

**SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ATT HANDLEDA
STUDENTER I STUDENTSAL**

**NURSES' EXPERIENCES OF PROVIDING PRECEPTORSHIP
IN A STUDENT WARD**

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård,
60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 150522
Kurs: HT13
Författare:
Mikael Borgenstål

Handledare:
Linda Gellerstedt

Examinator:
Anna Hansson
Maria Kumlin

SAMMANFATTNING

Det senaste årtiondet har antalet utbildningsplatser på kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap successivt ökat på landets högskolor och samtidigt har sjukhusen haft svår att tillsätta vakanta sjukskötersketjänsterna. Studentsalar har implementerats på utvalda vårdavdelningar med både pedagogiska avsikter och med avsikt att skapa platser för de sjuksköterskestuderande vid deras verksamhetsförlagda utbildning. Det var därför intressant att studera hur sjuksköterskor upplevde det fortfarande nya sättet att handleda på.

Syftet var att beskriva sjuksköterskor upplevelser av att handleda sjuksköterskestudenter i studentsal på en akutvårdsavdelning.

Som metod användes en kvalitativ induktiv intervjustudie. Ansats och design valdes utifrån studiens uppställda syfte. Studiens deltagare rekryterades från två olika kliniker på ett akutsjukhus i Mellansverige. Ett meningsfullt urval tillämpades. Datainsamlingen genomfördes via individuella intervjuer med sju legitimerade sjuksköterskor. All insamlad data transkriberades och meningsbärande enheter bröts ut ur texten för att vidare kondenseras, kodas och kategoriseras. Analysen genomfördes med en manifest innehållsanalys där fyra kategorier och tio subkategorier formulerades under analysprocessen.

Resultatet visade att deltagarna hade både positiva och negativa upplevelser av att handleda på studentsal. De stora vinsterna som de handledande sjuksköterskorna poängterade var att handledningen efter införandet av studentsalar upplevdes mer professionell och att handledningsformen skapade en bättre struktur för både handledare och studenter. De negativa aspekterna som framkom handlade ofta om resursbrister i form av t.ex. bemanning och svårigheter att handleda flera studenter samtidigt. Det fanns en ambivalens hos deltagarna gällande handledningsmodellen som i sin tur inte alltid upplevdes som helt klar och tydlig enligt sjuksköterskorna.

Handledning i studentsal kan vara en mycket fördelaktig form av handledning förutsatt att alla resurser som krävs för ett lyckat resultat tillhandahålls från verksamheten. Det förefaller vara av stor vikt att behovet av information, tid och resurser tillgodoses redan vid implementering av studentsal som handledningsmodell på en akutvårdsavdelning.

Nyckelord: Peer-learning, Studentsal,Handledning, Sjuksköterska, Upplevelser, Kvalitativ metod

ABSTRACT

During the last decade the number of training posts in the bachelor program in nurse education in Sweden has increased. At the same time the Swedish hospitals have had problems filling vacant posts among nursing staff. Student wards have been implemented at several wards on hospitals all around the country with both pedagogical intent and with the intent to create space for the nursing students in their clinical training. Therefore it was interesting to explore how the nurses experienced this new way of providing preceptorship for nursing students during clinical education.

The aim was to describe nurses' experiences of providing preceptorship on a student ward in an emergency care setting.

A descriptive design and a qualitative approach was used. The participants were recruited from two clinics at an emergency hospital in a county situated in the middle of Sweden by a purposive sampling method. The data was collected through individual semi-structured interviews conducted with seven registered nurses. All data were transcribed and further analyzed using manifest qualitative content analysis. Four categories and ten sub-categories were identified during the process of analysis.

The findings showed that the participants had both positive and negative experiences related to preceptorship in a student ward. The greatest gain of precepting nursing students in a student ward was that the supervision became more structured and felt more professional. Negative aspects that emerged were often referred to as lack of resources such as too few nurses on duty and the struggle of supervising more than one nursing student at the same time. There seemed to be ambivalence among the participants referring to the concept of peer-learning not being entirely explicit, according to the nurses preceptors.

Preceptorship on a student ward might be a most beneficial model of supervision provided that all resources needed for a positive outcome are supplied by the hospital management. It seems to be of great importance that all requirements such as information, time and resources are available for use at the early beginning of implementation.

Keywords: Peer-learning, Student ward, Preceptorship, Nursing, Experiences, Qualitative method

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Den svenska sjuksköterskeutbildningens historia och utveckling från yrkesutbildning till akademi.....	1
Definition av sjuksköterskans kompetens.....	2
International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor.....	3
Den etiska kodens tillämpbarhet för sjuksköterskan i mötet med studenter.....	3
Från novis till expert enligt Patricia Benner.....	3
Lärandemodell för verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeprogrammet.....	4
Handledning.....	5
Den traditionella handledningen.....	5
Sjuksköterskan som handledare.....	5
Studentsal.....	6
Peer learning.....	6
Patientsäkerhet.....	6
Akutvårdsavdelning.....	6
Problemformulering.....	6
SYFTE.....	7
METOD.....	7
Ansats och design.....	7
Urval.....	7
Genomförande.....	8
Databearbetning.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	11
RESULTAT.....	11
Handledarrollen.....	11
Studenterna.....	12
Patienterna.....	14
Verksamheten.....	15
DISKUSSION.....	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	18
Slutsats.....	21
Klinisk tillämpbarhet.....	21
REFERENSER.....	22

Bilaga 1- Forskningspersonsinformation

Bilaga 2- Intervjuguide

INLEDNING

Det senaste årtiondet har antalet utbildningsplatser på kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap successivt ökat bland landets högskolor i takt med att sjukhusen inte klarar av att tillsätta de vakanta sjukskötersketjänsterna på klinikerna (Hellström-Hyson, Mårtensson & Kristofferzon, 2011). Parallellt med detta har även en ökad implementering av studentsalar på utvalda vårdavdelningar ägt rum. Anledningen till att studentsalar började implementeras menar Hellström-Hyson et al. (2011) är för att de sjuksköterskestuderande ska få ta större ansvar för sin kliniska utbildning samt att alla sjuksköterskestuderande skulle kunna erbjudas en utbildningsplats på sjukhusen under sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU). Resultatet av den utvecklade handledningsmodellen kan komma att möjliggöra för kliniker på sjukhus runt om i landet att ta emot fler sjuksköterskestudenter som behöver utbildningsplatser och högskolorna som erbjuder sjuksköterskeutbildning kan i ett led av detta utöka sina utbildningsplatser (ibid.).

BAKGRUND

Den svenska sjuksköterskeutbildningens historia och utveckling från yrkesutbildning till akademi

Det var först under 1900-talet som sjuksköterskeyrket blev ett självständigt yrke baserat på en formell utbildning (Bentling, 2006). Bentling skriver att sjukskötersketiteln under 1800-talets slut var en titel som flera personkategorier använde sig av. År 1901 blev namnet sjuksköterska skyddat och krav på en viss utbildning från erkända skolor krävdes för att namnet skulle få användas som titulering (Bentling, 2006; Erlöv & Petersson, 1998).

Enligt Erlöv och Petersson (1998) kan den moderna sjuksköterskeutbildningen räkna sitt ursprung från den utbildning som startades i England på 1800-talet av Florence Nightingale. Det var Nightingale som kom att lägga grunden till att sjuksköterskeutbildningen blev såväl praktisk som teoretisk.

Under de första två årtiondena på 1900-talet utvecklades den medicinska vetenskapen i ett högt tempo. Behovet av fler sjuksköterskor ökade i ett tempo som de privata sjuksköterskeskolorna inte kunde tillgodose. Därför tillkom lasarettsskolorna. Dessa skolor valde att inte tillämpa lika hårda krav vare sig på utbildningsinnehåll, vem som kunde bli antagen till skolan eller på utbildningens längd (Erlöv & Petersson, 1998). De sökande till dessa skolor kom framförallt från arbetarklassen och det viktigaste för lasaretten var att tillräckligt många sjuksköterskor sattes i arbete för att täcka det rådande behovet (Erlöv & Petersson, 1998). Enligt Bentling (2006) startade en kamp mellan de privata sjuksköterskeskolorna och lasarettsskolorna om vem som ägde rätten till titeln sjuksköterska. Denna kamp skulle pågå från 1900-talets början fram till 1920 då utbildningen kom under socialstyrelsens beskydd och organiserades på samma sätt på alla skolor. Det beslutades att titeln sjuksköterska skulle borga för en viss kompetens vilket skulle ses som en garanti för samhällets medborgare.

Åren 1916-1948, som i litteraturen refereras till den medicinska fasen, definieras av att den kristna barmhärtighetsläran som tidigare genomsyrat sjuksköterskeyrket och utbildningen istället ersätts med medicinsk och biologisk kunskap (ibid.). Åren som följer mellan 1948-1977 präglas av pragmatism och utvecklingsoptimism och refereras i litteraturen till den medicinskt tekniska ideologin (Bentling, 2006; Erlöv & Petersson, 1998). Det fanns ett behov

av att fylla praktiska, nyttoberonade medicinska uppgifter vilket ledde till att rekryteringsbestämmelserna för sjuksköterskeutbildningen breddades och nya sökanden kom som skulle utbildas för att behovet av sjuksköterskor skulle fyllas. Sjuksköterskekallet övergavs och sjuksköterskeeleverna och sjuksköterskorna började ställa krav på lön och stimulans i sitt arbete. Kravet på att sjuksköterskan skulle vara ogift eller änka övergavs också under denna tidsperiod (ibid.).

Bentling (2006) skriver att 1977 var året då en reform som förändrade sjuksköterskeutbildningen radikalt genomfördes. Den fick högskolestatus och efter att tidigare ha befunnit sig i en form av mellanskikt fördes den nu upp till högskolan. Sjuksköterskeutbildningen skulle nu byggas på vetenskap och specifika karaktärsämnen utvecklades och förmedlades enligt vetenskapliga regler för kunskapsbildning. Ämnesområdet omvårdnad utvecklades och ett krav med sjuksköterskeutbildningen var att den skulle kunna ge den kompetens som krävdes för att sjuksköterskorna skulle kunna söka en forskarutbildning samt att sjuksköterskorna på sikt skulle kunna utveckla en egen forskarutbildning. För sjuksköterskeyrket innebar högskolereformen en ökad professionalism genom utvecklandet av ett tydligt och väldefinierat paradig (ibid.). Bentling (2006) och Erlöv och Petersson (1998) beskriver Vård 77 som det dokument som angav framtidens (riktning) inriktning för sjuksköterskeyrket och sjuksköterskeutbildningen med honnörord som självständighet, jämställdhet och autonomi. Den tidigare underordnade rollen som präglats av lydighet skulle ersättas av det akademiska idealets ifrågasättande och argumentering.

