Høst			45.5
Vår			54.5
Veileders tittel			
Sykepleier			90.0
Studentansvarlig spl			4.5
Spesialsykepleier			5.5
Ass avdelingsspl			
Avdelingssykepleier			
Annet			
Forekomst av veiledning			
Ingen veileder			0.9
En veileder, fungerte ikke			10.0
Byttet veileder			8.2
Situasjonsbetinget			14.5
Gruppeveileder			2.7
En veileder, fungerte			60.9
Andre former			14.5
Spontan veiledning			
Aldri			5.5
1-2 ganger			14.5
< en gang per uke			15.5
Ukentlig			18.2



Innholdet i veiledningsrelasjonen			Sumscore
Veileder positiv til veiledning	4.43 (1.062)	5.00	487
Fikk individuell veiledning	4.44 (0.972)	5.00	488
Fikk kontinuerlig tilbakemelding	4.06 (1.229)	4.50	447
Fornøyd med veiledningen	4.12 (1.240)	5.00	453
Likeverdig forhold	4.13 (1.257)	5.00	454
Gjensidig interaksjon	4.25 (1.104)	5.00	468
Gjensidig respekt og anerkjennelse	4.32 (1.141)	5.00	475
Var preget av tillit	4.29 (1.144)	5.00	472

Den avhengige variabelen *Pedagogisk atmosfære: Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø* hadde en sumscore på 455 av 550 mulige poeng, gjennomsnitt på 4.14 og standardavvik på 1.208. Tabell 2 viser frekvensfordeling for variabelen.

**Tabell 2:** Pedagogisk atmosfære: Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Helt uenig	5	4.5	4.5	4.5
Delvis uenig	11	10.0	10.0	14.5
Verken enig eller uenig	10	9.1	9.1	23.6
Delvis enig	22	20.0	20.0	43.6
Helt enig	62	56.4	56.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Frekvensanalyse for deskriptiv statistikk av variabelen *Sykepleie på avdelingen viste* gjennomsnitt mellom 3.71 – 4.48. Median lå på 5 for påstanden *Pasientene mottok individuell pleie og omsorg* og på 4 for de tre øvrige. Standardavvik lå mellom 0.726 og 1.103. Sumscore var mellom 408 – 493 av 550 mulige poeng. Også her var det påstanden *Pasientene mottok individuell pleie og omsorg* som fikk best score med 493 poeng.

## Krysstabeller

Krysstabell med *Medisinsk/ Kirurgisk praksis* som avhengig variabel mot variablene *Pedagogisk atmosfære: Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø, Sykepleie på avdelingen og Veiledningsrelasjonen*, viste følgende; 11 studenter krysset for *En personlig veileder ble oppnevnt, men forholdet fungerte ikke i løpet av praksis*. 9 studenter var i kirurgisk praksis og 2 var i medisinsk. Pearsons kji- kvadrat var 0.056, så til tross for lite utvalg kan det se ut som at det ikke er en tilfeldighet at flere forhold mellom veileder og student ikke fungerte i kirurgisk avdeling sammenlignet med medisinsk.

7 av 9 studenter som sa *Veileder byttet underveis, selv om dette ikke var planlagt* hadde vært i medisinsk praksis. Pearsons kji- kvadrat for denne krysstabellen var 0.045. Det er altså et signifikant funn at veileder oftere byttes på medisinsk enn på kirurgisk avdeling.

Jeg kjørte en analyse med krysstabell mellom variabelen *Ung/voksen* og variablene i *Veiledningsrelasjonen*. Her fant jeg ingen signifikante forskjeller.

## Korrelasjon mellom variablene

### Spearman's rho

Det er gjort analyse av korrelasjonskoeffisienten (Spearman's) rho i SPSS og funnene fremkommer i tabell 3.

Med korrelasjonskoeffisient på henholdsvis 0.524<sup>\*\*4</sup> og 0.528<sup>\*\*</sup> viser det seg å være er stor sammenheng mellom hvordan studentene opplever avdelingens læringsmiljø og avdelingens sykepleiefilosofi/ grunnlagstenkning og dens pleie av og omsorg for pasientene. Samtlige påstander under innholdet i veiledningsrelasjonen utpeker seg som viktige for opplevelsen av et godt læringsmiljø ved at alle har korrelasjonskoeffisient over 0.5<sup>\*\*</sup>. Her er spesielt opplevelsen av likeverd i veiledningsforholdet av betydning.

---

<sup>4</sup> \*\* Korrelasjon var signifikant ved  $p = 0.01$

**Tabell 3:** Spearmans rho (n=110)

		Pedagogisk atmosfære: avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø
	Alder	.024
	Kjønn	.139
	Medisinsk/ kirurgisk avd	.028
	Forekomst av veiledning	.336**
Sykepleie på avd	Avd's sykepleiefilosofi/ grunnlagstenkning var klart definert	.524**
	Pas mottok individuell pleie og omsorg	.528**
	Det var ingen problemer med informasjonsflyten...	.477**
	Dokumentasjon av sykepleie var klar	.351**
Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning med veileder (uten sykepleielærer)	Hyppighet av spontan, individuell veiledning	.384**
Innholdet i veiledningsrelasjonen	Min veileder viste positiv holdning til veiledning	.586**
	Jeg følte jeg fikk individuell veiledning	.539**
	Jeg fikk kontinuerlig tilbakemelding fra min veileder	.552**
	I det store og hele er jeg fornøyd med veiledningen jeg mottok	.548**
	Veiledningen var basert på et likeverdig forhold som fremmet min læring	.640**
	Det var gjensidig interaksjon i veiledningsforholdet	.577**
	Gjensidig respekt og anerkjennelse preget veiledningsforholdet	.574**
	Veiledningsforholdet var preget av tillit	.513**

\*\* Korrelasjonen er signifikant for  $p = 0.01$

### Manns- Whitney U test

Ved å gjøre rangsum- testen Manns- Whitney U fant jeg at jeg skulle forkaste 0- hypotesen om at det ikke er noen forskjell angående tidsperiode for praksis og opplevelse av læringsmiljø på avdelingen. Signifikans for dette var  $0.017^{*5}$ . Det er altså sammenheng

<sup>5</sup> \* Korrelasjon var signifikant ved  $p = 0.05$

mellom om studentene er i praksis på høsten eller om våren når det gjelder deres opplevelse av læringsmiljø i avdelingen. For *Kjønn* og *Medisinsk/ kirurgisk praksis* skal O- hypotesen beholdes.

### Regresjonsanalyse

Ved å gjøre multippel ordinal regresjonsanalyse med *Pedagogisk atmosfære: Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø som avhengig variabel* fant jeg signifikante funn for de uavhengige variablene *Forekomst av veiledning: En personlig veileder ble oppnevnt og forholdet vårt fungerte i løpet av praksisperioden\*\**, *Innholdet i veiledningsrelasjonen: Jeg følte at jeg fikk individuell veiledning\*\** og *Innholdet i veiledningsrelasjonen: Veiledningen var basert på et likeverdig forhold som fremmet min læring* (tabell 4).

**Tabell 4:** Ordinal logistisk regresjon av *Pedagogisk atmosfære: Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø*, justert for alder og kjønn.

	Odds ratio	95% CI	p- verdi
En veileder, fungerte	2,968	0.125, 2.052	0.027
En veileder, fungerte ikke	0,108	Referanseverdi	
Jeg følte jeg fikk individuell veiledning	2.188	0.73, 1.493	0.031
Veiledningen var basert på et likeverdig forhold som fremmet min læring	2.735	0.381, 1.632	0.002

### Validitet/ Reliabilitet

Cronbachs alpha for påstanden *Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø* var lik 0.888, for variabelen *Forekomst av veiledning* lå den mellom 0.804 - 0.907, for variabelen *Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning (uten sykepleielærer)* var den 0.898 og for variabelen *Innholdet i veiledningsrelasjonen* lå den mellom 0.875 - 0.881. Alle verdiene her er godt over den akseptable grensen for Cronbachs alpha, som er 0.7 (Christophersen, 2009; Field, 2013). De har derfor en tilfredsstillende alpha. Dette var som forventet da tidligere publikasjoner der samme skjema er benyttet også har vist tilfredsstillende alpha. Denne testen gir også opplysninger om begrepsvaliditeten som sier at spørsmålene er dekkende for veiledningsbegrepet.

## Diskusjon

Det aktuelle sykehuset har som visjon å bli landets mest attraktive læringsarena, jfr sykehusets undervisningsstrategi. Sykehuset har siden starten vært sentral i utdanning av helsepersonell (ibid), og tok i mot 275 sykepleierstudenter i studieåret 2012-2013. Veiledning av sykepleierstudenter har i all tid vært preget av prinsippene for mesterlære (jfr Fause, 2002). Ved å bli utpekt som veileder, får sykepleieren automatisk et ansvar for studentens fremtid. Men det er ikke bare veileder som er med på å påvirke studentens læring. Læringsmiljøet består av alle de ytre stimuli som påvirker studenten (jfr Papp et al., 2003). Studentene er avhengig av å få utføre stell og prosedyrer for å lære, og de har behov for mengdetrening (jfr Nielsen og Kvale 1999). Med høyt arbeidstempo i sengepostene (jfr Fause, 2002), kan det være vanskelig for studentene å slippe til. På det aktuelle sykehuset har det derfor vært utført flere prosjekter med tanke på organisering av praksis. En av rapportene (Edwardsen, 2008) fra disse prosjektene anbefaler at en sykepleier frikjøpes fra avdelingen for å organisere og sørge for gode praksisforløp for studentene. Med tanke på det økende behovet for pleiepersonell i årene som kommer (jfr. Gautun et al., 2012), vil avdelingene ved å legge til rette for gode praksisforløp kunne styrke rekrutteringen av både ekstravakter og ferdig utdannede sykepleiere.

Respondentene i denne studien har lik kjønnsfordeling som fordelingen er blant sykepleierstudenter på nasjonalt nivå (Statistisk\_sentralbyrå, 2014). Gjennomsnittlig alder på mannlige og kvinnelige respondentene er tilnærmet lik. Det vil si at selv om svarprosenten ikke er tilfredsstillende, så er respondentene representative. Studiens data kan dermed regnes som overførbar til andre sykepleierutdanninger og praksisinstitusjoner.

Ifølge Fause (2002), Levett- Jones et al. (2007) Kårstein og Aamot (2012) føler ikke sykepleierstudenter seg inkludert og ivaretatt i praksis. Respondentene i denne studien er derimot i hovedsak godt fornøyd med praksis. Det er fortsatt rom for forbedring, men læringsmiljøet kan betraktes som godt. Liknende studier nasjonalt og internasjonalt (Skaalvik et al., 2011; Saarikoski et al., 2002; Saarikoski et al., 2007) samsvarer med mine funn angående læringsmiljø i sykehuspraksis for sykepleierstudenter.

Forskning viser at forholdet til veileder er den viktigste faktoren for opplevelsen av et godt læringsmiljø (Johansson et al., 2010; Levett- Jones et al., 2009; Saarikoski et al., 2005;

Saarikoski et al., 2008). Sumscore for påstanden *Innholdet i veiledningsrelasjonen: I det store og hele er jeg fornøyd med veiledningen jeg mottok* var høy og med gjennomsnitt på mellom 4 og 5 regner jeg evalueringen som tilfredsstillende. Studentenes evaluering av veiledningen de får i praksis viser seg å ha stor sammenheng med hvordan de opplever læringsmiljøet. Regresjonsanalysen påviser at det er størst samsvar med opplevelse av læringsmiljøet når studentene får en personlig veileder og forholdet mellom dem fungerer, når studentene får individuell veiledning og når veiledningsforholdet baserer seg på likeverd mellom student og veileder.

