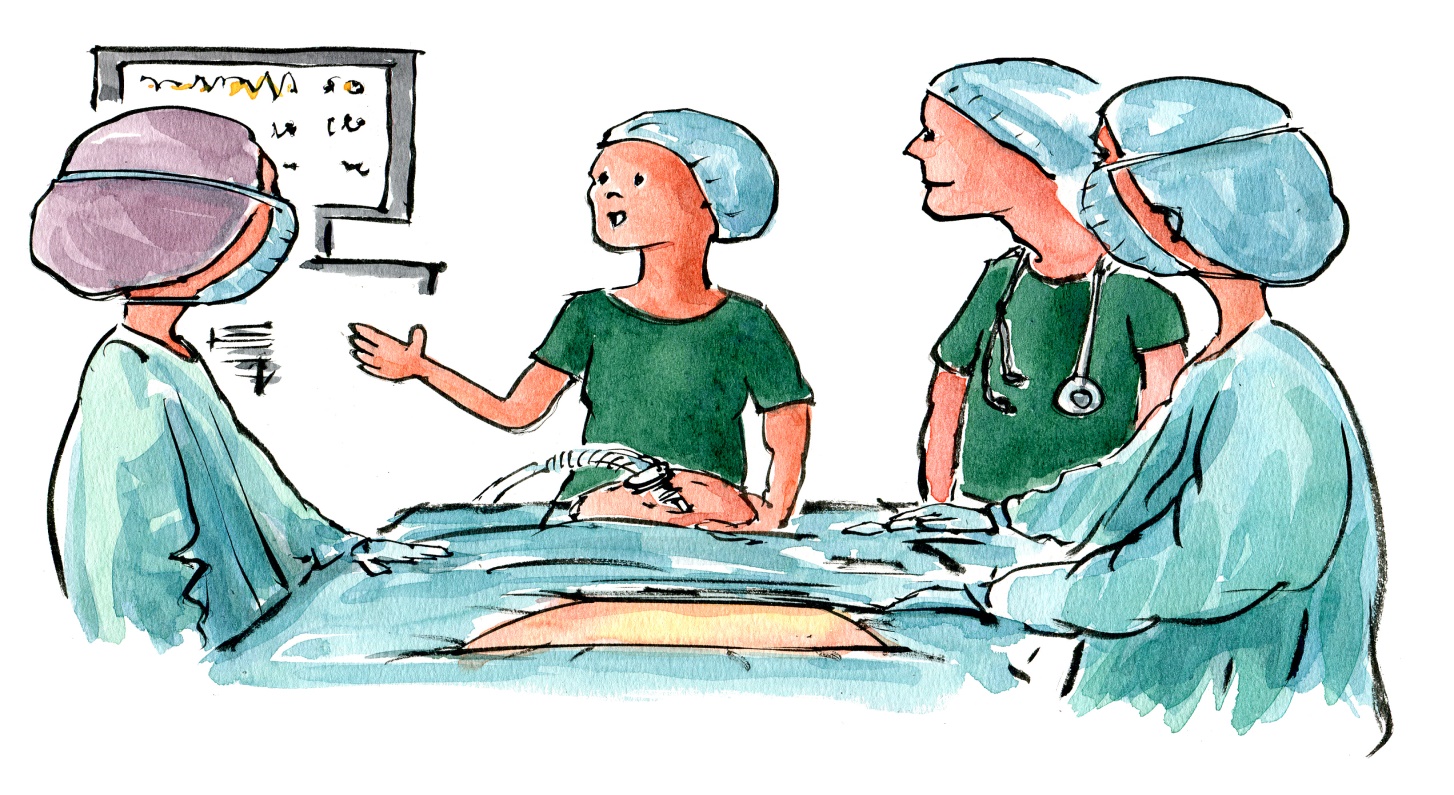
**En undersøgelse af hvilke faktorer og egenskaber, der i relationen mellem kursist og klinisk vejleder, har særlig betydning for kursisters læring i praksis**

****

**Charlotte Allermann – studienr.: 20130427**

**Jette Vibjerg – studienr.: 20130280**

**Master i Læreprocesser – Didaktik og professionsudvikling**

**Speciale 4. semester**

**Aalborg Universitet, Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi**

**Vejleder: Birthe Lund**

**Antal sider: 78**

**Antal anslag inkl. mellemrum: 190.479**

**Afleveringstidspunkt: 18.12 2014**

# Summary

We work as anesthesia nurses and both as clinical supervisors, with a focus on the education of anesthesiology nurses (students). This is a group of trained, registered nurses that attend the two-year program for specialized training. The objective of the program is to ensure that students acquire the necessary expertise to meet the requirements of anesthesia nursing. It is primarily a practically oriented education, with a focus on learning-in-practice. Students are coached in a close relationship with a supervisor and engage gradual learning in clinical practice with the use of relevant theory.

Our particular problem formulation is grounded in the complexity we experience in organizational development. How do we ensure that students are offered qualified coaching and supervision and how do we define a well-functioning and high-performance relationship between students and supervisors. The objective is to gain a better understanding of which of 22 pre-defined characteristics, previously identified in an American study (2011), are considered the most important by both supervisors and students. We also want to investigate if other factors influence the attitudes of supervisors and students.

**Key question and problem formulation**

Which characteristics - specifically related to the relationship between supervisor and student - influence student learning in clinical practice?

**Methodology**

Our methodological approach is a combination of a meta-analysis of existing literature and research using a descriptive, quantitative research, where analysis is based on survey data.

We describe the nursing profession primarily through the work of Molander & Terum, along with Lauvaas & Handals theories of learning and practice theory and Lis Moeller‘s studies of psychological and sociological part of the relationships. We also lean on Illeris`s theory of learning to understand the environment of teaching nurses, along with a presentation of our education system.

Since our key question and problem formulation is concerned with understanding how students and supervisors score the relative importance of the before-mentioned factors, we have surveyed 82 respondents (students and clinical supervisors) in “Region Midt” in Denmark. The survey collects a combination of quantitative and qualitative data through both open-ended questions and by applying a 5-point likert-scale to score the importance of each of the 22 factors.

**Conclusion**

We conclude that all 22 factors are considered of relative importance for both students and clinical supervisors. Among the most important factors identified are the supervisor’s own desire to supervise and coach, individualized coaching/supervision and the active support of the student’s development of autonomy.

Generally speaking, students and supervisors responded similarly to the relative importance of the 22 characteristics. There is nothing to indicate a significant difference in their attitudes towards their relation and practice-based learning.

But based on the qualitative data, we conclude that both students and supervisors experience challenges in the relationship between supervisor and student. They especially emphasize the importance – and the challenges – of mutual trust in the practice-based learning situation as a prerequisite for a positive outcome.

Indholdsfortegnelse

[Summary 1](#_Toc406644082)

[1.0 Indledning 6](#_Toc406644083)

[1.1 Problemstilling 7](#_Toc406644084)

[1.2 Formålet med specialet 9](#_Toc406644085)

[2.0 Afgrænsning 9](#_Toc406644086)

[2.1 Problemformulering 10](#_Toc406644087)

[3.0 Specialets videnskabsteoretiske tilgang 10](#_Toc406644088)

[4.0 Metodebeskrivelse 13](#_Toc406644089)

[4.1 Metodebeskrivelse i forhold til litteraturstudiet 14](#_Toc406644090)

[4.2 Forskningsdesign og metode 17](#_Toc406644091)

[4.2.1 Metode til indsamling af empiri 19](#_Toc406644092)

[4.2.2 Udvælgelse af respondenter 20](#_Toc406644093)

[4.3 Udarbejdelse af spørgeskema 20](#_Toc406644094)

[4.3.1 Dataindsamlingsmetoder og begrundelse for valg af spørgsmål 22](#_Toc406644095)

[4.4 Analysestrategi 24](#_Toc406644096)

[4.4.1 Validitet 26](#_Toc406644097)

[4.4.2 Reliabilitet 27](#_Toc406644098)

[4.4.3 Bias 27](#_Toc406644099)

[5.0 Anæstesisygeplejen som profession 27](#_Toc406644100)

[5.1 Anæstesisygeplejen som profession, set i et historisk perspektiv 28](#_Toc406644101)

[5.2 Anæstesisygeplejen som profession i sin nuværende form 31](#_Toc406644102)

[6.0 Beskrivelse af Specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske og praksiskonteksten ud fra et vejledningsperspektiv 34](#_Toc406644103)

[6.1 Begrebsafklaring af specialets forståelse af vejledning 34](#_Toc406644104)

[6.2 Beskrivelse af de overordnede rammer for specialuddannelsen 35](#_Toc406644105)

[6.3 Beskrivelse og analyse af vejledningskonteksten i specialuddannelsen 37](#_Toc406644106)

[6.4 Beskrivelse og analyse af vejledning med fokus på relation mellem kursist og vejleder 39](#_Toc406644107)

[7.0 Læringskonteksten i specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske 41](#_Toc406644108)

[7.1 Læreprocessen og læringstyper 45](#_Toc406644109)

[8.0 Analyse af empiri og diskussion. 47](#_Toc406644110)

[8.1 Beskrivelse og analyse af variablerne i spørgeskemaet 47](#_Toc406644111)

[8.1.1 Aldersfordelingen på kursister og kliniske vejledere 47](#_Toc406644112)

[8.1.2De kliniske vejleders erfaring som vejleder 48](#_Toc406644113)

[8.1.3 De kliniske vejleders pædagogiske uddannelse 48](#_Toc406644114)

[8.1.4 Kursisternes erfaring som sygeplejerske inden starten på uddannelsen 49](#_Toc406644115)

[8.2 Respondenternes samlede vurdering af de 22 egenskaber og faktorer 50](#_Toc406644116)

[8.2.1 Analyse af respondenternes vurdering af de 22 faktorer og egenskaber 52](#_Toc406644117)

[8.2.2 Vejlederens professionskompetencer 52](#_Toc406644118)

[8.2.3 Vejlederens forudsætning for vejledning 54](#_Toc406644119)

[8.2.4 Vejlederens betydning for relationen til kursisten 56](#_Toc406644120)

[8.2.5 Konsultationsvejledning kontra supervisionsvejledning 59](#_Toc406644121)

[8.2.6 Diskussion af respondenternes vurdering af de 22 faktorer og egenskaber 61](#_Toc406644122)

[8.3 Meningsfortolkning af kvalitativt spørgsmål 61](#_Toc406644123)

[8.3.1 Vejledning/læring 63](#_Toc406644124)

[8.3.2 Relationen 65](#_Toc406644125)

[8.3.3 Tid/rammer 67](#_Toc406644126)

[8.3.4 Det personlige kontra det faglige 68](#_Toc406644127)

[8.3.5 Evaluering/kommunikation 70](#_Toc406644128)

[8.3.6 Samlet diskussion af det kvalitative spørgsmål 71](#_Toc406644129)

[8.4 Fælles diskussion 72](#_Toc406644130)

[9.0 Metodekritik 75](#_Toc406644131)

[10.0 Konklusion 77](#_Toc406644132)

[11.0 Perspektivering 78](#_Toc406644133)

[Referencer 79](#_Toc406644134)

[Bilagsfortegnelse 83](#_Toc406644135)

[Bilag 1: Spørgeskema 84](#_Toc406644136)

[Bilag 2: Følgebrev til respondenter 87](#_Toc406644137)

[Bilag 3: Krydstabulering 90](#_Toc406644138)

[Bilag 4: Faktoranalyse 120](#_Toc406644139)

[Bilag 5: 1. års kursisterne kontra 2. års kursisterne 123](#_Toc406644140)

[Bilag 6: Respondenternes kvalitative udsagn 137](#_Toc406644141)

[Bilag 7: De kliniske vejleders vurdering af vigtigheden af at vejlederen er pædagogisk uddannet 141](#_Toc406644142)

Copyright:

Forsidebillede er venligst udlånt af Dansk Institut for Medicinsk Simulation – Herlev Hospital (N-ANTS).

# 1.0 Indledning

Gennem vores arbejde som henholdsvis uddannelsesansvarlig anæstesisygeplejerske og klinisk vejleder har vi i mange år arbejdet med uddannelse af anæstesikursister, og været en del af den daglige oplæring og vejledning af voksne uddannede sygeplejersker, der følger den 2. årige specialuddannelse til anæstesisygeplejerske. Specialuddannelsen er primært en praktisk uddannelse med fokus på læring gennem arbejdet med problemstillinger i en konkret praksis. I forhold til at kursisten skal erhverve sig de specifikke færdigheder i praksis, sker denne oplæring under vejledning og med henblik på øget selvstændighed med tiden. Funktionsområdet inden for specialuddannelsen ligger ud over hvad uddannelsen til sygeplejerske giver af funktionelle og reelle kompetencer, da det i modsætning til andre specialuddannelser ikke er muligt at agere inden for feltet uden specialuddannelsen (Krag & Truelsen, 1997). Samtidig er vi inden for et felt, hvor hensynet til patientens sikkerhed er essentielt. Dette betyder at denne nødvendigvis må vægtes højere end den enkelte kursists læring. Det kan få konsekvenser for vejledningen af kursisten i praksis i og med vi først og fremmest må have øje for patientsikkerheden. Vejledningsfeltet befinder sig indenfor et område hvor der kan opstå en konflikt mellem uddannelse og produktion. Patienten og dennes behandling er det centrale omdrejningspunkt, og dermed vil produktionen styre de læringsmuligheder der tilbydes kursister i klinisk praksis. Det optimale vil være at der er en balance mellem, det Ellström kalder, produktionslogik kontra udviklingens logik. Det er hvor praksis foregår på en stabil, professionel og effektiv måde, og hvor man griber de læringssituationer som opstår ved at fremme refleksion (2012, s. 470 ff.).

Anæstesisygeplejen kan karakteriseres som en profession, hvorfor anæstesisygeplejersken i mødet med patienten repræsenterer faget og ikke sig selv som privatperson (Grimen, 2010b, s. 146). Det er derfor af afgørende betydning hvordan den enkelte anæstesisygeplejerske agerer. Samtidig er det vigtigt at gøre sig klart at sygeplejersken under uddannelse til anæstesisygeplejerske (kaldet kursister) også vil være repræsentant for anæstesisygeplejen fra det øjeblik denne starter på uddannelsen, selvom kursisten på daværende tidspunkt ikke vil have de fornødne kompetencer. Anæstesisygeplejen er samtidig en profession hvis overlevelse er afhængig af opretholdelsen af samfundets tillid til selve professionen, samt til at de uddannede anæstesisygeplejersker kan håndtere de opgaver de stilles over for på såvel etisk som moralsk ansvarlig måde (Grimen, 2010b, s. 152f.). I forhold til læring hos den enkelte kursist betyder dette, at det ikke kun er nødvendigt at besidde de rent instrumentelle kompetencer, men de må tillige udvise en adfærd der bygger på normer og værdier der er forendelige med de normer og værdier der er specifikke for anæstesisygeplejen (Grimen, 2010b, s. 146ff.). Dette medfører at de tilrettelagte læringsprocesser skal inddrage hele personen som skal lære. Det er ikke kun de praktiske færdigheder der er fokus på (Illeris, 2009, s. 39).

Vejledning af kursister er en måde til at kvalificere dem til funktionsområdet for anæstesisygeplejersker, og det forekommer som en trinvis forberedelse og gradvis oplæring i klinisk praksis med kobling af relevant teori. Gennem uddannelsen vejledes kursisten både af anæstesisygeplejersker, der er ansat i funktionen som kliniske vejledere, og ”almindelige” anæstesisygeplejersker. Kursisterne møder således mange forskellige vejledere gennem deres uddannelse. Vejledningen foregår gennem et tæt samarbejde mellem vejleder og kursist omkring den samme arbejdsopgave, relationen mellem kursisten og vejlederen får derfor en betydning for kursisters læring. I alle de relationer vi indgår i er det vores grundlæggende menneskelige kvaliteter og personlighedstræk i vores individuelle socialisering der aktiveres (Møller, 2014, s. 15). Med vejleders oplæring af kursister i klinisk praksis foregår det i en relation mellem to professionelle. Både vejleder og kursister er af profession sygeplejersker og kursisterne kommer ofte fra stillinger hvor de var fagligt kompetente. Det komplekse i oplæringen af kursister kan måske findes i den *professionelle relation*. Det antages at man i relationen som mennesker er ligeværdige, men i den konkrete praksiskontekst, er man ikke ligestillet. Relationen er asymmetrisk og det kan fremkalde stærke følelser mellem kursist og vejleder. Vi har med voksnes læring at gøre, og det handler om at se på kursister, som personer med en forforståelse der er præget af deres tidligere erfaring (Illeris, 2009). Selvom vi står overfor to professionelle grupper er det dog forskellige tilgange de har til situationen. Vejlederen vil ideelt set være til stede i relationen med fokus på at bidrage til kursistens trivsel, udvikling og læring, mens kursistens fokus i højere grad vil være på dennes ”*indre mental tilegnelses- og bearbejdelsesproces, hvorigennem impulserne fra samspillet integreres med resultaterne af tidligere læring*” (Ibid., s. 43). I et *”professionelt samspil påvirkes vi af den andens bidrag, af samspillets dynamik, af vores forforståelser, vores indre tilstande, vores egne behov og af vores specifikke faglige viden”* (Møller, 2014, s. 15).

## 1.1 Problemstilling

Vores problemstilling skal findes i den kompleksitet, vi tidligere har beskrevet overordnet i organisationen omkring produktion og udvikling, men også i vores praksiskontekst. Hvordan sikrer vi at kursisterne tilbydes en kvalificeret vejledning og hvordan fungerer relationen mellem de professionelle?

Der findes studier som tyder på at anæstesikursister ikke oplever en tilstrækkelig kvalificeret vejledning og dette er ikke et isoleret dansk fænomen. Det ses i et amerikansk studie at 39 % har oplevet verbal overfusning, og det konkluders i studiet, at dette er en følge af manglende pædagogisk uddannelse af de anæstesisygeplejersker som kursisterne følger (Elisha, 2011). Et af de få danske studier der er foretaget inden for området, omhandler anæstesikursisters opfattelse af det kliniske læringsmiljø på anæstesiafdelinger, og viser at 26 % af kursisterne kun er *delvis enige* i at have tillid til deres vejleder (Jensen, 2013).

Vi har tillige fund fra vores 2. semester projekt, som tyder på at kursisterne oplever at relationen mellem vejleder og kursist kan være problemfyldt. Projektet omhandlede læringsformens betydning for kursisternes læring samt rolleopfattelse, og herunder interviewede vi to kursister. Et af vores fund var at kursisterne i nogle vejledningssituationer spillede skuespil og indordnede sig efter vejlederen. En kursist beskriver det således, hvor hun giver udtryk for at hun ikke får den optimale læring ud af situationen; *”(..)at man nogle gange skal spille skuespil som jeg egentlig synes er ærgerligt i stedet for at man får noget ud af det i sin kursist rolle”.* Andre fund omhandlede selve relationen mellem kursist og vejleder, hvor en kursist udtrykker det således*; ”nogen kan have en tendens til at tænke at så er vi sygeplejestuderende igen, og det er vi ikke”*. Folk skal huske at vi er *”voksne mennesker med en baggrund og så må man gerne sætte sig ind i den baggrund(..)”* eller: *”Jeg har helt sikkert lært mest der hvor at det er i øjenhøjde og vi er voksne mennesker begge to”* (Allermann og Vibjerg, 2013).

I hvor høj grad dette havde betydning for deres læring kunne vi ikke afgøre. Vi måtte dog konkludere, at noget af den vejledning de havde modtaget ikke havde imødekommet deres forventninger, samtidig med at forholdet mellem vejleder og kursist ikke på nogen måde havde været ligeværdigt (Ibid., 2013). I situationer hvor vejleder og kursist skal opnå noget i fællesskab er det, ifølge Schaarup, vigtigt at vejlederen viser kursisten hvilken relation der skal skabes mellem dem. Skaarup pointerer at relationen mellem dem ikke skal være et ”feel-good” forhold, men holdes inden for en pædagogisk relation. Vejlederen skal have initiativpligten og lede mere end at vejlede, fordi vejlederen er den erfarne og ved hvad der skal læres/opnås. Relationen vil, ifølge Schaarup, altid være asymmetrisk (2012). Der vil implicit være et ulige magtforhold i relationer som disse, men magten skal ikke nødvendigvis forstås som noget negativt (Ulvestad, 2014, s. 159). Noget af det særlige ved den individuelle vejledning er netop, at kursisterne er underlagt vejlederens magt samt måde at vejlede på, idet det er karakteristisk for vejledningen inden for det somatiske område, og anæstesien i særdeleshed, at denne vejledning foregår uden tilhører (Lauvås og Handal, 2010, s. 26).