1993 stiftades en ny högskolelag och förordning som kom att skapa ett paradigmskifte inom sjuksköterskeutbildningen. Förändringen innebar att sjuksköterskeutbildningen ska präglas av kritiskt tänkande. Detta för att möjliggöra för sjuksköterskor att kunna gå vidare med sina akademiska studier efter avslutad examen på kandidatnivå (Erlöv och Petersson, 1998).

Definition av sjuksköterskans kompetens

Sjuksköterskans arbete ska bygga på vetenskap, beprövad erfarenhet och präglas av ett etiskt förhållningssätt oavsett vilket verksamhetsområde eller vilken vårdform sjuksköterskan verkar inom (Socialstyrelsen, 2005). Vidare står det i Socialstyrelsens dokument att sjuksköterskeutbildningen ständigt måste utvecklas för att kunna möta den ständiga utvecklingen som sker kunskapsmässigt inom hälso- och sjukvården men också för att kunna uppfylla de krav som ställs på ett ökat yrkeskunnande och en ökad kompetens för att sjuksköterskorna ska kunna möta dagens såväl som framtidens behov. Det är avgörande för sjuksköterskan att äga förmågan att söka och använda sig av evidensbaserad kunskap. Enligt Socialstyrelsen (2005) har sjuksköterskan tre huvudsakliga arbetsområden:

- Omvårdnadens teori och praktik
- Forskning, utveckling och utbildning
- Ledarskap

Den första och tredje punkten involverar omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap samt arbetsledning och planering. Den andra punkten innefattar forskning och utveckling, personlig och professionell utveckling samt utbildning. Sjuksköterskan ska äga förmågan att handleda, bedöma och undervisa studenter och elever. Hon ska också äga förmågan att handleda och utbilda medarbetare samt genom att skapa möjligheter för olika professioner inom hälso- och sjukvården att samundervisas, ge patienten optimal vård genom att framhålla ett multidisciplinärt synsätt (Socialstyrelsen, 2005).

International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor

Sjuksköterskans etiska kod enligt ICN innefattar fyra områden som i sin tur sammanfattar riktlinjer för sjuksköterskans etiska handlande. Den första punkten, *Sjuksköterskan och allmänheten*, innefattar sjuksköterskans professionella ansvar gentemot människor i behov av vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Den andra punkten, *Sjuksköterskan och yrkesutövningen*, beskriver sjuksköterskans personliga ansvar för upprätthållandet av sin yrkeskompetens genom ett kontinuerligt lärande samt sjuksköterskans omdöme gällande att bedöma sin egen och andras kompetens för att säkerställa god vård för patienter. Den andra punkten innefattar också egenskaper som sjuksköterskan förväntas presentera och inneha (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Punkt tre, *Sjuksköterskan och professionen*, behandlar ansvaret för tillämpandet och utvecklandet av omvårdnad, ledning, forskning och utbildning (ibid). Den fjärde punkten, *Sjuksköterskan och medarbetaren*, berör samarbetet mellan sjuksköterskan och medarbetare (ibid).

Den etiska kodens tillämpbarhet för sjuksköterskan i mötet med studenter

Enligt den etiska koden (ICN) bör sjuksköterskan, i mötet med studenter, göra dem medvetna om att ett engagemang i aktuella samhällsfrågor är av största vikt. Sjuksköterskan ska också synliggöra vikten av professionella sjuksköterskeorganisationer för studenterna samt medvetandegöra för studenterna att det finns ett behov att skydda allmänhet, enskilda familjer och enskilda personer från vårdpersonalens felaktiga handlande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Från novis till expert enligt Patricia Benner

Benner (1993) har i sin forskning och med hjälp av Dreyfusmodellen formulerat en omvårdnadsteori som beskriver sjuksköterskors färdigheter och kunskaper inom den kliniska verksamheten. Enligt författaren bygger Dreyfusmodellen på teorin om att en person vid anskaffandet och utvecklandet av en färdighet kommer att passera fem olika stadier: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Förändringar i de olika stadierna, enligt Benner (1993), återspeglas av kvalificerade prestationer i tre allmänna aspekter. I den första aspekten går eleven från ett beroende av abstrakta principer till att använda tidigare praktisk erfarenhet som paradigm. Den andra aspekten präglas av att uppfattningen av vad situationen kräver förändras. Benner menar att eleven här kan sortera ut de viktiga delarna i situationer och av dessa delar skapa en helhet. I den tredje aspekten övergår en fristående observatörsroll till aktivt deltagande.

Novis

Enligt Benner (1993) saknar novisen erfarenhet från de vårdssituationer i vilka denne förväntas prestera. Författaren skriver att ett sätt för novisen att skaffa sig erfarenheter som är nödvändiga för utvecklingen av färdigheter är att novisen får möjlighet att genomföra uppgifter som kan identifieras utan erfarenhet av vårdssituationer. Benner skriver vidare att avsaknaden av erfarenhet i de situationer novisen möter nödvändiggör att det finns vägledande regler för deras handlande.

Avancerad nybörjare

Benner (1993) menar att den avancerade nybörjaren uppvisar nätt och jämnt godtagbara prestationer. I detta stadie har ett tillräckligt antal verkliga situationer bemästrats som ger den avancerade nybörjaren verktyg att urskilja de betydelsefulla, återkommande beståndsdelarna i en situation.

Kompetent

Detta stadium nås när de egna handlingarna börjar ses i ljuset av långsiktiga planer eller mål som den kompetente är aktivt medveten om, menar Benner (1993). Planerna och målen beskrivs av Benner som framtida situationer som anses vara mest betydelsefulla och författaren menar också att den kompetente kan sortera bort de situationer som kan lämnas utan avseende. Till grund för planerna och målen ligger hos den kompetente en medveten, abstrakt och analytisk begrändan av problemen.

Skicklig

Den skicklige lär sig vad som är att vänta i varje given situation baserat på sin erfarenhet och nyligen upplevda händelser, skriver Benner (1993). Varje situation uppfattas som en helhet då den skicklige uppfattar situationens betydelse med hänsyn till långsiktiga mål. Benner menar att igenkännandet av helhetssituationer baserat på erfarenhet gör att den skicklige snabbt märker när den förväntade, normala bilden inte infinner sig vilket förbättrar den skickliges beslutsfattande.

Expert

Experten förlitar sig, enligt Benner (1993), inte längre på de tidigare stadiernas kunskaper. Författaren menar att experten, utan att slösa tid på ett antal fruktlösa diagnoser eller lösningar, kan slå ner i det aktuella problemområdet. Benner menar att experten intuitivt kan uppfatta varje situation utifrån sin enorma erfarenhetsbakgrund.

Benners kompetensteori i annan litteratur

Jahren Kristoffersen (2006) sammanfattar Benners kompetensteori gällande sjuksköterskans utveckling med en beskrivning av att sjuksköterskan startar sin yrkeskarriär med att följa regler och principer för att snart börjar använda sin intuition. Efter en tid ersätter sjuksköterskan sin detaljuppfattning med en klinisk blick och en helhetsförståelse och blir aktiv deltagare i kliniska situationer där sjuksköterskan tidigare har varit en utanförstående observatör. Jahren Kristoffersen (2006) belyser i enlighet med Benner (1993) att en förutsättning för sjuksköterskan att nå fram till expertnivå kräver en mångsidig erfarenhet från olika omvårdnadssituationer samt en arbetsmiljö som är anpassad så att den stimulerar till utveckling.

Lärandemodell för verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeprogrammet

Alla lärosäten som bedriver sjuksköterskeutbildning i Stockholm har tillsammans med SLL tagit fram en gemensam lärandemodell för den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) inom sjuksköterskeprogrammet. Detta för att uppnå en högre och jämnare kvalitet på VFU gällande den akademiska lärandemiljön. I den nya lärandemiljön är studenten huvudpersonen. Det innebär att den traditionella modellen där handledaren visar och studenten gör likadant lämnas. Den nya lärandemodellen innefattar tre pedagogiska perspektiv: *Studentcentrerat*, *personcentrerat* och *interprofessionellt* (Ersta sköndal högskola, Karolinska Institutet, Röda korsets högskola Sophiahemmet högskola & Stockholms läns landsting, 2011).

Studentcentrerat lärande

Studentcentrerat lärande innebär att studenten är huvudperson och ska förberedas för yrkesrollen och uppnå målen för kursplanen genom att ta eget ansvar för sitt eget lärande. Genom aktuella problemställningar eller realistiska vårdssituationer ska studenten individuellt eller i grupp aktivt söka kunskap. Handledaren ska kontinuerligt följa upp lärandemålen och bidra med struktur samt pedagogisk kompetens (Hallin & Danielsson, 2010).

Personcentrerat lärande

Personcentrerat lärande innebär att ett begränsat antal patienter och deras problem och behov är utgångspunkten i lärandet. Målet är att studenten ska träffa samma patient så långt det är möjligt och gradvis öka och fördjupa sin förståelse för dessa patienter, med hjälp av handledare och andra yrkesgrupper (Hellström-Hyson, Mårtensson & Kristofferzon, 2011).

Interprofessionellt lärande

Interprofessionellt lärande innebär att två eller fler personer från olika professioner lär av, om och med varandra vilket leder till ett bättre samarbete och högre vårdkvalité (Sommerfeldt, Barton, Stayko, Patterson & Pimlott, 2010).

Handledning

Johansson och Skärgren (2013) beskriver handledning som en resa där en eller fler personer lär tillsammans med andra. Författarna refererar till handledning som en kunskapsutvecklande process som leder till att den som handleds utvecklas tillsammans med sin/sina handledare genom att nya erfarenheter och kunskaper läggs till de som fanns sedan tidigare, en process som ibland pågår hela livet. Johansson och Skärgren (2013) definierar handledning som; en dialog och ett möte som innehåller en process som är kunskapsutvecklande, att handledning bygger på deltagarnas aktivitet genom att använda deltagarnas personliga styrkor och resurser, att den som blir handledd stimuleras till utveckling inom yrket, att de reaktioner som uppstår i handledningssituationen förstås av den som blir handledd, att handledning är en kunskapsutvecklande process som leder till en förbättrad vård och omsorg och att innehållet i handledningen ska utgå utifrån studentens inlärningsmål och livssituation.