### Forekomst av veiledning

Praksisinstitusjonen skal gi studentene innsikt, ansvar og overblikk (jfr Kunnskapsdepartementet, 2008), og veiledning av kompetente sykepleiere er avgjørende for at studentene skal få innsikt i en sammensatt praksis (jfr Hauge, 1999; Saarikoski og Leino-Kilpi, 2002; Koldal 2008; Skaalvik et al. 2011). Forskning viser til tross for dette at studentene får liten veiledning under praksisforløpene (Hauge, 1999; Kårstein og Aamodt, 2012). I min studie angir 64,6 % av respondentene å ha mottatt spontan, individuell veiledning med veileder ca en gang i uka eller oftere. Min erfaring, fra både utdanning og jobb, er at det i tillegg kommer gruppeveiledning, planlagt veiledning, undervisning i praksisfeltet og ikke minst veiledning av andre ansatte. Det er derfor sannsynlig å tro at studentene samlet sett mottar stor grad av veiledning når de er i praksis. I den forbindelse er det viktig å tenke over hva studentene opplever som veiledning. Er det når studentene trekkes til side for en veiledningssamtale eller går gjennom en hendelse eller prosedyre med før- under- og etterveiledning (jfr. Tveiten, 2008)? Ser studenter på det som veiledning når sykepleier utfører en prosedyre samtidig som hun forklarer hva hun gjør og hvorfor hun gjør det? Jeg har i enkelte tilfeller opplevd at det er en diskrepans mellom hva studenter oppfatter som veiledning og hva de faktisk har fått. Et eksempel er at studenten oppfatter veiledning som en vanlig samtale, og ikke oppfatter før- under- og etter veiledning i tilslutning til en prosedyre som veiledning. Det er derfor viktig at veileder er tydelig på hva som er veiledning og når en veiledningssituasjon oppstår. Om studenten ikke er oppmerksom på hva veiledning er og hva det innebærer kan hun oppleve utrygghet når veileder stiller henne spørsmål, og dermed ikke oppnå læring i denne situasjonen (jfr. Tveiten, 2008). Som innledning til spørsmålene om *Innholdet i veiledningsrelasjonen* står det: ”For hvert utsagn, vennligst velg alternativet som best beskriver din egen oppfatning ved å sette inn riktig tall 1-5” (vedlegg 1).

Én av respondentene i denne studien svarte at hun ikke hadde hatt veileder i det hele tatt og at hun heller ikke hadde erfart spontan, individuell veiledning. Man kan stille seg undrende til et slikt svar ut fra mange innfallsvinkler. Én er at det i høyt spesialiserte sykehus ikke er anledning for en student å arbeide med medikamenttilberedning i et medisinrom uten sykepleier til stede, noe som innebærer at det gis undervisning og/eller veiledning. Studentens svar kan representere en bias ved at studenten, som har scoret samtlige spørsmål lavt, enten har strøket i praksis eller er så misfornøyd med praksisperioden at hun ønsker å gi en sterk anonym tilbakemelding. Uavhengig av bakgrunnen for denne type svar er det viktig at avdelingen som studentene har vært i praksis i får tilbakemelding slik at de kan gå igjennom sine rutiner for oppfølging av studenter, gi et faglig løft angående veiledning av studenter i avdelingen eller styrke formidlingen til fremtidige studenter av hva begrepet veiledning innebærer og hvordan det praktiseres.

Studenter blir oppfordret til og har som mål for praksis å skulle bli selvstendige gjennom praksis (Gregersen og Nilsen, 2005). Hvis de går for mye alene, og ikke har noen å dele erfaringer og tanker med, går de glipp av viktig refleksjon (jfr. Schön, 1983). Her tenker jeg spesielt på den spontane veiledningen som oppstår i de mange konkrete situasjonene som utgjør sykepleie. Det er ikke nok å ha mulighet til å utføre pleie og prosedyrer. Studentene må utfordres til å snakke om deres pasientkontakt (jfr Solvoll og Heggen, 2010). Selv om studentene er blitt selvstendig i sitt arbeid, er de ikke ferdig utlært. Studentene er noviser (P. Benner, 2009), og de har behov for kyndig veiledning fra sykepleier for å implementere teorien de har lært på skolen i klinisk praksis. Det kan oppstå situasjoner der studentene ikke har opparbeidet seg kunnskap til å gjenkjenne symptomer eller forandringer hos pasienten. Et eksempel er da en student for første gang ble oppmerksom på en søtlig og emmen lukt i rommet der en døende pasient lå. Hun reagerte ikke på lukten selv, men ble gjort oppmerksom på den av sin veileder. Denne lukten kunne hun ikke ha gjenkjent ved å lese faglitteratur. Hvis ikke veileder hadde bemerket den da de var på rommet til pasienten hadde hun kanskje aldri blitt kjent med dette fenomenet. Denne sansekunnskapen kunne hun bare få ved å gå sammen med erfaren sykepleier i situasjonen. Studentene kan ha tanker eller spørsmål underveis i et stell eller under en prosedyre som de opplever de burde fått diskutert eller reflektert om sammen med veileder. Men hvis de ikke har noen å kontakte umiddelbart eller har noen med seg i situasjonen mister de denne læringsmuligheten. Det kan være vanskelig for en sykepleier å ha formeningene om en situasjon hun ikke selv var tilstede i. Da

blir hennes respons til en student mer som et svar gitt på generelt grunnlag og ikke veiledning relatert til akkurat denne pasienten eller situasjonen.

Gregersen og Nilsen (2005) finner i sitt utviklingsprosjekt at alt personale er viktig for studentenes læring. Det er altså ikke nok at kontaktsykepleier oppfyller kravene sine som veileder. Hele personalgruppa er av betydning for at studentene skal få best mulig læringsutbytte av praksis. Det er ikke alltid at kontaktsykepleier er tilgjengelig for studenten. Da er det viktig at studenten har noen å henvende seg til slik at hun blir ivaretatt på best mulig måte. For at resten av pleiegruppa skal vite om og føle ansvar for studenten, er det viktig med god informasjon i forkant av praksis. Da er alle forberedt på at hun skal være der og det legger til rette for inkludering i praksisfellesskapet (Wenger, 1998) gjennom blant annet uttrykte forventninger til studentens tilstedeværelse. Funnene i studien viser at det er stor sammenheng mellom å få en fast veileder som forholdet fungerer til og god opplevelse av læringsmiljø på avdelingen. Hele 10,0 % av respondentene hadde en veileder hvor forholdet ikke fungerte gjennom praksis. Det som er spesielt med deres evaluering av læringsmiljøet, er at svarene var veldig varierende. I de tilfellene hvor studentene hadde et dårlig forhold til veileder, men likevel scoret læringsmiljøet som godt, må der ha vært andre faktorer som bidro til denne opplevelsen. Det kan tenkes at studenten ble godt ivaretatt av andre pleiere på avdelingen selv om forholdet til veileder ikke fungerte. Ved at studenten blir ivaretatt av hele personalet i avdelingen og føler seg som en del av teamet (jfr Nolan, 1998), øker tilfredsheten med læringsmiljøet. Andre faktorer som kan ha innvirkning på og dermed øke opplevelsen av læringsmiljøet er; tilgang på adekvat utstyr (Davies, 1993), sykepleien som blir utført (Henriksen et al., 2012), pasientgruppen (Papp et al., 2003), sykepleielærer (ibid) og de fysiske omgivelsene i avdelingen (ibid). Det kan tenkes å være en kombinasjon av disse elementene som medfører en positiv opplevelse av læringsmiljøet til tross for et dårlig forhold til veileder.

Sykepleierne skal ifølge rammeplanen (Kunnskapsdepartementet, 2008) ha veiledningskompetanse når de er ferdig utdannet, men mange sykepleiere er uerfarne og trenger veiledning selv (Fause, 2002). Respondentene i denne studien oppgir at de får jevnlig veiledning. Jeg tolker dette til at sykepleiere strekker seg for å gjøre en best mulig jobb selv om de ikke alltid har de beste forutsetningene. Det kan gå på bekostning av veiledningskvaliteten (jfr. Benner, 2009), men sykepleiere som er nyutdannet husker godt hvordan det er å være student selv og kjenner til spenningen knyttet til det å være student i



praksis (jfr. Hauge, 1999). Tveiten (2008) skiller mellom formell og reell veiledningskompetanse. Den formelle kompetansen er den sykepleierne har når de har gjennomført sine bachelorgrad, mens reell veiledningskompetanse får sykepleieren gjennom selvstudier, refleksjon og erfaring (ibid). nyutdannede sykepleierne har altså en formell kompetanse til å veilede studenter, men trenger erfaring. For å få reell kompetanse må de nødvendigvis veilede studenter i praksis. Jeg fikk nylig tilbakemelding fra en student som ønsket at kontaktsykepleiere burde ha jobbet et til to år før de fikk i oppgave å være kontaktsykepleier. På grunn av mange studenter i praksis og stor turnover av sykepleiere i sykehus (Holmås, 2002) er dette ønsket i mange sykehus ikke mulig å innfri. En måte å imøtekomme denne problematikken på er å sette inn ressurser for å øke veiledningskompetansen og ha tettere oppfølging av nyutdannede sykepleiere som får veiledningsansvar.

### Individuell veiledning

De fleste studentene oppga å ha fått individuell veiledning av veileder i praksis. Studentene har ulike behov for veiledning og oppfølging (jfr. Pettersen og Løkke, 2004), og det er her den individuelle veiledningen kommer inn. Veiledningen skal være en faglig fundert prosess (jfr. Tveiten, 2008), og må derfor treffe studenten på det nivået hun er. Ved gruppeveiledning må veileder ta hensyn til alle studentene i gruppen og for eksempel forklare en kroppslig prosess slik at alle forstår. Ved en- til- en- veiledning kan veileder i større grad beskrive den samme prosessen på en måte som treffer studentens faglige kompetansenivå. Dette vil føre til økt kunnskap hos den enkelte student. Det var stor korrelasjon mellom studentenes opplevelse av individuell veiledning og opplevelse av læringsmiljø i avdelingen. Ved å ha en veileder som ikke er oppmerksom på studenten, blir opplevelsen av læringsmiljøet dårlig (jfr. Atack et al., 2000). Hvis veileder ikke er oppmerksom, klarer hun heller ikke å se studentens individuelle behov. Dette bekrefter mine funn om viktigheten av individuell veiledning.

Et tidligere samarbeidsprosjekt ved det aktuelle sykehuset og sykepleierutdanningen konkluderte med at en sykepleier ved hver avdeling burde frikjøpes til å være praksisveileder i de periodene det var studenter ute i praksis (jfr Edvardsen, 2008). Begrunnelsen for denne sterke anbefalingen var at ”praksisveiledere som er frikjøpt til bare å drive studentveiledning i praksisperioden blir tydeligere, mer tilgjengelig og stabil for studenten” (ibid s. 8). Likevel svarer 70,9 % i studieåret 2012- 2013 at de fikk oppnevnt en personlig veileder i praksis. Det

var bare 2,7 %, altså 3 studenter, som oppga at *Forekomst av veiledning: Samme veileder hadde flere studenter og var mer en gruppeveileder enn en individuell veileder*. Det er bemerkelsesverdig at det gjennomføres prosjekter ved institusjonen, men at avdelingene velger og ikke følge de anbefalingene som gis deretter. Det er mulig at det er organisatoriske årsaker som ligger til grunn for at kontaktsykepleierordningen blir praktisert, men det er for meg uvisst. Det som i litteraturen fremheves, er verdien av gode personlige veiledere (jfr Hauge, 1999; Saarikoski og Leino- Kilpi, 2002; Koldal, 2008; Skaalvik et al., 2011). Det kan tenkes at det ligger så sterke føringer innen forskningen at det er vanskelig å gjennomføre endringer i systemet ut fra egne prosjekter.

### **Stabilitet og kontinuitet**

Beck (1993) viser i en studie viktigheten av å få et godt første møte med praksis. Å føle trygghet og stabilitet er av stor betydning for at ikke usikkerhet skal hindre dem å lære. For sykepleierstudentene i denne studien er oppstartsamtale mellom student, veileder og sykepleielærer i starten av praksis, en del av veiledningens fase 1 (jfr Beck, 1993). Ved at student, veileder og lærer blir kjent med hverandre og går gjennom mål og forventninger, får studenten avklart hvilket ansvar hun har og det legges et grunnlag for stabilitet og kontinuitet i veiledningen. Min erfaring er at det gjerne tar inntil to uker før studentene er blitt kjent med veileder, og føler at de har fått en viss oversikt over pasientgruppene og rutiner i avdelingen. Derfor er det viktig å få en tidlig oppstartsamtale, slik at denne bli- kjent- fasen blir så kort som mulig. For å ivareta kontinuitet, bør fase 2 (ibid) i praksis bør veiledningen som blir gitt underveis inneholde konstante tilbakemeldinger på det arbeidet som utføres. Veileder bør rose det som er bra (Tofade, 2010), og konkretisere hva som bør gjøres annerledes. Gjennom refleksjon og diskusjon med studenten kan veileder stille kritiske spørsmål og ta opp etiske problemstillinger. Fase 3 (jfr Beck, 1993), som er avslutningsfasen, opptrer i siste del av sykehuspraksisen. Her bør studentene ha blitt så selvstendig at de evner å ta ansvar for egne pasienter, og bare ha veileder som konsulent for de observasjoner og beslutninger som gjøres. Selv om veileder ikke følger studenten like tett, har studenten fortsatt behov for jevnlig tilbakemeldinger for å ivareta stabiliteten og kontinuiteten i veiledningen.