Ifølge Schaarup har det centrale i vejledningen gennem de sidste mange år været et psykologisk aspekt frem for et didaktisk (2012). Er dette tilfældet vil det i højere grad være relationen mellem kursisten og vejlederen frem for den faglige udvikling hos kursisten, der er i fokus. Schaarup sætter samtidig fokus på mange vejlederes behov for at *”blive elsket og anerkendt af den studerende”* (Ibid.). Det åbner mulighed for at relationen mellem kursist og vejleder ikke bliver professionel, og magten bliver formodentlig ubevidst og i disse tilfælde anvendt på en illegitim måde. Lauvås & Handal beskriver den selvsamme problematik, idet de mener at: ”*Vejledningen repræsenterer langt større muligheder for effektiv og omfattende kontrol end andre arbejdsformer”.* Således er den vejledte *”prisgivet vejlederens private motiver hvad enten det gælder et ønske om magtudøvelse og kontrol, indsigt i privatlivet eller demonstration af egen fortræffelighed”* (2010, s. 28).

## 1.2 Formålet med specialet

De tre amerikanske forskere Smith, Swain og Penprase har i et amerikansk studie fra 2011, undersøgt hvilke karakteristika/egenskaber der synes effektive hos kliniske vejledere, inden for vejledning/undervisning af sygeplejersker under uddannelse til anæstesisygeplejerske i USA. Vi har ikke kunnet finde lignende undersøgelser foretaget i Danmark, og da studiet er foretaget i en kontekst der har lighedspunkter med vores, samt har interessante fund, er vi blevet inspireret af dette studie. Vi vil derfor i vores speciale tage udgangspunkt i deres forskningsmetode.

Vi ønsker med specialet at opnå en større viden om hvilke faktorer og egenskaber kliniske vejledere og kursister finder vigtigst hos en vejleder, fordi det er vejlederen der har initiativpligten og det faglige forspring. Samtidig vil vi undersøge om der er forhold der indikerer at have indflydelse på de kliniske vejlederes og kursisters holdning til hvad relationen betyder for kursisters læring i praksis. Specialets formål er således ikke at finde svar, men mere at finde forhold der kan indvirke på relationen mellem kursist og vejleder, og dermed på kursisternes læringsudbytte.

# 2.0 Afgrænsning

Vejledning af kursister er en måde at kvalificere dem til funktionsområdet til anæstesisygeplejersker, og denne oplæring sker, som beskrevet i det foregående, i et tæt samspil mellem klinisk vejleder og kursist. Dette samspil kan imidlertid kompliceres af flere forhold, og vi vil derfor gerne søge at identificere forhold der kan have betydning for relationen mellem kursist og klinisk vejleder. Vores fokus i undersøgelsen er faktorer og egenskaber hos de kliniske vejledere, men vi er bevidste om at kursistens tilgang og måde at agere på også har betydning for relationen. Derfor søges i specialet at fremhæve begges perspektiver.

De kliniske vejledere er anæstesisygeplejersker, der har en tillægsfunktion, hvor der stilles krav og forventninger til deres kompetencer inden for pædagogisk arbejde, samt klinisk praksis. Derudover skal de foruden at være fagligt velfunderet, have lyst og interesse for uddannelse og udvikling (Uddannelsesordning, 2007).

Anæstesikursister er uddannede sygeplejersker, med minimum to års klinisk erfaring, som bliver kontraktansat i en uddannelsesstilling, på et af de sygehuse der er godkendt som uddannelsessted i Region Midt (Ibid.).

Dette fører os frem til følgende problemformulering.

## 2.1 Problemformulering

**Hvilke faktorer og egenskaber, i forholdet mellem klinisk vejleder og kursist, har særlig betydning for kursistens læring i en praksiskontekst?**

# 3.0 Specialets videnskabsteoretiske tilgang

Vi ønsker gennem dette speciale at opnå en større viden om, hvilke faktorer og egenskaber de kliniske vejledere og kursister finder vigtigst, hos en vejleder. Hvorfor der ud fra et epistemologisk perspektiv anlægges en subjektiv tilgang til specialet, hvor det er de kliniske vejlederes og kursisternes holdning til betydningen af faktorerne og egenskaberne vi vil undersøge. Desuden ønsker vi at undersøge om der er faktorer der indikerer at have indflydelse på de kliniske vejlederes og kursisternes holdning. Derfor tages i dette speciale udgangspunkt i kritisk teori, idet denne: ”*()konceptualiserer den konkrete problemstilling, bidrager til at identificere relevante analysetemaer i det empiriske materiale samt indplacerer analysen i et større samfundsmæssigt og kulturelt perspektiv*” (Nielsen, 2010, s. 339f).

Problemfeltet mener vi således ikke kan ses i et isoleret lys, men derimod må ses ud fra helheden, og den kontekst dette er indplaceret i, hvorfor vi finder det væsentligt at beskrive vejledningskonteksten, samt rammesætte denne indenfor professionen som anæstesisygeplejerske. Samtidig ligger der i denne videnskabsteoretiske retning en problematisering over tanken om forskning som en objektiv og værdifri skabelse af viden. Forskning ses i højere grad som en fortolkning, og dermed bliver det afgørende at definere vores udgangspunkt for at foretage undersøgelsen, samt hvilket forskningsmæssigt paradigme vi anskuer verden med. Således vil dette have betydning ikke alene for måden vi vælger at undersøge vores problemstilling, men også selve problemstillingen. Vores valg i forhold til at undersøge de kliniske vejledere og kursisternes holdning til faktorerne og egenskaberne, rummer den begrænsning at der ikke nødvendigvis er sammenhæng mellem de holdninger den enkelte udtrykker og den måde denne agerer på. Konteksten for undersøgelsen gør imidlertid at det, i vores optik, er vanskeligt at supplere undersøgelsen med feltobservationer, eller lignende der kunne have kvalificeret respondenternes besvarelser.

Kendetegnende for kritisk teori er at denne: *”()lægger hovedvægten på den teoretiske rammesætning, der kvalificerer undersøgelsens problemhorisont (Ibid. s. 353). S*åledes bidrages gennem teorien et refleksionsrum i forhold til det empiriske materiale.Imidlertid finder vi det nødvendigt i forhold til vores litteraturstudie, samt dataanalyse at supplere kritisk teori med en hermeneutisk videnskabsteoretisk tilgang, idet vi gennem denne, kan få mere konkrete metodiske analyse begreber.

Det grundlæggende spørgsmål i al videnskab er om vi reelt kan sige at vide noget eller om alle sandheder er relative (Thurén, 1983, s. 9). Kritisk teori tager oprindeligt udgangspunkt i Karl Marx`s teori, hvis hensigt ikke kun var at fortolke verden men også forandring af denne (Presskorn-Thygesen, 2012, s. 34f). Den egentlige udvikling af kritisk teori som teoretisk-videnskabelig tradition, skete dog fra begyndelsen af 1930´ernes Tyskland, ved *Institut für Sozialforschung* i Frankfurt am Main (den såkaldte Frankfurterskole), som en reaktion på samtidens ideologiske holdninger, samt den herskende positivistiske opfattelse af at det var muligt at finde en objektiv og sand viden. Kritisk teori gør således op med ideen om analysen som en verificering eller falsifikation af teoretiske teser. Teorien tager derimod afsæt i hermeneutikken, men sætter denne ind i et samfundsperspektiv, hvor mennesket ikke kun skal ses som et enkelt individ, men må ses i forhold til den kontekst og det samfund dette er indlejret i. Analysen får derved et mere helhedsorienteret præg (Nielsen, 2010, s. 339ff).

Teoretikerne inden for kritisk teori, har med deres forskellige teoretiske baggrunde et heterogent udgangspunkt, og kan ikke betegnes som en homogen gruppe. Der findes således store forskelle i grundholdningerne mellem de enkelte teoretikere samt mellem de tre generationer af teoretikere der kendetegner Frankfurterskolen (Ibid. s. 339f).

Centralt i 2. generation er sociologen og filosoffen Jürgen Habermas som blev leder af instituttet i 1965. Han var i kritisk dialog med mange af datidens teoretikere, herunder hermeneutikeren Hans-George Gardamer, og inddragede gennem disse elementer af forskellige videnskabsteoretiske retninger i sit eget bud på kritisk teori. Habermas har et omfattende og vidtspændende forfatterskab bag sig, men havde i sine senere år specielt fokus på kommunikationen, og det han kaldte den *”herredømmefri diskurs”*, hvor han dog mente at ulighed i magtforhold og økonomiske relationer forhindrer en gensidig forståelse i kommunikationen (Ibid. s. 349ff)(Illeris, 2009, s. 117).

I Habermas optik har mennesket en værdimæssig bundethed, hvilket betyder at den forskningsmæssige baggrund er uhyre vigtig at afklare, idet vi aldrig vil være værdifri, og altid vil tilgå videnskaben ud fra vores baggrund. Samtidig mener han ikke der er noget ståsted uden for den sociale praksis, selv om der, som forsker, er tale om en særlig type deltagelse. Fortolkningen får dermed en central position i denne variant af den kritiske teori (Nielsen, 2010, s. 349ff).

Ricoeur, som i lighed med Gadamer er inspireret af Heidegger, beskæftiger sig med den hermeneutiske fænomenologi, med de tre grundbegreber i videnskabsteorien: forståelse, forklaring og fortolkning. Således mener han at forståelsen af et givet fænomen altid vil være baseret på en fortolkning, samtidig med at forudsætningen for forståelsen er viden om konteksten. For at forstå denne kontekst, er det imidlertid nødvendigt at have en viden om baggrunden for denne, samt hvilke sammenhænge denne indgår i. Dermed bliver forklaringen et vigtigt element i forståelsen af sammenhængen (Ricoeur, 1973, s. 112ff.).

Fortolkningen bliver dermed, som også beskrevet gennem kritisk teori, et afgørende element i forhold til vores undersøgelse. Dette både i forhold til vores forståelse samt beskrivelse af konteksten for undersøgelsen, selve undersøgelsen og den senere bearbejdning og analyse af de empiriske data der fremkommer ved denne. Samtidig vil analysen af det teoretiske fundament vi vælger at rammesætte vores undersøgelse ud fra, ligeledes basere sig på vores fortolkning. Vores bearbejdning og analyse af teorien og det empiriske materiale, består i at ”*kæde en ny diskurs sammen med tekstens diskurs*” (Ibid., s. 121), herved brydes enkeltelementerne op, hvorved der kan dannes en ny betydning af helheden.

Denne bearbejdning og analyse kan også anskues ud fra den hermeneutiske cirkel. Den beskrives med udgangspunkt i Gadamer, der er positioneret indenfor den fænomenologiske hermeneutik, hvor et af de centrale temaer er den menneskelige forståelse. Således ser han forståelsesprocessen som en hermeneutisk cirkel, hvor vores forståelse altid vil være præget af vores forforståelse. Forståelsen vil danne udgangspunkt for vores efterforståelse, som igen vil danne udgangspunktet for vores nye forforståelse (Feilberg & Keller, 2013) (Thisted, 2012, s. 64).

Vores oplevelse af et givent fænomen vil, i Gardamers optik, altid være på baggrund af vores forforståelse. Denne forforståelse kaldes også fordomme, hvilket ikke skal forstås i en negativ betydning, idet disse er forudsætningen for forståelse af konteksten (Feilberg & Keller 2013). Vores baggrund som henholdsvis klinisk vejleder og uddannelsesansvarlig, danner hermed udgangspunktet for vores viden og forforståelse omkring specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske, som er konteksten for specialet. Dette sætter os i stand til at beskrive og analysere konteksten, samt stille kvalificerede spørgsmål i vores undersøgelse, men rummer samtidig en fare for at der er forhold vi vil overse, idet disse vil være indforståede for os. Ligeledes skaber vores forforståelse en risiko for bias, idet denne kan betyde at vi ikke er åbne over for nye fund. Habermas mener imidlertid det er utopi, som forsker at sætte sin forforståelse i parentes (Nielsen, 2010, s. 532), hvilket understreger nødvendigheden i at klarlægge vores forforståelse, i forhold til at kvalificere vores undersøgelse.

Den enkeltes forståelse ses ud fra det ståsted man har i forståelsessammenhængen, hvor vidden i udsynet med Gardamers begreb betegnes som horisonten. ”*Horisonten er den synsvidde, der inkluderer det, der kan ses fra et bestemt udsigtspunkt*” (Fredslund, 2012, s.82). Dette betyder imidlertid også, at vi ikke kan være sikre på at de kliniske vejledere og kursister har den samme forståelse af de begreber der bruges i undersøgelsen, som vi har, idet de ser verden ud fra hver deres ståsted. Samtidig betyder forsker-respondent-distancen at vi ingen mulighed har for at få defineret eller afprøvet deres forståelse af de forskellige begreber.

# 4.0 Metodebeskrivelse

Metodebeskrivelsen vil indledningsvis redegøre for specialets opbygning, samt de anvendte metoder som præsenteres i tre hovedafsnit.

Den første del beskriver overordnet vores valg af litteratur, vores forskningsdesign og metode, samt analysestrategi. Den anden del er en beskrivelse af vores profession, praksiskontekst og læringskontekst og den tredje del er en fremstilling af vores empiriske undersøgelse og fund. Alt samles til sidst i en fælles analyse og diskussion, som afsluttes med en konklusion samt perspektivering.

Vi vil med hjælp fra litteraturen beskrive vores profession, fordi omdrejningspunktet for vejledning inden for specialuddannelsen, er at lære kursisten anæstesisygeplejen som profession. Vi vil beskrive vores praksiskontekst og læringskontekst, som vi mener er komplekse, set i forhold til de muligheder vi har for vejledning og læring. Vejledningsforløbet er inden for uddannelsen af anæstesikursister afgørende og derfor vil vi se på specielt et element, nemlig relationen mellem kursist og klinisk vejleder. Vi anvender teorien til at perspektivere samt bringe nye horisonter i spil.

En beskrivelse af vores forskningsdesign og metode, danner udgangspunktet for vores empiriske undersøgelse. Vi fremstiller og analyserer resultaterne fra vores empiriske undersøgelse, med inddragelse af vores teoretiske analyse. Da vi sidst i spørgeskemaet giver respondenterne mulighed for at komme med egne beskrivelser/udsagn, vil vi kategorisere svarene samt meningsfortolke ud fra en hermeneutisk forståelse. Vi vil samle meningsfortolkningen i en diskussion, og respondenternes udsagn vil blive bragt i spil i en fælles diskussion til sidst i specialet.

## 4.1 Metodebeskrivelse i forhold til litteraturstudiet

I specialet beskrives og analyseres anæstesisygeplejen ud fra et professionshistorisk perspektiv, hvor der er taget udgangspunkt i forskellige publikationer udarbejdet på foranledning af Dansk Sygepleje Råd, herunder ”*Vikarassistent i narkose og andet forfaldent arbejde søges! Baggrund for etablering af specialuddannelser i anæstesi og intensivsygepleje*” udarbejdet af sygeplejerske og Master i Professionsudvikling Susanne Dahl, hvor anæstesiens historie beskrives med specielt fokus på sygplejerskers funktion inden for dette felt. Efterfølgende beskrives og analyseres anæstesisygeplejen som profession i sin nuværende form bl.a. på baggrund af ”*Funktionsbeskrivelsen for anæstesisygeplejersker*”, der er udarbejdet af Dansk Sygepleje Råd.

Anæstesisygeplejen kan imidlertid ikke karakteriseres som en selvstændig profession, men skal ses som et selvstændigt funktionsområde inden for sygeplejen, hvor der dog er værdier, normer og videns grundlag der er forskellige fra denne (Demant, 2012).

Vi vælger at analysere anæstesisygeplejen i det historiske perspektiv og sin nuværende form ud fra en professionsanalytisk vinkel, ud fra udvalgte kapitler i ”*Profesjonstudier*” redigeret af Forskningskoordinator ved Høgskolen i Oslo Anders Molander & Professor ved professionstudier Høgskolen i Oslo Lars Inge Terum, og kan ses som et oversigtsværk i forhold til professionsforskning. Vi har primært taget udgangspunkt i udvalgte kapitler skrevet af tidl. Professor i filosofi ved Høgskolen i Oslo Harald Grimen. Han havde en filosofisk tilgang til professionsbegrebet, samtidig med at denne sættes i et politisk og samfundsmæssigt perspektiv. Centralt i kapitlerne er begreberne tillid og professionsmoral.

Da vi har til hensigt at undersøge og tage udgangspunkt i vores egen praksis, vil vi beskrive vores praksiskontekst ud fra specialuddannelsens Cirkulære, Uddannelsesordning (2007) og Uddannelsesprogram (2012). I Region Midtjylland indgår 7 sygehuse i specialuddannelsen. Alle godkendte uddannelsessteder skal leve op til nogle fastlagte krav om fx et udarbejdet uddannelsesprogram med mål og rammeplan for de specifikke perioder. Oplæringen af kursister er patientrelateret og bed-side undervisning hvor en klinisk vejleder fungerer som pædagogisk person. Man arbejder med kompetencekort som styringsredskab for kursistens læring samt evaluering af specifikke kompetencer. *”De enkelte kompetencekort præciserer hvilke konkrete kompetencer der skal være til stede hos kursisten i bestemte læringsområder af klinisk praksis”* (Fryd et. al., s. 22). Vi vil beskrive vores praksiskontekst så konkret som muligt, så forståelsen af vores vilkår for vejledning af kursister bliver bevidstgjort.

Formålet med uddannelsen er, ”*at sygeplejersken erhverver de fornødne kundskaber og tekniske færdigheder for at varetage funktionsområdet som anæstesisygeplejerske”*. Dette indebærer at kursisten skal kunne integrere og koordinere viden og færdigheder fra det anæstesiologiske fagområde (Uddannelsesordning, 2007). Den kliniske vejleder har ansvaret for at vurdere om kursisten egner sig til at gennemføre uddannelsen. Denne vurdering sker på baggrund af flere ting, og vi vil præcisere den kontekst for læring som specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske har.

Til analysen af vejledningskonteksten i specialuddannelsen har det teoretiske afsæt primært været med udgangspunkt i bogen *”Vejledning og praksisteori”* (2010) af professor ved Høgskolan i Østfold Per Lauvås, og professor emeritus ved Oslo Universitet Gunnar Handal. De har beskæftiget sig med vejledning gennem mere end 30 år, i første omgang primært henvendt mod læreruddannelsen. Deres hensigt med ”*Vejledning og praksisteori*” er imidlertid at favne bredere, og de beskriver derfor vejledning med udgangspunkt i forskellige erhvervsfaglige praksis, heriblandt vejledning inden for sundhedsvæsnet. Forhold der er med til at gøre den meget tilgængelig, og overførerbar til vores kontekst, på trods af at deres syn på vejledning er skrevet ud fra en norsk kontekst. De tager udgangspunkt i en-til-en vejledning, mens vores vejledningskontekst imidlertid rummer den kompleksitet at den som minimum også inkluderer patienten.

Lauvås & Handal beskriver en vejledning der foregår De argumenterer for at kvalificeret udført vejledning, er en undervisningsmetode der skaber unikke muligheder for, gennem refleksion, at lære en professions fagteori. Men samtidig er det en disciplin der kræver både erfaring og skoling, og som det ikke er alle forundt at bestride.

I bogen er Lauvås & Handal inspireret af Gerald Caplan, ph.d. samt tidligere professor ved the Department of History and Philosophy of Education at the [Ontario Institute for Studies in Education](http://en.wikipedia.org/wiki/Ontario_Institute_for_Studies_in_Education), og bruger hans opdeling af vejledning i de tre begreber: supervision, konsultation og rådgivning. Hvor vi i forhold til vores vejledningspraksis kun tager udgangspunkt i supervision og konsultation.

Lauvås & Handal har en konstruktivistisk opfattelse af læring, hvor viden er noget den enkelte kursist selv opbygger og konstruerer, og således ikke noget der kan overtages fra andre. Det kan imidlertid indebære en risiko for, at den viden den enkelte konstruerer, ikke er forenelig med den viden der er i praksiskonteksten (2010, s. 165). De anskuer vejledning som en relationel virksomhed, og mener således at relationen har en betydning for kursistens læring (Ibid. s.265). De beskæftiger sig primært med vejledning ud fra et kognitivt perspektiv, frem for et emotionelt og i bogen er fokus ligeledes primært på den vejledte. Lauvås & Handal tydeliggør ikke den vejledtes rolle og ansvar i forhold til selve vejledningen, og de har ingen overvejelser i forhold til vejledning af kurister der ikke kan verbalisere deres behov i forhold til den vejledning de har brug for.