Den traditionella handledningen

Handledningen av sjuksköterskestudenter under VFU har länge präglats av hantverkstraditionen eller lärlingstraditionen. Handledningen kännetecknas då av ett en till en förhållande där mästaren lär upp den oerfarne lärlingen genom att låta lärlingen följa mästaren för att se hur denne gör. Lärlingen får sedan upprepa mästarens agerande vid ett senare tillfälle då lärlingen själv får utföra uppgiften (Morgensen, Thorell-Ekstrand & Löfmark, 2010). Handledningsmodellen beskrivs av Johansson och Skärgren (2013) som en modell där lärlingen härmar mästaren som rättar eventuella fel som begås av lärlingen. Handledningens mål är att lärlingen ska öva till denne blir en självständig yrkesutövare både på ett praktiskt plan men också etiskt och kulturellt plan. Författarna menar att lärlingen lär sig yrkets praxis, d.v.s. den tradition yrket bygger på.

Sjuksköterskan som handledare

Enligt Löfmark (2001) har begreppet handledare olika betydelser för olika grupper och individer. Författaren menar att det finns ett flertal handledningsmodeller men att handledarrollen innebär att tillhandahålla relevanta erfarenheter till studenterna för att säkerställa att de uppnår sina kursmål. Duteau (2012) beskriver, fritt översatt, en handledare som en person med speciella kunskaper inom ett område som lär ut kliniska färdigheter till studenten. Vidare beskriver författaren handledaren, utifrån ett sjuksköterskeperspektiv, som en legitimerad sjuksköterska som handleder sjuksköterskestudenten genom ett en till en förhållande under den verksamhetsförlagda utbildning. Handledaren är den person som skapar en bro mellan teori och praktik för studenten och på det sättet reducerar den verklighetschock som många nyfärdiga sjuksköterskor upplever (Duteau, 2012; Carlson, Pilhammar & Wann-Hansson, 2010). En positiv attityd till lärande och undervisning, utmärkt kommunikationsförmåga och förmågan att stimulera kritiskt tänkande är egenskaper Duteau (2012) beskriver som centrala egenskaper för en handledare att besitta. Ohriling och Hallberg (2001) skriver i sin studie att sjuksköterskor fann att meningen med rollen som handledare var

att avhjälpa studenternas känsla av hjälplöshet samt att stärka studenterna i den kliniska miljön.

Studentsal

Staun, Bergström och Waldensten (2010) definierar studentsal som en form av handledning där studenten följer utvalda patienter på avdelningen istället för att följa en specifik handledare. Vem som handleder är alltså sekundärt och det primära är att studenterna följer de utvalda patienterna för att få en bild av omvårdnadsprocessen i sin helhet, studentsalen är alltså inte enligt författarna en fast och fysisk plats. Vidare skriver författarna att lärandemodellen går ut på att studenterna, med stöd av handledaren, löser de problem och ställningstaganden de ställs inför tillsammans med andra studenter samt att studenterna reflekterar över erfarenheten och handlandet. Carlsson (2012) beskriver studentsalen som en miljö där sjuksköterskestudenterna får möjlighet att arbeta i par kring olika strukturerade omvårdnadsaktiviteter. Detta, menar författaren, uppmuntrar sjuksköterskestudenterna till kritiskt tänkande, problemlösning och samarbete. Carlsson (2012) skriver vidare att handledarens roll i studentsalen är att stödja och ge ”feed-back” till studenterna till skillnad från den traditionella handledarrollen där handledaren har en mer aktiv del i omvårdnadsaktiviteterna. Lindskog et al. (2009) menar att studenterna blir mer engagerade och aktiva i omvårdnaden av patienterna när de genomför sin VFU på en studentsal.

Peer learning

Enligt Stone, Cooper och Cant (2013) ligger peer learning till grund för handledning på en studentsal. Boud, Choen och Sampson (1999) beskriver, fritt översatt, peer learning som en form av lärande där sjuksköterskestudenterna tar ansvar för sitt eget lärande, utan direkt ingripande av lärare, och lär av varandra genom användning av lärandestrategier. Christiansen och Bell (2010) menar att sjuksköterskestudenternas sociala isolering avhjälps när de aktivt stötts av en medstudent samt att studenterna på ett mer effektivt sätt stärks i sin förmåga att hantera de utmaningar som ligger framför dem inom det blivande yrket. Vidare skriver författarna att peer learning ökar studenterna förmåga att förstå innebörden av mentorskap och att studenternas känsla av att känna sig förberedda inför sin professionella karriär stärks. Ransøe och Grealish (2007) menar att peer learning stärker studenternas kunskap och ger studenterna en möjlighet att dela erfarenheter då peer innebär att studenterna befinner sig på samma kunskapsnivå.

Patientsäkerhet

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010: 659) ska hälso- och sjukvårdspersonal handla och agera utifrån beprövad erfarenhet och vetenskap. Med hälso-och sjukvårdspersonal syftar lagen till legitimerade yrkesutövare inom vården samt yrkesutövare som arbetar inom en vårdinrättning och som bistår legitimerad personal. I lagen står det också att god vård ska bedrivas och för att upprätthålla den goda vården ska den ledas, planeras och kontrolleras av vårdgivaren.

Akutvårdsavdelning

Arvidsson (2013) definierar en akutvårdsavdelning som en slutenvårdsavdelning där vård bedrivs dygnet runt och där patienternas förväntade vårdtid sträcker sig från några timmar till ett par dygn.

Problemformulering

Utbildningsplatserna i sjuksköterskeprogrammet på många av landets universitet och högskolor har under de senaste fem åren utökats, i vissa fall till och med dubblats (Hellström-Hyson et al, 2011). För att säkerställa att alla sjuksköterskestudenter kan erbjudas en klinisk

utbildningsplats under sin VFU har studentsalar implementerats som ett alternativ till traditionell handledning på många sjukhus runt om i Sverige (ibid.). Som ett led i utvecklingen har ett sjukhus i Mellansverige valt att starta studentsalar på flera avdelningar samtidigt. Genom denna åtgärd avser sjukhuset kunna ta emot fler sjuksköterskestudenter på klinikerna och ge dessa en god utbildningsmiljö. Då handledningsmodellen ej är tillräckligt utvärderad skulle det vara intressant att lyfta fram sjuksköterskornas upplevelser av att handleda i en studentsal på en akutuårdsavdelning och på så sätt få en möjlighet att belysa de eventuella fördelar och nackdelar som handledningsmodellen kan medföra både för studenter och eventuellt för handledarna. Det vore därför intressant att undersöka hur de handledande sjuksköterskorna som ansvarar för studenternas lärande under den verksamhetsförlagda utbildningen upplever denna utveckling.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att handleda sjuksköterskestudenter i studentsal på en akutuårdsavdelning.

METOD

Ansats och design

Som metod till det föreliggande arbetet användes en kvalitativ induktiv intervjustudie. Ansats och design valdes utifrån studiens uppställda syfte som var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att handleda sjuksköterskestudenter i en studentsal på en akutuårdsavdelning. En studie med kvalitativ ansats kan ge utökad kunskap kring hur forskningspersonerna upplever en situation och/eller ett fenomen (Kvale & Brinkman, 2014; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Polit och Beck (2012) beskriver att den induktiva ansatsen är att föredra då tidigare kunskap om ett fenomen är begränsad och slutsatser ska dras från deltagarnas upplevelser/erfarenheter. Författarna poängterar att forskaren som genomför en kvalitativ induktiv studie observerar mönster och associationer i det studerade fenomenet och baserat på de insamlade observationerna kan forskaren dra slutsatser om det studerade ämnet. Vidare skriver författarna att litteratur relaterad till det studerade fenomenet ska undersökas för att forskaren ska inhämta den kunskap som redan finns kring ämnet.

Urval

Ett meningsfullt urval tillämpades vid rekryteringen av respondenter (Polit & Beck, 2012). Deltagare till studien rekryterades vid två olika kliniker på ett sjukhus i Mellansverige. Vid rekrytering av deltagare till en studie som vänder sig till att studera fenomen inom en specifik klinisk verksamhet eller en specifik organisation menar Polit och Beck (2012) att ett meningsfullt urval är en lämplig metod. De legitimerade sjuksköterskor som arbetade på de utvalda avdelningarna och hade handledt studenter i studentsal i mer än tre månader tillfrågades att delta. Elva personer visade intresse för deltagande i studien. Dessa elva personer kom författaren till föreliggande arbetet i kontakt med via de adjungerade kliniska adjunkterna på respektive avdelning. Sju av de 11 sjuksköterskorna kom att inkluderas i studien. De fyra som inte inkluderades i studien exkluderades av logistiska skäl då det inte var möjligt att hitta tillfällen då både författaren till föreliggande arbete och deltagare kunde träffas för att genomföra intervjuerna. Ingen hänsyn togs till kön vid rekrytering till deltagande i studien men däremot ämnades att få en så stor spridning på ålder och erfarenhet som möjligt genom att tillfråga alla handledande sjuksköterskor, som uppfyllde inklusionskriterierna, på de två klinikerna om deltagande i studien. Detta för att den tilltänkta

datan skulle få en stor variation (Polit & Beck, 2012). Deltagarna skulle också förstå och tala det svenska språket väl för att undvika risken för eventuella missförstånd eller misstolkningar under intervju- och analysfasen. Deltagarna skulle också sakna personlig relation till författaren.

Genomförande

Brev till verksamhetschef

Ett brev till verksamhetscheferna på de kliniker där de tilltänkta deltagarna arbetade formulerades och skickades ut via internposten på det aktuella sjukhuset. I brevet sammanfattades studiens syfte, bakgrund och genomförande. Ett returbrev medskickades i försändelsen för att verksamhetscheferna skulle kunna återsända sitt samtycke till att studien genomfördes på deras respektive kliniker. En av verksamhetscheferna delegerade medgivandet till vårdchefen på kliniken som i sin tur returnerade samtycket direkt till författaren av föreliggande arbetes postfack på sjukhuset. Den andra verksamhetschefen gav sitt samtycke med förbehållet att chefssjuksköterskan på den avdelningen där de tilltänkta deltagarna arbetade också gav sitt godkännande. Detta godkännande inhämtades vid ett personligt möte mellan författare och chefssjuksköterska.

Forskningspersonsinformation

Alla tilltänkta deltagare i studien erhöll innan datainsamlingen påbörjades muntlig och skriftlig information (bilaga 1) om studiens syfte, bakgrund och genomförande. I den skriftliga informationen till deltagarna fanns också ett informerat samtycke bifogat som deltagarna ombads att skriva under om de var intresserade av att delta i studien. I informationen fanns kontaktuppgifter till författaren av föreliggande arbete om de tilltänkta deltagarna skulle vilja fråga något ytterligare innan samtycke gavs.