Nærmere 4/5 av respondentene i denne studien var helt eller delvis enige i at de fikk kontinuerlig tilbakemelding fra veileder. Denne påstanden fikk lavest sumscore under variabelen *Innholdet i veiledningsrelasjonen*, men var likevel tilfredsstillende høy. Det står

ingen referanseramme i spørreskjema for hvor ofte den kontinuerlige tilbakemeldingen ble gitt. Det kan dermed tenkes at enkelte studenter regner ukentlige tilbakemeldinger som kontinuerlig, mens andre har forventninger om daglige tilbakemeldinger. I rammeplanen for sykepleierutdanningene står det at studentene skal ha jevnlig veiledning, oppfølging og vurdering (Kunnskapsdepartementet, 2008), men det utdypes ikke hva som legges i ordet «jevnlig». Studentgruppen er sammensatt og har ulike forventninger på til veiledning ut fra behov (jfr. Pettersen og Løkke, 2004). For enkelte er det nok å få vite at veileder er fornøyd med innsatsen, mens andre trenger en utdypende tilbakemelding på alt vedkommende har gjort gjennom dagen (jfr. Atask et al., 2000).

Korrelasjonen mellom opplevelse av læringsmiljø i avdelingen og opplevelse av kontinuerlig tilbakemelding fra veileder viser sammenheng mellom forekomst av tilbakemelding til studenten og hvordan studenten opplever læringsmiljøet. Innenfor mesterlære har stabilitet og kontinuitet alltid vært et viktig prinsipp (jfr. Skagen, 2004). Lærlingene i middelalderen måtte gjennom kontrakt binde seg opptil flere år til mesteren, noe som la forholdene til rette for god kontinuitet i opplæring og veiledning (ibid). Sykepleierstudentene i denne studien har praksisperioder som strekker seg over 10 sammenhengende uker. Dette gir mulighet for stabilitet og kontinuitet ved at studentene er på samme avdeling over en lengre periode og kan innlemmes i praksisfellesskapet (jfr. Wenger, 1998). Hvordan denne muligheten tas i bruk er avhengig av hvordan veiledning og oppfølging av studenter planlegges, organiseres og gjennomføres (jfr. Chan, 2002; Saarikoski et al., 2002). Studentene får mulighet til å fordype seg i det fagfeltet de er i praksis i. Som jeg nevnte tidligere i avsnittet bruker studentene en stund på å bli kjent med veileder og avdelingen, jfr. fase 1 i veiledningsforholdet. Det er derfor av betydning at de har god tid etter denne fasen for å ta til seg all kunnskap som skal opparbeides gjennom praksisperioden. Det er tillatt å ha inntil 20 % fravær fra praksis (Sykepleierutdanningen\_ved\_X, 2011). Det vil si at studenten kan være borte fra praksis i 2 av 10 uker. Studier (Johansson et al., 2010; Skaalvik et al., 2011) viser til viktigheten av god stabilitet og kontinuitet for å få godt nok læringsutbytte i praksis. Ved å ha til sammen 20 % fravær gjennom praksisperioden mener jeg at studenten ikke får den viktige stabiliteten og kontinuiteten. Jeg har forståelse for at studentene kan bli syk eller at det kan oppstå situasjoner som gjør at studentene må være borte fra praksis, men da mener jeg at de bør få ny studieprogresjon ved mye fravær.

En sykehusavdeling er travel og omskiftelig. Det kan innebære at veiledere ikke er tilstede på studentens vakter. Det har betydning for kontinuiteten i veiledningen, og hvis studenten må bytte veileder ofte, vil kontinuiteten forringes. Sykepleiere som ikke har gått sammen med studenten tidligere, vet ikke hvilket nivå hun er på, og heller ikke hva studenten bør fokusere på i praksis. Turnusen til studentene i denne studien har som oftest mindre vaktbelastning enn veileder med tanke på turnusarbeid. Turnusarbeid kan ha negativ innvirkning på helsa (Fevang, 2004) og kan føre til økt sykefravær. Forskning viser at det er gjennomgående høyere sykefravær blant kvinner enn blant menn, og det er høyere sykefravær i helsesektoren enn andre sektorer (ibid). Dette innebærer sannsynlighet for at studenter til tider må forholde seg til andre enn sin oppnevnte veileder. De nevnte faktorene kan medføre utfordringer for stabilitet og kontinuitet for veiledningen i praksis. Det er ikke utelukkende negativt å få veiledning av andre enn veileder. Tilbakemeldinger jeg har fått fra studenter har også vært positive med tanke på å få gå med flere forskjellige sykepleiere. Da har de fått erfaring med ulike måter å utføre sykeleie på.

## Tillit

Studenter som føler frykt når de er i praksis, evner dårlig å ta til seg ny lærdom (Levett- Jones et al., 2009). For å oppnå tillit må det settes rammer for trygghet (jfr Bang, 2003). Flertallet av respondentene i denne studien var delvis eller helt enig i at veiledningsforholdet mellom dem og veileder var preget av tillit. Dette kan tolkes som at en stor overvekt av respondentene i denne studien følte seg godt ivaretatt av sin veileder, slik at de følte trygghet i praksis. Trygghet og tillit i en faglig basert relasjon er viktig. Et for tett personlig bånd er slik jeg ser det uheldig ut fra at vurdering av studentens praksis skal skje midtveis og ved avslutningen av praksisperioden. Det er likevel viktig at studenten og veilederen har et åpent veiledningsforhold og blir godt kjent med hverandre (jfr Hauge, 1999; Spouse, 2001; Saarikoski et al., 2005). På denne måten åpnes det opp for dialog og konstruktive refleksjoner der studenten kan vise sine sterke og svake sider både med tanke på kunnskaper, ferdigheter og følelser i læring (Hiim og Hippe, 1998). Min erfaring er at de studentene jeg oppnår god kontakt med er lett å veilede. Det blir, som for studenten, enklere for meg å gi uttrykk for hva jeg kan og ikke kan. Et eksempel er da en mannlig student under sluttevaluering ga tilbakemelding om at det hadde vært så godt å få høre på en veiledningstime at jeg faktisk ikke kunne svarene på alt de lurte på. Det hadde gjort avstanden mellom oss mindre, i følge

studenten. Dette samsvarer med funnene til Saarikoski et al. (2008) om at en likeverdig relasjon mellom student og veileder er av betydning for opplevelsen av et godt læringsmiljø.

Studentene, som vil være under kategorien novise, står i en annen posisjon enn veileder som har yrkeserfaring og kan betraktes som kompetent, kyndig eller ekspert (jfr. Benner, 2009). Studenten starter veiledningsforholdet med en forutsetning om at veileder kan sin sykepleie. Ved å ha autorisasjon skal sykepleieren være kompetent både i sitt fag og til å veilede (jfr. Kunnskapsdepartementet, 2008). Studenten starter sitt veiledningsforhold med tillit til sin veileders kompetanse. En ting som kan ødelegge et tillitsforhold er hvis studenten opplever at veileder utleverer studenten eller snakker negativt om henne til kollegaer eller andre. Dette er i så fall brudd på taushetsplikten (Skjetne, 2004). Det er viktig for sykepleieren å huske at hun har samme taushetsplikt angående studenter som hun har for pasienter og kollegaer. Det vil være svært nedverdiggende for studenten å få høre at det snakkes om henne. Det samme gjelder hvis en student hører noen av sine medstudenter bli omtalt blant personalet. Det vil føre til usikkerhet angående om hun også blir omtalt på samme måte når hun ikke er tilstede. Det er selvsagt viktig at veileder snakker med og får tilbakemelding fra sykepleiere og hjelpepleiere som har vært sammen med studenten i praksis. Disse samtaler bør da skje på et lukket rom, og ikke ute i gangen eller på pauserommet hvor andre utenforstående er tilstede eller kan høre hva som blir sagt. Selv om majoriteten av respondentene rapporterte at *Veiledningsforholdet var preget av tillit* var det 5 respondenter som var helt uenig i denne påstanden. På grunn av begrensninger i skjemaet kunne ikke studentene gi noen begrunnelse for denne evalueringen. Det hadde vært interessant å få kunnskap om hvorfor.

Funnene viser at det er korrelasjon mellom opplevelse av læringsmiljø og opplevelse av tillit mellom student og veileder. Tillit er altså av stor betydning for hvordan læringsmiljøet blir evaluert. Dette samsvarer med Skaalvik et al. (2011) og Saarikoski et al. (2005) som skriver at en tillitsfull atmosfære er viktig for et godt læringsmiljø. Jeg kan dermed også anta at forholdene har vært lagt til rette for at studentene skulle lære mest mulig gjennom praksis (jfr Levett- Jones et al., 2009). Å få lov til å arbeide selvstendig i praksis, betyr at studenten har oppnådd tillit fra personalet. Selv om mennesker møter andre med tillit (jfr. Tveiten, 2008), er min erfaring at sykepleierne ikke slipper studenter alene i pleien hvis de ikke er trygge på hvor studenten står faglig. Det vil si at hvis en student opplever å få ansvar for egne pasienter eller får lov til å gjøre prosedyrer alene, har hun oppnådd tillit hos sin veileder og resten av

pleiegruppa. Fra studentens ståsted kan det ses på som tillitsskapende at man ikke presses inn i oppgaver og situasjoner før man er klar for det (jfr Levett- Jones et al., 2009).

## Respekt og anerkjennelse

Det var klar overvekt av positiv respons angående studentenes opplevelse av respekt og anerkjennelse, likeverd, gjensidig interaksjon og positive holdninger fra veileder. Alle disse faktorene bidrar til å inkludere studenten i avdelingen og læringsmiljøet (jfr Hauge, 1999; Atack et al., 2000; Pettersen og Løkke, 2004; Tveiten, 2008). Korrelasjon mellom samtlige nevnte faktorer og opplevelse av læringsmiljø i denne studien var stor. Det er tydelig at studentene har behov for å føle seg akseptert og ønsket i miljøet for å ta til seg læring (jfr Nolan, 1998). Da kan de fokusere helt og holdent på å lære alt som kreves av dem i praksis i stedet for å bruke energi å passe inn i miljøet. Studentene blir evaluert gjennom hele praksisperioden (jfr Kunnskapsdepartementet, 2008), og søker naturlig nok etter bekreftelse på det de gjør. Det er derfor viktig å gi konstruktive tilbakemeldinger som fører til læring i stedet for å bryte dem ned. Longo (2007) viser til fenomenet *Horizontal violence* som omhandler maktmisbruk ovenfor sykepleierstudenter. Dette forekommer som verbal og emosjonell overhøvling, og distraherer studentene i praksis (ibid). Jeg har gjennom refleksjonsgrupper, både som student og som sykepleier, fått referert hendelser om sykepleiere som har irettesatt studenter i praksis. Samtlige historier ble beskrevet som negative, nedbrytende opplevelser. Sykepleierne har en posisjon ovenfor studentene som innebærer makt (jfr. Pettersen og Løkke, 2004). Dette asymmetriske forholdet må sykepleieren være spesielt oppmerksom på da det kan ha stor innvirkning på studentens mulighet for utvikling i praksis. Emosjonelle, følelsesmessige og kognitive forhold er av betydning innenfor den yrkesfaglige veiledningen (ibid). Det kan tenkes at studentene som evaluerte opplevelse av respekt, anerkjennelse, likeverd, interaksjon og veileders holdning negativt, hadde negative opplevelser i praksis (jfr. Longo 2007). Levett- Jones og Lathlean (2009) bruker metaforen "Don't rock the boat" og viser til intervjuer av sykepleierstudenter som ikke ønsker å si ifra om uriktig praksis i frykt for å bli mislikt og sett ned på. De skriver at studentene ønsker å lage minst mulig oppstyr, slik at de kommer seg gjennom praksis uten problemer.

## **Pasientomsorg og verdigrunnlag på avdelingen**

At pasientene mottar individuell pleie og omsorg innebærer at hver enkelt pasient får behandling og hjelp ut fra sine behov, og ikke nødvendigvis etter fastlagte rutiner og prosedyrer (Elstad og Torjuul, 2009). Ved å bruke standardiserte pasientforløp for alle pasienter uten å ta hensyn til individuelle behov, klarer ikke sykepleierne å gi god nok pleie til hver enkelt pasient. Respondentene i denne studien opplevde at det ble gitt individuell pleie og omsorg til pasientene, og at avdelingens sykepleiefilosofi/ grunnlagstenkning i stor grad var klart definert.

At pasientene mottok individuell pleie og omsorg, og at avdelingens sykepleiefilosofi eller grunnlagstenkning var klart definert, har stor sammenheng med hvordan studentene opplevde læringsmiljøet i praksis. Dette samsvarer med funn gjort med CLES+T evalueringsskala av Henriksen et al (2012) og disse funnene støttes av tidligere forskning (Skaalvik et al., 2011). Der avdelingene fikk høy score på læringsmiljø ga studenten også god score på pleien og omsorgen som ble utført. Studentene fikk her mulighet til å lære av gode rollemodeller (jfr Atask et al., 2000). Jeg tolker denne sammenhengen til at det er en forbindelseslinje mellom individuelt tilpasset pleie og omsorg og individuelt tilpasset veiledning og ivaretagelse av. Studentene får tilrettelegging for egne læringsbehov og veiledningen blir gitt ut fra hvor studentene står faglig. Dette er et forhold som Benner (2010) påpeker er viktig. Der sykepleierne tar seg tid til å utfylle pasientenes behov, der tar sykepleierne seg tid til å fylle studentenes behov. En klart definert og praktisert sykepleiefilosofi og trygghet på hvilke idealer som gjelder kan tolkes til å omfatte pasienter og studenter.