Da vi har fokus på den relation der opstår mellem kursist og vejleder har vi valgt at uddybe enkelte områder fra Lis Møllers bog: *”Professionelle relationer”* (2014)*.* Lis Møller er cand.mag. og uddannet i konflikthåndtering og psykoterapi. Hun har i mange år arbejdet med udviklingsarbejde og supervision af professionelle inden for sundhedsfagligt arbejde. Lis Møller tager udgangspunkt i, at man som mennesker er ligeværdige, men i nogle konkrete kontekster er man ikke ligestillet. Der vil altid være tale om et asymmetrisk forhold mellem en hjælper og en hjælpsøgende, som Lis Møller kalder det, og det stiller krav til begge parter, om at være til stede i relationen. At være professionel knyttes til uddannelse og profession, men når man snakker om professionelle relationer er der tale om noget meget mere komplekst. Flere ting, som fx samspillets dynamik, de impliceredes forforståelser, rammer og vilkår kan påvirke det professionelle samspil (Møller, 2014, s. 13-15). Lis Møllers forståelse og forklaring på de professionelles relationer, ses ud fra en psykosocial vinkel, hvilket er med til at give et andet perspektiv på vejledning end Lauvås & Handal. Vi mener derfor det er relevant at inddrage dette perspektiv.

I forhold til at beskrive vores læringskontekst har vi som teoretisk referenceramme valgt at inddrage relevante begreber fra Illeris`s teori om læring. Vi anvender hans teori som analyseramme, da den omhandler den individuelle læring samt den læring der forekommer i samspil med andre. Knud Illeris er professor i livslang læring ved Learning Lab Denmark på Danmarks Pædagogiske Universitet og har i mange år arbejdet med forskning inden for læring. Illeris tager udgangspunkt i flere teoretikeres begreber, som han samler i en fælles læringsteori. Da ordet læring har en bred forståelsesramme og bruges i forskellige betydninger, har Illeris valgt at samle dette i hans definition som lyder*: ”enhver proces, der hos levende organismer fører til en varig kapacitetsændring, og som ikke kun skyldes glemsel, biologisk modning eller aldring”.* Det som Illeris vil have frem i denne definition er at læring indebærer en ændring (Illeris, 2009, s. 15).

Vi vil analysere og fortolke læringens processer og dimensioner med henblik på at belyse både hvad der sker i ens indre, når man tilegner sig noget nyt, samt hvilken betydning den ydre samspilsproces har i en lære- og forandringsproces. Da vores formål med specialet er at undersøge hvilke faktorer og egenskaber både kursister og kliniske vejledere anser som vigtigst i relationen, vil vi specielt have fokus på samspilsprocessen.

Vi fremstiller primært områder der har relevans for vores praksis og vi er velvidende om at det kun er en del af en bred læringsteori. Det perspektiv vi fremlægger, er vores eget, men med fokus på uddannelsesprogrammets rammer, hvor kursistens læring sker i arbejdet med problemstillinger oplevet i praksis, men læringen *”bestemmes af relationerne i den fælles sociale kontekst, og læringsforståelsen er til enhver tid forstået som den enkelte kursists tilegnelsesproces gennem aktiv deltagelse i og samspil med fællesskabet”* (Fryd et al., s. 9).

## 4.2 Forskningsdesign og metode

Vi vælger at undersøge vores problemstilling, dels ud fra nøje udvalgt teori, som tidligere beskrevet og dels ud fra et empirisk studie, hvor vi vælger et deskriptivt, kvantitativt studie. Vores undersøgelsesdesign er inspireret af et amerikansk studie fra 2011, som derfor vil blive beskrevet i det følgende.

Det amerikanske studie tager udgangspunkt i tidligere forskning fra Katz i 1984 og Hartland og Londoner i 1997. Katz forsøgte i 1984 allerførst at definere hvilke karakteristika/egenskaber der synes effektive for læring og fandt frem til 22. Katz`s pilot undersøgelse tog udgangspunkt i anæstesisygeplejersker og læger (ikke beskrevet som anæstesilæger men som kliniske undervisere). De to grupper skulle rangere hver af de 22 karakteristika/egenskaber på en 5-point Likert scale, for at undersøge eventuelle forskelle i holdninger. De to grupper scorede noget forskelligt i forhold til at skelne mellem det bedste og det værste en underviser kan besidde. Forskellen kan måske ses i måden hvorpå hver gruppe (sygeplejersker og læger) uddanner og vejleder på i klinisk praksis.

Hartland og Londoner fortsatte dette arbejde og i deres undersøgelse fra 1997 undersøgte de yderligere to grupper, nemlig program directors (som vi oversætter til studieledere/uddannelsesansvarlige), 1. og 2. års kursister samt kliniske vejledere. Stadigvæk inden for det anæstesiologiske område. En tilfældig stikprøve blandt 200 kliniske vejledere og 200 kursister, samt uddannelsesansvarlige, fordelt over hele USA, blev adspurgt. De blev bedt om at score (5-point Likert scale) de 22 karakteristika/egenskaber ud fra læringsoplevelser samt den kliniske vejleders adfærd. De karakteristika/egenskaber som scorede højt, hos begge grupper, var fx at vejleder var motiveret, at vejleder viste kursisten tillid, at vejleder støttede kursisten og støttede dem i at øve selvstændighed, samt vejlederes positive måde at undervise på. Det negative var hvis vejleder skældte ud, eller viste tegn på usikkerhed. Vejledere oplevede derimod negativitet imod kursister der udviste en ”know-it-all” attitude og samtidig fejlede i deres kompetencelæring. Alle de adspurgte (i de 4 grupper) fandt de 22 karakteristika væsentlige og var alt i alt enige i deres score om positive og negative erfaringer med læring i praksis.

Inden for de sidste 14 år er der sket meget inden for det amerikanske sygehusvæsen, og der har ikke været en lignende undersøgelse siden Hartland og Londoner i 1997. De tre forskere Smith, Swain og Penprase (to kliniske vejledere og en Ph.D-studerende) ville derfor undersøge hvordan kursister og kliniske vejledere scorer vigtigheden af disse karakteristika/egenskaber i forhold til vejledningen af kursister i nutidens sygehusvæsen (2011).

Den amerikanske uddannelse til anæstesisygeplejerske tager primært udgangspunkt i klinisk praksis, hvor kursister og kliniske vejledere (clinical preceptors) arbejder side om side og kursisten skal opnå de faglige og personlige kompetencer som det kræves af uddannelsen til anæstesisygeplejerske.

Studiet har en beskrivende kvantitativ forsknings tilgang og man ønskede at fremhæve hvordan kursister og kliniske vejledere opfatter de 22 karakteristika/egenskaber, identificeret af Katz, i forhold til effektivitet inden for vejledning/undervisning i klinisk praksis (Ibid.).

Undersøgelsen har nogle begrænsninger da den ikke er særlig omfattende og kun ser på en uddannelseskontekst. Men på trods af dette lægger undersøgelsen op til yderligere forskning i USA, inden for forbedring af studieplaner, samt uddannelse til kliniske vejledere som har fokus på hvordan man giver kursister større autonomi på operationsstuen.

I vores problemformulering stiller vi spørgsmålet om hvilke faktorer og egenskaber, i relationen mellem klinisk vejleder og kursist, der har særlig betydning for kursistens læring i en praksiskontekst? Da vi har til hensigt at undersøge hvordan de to grupper scorer vigtigheden af de 22 faktorer og egenskaber hos de kliniske vejleder, har vi valgt den kvantitative forsknings tilgang, da denne undersøgelsesmetode kan gå mere i bredden og dermed give os svar fra en større population.

Vi er opmærksomme på at vores metodologiske tilgang har betydning for de svar eller resultater der kan fremkomme. Inden for kvantitativ forskning ser forskeren fænomenet udefra i forhold til en sammenhæng der undersøges og der tilstræbes neutralitet. Da undersøgelsen foregår inden for vores eget felt er vi bevidste om at det kan være svært kun at ”se på fænomenet udefra” (Nielsen, 1010, 349ff). Vi vil unægtelig være påvirket af situationen og problemstillingen som vi vil forsøge beskrevet, men vi har dog valgt ikke selv at svare på spørgeskemaet, selvom vi er potentielle respondenter.

Vores videnskabelige paradigme følger både en beskrivende og en fortolkende tradition. Vi ønsker gennem brug af et spørgeskema, empirisk at undersøge henholdsvis kursisternes og de kliniske vejleders holdning til faktorer og egenskaber der kan have betydning for kursisters læring, samt identificere eventuelle forskelle eller fællestræk i disse. Besvarelserne fra den empiriske undersøgelse vil danne udgangspunkt for vores analyse og sammen med udvalgt teori vil vi analysere og diskutere vores problemstilling.

## 4.2.1 Metode til indsamling af empiri

Følgende afsnit indeholder en beskrivelse af den metode vi vil benytte til indsamling af empiri, samt de metodiske overvejelser vi har gjort os i forhold til denne. Da vi ønskede at undersøge problemstillingen i en større gruppe, for derigennem at finde noget der kan indikere en ”tendens” i forhold til relationen mellem kursist og klinisk vejleder i klinisk praksis, valgte vi den kvantitative undersøgelse. Vi er velvidende om at den kvantitative metode imidlertid har nogle begrænsninger, da vi vil pege på respondenternes subjektive holdninger til nogle på forhånd fastlagte og formulerede faktorer og egenskaber. Således betyder distancen mellem forsker og respondent at der ikke gives mulighed for nærmere at undersøge den enkeltes subjektive forståelse af fænomenerne. Imidlertid mener vi, at vores forforståelse, er med til at påvirke hvilke spørgsmål vi vælger at medtage, og give os muligheden for at formulere spørgsmål som virker genkendelige hos respondenterne. Samtidig har vi, på grund af den samme professions baggrund, en indforståethed i forhold til de begreber vi benytter os af i spørgeskemaet.

For uddybelse af deres holdninger har vi valgt at give respondenterne mulighed for at komme med uddybende bemærkninger inden for et præformuleret spørgsmål som lyder: *”Hvad opfatter du selv som den største udfordring i en vejlednings situation?”*. Det er valgfrit om respondenterne vil besvare dette spørgsmål, men det giver os mulighed for at se nye perspektiver.

Vores tilgang og design vil indeholde etiske overvejelser om vores rolle i situationen og hvordan vi behandler og fremstiller data. Endnu en grund til at vi valgte den kvantitative forskningsmetode var muligheden for distancering mellem forsker og respondenter, samt anonymitet, da det er deres subjektive holdninger vi spørger ind til. Vi håber at arbejdet med dette projekt i højere grad vil gøre det muligt for os at se og forstå hvilke faktorer og egenskaber hos vejlederen der kan påvirke relationen mellem kursist og vejleder og hvilken betydning det har for læring og udvikling hos kursister.

Vi blev inspireret af den amerikanske undersøgelse fra 2011 som tidligere beskrevet. Det har ikke været muligt for os at finde lignende danske undersøgelser, så derfor fandt vi det relevant at foretage en undersøgelse herhjemme, dog med tilpasninger og tilføjelser i forhold til flere variabler.

## 4.2.2 Udvælgelse af respondenter

I udvælgelsen af respondenter har vi gjort os overvejelser i forhold til det repræsentative for den population der skal udforskes. På trods af at der på landsplan uddannes kursister ud fra et fælles cirkulære er selve planlægningen og koordineringen af uddannelsen forskellig i de enkelte regioner. Derfor vælger vi at sende et spørgeskema ud til alle kliniske vejledere og kursister i Region Midt. Vi mener at det er repræsentativt gyldigt, da alle i Region Midt følger det samme uddannelsesprogram og der stilles de samme krav til kursisters læring ud fra arbejdet med kompetencekort og evalueringer. Kursisterne tilbydes det samme antal undervisningstimer, både regionalt og lokalt.

## 4.3 Udarbejdelse af spørgeskema

Igennem vores arbejdsplads har vi fået adgang til SurveyXact, som er et komplet internetbaseret program til udarbejdelse og design af spørgeskema. I dette program kodes hver enkelt respondent med en unik kode hvilket bevarer anonymiteten. Det er ikke muligt at springe spørgsmål over, eller besvare spørgeskemaet flere gange, da det ikke er muligt at åbne linket efter afsluttet besvarelse.

Vi har ved en kort og konkret overskrift i selve spørgeskemaet, søgt at sikre undersøgelsens operationelle definition, så vi sikrer, ud fra de stillede spørgsmål, at få klare svar som kan indfri undersøgelsens problemstilling, samt undgå uvedkommende oplysninger. Samtidig har vi dog skullet være opmærksom på selve formuleringen af spørgsmålene i forhold til analysedelen, så man får nogle klare og sigende resultater.

Inden udarbejdelse af spørgeskema kontaktes Datatilsynet i forhold til godkendelse af spørgeskema til de valgte respondenter. Da anonymiteten sikres gennem brugen af SurveyXact er det imidlertid ikke nødvendigt at indhente yderligere tilladelse.

De faktorer og egenskaber vi tager udgangspunkt i, i vores undersøgelse er oprindelig identificeret i USA af den amerikanske forsker Katz i 1985, og senere brugt i det amerikanske studie (2011) som der er refereret til tidligere i specialet. Af hensyn til validiteten har vi benyttet os af hjælp til oversættelsen og fortolkningen fra dansk/amerikaneren og assisterende professor Derek Beach ved fakultetet for statskundskab ved Aarhus Universitet. Herefter har vi tilpasset faktorerne og egenskaberne til vores praksis ved at samle enkelte spørgsmål og kassere andre.

Vi valgte at teste spørgeskemaet ved at sende det ud til en nyuddannet anæstesisygeplejerske og en tidligere klinisk vejleder. Deres kommentarer var koncentreret omkring det grafiske og ikke på selve spørgsmålenes udformning. De gav begge udtryk for at forståelsen af de 22 faktorer og egenskaber var til at begribe og relatere sig til.

Sammen med spørgeskemaet (Bilag 1) udsendes et følgebrev til alle respondenter (Bilag 2), hvori de orienteres om formålet med undersøgelsen og opfordres til at svare, hvilket begrundes med hensynet til kvaliteten af vores data. Samtidig informeres de om at besvarelsen af spørgeskemaet er anonymt. I første omgang gives respondenterne 11 dage til at besvare spørgeskemaet. Der udsendes en påmindelse om spørgeskemaet efter 7 dage til de respondenter der endnu ikke havde besvaret. Vi valgte herefter at rykke svardatoen med yderligere 3 dage, samt udsendte en påmindelse, til dem der endnu ikke havde besvaret eller færdiggjort spørgeskemaet, om en sidste mulighed for at besvare eller færdiggøre spørgeskemaet.

Den forholdsvis lange svartid er sat efter at vi ikke har nogen viden om hvordan respondenternes mulighed for at få læst og besvaret elektronisk post, er på de enkelte uddannelsessteder. Men idet anæstesisygeplejerskens virke primært er omkring patienten på operationsstuen, har vi en formodning om at denne mulighed ikke nødvendigvis forefindes dagligt. Vi udsendte spørgeskemaet midt i uge 43, og valgte en svartid der forløb over to uger, af hensynet til de respondenter der havde ferie i en af disse uger. Ligeledes var vores overvejelser i forhold til dels den lange svartid og yderligere forlængelse og dels vores påmindelser om spørgeskemaet til respondenterne, at halvdelen af kursisterne i noget af denne periode var på teorikursus, hvor de ikke havde mulighed for at læse eller besvare elektronisk post. Den anden halvdel af kursisterne havde travlt med at skrive den afsluttende opgave i klinisk anæstesiologisk sygepleje.

I alt blev der pr mail udsendt spørgeskema til 82 respondenter fordelt på 39 kursister og 43 kliniske vejledere. Vi fik 66 besvarelser retur, hvilket gav en svarprocent på 82. Der var 13 respondenter som ikke havde svaret, samt 3 respondenter som havde påbegyndt, men ikke afsluttet spørgeskemaet og som derfor også må betegnes som bortfald (Thisted, 2011, s. 139). En svarprocent på 82 må dog siges at være en udmærket svarprocent (Ibid., s. 79ff).

Figur 1. Viser antallet af udsendte og besvarede spørgeskemaer, samt bortfaldet.

Af ovenstående figur fremgår det at de kliniske vejledere ansat på Regionshospitaler er den største gruppe spørgeskemaet er sendt til. Det er imidlertid også i denne gruppe hvor der ses det største bortfald. I de resterende tre grupper ses en mere ligelig fordeling i forhold til udsendte og besvarede spørgeskemaer. Bortfaldet hos kursisterne ansat på Regionshospitaler og Universitetshospitalet, er ligeledes på sammen niveau, mens det mindste bortfald ses hos de kliniske vejledere ansat på Universitetshospitalet.

## 4.3.1 Dataindsamlingsmetoder og begrundelse for valg af spørgsmål

Inden for en kvantitativ undersøgelse er det, i forhold til analysen og fortolkning af data, udformningen af spørgeskemaets enkelte spørgsmål der danner grundlaget for de kategorier man kan arbejde med i dataanalysen. Spørgeskemaet indeholder flere forskellige spørgsmålstyper, og dette giver os muligheden for at arbejde med flere forskellige variabler (Thisted, 2011, s. 103-121). Der er imidlertid variabler vi ikke spørger om (fx køn og etnicitet), da vi med disse spørgsmål ikke længere vil kunne sikre anonymiteten, grundet få respondenter med anden etnicitet samt få mandlige kliniske vejledere og kursister.

Vi opdeler spørgeskemaet i flere dele med forskellige skalatyper, som dikotome, ordinale og nominale spørgsmål og sidst en mulighed for en kvalitativ besvarelse. Dette har betydning for de analysemetoder der anvendes i databearbejdningen (Ibid., s. 120-125).

Spørgeskemaet indledes med spørgsmålet om respondentens alder, som rangordnes med forskellig afstand mellem kategorierne (ordinal skalatype) (Ibid., s. 120-125). Vores overvejelser i forhold til dette spørgsmål er dels at kunne udskille de yngre fra de ældre, da vi har en formodning om at deres uddannelsesmæssige baggrund er forskellig, idet sygeplejerskeuddannelsen igennem de sidste mange år har ændret sig radikalt. Det er samtidig identitetsdannelsen der prioriteres hos de yngre, og man kommer vidt omkring *”de store akkomodationer og transformationer”.* Det er individets forhold til sig selv, der er læringens omdrejningspunkt (Illeris, 2009, s. 214-215).

Herefter spørger vi om deres ansættelse er på et regionshospital eller et universitetshospital (dikotom skalatype) (Thisted, 2011, s. 120-125). Dette spørgsmål relateres til vores viden om hvordan uddannelsen til anæstesisygeplejerske praktiseres på henholdsvis det ene eller det andet hospital. Vi relaterer vores udsagn til vores egne oplevelser i kraft af vores respektive ansættelser på henholdsvis et regionshospital og et universitetshospital.

Det næste spørgsmål handler om hvorvidt respondenten er kursist eller klinisk vejleder (dikotom skalatype) (Ibid., s. 120-125). Denne variabel er af afgørende betydning, da vi har en formodning om, samt gerne vil undersøge, at de to grupper vil have forskellige holdninger til hvilke faktorer/egenskaber der er vigtigst hos en klinisk vejleder. Denne formodning stammer til dels fra vores tidligere projekt på 2. semester og til dels på grund af den asymmetri vi mener der unægtelig findes i relationen mellem kursist og klinisk vejleder.

Hvilke faktorer og egenskaber er vigtigst at en vejleder besidder, og hvordan påvirker relationen kursistens læring?

Med udgangspunkt i specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske.

Et teoretisk og empirisk studie

Herefter opdeles skemaet i to dele, alt afhængig af om man er kursist eller klinisk vejleder. Vi mener det er relevant for undersøgelsen at spørge ind til om de henholdsvis er 1. års kursist eller 2. års kursist (dikotom skalatype) (Ibid., 120-125). Vi vil gerne undersøge om deres holdning til de nævnte faktorer/egenskaber, ændrer sig i løbet af deres uddannelsesforløb. Samtidig vil vi spørge ind til deres erfaring som sygeplejerske inden start på specialuddannelsen. Dette spørgsmål rangordnes med forskellig afstand mellem kategorierne (ordinal skalatype) (Ibid., 120-125). Vi ønsker med dette spørgsmål at undersøge om det har en betydning for deres tilgang og forståelse af de forskellige faktorer/egenskaber.