Intervjuguide

En intervjuguide (bilaga 2) utformades och låg till grund för intervjuerna. Denna kom att bestå av en antal semistrukturerade frågor vilka ställdes till alla deltagare i studien. Kvale och Brinkman (2014) menar att semistrukturerade intervjuer uppmuntrar respondenten att utveckla sina tankar samt att dessa frågor ofta kan ge svar där oflekterade upplevelser kommer fram.

Författaren till föreliggande arbete ville försäkra sig om att intervjuerna bidrog med information som svarade mot studiens syfte samt att deltagarna fick uttrycka sig fritt om det aktuella ämnet (Polit & Beck, 2012; Kvale & Brinkmann, 2014). Den första frågan i intervjuguiden var en bred och öppen fråga som syftade till att stimulera deltagarna att fritt reflektera kring fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2014). Frågan kom att vidareutforskas med följdfrågor, så som, Hur menar du? Kan du utveckla det? Detta för att få en så utförlig beskrivning som möjligt av upplevelsen, enligt Kvale och Brinkman (2014).

Pilotintervju

Intervjuguides innehåll testades vid en pilotintervju för att se om den svarade mot studiens syfte, i enlighet med vad Kvale och Brinkmann (2014) skriver. Pilotintervjun transkriberades i direkt anslutning till intervju och efter att ha läst igenom den transkriberade texten ett antal gånger diskuterades intervjuguiden vid ett handledningstillfälle. Resultatet blev att vissa frågor i guiden justerades för att möta studiens syfte på ett tydligare sätt. En slutgiltig intervjuguide utformades som låg till grund för datainsamlingen (se bilaga 2). Pilotintervjun inkluderades inte i arbetet då respondenten och författaren till arbetet ansågs ha en för personlig relation vilket skulle kunna komma att komprimera studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2012)

Datainsamling

Sju intervjuer genomfördes mellan januari 2015 och mars 2015. Anledningen till att intervjuer valdes som datainsamlingsmetod var för att de kunde ge en djupare insikt om det fenomen som ämnades undersökas (Polit & Beck, 2012).

Intervjuerna

Kvale och Brinkmann (2014) menar att en intervju inte är en öppen eller fri dialog mellan jämlika parter. Författarna menar att denna maktasymmetri enkelt kan förbises genom en nära och personlig interaktion mellan intervjuare och respondent i intervjusituationen. Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum i nära anslutning till deltagarnas arbetsplats och pågick emellan tio till 30 minuter. Alla intervjutillfällen började med att författaren till föreliggande arbete och deltagaren pratade om vardagliga ting i ett par minuter innan intervjun påbörjades. Kvale och Brinkmann (2014) skriver att forskaren kan skapa trygghet för respondenten i intervjusituationen genom att starta intervjutillfället med att småprata om vardagliga ting. Alla intervjuer spelades in på en diktafon enligt deltagarnas samtycke.

Databearbetning

Transkribering

Alla intervjuer transkriberades ordagrant i nära anslutning till de individuella intervjuerna av författaren till arbetet. Intervjuerna lyssnades sedan igenom ett flertal gånger samtidigt som den transkriberade texten lästes för att författaren skulle försäkra sig om att ingen del av intervjuerna förvanskades eller hade misstolkats (Kvale & Brinkmann, 2014).

Analys

En kvalitativ induktiv innehållsanalys genomfördes. Polit och Beck (2012) beskriver att den kvalitativa innehållsanalysens mening är att organisera, strukturera och få fram meningsbärande innehåll från insamlad data. Enligt Elo och Kyngäs (2008) finns det två förhållningssätt när en kvalitativ innehållsanalys genomförs. Ett induktivt förhållningssätt och ett deduktivt förhållningssätt. Författarna beskriver att det induktiva förhållningssättet är att föredra när den tidigare kunskapen om det studerade ämnet är begränsad eller fragmenterad. Den deduktiva innehållsanalysen används då forskaren ämnar pröva tidigare kunskap och jämföra den med en tidigare teori (Elo & Kyngäs, 2008). Graneheim och Lundman (2004) menar att den analysenhet som lämpar sig bäst när en innehållsanalys genomförs är intervjuer rika på information. Författaren till denna uppsats använde sig av en manifest innehållsanalys. Kärnan i kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll samt att uttrycka dessa i kategorier och teman i olika tolkningsnivåer (Lundman & Graneheim, 2012). Tolkningsnivåerna skiljer sig åt beroende på om det är det manifesta innehållet eller det latent budskapet som studeras. Med manifest innehåll avses det textnära, uppenbara innehållet och med latent budskap åsyftas textens underliggande mening. Manifest innehåll gestaltas på en beskrivande nivå i form av kategorier och latent budskap beskrivs på en mer tolkande nivå i form av teman (ibid.). Analysprocessen genomfördes i ett antal steg och redovisas med exempel i tabell 1.

Författaren började med att identifiera meningsbärande enheter för att lyfta ut en konstellation av ord eller fraser vars innehåll syftar till samma centrala mening. Dessa enheter bröts ut ur texten genom att författaren läste igenom materialet ett flertal gånger och på så sätt skapade sig en känsla för helheten (Graneheim & Lundman, 2004). Nästa steg var att kondensera de meningsbärande enheterna. Enheterna förminskades eller kortades ner till en beskrivning av innehållet utan att texten förvanskades eller förlorade sin mening. Detta för att den underliggande meningen i texten skulle kunna tolkas (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2008). Vidare kodades den kondenserade texten. Genom att koda en kondenserad

meningsbärande enheter ges forskaren möjlighet att betrakta insamlad data på nya och annorlunda sätt. Kodningen innebär att abstrahera den kondenserade texten till en högre logisk nivå (Graneheim & Lundman, 2004). Det sista steget som utfördes var att kategorisera texten. En kategori är en grupp av innehåll som delar gemensamma nämnare och att dessa kategorier måste vara exklusiva. All insamlad data, som svarade mot studiens syfte, får aldrig exkluderas på grund av brist på lämpliga kategorier att placeras in i och ingen data får hamna mellan två kategorier eller inkluderas i mer än en kategori (Graneheim & Lundman, 2004). Då det var omöjligt att skapa kategorier som var helt exklusiva skapades subkategorier med målsättning att tydliggöra variationerna i kategoriernas innehåll i enighet med Lundman & Graneheim, 2012.

Tabell 1. Exempel ur analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
..ååh när man har två studenter plus att det är tungt på avdelningen det är mycket patienter och man har svårt sjuka patienter..eller att man får fler patienter kanske än vad det är tänkt så har man kanske inte tid att..handleda dom så mycket som man önskar.	När man har två studenter och hög belastning på avdelningen samt fler patienter än väntat som är svårt sjuka så räcker tiden inte till att genomföra den handledning man tänkt sig.	När studentantalet och arbetsbelastningen begränsar tiden att handleda	Personliga konsekvenser	Handledarrollen
..fördelen som jag sa tidigare är ju det här me..med samarbetsklimatet. Studenterna känner sig inte kanske..dom kan känna sig lite utsatta i början när man, du vet, tar det här första klivet ihop går in själv och dom är lite ovana. Jag tror dom känner sig lite tryggare när dom har varandra också. (...) ...och kanske osäkra att behöva fråga handledaren i alla lägen så kan dom hjälpa varandra och det tycker jag är positivt..	Fördelen är samarbetsklimatet. Studenterna kan känna sig lite utsatta i början när de är ovana och tar det första klivet ihop. De känner sig tryggare när de har varandra (...) En osäkerhet kan uppstå när handledaren behöver tillfrågas i alla situationer och då kan de ta hjälp av varandra, det är positivt.	En trygghet för studenterna att ha stöd av varandra	Gynnsamt med kamratlärande	Studenterna

Forskningsetiska överväganden

De fyra huvudkraven som innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet efterföljdes (Vetenskapsrådet, u.å.).

Alla deltagare i studien informerades om deras uppgift i studien samt om villkoren för deras deltagande genom muntlig och skriftlig forskningspersons information (Bilaga 1).

Informationen inkluderade namn och kontaktuppgifter till författaren av föreliggande arbete, namn på handledare samt information om att deltagandet i studien var helt frivilligt samt att det var helt frivilligt att avbryta sin medverkan i studien när som helst under studiens gång utan att uppge skäl. Deltagarna hade skriftligen fått ge sitt samtycke till deltagande. Ansvarig verksamhetschef hade tillfrågats om godkännande för studiens genomförande och hade gett sitt samtycke innan datainsamlingen påbörjades. All insamlad data oidentifierades och den enda person som äger tillgång till det insamlade materialet är författaren av arbetet. Allt insamlat material lagrades på en dator som är lösenordskyddad med ett lösenord som endast författaren till föreliggande arbete äger tillgång till. När arbetet är godkänt kommer all insamlad data att raderas. Alla deltagare informerades skriftligen och muntligen om möjligheten att få arbetet presenterat eller skickat till sig efter att arbetet godkänts av examinator (ibid.).

RESULTAT

Under analysprocessen formulerades fyra stycken kategorier och tio subkategorier. De fyra kategorierna var: handledarrollen, studenterna, verksamheten och patienterna. Samtliga kategorier och subkategorier redovisas i tabell 2 nedan.

Tabell 2. Subkategorier och kategorier

Subkategorier	Kategorier
Bättre handledning	Handledarrollen
Personliga konsekvenser	
Gynnsamt med kamratlärande	Studenterna
Mer verklighetstrogen lärandemiljö	
Individuella skillnader mellan studenterna	
Rätt patient	Patienterna
Minskad kontinuitet för patienterna	
Fysisk arbetsmiljö	Verksamheten
Personaltillgång	
Osäkerhet i personalgruppen	

Handledarrollen

Bättre handledning

I intervjuerna beskrev flera av deltagarna att deras upplevelse av att handleda i studentsal var positiv. Deltagarna pratade b.l.a. om att dagen fick mer struktur och att det var ett mer effektivt sätt att handleda på.Handledningsmodellen upplevdes göra det lättare för sjuksköterskorna att själva stå tillbaka och släppa fram studenterna i det praktiska omvårdnadsarbetet, vilket

deltagarna målade upp som eftersträvansvärt. De deltagare som upplevde att handledningen i studentsal var mycket positiv jämfört med den traditionella handledningen beskrev att tilliten till studenterna ökade. En deltagare beskrev sin upplevelse av att handledningen tagits till en annan nivå efter att handledningsmodellen med studentsal införts på avdelningen. Några deltagare ansåg att tidsaspekten gynnades eftersom studentsalshandledning gjorde att handledarna var tvungna att strukturera sin dag mer noggrant än vid traditionell handledning. En deltagare talade om de positiva aspekterna av handledningsmodellen i form av att handledningen kändes mer professionell och att detta medförde att mer fokus lades på studenterna jämfört med tidigare.