## **Tidligere erfaringer**

I motsetning til Pettersen og Løkkes' (2004) teori, viser funnene i denne studien ingen sammenheng mellom alder og evaluering av veiledning i praksis. På grunn av begrensninger i spørreskjemaet fremgår ikke respondentenes eventuelle tidligere erfaringer innenfor helse og omsorg. Selv om det er et bredt spekter i aldersspennet til respondentene, vet man ikke om de eldre respondentene hadde mer erfaring innen feltet enn de yngre. Respondentene i denne studien hadde forut for aktuelle praksisperiode hatt praksis innen eldreomsorg hvor de har lært grunnleggende sykepleie. I tillegg har studenter ofte arbeid ved siden av studiene (Barstad et al., 2012) som kan gi dem økt kompetanse. Det er derfor ikke gitt at de eldre

studentene er mer erfarne innenfor feltet enn de yngre. Min erfaring er at studenter blir mer selvstendig i sin andre sykehuspraksis enn i den første. Når de kommer i sin andre sykehuspraksis er de kjent med sykehusets organisering og utforming. De har også bedre kjennskap til tekniske hjelpemidler som elektronisk journal, medisinkurve og liknende, noe som fører til mer fokus på det som er spesielt ved den nye avdelingen. Det var derfor overraskende for meg at evalueringen av variabelen *Veiledningsrelasjonen* ikke hadde noen signifikante endringer fra første til andre praksisperiode for respondentene.

### **Medisinsk og kirurgisk praksis**

Forholdet mellom student og veileder fungerte i mindre grad i kirurgisk praksis enn i medisinsk praksis. Det kan være en tilfeldig variasjon med tanke på studentene som var i praksis der og da, eventuelt at ytre rammebetingelser varierte i et sykehus under omorganisering. Veileder ble oftere byttet i medisinsk enn i kirurgisk praksis. Det kan tolkes til at medisinske avdelinger tok tak i problemer tidligere og byttet veileder før det reduserte studentenes læringsutbytte og dermed opplevelsen av det kliniske læringsmiljøet.

Datamaterialet gir grunnlag for å stille spørsmål om studentene fikk bedre oppfølging på medisinske enn kirurgiske avdelinger. Opplevelsen av læringsmiljøet var imidlertid ikke signifikant forskjellig. Det er ulike pasientgrupper på medisinske og kirurgiske avdelinger. Min erfaring er at det er større turnover av pasienter på kirurgiske avdelinger enn på medisinske. Dette kan medføre til vanskeligere forhold for kontinuitet i læringsprosessen for studentene. Det hadde vært interessant å undersøke dette fenomenet nærmere.

Erfaringsutveksling mellom avdelinger i et sykehus med ulike evalueringer kan være nyttig slik at de kan lære av hverandre.

### **Lav svarprosent**

Til tross for at det ble lagt godt til rette for å delta på spørreskjemaundersøkelsen, var svarprosenten på 40 %. Det kan være mange årsaker til det. Etter at de 10 ukene med praksis er over, er det mange studenter som gir uttrykk for å være glad for å være ferdig med praksisperioden. Det er krevende å være i praksis, både fysisk og psykisk. Studentene blir til en hver tid evaluert, alt de gjør skal det reflekteres over, mye nytt skal læres, de skal forholde seg til mange mennesker i ulike livssituasjoner og de skal oppdatere seg på faglitteratur. Så selv om de er fornøyd med praksisplassen, er min erfaring at mange studenter gir uttrykk for at de ser frem til en periode med teori. Dette kan innebære at de føler seg ferdig med praksis



og retter blikket fremover i stedet for å tenke tilbake på noe avsluttet. Både ved midt- og sluttevaluering må studentene evaluere både seg selv, veileder i praksis og lærerveileder. Studentene må i tillegg ofte svare på egne evalueringsskjema som avdelingene selv har laget, de må evaluere hverandre ved fremlegg for klassen og de må gjøre evaluering av gitt undervisning ved semesterets slutt. Det kan være slik at det eksisterer en viss evalueringstretthet blant studentene. At de er ferdig i praksis og dermed ikke ser nytten av evalueringen selv kan spille inn.

Ved pasientundersøkelser er det mer sannsynlig at pasienter som har hatt vesentlig effekt av en behandling vil svare på en spørreundersøkelse i etterkant enn pasienter som ikke har hatt betydelig effekt (Neutel, 2002). Det kan tenkes at studenter som har vært godt fornøyd med praksis er interessert i å gi tilbakemeldingen som ros eller respons til avdelingen. Det kan bety at studenter som ikke har noe spesielt å gi tilbakemelding om, verken på godt eller vondt, ikke føler behov for å gi noen tilbakemelding. Her kan det tenkes at studenter som er misfornøyd med praksis at de ikke orker å besvare spørreskjemaet.

Kellerman og Herold (2001) fant i sin review at responsen på spørreundersøkelser økte ved bruk av kortere spørreskjema og ved å sende ved ferdigfrankerte svarkonvolutter. Det viste seg også at undersøkelser som ble utført per telefon eller via postgang hadde større responsrate enn nettbaserte spørreundersøkelser. Min erfaring tilsier at utviklingen innen telekommunikasjon har steget bratt siden 2001, og går fortsatt opp. Studentene er i en aldersgruppe som er hyppige brukere av nettbaserte tjenester. I følge Kellerman og Herold (2001) skulle det være større sjanse for økt svarprosent ved å sende ut spørreskjema via post, men jeg er usikker på om dette ville være tilfelle for denne studiens målgruppe.

### **Avsluttende refleksjoner**

Krav og forventninger som stilles til veileder kan være ulike blant studenter. Min erfaring er at enkelte studenter ønsker å ha en veileder med seg hele tiden, mens andre studenter ønsker å være mer selvstendig og ha en veileder tilgjengelig for spørsmål og problemstillinger de erfarer underveis i løpet av praksisperioden. En annen faktor som kan påvirke opplevelsen av praksis og veileder er hvis studentene har fått sin sluttevaluering for praksisperioden før de svarer på spørreskjemaet. En student som har fått gode tilbakemeldinger på evalueringen kan være mer positivt innstilt når han/ hun svarer på skjema, i motsetning til en student som har

fått negative bemerkninger. Det er tenkelig at en student som har strøket i praksis vil være mer negativ i sin tilbakemelding.

Siden det ikke er mulighet for å skrive kommentarer i skjemaet finnes ikke data om bakgrunnen for svarene studentene ga. Det er heller ikke rom for supplerende informasjon eller tilbakemeldinger om hvordan praksis kunne forbedres. Spørreskjemaet gir ingen data på hva som er bra og hva som er mindre bra, og hvorfor enkelte eventuelt er misfornøyde. Dette er viktig informasjon for å kunne gjøre forbedringsarbeid. For å finne ut av dette må man gå i dybden på innholdet i variablene gjennom for eksempel kvalitative intervju med studenter. Forskning som inkluderer sykepleieres synspunkter på det kliniske læringsmiljøet hadde vært et nyttig supplement. Metodetriangulering anbefales av blant annet Foss og Ellefsen (2002), og jeg ser på det som interessant i fremtidig forskning innenfor et felt jeg har stor interesse for.

Jeg anser denne studien som viktig med tanke på at den skal bidra til kvalitetsforbedring på et konkret sykehus. Kontaktsykepleieren spiller en viktig rolle overfor studenter og innehar en viss makt. Det er av betydning at studenten ikke på noen måte føler seg krenket i relasjonen til kontaktsykepleier. Veiledning angår andres livsmuligheter og kan enten bidra til vekst og utvikling, eller det motsatte (Eide et al., 2008). Det er fremtidige kollegaer som veiledes, og jeg anser det som vår plikt å gi dem de beste forutsetninger til å utøve sykepleieryrket.

## Konklusjon

Denne studien viser at det er signifikant sammenheng med forekomst av veiledning, forholdet til veileder og innholdet i veiledningsrelasjonen når det kliniske læringsmiljøet evalueres. I tillegg viser studien at pasientomsorg og verdigrunnlag på avdelingen har betydning for opplevelsen av læringsmiljø. Det er viktig at disse funnene tilbakeføres til de aktuelle avdelingene for å forbedre og videreføre det viktige arbeidet innen klinisk læringsmiljø. Det er også viktig å videreføre arbeidet med spørreskjemaundersøkelsen for å få høre flere stemmer. Det vil være aktuelt å gjøre intervju med et representativt utvalg for å få større innsikt i evalueringen. Med tanke på det økende behovet for sykepleiere, vil det være fornuftig å satse på gode praksisforløp for studentene og ikke minst heving av veiledningskompetansen til sykepleierne.

## Kilder

- Atack, L., Comacu, M., Kenny, R., LaBelle, N. og Miller, D. (2000). Student and Staff Relationships in a Clinical Practice Model: Impact on Learning. *Journal of Nursing Education, 39*, 387-392.
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barstad, A, Løwe, T og Thorsen, L R. (2012). Studenters inntekt, økonomi og boutgifter. Levekår blant studenter 2010.
- Beadnell, C. (2006). Nurse education - Our health depends on it. *Australian Nursig Journal, 13*, 25-27.
- Beck, C. T. (1993). Nursing students' initial clinical experience: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies, 30*, 489-497.
- Benner, P, Sutphen, M, Leonard, V og Day, L. (2010). *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer*: Akribe AS.
- Benner, P. (2009). *Fra novice til ekspert - mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*: Munksgaard Danmark.
- Bjørndal, A. og Hofoss, D. (2010). *Statistikk for helse- og sosialfagene*: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Chan, D. S. (2002). Associations between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment. *International Journal of Nursing Studies, 39*, 517-524.
- Chan, D. S. (2004). Nursing Students' Perceptions of Hospital Learning Environments - an Australian Perspective. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 1*(1).
- Christophersen, K- A. (2009). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS*: UNIPUB.
- Davies, E. (1993). Clinical role modeling: Uncovering hidden knowledge. *Journal of advanced nursing, 18*, 627-635.
- Dunn, S. V. og Hansford, B. (1997). Undergraduate nursing students' perception of their clinical learning environment. *Journal of advanced nursing, 25*, 1299-1306.
- Edvardsen, O. (2008). Sluttrapport Prosjekt "Sykepleierstudentenes praksis på x". *Ikke publisert, men kan ettersendes om ønskelig*.
- Edwards, H., Smith, S., Courtney, M., Finlayson, K. og Chapman, H. (2004). The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practic. *Nurse Education Today, 24*, 248-255.
- Eide, S. B., Grelland, H. H., Kristiansen, A., Sævareid, H. I. og Aasland, D. G. (2008). *Til den andres beste. Ei bok om veiledningens etikk*: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Elstad, I og Torjuul, K. (2009). The issue of life: Aristotle in nursing perspective. *Nursing Philosophy, 10*, 275-286.
- Espeland, V. og Indrehus, O. (2003). Evaluation of students' satisfaction with nursing education in Norway. *Journal of advanced nursing, 42*, 226-236.
- Fagforbundet. (2012-2014). *Tariffavtale*.
- Fause, Å. (2002). Kapittel 2, 3 og 4. In Å. Fause & A. Micaelsen (Eds.), *Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge*: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Fevang, E. (2004). *De syke pleierne. En analyse av sykefravær blant sykepleiere og hjelpepleiere*: Universitetet i Oslo, helseøkonomisk forskningsprogram.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using ibm spss statistics*: SAGE Publications Ltd.