De kliniske vejledere bliver spurgt om hvor mange års erfaring de har som klinisk vejleder. Spørgsmålet rangordnes med forskellig afstand (ordinal skalatype) (Ibid., s. 120-125). Vi mener det kan have relevans i forhold til deres tilgang og forståelse for kursisters uddannelsesforløb, samt vi vil undersøge om der er en forskel i deres scoring af de 22 faktorer/egenskaber. I forlængelse af dette spørgsmål vil vi gerne vide hvilken pædagogisk uddannelse de har. Spørgsmålet er opstillet som en nominalskala, da man ikke skal rangordne svarene og der lægges ikke op til at den ene mulighed er bedre end den anden (Ibid., s. 120-125).

Efter disse indledende spørgsmål kommer vi frem til kernen af vores undersøgelse, nemlig de 22 faktorer/egenskaber. Både kursister og kliniske vejledere bliver spurgt om *”Hvor vigtig mener du de 22 følgende faktorer/egenskaber er hos en vejleder?”* Disse faktorer/egenskaber opstilles i en ordinalskala med mulighed for at adskille kategorierne samtidig med at de skal rangordnes (Ibid., s. 120-125). Der gives følgende fem svarmuligheder: *slet ikke vigtig, mindre vigtig, vigtig, meget vigtig* og *helt afgørende*. Disse svarmuligheder er nøje udvalgt da vi mener det er vigtigt med et måleinstrument der er let for respondenterne at gradbøje, samt gøre svarmulighederne operationelle. Vores svarmuligheder er noget anderledes end svarmulighederne i den amerikanske undersøgelse (2011). Vores begrundelse for at stille disse spørgsmål er selve formålet med specialet. Vi vil gerne have et overordnet billede af hvordan de forskellige faktorer og egenskaber bliver rangordnet alt efter vigtighed i forhold til kursisters læring i klinisk praksis og relationen mellem kursist og vejleder, samt et billede af hvordan de 22 faktorer/egenskaber scores af de to grupper.

Vi vælger at afslutte spørgeskemaet med et åbent valgfrit spørgsmål: *”Hvad opfatter du selv som den største udfordring i en vejledningssituation?* Dette for at give respondenterne mulighed for at uddybe og komme med en subjektiv beskrivelse af forholdene. Herigennem skabes bedre betingelser for at øge validiteten og reliabiliteten af vores data, da vi på denne måde benytter os af en datatriangulering (Nielsen, 2009, s. 79-82).

## 4.4 Analysestrategi

Da formålet med specialet var at opnå en større viden om hvilke faktorer og egenskaber kliniske vejledere og kursister herhjemme finder vigtigst hos en vejleder, ønsker vi at se om der er noget der indikerer en sammenhæng mellem deres holdninger som kan påvirke dem. Specialets formål er således ikke at finde svar, men mere at få en større forståelse for sammenhænge der har betydning for kursist/vejleder relationen. Det drejer sig om at vi, i analysen, får ordnet og kategoriseret den indsamlede information, så vi kan klassificere det og lave en sammenligning og forenkling.

Vores undersøgelsesdesign lægger op til en forskels vurdering af de to grupper. Vi havde inden undersøgelsen en grund til at tro at de to grupper ville besvare spørgsmålene forskelligt. Denne antagelse har vi, dels fra vores tidligere undersøgelse på 2. semester, og dels vores egen forforståelse, som stiller os nysgerrige i forhold til om de to grupper ser vigtigheden i de samme faktorer og egenskaber.

På baggrund af dette, har vi valgt at beregne middelværdien i de to gruppers vurdering af vigtigheden af de 22 faktorer og egenskaber. Da vi arbejder med opgørelser af middelværdier, præsenteres resultaterne deskriptivt (Habicht, 2014, s. 30-43).

Vi kan derfor ikke udtale os om undersøgelsens resultat er statistisk signifikant eller om resultatet er fremkommet ved en tilfældighed. Forsøg med få respondenter kan have den usikkerhed, at man ikke kan udelukke at resultatet er fremkommet ved en tilfældighed, også selvom man får et godt og brugbart resultat (Ibid., s. 30-31). I analysen af kvantitative data søger man efter centrale tendenser og typiske værdier i materialet. Undersøgelsen kan og skal altså ikke bevise noget, men derimod give en forklaring (Thisted, 2011, s. 133).

Overordnet består vores undersøgelsesdesign af flere forskellige analysemetoder. Vi benytter en univariat analyse af de første kvantitative spørgsmål hvor vi undersøger en variabel af gangen (Thisted, 2011, s. 125). De forskellige variabler vi undersøger er; *Aldersfordelingen på kursister og kliniske vejledere, de kliniske vejleders erfaring som vejleder, de kliniske vejleders pædagogiske uddannelse* og *kursisternes erfaring som sygeplejerske inden starten på uddannelsen.* For at gøre vores data materiale, over scoringen af de 22 faktorer og egenskaber, overskueligt og brugbart, har vi i analysen af det statistiske materiale benyttet os af SPSS, som er et program til databehandling og statistisk analyse. I forhold til de 22 faktorer og egenskaber skal vi gøre os klart, at det er selve kategoriernes værdi, der er tale om. Vi kan beregne et gennemsnit for, hvor stor en del af enhederne i en bestemt gruppe der har svaret, og beregne vigtigheden af respondenternes scoring ud fra værdierne: *slet ikke vigtig, mindre vigtig, vigtig, meget vigtig* og *helt afgørende*.

I bearbejdningen af respondenternes kvalitative udsagn har vi en hermeneutisk analytisk tilgang, hvor vi meningskondenserer udsagnene. Det kvalitative spørgsmål i undersøgelsen bearbejdes med hjælp af meningskategorisering af svarene i 5 kategorier. Kategoriseringen vil strukturere udsagnene og gøre datamaterialet mere overskueligt (Thisted, 2011, s. 191). De 5 områder er defineret af os som forskere og er: *Vejledning/læring, Relationen, Tid og rammer, Det personlige ⬄ det faglige,* og *Evaluering/kommunikation,* og i enkelte af udsagnene har vi set os nødsaget til en deling af svaret i flere kategorier. Efterfølgende vil vi meningsfortolke respondenternes svar, hvor vi med udgangspunkt i vores perspektiv som forskere, vil fortolke på udsagnene *”med henblik på at udarbejde betydningsstrukturer og relationer”* (Thisted, 2011, s. 192).

Både de kvantitative og kvalitative data fortolkes og analyseres ud fra relevant teori, og dermed gør vi brug af en metodetriangulering.

## 4.4.1 Validitet

For at validere spørgeskemaet blev det testet hos henholdsvis en tidligere klinisk vejleder og en nyuddannet anæstesisygeplejerske. Vi mener at de ”er gyldige for undersøgelsesgruppen”, da de kender miljøet samt de anvendte formuleringer og begreber.

I forhold til selve spørgeskemaets opbygning og funktionalitet er der indlagt en sikkerhed i at spørgsmål skal besvares, før det næste præsenteres for respondenten. Dette styrker validiteten, da vi undgår halvfyldte spørgeskemaer og som derfor må betragtes som bortfald (Thisted, 2011, s. 139-143).

Vi har søgt at gøre spørgsmålene konkrete og velformulerede, så der undgås misforståelser og flere forskellige opfattelser af et spørgsmål (Ibid., s. 116). Der er dog enkelte spørgsmål, fx i formuleringen af de 22 faktorer og egenskaber, som kunne have været omformuleret. Vi har ikke haft mulighed for at fastlægge den korrekte forståelse af spørgsmålene, så hvis denne usikkerhed er til stede er validiteten lav. Vi har dog testet spørgeskemaet inden det blev sendt ud til alle, og vores testpersoner gav ikke udtryk for usikkerhed i forståelsen af nogen spørgsmål.

Det at vi bruger forskellige metoder, og dermed benytter os af triangulering, ved at bruge teorier til at fortolke data og både kvantitative og kvalitative metoder, kan vi styrke validiteten i specialet. At vores spørgeskema både indeholder lukkede og åbne spørgsmål øger muligheden for at undersøge fænomenet fra flere vinkler og dermed også give respondenterne mulighed for at forklare/beskrive det de forstår med formålet med undersøgelsen (Ibid., s. 141-143).

## 4.4.2 Reliabilitet

Vi har i vores empiriske undersøgelse benyttet os af valide metoder til indsamling af materiale, hvor respondenternes rettigheder er opretholdt ved hjælp af anonymisering. Vi benytter os af kendte analyse metoder og statistiske beregninger ved hjælp af SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) og Excel. Vi kan dog ikke være fuldstændig sikre på respondenternes forståelse af de 22 faktorer og egenskaber, og dette kan sætte spørgsmålstegn ved pålideligheden i forhold til om vi måler det der faktisk måles på.

I forhold til undersøgelsens reproducerbarhed, vil det være muligt at udsende spørgeskemaet til de samme respondenter samt yderligere inddragelse af kursister og kliniske vejledere på landsplan. Dette kan dog ikke sikre de samme data, da der kan være forskel på andre mulige respondenters tilgang til problemstillingen, både på grund af de respektive afdelingers ressourcer samt synet på uddannelse og oplæring af kursister i klinisk praksis (Thisted, 2011, s. 141-143).

## 4.4.3 Bias

Da vi vælger at undersøge et felt som vi selv er en del af opstår muligheden for bias i undersøgelsen. Vi har en forforståelse, som vil kunne påvirke vores valg af spørgsmål, samt vores fortolkning af datamaterialet. Vi er dog bevidste om dette og vi kan mindske bias ved at følge retningslinjer for empiriske undersøgelser og vælge analysemetoder der ikke kan påvirkes af os som forskere.

Der kan være bias i forhold til at nogle af respondenterne er vores tætte kolleger og samarbejdspartnere. Dette kan muligvis påvirke deres svar i forhold til sandhedsværdien, samt at de primært svarer på spørgeskemaet fordi de kender os. Vi kunne have valgt at sende spørgeskemaet ud til kursister og kliniske vejledere i hele landet. Det havde givet os et noget større antal respondenter at arbejde ud fra, samt muligheden for at denne bias ville mindskes, da vi ikke har kendskab til de andre kursister og kliniske vejledere.

Bias kan også opstå i forhold til at respondenterne er ansat på forskellige sygehuse, og at de hver især kan have forskellig tilgang til deres mailkonto. Dette er forsøgt afhjulpet ved at give respondenterne god tid til besvarelse af spørgeskemaet (Ibid., s. 141+152).

# 5.0 Anæstesisygeplejen som profession

I det følgende vil vi beskrive, samt analysere konteksten for vores undersøgelse, og dermed anæstesisygeplejen, dette ud fra et professionssociologisk perspektiv. Vi finder det nødvendigt at gøre dette, da det er faktorer som vi mener, har indflydelse på relationen mellem kursisten og den kliniske vejleder, samt at denne beskrivelse og analyse kan være med til at skabe en større klarhed omkring disse. Samtidig vil vi med beskrivelsen og analysen af anæstesisygeplejen begrebsliggøre rammerne for vores undersøgelse, og dermed øge læserens forståelse for denne.

Der er mange der har forsøgt at definere professionsbegrebet, og området har ifølge Molander & Terum været omstridt (2010, s. 13) Hvor den største uenighed har været omkring hvor præcis definitionen kan og skal være (Lauvås og Handal, 2010, s. 137). Andrew Abbott beskriver i Staugårds oversættelse professioner som ”*specielle grupper af individer, der anvender et vist omfang af abstrakt viden på særlige arbejdsområder*” (Staugård 2009). Mens Eliot Freison fremhæver specialiseringen som et grundlæggende træk ved professionen, tillige med ”*udøvelsen af selvstændigt skøn i udførelsen af arbejdet med baggrund i formaliseret viden*” (Staugård, 2009). Selv anvender Molander & Terum en meget bredere definition, som de mener fanger kernen i selve begrebet. Således ser de professioner som: ”*en type yrker som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom en spesialisert utdanning*” (2010, s. 13). Professionsområdet har de sidste 100 år gennemgået en stor forandring. Således fandtes der i starten af 1900 tallet kun få såkaldte ”rigtige” professioner, hvor lægefaget var et af disse. I dag findes der imidlertid en mangfoldighed af professioner, som dog primært fordeler sig inden for sundhedssektoren og undervisningsområdet. Vigtigt er det at pointere at professionerne er historisk og politisk betingede, da f.eks. opgaven at pleje og behandle syge, kunne have været organiseret på en anden måde end den nuværende, hvor det primært er sygeplejersker og læger der varetager denne opgave (Grimen, 2010b, s. 148).

## 5.1 Anæstesisygeplejen som profession, set i et historisk perspektiv

Udviklingen på professionsområdet kan ses i den følgende beskrivelse af anæstesisygeplejens historie, som er uløseligt sammenvævet med sygeplejens historie. Dette er netop historien om et fags udvikling fra at være et kald til at være et håndværksmæssigt fag, for at blive en profession. Samtidig er denne historie med til at forklare anæstesisygeplejen som profession, som denne ser ud i dag.

Den første anæstesi blev udført i 1846 af Tandlægen William T. G. Morton i Boston i USA. Her fjernede han, uden at patienten følte smerte, en tumor på patientens hals. Patienten havde under operationen inhaleret æter, og var kommet i en tilstand, som siden fik benævnelsen anæstesi (Lunding & Berthelsen, 2007)(Carlson & Nielsen 2006).

Denne revolutionerende opdagelse spredte sig hurtigt til andre lande, og således også til Danmark, hvor det var kirurger der enten selv varetog anæstesierne eller uddelegerede dette til en ”narkotisør”. Denne kunne være en sygeplejerske, sekretær eller portør, som varetog bedøvelsen foruden dennes vanlige arbejde (Lunding & Berthelsen, 2007 )(Dahl, 2011).

I slutningen af 1940`erne krævede sundhedsstyrelsen, som følge af flere dødsfald, en lægelig specialisering inden for det anæstesiologiske speciale. Imidlertid blev det anæstesiologiske speciale på det tidspunkt opfattet som et lavstatus lægefagligt område. Hvilket understreges af følgende citat fra Kirurgisk Selskabs møde i 1946: ”*Kan en mand holde ud at være anæsthesilæge*?” (Dahl, 2011). Formodentlig var dette grunden til at det var vanskeligt at få besat lægestillingerne inden for anæstesiologien, hvilket betød at man fik sygeplejersker til at varetage anæstesien, dette dog mere eller mindre selvstændigt (Dahl, 2011)(Bruun & Ulrik, 2008).

Allerede i 1933 havde Sygeplejefaget fået, en statsanerkendelse i form af autorisation (Krasnik, 2010, s. 195), der dels kunne ses som en blåstempling, og som samtidig var en politisk legitimering af sygeplejen som et selvstændigt fag. Baggrunden for autorisationen skal imidlertid findes i hensynet til patientens sikkerhed, hvilket ses af autorisationslovens § 1:

”*Lovens formål er at styrke patientsikkerheden og fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser gennem autorisation af nærmere bestemte grupper af sundhedspersoner, hvor andres virksomhed på det pågældende virksomhedsområde kan være forbundet med fare eller særlig fare for patienter*” (Autorisationsloven).

Dermed var autorisationen med til at styrke patienternes tillid til sygeplejen og sundhedsvæsnet generelt, hvilket forsat er tilfældet. Men samtidig var konsekvensen af autorisationen også en monopolisering af sygeplejens arbejdsopgaver (Grimen, 2010b, s. 147)

En anden betydning af autorisationen, og den politiske legitimering af faget, er at denne er medvirkende til, ikke kun at definere sygeplejen som et selvstændigt fag, men det betyder også at faget i langt højere grad kunne definere sin professionsmoral, dette fordi: ”*Profesjonsmoralar kviler på den politiske legitimiteten til det samfundsoppdraget som profesjonane har*” (Grimen, 2010b, s. 148). Grundlaget for professionsmoralen er dermed både historisk og politisk, og skal ikke findes i den almene moral. Disse kan endog i nogle tilfælde være i direkte modstrid med hinanden. Et eksempel på dette er at anæstesisygeplejersker, udfører visse procedurer der er smertefulde for patienterne. Selv om det ifølge den almene moral ikke er legalt at påføre et andet menneske smerte, legaliseres dette af professionsmoralen når dette er i behandlingsøjemed. Hvor den almene moral er et mål i sig selv, er professionsmoralens formål mere at retfærdigøre professionens monopolstilling, ret til autonomi og selvstændig vurdering.(Grimen, 2010b, s.148ff).

På trods af at autorisationen var med til at definere sygeplejen som et selvstændigt fag, var rekrutteringen af sygeplejersker til det anæstesiologiske speciale dog, ifølge tidligere Oversygeplejerske ved Århus Kommunehospital Mona Frederiksen, kompliceret af flere forhold. Dels var datidens sygeplejersker, kvinder med kun 7 års skolegang, dels var de vant til fortrinsvis at arbejde efter lægens anvisninger.

Således karakteriserede hun de sygeplejersker hun kunne få til at arbejde i specialet som værende mere viljefaste og selvstændige: ”*De var parate til fx at påtage sig ansvaret med at være alene med en bedøvet patient*” (Dahl, 2009, s. 10). Hvilket understeges af følgende beskrivelse fra Dorte Aagaard, der startede som anæstesisygeplejerske i 1969: ”*I dag kan det løbe koldt ned ad ryggen på mig, ved tanken om de opgaver, jeg sad mutters alene med”* (2009).

I erkendelsen af at grunduddannelsen til sygeplejersker, ikke gav de fornødne kompetencer til at varetage en anæstesi, oprettedes i 1957 en efteruddannelse for anæstesisygeplejersker. Men en egentlig formel uddannelse var der kun få lokale tiltag til, på trods af at der helt tilbage i 1946 var fremsat et krav om at sygeplejersker der gav anæstesi fik en uddannelse (Dahl, 2011). Således beskriver anæstesisygeplejerske fra 1962 til 2009, Inga Kristensen sin start i specialet, samt uddannelse med følgende udsagn: ” *Jeg husker der blev sagt, at når der var gået ca. et halvt år var man nogenlunde i stand til at takle de opgaver man blev stillet overfor*”. ”*Den teoretiske del af uddannelsen kom mange år senere i 1976 med en ugentlig undervisningsdag samt afsluttende eksamen*” (2009).

I 1959 dannes ”Foreningen af Anæstesisygeplejersker”, som var en landsdækkende faglig forening, der arbejdede målrettet på at få etableret en specialuddannelse (Stallknecht 2009). Formålet med etableringen af en egentlig uddannelse, var bl.a. at ændre den gængse opfattelse af anæstesisygeplejersken, som en slags allround medhjælper. En opfattelse der understreges i følgende stillingsannonce i Tidsskrift for sygeplejersker fra 1959: ”*Vikarassistent i narkose og andet forefaldende arbejde søges*” (Demant et al., 2012). Der skulle imidlertid gå næsten 20 år før det lykkedes at få etableret en specialuddannelse. Denne kom i 1977 med retningslinjer beskrevet af sundhedsstyrelsen, samt udstedelse af et bevis ved gennemført uddannelse på tilfredsstillende vis (Hansen et al., 1989). I 1997 revideres uddannelsen til den nuværende form, og blev i samme forbindelse en cirkulærebestemt uddannelse.

## 5.2 Anæstesisygeplejen som profession i sin nuværende form

Siden de første sygeplejersker begyndte at arbejde inden for det anæstesiologiske speciale, har både uddannelsen til sygeplejerske, specialuddannelsen og selve det anæstesiologiske område gennemgået en stor og fortsat udvikling. Grunduddannelsen til sygeplejerske blev i 2001 ændret til en 3½ årig mere teoretisk end praktisk funderet professionsbachelor uddannelse (Krasnik, 2010, s. 196). Kendetegnende for professionsuddannelser, herunder også sygeplejeuddannelsen, er at disse er erhvervsrettede uddannelser, med et vidensområde der er afgrænset med udgangspunkt i relevansen for den professionelle erhvervsudøver (Smeby, 2010, s. 88). Det har af flere forskellige grunde været vigtigt for sygeplejen som fag at få betegnelsen profession. Med begrebet følger nemlig en samfundsmæssig legitimering eller blåstempling, samtidig med at der i begrebet ligger en underforstået betydning af at være professionel (Molander & Terum 2010, s. 15 f). Samtidig har sygeplejen haft brug for den politisk legitimeret status, i forhold til ønsket om at ændre den almene opfattelse af sygeplejersken som lægens hjælper.

Sygeplejen er imidlertid en af de professioner der undertiden betegnes som en ”semi-profession” (Staugård, 2009), dette på trods af at sygeplejersker udfører deres erhverv på baggrund af den teoretiske viden de har erhvervet sig gennem sygeplejeuddannelsen. Hvilket netop er essensen af Molander & Terums brede definition på professioner, der er beskrevet i det ovenstående. At sygeplejen således fortsat ikke ses som en af de rigtige professioner, kan ses som et udtryk for det hierarki, der fortsat præger professionsområdet.