(....) man får en känsla av att man har mer tid. Det är konstigt typ, det känns som man...kort paus.. av att man strukturerar upp dagen, att man handleder på ett mer effektivt sätt...tycker jag. (1)

Jag delger dom ansvaret över ett specifikt problem eller omvårdnadsmoment..eeh.. Och det är lite de det handlar om typ om man, man måste ha den där tilliten för studenterna...istället för att dom...ja...på det traditionella sätter tror jag inte att man upplever det...(7)

... det är inte bara typ min yrkeskunskap, det är lite det där med...eeh...paus...går in i vad studenten upplever i situationen och eeh..det är på en annan nivå typ att känna att man tagit saker och ting till en annan nivå i sin...i sin handledning...(1)

...sen blir det lite mer professionellt tänker jag...känns som det...om man har flera stycken...det blir mer fokus på studenten...(4)

Personliga konsekvenser

Många av deltagarna uttryckte att de upplevt en känsla av dåligt samvete när dagen inte förlöpte som planerat och handledningen inte utföll som väntat. Tiden räckte ibland inte till och detta ledde till att några deltagare kände sig misslyckade i sin roll som handledare. Detta inträffade delvis när handledarna tvingades kliva in och själva avsluta uppgifter som studenterna påbörjat. Det kunde också ske när handledarna fick i uppdrag att utföra andra arbetsuppgifter parallellt med handledningen.

*...så om det blir en situation där jag känner att..att jag går in..då känns det ibland som att..jag är en dålig handledare för att studenterna inte får göra nåenting...den stunden. Det kan va lite...svårt...det kanske är för min oerfarenhet också att jag kan tycka att det ibland kan vara svårt att aktivera och sysselsätta. Jag gör mitt bästa men ibland är det lite svårt..å speciellt i en situation när man behöver göra nåenting snabbt..fast..att studenterna då får stå lite på sidan om när dom egentligen hade kunna vara mer delaktiga...(3)
...och är det då för många på gång samtidigt så är det väldigt svårt att kunna göra ett bra handledningsjobb och man vill göra en..man vill göra det bra från början och ordentligt...(4)*

Studenterna

Gynnsamt med kamratlärande

Merparten av deltagarna betonade under intervjutillfällena vinsterna med att studenterna vid studentsalsundervisning kunde ta hjälp av och lära av och med varandra. Kamratlärandet var något som sågs som en mycket positiv aspekt av handledningsmodellen. Deltagarna menade att studenterna själva kunde finna svar vid eventuella problem eller svårigheter som de stötte på och att handledaren, istället för att alltid finnas vid deras sida i studentsalsundervisningen,

kunde finnas till hands som ett stöd för studenterna när behovet fanns. Då studenterna arbetade i par kunde de alltid vända sig till sin medstudent i första hand för rådfrågning, stöd eller hjälp i form av ett par extra händer vid diverse omvårdnadssituationer. Detta oavsett om det rörde sig om patientnära omvårdnad, läkemedelshantering, dokumentation eller annan aktivitet. Något som beskrevs främja studenternas självständighet och samarbetsförmåga, och ansågs vara gynnsamt.

...det är just samarbete då.. asså att dom frågar varandra innan dom frågar mig eller hjälps åt att leta information och det är ju viktigt att lära sig att samarbeta så att det är väl jättebra...(2)

...jag tror väldigt hårt på det här kamratlärande. Man ser att dom lär ut saker till varandra...(1)

...om dom är uppdelad på två patienter..och..så behöver dom handräckning..behöver dom en..ett par extra händer och dom kan hjälpa varandra..paus..jättebra...dom får träna i att ta hjälp av varandra...(5)

Det är väl såna tillfällen där dom har fått kolla upp saker själva, planera från början och sen göra det. (...)..då kan dom ju få göra väldigt mycket med patienterna och så kan dom rådfråga varandra å..å ta hand om sina patienter själva om man hjälper till med det som dom tycker är svårt...och det dom behöver råd om att..jag tror att dom får väldigt mycket mer.. frihet å..å kolla upp och lära sig själva å lära sig av varann.. men när dom har haft hand om en patienten och sen har dom satt sig ner och funderat och skrivit en aktivitetsplan som dom kanske inte annars skulle ha gjort om dom bara sprang efter mig...istället får dom får samarbeta med varann...(3)

Mer verklighetstrogen lärandemiljö

Något som var tydligt vid några av intervjuerna var att deltagarna ansåg att studentsalundervisning gav en verklighetstrogen bild av sjuksköterskeyrket. Detta eftersom studenterna på studentsal fick möjlighet att se och vårda hela patienten som de ansvarade för, och inte bara utföra fragmentariska delar av omvårdnadsarbetet. Den verklighetstrogna lärandemiljön resulterade, enligt deltagarna, i att studenterna kände mer ansvar i ett tidigare skede av den kliniska utbildningsperioden, vilket i sin tur ledde till att de snabbt kunde utvecklas och finna sina roller på den avdelning där de genomförde VFU:n. Att lärandemiljön var verklighetstrogen trodde också deltagarna kunde generera effekten att studenterna kände sig tryggare när de senare var färdigutbildade och påbörjade sin sjuksköterskekarriär.

..om man jämför studentsal och inte studentsal det är..helhetsperspektivet för studenterna..att dom får faktiskt i en..ja..till en viss del kliva in i sin sjuksköterskeroll på ett annat sätt än om man går i traditionell handledning.. (...)..jag tror att många av studenterna känner sig betydligt tryggare sen när dom kommer ut och ska jobba som sjuksköterskor att dom har redan provat på..för det är den helhetsbilden å hålla i alla trådar som..som..ääh..den positiva delen med studentsal tycker jag...(6)

Dom delar av sina erfarenheter..eeh...bollar med handledaren...jag tror att det ger en mer typ en verklighetskänsla...eeh...dom känner att dom har mer ansvar, som är mer självständigt, dom kommer igång fortare... eeh och trivs bättre helt enkelt...(1)

Det handlar väldigt mycket om att...att dom kommer igång fortare..eeh.. dom känner sig också typ delaktig i avdelningen. (1)

Individuella skillnader mellan studenterna

Om det var stora individuella skillnader mellan studenterna som undervisades i studentsal samtidigt upplevde några av deltagarna att det var en utmaning att handleda med framgång. Skillnaderna kunde exempelvis bestå i studenternas olika bakgrund och erfarenhet men också skillnader i kunskapsnivå och var de befann sig i sin yrkesmässiga utveckling. Vid handledning av så kallade svaga studenter ansågs det vara till last att många handledare blev inblandade i studentsalskonceptet.

Men..det kan ju va väldigt tufft som handledare att..balansera det här liksom och..jag tänker ju fler..ju fler det är i gruppen som är olika desto svårare blir det att..gyn..att alla ska utvecklas..eller ges möjlighet att utvecklas. (6)

...på ett sätt blir det en kontinuitet att ha studentsal och på ett sätt blir det inte en kontinuitet i och med att det kan vara flera handledare inblandade..det beror ju på hur man är som student också. Har man en svag student är det ju svårare att vara flera handledare inblandade. (4)

Patienterna

Rätt patient

Två deltagare talade om vikten av att välja rätt patienter som skulle ingå i studentsalsundervisningen. Stor vikt lades vid att dessa patienter skulle vara anpassningsbara för att de skulle för att de skulle passa in i undervisningen. Deltagarna beskrev hur patienterna ställde upp på studentsalsundervisningen och att patienterna sparade eventuella svåra frågor till dess att handledaren fanns tillgänglig.

..de flesta patienter som jag väljer medvetet det är en patient som anpassar sig själv typ efter att det är studenter som vårdar do...dom lite grann..mm..dom kanske sparar de svåra frågan till jag är med...eller...ja..se.. men jag tycker att...jag tycker just att det där med vilka patienter men väljer kan vara viktigt..(7)

..så har vi studentsal så försöker vi också lägga patienter som..som..som på nått sätt s..som pa..passar bra att ha och om ställer upp då..(5)

Minskad kontinuitet för patienterna

På en av avdelningarna där deltagarna rekryterats arbetade sjuksköterskorna med patientansvarig sjuksköterska (PAS). Två deltagare från denna avdelning talade om svårigheter att bibehålla denna del i omvårdnaden när studentsalsundervisning genomfördes. En deltagare talade om att patienten inte är i centrum när PAS frångås. Deltagaren menade att en otrygghet skapades för patienterna när de hade byggt upp en relation med sin PAS och det plötsligt inte var denna sjuksköterska de fick träffa när de kom till avdelningen. En annan deltagare menade att den personcentrerade vården åsidosattes när PAS inte kunde upprätthållas. Deltagaren påtalade att det var patienten som blev lidande när PAS:en inte var den som ansvarade för patientens omvårdnad.

Ja, för de vi säger att det ska va patienten i centrum och många av våra patienter är ju kroniskt sjuka och har smärtproblematik, dom kan ha missbruksproblematik, dom är oftast missförstådda..eeh..känner sig utsatta för att dom har skam..skamfyllda sjukdomar som alkoholism t.ex. är ju...eeh..och så och..när dom kommer till oss då känner dom sig oftast

väldigt trygga och känner att dom kan ha en tillit till oss och kan säga som det är, hur mycket man har druckit eller hur det egentligen är och ska man då inte kunna ha den sjuksköterskan som man känner och litar på så faller ju lite trygghetsaspekten och kontinuiteten. Och sen som exempel, låt oss säga en patient som jag känner, om jag skriver in den patienten så kan jag ju göra ett hel annan inskrivning än vad du skulle kunna göra. (4)

..för oss och för studenterna så tycker jag att det är positivt för patienterna är det kanske inte alltid det optimala eftersom vi vill ju dels ha den här...personcentrerade vården dels använder vi ju oss av patientansvarig sjuksköterska och det åsidosätter vi när vi har studenter på studentsal. (5)

Verksamheten

Fysisk arbetsmiljö

Vikten av den miljö där studentsalsundervisningen skulle bedrivas var ett ämne som togs upp av flera deltagare. Det var viktigt att det fanns en tillräckligt stor fysisk sal på avdelningen där undervisningen kunde bedrivas. Om allt var samlat på en och samma sal var det lättare för handledarna att få en överblick av både patienterna och studenterna som ingick i studentsalmodellen. En deltagare beskrev också att undervisningsformen inte skulle fungera om den bedrevs på två olika salar då det skulle leda till en ambivalens för handledaren gällande var hon eller han skulle befinna sig för att göra största nytta.