- Foss, C og Ellefsen, B. (2002). The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of advanced nursing*, 40, 242-248.
- Gautun, H., Grødem, A. S. og Hermansen, Å. (2012). Hvordan fordele omsorg? *Fafo-rapport* (Vol. 62).
- Gregersen, A-G. og Nilsen, S. R. (2005). Lærer av hverandre. *Sykepleien*, 15.
- Haddeland, K. og Söderhamn, U. (2013). Sykepleierstudenters opplevelse av veiledningssituasjoner med sykepleiere i sykehuspraksis. En fenomenologisk studie. *Nordisk sykeplejeforskning*, 3, 18-32.
- Hauge, K. J. W. (1999). God praksislæring avhenger av en god kontaktsykepleier. *Sykepleien*, 5, 53-56.
- Heggen, K. (1995). *Sykehuset som "klasserom". Praksisopplæring i profesjonsutdanninger*: Universitetsforlaget.
- Helse\_og\_omsorgsdepartementet. (2014a). Lov om spesialisthelsetjeneste. Retrieved 15.01.14, from <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Helse\_og\_omsorgsdepartementet. (2014b). Lov om helsepersonell m. v. (Helsepersonelloven). Retrieved 15.01.14, from <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse\_og\_omsorgsdepartementet. (2014c). Sykehuset i et historisk perspektiv. Retrieved 21.02.14, from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-2/5.html?id=140694>
- Helsedirektoratet. (2012). Samdata. Spesialisthelsetjensten 2012.
- Henriksen, N., Normann, H. K. og Skaalvik, M. W. (2012). Developing and testing of the norwegian version of the clinical learning environment, supervision and nurse teacher (CLES+T) evaluation scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1).
- Hiim, H og Hippe, E. (1998). *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling*: Universitetsforlaget.
- Holmås, T. H. (2002). Keeping nurses at work: a duration analysis. *Health economics*, 11, 493-503.
- Iversen, O. H. og Braut, G. S. (2014). Sykehus. Retrieved 21.02.14, from <http://snl.no/sykehus>
- Johansson, U. B., Kaila, P., Ahlner- Elmqvist, M., Leksell, J., Isoaho, H. og Saarikoski, M. (2010). Clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale: psychometric evaluation of the Swedish version. *Journal of advanced nursing*, 66, 2085-2093.
- Kellerman, S. E. og Herold, J. (2001). Physician Response to Surveys. A review of the Literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 20, 61-67.
- Kunnskapsdepartementet. (2006). *Forskrift for skikkethetsvurdering i høyere utdanning*. Hefte 10, 2006.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Fastsatt 25.01.08.
- Kårstein, A. og Aamodt, P. O. (2012). Opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleierutdanningen. In NIFU (Ed.), *Rapport 14/2012*.
- Levett- Jones, T. og Lathlean, J. (2009). "Don't rock the boat": Nursing students' experiences of conformity and compliance. *Nurse Education Today*, 29, 342-349.

- Levett- Jones, T., Lathlean, J., Higgins, I. og McMillan, M. (2009). Staff - students relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. *Journal of advanced nursing*, 65, 316-324.
- Levett- Jones, T., Lathlean, J., Maguire, J. og McMillan, M. (2007). Belongingness: A critique of the concept and implications for nursing education. *Nurse Education Today*, 27, 210-218.
- Longo, J. (2007). Horizontal violence among nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, 177-178.
- Micaelsen, A. (2002). Kapittel 1. In Å. Fause & A. Micaelsen (Eds.), *Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge*: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*: Daidalos AB.
- Neary, M. (2000). Supporting students' learning and professional development through the process of continuous assessment and mentorship. *Nurse Education Today*, 20.
- Neutel, J. M. (2002). The use of combination drug therapy in the treatment of hypertension. *Cardiovascular Nursing*, 17, 81-88.
- Nielsen, K. og Kvale, S. (1999). *Mesterlære - læring som sosial praksis*: Ad Notam Gyldendal.
- Nolan, C. A. (1998). Learning on clinical placement: the experience of six Australian student nurses. *Nurse Education Today*, 18, 622-629.
- Papp, I., Markkanen, M. og von Bonsdorff, M. (2003). Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*, 23, 262-268.
- Perry, B. (2009). Role modeling excellence in clinical nursing practice. *Nurse Education in Practice*, 9, 36-44.
- Pettersen, R. C. og Løkke, J. A. (2004). *Veiledning i praksis - grunnleggende ferdigheter*: Universitetsforlaget.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Quinn, F. M. (2000). Principles and Practice of Nursing Education. *Stanley Thornes*, 4.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*, 3. utgave: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*: Basic books.
- Skagen, K. (2004). *I veiledningens landskap. Innføring i veiledning og rådgivning*: Høyskoleforlaget AS.
- Helsepersonelloven med forskrifter (2004).
- Skaalvik, M. W. (2010). *Nursing homes as learning environments: A study of experiences and perceptions of nursing students and supervising nurses. A dissertation for the degree of Philosophiae Doctor.*: University of Tromsø, Faculty of health sciences, Department of health and care sciences.
- Skaalvik, M. W., Normann, H. K. og Henriksen, N. (2011). Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students - a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2294-2304.
- Solvoll, B-A. og Heggen, K. M. (2010). Teaching and learning care - Exploring nursing students' clinical practice. *Nurse Education Today*, 30, 73-77.
- Statistisk sentralbyrå. (2014). Studenter i høyere utdanning i Norge, etter innvandringskategori, kjønn, utdanningens lengde og utvalgte utdanninger.

- <http://www.ssb.no/a/kortnavn/utuvh/tab-2012-05-22-10.html>. Retrieved 21.01.14
- Sykepleierutdanningen\_ved\_X. (2010). *Fagplan/ Curriculum*. Kan ettersendes om ønskelig.
- Sykepleierutdanningen\_ved\_X. (2011). *Undervisningsplan for 2. studieår*. Kan ettersendes om ønskelig.
- Saarikoski, M., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H. og Warne, T. (2005). Validation of the Clinical Learning Environment and Supervision Scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2(1).
- Saarikoski, M., Isoaho, H., Warne, T. og Leino-Kilpi, H. (2008). The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub- dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1233-1237.
- Saarikoski, M. og Leino-Kilpi, H. (2002). The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 259-267.
- Saarikoski, M., Leino-Kilpi, H og Warne, T. (2002). Clinical learning environment and supervision: testing a reseach instrument in an international comparative study. *Nurse Education Today*, 22, 340-349.
- Saarikoski, M., Marrow, C., Abreu, W., Riklikiene, O. og Özbiakci, S. (2007). Student nurses' experience of supervision and Mentorship in clinical practice: A cross cultural perspective. *Nurse Education in Practice*, 7, 407-415.
- Tofade, T. (2010). Coaching younger practitioners and students using components of the co-active coaching model. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74.
- Tveiten, S. (2008). *Veiledning - mer enn ord...* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Wackerhausen, S. (1999). Det skolestiske paradigmet og mesterlære. In K. Nielsen & S. Kvale (Eds.), *Mesterlære - læring som sosial praksis*: Ad Notam Gyldendal.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: learning, meaning and identity*: Cambridge University Press.
- Wilson- Barnett, J., Butterworth, T., White, E., Twinn, S., Davies, S. og Riley, L. (1995). Clinical support and the Project 2000 nursing student: factors influencing this process. *Journal of advanced nursing*, 21, 1152-1158.

# Å lære i praksis – veiledningens betydning for opplevelse av det kliniske læringsmiljøet – en evalueringsstudie

---

## **Abstract**

### **Aim and objective**

The objective of this study is to measure and explore the impact the supervisory relationship and supervision in clinical placements has on nursing students' experiences and perceptions of the clinical learning environment in the specialized health care system within the areas of medicine and surgery.

### **Background**

The study participants are students in a baccalaureate nursing program that emphasizes the impact clinical studies have in training to become a registered nurse. The actual hospitals' vision is to be the most attractive learning arena in Norway. In order to be able to continue measures that work and implement interventions that promote a good clinical learning environment, data regarding the nursing students' experiences and perceptions are obtained, and systematized in the departments receiving students for clinical placements.

### **Methods**

This is a cross-sectional study. The study is based on an ongoing questionnaire survey (CLES+T) (1-5) aimed at all nursing students conducting clinical practice in a large hospital in Norway. The statistical analysis was performed using SPSS, version 21.

### **Results**

Out of totally 275 students who had their clinical placements at the actual hospital in 2012-2013, 110 completed the questionnaire, giving a response rate of 40 %. 76,4% of the



participants fully agreed or agreed to some extent that the ward could be regarded as a good learning environment, 9,1 % neither agreed nor disagreed, and 14,5 % fully disagreed or disagreed to some extent to this statement. There was a significant relation between the frequency of supervision, the content of the supervisory relationship and the perception of the clinical learning environment ( $p=0,01$ ). Other factors that contributed to a positive perception of the clinical learning environment were that the patients received individual care and that the ward's nursing philosophy was clearly defined.

## Conclusion

This study concerning the clinical learning environment shows a significant relationship between the frequency of supervision and the relationship to the supervisor. It is important to use the knowledge the results represents in the wards in order to improve and have a continuously focus on the importance of a good clinical learning environment. In addition, it is important to continue the questionnaire survey in order to get a larger sample of participating nursing students evaluating the clinical learning environment. For further studies, a qualitative study interviewing students may be of value to get a deeper understanding into the evaluation of the clinical learning environment.

## Introduksjon

I den treårige sykepleierutdanningen i Norge har klinisk praksis til en hver tid hatt en sentral rolle (6). Fenomenet mesterlære har vært den mest fremtredende veiledningsformen (ibid). Kunnskapsdepartementet (7) har utformet en overordnet rammeplan for sykepleierutdanning som legger grunnlaget for lokale fag- og undervisningsplaner ved de enkelte utdanningsinstitusjonene. I rammeplanen (ibid, s.11) står det om veilede praksisstudier at *"praksisstedets sykepleiere har ansvar for daglig veiledning og opplæring"*. Det står videre at *"Veiledere må ha kompetanse til å veilede studentene,.."*. I følge rammeplanen skal utdanningsinstitusjonen sammen med praksisfeltet tilby systematisk kompetanseoppbygging innen veiledning.

En god praksis er viktig for sykepleierstudenter da det er i utøvelse av sykepleie de får mulighet til å koble sammen teori med den praktiske utøvelsen av yrket (8). Forskning viser at praksissteder hvor studentene opplevde å ha et godt læringsmiljø har lettere for rekruttere

nyutdannede sykepleiere enn avdelinger som studentene oppfattet hadde et dårlig læringsmiljø (9). I følge statistisk sentralbyrå (10) øker antallet personer i Norge over 67 år; fra 673 000 i 2013 til estimerte 1,8 millioner i 2060. Dette innebærer at helsevesenet vil ha behov for flere hender i arbeid, og det kan bli rift om de best kvalifiserte sykepleierne (11). For at sykepleiere som veileder studenter i praksis skal gi god veiledning trenger de oppfølging og tilbakemelding. En norsk rapport om opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleierutdanningen (12) viser at oppfølging av sykepleierstudenter i praksis kan være mangelfull. Rapporten sier videre at kravene som stilles i praksis er individuelle og avhenger av hvilken veileder studenten får (ibid).

## Bakgrunn

Det er to hovedområder som påvirker den kliniske læringen (3); læringsmiljøet og veiledningen studentene får av sykepleier. Læringsmiljø beskrives som de vilkår, krefter og ytre stimuli som påvirker individet (13). Det omfatter alt studenten omgis av i praksis, som fysiske omgivelser, utstyr, ansatte, pasienter, kontaktsykepleier og sykepleielærer (ibid). Dunn og Hansford (14) konkluderer i sin studie om læringsmiljø at sykepleierne ved avdelingene var den mest innflytelsesrike faktoren for studentene. Å ha en stabil veileder, er av stor betydning for hvordan læringsmiljøet i praksis oppfattes av studentene (15). Positiv samhandling med de ansatte, planlegging av dagen sammen med veileder, og å bli behandlet som student og ikke som assistent, er faktorer som bidrar til et positivt læringsmiljø (16). Aktiv deltakelse i feltet er avgjørende for å få optimalt utbytte av praksis, og det forutsetter at studenten føler seg inkludert i praksisfelleskapet (17). Forskning viser at studenter går mye alene i praksis, og når de får veiledning er det beskrivelse av arbeidet de får, ikke begrunnelse for hvorfor det gjøres (18). Studenten må ha tillit til veileder før hun tør å utlevere seg og stille spørsmål som kan avdekke eventuelle kunnskapshull (18-20). Hvis tilliten ikke er tilstede, vil dialogen mellom student og veileder lide under dette (21). Atrack et al. (16) fant gjennom sine intervjuer med sykepleierstudenter at åpen kommunikasjon grunnlagt på gjensidig høflighet og respekt var den viktigste faktoren for forholdet mellom student og sykepleier. I følge Davies (22) er pasientbehandlingen som gis det viktigste aspektet studentene lærer av sine kontaktsykepleiere. Det er den konkrete sykepleieren studentene ser utført de lærer mest av (ibid), og dermed er sykepleieren som viktig som rollemodell. Forskning viser at det er sammenfall mellom opplevelsen av et godt læringsmiljø i praksis (8,

16, 18) og en klar og definert sykepleiefilosofi og at pasienter mottar individuell pleie og omsorg (23).

## Metode

### Formål

Hensikten med denne studien er å måle sykepleierstudenters erfaringer og synspunkter på det kliniske læringsmiljøet og veiledningsrelasjonen i praksisstudier i spesialisthelsetjenesten innenfor henholdsvis medisinsk og kirurgisk område.