En anden forandring inden for området er at de ”rigtige” professioner bestred en stor grad af autoritet, men denne er tillige med de nye professioners, udfordret af den øgede viden generelt i befolkningen, samt vor tids store videns tilgængelighed.

Den viden Sygeplejen traditionelt har baseret sig på, er hentet fra vidt forskellige videnskabelige felter, bl.a. medicin, psykologi og sociologi. Den kan derfor ses som heterogen (Grimen, 2010a, s. 72). Men sygeplejen har tillige gennem de sidste 20 år etableret en egen forskning, dette gennem oprettelsen af dels uddannelsen til kandidat i sygeplejevidenskab, dels institut for Sygeplejevidenskab på Aarhus Universitet. Tiltag der har været medvirkende til at styrke opfattelsen af sygeplejen som en selvstændig profession, idet den viden som professionerne bygger på, ifølge Grimen, er en videnskabelig eller certificeret viden, samt at dette er noget af det der adskiller professionerne fra andre erhverv (2010b, s. 150).

Inden for de seneste 10 år er Den Danske Kvalitetsmodel indført på de danske sygehuse, hvilket indebærer krav om kvalitetsudvikling og synliggørelse af kvalitetsparametre (Svejstrup & Trabjerg, 2010). Disse tiltag kan ses som et politisk og samfundsbetinget behov for at kontrollere, om de opgaver der er uddelegeret til sundhedsvæsnet, bliver varetaget på en tilstrækkelig kvalificeret måde. Dette fordi udførelsen af de sundhedsprofessionelles hverv, har store konsekvenser for patienternes ve og vel. Dette forhold tillige med den magt som professionerne besidder som følge af samfundets afhængighed af disse, er med til at gøre hele professionsområdet til et omdiskuteret felt. Samtidig skal noget af grunden til samfundets ønske, om at kontrollere professionerne, netop findes her (Molander & Terum 2010, s. 15f). Imidlertid er dilemmaet, ifølge Grimen, at samfundet samtidig er afhængigt af, at de professionelle kan agere selvstændigt og autonomt, og derfor ikke lade sig styre (2010b, s.145).

Det anæstesiologiske speciale er i dag, kendetegnet ved at være højteknologisk og højt specialiseret med anæstesilæger og anæstesisygeplejersker arbejdende i et tæt tværfagligt samarbejde, med den enkelte patient i centrum. Anæstesi er imidlertid ikke nogen eksakt videnskab, og der er mange måder at bedøve på, men ingen facitliste. Ofte vil grundlaget for at beslutte hvilken bedøvelse der er bedst for den enkelte patient, samt hvordan denne udføres, bygge på en blanding af naturvidenskabelig teoretisk viden, og praktisk klinisk erfaring. Dette kan beskrives som det faglige skøn eller dømmekraft, i hvilken evnen til at adskille og udskille er essentiel. Det faglige skøn beskrives af Barak på følgende måde:*”The power is given to a person with authority to choose between two or more alternatives, when each of the alternatives is lawful”* (Grimen & Molander, 2010, s. 181). Dette betyder at der inden for det faglige skøn er rammemæssige begrænsninger, hvilket fx ses ved at anæstesisygeplejersken giver anæstesi til den enkelte patient, ud fra et fagligt skøn, og på baggrund af lægeligt definerede rammeordinationer. Ifølge Grimen er autonomi og kontrol over egne arbejdsvilkår, og dermed selvbestemmelse nogle centrale træk ved en profession (2010, *s. 151).* Dette er imidlertid kun muligt hvis der fra både den enkelte borger og samfundets side, er en tillid og respekt til professionen. Uden denne vil det ikke være muligt for den enkelte professionelle at udføre sit erhverv. Samtidig forudsætter autonomien og professionens autoritet også at der er konsensus, og en samfundsmæssig anerkendelse af professionens kompetencer. Opretholdelse af tilliden til professionen, er dermed i et dialektisk forhold til professionsmoralen og forudsætter dels besiddelsen af en tilstrækkelig selvjustits, dels en generel tiltro til at denne er nok til at holde egeninteresser i skak. Professionsmoralen bliver dermed en forudsætning for at samfundet får løst den opgave der er stillet professionsudøveren, på en etisk og faglig forsvarlig vis, samtidig med at moralen er med til at beskytte den enkelte borger (Grimen, 2010b, s. 147ff)(Grimen, 2010c, s. 197ff.).

Der er en vis grad af udviskede professionsgrænser mellem anæstesilæger og anæstesisygeplejersker, dette som følge af en overlappende opgaveløsning, hvilket betyder at rollefordelingen ikke er implicit, således at der indimellem opstår en usikkerhed i denne (Bruun & Ulrik, 2008). Det er dog fortsat anæstesilægerne som til dels har det juridiske ansvar: ”*Som anæstesisygeplejerske arbejder du på delegeret ansvar ud fra anæstesilægens ordination eller afdelingens retningslinjer”* (Demant et al. 2012). Det er dog vigtigt at pointere at anæstesisygeplejersken udfører sit arbejde på eget ansvar, i forhold til dels autorisation som sygeplejerske dels den borgerlige straffelov (Demant et al. 2012).

For at kunne bestride anæstesifaget er det nødvendigt at være i besiddelse af såvel teoretiske og håndværksmæssige kompetencer, som erhverves gennem formaliserede specialuddannelser til henholdsvis speciallæge og anæstesisygeplejerske. Karakteristisk for professionerne er netop at disse har *”()monopol på yrkesområdet i kraft av utdanning og kontroll over eiga utdanning()* ” (Grimen, 2010b, s. 151). Dette viser dermed dobbeltheden i professionsuddannelserne, ved at de både er med til at sikre at professionsudøveren er i besiddelse af de nødvendige kompetencer, men samtidig er de med til at skabe monopolisering inden for området. Det er vigtigt at gøre sig klart at såvel uddannelse som kontrol over denne, kun er i kraft af at professionerne uddanner tilstrækkeligt kompetente fagudøvere. Hvis dette ikke længere er tilfældet vil staten eller samfundet miste tilliden til professionen, og denne vil ikke længere kunne oppebære den samme autonomi i forhold til uddannelse. Hvilket er med til at understrege professionsmoralens betydning for professionen, samt at denne er afgørende for tilliden til professionen (Grimen, 2010b, s. 152ff). Grimen påpeger således vigtigheden af at de enkelte uddannelsessteder udviser en stor grad af professionsmoral og selvjustits, samtidig med at disse må gøre sig overvejelser i forhold til om uddannelsesstedet har det korrekte incitament. Dette da der meget let kan forekomme modstridende interesser, og uden denne drøftelse er der større risiko for at de forkerte grunde vinder (Grimen, 2010b, s.152).

Efter tilfredsstillende gennemført specialuddannelse udstedes et af Sundhedsstyrelsen godkendt bevis (Krag, 2007). En sådan certificering er en forudsætning for at være en del af en professions moral kodeks (Grimen 2010, s. 147). I Funktionsbeskrivelse for anæstesisygeplejersker udarbejdet på foranledning af Dansk Sygeplejeråd står: *”Ligesom sygeplejen i øvrigt baserer anæstesisygeplejen sig på et helhedssyn og det sygeplejeetiske kodeks, som retter sig mod arbejdet i en globaliseret verden”* (Demant et al., 2012). Det sygeplejeetiske kodeks er bl.a. ekspliceret i kravet om at Anæstesisygeplejersken har ansvar til i videst muligt omfang at basere viden på evidensbaseret viden, samt holde sig ajour med ny viden og tiltag inden for faget (Demant er al., 2012).

# 6.0 Beskrivelse af Specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske og praksiskonteksten ud fra et vejledningsperspektiv

I det foregående kapitel har vi beskrevet anæstesisygeplejen som profession, ud fra et historisk perspektiv, samt i sin nuværende form, dette for at begrebsliggøre de overordnede rammer, der danner baggrund for vores fokus i dette speciale. I det følgende kapitel vil vi beskæftige os mere indgående med selve specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske, dette ud fra et vejledningsperspektiv. Vejledning er et begreb der bruges i mange forskellige sammenhænge, samtidig med at selve vejledningen praktiseres på mange forskellige måder, hvilket betyder at forståelsen af begrebet ikke er entydigt. Vi finder det derfor nødvendigt, at definere dette speciales forståelse af begrebet, som primært er inspireret af Lauvås & Handal.

Der er nogle specielle forhold i vores praksis, som har stor betydning for forudsætningerne for at vejlede, og som er med til at gøre vejledningen i anæstesiuddannelsen kompleks. Derfor mener vi det er nødvendigt at eksplicitere de betingelser der er for vejledning i specialuddannelsen. Således vil det følgende være en beskrivelse af selve specialuddannelsens udformning og dels en beskrivelse af konteksten hvori vejledningen af anæstesikursister foregår. Endelig har vi et afsnit hvor vi beskriver og analyserer de kliniske vejleders funktionsområde, samt deres rolle i forhold til vejledning.

## 6.1 Begrebsafklaring af specialets forståelse af vejledning

Igennem de sidste mange år er erkendelsen af at vejledning i praksis bør spille en central rolle i uddannelsen af sundhedspersonale vokset betydelig. Ifølge Lauvås og Handaler det i *”()spændingsfeltet mellem teori og praksis og mellem tavs og udtrykt kundskab()”* at vejledning specielt har sin berettigelse (2010, s. 12). Således bliver vejledning en undervisningsmetode der, hvis den er udført på en kvalificeret måde, giver en unik mulighed for udvikling og læring hos den enkelte. Vejledning kan bidrage til at teorien gøres brugbar og anvendelig i praksis og hjælper den vejledte til at forstå de mange praktiske, følelsesmæssige og etiske dilemmaer man kan komme ud for. Vejledning kan integrere de mange forskellige facetter der ligger i sundhedsarbejde og hjælpe den vejledte til udviklingen af en faglig identitet (Killén, 2007). Vejledning bliver dermed en metode hvorigennem den enkelte kursist gennem refleksion over handling, kan udvikle sin forståelse for praksis og fagteori, for derigennem at øge muligheden for selvstændighed. Vi mener samtidig vejledning, skal ses som et pædagogisk udviklingsredskab og som et styringsredskab i forhold til uddannelsessystemets mål og forventninger til opnåede kompetencer. *”Sundhedsuddannelser skal uddanne professionelle praktikere, der kan synliggøre, dokumentere og legitimere kvaliteten af den faglige professionsudøvelse”* (Brøbecher & Mulbjerg, 2005, s. 16).

Der findes flere forskellige vejledningsformer, hvor den form for vejledning vi mener praktiseres inden for specialuddannelsen, er den Lauvås & Handal benævner erhvervsfagligvejledning. Denne beskrives som: ”*vejledning i tilknytning til erhvervsvirksomhed, enten inden for uddannelse eller i forbindelse med erhvervsudøvelse*”(2010, s.35). Karakteristisk for denne vejledningsform er at denne udfoldes i et ”*en-til-en-forhold*”, samt at det centrale for vejledningen er forholdet mellem teori og praksis. Der er ikke nogen klar skillelinje mellem de forskellige vejledningsformer, og de kan til tider være svære at adskille fra hinanden. Det er derfor ikke usædvanligt at erhvervsfagligvejledning også indeholder elementer af personlig vejledning, uden dog at have karakter af terapi, hvilket ikke er hensigtsmæssigt. Således mener Lauvås og Handal at der er områder som har bedst af at forblive private og ikke blandes ind i vejledningssituationen (Ibid., s. 37ff). Imidlertid betyder dette ikke, at vejlederen skal undgå at involvere sig i kursisten, tværtimod tyder det følgende på at de finder det væsentligt, at det personlige aspekt er til stede i vejledningen, idet de karakteriserer vejledning på følgende måde:

*”Det karakteristiske ved vejledning som pædagogisk aktivitet er nærheden, omtanken og det personlige som danner grundlaget og som præger virksomheden. Dette lykkedes for vejlederen, når arbejdet bærer præg af en genuin interesse for andres ve og vel og af tolerance overfor der ufærdige, at vejlederen har genuin interesse for andres ve og vel"* (Lauvås & Handal, 2010, s.17).

Samtidig kan vi ud af dette udlede at forudsætningen for at vejledning lykkedes er at vejlederens motiv for vejledningen er interessen i kursistens udvikling, samtidig med at denne kan rumme at kursisten ikke udfører en praksis der er lige så kvalificeret som de selv ville have gjort.

## 6.2 Beskrivelse af de overordnede rammer for specialuddannelsen

I Region Midtjylland indgår 7 sygehuse i uddannelsen af anæstesisygeplejersker. Overordnet skal uddannelsesstederne leve op til nogle krav og mål, og intentionen er *”at sikre ensartede rammer og vilkår for afvikling af det kliniske uddannelsesforløb”* og optimere kvaliteten i uddannelsen af kursister (Fryd et. al., 2012, s. 5).

Specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske strækker sig over en to årig periode og giver kompetence til at varetage funktionsområdet som anæstesisygeplejerske. For at komme i betragtning til en kursiststilling skal man have dansk autorisation som sygeplejerske og minimum to års klinisk erfaring. Det kræver ansættelse på en anæstesiafdeling der er godkendt som klinisk uddannelsessted. Det vil sige at der skal foreligge et uddannelsesprogram, som stemmer overens med formål og mål beskrevet i Uddannelsesordningen (2007) og de overordnede rammer for uddannelsen beskrevet i et cirkulære (Cirkulære nr. 93 af 26. juni 1997).

For tre år siden besluttede uddannelsesstederne i Region Midtjylland at udarbejde et fælles regionalt uddannelsesprogram (2012) til anvendelse på alle uddannelsessteder i regionen. Hensigten med dette var at skabe et fælles og ensartet grundlag for vurdering af kursisters kompetencer og sikre ensartede rammer og vilkår for afvikling af det kliniske uddannelsesforløb. Imidlertid er der fortsat stor forskel på hvordan specialuddannelsen udmøntes i praksis på de enkelte uddannelsessteder.

Specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske består af en introduktionsperiode på 6 måneder, hvor kursisten introduceres til specialet samt de specifikke færdigheder, og de kliniske vejledere afgør, sammen med den uddannelsesansvarlige om personen egner sig til at kunne varetage funktionsområdet. Dette på baggrund af udspecificerede mål, beskrevet i uddannelsesordningen (2007). Herefter følger et 18 måneders klinisk og teoretisk uddannelsesprogram med specifikke læringsområder og mål. Uddannelsen er meget naturvidenskabeligt forankret og kravene der stilles til kursisten er at kunne handle kompetent og selvstændigt i alle situationer. Kravene til kursistens handlekompetence og selvstændighedsniveau øges med tiden.

Efter introduktionsperioden på et halvt år følger kursisterne, samtidig med klinisk praksis, et teorikursus på 200 timer, som afsluttes med en skriftlig prøve, der skal bestås ud fra 7-trins skalaen. På andet år skal kursisterne i ekstern praktik på en opvågningsafdeling, hvilket indebærer at de skal observere og pleje patienter i det postoperativ forløb, samt i ekstern praktik på andet sygehus for at få bredde og variation i anæstesiforløbene. Inden for de sidste tre måneder skal kursisten udarbejde en skriftlig opgave, som skal vise kursistens evner til at kombinere teoretiske og kliniske kundskaber inden for et specifikt område (Uddannelsesordning, 2007).

## 6.3 Beskrivelse og analyse af vejledningskonteksten i specialuddannelsen

Anæstesikursister er uddannede sygeplejersker, men anæstesien som speciale er et fremmed fagområde, og de skal derfor lære at agere i en ny rolle inden for klinisk anæstesiologisk sygepleje. Lauvås & Handal beskriver erhvervssocialisering som en proces hvorigennem kursisten opnår medlemskab af den nye profession, og hvor det ikke kun er erhvervelsen af faglige kompetencer, der er en afgørende faktor for om den enkelte opnår det fulde medlemskab (2010, s.124). Det er ikke muligt at unddrage sig socialiseringen, hvis man ønsker at være en del af den kultur man bliver socialiseret til. Der er dog to former for socialisering, som det er værd at se nærmere på. Disse er tilpasningssocialiseringen, som er en passiv proces, og hvor den enkelte ikke har erkendt at denne socialiseres, denne form er desværre den mest almindelige. Den anden som Lauvås & Handal beskriver, er dannelsessocialisering, hvor den enkelte enten er bevidst om, eller bliver bevidstgjort om selve socialiseringsprocessen, dette betyder at den enkelte i langt større grad har mulighed for selv at tage stilling (Lauvås & Handal, 2010, s. 126).

I specialuddannelsen foregår vejledningen af kursisten i klinisk praksis hvor vejlederen følger kursisten, og derigennem ser denne handle og agere. Dette skaber nogle ideelle muligheder ikke alene for læring, men også for vejledning. Imidlertid er der flere elementer, heriblandt andre fagfolk, tilstede som vil kunne påvirke såvel læringen som vejledningssituationen, og som er med til at gøre vejledningen kompleks.

Vi skitserer det på den nedenstående figur.

Patient

Kursist Vejleder

Figur 1: Relations- og læringstrekanten mellem kursist og vejleder. Allermann og Vibjerg, 2014.

Figuren skal vise det komplekse samt det særlige i vejledernes muligheder for vejledning i klinisk praksis. Det komplekse består i den dobbeltrolle som vejleder skal besidde. Vejlederen skal først og fremmest have fokus på patienten og dernæst kursisten. Vejleder skal se læringsmuligheder i de konkrete situationer og på bedste vis få læringen i spil i arbejdet omkring patienten. Det unikke består i de utal af muligheder der kan opstå i situationer som denne. Hvis det lykkes for kursist og vejleder at få skabt den professionelle relation, hvor vejleder evner *”at være til stede i en passende balance mellem distance og involvering”* vil relationen bygge på gensidig respekt og forståelse for hinandens rolle og erfaring (Møller, 2014, s. 22).

Omdrejningspunktet for vejledningen er patienten, hvorfor denne står øverst i trekanten, og der vil være et samspil mellem både kursist og patient og vejleder og patient. Kursist og vejleder står nederst og på linje med hinanden. De er tilstede i relationen med fokus på det samme, nemlig anæstesisygeplejen omkring patienten og oplæringen af kursisten i funktionsområdet til anæstesisygeplejerske. Den tykkere pil skal rettes mod den relation, der gennem tid, opstår mellem kursist og vejleder. Denne samspilsproces påvirkes af omgivelserne og dermed bliver læring knyttet til den kontekst man befinder sig i (Illeris, 2005, s. 36). Samtidig vil den enkelte kursists læring, samt vejledningen være afhængig af praksiskonteksten, samt de muligheder og begrænsninger denne giver. Lauvås og Handal opererer med begrebet: vejledningssløjfe”, som er en opdeling af vejledning i før-, under- og eftervejledning, og de ser det som et sammenhængende hele. Er det imidlertid ikke muligt at komme omkring alle tre, mener de at *før-vejledningen* skal prioriteres, dette fordi kursisten gennem denne kan gives mulighed for selv at kunne vurdere det videre forløb. Vejleder og kursistens mulighed for at komme omkring hele vejledningssløjfen kompliceres imidlertid af at konteksten for vejledning er en operationsgang, som også kan ses som en produktionsenhed, hvor tiden, af hensynet til den næste patient, er afgrænset.

Som det tidligere er beskrevet har kursisten ved starten af uddannelsen ikke de kliniske kompetencer, som er nødvendige for at bestride anæstesifaget. Derfor ses der i begyndelsen af uddannelsen det største behov for understøttende vejledning i forhold til procedurer kursisten ikke kan. Det specielle ved anæstesien er at vi i bogstavelig forstand står med patientens liv i hænderne. Hvilket betyder, som tidligere beskrevet, at hensynet til patienten altid vil veje tungere end hensynet til kursistens læring, dette ud fra både et almenmoralsk og professionsmoralsk synspunkt. Samtidig er dette en nødvendighed for at sikre den fortsatte tillid til anæstesisygeplejen som profession, og dermed sikre at den enkelte patient tør lade sig bedøve af os som profession (Grimen, 2010b, s.144ff). Men konsekvensen af dette er også at den vejledning der praktiseres i starten af uddannelsen, mest kan ses som supervisionsvejledning, hvor formålet er at kursisten udføre en praksis, som er defineret af vejlederen. Dermed bliver det vejlederens opfattelse af hvad der er rigtigt og forkert, der bliver det centrale for vejledningen. Dette er en vejledningsform der specielt har sin berettigelse, hvor kursisten ikke har de fornødne kompetencer, og derfor ikke kan tillades at tage det fuldstændige ansvar for erhvervsudførelsen (Lauvås & Handal, 2010, s. 56f.). Men det betyder samtidig at relationen mellem kursisten og vejlederen får et hierarkisk præg, og de dermed ikke indgår i praksis på lige fod. Samtidig ligger ansvaret for vejledningen hos vejlederen (Ibid. s. 56). Det komplekse ved specialuddannelsen, i forhold til dette, er at kursisterne er uddannede voksne sygeplejersker, og således kollegaer, hvilket formodentligt har en betydning for relationen mellem kursisten og vejlederen. Dette emne vil vi belyse senere i afsnittet.