..fördelen är ju att dom..om jag har en studentsal t.ex. så har jag ju patienterna samlade jag kan ha en överblick jag kan också ha koll på studenterna..eeh..på ett annat sätt än vad jag skulle ha haft om vi var tvungna att gå runt till olika salar. (5)

..nu har ju vi tresalar så har man två studenter då kan jag stå lätt i dörröppningen och så kan dom få göra sitt så ser jag båda två. Det funkar ju inte lika bra om man har studentsal med två tvåsalar..för då är det så här vart ska jag va typ? Eeh..då får man stå nånstans emellan men då hör man inte riktigt vad dom pratar om..(2)

..det positiva är ju att..att jag har ju den här kollen, jag tycker att det är positivt..eeh..att..att det är samlat på samma..plats..(6)

Personaltillgång

Nästan alla deltagare talade om en rådande sjuksköterskebrist och hög arbetsbelastning på den egna akutvårdsavdelningen och hur detta i sin tur ledde till att både studenter och personal hamnade i kläm. En deltagare beskrev att det var väldigt svårt att hinna med handledningen när det p.g.a. sjuksköterskebrist i verksamheten blev ålagt närvarande personal att ta hand om många andra saker på avdelningen som i annat fall sköttes av andra medarbetare.

Vi har ju varit tio sjuksköterskor kort nästan, de..men nånstans måste ju verksamheten gå runt också. Och tyvärr hamnar ju studenterna kanske i lite kläm då... (2)

..eller när det är mycke bemanning på avdelningen inte så mycket ordinarie personal och så är vi ordinarie som har studenter så kan det ju också vara..mmm..så att man måste ta hand om annat som har på avdelningen att göra. Då kan ju också studenterna bli....bli lite utanför..(3)

...och det kan ju inte va så att den som handleder bara har få patienter för då får vi ju alla andra så mycket belastning och det orkar man ju till slut inte..det är ju det som är

problemet med studenter...dom ska ha färre patienter så få..och vi alla andra..ja det blir ju ingen kompensation på avdelningen..för handledningen..kort paus..asså i personal...(4)

Osäkerhet i personalgruppen

En deltagare uttryckte en undran om de på avdelningen verkligen använde sig av studentsalsundervisningen på rätt sätt. Deltagaren ställde sig frågande till om det var dennes oerfarenhet som bidrog till osäkerheten att handleda enligt studentsalsmodellen eller om det var hela sjuksköterskegruppen som hade kunskapsluckor gällande undervisningsmetoden.

...det kan kanske...kanske bero på min oerfarenhet men..men jag vet inte om...hur riktigt..eeh..om vi gör rätt när vi handleder på det här v..sättet...vi har ju egentligen kanske ingen aning...(3)

DISKUSSION

Metoddiskussion

I forskning som syftar till att finna ny kunskap finns det sällan en sanning utan flera alternativa tolkningar (Lundman & Graneheim, 2012). Med anledning av detta behöver forskare vidta olika åtgärder för att säkerställa trovärdigheten i sina resultat (ibid.). Studien som genomfördes antog en kvalitativ design med induktiv insats. I kvalitativ forskning används ofta begrepp som giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet för att diskutera trovärdigheten. Giltighet handlar om hur sanna resultaten är. Tillförlitlighet handlar om forskarens verifikation av sina ställningstaganden i forskningsprocessen. Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer. Delaktighet berör forskarens medskapande roll till resultatet (ibid.). Detta kommer författaren till föreliggande arbete att försöka redovisa i följande metoddiskussion.

Kvalitativ forskningsmetodik är en vanligt förekommande metod inom omvårdnadsforskning och används bland annat när målsättningen är att beskriva, förklara och fördjupa förståelsen för mänskliga upplevelser av och kring olika fenomen (Kvale & Brinkman, 2014; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). I denna studie föreföll den kvalitativa ansatsen vara relevant och välmotiverad att använda, i och med att det var just sjuksköterskors subjektiva upplevelser i en specifik vald kontext stod i fokus för den empiriska undersökningen. Som alternativ till kvalitativ metod hade författaren till föreliggande arbete kunnat överväga en kvantitativ forskningsdesign. Ett kvantitativt angreppssätt hade säkert också kunnat generera betydelsefulla resultat avseende valt ämnesområde, då detta ännu ser ut att vara relativt outforskat, men sannolikt inte av samma djupa karaktär som författaren avsåg att fånga. För framtida forskning kan det dock vara värt att nämna att de olika metoderna med fördel kan kombineras för att generera en mer komplett förståelse för ett fenomen (Olsson & Sörensen, 2007), i det här fallet sjuksköterskors handledning av studenter i studentsal.

I kvalitativ forskning kan forskarens förförståelse användas på en rad olika sätt (Lundman & Graneheim, 2012). I detta fall har författaren till föreliggande arbete försökt att bortse ifrån den egna förståelsen för ämnet under studiens metodförfarande, utan att för den delen förminska eller förringa dess existens. Vid planering, genomförande och analys har målsättningen varit att förhålla sig så öppet som möjligt inför de upplevelser som forskningspersonerna i studien har förmedlat.

Då arbetet ämnade att studera ett fenomen inom en specifik verksamhet användes ett meningsfullt urval vid rekryteringen av deltagare till studien, ett urval som passar väl utifrån

studiens syfte (Polit & Beck, 2012). Då antalet deltagare som mötte studiens inklusionskriterier var begränsat var det svårt att få önskad spridning gällande deltagarnas ålder och erfarenhet. Detta skulle kunna ses som en nackdel för studiens validitet samtidigt som spridningen av deltagarnas ålder och erfarenhet var en rättvis återspeglning av de sjuksköterskor som handledde i studentsal på de båda klinikerna som deltagarna rekryterades ifrån. Anledningen till att författaren till föreliggande arbete ville att deltagarna skulle ha handlett i studentsal i minst tre månader var för att deltagarna skulle vara väl insatta i handledningsmodellen och kunna ge en så detaljerad bild av sina upplevelser som möjligt. En personlig relation mellan studieledare och deltagare tros kunna inverka på studiens resultat i allt för stor utsträckning och därför utesluts dessa deltagare för att minimera risken för bias (Polit & Beck, 2012). Genom att exkludera de legitimerade sjuksköterskor som författaren av föreliggande arbete hade en personlig relation till minskades risken för att de svar som gavs vid intervjuerna skulle vara färgade av deltagarnas förväntningar av vad studieledaren förväntades vilja höra. Då en personlig relation inte fanns skulle också deltagarna ges större möjlighet att fritt reflektera över sina innersta tankar och känslor kring det studerade fenomenet (ibid.).

För studiens datainsamling tillämpades kvalitativa individuella intervjuer. Individuella intervjuer valdes framför fokusgruppsintervjuer. Delvis eftersom författaren av föreliggande arbete var ensam genomförare av datainsamlingen, och metoden med fokusgruppsintervjuer rekommenderas innefatta fler än en forskare (Polit & Beck, 2012). Vid kvalitativa intervjuer är det av stor vikt att forskaren inte överför sina egna tankar till respondenten, utan istället försöker finna en balans mellan neutralitet och närhet till det som respondenten förmedlar (Olsson & Sörensen, 2007). Detta har författaren försökt att ta fasta på vid intervjuernas genomförande, bland annat genom användningen av en på förhand konstruerad intervjuguide av semistrukturerad karaktär. Genom att använda en semistrukturerad intervjuguide kan forskare i kvalitativa intervjustudier få hjälp att säkerställa att intervjuerna bidrar med den information som studien kräver, samtidigt som respondenterna garanteras möjlighet att själva uttrycka sig fritt och med egna ord kring de ämnen som berörs (Polit & Beck, 2012; Kvale & Brinkmann, 2014). Dock finns en risk med semistrukturerade intervjuer och det är att novisa forskare missar relevanta data p.g.a. bristande kännedom om när och hur intervjuaren bör ställa följdfrågor (Doody & Noonan, 2013). I det här fallet fick författaren till föreliggande arbete möjligheten att öva på sin intervjuteknik och frågekonstruktion genom pilotintervjun, vilket förhoppningsvis bidrog till ett något bättre intervjugenomförande vid den riktiga datainsamlingen. Med detta dock inte sagt att författarens ringa erfarenhet som intervjuare inte kan ha inverkat på studiens utfall och resultat, något som framtida läsare bör ta i beaktning. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en diktafon. Författaren till föreliggande arbete bestämde sig tidigt för att investera i en ljudupptagningsenhet med bra kvalitet till datainsamlingsfasen. Avsikten med detta var att allt insamlat material skulle vara lätt och enkelt att avlyssna under transkriberingen för att minska risken för felskrivningar eller ohörbara fragment.

För att analysera insamlad data användes en kvalitativ induktiv innehållsanalys. Eftersom den tidigare kunskapen om det studerade ämnet ansågs vara begränsad, verkade ett induktivt förhållningssätt mer adekvat än en deduktiv analysansats (Elo & Kyngäs, 2008). Fokus låg på att analysera det manifesta, alltså textnära, innehållet i materialet. Vid en manifest innehållsanalys inträffar tolkningsfasen vanligtvis senare än vid en latent innehållsanalys (Lundman & Ganeheim, 2012), vilket upplevdes vara betryggande i fallet eftersom författaren till föreliggande arbete var ensam under dataanalysens genomförande. När tolkningsarbetet

inträffar i ett tidigare skede, som ofta sker vid latent innehållsanalys, kan det vara fördelaktigt att vara två eller flera granskare för att minska risken för feltolkningar (ibid.). Eventuella feltolkningar kan då motverkas genom att de två forskarna tillsammans diskuterar texternas mening och jämför sina fynd och tolkningar med varandra för att undersöka samstämmighet (ibid.). Även om dataanalysen i denna studie till stor del inneburit ensamarbete har författaren ändå haft möjlighet att få hjälp att granska de meningsbärande enheter, koder, subkategorier och kategorier som analysen genererat. Detta genom sin handledare. Enligt Lundman och Graneheim (2012) kallas detta för validering med hjälp av experter, och målsättningen med sådana insatser är att utreda om de tolkningar som gjorts verkar rimliga och trovärdiga. Vidare författaren till föreliggande arbete försökt att redovisa analysförfarandet så detaljerat som möjligt för att framtida läsare ska kunna få en tydlig bild av hur insamlad data hänger samman med studiens resultat, vilket enligt Elo och Kyngäs (2008) görs för att stärka en studies giltighet och därmed också trovärdighet.