### Design

Denne tverrsnittstudien av sykepleierstudenters opplevelse av betydningen veiledning i klinisk praksis har for oppfatningen av det kliniske læringsmiljøet tar utgangspunkt i en spørreskjembasert undersøkelse (CLES+T) som pågår blant alle sykepleierstudenter som er i praksis ved et større norsk sykehus (Tabell 1). Spørreskjemaet som benyttes er en norsk, validert versjon (24) av “*Clinical Learning Environment and Supervision Scale + Nurse Teacher (CLES+T) Evaluation Scale*” utviklet av Saarikoski og Leino-Kilpi (3), Saarikoski (1), Saarikoski (2). Denne artikkelen bygger på funn fra områdene “*veiledningsrelasjon*” og “*forekomst av veiledning*”.

**Tabell 1.** Klinisk læringsmiljø, veiledning og sykepleielærer (CLES+T) evalueringsskala brukt i denne studien

<b>Område</b>	<b>Element</b>
<b>Læringsmiljø</b>	
<b>Pedagogisk atmosfære</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det var lett å komme i kontakt med personalet</li> <li>- Jeg følte meg vel med å gå til avdelingen ved begynnelsen av vaktene</li> <li>- Jeg følte meg vel med å delta i diskusjoner på møter (f.eks før vaktskifte)</li> <li>- Det var en positiv atmosfære på avdelingen</li> <li>- Personalet var generelt interessert i studentveiledning</li> <li>- Personalet lærte seg navnet på studentene</li> <li>- Det var tilstrekkelig med meningsfylte lærings situasjoner på avdelingen</li> <li>- Lærings situasjonene var sammensatte m.h.t. innhold</li> <li>- Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø</li> </ul>
<b>Avdelings- sykepleiers lederstil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avdelingssykepleier så på personalet ved sin avdeling som en nøkkelressurs</li> <li>- Avdelingssykepleier var et medlem av teamet</li> <li>- Tilbakemeldinger fra avdelingssykepleier kunne lett ses på som en lærings situasjon</li> <li>- Den enkelte ansattes innsats ble verdsatt</li> </ul>
<b>Sykepleie på avdelingen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avdelingens sykepleiefilosofi/ grunnlagstenkning var klart definert</li> <li>- Pasientene mottok individuell pleie og omsorg</li> <li>- Det var ingen problemer med informasjonsflyten i forbindelse med pleie og omsorg til pasientene</li> <li>- Dokumentasjon av sykepleie (f.eks. pleieplaner, daglig loggføring av sykepleieprosedyrer etc.) var klar</li> </ul>
<b>Veiledningsrelasjonen</b>	
<b>Innholdet i veiledningsrelasjonen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Min veileder viste en positiv holdning til veiledning</li> <li>- Jeg følte jeg fikk individuell veiledning</li> <li>- Jeg fikk kontinuerlig tilbakemelding fra min veileder</li> <li>- I det store og det hele er jeg fornøyd med veiledningen jeg mottok</li> <li>- Veiledningen var basert på et likeverdig forhold som fremmet min læring</li> <li>- Det var gjensidig interaksjon i veiledningsforholdet</li> <li>- Gjensidig respekt og anerkjennelse preget veiledningsforholdet</li> <li>- Veiledningsforholdet var preget av tillit</li> </ul>

## Utvalg

Studien inkluderer sykepleierstudenter i andre studieår som har gjennomført praksis ved et større somatisk sykehus i Norge i studieåret 2012/ 2013. Av totalt de 275 studenter som hadde praksis ved sykehuset i det aktuelle studieåret besvarte 110 studenter spørreskjemaet, noe som gir en svarprosent på 40 %.

## Datainnsamling

Studentene besvarte spørreskjemaet via questback. Prosjektansvarlig informerte studentene muntlig om undersøkelsen før praksisstudiene oppstart. Det ble informert om spørreskjemaet i studentenes informasjonsplattform der det var lenke til skjemaet i questback. I informasjonsskrivet sto det at data blir behandlet konfidensielt, og at studentene ga samtykke til deltakelse ved å svare på undersøkelsen.

## Validitet/ reliabilitet

Spørreskjemaet er oversatt til norsk og validert nasjonalt og internasjonalt (3, 24, 25), og er til nå benyttet i 42 land (Vedlegg 3). At spørreskjemaet er brukt og validert i flere ulike sammenhenger bidrar til å styrke funnene og konklusjonene i min studie. Spørreskjemaets begrepsvaliditet ble bekreftet gjennom en review av litteratur om klinisk undervisning publisert på 80- og 90- tallet (3). Det er utført signifikanstest ved å bruke  $\chi^2$ -kvadrat, Mann-Whitney U og regresjonsanalyse (26). Reliabilitetstest er utført for variablene i spørreskjemaet som ligger til grunn for denne artikkelene. Den bekrefter funn fra tidligere valideringer av skjemaet som viser at spørsmålene er dekkende for veiledningsbegrepet (1, 3, 24, 25). Med svarprosent på 40 % er funnene ikke generaliserbare, men kan ha en overføringsverdi til andre utdanninger og praksisfelt. Mulige årsaker til den lave svarprosenten kan være opplevelse av høy evalueringstetthet blant studentene, at studentene er ferdig i praksis og derfor ikke ser nytten av evalueringen for seg selv eller at studenter som ikke har noe spesielt å gi tilbakemelding om, verken på godt eller vondt, ikke føler behov for å gi noen tilbakemelding.

## Analyse av data

Statistiske analyser ble utført ved hjelp av dataverktøyet IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 21. Følgende variabler i spørreskjemaet (Tabell 1) inngår i

studien: *bakgrunnsdata, læringsmiljø og veiledningsrelasjonen*. Påstanden *Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø* under området *Pedagogisk atmosfære* er brukt som avhengig variabel. Det er utført deskriptiv statistikk for variablene *Alder, Medisinsk / kirurgisk praksis, Praksisperiodens tidsrom, Veileders tittel, Forekomst av veiledning, Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning (uten sykepleielærer)* og *Innholdet i veiledningsrelasjonen* med beskrivelse av variablenes fordelinger med gjennomsnitt, median og prosent. Variablene tilhørende *Sykepleielærers rolle i praksis* inngår ikke i denne studien. Det er også utført bivariate analyser og regresjonsanalyse.

### **Forskningsetiske hensyn**

Datamaterialet i studien bygger på en evalueringstudie på det aktuelle sykehuset som har ansvar for å bidra til utdanning av helsepersonell. Studien er godkjent av personvernombudet ved det aktuelle sykehuset (vedlegg 2). Studentene svarte anonymt på undersøkelsene, og funn som er lagt frem fra undersøkelsen er ikke mulig å spore tilbake til respondentene.

### **Resultater**

Funnene baserer seg på svar fra 110 respondenter av totalt 275 studenter som hadde praksis i det aktuelle sykehuset i 2012/2013. Dette gir en svarprosent på 40 %. Av de 110 var 99 (90 %) kvinner og 11 (10 %) menn. Dette er i tråd med kjønnsfordelingen blant sykepleierstudenter i Norge (27). Alderen blant de kvinnelige studentene var fra 20 til 52 år og for de mannlige mellom 21 og 38 år.

**Tabell 2.** Deskriptive data om studentene, praksissted og veiledningsforhold i praksis (n = 110)

Karakteristikk	Gjennomsnitt (sd)	Median	Prosent
Alder angitt i år			
Kvinner	26.5 (7.3)	24.0	
Menn	26.7 (5.1)	24.0	
Totalt	26.5 (7.1)	24.0	
Praksissted			
Medisinsk			45.5
Kirurgisk			54.5
Tidrom			
Høst			45.5
Vår			54.5
Veileders tittel			
Sykepleier			90.0
Studentansvarlig spl			4.5
Spesialsykepleier			5.5
Ass avdelingsspl			
Avdelingssykepleier			
Annet			
Forekomst av veiledning			
Ingen veileder			0.9
En veileder, fungerte ikke			10.0
Byttet veileder			8.2
Situasjonsbetinget			14.5
Gruppeveileder			2.7
En veileder, fungerte			60.9
Andre former			14.5
Spontan veiledning			
Aldri			5.5
1-2 ganger			14.5
< en gang per uke			15.5
Ukentlig			18.2
Oftere			46.4
Innholdet i veiledningsrelasjonen			<u>Sumscore</u>
Veileder positiv til veiledning	4.43 (1.062)	5.00	487
Fikk individuell veiledning	4.44 (0.972)	5.00	488
Fikk kontinuerlig tilbakemelding	4.06 (1.229)	4.50	447
Fornøyd med veiledningen	4.12 (1.240)	5.00	453
Likeverdige forhold	4.13 (1.257)	5.00	454
Gjensidig interaksjon	4.25 (1.104)	5.00	468
Gjensidig respekt og anerkjennelse	4.32 (1.141)	5.00	475
Var preget av tillit	4.29 (1.144)	5.00	472

Majoriteten av respondentene svarte at de fikk oppnevnt en veileder i praksis, og at forholdet mellom dem fungerte. 64,6 % av respondentene fikk spontan, individuell veiledning med veileder (uten sykepleielærer) ukentlig eller oftere. Frekvensanalyse for deskriptiv statistikk av variabelen *Innholdet i veiledningsrelasjonen* viste gjennomsnitt på 4.06 – 4.44. Median var 4.5 for påstanden *Jeg fikk kontinuerlig tilbakemelding fra min veileder*. De resterende påstandene hadde median på 5. Standardavvik lå mellom 0.972 – 1.257. Sumscore for denne variabelen lå mellom 447 – 488 av 550 mulige poeng.

Med korrelasjonskoeffisient på henholdsvis 0.524\*\*<sup>6</sup> og 0.528\*\* viser det seg å være stor sammenheng mellom hvordan studentene opplever avdelingens læringsmiljø og avdelingens sykepleiefilosofi/ grunnlagstenkning og pleie av og omsorg for pasientene (tabell 3). Samtlige påstander under innholdet i veiledningsrelasjonen utpeker seg som viktige for opplevelsen av et godt læringsmiljø ved at alle har korrelasjonskoeffisient over 0.5\*\*. Her er spesielt opplevelsen av likeverd i veiledningsforholdet av betydning.

---

<sup>6</sup> \*\* Korrelasjon var signifikant ved  $p = 0.01$



**Tabell 3:** Spearmans rho (n=110)

		Pedagogisk atmosfære: avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø
	Alder	.024
	Kjønn	.139
	Medisinsk/ kirurgisk avdelingen	.028
	Forekomst av veiledning	.336**
Sykepleie på avdelingen	Avdelingens sykepleiefilosofi/ grunnlagstenkning var klart definert	.524**
	Pas mottok individuell pleie og omsorg	.528**
	Det var ingen problemer med informasjonsflyten...	.477**
	Dokumentasjon av sykepleie var klar	.351**
Forekomst av veiledning	Veileders tilstedeværelse	.336**
Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning med veileder (uten sykepleielærer)	Hyppighet av spontan, individuell veiledning	.384**
Innholdet i veiledningsrelasjonen	Min veileder viste positiv holdning til veiledning	.586**
	Jeg følte jeg fikk individuell veiledning	.539**
	Jeg fikk kontinuerlig tilbakemelding fra min veileder	.552**
	I det store og hele er jeg fornøyd med veiledningen jeg mottok	.548**
	Veiledningen var basert på et likeverdig forhold som fremmet min læring	.640**
	Det var gjensidig interaksjon i veiledningsforholdet	.577**
	Gjensidig respekt og anerkjennelse preget veiledningsforholdet	.574**
	Veiledningsforholdet var preget av tillit	.513**

\*\* Korrelasjonen er signifikant for  $p = 0.01$

Multippel ordinal regresjonsanalyse for *Pedagogisk atmosfære: Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø som avhengig variabel* viste signifikante funn for de uavhengige variablene *Forekomst av veiledning: En personlig veileder ble oppnevnt og forholdet vårt fungerte i løpet av praksisperioden\*\**, *Innholdet i veiledningsrelasjonen: Jeg følte at jeg fikk individuell veiledning\*\** og *Innholdet i veiledningsrelasjonen: Veiledningen var basert på et likeverdig forhold som fremmet min læring* (tabell 4).

**Tabell 4:** Ordinal logistisk regresjon av *Pedagogisk atmosfære: Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø*, justert for alder og kjønn.