I løbet af uddannelsen er det hensigten at kursistens kliniske kompetencer stiger, således at vejlederens indgriben gradvist kan nedtones. På denne måde udvikles kursistens praktiske færdigheder, erfaring og viden, tillige med dennes selvstændighed, hvilket betyder at den tætte opfølgning og vejledning, oftest ikke er så stor en nødvendighed senere i uddannelsen. Således skulle kursisten optimalt set i slutningen af uddannelsen besidde de kompetencer der er nødvendige for at kunne agere i funktionen som anæstesisygeplejerske. Dette betyder at den vejledning der praktiseres gradvist ændres fra at være supervision, til at have mere karakter af konsultationsvejledning. Formålet med denne er at hjælpe kursisten til, gennem egen forståelse og overbevisning, at træffe kompetente valg, og handle adækvat i praksis. Således bliver vejlederens opgave at være facilitator, for at tydeliggøre dette. Dette er imidlertid kun en vejledningsform der er egnet til at foregå mellem kompetente erhvervsudøvere, hvor det ikke er nødvendigt at kontrollere den vejledtes udførsel af praksis (Lauvås & Handal, 2010, s. 56f). I forhold til kursistens læringsudbytte er konsultationsvejledning, ifølge Lauvås & Handal, at foretrække, men kursistens eventuelt manglende kompetencer og ansvaret overfor patienten, skaber imidlertid en kontekst hvor det er nødvendigt at anvende supervisionsformen (2010, s. 57). Dermed er det kontekstafhængigt hvilken vejledningsform der vælges, og forståelsen af konteksten bliver afgørende for vejlederens valg.

## 6.4 Beskrivelse og analyse af vejledning med fokus på relation mellem kursist og vejleder

Den kliniske vejleders funktion er primært at varetage den daglige oplæring og vejledning af kursister med udgangspunkt i kursistens forudsætninger og færdigheder, samt fremme forståelsen af sammenhængen mellem teori og praksis. *”Vejlederen er rollemodel for kursisten i forhold til viden, færdigheder og holdninger, og er repræsentant for organisationens kultur, tradition, værdigrundlag og udvikling”* (Fryd, et al, 2012, s. 10). At være vejleder er derfor at forvalte et stort ansvar. Der kan hos vejleder være forskellige opfattelser i forhold til at motivere og skabe forståelse for eller mening med det der skal læres (Bagger & Schultz, 2009). Der er således brug for vejledere med indsigt i og forståelse for vejledningens mange facetter. Dette fordi kvalificeret vejledning er en krævende disciplin, og der kan være stor forskel på den vejledning der er udført af uerfarne, samt den vejledning der er udført af erfarne vejledere (Lauvås & Handal, 2010, s. 26). Imidlertid er det vigtigt at erkende at undervisningsmetoden er krævende ikke kun for vejlederen, som skal tage de individuelle hensyn for at fremme læring, men også for kursisten som stilles overfor faglige udfordringer (Grelland, årstal, s. 125).

Som tidligere beskrevet vejledes kursisterne, gennem specialuddannelsen af forskellige vejledere, hvor denne vejledning foregår gennem et tæt samarbejde med deres vejledere i praksissituationerne. Det kræver både overskud og menneskelig forståelse at møde det andet menneske, specielt det menneske som er væsentligt forskelligt fra en selv. Mødet mellem to personer er påvirket af vores baggrund og vores socialisering. Det er den måde vi tænker og agerer på og dette foregår tit ubevidst. Det vil derfor i vejledningssituationer være nødvendigt med en afklaring af hvordan man oplever og begriber situationer, hvis det skal være et samspil med plads til konstruktiv samtale (Brøbecker & Mulbjerg, 2005, s. 31).

Vejledningen beskrives af Lauvås & Handal som en relationel virksomhed, hvor relationen mellem kursisten og vejlederen er ”*følsom overfor nuancer i gensidig oplevelse af tillid*” (2006, s.236ff). Tilliden bliver dermed et centralt begreb i relationen. Begrebet er ifølge Grimen vanskeligt at definere, samtidig med at han har følgende beskrivelse af tillidens betydning for relationen: ”*Hvad tillit gjør i relasjoner, bygger på hva tillitsgivere gjør, nemlig å overlate noe til andres varetakt i god tro*” (2010c, s. 198). I relationen mellem kursisten og vejlederen er det derfor vigtigt, at parterne oplever grund til at viser hinanden tillid, samt tør tro på at den anden part vil det bedste for en.

Som tidligere beskrevet vil relationen mellem kursisten og vejlederen altid være asymmetrisk. Dette fordi der implicit i vejlederrollen ligger en magt, samtidig med at vejledningskonteksten giver mulighed for det Lauvås & Handal kalder at ”*udøve magt ´bag lukkede døre`, om man vil”* (2010, s. 26). Dermed bliver det afgørende hvordan vejlederen forvalter denne magt, samt hvilket incitament vejlederen har i forhold til vejledningen. Den enkelte vejleders evne til selvjustits får dermed betydning for, at denne vejleder ud fra de rigtige grunde (Grimen, 2010b, s. 152). Skaarup argumenterer for vigtigheden af at vejledningen ses som en professionel relation, og ikke et symbiotisk forhold, eller et forhold med en vejleder: ”*som af al magt vil elskes*” (Schaarup, 2012).

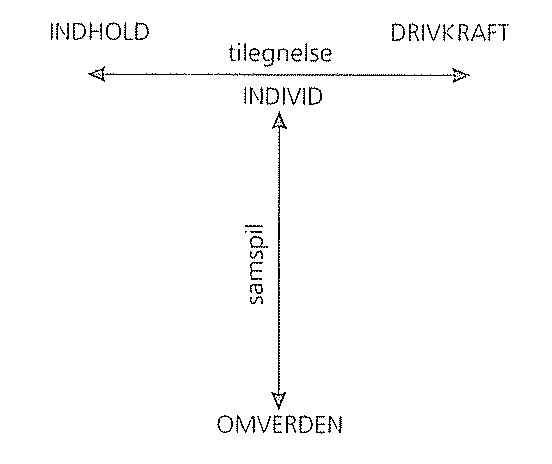
Der er imidlertid forskellige holdninger til hvordan denne professionelle relation skal være, således er Lauvås & Handal af den antagelse at ”*en følelse af tryghed, omsorg, interesse og ønske om at hjælpe*” (2010, s. 236) vil give bedre muligheder for udvikling, frem for en oplevelse af det modsatte. Mens Schaarup beskriver det som: *”en til uudholdelighed grænsende pædagogisk relation, hvor vejlederen har noget for, som medfører lidelse, og det er den studerende, der skal lide”* (Schaarup, 2012).

# 7.0 Læringskonteksten i specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske

I det følgende vil vi beskrive vores læringskontekst. Læringskonteksten relateres til praksiskonteksten, da læring primært foregår ud fra konkrete situationer i praksis. Med læringskontekst mener vi de muligheder kursister har for at lære i klinisk praksis, og med læring mener vi de resultater af læreprocesser der opstår. Dette indebærer både de psykiske processer, altså den læring der forekommer i den enkelte kursist, som medfører en ændring eller et resultat, og de samspilsprocesser mellem kursist og vejleder eller de sociale omgivelser, som er en forudsætning for de indre læreprocesser (Illeris, 2009, s. 14-15). Den individuelle læring og den sociale læring er ikke et enten eller, men et både og. Det er balancen mellem at anskue den individuelle læring, som det gøres i den traditionelle læringspsykologi, og det at anskue læring, som noget der sker socialt mellem mennesker, som det gøres af socialkonstruktivisterne (Ibid., side 32).

Vi tager udgangspunkt i en læringsteori der medtænker flere dimensioner og beskriver de to processer som henholdsvis en samspilsproces mellem individet og andre i omgivelserne og en indre mental tilegnelses- og bearbejdningsproces. Illeris kobler samfundet på som en ydre proces, og man skal forestille sig at det omkredser hele spektret, altså både dimensioner og processer (Ibid., s. 32-36).

Det ses opstillet som vist på figuren nedenfor:



Figur 3: Læringens fundamentale processer (Illeris, 2009, s. 36).

De to processer, tilegnelse og samspil, vil interagere med hinanden. Samspilsprocessen formes i kraft af den opmærksomhed eller ”rettethed”, som Illeris kalder det, vi giver vores omgivelser og dette har stor betydning for læringen.

Når vi arbejder med en helhedsorienteret læringsteori involverer al læring de tre dimensioner, indholdet, drivkraften og samspillet. Indholdet er det der læres og man kan ikke tale om læring uden et læringsindhold. Indholdet er den viden, de færdigheder, holdninger og kvalifikationer, som det forventes at kursisten kommer til at besidde i løbet af uddannelsen. Det afgørende er at der er et subjekt og et objekt. *”Der er altid tale om nogen, der lærer noget, og det er tilegnelsen af dette noget, som er læringens indholdselement”* (Ibid., s. 37). Denne proces skal dog igangsættes og det sker ved hjælp af vores drivkraft, som er den psykiske energi man bruger på at gennemføre en læreproces. Det er lysten og interessen der driver læringsprocessen, og drivkraften er ikke kun synlig i igangsættelsen, men også en del af selve læringen. Den vil påvirke, både læreprocessen og læringsresultatet, alt afhængig af om det er drevet af lyst og interesse eller af nødvendighed eller tvang (Ibid., s. 37). Det er vigtigt at de læringsmæssige udfordringer stimulerer til kursistens interesser og forudsætninger for at lære, samtidig med at indholdet tilpasses den enkelte, så udfordringerne hverken er for store eller for små. Motivationen fastholdes ved hjælp af tilpas forstyrrelser. Dette viser at muligheder for læring er andet og mere end bare fagligt stof, men giver mulighed for personlig udvikling (Ibid., s. 102-107).

Kursisterne udvikler sig i kraft af det samspil de har med omverdenen, som er medkursisterne, vejledere og andre fagpersoner de møder i deres praksiskontekst. Tilegnelsen dannes i kraft af de impulser eller påvirkninger fra omgivelserne og altså det samspil man agerer indenfor. Det som kursisterne lærer inden for det nye fagområde kobles på deres tidligere erfaringer, deres forforståelse, og dermed vil det individuelle præg træde frem (Ibid., s. 36). Tilegnelsesprocessen vil være kursistens evne og lyst til at udvikle sig og lære den nye rolle som kommende anæstesisygeplejerske. Denne proces er afhængig af vejlederens rolle, som den der skaber plads og tid til læring og udvikling. Samtidig er det vejlederens opgave at forstå og kende til kursistens læringsforudsætninger, så udfordringerne tilpasses kursistens kompetencer. Vejledningen skal rettes mod kursistens motivation for at lære og finde frem til hvad der får læringen til at ske (Ibid., s. 45-46). Ifølge Lis Møller er det vigtigt at vejleder kan involvere sig personligt i et samspil med en anden, men samtidig skal vejleder også kunne adskille det personlige fra det private (2014, s. 26-27). Vejlederens utålmodighed og det at være uengageret i kursistens læring kan skabe usikkerhed og mindreværd, og *”i det konkrete samspil skaber vi gensidigt hinandens forudsætninger; den enes indstilling og reaktioner har betydning for den andens”* (Ibid., s. 109).

Samspilsdimensionen kan, ifølge Illeris, være samspillet mellem to eller flere parter og det kan være på det overordnede samfundsmæssige niveau, hvor det altså gælder regler, værdier og normer (Ibid., s. 41-42). Kursistens læring kan hermed blive påvirket af omgivelserne og tiden, og læringen kan knyttes til den kontekst man befinder sig i. Samspilsdimensionen kan formes og vise sig på forskellige måder. Det drejer sig om den opmærksomhed man viser hinanden og omgivelserne. Vi ser her en læreproces hvor kursisten gradvist bevæger sig fra den passive, hvor kursisten observerer vejlederen, til de situationer hvor kursisten er mere aktivt med i handlingerne. Kursisten udvikler sig og bliver med tiden ikke bare den modtagende part, men gør selv noget aktivt og bidrager med noget til samspillet. Kursisten lærer og imiterer vejlederen (rollemodel) og arbejder mere aktivt på en målrettet måde (opsøgende) for til sidst at agere på lige fod med andre. Kursisten har fået en anerkendt position og medindflydelse (Ibid., s. 111-113). De to år specialuddannelsen varer er således en konstant læringsproces for kursisterne, som påvirkes af omgivelserne, og med stigende intensitet bliver de en del af læringsprocessen og den aktive deltagelse vil fremme ens involvering og øge lysten til læring.

I uddannelsesprogrammet er læringssynet inspireret af en socialkonstruktivistisk læringsforståelse. Kursistens læring sker i arbejdet med problemstillinger oplevet i praksis, og læringen skulle gerne bestemmes *”af relationerne i den fælles sociale kontekst, og læringsforståelsen er til enhver tid forstået som den enkelte kursists tilegnelsesproces gennem aktiv deltagelse i og samspil med fællesskabet”* (Fryd et., al., s. 9). Samtidig med at det sociale aspekt er i spil vil fokus dog *”være på kursistens læringsmæssige forudsætninger for at indgå i et uddannelsesforløb og for evnen til at tilegne sig ny viden”* (Ibid., s. 9). Der stilles krav til kursisten i form af at vise engagement, interesse og motivation samt tage ansvar for egen uddannelse. Med dette menes der fx at kursisten kan træffe personlige valg angående egen uddannelse, forholde sig kritisk, være opsøgende og udnytte læringsmulighederne, tage initiativ til at søge vejledning, reflektere, udvise fleksibilitet og være forberedt til alle evalueringer.

Uddannelsesforløbet er tilrettelagt så kursisten lærer gennem udøvelse i praksis, ved selvstudium og klinisk teoretisk undervisning på temadage. De centrale læringsmetoder er instruktion, vejledning, undervisning, refleksion over praksis og supervision. De 17 kompetencekort giver kursisten mulighed for at arbejde med specifikke læringsområder og få hjælp til kobling af teori på den specifikke situation opstået i praksis. Det foregår ved at kompetencekortene anvendes i en formativ evalueringsproces, hvor kursist og vejleder tilpasser og former vejledning og læring i forhold til det der sker undervejs. *”Kompetencekortene bliver herved et redskab til at tilrettelægge, strukturere og forme kursistens læreprocesser”* (Ibid., s. 22). Når kursisten er i besiddelse af de specifikke kompetencer, anvendes kompetencekortene som et vurderingsredskab for vejlederen i en *”summativ evaluering af om kursisten har erhvervet sig kompetencen på et tilfredsstillende niveau”.* Det benævnes klinisk kompetencevurdering og foregår ved en struktureret observation med efterfølgende vurdering af refleksion over praksis (Ibid., s. 22). Klinisk kompetencevurdering stiller krav til den kliniske vejleder, der skifter rolle fra vejleder til bedømmer, og kursistens præstation skal vurderes så objektivt som muligt. Det er primært kursistens ansvar at opnå den tilstrækkelige kompetence, men det er vejlederens ansvar at støtte kursistens læring og vise vejen til opnåelse af målene inden for de specifikke områder (Ibid., 23). Kompetencekortene skal bestås, men er ikke sanktionsgivende, og derfor bruges de som en slags status over kursistens standpunkt og som dokumentation for hvilke mål kursisten har nået. Dette foregår ved evalueringer som er placeret strategisk igennem uddannelsesforløbet (Fryd et al., 2012).

Læringsmetoden skifter alt afhængig af hvilken situation kursist og vejleder står i. I begyndelsen af uddannelsen følges kursisten dog tæt af vejleder og oplæringen ligner mest instruktion som er stærkt vejlederstyret. Efterhånden bliver vejledningen mere og mere tilpasset kursistens forudsætninger og erfaringer, og ifølge Uddannelsesprogrammet tages der udgangspunkt i Lauvås og Handals 3 faser: før-vejledning, iagttagelse af praksis og eftervejledning (2010). Igennem uddannelsesforløbet lægges der vægt på at kursisten øger sine kompetencer og selvstændighedsniveau med henblik på at kunne agere inden for anæstesisygeplejerskens funktionsområde. Dette sikres gennem evalueringssamtaler hvor målene for hver uddannelsesperiode og kursistens kompetencer skal være opfyldt for at kursisten kan fortsætte uddannelsen.

## 7.1 Læreprocessen og læringstyper

Med henblik på at forstå læreprocessen mere indgående vil vi inddrage nogle forskellige læringstyper som hver især beskriver en måde at lære på. Vi inddrager de typer der er relevante for den læreproces der forekommer i vores praksis.

Forskning inden for læring har igennem tiden bevæget sig fra den behavioristiske læringspsykologiske tilgang over i den mere kognitive og konstruktivistiske, som i første omgang blev udviklet af Jean Piaget og Lev Vygotsky. Piaget blev kendt for de to begreber assimilation og akkomodation, hvor disse læringstyper lagde op til selve tilegnelsesprocessen og specielt om det der skal læres. Det var specielt den kognitive tilgang til læring som Piaget var interesseret i, men i årene efter hans død var det den konstruktivistiske opfattelse der kom i fokus. Den konstruktivistiske opfattelse *”går ud på, at mennesker gennem læring og erkendelse selv konstruerer deres forståelse af omverdenen”* (Illeris, 2009, s. 49). Det betyder at vejledere ikke bare kan fylde kursister med viden og færdigheder, men kursisterne skal selv ud og erkende og konstruere deres forståelse af diverse situationer. Denne opfattelse af påfyldningsprocesser var der mange læringsteoretikere der tog afstand fra. Den mest kendte af dem alle er nok Paulo Freire med hans afvisning af det han kalder ”sparekassepædagogik” (Ibid., s. 48-49). Lev Vygotsky havde derimod en kulturhistorisk eller virksomhedsteoretisk tilgang, og han arbejdede ikke med begreber som læringstyper, men derimod med begrebet *den nærmeste udviklingszone*. Dette begreb tager udgangspunkt i den enkeltes potentielle udviklingsniveau, som viser sig ved fx en kursists nuværende læringsniveau hvor denne individuelt kan problemløse. Den potentielle udvikling opstår ved problemløsning i fællesskab med en der er dygtigere. Den kliniske vejleder skal altså finde ud af hvad kursisten kan og derfra hjælpe denne videre. Vygotskys begreb befinder sig mellem læringens indholds- og samspilsdimensioner, men den følelsesmæssige betydning, som ses i drivkraft dimensionen er ikke integreret i den virksomhedsteoretiske tilgang (Ibid., s. 47 +70-73).

Da vi i arbejdet med kursister står over for en gruppe med meget forskellig tilgang og erfaringsgrundlag for at lære faget, skal vejledningen tilpasses den enkeltes behov. Dette stiller store krav til vejleder, men da vi samtidig står over for voksne uddannede sygeplejersker er der en forventning om at kursisten tager ansvar for egen læring. Den kumulative læringstype er grundlæggelsen af de skemaer vi lagrer i hjernen. Det er erindringer, viden, forståelse og handlemuligheder og denne læringstype er med til at præge og påvirke og forme vores personlige identitet. Som tidligere nævnt stammer assimilativ og akkomodativ fra Piagets læringsforståelse som fokuserer på selve tilegnelsesprocessen og dermed *”karakteren af det, der læres”* (Ibid., s. 48). Assimilativ er tilføjende læring. Det er læring som først og fremmest drejer sig om at blive lagret og indtaget i vores allerede eksisterende skemaer. Det er videns- og færdighedslæring og det bindes også til den konkrete kontekst. Man har derfor svært ved at koble det til andet, og læringen bliver bundet til det specifikke man lærer *”og kan være svært tilgængeligt i andre sammenhænge – man kommer ikke i tanke om det, selv om det kunne være relevant”* (Ibid., s.54). Hvis vi skal se på evnen til at lære, som adskiller os mennesker fra ”*andre arter”,* aktiveres akkomodativ læring, når vi står i ukendte situationer og som ikke kan tilpasses de eksisterende skemaer. Der sker en omstrukturering af den måde man oplever og ser verden på, og denne nye opfattelse tilpasses i forhold til det man i forvejen ved. Man udvikler en ny forståelse. Det er her den individuelle karakter træder frem, netop da det påvirker de skemaer vi allerede har lagret. Det er derfor vigtigt at man som vejleder interesserer sig for hvad kursisterne allerede ved i stedet for hvad man vil have dem til at lære. I praksis fungerer forholdet mellem de assimilative og akkomodative processer som sammenkoblede, men akkomodativ læring er mere energikrævende, så vi undgår denne læringsform hvis vi ikke har nogen interesse i indholdet. Til gengæld er det en læringsform som vil berige kursisten med viden og/eller færdighedsudøvelse, og kursisten lærer hvilke handlemuligheder der kan bruges i flere situationer de præsenteres for i praksiskonteksten. Det er her *”at vores læring får den generelle anvendelighed i forskellige og uforudsete situationer”*. Hermed bliver kursistens bevidstgørelse og refleksion samt kritisk tænkning aktiveret (Ibid., s. 53-57). Kursisterne vil, alt afhængig af deres behov, veksle mellem de forskellige læringstyper, men samtidig er det også afhængigt af konteksten og samspillet mellem kursist og vejleder. De får kompetencer i at problemløse og gøre brug af deres viden i forskellige og uforudsete situationer.