Författaren har under forskningsetiska överväganden redovisat vilka etiska aspekter som tagits i beaktning under studiens genomförande. Eftersom att denna studie ingick i en högskoleutbildning på avancerad nivå och de tilltänkta deltagarna ej var patienter, minderåriga, i beroendeställning till studieledaren eller tillsynes sårbara uteblev en ansökan om etisk prövning. Däremot har författaren efterföljt de krav som finns avseende information, samtycke, konfidentialitet och nyttjanderätt i enlighet med vad Vetenskapsrådet (u.å.) förespråkar.

I resultatredovisningen har författaren till föreliggande arbete valt att använda autentiska citat från intervjuerna för att understödja sina fynd. Elo och Kyngäs (2008) beskriver att användningen av autentiska citat stärker en studies trovärdighet i och med att det ger framtida läsare möjlighet att själva se från vilka typ av originaldata som de redovisade kategorierna härstammar ifrån. Vikt har lagts vid att balansera mellan en lagom mängd citat och en lagom andel författartext för att underlätta läsningen. Vid tolkning, granskning och värdering av studiens fynd bör beaktas att författaren till arbetet med sin existerande förförståelse och sitt samspel med respondenterna under intervjuernas gång, varit en medskapare till datainsamlingen och analysen utfall och därmed också studiens resultat (Lundman & Graneheim, 2012). Detta kan aldrig bortses ifrån (ibid.).

Resultatdiskussion

I studien framgick att många sjuksköterskor var positivt inställda till handledarrollen och handledningsmodellen med studentsal. Som tidigare nämnts är en positiv attityd till undervisning och lärande centralt för sjuksköterskan i rollen som handledare (Duteau, 2012). Studentsalsmodellen kan således tänkas bana väg för en god handledning av de studenter som berörs. Det framkom vidare att flera deltagare ansåg att handledning i studentsal resulterade i en förbättrad handledning jämfört med den traditionella varianten. Studentsalshandledning beskrevs ge mer struktur i handledningstillfället och handledningen upplevdes bli mer effektiv. Sjuksköterskorna i studien upplevde vidare att de hade lättare att själva stå tillbaka vid studentsalundervisning och beskrev även att tilliten till studenterna tycktes öka. Detta kan tolkas som positivt i fallet med hänsyn till det Carlsson (2012) och Mamhidir, Kristofferzon, Hellström-Hyson, Persson och Mårtensson (2014), skriver om handledarens roll vid studentsalundervisning. Författarna menar att handledarrollen går ut på att handledaren ska stödja studenterna istället för att själv agera (ibid.). För att detta ska vara möjligt krävs sannolikt att sjuksköterskorna känner just en sådan tillit som deltagarna i denna studie beskriver.

Avseende handledarrollen kunde det i studiens resultat även urskiljas att det fanns en underliggande frustration hos några deltagare över att inte alltid kunna utföra handledaruppdraget på det sätt som deltagarna önskat. De beskrev olika situationer som ibland uppstod och som i handledarnas ögon resulterade i att studenterna inte alltid fick möjlighet att tillgodogöra sig allt handledarna önskade att de skulle få göra under handledningstillfället. Dessa tillfällen fick några av handledarna att känna sig otillräckliga. Resultatet av att dagen inte slutade som handledarna planerat blev att de skuldbelade sig själva och ansåg att de hade misslyckats. Duteau (2012) menar att sjuksköterskor ofta tar på sig ett stort ansvar för att handledningen av sjuksköterskestudenter ska fungera väl och att detta i sig kan leda till ett stressmoment för sjuksköterskorna, vilket författaren till föreliggande arbete ämnar återkomma till.

En annan fördel med handledningsmodellen som framkom i studien var fördelarna med att studenterna arbetade i par och på så sätt kunde lära och ta hjälp av varandra – här kallat kamratlärande (peer learning). Precis som det nämnts tidigare i studien utgör peer learning-situationer kärnan i handledningen på studentsal. Tidigare forskning har visat att peer learning uppmuntrar studenter till kritiskt tänkande och självständighet (Mamhidir et al., 2014), vilket deltagarna i denna studie också lyfte. Peer-learningaktiviteter kan även stärka studenternas känsla av att känna sig förberedda inför sin professionella karriär (Christiansen & Bell, 2010), vilket vidare kan relateras till det deltagarna nämner i denna studie avseende studentsal som en verklighetstrogen lärandemiljö. Det uppenbarades nämligen att sjuksköterskorna i denna undersökning trodde att handledning på studentsal banade för studenternas upplevda trygghet när de senare skulle ta klivet ut i arbetslivet. Detta med anledning av att de fått träna på sin yrkesroll i en verklighetslik kontext. Andra aspekter som deltagarna lyfte fram avseende den verklighetstroga lärandemiljön i studentsal var att studenterna fick möjlighet att se till helheten kring patientens omvårdnad och omhändertagande på en akutvårdsavdelning. Undervisningen i studentsal förefaller således spegla en realistisk vårdmiljö, vilket är eftersträvanvärt och centralt i ett studentcentrerat lärande (Hallin & Danielsson, 2010). Det studentcentrerade lärandet ska enligt *Lärandemodell för verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeprogrammet* prägla all klinisk undervisning av och för sjuksköterskestudenter i Stockholm (Ersta Sköndal högskola, Karolinska Institutet, Röda korsets högskola, Sophiahemmet högskola och Stockholms läns landsting, 2011). Genom att handleda sjuksköterskestudenter i studentsal kan det antas att denna prägling uppnås.

Under intervjuerna framgick det att vissa sjuksköterskor upplevde att det var svårt att handleda i studentsal när det förelåg stora individuella skillnader mellan studenterna avseende vårderfarenhet och kunskapsnivå. Svårigheterna låg i att ge studenterna utrymme för samtidig utveckling och i handledarspridningen vid undervisning av svaga studenter. Mamhidir et al. (2014) redovisar liknande fynd i sin studie, i vilken sjuksköterskorna valde att övergå till traditionell handledning istället för studentsalsundervisning när problemen uppstod. Att möta utmaningar likt dessa förefaller ställa stora krav på både handledarnas flexibilitet och den enskilda verksamhetens förmåga till anpassning, vilket kan vara värdefullt att betona. Lösningen att övergå till traditionell handledning när studentsalskonceptet inte håller kan tänkas fungera på kort sikt, men ter sig ohållbart sett till ett längre perspektiv om studentsalsundervisningen ämnar fortgå på den aktuella vårdenheten. Detta eftersom det som definierar handledning i studentsal är att studenterna inte följer specifika handledare utan istället följer sina patienter (Staun et al., 2010).

För att handledningsmodellen med studentsal skulle fungera i praktiken ansåg deltagarna i denna studie att patienterna som avsågs ingå i studentsalsundervisning behövde väljas med

stor omsorg. Hänsyn behövde tas till patienternas medicinska diagnos och vårdtyngd. Tidigare forskning visar dock att det som är avgörande för huruvida patienterna ska vilja delta i undervisningen av studenterna eller ej är beroende av hur väl studenterna lyckas skapa en god atmosfär i mötet med patienten (Manninen, Welin Henriksson, Scheja & Silén, 2014), vilket gör att det kan vara svårt att på förhand fördela lämpliga patienter till studentsal.

Två av deltagarna som arbetade på en akutvårdsavdelning med rutin kring PAS-skap betonade upplevelsen av att den patientcentrerade vården blev lidande av studentsalsupplägget. Detta genom att kontinuiteten för patienterna inte kunde upprätthållas med anledning av den anpassade patientfördelning som följer med studentsalsundervisning. Detta fynd har studieansvarig student ej kunnat återfinna i annan forskning, med det inte sagt att fyndet på något sätt är mindre viktigt. Istället bör fyndet sannolikt lyftas och betonas eftersom utebliven personcentrering av vården kan tänkas få negativa konsekvenser för patientens upplevelse av svensk sjukvård och tilltro till vårdpersonalen. I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010: 659) går det att utläsa att hälso- och sjukvårdspersonal ska handla utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Eftersom handledningsmodellen i studentsal är relativt obeprövad och tillräckligt med forskning ännu inte bedrivits gällande handledningsmodellen är det av yttersta vikt att inte förminska deltagarnas upplevelser av handledningsmodellens svagheter gällande vilka konsekvenser modellen får för patienterna.

Förvånande nog upplevde flera av deltagarna i studien att den fysiska vårdmiljön var direkt avgörande för om studentsalsundervisningen skulle kunna bedrivas på ett framgångsrikt sätt eller ej. I konceptet bakom studentsal ingår nämligen inte den fysiska miljön över huvud taget utan benämningen åsyftar endast handledningens form och inte platsen för var den bedrivs (Carlsson, 2012). Det kan antas att de deltagare som upplevde den fysiska vårdmiljön som avgörande för utfallet av undervisningen inte hade fått tillräcklig information/undervisning om vad kärnan i studentsalsundervisning egentligen var.

Brist på sjuksköterskor och hög arbetsbelastning gjorde att flera sjuksköterskor beskrev att studenterna ibland riskerade att hamna utanför när andra arbetsuppgifter kom emellan handledarna och studenterna i studentsalen. I kombination med studentsal kunde sjuksköterskebristen och den höga arbetsbelastningen även få negativa konsekvenser för vårdpersonalen. När sådana omständigheter råder kan stressen för sjuksköterskorna på avdelningen antas öka. Detta med hänsyn till sjuksköterskors många gånger höga krav på sig själva i handledningssituationer (Duteau, 2012) och vad som en deltagare beskrev som bristande kompensation i personaltillgång på akutvårdsavdelningen. Författaren till föreliggande arbete tror att scenariot med ökad stress är direkt ogynnsamt för både studenter, vårdpersonal, patienter och verksamhet, och i möjligaste mån bör motarbetas.

En deltagare ställde sig frågande till om handledningsmodellen användes på rätt sätt av de handledande sjuksköterskorna på hemavdelningen och ifrågasatte också om det kanske var deltagarens ringa erfarenhet som gjorde att denne ibland upplevde att handledningsmodellen användes på fel sätt. Vid sådana funderingar i personalgruppen kan eventuellt verksamhetens implementeringsarbete av studentsal ifrågasättas. Det kan antas att det är av största vikt att alla berörda parter är väl införstådda i de pedagogiska aktiviteter som bedrivs vid en klinik för att studentundervisningen ska fungera optimalt för både handledare och studenter. Att en deltagare ifrågasatte sin erfarenhet stämmer bra överens med vad Benner (1993) skriver om sjuksköterskors färdigheter och kunskaper inom den kliniska verksamheten. Det är sannolikt inte en helt enkel utmaning att handleda studenter, oavsett om det gäller

studentsalsundervisning eller om det gäller traditionell handledning, om sjuksköterskan själv inte har nått en viss trygghet eller erfarenhet i sin yrkesroll.