	Odds ratio	95% CI	p- verdi
En veileder, fungerte	2,968	0.125, 2.052	0.027
En veileder, fungerte ikke	0,108	Referanseverdi	
Jeg følte jeg fikk individuell veiledning	2.188	0.73, 1.493	0.031
Veiledningen var basert på et likeverdig forhold som fremmet min læring	2.735	0.381, 1.632	0.002

## Diskusjon

Funnene i denne studien viser at flere samspillende faktorer har betydning for hvordan studenter oppfatter det kliniske læringsmiljøet. Regresjonsanalysen påviser at det er størst samsvar med opplevelse av læringsmiljøet når studentene får en personlig veileder og forholdet mellom dem fungerer, når studentene får individuell veiledning og når veiledningsforholdet baserer seg på likeverd mellom student og veileder. Ifølge Fause (6), Kårstein og Aamot (12) og Levett- Jones et al. (28) føler ikke sykepleierstudenter seg inkludert og ivaretatt i praksis. Respondentene i denne studien er fornøyd med praksis med tanke på opplevelse av læringsmiljø og innholdet i veiledningsrelasjonen.. Det er rom for forbedring, men læringsmiljøet kan betraktes som godt. Liknende studier nasjonalt og internasjonalt (4, 5, 23) samsvarer med mine funn angående læringsmiljø i sykehuspraksis for sykepleierstudenter. Skaalvik et al. (23) fant gjennom sin forskning at studentene evaluerte læringsmiljøet i praksis mer positivt innen spesialisthelsetjenesten enn i eldreomsorgen.

Forskning viser at forholdet til veileder er den viktigste faktoren for opplevelsen av et godt læringsmiljø (1, 2, 25, 29). Dette bekreftes av funnene i denne studien. Levett- Jones et al. (29) trekker frem forhold som å bli godt mottatt, inkludert og anerkjent, legitimering av studentrollen, og å bli utfordret og støttet, som sentrale element i dette forholdet. Saarikoski et al. (5) skriver at forholdet til veileder går hånd i hånd med studentens tilfredshet i praksis.

### **Forekomst av veiledning**

Praksisinstitusjonen skal gi studentene innsikt, ansvar og overblikk (7), og veiledning av kompetente sykepleiere er avgjørende for at studentene skal få innsikt i en sammensatt praksis (3, 18, 23, 30). Forskning viser at studentene får liten veiledning under praksisforløpene (12, 18). I denne studien angir over halvparten av respondentene å ha mottatt spontan, individuell veiledning med veileder ca en gang i uken eller oftere. Dette samsvarer med Skaalvik et al. (23) sine funn blant sykepleierstudenter i praksis på sykehus. I følge Pettersen og Løkke (31) har studenter forskjellige veiledningsbehov ut fra hvilken kompetanse og tidligere erfaring de har. Studenter med liten kompetanse innen pleie vil trenge tettere oppfølging med instruerende veiledning. Studenter som besitter mer kunnskap har behov for mengdetrening og repetisjon, men fortsatt tett oppfølging. Erfarne studenter er mer selvstendig og trenger ikke stadige tilbakemeldinger på arbeidet sitt, slik som unge, uerfarne studenter gjør (ibid).

Studenter oppfordres til, og det er et mål, å utvikle selvstendighet gjennom praksis (32). Hvis de ikke har en veileder å dele erfaringer med går de glipp av faglig refleksjon (33) som kilde for læring. Spontan veiledning i tilknytning til konkrete situasjonene sykepleiesituasjoner er viktig, og studentene må utfordres til å snakke om erfaringer fra pasientkontakt (34). Studentene kan betraktes som noviser (35) med behov for kyndig veiledning fra sykepleier for å ta i bruk teoretisk kunnskap i klinisk praksis.

### **Individuell veiledning**

De fleste studentene oppga å ha fått individuell veiledning. Studenter har ulike behov for veiledning og oppfølging (31), og individuelt tilpasset veiledning er viktig (36). Veiledningen skal være en faglig forankret prosess (19) som imøtekommer studentens behov og nivå. Saarikoski et al. (4) understreker den avgjørende betydningen med å ha et en- til- en- forhold mellom student og veileder. Dette samsvarer med signifikante funn i denne studien angående korrelasjon mellom studentenes opplevelse av individuell veiledning og opplevelse av

læringsmiljø i avdelingen. En veileder som ikke er oppmerksom på studenten, kan bidra til å svekke studentens opplevelse av læringsmiljøet (16).

### Stabilitet og kontinuitet

Korrelasjonen mellom opplevelse av læringsmiljøet og kontinuerlig tilbakemelding fra veileder indikerer at forekomst av tilbakemelding til studenten har betydning for hvordan studenten opplever læringsmiljøet. I mesterlæretradisjonen har stabilitet og kontinuitet vært et viktig prinsipp (21). Respondentene i denne studien hadde gjennomført praksisperioder av 10 ukers varighet. Lange praksisforløp gir rom for stabilitet og kontinuitet ved at studentene kan innlemmes i praksisfellesskapet (37). Hvordan denne muligheten tas i bruk er avhengig av hvordan veiledning og oppfølging av studenter planlegges, organiseres og gjennomføres (4, 38). Chan (38) konkluderer med at spesielt oppfølging av prosedyrearbeid er av betydning for opplevelsen av et godt læringsmiljø.

En sykehusavdeling er travel og omskiftelig (39). Det kan innebære at veiledere ikke er tilstede på studentens vakter og at studenter til tider må forholde seg til andre enn sin oppnevnte veileder. Det kan medføre utfordringer for stabilitet og kontinuitet for veiledningen i praksis hvis studenten må bytte veileder. Gregersen og Nilsen (32) finner i sitt utviklingsprosjekt at hele personalgruppa er av betydning for at studentene skal få best mulig læringsutbytte av praksis. For at resten av pleiegruppa skal vite om og føle ansvar for studenten, er det viktig med god organisering og god informasjon i forkant av praksis. Da er alle forberedt på at studenten skal være der og gjør inkludering i praksisfellesskapet (37) mulig gjennom blant annet felles uttrykte forventninger til studentens praksis. Det er ikke utelukkende negativt å få veiledning av andre enn oppnevnt veileder fordi det gir erfaring med ulike tilnærminger i utøvelse av sykepleie.

### Tillit

Forskning (25) viser at studenter som føler frykt når de er i praksis har redusert læringsutbytte (29). Tillit i relasjonen mellom student og veileder forutsetter trygghet (20). Majoriteten av respondentene i denne studien rapporterte at veiledningsforholdet var preget av tillit. Dette står i kontrast til funn i studiet av Longo (40) som viser til fenomenet *Horizontal violence* som omhandler maktmisbruk ovenfor sykepleierstudenter. Dette forekommer som verbal og emosjonell overhøvling, og distraherer studentene i praksis (ibid). For å oppnå tillit må det

settes rammer for trygghet (20). Det er viktig at studenten og veilederen har et åpent veiledningsforhold og blir godt kjent med hverandre (1, 18, 41). På denne måten åpnes det opp for dialog og konstruktive refleksjoner der studenten kan vise sine sterke og svake sider både med tanke på kunnskaper, ferdigheter og følelser i læring (42).

### **Respekt og anerkjennelse**

Det var klar overvekt av positiv respons angående studentenes opplevelse av respekt og anerkjennelse, likeverd, gjensidig interaksjon og positive holdninger fra veileder. Alle disse faktorene bidro til å inkludere studenten i avdelingen og læringsmiljøet (16, 18, 19, 31). Korrelasjon mellom samtlige nevnte faktorer og opplevelse av læringsmiljø i denne studien var stor. Studenter har behov for å føle seg akseptert og ønsket i miljøet for å lære (17). Redusert opplevelse av akseptasjon og inkludering fører til at studentene bruker energi på å passe inn i miljøet fremfor læring (17).

### **Pasientomsorg og verdigrunnlag på avdelingen**

Individuell pleie og omsorg til pasienter innebærer at hver enkel pasient får behandling og hjelp ut fra sine behov og ikke ut fra fastlagte rutiner og prosedyrer (43). Respondentene i denne studien opplevde at det ble gitt individuell pleie og omsorg til pasientene, og at avdelingens sykepleiefilosofi/ grunnlagstenkning i stor grad var definert.

At pasienter mottok individuell pleie og omsorg, og at avdelingens sykepleiefilosofi eller grunnlagstenkning var klart definert, har sammenheng med hvordan studentene opplevde læringsmiljøet i praksis (24). Funnene i studien (24) viser sammenheng mellom et godt læringsmiljø og individuell pleie og omsorg. Studentene fikk mulighet til å lære av gode rollemodeller (16). Jeg tolker denne sammenhengen til at et personale som gir individuell pleie og omsorg til pasienter ivaretar studenter på en individuelt tilpasset måte ved at læringsbehov imøtekommes.

## Konklusjon

Denne studien viser at det er signifikant sammenheng med forekomst av veiledning og forholdet til veileder når det kliniske læringsmiljøet evalueres. I tillegg viser studien at pasientomsorg og verdigrunnlag på avdelingen har betydning for opplevelsen av læringsmiljø. Det er viktig at disse funnene tilbakeføres til de aktuelle avdelingene for å forbedre og videreføre det viktige arbeidet med å skape et godt klinisk læringsmiljø. Det er også viktig å videreføre arbeidet med spørreskjemaundersøkelsen for å høre flere stemmer. Spørreskjemaet gir ingen data på hva som er bra og hva som er mindre bra, og hvorfor enkelte eventuelt er misfornøyde. Dette er viktig utfyllende informasjon for å gjøre forbedringsarbeid. For å finne ut av dette kan man gå i dybden på innholdet i variablene gjennom for eksempel kvalitative intervju med studenter. Metodetriangulering anbefales av blant andre Ellefsen og Foss (44). Det kunne vært interessant å følge opp funnene fra denne studien med kvalitative forskningsintervju med et visst antall studenter for å få dypere innsikt i hvilke forhold som er med på å fremme læring gjennom veiledning og et godt læringsmiljø. Forskning som inkluderer sykepleieres synspunkter på det kliniske læringsmiljøet kan og være et nyttig supplement for å fremme studenters læring i praksis.

## Referanser

1. Saarikoski M, Isoaho H, Leino-Kilpi H, Warne T. Validation of the Clinical Learning Environment and Supervision Scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2005;2(1).
2. Saarikoski M, Isoaho H, Warne T, Leino-Kilpi H. The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub- dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(8):1233-7.
3. Saarikoski M, Leino-Kilpi H. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39:259-67.
4. Saarikoski M, Leino-Kilpi H, Warne T. Clinical learning environment and supervision: testing a research instrument in an international comparative study. *Nurse Education Today*. 2002;22:340-9.
5. Saarikoski M, Marrow C, Abreu W, Riklikiene O, Özbiakci S. Student nurses' experience of supervision and Mentorship in clinical practice: A cross cultural perspective. *Nurse Education in Practice*. 2007;7:407-15.
6. Fause Å. Kapittel 2, 3 og 4. In: Fause Å, Micaelsen A, editors. *Et fag i kamp for livet Sykepleiens historie i Norge: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS*; 2002.
7. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 25.01.08; 2008.
8. Quinn FM. *Principles and Practice of Nursing Education*. Stanley Thornes. 2000;4.
9. Edwards H, Smith S, Courtney M, Finlayson K, Chapman H. The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practice. *Nurse Education Today*. 2004;24:248-55.
10. Statistisk sentralbyrå. Folkemengd etter alder, kjønn, sivilstand og statsborgarskap 2011 [10.05.13]. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde>.
11. Gautun H, Grødem AS, Hermansen Å. *Hvordan fordele omsorg? 2012*.
12. Kårstein A, Aamodt PO. Opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleierutdanningen. 2012 14/2012.
13. Papp I, Markkanen M, von Bonsdorff M. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*. 2003;23:262-8.
14. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students' perception of their clinical learning environment. *Journal of advanced nursing*. 1997;25:1299-306.
15. Skaalvik MW. *Nursing homes as learning environments: A study of experiences and perceptions of nursing students and supervising nurses. A dissertation for the degree of Philosophiae Doctor.: University of Tromsø, Faculty of health sciences, Department of health and care sciences*; 2010.
16. Atack L, Comacu M, Kenny R, LaBelle N, Miller D. Student and Staff Relationships in a Clinical Practice Model: Impact on Learning. *Journal of Nursing Education*. 2000;39:387-92.
17. Nolan CA. Learning on clinical placement: the experience of six Australian student nurses. *Nurse Education Today*. 1998;18:622-9.
18. Hauge KJW. God praksislæring avhenger av en god kontaktsykepleier. *Sykepleien*. 1999;5:53-6.
19. Tveiten S. *Veiledning - mer enn ord...* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2008.
20. Bang S. *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning: Gyldendal Norsk Forlag AS*; 2003.