De fremførte læringstyper viser en stigende grad af kompleksitet og derfor vil man ikke inden for et nyt fagområde starte med den mest aktive og involverende type (Ibid., s. 44-63). Som tidligere nævnt arbejder man som kursist hen imod kompetencer, som gør en i stand til selvstændigt at kunne fungere inden for funktionsområdet til anæstesisygeplejerske.

# 8.0 Analyse af empiri og diskussion.

I det foregående har vi beskrevet konteksten for vores undersøgelse, samt vores forståelse af vejledning og læring. I det følgende kapitel vil vi fortolke og analysere resultaterne af vores empiriske undersøgelse. Dette for at få en større forståelse for hvilke faktorer og egenskaber, der har særlig betydning for kursistens læring i en praksiskontekst, samt for sammenhænge der har betydning for kursist/vejleder relationen. Derudover vil vi meningsfortolke det kvalitative spørgsmål, som lyder: *”Hvad opfatter du selv som den største udfordring i en vejlednings situation?”,* ud fra en hermeneutisk videnskabsteoretisk tilgang. Vi inddrager vores tidligere fremstillede teoretiske analyse, samt anden relevant teori. Undervejs i dette kapitel vil vi diskutere, for til slut at samle analysen i en fælles diskussion. Vi vil referere til fundene i vores empiriske undersøgelse, og enkelte af vores kvantitative data vil blive illustreret med figurer. Andre vil blive henvist til de bilag der refereres til i databearbejdelsen.

Analysen inddeles i tre hovedafsnit, omhandlende henholdsvis analyse af undersøgelsens variabler, analyse af respondenternes vurdering af de 22 faktorer og egenskaber, samt analyse af respondenternes besvarelse af det kvalitative spørgsmål.

## 8.1 Beskrivelse og analyse af variablerne i spørgeskemaet

Vi vil i det følgende beskrive og analysere på respondenternes besvarelse af de variabler, vi har valgt at indsætte i spørgeskemaet. Det følgende vil imidlertid kun indeholde udvalgte variabler, som har relevans for besvarelsen af specialets problemformulering.

## 8.1.1 Aldersfordelingen på kursister og kliniske vejledere

Figur 4: Aldersspredningen fordelt på kliniske vejledere og kursister

Den ovenstående graf viser aldersfordelingen blandt de 66 der har svaret på spørgeskemaet. Vi har opdelt dem i kliniske vejledere og kursister, og ud fra dette kan vi se at hos både de kliniske vejledere og kursisterne befinder over halvdelen sig inden for aldersgruppen 35-50. Vi ser et klart overtal af kursister i aldersgruppen 25 – 34 år og et klart overtal af kliniske vejledere i alderen > 50.

## 8.1.2De kliniske vejleders erfaring som vejleder

Figur 5: De kliniske vejleders erfaring som klinisk vejleder.

Dette viser at de to største grupper har henholdsvis 3-6 års erfaring og over 6 års erfaring. Hvilket til sammen giver en procent på 77. Den mindste gruppe er dem med 1-2 års erfaring, som udgør mindre end en fjerde del af de vejledere der har besvaret vores spørgeskema. Med det forbehold at ikke alle kliniske vejledere i Region Midt har besvaret spørgeskemaet, peger dette på at de kliniske vejledere i Region Midt er en generelt erfaren gruppe.

## 8.1.3 De kliniske vejleders pædagogiske uddannelse

Figur 6: De kliniske vejleders pædagogiske uddannelse.

Dette viser at cirka en fjerde del af de kliniske vejledere ingen pædagogisk uddannelse har. Det er en betingelse at vejledere der oplærer sygeplejestuderende, skal have gennemført klinisk vejledermodul, som er et modul i den sundhedsfaglige diplomuddannelse, for at kunne indtræde i funktionen som klinisk vejleder. Samtidig fremgår det af uddannelsesordningen i Region Midt inden for specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske, at et af kravene til den kliniske vejleder er, at denne har, det kliniske vejleder modul. Af ovenstående kan udledes at dette ikke er praktiseret, idet 26 % ingen uddannelse har. Den største gruppe (43 %) af de kliniske vejledere har imidlertid det kliniske vejledermodul. I funktionsområdet for anæstesisygeplejersker ligger en implicit forventning til at kunne varetage undervisning og vejledning (Krag & Truelsen, 1997).

## 8.1.4 Kursisternes erfaring som sygeplejerske inden starten på uddannelsen

Figur 7: Kursisternes erfaring som sygeplejerske inden starten på specialuddannelsen

Dette viser at 12 % af de kursister der har besvaret spørgeskemaet, kun har 2-3 års erfaring som sygeplejerske før starten på specialuddannelsen, mens langt den største gruppe på 55 %, har mellem 4-8 års erfaring som sygeplejerske og 33 % af kursisterne har over 8 års erfaring før starten på uddannelsen. Den overvejende del af kursisterne kunne således ved påbegyndelse af specialuddannelsen karakteriseres som erfarne sygeplejersker. Et andet forhold vi kan udlede af dette er, at de kursister der har mindre end 8 års erfaring, hvilket i alt udgør 67 %, må være professionsbachelorer. Dette udleder vi af det forhold at grunduddannelsen til sygeplejerske, som varer 3½ år, i 2001 blev ændret til en professionsbachelor uddannelse, hvilket betyder at de sygeplejersker der er uddannet efter 2004 er professionsbachelorer. Deres sygepleje bygger dermed på en uddannelse der er mere teoretisk end praktisk funderet, hvilket måske har en betydning for deres udførelse af den grundlæggende sygepleje.

# 8.2 Respondenternes samlede vurdering af de 22 egenskaber og faktorer

Vi vil indlede databearbejdelsen og analysen af de 22 faktorer og egenskaber med at uddrage nogle generelle træk fra dels respondenternes samlede besvarelse, dels besvarelsen opdelt i henholdsvis klinisk vejleder og kursister. Dette vil vi gøre ud fra de gennemsnitlige beregninger af hvor vigtig de 22 faktorer og egenskaber vurderes, samt den procentvise udregning af besvarelserne.

Der er kun en enkelt af de 22 faktorer og egenskaber, som af enkelte respondenter er vurderet som værende slet ikke vigtig, ellers er de resterende 21 faktorer vurderet til at være fra mindre vigtig til helt afgørende. I den gennemsnitlige beregning af deres scoring, kan vi se at faktorerne og egenskaberne generelt scorer højt, og syntes derfor vigtige for alle respondenter. Det er dog relevant at pointere at dette ikke nødvendigvis betyder at vi har identificeret de faktorer og egenskaber som de adspurgte kursister og kliniske vejledere mener, er vigtigst for en klinisk vejleder at besidde. Dette fordi de 22 faktorer og egenskaber, som beskrevet i metode afsnittet, er defineret af os som forskere. Der kan derfor meget vel være andre, som respondenterne finder er vigtigere.

Ud fra vores data kan vi se at de tre faktorer og egenskaber der har den gennemsnitlige højeste score er: *At vejlederen kan lide at vejlede, at vejlederen udfører en vejledning der er tilpasset den enkelte* og at *vejlederen støtter kursistens udvikling af selvstændighed.*  67 % af respondenterne har vurderet at det er helt afgørende at vejlederen kan lide at vejlede, hvilket også er den faktor som har den højest samlede score. Den faktor som i den gennemsnitlige beregning rangerer lavest er: *At vejlederen er pædagogisk uddannet*, hvilket samtidig er den faktor som respondenterne er mest uenige om, idet denne faktor er den eneste der både bliver vurderet til at være helt afgørende og slet ikke vigtig (Bilag 3).

Vi havde en forestilling om af de to grupper ville vurdere faktorerne og egenskaberne forskelligt, hvilket stammer dels fra vores forskning på 2. semester, dels fra det amerikanske studie. Nedenstående tabel viser den gennemsnitlige besvarelse fordelt på kursister og klinisk vejledere, rangeret efter hvilke faktorer og egenskaber der har den højeste gennemsnitlige score. Karakteristisk for vores fund fra undersøgelsen er at de kliniske vejledere og kursister, ud fra den gennemsnitlige beregning, generelt er meget enige i deres vurdering af hvor vigtig de finder de 22 faktorer og egenskaber. Som det fremgår af tabellen rangeres de samme tre egenskaber højest hos begge grupper, samtidig med at faktoren *At vejlederen er pædagogisk uddannet* rangeres lavest. Vi kan ikke ud fra vores fund sige at der er en signifikant forskel mellem deres scoring.

Nedenstående tabel viser den gennemsnitlige beregning af henholdsvis kuristers og kliniske vejleders scoring af de 22 faktorer og egenskaber.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kursister** | Gennem-snit |  | **Kliniske vejledere** | Gennem-snit |
| 1 | At vejlederen kan lide at vejlede | 4,66 | 1 | At vejlederen kan lide at vejlede | 4,63 |
| 2 | At vejlederen udfører en vejledning der er tilpasset den enkelte | 4,47 | 2 | At vejlederen udfører en vejledning der er tilpasset den enkelte | 4,37 |
| 3 | At vejlederen støtter kursistens udvikling af selvstændighed | 4,44 | 3 | At vejlederen støtter kursistens udvikling af selvstændighed | 4,37 |
| 4 | At vejlederen er klinisk kompetent | 4,38 | 4 | At vejlederen stimulerer kursistens selvtillid | 4,37 |
| 5 | At vejlederen skaber et godt læringsmiljø | 4,28 | 5 | At vejlederen er åben og fleksibel | 4,34 |
| 6 | At vejlederen agerer roligt under stress | 4,22 | 6 | At vejlederen skaber et godt læringsmiljø | 4,31 |
| 7 | At vejlederen kan evaluere og supervisere | 4,19 | 7 | At vejlederen udviser respekt | 4,26 |
| 8 | Vejlederens kommunikationsevner | 4,16 | 8 | At vejlederen kan evaluere og supervisere | 4,26 |
| 9 | At vejlederen udviser respekt | 4,16 | 9 | At vejlederen giver løbende feedback | 4,23 |
| 10 | At vejlederen besidder en god dømmekraft | 4,16 | 10 | At vejlederen besidder en god dømmekraft | 4,16 |
| 11 | At vejlederen er åben og fleksibel | 4,13 | 11 | At vejlederen er klinisk kompetent | 4,14 |
| 12 | At vejlederen giver løbende feedback | 4,06 | 12 | Vejlederens kommunikationsevner | 4,11 |
| 13 | At vejlederen fremstår som positiv rollemodel | 3,94 | 13 | At vejlederen fremstår som positiv rollemodel | 4,11 |
| 14 | At vejlederen opfordrer til faglig diskussion | 3,88 | 14 | At vejlederen agerer roligt under stress | 4,11 |
| 15 | At vejlederen involverer sig i kursistens læring | 3,88 | 15 | At vejlederen opfordrer til faglig diskussion | 4,03 |
| 16 | At vejlederen stimulerer kursistens selvtillid | 3,78 | 16 | At vejlederen anvender mål for uddannelsen og andre læringsredskaber | 4,03 |
| 17 | At vejlederen udviser selvsikkerhed | 3,75 | 17 | At vejlederen motiverer kursisten | 3,97 |
| 18 | At vejlederen er empatisk | 3,75 | 18 | At vejlederen involverer sig i kursistens læring | 3,97 |
| 19 | At vejlederen er teoretisk velfunderet | 3,69 | 19 | At vejlederen er teoretisk velfunderet | 3,94 |
| 20 | At vejlederen motiverer kursisten | 3,63 | 20 | At vejlederen er empatisk | 3,66 |
| 21 | At vejlederen anvender mål for uddannelsen og andre læringsredskaber | 3,63 | 21 | At vejlederen udviser selvsikkerhed | 3,34 |
| 22 | At vejlederen er pædagogisk uddannet | 2,47 | 22 | At vejlederen er pædagogisk uddannet | 3,11 |

Tabel 1.

## 8.2.1 Analyse af respondenternes vurdering af de 22 faktorer og egenskaber

For at kunne analysere de 22 faktorer og egenskaber, har vi valgt at kategorisere dem i følgende fire områder: *Vejlederens forudsætning for vejledning, Vejlederens professionskompetencer, Vejlederens betydning for relationen til kursisten,* samt *Konsultationspræget kontra supervisionspræget vejledning.* Hvert af disse områder vil i det følgende blive bearbejdet særskilt, hvor vi først vil definere områderne ud fra relevant teori. Efterfølgende vil de faktorer og egenskaber vi har valgt at kategorisere inden for området blive analyseret, og koblet med relevant teori. Endelig vil vi søge at identificere eventuelle faktorer der har indflydelse på respondenternes vurdering. Imidlertid må vi erkende at vores datamateriale, ved en opdeling i forskellige relevante grupper, bliver for spinkelt til at kunne udlede egentlige valide data. Således er gruppen af f.eks. 1. årskursister kun på 13 respondenter. Vi vil derfor ikke foretage en egentlig krydsanalyse på eventuelle variabler der kan have betydning for de kliniske vejledere og kursisters vurdering, men i højere grad fremhæve interessante fund og forskelle, idet dette måske kan indikere områder, hvor der er brug for videre undersøgelse.

Da der samtidig er flere af faktorerne, hvor der er ringe signifikant forskel i de to gruppers vurdering, vil vi primært beskrive og analysere de faktorer og egenskaber hvor der ses forskelle og ligheder som vi finder interessante og overraskende.

## 8.2.2 Vejlederens professionskompetencer

At vejlederens professionskompetencer har en betydning i forhold til kursistens læring, kan ses som et udtryk for behovet for læring gennem imitation, hvor kursisten lærer ved at få demonstreret handlings- og tænkemåder (Rønnestad, 2010, s. 289). Dette kan også ses som en læring der er forenelig med det der betegnes som mesterlære, og hvor praksisfællesskabslæring er en af disse. Begrebet er bl.a. udviklet af Etienne Wenger & Jean Lave, og beskriver en læring der finder sted gennem deltagelse i fælleskabet, bl.a. gennem observation af den kompetente udøver der bidrager til forståelse af hele processen. Imidlertid er et af kritikpunkterne i forhold til denne læringsform, at det teoretiske læringselement er nedtonet til fordel for social læring eller socialisering, hvilket er problematisk for netop professionerne (Lahn & Jensen, 2010, s. 294ff)(Lauvås & Handal, 2010, s. 60ff). Samtidig er disse egenskaber en forudsætning for at vejlederen kan støtte kursisten i den konkrete situation, og dermed sikre at patienten bliver bedøvet på etisk og forsvarlig vis. Dette er afgørende i forhold til den samfundsmæssige opretholdelse af tilliden, ikke kun til selve professionen, men også til at vejlederen kan varetage uddannelsen af anæstesisygeplejersker på forsvarlig vis, og med det korrekte incitament (Grimen, 2010b, s.152f).

Følgende fire egenskaber er kategoriseret inden for vejlederens professionskompetencer:

* *At vejlederen er klinisk kompetent*
* *At vejlederen fremstår som positiv rollemodel*
* *At vejlederen agerer roligt under stress*
* *At vejlederen udviser selvsikkerhed*

Af de fire egenskaber vi har kategoriseret inden for dette område, har egenskaberne *at vejlederen er klinisk kompetent,* samt at vejlederen fremstår som en positiv rollemodel størst betydning i forhold til det ovenstående. Der er således flere grunde til at disse er afgørende egenskaber. Der er imidlertid en karakteristisk tendens til at specielt egenskaben *at vejlederen er kliniske kompetent* vægtes højere blandt kursisterne end hos de kliniske vejledere. Således finder 50 % af kursisterne, mod kun 26,9 % af de kliniske vejledere (Bilag 3), det helt afgørende at vejlederen er klinisk kompetent.

De to egenskaber: *at vejleren agerer roligt under stress* og at *vejlederen udviser selvsikkerhed,* mener vi kan relateres til vejlederens overskud og overblik, mens de ikke nødvendigvis kan tages som udtryk for vejlederens reelle kompetencer. Der er i vores kultur et ”samfundsmæssigt krav” om at den professionelle skal være: ”*sikker og entydig selv når situasjonen tilsiger usikkerhet*” (Rønnestad, 2010, s. 283). Hvilket kan synes problematisk, idet det mest centrale enkeltstående aspekt ved professionel udvikling, ifølge Rønnestad, er bibeholdelsen af en kontinuerlig refleksion i mødet med udfordringen (Ibid. s. 281). At vejlederen udviser selvsikkerhed er da også, som det fremgår af tabel 1, den der rangerer lavest af de fire faktorer og egenskaber, der er kategoriseret under vejlederens professionskompetencer, dette hos begge grupper. Det interessante er imidlertid at forholdsvis mange kursister mener at det er meget vigtigt (37,5 %)/helt afgørende(21,9 %) *at vejlederen udviser selvsikkerhed*, mens en del kliniske vejledere (22,9 %) vurderer den som mindre vigtig (Bilag 3). I forhold til egenskaben *at vejlederen agerer roligt under stress* ses, i tabel 1, en tendens til at kursister scorer den højere end kliniske vejledere.

Der er således en generel tendens til at kursisterne vægter disse egenskaber højere end de kliniske vejledere. Specielt vigtig ses vejlederens kliniske kompetence, som kan tyde på at kursisterne har behov for den læring og handlekompetence som den kliniske vejleder kan videregive gennem imitation. Samtidig kan det tyde på at vejleders reelle kliniske kompetence fordrer en større tryghed, end det at vejleder udviser selvsikkerhed.

## 8.2.3 Vejlederens forudsætning for vejledning

Med denne kategori forstår vi de rammemæssige faktorer, der skaber grundlaget for deres evne til at vejlede. Som tidligere beskrevet står der i uddannelsesordningen at vejlederen skal have gennemgået et anbefalet kursus i vejledning af kursister (på diplomniveau) eller andet pædagogisk kursus (2007).

Følgende faktorer er kategoriseret inden for vejlederens forudsætning for vejledning:

* *At vejlederen er teoretisk velfunderet*
* *At vejleder er pædagogisk uddannet*
* *At vejleder anvender mål for uddannelsen og andre læringsredskaber*

Disse faktorer, der kan ses som de rammemæssige forudsætninger for at den enkelte vejleder kan vejlede, ligger hos både de kliniske vejledere og kursister i den nederst 1/3 af den gennemsnitlige vurdering (se tabel 1). Faktorerne tillægges således generelt ikke så stor en betydning hos hverken kursisterne eller de kliniske vejledere, og det er kendetegnende at det tillægges større betydning at vejlederen er klinisk kompetent. Lauvås & Handal beskriver en samfundsmæssig generel tendens til at mene, at vejledning ikke kræver tillægskompetencer, samt at det er nok at være faglig kompetent for at kunne vejlede. Dette opponerer de imod, idet de mener at vejledning udført på kvalificeret vis kræver både skoling og erfaring (2010, s.26). Som tidligere nævnt, finder vi den største spredning, samt uenighed i vurderingerne om vigtigheden af at vejlederen er pædagogisk uddannet, hvilket ses i nedenstående figur.

Figur 9: Kursister og kliniske vejleders vurdering af vigtigheden af at vejlederen er pædagogisk uddannet.