Slutsats

Handledning i studentsal kan vara en mycket fördelaktig form av handledning förutsatt att alla resurser som krävs för ett lyckat resultat tillhandahålls från verksamheten. Det förefaller att vara av stor vikt att behovet av information, tid och resurser tillgodoses redan vid implementering av studentsal som handledningsmodell på en akutvårdsavdelning.

Klinisk tillämpbarhet

Fyndet från denna studie bör kunna användas som underlag för och vid planering och införande av studentsal som handledningsmodell på andra akutvårdsavdelningar.

REFERENSER

Arvidsson, G. (2013). *Akutsjukvård*. Stockholm: Liber.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Bentling, S. (2006). Sjuksköterskeutbildningen i Sverige. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad* (ss. 234-246). Stockholm: Liber.

Boud, D., Choen, R., & Sampson, J. (1999). Peer Learning and Assessment. *Assesment and Evaluation in Higher Education*, 24(4), 413-426. doi: 10.1080/0260293990240405

Carlsson, E. (2012). Precepting and symbolic interactionism – a theoretical look at nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 457-464.

Carlson, E., Pilhammar, E., & Wann-Hansson, C. (2010). ”This is nursing”: Nursing roles as mediated by precepting nurses during clinical practice. *Nurses Education Today*, 30(2010), 763-767. doi: 10.1016/j.nedt.2010.01.020

Christiansen, A., & Bell, A. (2010). Peer learning partnership: exploring the experience of pre-registration nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, (19), 803-810. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02981.x.

Doody, O., & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*, 20(5), 28-33.

Duteau, J. (2012). Making a Difference: The Value of Preceptorship Programs in Nursing Education. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 43(1), 37-43. doi: 10.3928/00220124-20110615-01

Elo, S., & Kyngnäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Erlöv, I., & Petersson, K. (1998). *Från kall till akademi – ideologiska faser i sjuksköterskeutbildningen under 1900-talet*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U, H., & Lundman, B. (2004). Qualitativ content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, (24), 105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Ersta Sköndal högskola., Karolinska Institutet., Röda Korsets högskola., Sophiahemmet högskola., & Stockholms läns landsting. (2011). *Lärandemodell för verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeprogrammet*. Stockholm: SLL. Hämtad från <https://www.sll.se/Global/Jobb/Verksamhetsintegrerat%20%C3%A4rande/larandemodell-for-vil.pdf>

Hallin, K., & Danielson, E. (2010). Preceptoring nursing students: Registered Nurses' perceptions of nursing students' preparation and study approaches in clinical education. *Nurse Education Today*, 30(2010), 296-302. doi: 10.1016/j.nedt.2009.08.004

Hellström-Hyson, E., Mårtensson, G., & Kristofferzon, M-L. (2011). To take responsibility or to be an onlooker. Nursing students' experiences of two models of supervision. *Nurse Education Today*, 32(2012), 105-110. doi: 10.1016/j.nedt.2011.02.005

Jahren Kristoffersen, N. (2006). Omvårdnad- kunskap och kompetens. I Kristoffesen-Jahren, N., Nortvedt., & Skaug, E-A (Red.), *Grundläggande omvårdnad* (ss. 217-248). Stockholm: Liber.

Johansson, R., & Skärgren, L. (2013). *Vårdpedagogik och handledning*. Stockholm: Liber.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindskog, M., Löfmark, A., & Ahlström, G. (2009). Learning through participating on an interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*. 23(5), 486-497.

Lundman, B., & Granheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso – och sjukvård* (2:a uppl.) (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Löfmark, J. (2001). *Student Nurses in Clinical Practice: Studies on independence, assesment and performance*. Doktorsavhandling, Uppsala universitet.

Mamhidir, A-G., Kristofferzon, M-L., Hellström- Hyson, E., Persson, E., & Mårtensson, G. (2014). Nursing preceptors' experiences of two clinical education models. *Nurse Education in Practice*, 1-7. doi: 10.1016/nepr.2014.01.010

Manninen, K., Welin Henriksson, E., Scheja, M., & Silén, C. (2014). Patients' approaches to students' learning at a clinical education ward-an ethnographic study. *BMC Medical Education*, 14, 131.

Morgensten, E., Thorell-Ekstrand, I., & Löfmark, A. (2010). *Klinisk utbildning i högskolan: perspektiv och utveckling inom verksamhetsförlagd utbildning* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Ohrling, K., Hallberg, I R. (2001). The Meaning of preceptorship: Nurses' lived experience of being a preceptor. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 530-540.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (2:a uppl.). Stockholm: Liber

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ranse, K., & Grealish, I. (2007). Nursing students' perceptions of learning in the clinical settings of the dedicated education units. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 171-179.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sommerfeldt, S. C., Barton, S. S., Stayko, P., Patterson, S. K., & Pimlott, J. (2010). Creating interprofessional clinical learning units: Developing an acute-care model. *Nurses Education in Practice*, 11(2011), 273-277. doi: 10.1016/j.nepr.2010.12.003

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Staun, M., Bergström, B., & Wadensten, B. (2010). Evaluation of a PBL strategy in clinical supervision of nursing students: Patient-centred training in student-dedicated treatment rooms. *Nurse Education Today*, 30(7), 631-637. doi: 10.1016/j.nedt.2009.12.013

Stone, R., Cooper, S., & Cant, R. (2013). The value of peer learning in undergraduate nursing education: a systematic review. *IRSN Nursing*, (2013). doi: 10.1155/2013/930901

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Öhrling, K., & Hallberg, I R. (2001). The meaning of preceptorship: nurses' lived experience of being a preceptor. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 530-540. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01681.x

Forskningspersonsinformation

Sjuksköterskors upplevelser av att handleda studenter i en studentsal på en akutvårdsavdelning

Bakgrund: Under de senaste åren har bristen på legitimerade sjuksköterskor ökat. Det saknas både specialistsjuksköterskor och allmänsjuksköterskor på akutsjukhusen. Utbildningsplatserna i sjuksköterskeprogrammet på många av landets universitet och högskolor har ökat. Det innebär nya krav på klinikerna att ta emot fler sjuksköterskestudenter och det innebär också att det måste finnas legitimerade sjuksköterskor som kan handleda dessa studenter under den verksamhetsförlagda utbildningen. Som ett led i utvecklingen har Karolinska sjukhuset valt att starta studentsalar på många avdelningar. Genom denna åtgärd avser sjukhuset kunna ta emot fler sjuksköterskestudenter på klinikerna och ge dessa en god utbildningsmiljö men utan att öka antalet handledare.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att handleda sjuksköterskestudenter i studentsal på en akutvårdsavdelning.

Förfrågan om deltagande:

Du tillfrågas, i egenskap av legitimerad sjuksköterska med erfarenhet av handledning av sjuksköterskestudenter i en studentsal på en akutvårdsavdelning i minst tre månader, till deltagande i studien.

Studiens genomförande: Du kommer att bli intervjuad av den studieansvariga studenten. Studieansvarig är legitimerad sjuksköterska och arbetar själv på en akutvårdsavdelning med handledning av sjuksköterskestudenter. Intervjuaren har ingen koppling till den klinik Du arbetar på. Intervjun kommer att ta mellan 20-30 minuter och kommer att genomföras i en avskild lokal i nära anslutning till Din arbetsplats. Samtalet kommer att spelas in.

Hantering av data och material: De inspelade samtalen kommer sedan transkriberas ordagrant och sparas ner på den studieansvarige studentens dator. Denna dator är lösenordsskyddad och ingen annan person kommer att ha tillgång till materialet. Efter transkribering kommer ljudfilen att raderas/förstöras. All insamlad data kommer att aidentifieras och kodas så att ingen data ska kunna härledas till en specifik deltagare i studien. Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på DIVA som är en gemensam internetportal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Om Du vill ta del av studieresultatet skickas gärna en kopia på arbetet till Dig efter förfrågan, när det är godkänt av examinator.

Frivillighet: Deltagande i studien är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande utan att uppge anledning.

Frågor: Om Du har frågor gällande studien är Du välkommen att kontakta studieansvarig student eller handledare via e-post eller telefon. Kontaktuppgifter finns angivna nedan.

Om Du vill delta i studien ber jag Dig att fylla i samtyckesformuläret och återsända det till mig i bifogat svarskuvert.

Ansvariga

Student

Mikael Borgenstål
Leg. Sjuksköterska

Tel: 0733-841322

E-post: mikael.borgenstal@karolinska.se

Handledare

Linda Gellerstedt
Leg. Sjuksköterska, Fil mag.,
Högskoleadjunkt

Tel: 08-4062981

E-post: linda.gellerstedt@shh.se

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av ovan nämnd information och fått möjlighet att ställa de frågor jag haft. Jag samtycker därför till deltagande i studien. Jag samtycker även till att mina personuppgifter hanteras enligt personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

.....
Ort och Datum

.....
Underskrift forskningsperson

.....
Namnförtydligande

Härmed intygas att information gällande studien har lämnats, muntligt och skriftligt till ovan person.

.....
Ort och datum

.....
Mikael Borgenstål (forskningsansvarig)

.....
Namnförtydligande

Intervjuguide

Inledande fråga:

Berätta om dina upplevelser av att handleda studenter på studentsal?

Frågor angående handledning:

- Kan du berätta vad du upplever som positivt med att handleda på studentsal?

Följdfråga: Kan du utveckla det?

- Finns det stunder så du upplever handledningsmodellen som negativ och i så fall kan du berätta lite om det?

Följdfråga: Kan du utveckla det?

Alt.

Berätta om handledningssituationer som gynnas av handledning i studentsal?

Följdfråga: Hur upplevde du det? Kan du utveckla?

Berätta om handledningssituationer som inte gynnas av handledning i studentsal?

Följdfråga: Hur upplevde du det? Kan du utveckla?

Följdfrågor som kommer att användas under intervjun

- Hur upplevde Du det?
- Varför tror du att det blev så?
- Varför tror du att det kändes så?
- Kan du utveckla det resonemanget?

Slutligen:

Önskar du berätta något mer innan vi avslutar eller är det något du vill fråga mig?