21. Skagen K. I veiledningens landskap. Innføring i veiledning og rådgivning: Høyskoleforlaget AS; 2004.
22. Davies E. Clinical role modeling: Uncovering hidden knowledge. *Journal of advanced nursing*. 1993;18:627-35.
23. Skaalvik MW, Normann HK, Henriksen N. Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students - a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20:2294-304.
24. Henriksen N, Normann HK, Skaalvik MW. Developing and testing of the norwegian version of the clinical learning environment, supervision and nurse teacher (CLES+T) evaluation scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2012;9(1).
25. Johansson UB, Kaila P, Ahlner- Elmquist M, Leksell J, Isoaho H, Saarikoski M. Clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale: psychometric evaluation of the Swedish version. *Journal of advanced nursing*. 2010;66:2085-93.
26. Bjørndal A, Hofoss D. *Statistikk for helse- og sosialfagene*: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2010.
27. Statistisk\_sentralbyrå. Studenter i høyere utdanning i Norge, etter innvandringskategori, kjønn, utdanningens lengde og utvalgte utdanninger: Statistisk sentralbyrå; 2014 [21.01.14].
28. Levett- Jones T, Lathlean J, Maguire J, McMillan M. Belongingness: A critique of the concept and implications for nursing education. *Nurse Education Today*. 2007;27:210-8.
29. Levett- Jones T, Lathlean J, Higgins I, McMillan M. Staff - students relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. *Journal of advanced nursing*. 2009;65:316-24.
30. Koldal GM. Prosjekt Veiledning og læring i en sykehusavdeling. Høgskolen Stord/Haugesund, sykepleierutdanningen. 2008.
31. Pettersen RC, Løkke JA. *Veiledning i praksis - grunnleggende ferdigheter*: Universitetsforlaget; 2004.
32. Gregersen A-G, Nilsen SR. Lærer av hverandre. *Sykepleien*. 2005;15.
33. Schön D. *The reflective practitioner: how professionals think in action*: Basic books; 1983.
34. Solvoll B-A, Heggen KM. Teaching and learning care - Exploring nursing students' clinical practice. *Nurse Education Today*. 2010;30:73-7.
35. Benner P. *Fra novice til ekspert - mesterlighet og styrke i klinisk sykeplejepsaksis*: Munksgaard Danmark; 2009.
36. Heggen K. *Sykehuset som "klasserom"*. *Praksisopplæring i profesjonsutdanninger*: Universitetsforlaget; 1995.
37. Wenger E. *Communities of Practice: learning, meaning and identity*: Cambridge University Press; 1998.
38. Chan DS. Associations between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment. *International Journal of Nursing Studies*. 2002;39:517-24.
39. Fevang E. *De syke pleierne. En analyse av sykefravær blant sykepleiere og hjelpepleiere*: Universitetet i Oslo, helseøkonomisk forskningsprogram; 2004.
40. Longo J. Horizontal violence among nursing students. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007;21:177-8.
41. Spouse J. Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of advanced nursing*. 2001;33 512-22.
42. Hiim H, Hippe E. *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling*: Universitetsforlaget; 1998.



43. Elstad I, Torjuul K. The issue of life: Aristotle in nursing perspective. *Nursing Philosophy*. 2009;10:275-86.
44. Foss C, Ellefsen B. The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of advanced nursing*. 2002;40:242-8.

# KLINISK LÆRINGSMILJØ, VEILEDNING OG SYKEPLEIELÆRER

(CLES+T) evalueringsskala

BAKGRUNNSDATA

**Kjønn:**  Kvinne  Mann

**Alder**

**Nåværende utdanningsår** \_\_\_\_\_   
Sett inn tallene 1, 2 eller 3.

**Nåværende utdanningssemester** \_\_\_\_\_   
Sett inn tallene 1, 2, 3, 4, 5 eller 6.

**I hvilken avdeling gjennomførte du din siste kliniske praksis:** \_\_\_\_\_

Skriv inn ditt svar: \_\_\_\_\_

**Praksisperiodens varighet:**  uker

**Praksisperiodens tidsrom:** Høst  Vår  År

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

LÆRINGSMILJØ

**For hvert utsagn, vennligst velg det alternativet som best beskriver din egen oppfatning ved å sette inn riktig tall i boksen.**

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

**Pedagogisk atmosfære:**

Det var lett å ta kontakt med personalet

Jeg følte meg vel med å gå til avdelingen ved begynnelsen av vaktene

Jeg følte meg vel med å delta i diskusjoner på møter (f.eks før vakt skifte)

Det var en positiv atmosfære på avdelingen

Personalet var generelt interessert i studentveiledning

Personalet lærte seg navnet på studentene

Det var tilstrekkelig med meningsfulle læringssituasjoner på avdelingen

LÆRINGSMILJØ

Læringssituasjonene var sammensatte m.h.t. innhold

Avdelingen kan betraktes som et godt læringsmiljø

**Avdelingssykepleiers lederstil:**

Avdelingssykepleier så på personalet ved sin avdeling som en nøkkelressurs

Avdelingssykepleier var et medlem av teamet

Tilbakemeldinger fra avdelingssykepleier kunne lett ses på som en læringssituasjon

Den enkelte ansattes innsats ble verdsett

**Sykepleie på avdelingen:**

Avdelingens sykepleiefilosofi/grunnlagstøknning var klart definert

Pasientene mottok individuell pleie og omsorg

Det var ingen problemer med informasjonsflyten i forbindelse med pleie og omsorg til pasientene

Dokumentasjon av sykepleie (f.eks. pleieplaner, daglig logging/rapportering av sykepleieprosedyrer etc.) var klar

VEILEDNINGRELASJONEN

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

**Veileders tittel:**  
Kryss av for riktig svaralternativ

Sykepleier

Studentansvarlig sykepleier

Spesialsykepleier

Assisterende avdelingssykepleier

Avdelingssykepleier

Annet, i så fall hva?.....

### Forekomst av veiledning:

Kryss av for riktig svaralternativ

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

### Hvor ofte hadde du spontan, individuell veiledning med veileder (uten sykepleielærer)

Kryss av for riktig svaralternativ

- Ikke i det hele tatt
- En eller to ganger i løpet av praksisperioden
- Mindre enn én gang i uka
- Ca. én gang i uka
- Oftere

### Innholdet i veiledningsrelasjonen:

Følgende utsagn omhandler forholdet til veileder.

For hvert utsagn, vennligst velg alternativet som best beskriver din egen oppfatning ved å sette inn riktig tall 1-5

Evalueringskala:

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

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

### SYKEPLEIELÆRERS ROLLE I PRAKSIS

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

For hvert utsagn, vennligst velg alternativet som best beskriver din egen oppfatning ved å sette inn riktig tall 1-5

Evalueringskala:

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

### Sykepleielærers evne til å integrere teori og praksis:

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

### Samarbeid mellom praksisstedet og sykepleielærer:

- Sykepleielærer var som et medlem av sykepleieteamet
- Sykepleielæreren var i stand til å overføre sin pedagogiske spesialkunnskap til det kliniske teamet
- Sykepleielærer og det kliniske teamet jobbet sammen for å støtte min læring

### Forholdet mellom student, veileder og sykepleielærer

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

Takk for ditt bidrag!



Deres ref.:

Vår ref.:  
2013/2108

Saksbehandler/dir.tff.:

Dato:  
08.05.2013

### ANBEFALING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.04.2013.  
Meldingen gjelder prosjektet/registeret:

**Prosjekt nr: 0250**

**Sykepleierstudenters opplevelse av praksis på X**

Formål: Innhente data fra studenter som har praksis på X som grunnlag for videreføring av tilbakemeldinger iht klinisk læringsmiljø.  
Resultatet vil også bli brukt i studentoppgavebesvarelse.

Prosjektet er en kvalitetsstudie hvor \_\_\_\_\_ er behandlingsansvarlig og gjennomføres som en del av studentoppgave til Mari H Tande Aronsen. Det vil ikke inngå pasientrelatert informasjon i prosjektet, kun informasjon fra ansatte. Data vil bli innsamlet anonymisert fra X

Prosjekter innenfor medisinsk og helsefaglig forskning igangsatt etter 01.07.2009 skal forhåndsgodkjennes av REK. REK godkjenner også fritak fra taushetsplikten samt opprettelse av biobank i henhold til den nye Helseforskningsloven. Personvernombudets (PVO) rolle er å ha oversikt over forskningsprosjekter samt se til at informasjonssikkerheten og personvernet blir ivaretatt. Helselovgivningen stiller krav til samtykke også for kvalitetsstudier, men dette kan fravikes etter gitte kriterier. PVO vil fremdeles godkjenne behandlings- og kvalitetsregistre.

PVO har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-26 i Personopplysningsforskriften og hjemlet etter Helsepersonelloven § 26, j.fr Personopplysningsloven § 33, 4. avsnitt. Kvalitetsstudier skal fortrinnsvis innhente samtykke fra den registrerte, men kan fravikes når tungtveiende grunner vanskeliggjør/ikke er tilrådelig for en slik innhenting.  
Det er ikke nødvendig å innhente samtykke fra respondentene og godkjenning fra REK er heller ikke nødvendig.

Postadresse:

Avdeling:  
Besøksadr.:

Telefon:  
Internett:

PVOs anbefaling forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt i selve meldingen, i øvrig korrespondanse og samtaler samt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter.

Det er opprettet et eget område (mappe) på \_\_\_\_\_ (o:\) med navn **0350** hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres. Tilgang til dette området er begrenset til kun prosjektleder og Mari H Tande Aronsen. PVO vil også kunne få tilgang til området, jfr pkt. 8.5 i meldeskjema.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding (remelding) dersom registeret ikke er slettet eller ikke ferdig innen 3 år og som ligger til grunn for PVOs anbefaling.

PVO gjør oppmerksom på at dersom registeret skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen må det meldes særskilt i hvert enkelt tilfelle.

PVO ber om tilbakemelding når registret er slettet.

Med hjemmel etter Personopplysningslovens forskrift § 7-12 godkjenner PVO at behandlingen av personopplysningene kan settes i gang med de endringer som er nevnt i dette skriv.

Med vennlig hilsen

\_\_\_\_\_

Sikkerhetssjef IKT/Personvernombud

Kopi: Fag- og forskningssjef \_\_\_\_\_  
Student Mari H Tande Aronsen

## Vedlegg 3

Vedlegg 3

Usage of the CLES and CLES+T scales (situation in November 2012)					MS/ 22 <sup>nd</sup> Nov. 2012
Agreement of usage		Country/ type of commun.	Language		Way of usage
1.	2003	Australia /university	English	(2)	research project
2.	2003	Finland /health trusts, poly-technics, universities	Finnish	(1)	R&D projects, BA, MA & PhD studies
3.	2003	Jordan /university	Arabic	(3)	PhD thesis
4.	2003	Japan /university	Japan	(4)	PhD thesis
5.	2004	Hong Kong /university	English		research project
6.	2004	Romania /university	Romania	(5)	development project
7.	2004	Estonia /university	Estonia	(6)	MA-study
8.	2004	Lithuania /university	Lithuania	(7)	EmpNURS project
9.	2004	Portugal /university	Portuguese	(8)	MA-study
10.	2004	South Africa /university	English		MA-study
11.	2004	Spain /university	Spain	(9)	PhD thesis
12.	2005	Canada /university	English		R&D project
13.	2005	USA / university	English		R&D project
14.	2005	Tanzania/ university	English		MA study
15.	2005	England/ university	English		R&D project
16.	2006	Czech Republic	Czech	(10)	R&D project
17.	2007	Italy/ university	Italian	(11)	PhD thesis
18.	2007	Belgium /hogeschool	Flemish	(12)	R&D project
19.	2007	Netherlands/ hogesch.	Flemish		research project
20.	2007	Sweden/ university	Swedish	(13)	research project
21.	2007	Cyprus / university	Greek	(14)	research project
22.	2007	Malaysia, university	Malaysia	(15)	research project
23.	2008	New Zealand (CLES+T)	English		research project
24.	2008	Kanada (CLES+T), univ.	English		research project
25.	2008	Norway (CLES+T), univ.	Norwegian	(16)	PhD thesis
26.	2008	Barbados (CLES+T), univ.	English		PhD thesis
27.	2009	Iceland (CLES+T), univ.	Iceland	(17)	R&D project
28.	2009	Switzerland/ hospital	Germany	(18)	R&D project
29.	2010	Pakistan	English		MA-study
30.	2010	Germany (Charité – Berlin)	Germany		research project
31.	2010	Hungary (Continual ed. org. ETI)	Hungarian	(19)	EmpNURS

33.	2011	Bahamas (Nassau/ Sch. of N.)	English		MA-study
34.	2011	Kingdom of Bahrain/ univ.	English		Ma-study
35.	2011	Philippines, university	English		national validation
36.	2011	Greek, university	Greek		development project
37.	2011	Iran, university	Persian	(21)	development project
38.	2011	United Arab Emirates, uviv.	Arabic, English		Arabic version validation
39.	2012	Singapore, polytechnic	English		development project
40.	2012	Vietnam, Phoug Nam College	Vietnamese	(22)	MA-study
41.	2012	Pusan National Univ./ South Kor.	Korean	(23)	Post-doctoral study
42.	2012	University in Kingston	Jamaica		development project