Således vurderes faktoren af hele 53 % af kursisterne til at være mindre vigtig, og enkelte finder den slet ikke vigtig. Hos de kliniske vejledere mener henholdsvis 37 % at den er vigtig og 28 % at den er meget vigtig (Bilag 3). Dette betyder at der tegner sig et generelt billede af at de kliniske vejledere vægter formalia som vejlederens pædagogiske uddannelse højere end kursisterne. Der ses en klar tendens til at jo mere uddannelse den kliniske vejleder har jo vigtigere vurderes denne faktor (Bilag 7). Samtidig kan vi se at 63 % af 2. årskursisterne mod kun 38 % af 1. årskursisterne mener at denne faktor er mindre vigtig (Bilag 5). Dette kan betyde, at selvom 2. årskursisterne er længst i uddannelsen synes det mindre vigtigt for dem at vejlederen er pædagogisk tænkende. Det kan være et tegn på at de med tiden udvikler deres selvstændighed og derfor har mindre brug for den pædagogiske oplæring. Som tidligere skrevet er mængden af respondenter i disse grupper dog for små til at vi reelt kan udlede noget, men det kan alligevel vise en interessant vinkel. Vi kan dog ikke sige om denne forskel er signifikant, eller mere et udtryk for en tilfældighed. Da vi i forhold til vores fund må medregne den usikkerhed at vi i vores spørgsmål ikke har differentieret mellem klinisk vejleder og vejleder finder vi fundet interessant og tænker det kan skabe grobund for videre undersøgelse, samt faglige diskussioner.

Vi finder det problematisk at spørgsmålet omhandlende *at vejlederen anvender mål for uddannelsen og andre læringsredskaber* rangerer lavt. I Specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske er der både i cirkulæret og uddannelsesordningen (som er godkendt af Sundhedsstyrelsen i 2007) beskrevet formål og mål for de respektive perioder. Hensigten med målene er i lighed med de kliniske kompetencekort, at skabe et anvendeligt grundlag for både den formative og summative evaluering. De kliniske kompetencekort er ligeledes tænkt som et læringsredskab, idet de konkretiserer og udspecificerer målene, med henblik på at gøre dem mere brugbare i klinisk praksis ved præcisering af læringsområder med tilhørende kobling af relevant teori. Ud fra dette fund kunne det umiddelbart tyde på at både kursister og vejledere ikke ser det som den hjælp og konkretisering det var hensigten med indførelsen af kompetencekort i uddannelsen af anæstesisygeplejersker. Samtidig kan vi dog ikke helt vurdere om de har koblet kompetencekort med *læringsredskaber*, da vi ikke har uddybet dette i spørgeskemaet. At faktoren scorer lavt betyder ikke nødvendigvis at *læringsredskaber* vurderes som mindre vigtig, men således vurderer begge grupper bare andre områder til at være vigtigere.

Anæstesisygeplejen bygger på en heterogen kundskabsbase, med et komplekst forhold mellem teori og praksis, og med områder hvor der ikke findes en teoretisk base. Intensionen, inden for faget, er imidlertid at den praktiske kundskab i højere grad skal basere sig på et teoretisk fundament (Grimen, 2010a, s. 71ff). Den sidste faktor omhandlende vejlederens teoretiske kundskaber viser ingen signifikant forskel, men sammenholdt med respondenternes vurdering af vigtigheden af vejlederens kliniske kompetence, tyder det på at begge grupper vægter klinisk kompetence højere end om vejlederen er teoretisk velfunderet. Der er dog markant flere kliniske vejledere der mener at det er ”meget vigtigt” at vejlederen er teoretisk velfunderet, mens kursisterne ser det ikke helt så vigtigt (Bilag 3). Dette kan tydes på flere måder, dels som et udtryk for at det teoretiske fylder mere hos kliniske vejledere, dels et udtryk for, at de kliniske vejledere har en forestilling om at det er nødvendigt at være teoretisk velfunderet for at være en kompetent vejleder.

## 8.2.4 Vejlederens betydning for relationen til kursisten

Ifølge Lauvås & Handal har relationen en betydning for kursistens læringsmuligheder (2010, s. 235ff). Ligeledes beskriver Rønnestad at det er specielt krævende at erhverve, samt opretholde kompetencer inden for en sådan type menneskebehandlende profession, som vi mener anæstesisygeplejen kan karakteriseres under. Det at udviklingen sker i relationen mellem kursisten, patienten og vejlederen, kan *”forstås som kommunikativ praksis”*, samt at ”*forandringsarbeidet kan forstås som emosjonell praksis*” (Rønnestad, 2010, s. 279). Hermed lægger Rønnestad op til at vejledning og læring ikke kun kan betragtes ud fra et kognitivt perspektiv, men at de involverede parter også vil blive følelsesmæssigt involveret i denne proces. I denne kategori inddrages således vejlederens måde at være og agere på overfor kursisten, samt tilgang til vejledningen. Samtidig er dette faktorer og egenskaber der er uadskillelige med vejlederens personlighed. Vi har kategoriseret 8 faktorer og egenskaber inden for vejlederens betydning for relationen til kursisten:

* *At vejlederen kan lide at vejlede*
* *At vejlederen involver sig i kursistens læring*
* *Vejlederens kommunikationsevner*
* *At vejlederen er empatisk*
* *At vejlederen skaber et godt læringsmiljø*
* *at vejlederen udviser respekt*
* *At vejlederen er åben og fleksibel*
* *At vejlederen motiverer kursisten*

Kravene til vejlederen kan synes store og svære at indfri, men imidlertid er den grundlæggende interesse for det andet menneskes læring, ifølge Lauvås & Handal, mere afgørende end egentlige pædagogiske færdigheder. Således mener de at interessen er selve grundlaget og drivkraften for at udvikle sig som vejleder, samt at: ”*Det lykkes for en vejleder, når arbejdet bæger præg af en genuin interesse for andre menneskers ve og vel og af tolerance over for det ufærdige*” (2010, s. 18). Dette understøttes af Illeris, som også bruger begrebet drivkraft, der indeholder vejlederens personlige engagement og motivation. Glæden ved at vejlede hænger, ifølge Illeris, sammen med at det også for vejlederen indebærer en faglig og personlig udvikling, samtidig med tilfredsheden ved at se kursisten udvikle sig læringsmæssigt er en lige så stor del af det lystbetonede ved vejledningen (2009). Hvis vi sidestiller interessen og glæden ved vejledning, er det ikke overraskende at 65,7 % og68,8 % af henholdsvis de kliniske vejledere og kursisterne finder faktoren *at vejlederen kan lide at vejlede* helt afgørende (Bilag 3), samt at det, som tidligere nævnt, er den faktor der scorer højst i den gennemsnitlige vurdering af de 22 faktorer og egenskaber (Tabel 1). Imidlertid er det interessant at faktoren: *At vejlederen involverer sig i kursistens læring*, rangerer i den nederste halvdel af den gennemsnitlige vurdering, idet vi mener det vil være svært at involvere sig, uden at have interesse i kursisten som skal vejledes.

Af det ovenstående kan vi samtidig udlede at faktorer som uddannelse og kompetencer ikke vurderes til at have samme betydning, som det at vejlederen har lyst til og interesse i at vejlede, hvilket netop, ifølge Lauvås & Handal, er afgørende faktorer i forhold til at udvikle sine pædagogiske kompetencer som vejleder.

Samtalen er grundlaget og værktøjet i den reflekterende vejledning, og er dermed det vigtigste hjælpemiddel i vejledningen, hvilket betyder at vejlederens kommunikationskompetencer har afgørende betydning for vejledningen. Således kan manglende kommunikationsevner ligge til grund for en dårlig fungerende vejledning (Lauvås & Handal, 2010, s. 221ff). Vejlederens kommunikationsevner har dog ikke kun en betydning i forhold til kursisten, idet også patienten er afhængig af denne kompetence (Grimen, 2010a, s.74). Over 80 % af både de kliniske vejledere og kursister vurderer da også denne egenskab til at være enten helt afgørende eller meget vigtig (Bilag 3). Hvilket betyder at egenskaben rangerer i den øverste del af den gennemsnitlige beregning (Tabel 1).

Lauvås & Handal beskriver grundlæggende holdninger, identificeret af Carl Rogers, der er vigtige i vejledningen og som kan fremme relationen. Holdningerne er af Rogers beskrevet i forhold til forældrevejledning til kronisk syge børn, men kan også bruges i denne sammenhæng. Holdningerne er Respekt, Ydmyghed, Autenticitet, Empati og Dæmpet entusiasme, hvor *Respekt* af Rogers defineres som: *”`betingelsesløs positiv indstilling´ eller `varme´”.* Han lægger dermed vægt på *”at hjælperen ikke skal være (for-)dømmende* *(..)*” (2010, s. 233), samtidig med at han mener at det må være en grundlæggende holdning at udvise respekt, og at denne ikke skal være på betingelse af værdinormer eller personlighedskarakteristik (Ibid., s. 233). Denne faktor må dermed have en stor betydning for relationen mellem kursisten og vejlederen, hvilket understreges af at den hos både de kliniske vejledere og kursister rangerer i toppen af den gennemsnitlige vurdering (Tabel 1). Samtidig med må denne også have en stor betydning i forhold til om vejlederen er med til at skabe et godt læringsmiljø, en faktor der hos både kursisterne og de kliniske vejledere rangerer inden for de øverste 6 i den gennemsnitlige beregning (Tabel 1).

Lauvås & Handal beskriver at vejleders rolle er at forsøge at finde frem til hvad kursisten mener, er vigtigt i situationen, samt få denne til at komme med forslag og egne synspunkter, frem for at vejlederen fremfører egne (2010, s. 196). At vejlederen er åben og fleksibel vurderes af 48,6 % af de kliniske vejleder mod kun25 % af kursisterne som helt afgørende. Mens 62,5 % af kursisterne og 37,1 % af de kliniske vejledere mener denne egenskab er meget vigtig. Der er dermed en tendens til at de kliniske vejledere vurderer denne egenskab vigtigere end kursisterne (Bilag 3)(Tabel 1).

Lauvås og Handal beskriver ud fra Gelso og Fretz to former for empati, nemlig affektiv og kognitiv empati, hvor de mener det kun er den sidste der er relevant i erhvervsfagligvejledning. Denne defineres som: ”*()vejlederen `påtager sig ´klientens perspektiv og forstår hvad klienten føler*” (2010, s. 234). Dette betyder ikke at vejlederen skal identificere sig med kursisten, men derimod forsøge at forstå verden som den opfattes af kursisten. Denne egenskab rangerer imidlertid hos både de kliniske vejledere og kursister i den nederste 1/3 af den gennemsnitlige tabel 1, samtidig med at grupperne har været meget enige i forhold til at vurdere denne egenskabs betydning (Bilag 3).

Vi har en forventning om at kursisterne er motiverede, idet de selv har valgt uddannelsen. Men ifølge Illeris har samspilsformer en stor betydning for tilegnelsen, hvilket betyder at en motiverende vejleder i højere grad vil være med til at skabe læring hos den enkelte kursist, dette gennem kursistens engagement og aktive medvirken i praksiskonteksten (2009, s. 113). Imidlertid scorer faktoren *at vejlederen motiverer kursisten* ikke specielt højt i den gennemsnitlige beregning (Tabel 1). Karakteristisk er det dog, som det fremgår af nedenstående graf, at 57,1 % af de kliniske vejledere mener at denne faktor er meget vigtig, samt 20 % mener at det er et helt afgørende træk at kunne motivere kursisten.

Figur 10: Den procentvise fordeling på spørgsmålet: Hvor vigtigt er det *at vejlederen motiver kursisten*.

Der er imidlertid 18,8 % af kursisterne som finder denne faktor mindre vigtig, hvilket kan tolkes som at kursisterne har et mindre behov for at blive motiveret, end de kliniske vejledere tror. Dette fordi kursisters tilgang til specialuddannelsen er præget af en egen lyst og motivation for at lære funktionsområdet.

## 8.2.5 Konsultationsvejledning kontra supervisionsvejledning

Vi har tidligere i specialet defineret de to begreber konsultations- og supervisionsvejledning, hvorfor dette kun gøres kort her. Supervisionsvejledning har et mere hierarkisk præg, og rollerne er fordelt mellem den erfarne kliniske vejleder og den uerfarne kursist, hvor det i høj grad er vejleder der definerer hvordan praksis skal udføres, samt er den styrende part i denne vejledningsform. Konsultationsvejledning er præget af et mere ligeværdigt forhold, hvor det i højere grad er kursisten der har ansvaret, dette både i forhold til selve praksis, men også i forhold til selve vejledningen (Lauvås & Handal, 2010 s. 42ff).

Som tidligere beskrevet er det inden for specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske en nødvendighed at vejledningen i starten bærer mest præg af at være supervision. Dette bl.a. fordi vejledningskonteksten er inden for et felt hvor hensynet til patienten vejer tungest. Imidlertid er det, ifølge Lauvås & Handal, hensigtsmæssigt, i forhold til kursisternes læring, at vejledningen gennem uddannelsen ændrer sig til at være mere konsultationspræget (2010, s.42ff). Det svarer til at kursisterne bliver mere refleksive og bedre til at handle i uventede situationer og dette kan sidestilles med begrebet akkomodativ læring (Illeris, 2011, s. 54ff).

Vi har valgt at kategorisere de nedenstående 8 faktorer og egenskaber inden for dette område. Enkelte af de 8 kunne imidlertid have været kategoriseret inden for et af de andre fire områder, idet fx faktoren *at vejlederen besidder en god dømmekraft* kan forstås på flere måder. Vi kan derfor ikke vide hvilken opfattelse af faktoren eller egenskaben respondenterne har haft i forhold til disse.

* *At vejlederen besidder en god dømmekraft*
* At *vejlederen udfører en vejledning der er tilpasset den enkelte*
* *At vejlederen støtter kursistens udvikling af selvstændighed*
* *At vejlederen stimulerer kursistens udvikling af selvtillid*
* *At vejlederen opfordrer til faglig diskussion*
* *At vejlederen kan evaluere og supervisere*
* *At vejlederen giver løbende feedback*

Som vi tidligere har beskrevet i metodeafsnittet, havde det af fortolkningsmæssige årsager været hensigtsmæssigt, hvis vi havde ekspliciteret om begrebet dømmekraft var ment i forhold til kursisten eller patienten. Imidlertid er det ikke muligt kun at se på enten patienten eller kursisten, dette i forhold til at vejledningskonteksten i specialuddannelsen foregår i praksis, og kursisten og patienten er i et dialektisk forhold, hvilket ses i figur 2, omhandlende kompleksiteten i vejledningskonteksten. Vejlederens dømmekraft vil derfor være afgørende for dennes forståelse af konteksten, og dermed vurderingen af hvilken vejledningstype der er mest hensigtsmæssig at anvende i forhold til den enkelte kursist (Lauvås & Handal, 2010 s. 57). Da vejledningstypen samtidig har betydning for kursistens læring, har vi en forventning om at denne faktor vil blive bedømt til at være særdeles vigtig, samt at kursisterne vil bedømme denne som vigtigere end de kliniske vejleder. Dette understøttes af at hele 56,5 % af kursisterne, mod kun 28,6 % af de kliniske vejledere mener at denne faktor er helt afgørende (Bilag 3). Der er samtidig en tendens til at 1. års kursister vurderer faktoren lavere end 2. års kursisterne, idet 53 % af 2. årskursisterne, mod 23 % af 1. årskursisterne vurderer denne faktor til at være helt afgørende (Bilag 5). Hvilket måske kan forklares med at 2. årskursisterne i højere grad har brug for muligheden for at udvikle deres selvstændighed, dette gennem en mere konsultationspræget vejledning, samt uddelegering af ansvar. Da Lauvås & Handal mener at, ”*Vejlederen giver ansvar på baggrund af evaluering af den studerendes faktiske kompetencer på ethvert givet tidspunkt*” (2010, s.187), har dennes dømmekraft stor betydning for den enkeltes kursist mulighed for at udvikle sin selvstændighed. Samtidig betyder dette også at besiddelsen af en god dømmekraft er en forudsætning for at kunne udføre en vejledning der er tilpasset den enkelte. *At vejlederen udfører en vejledning der er tilpasset den enkelte* bliver af 66 % af kursisterne vurderet som værende helt afgørende mod kun 40 % af de kliniske vejledere (Bilag 3).

Af det ovenstående kan vi udlede at vejlederens bedømmelse af vejledningskonteksten, altid vil være på baggrund af en evaluering af kursisten, samtidig med at evalueringen vil være på baggrund af vejlederens forståelse af vejledningskonteksten. Dermed kan dømmekraft og evaluering ifølge Lauvås & Handal ses som dialektiske (2010, s. 310ff). I spørgeskemaet spørger vi til de kliniske vejlederes og kursisternes vurdering af vejlederens evne til at supervisere og evaluere. Vi har således ikke adskilt de to begreber, hvilket som nævnt i metode afsnittet gør det problematisk at udlede noget i forhold til disse faktorer.

”*Det er en stor fordel, hvis vejlederen giver tilbagemeldinger til den studerende om den evaluering, vejlederen faktisk foretager*(…)”, dette af hensynet til relationen mellem dem (Lauvås & Handal, 2006, s. 198). Hvilket kan relateres til faktoren at vejleder giver løbende feedback. 34,4 % og 31,4 % af henholdsvis kursisterne og de kliniske vejledere finder denne faktor helt afgørende, der ses imidlertid en lille tendens til at de kliniske vejledere vægter denne højere end kursisterne, idet 60 % af de kliniske vejledere mener denne er meget vigtig, mod kun 40,6 % af kursisterne (Bilag 3). Samtidig er der en tendens til 1. års kursisterne vurderer denne faktor som vigtigere, i forhold til 2. års kursisternes vurdering. Dette kan ses som et udtryk for at 2. års kursister i højere grad har brug for at agere selvstændigt, samt få forstyrrelsen, og samtidig med at deres stigende professions kompetencer betyder en større grad af selvsikkerhed, og dermed mindre behov for feedback.

# 8.3 Meningsfortolkning af kvalitativt spørgsmål

Vores empiriske undersøgelse afsluttes i spørgeskemaet med et åbent spørgsmål til kursister og kliniske vejledere, som lyder: *”Hvad opfatter du selv som den største udfordring i en vejlednings situation?”* Ud af spørgeskemaets 66 besvarelser har vi fået 53 udsagn på det kvalitative spørgsmål. Vi har kategoriseret de kvalitative svar fra både kursister og kliniske vejledere i fem kategorier. Herefter vælger vi at meningsfortolke svarene, da vi på den måde kan gøre brug af datamaterialet i en diskussion og konklusion. Ved brug af denne metode kan vi organisere teksten og koncentrere meningsindholdet i en samlet fortolkning. Denne fortolkning vil indeholde citater, som kan understøtte den betydning kursisterne og de kliniske vejledere tillægger svaret. Vi har derfor valgt at kalde citater fra kursister med (K+nr.) og kliniske vejledere med (KV+nr.), så man kan se fra hvilken gruppe citatet stammer og fra hvilken sammenhæng ved hjælp af nummer rangeringen (Bilag 6).

Vi meningsfortolker ud fra en hermeneutisk tilgang, hvor forståelsen af svarene kan forandre og føre frem til en ny forståelse. Spørgsmålet omhandler hvad kursister og kliniske vejledere opfatter som den største udfordring i en vejledningssituation. Spørgsmålet var valgfrit at besvare, men en oversigt af besvarelserne viser at 25 kursister og 28 kliniske vejledere har benyttet sig af muligheden og kommet med en subjektiv besvarelse.

Vi har opdelt svarene fra begge grupper i 5 kategorier som er; *tid og rammer*, *det personlige kontra det faglige*, *evaluering/kommunikation*, *vejledning/læring* og *relationen*. Der er, på nedenstående tabel vist selve opdelingen af udsagn tilhørende de forskellige kategorier.

Vi er klar over at denne kategorisering af udsagnene er vores fortolkning af respondenternes udsagn, og dermed ikke nødvendigvis stemmer overens med deres. Respondenterne har ikke haft mulighed for selv at kategorisere deres udsagn, og dermed kender vi ikke baggrunden for deres udsagn. Ud fra Ricoers begreber kunne dette dog, af fortolkningsmæssige årsager, have været en fordel da det kunne have givet os en forklaring om hvilke sammenhænge udsagnene var tiltænkt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategori** | **Kursister (K)**  **I alt 25 udsagn** | **Kliniske vejledere (KV)**  **I alt 35 udsagn** |
| **Antal udsagn** | **Antal Udsagn** |
| Relationen | 2 udsagn | 5 udsagn |
| Tid og rammer | 4 udsagn | 10 udsagn |
| Det personlige⬄det faglige | 7 udsagn | 2 udsagn |
| Vejledning/læring | 8 udsagn | 10 udsagn |
| Evaluering/kommunikation | 3 udsagn | 8 udsagn |

Tabel 2.

Vi vælger i det følgende at meningsfortolke svarene ud fra de nævnte fem kategorier.

## 8.3.1 Vejledning/læring

Udgangspunktet med spørgsmålet var at beskrive den største udfordring i en vejledningssituation, og der ses hos begge grupper en tendens til at se udfordringen i forhold til den anden part. Specielt i gruppen af kursister, men dette kan skyldes at selve undersøgelsen lægger op til en vurdering af vigtigheden af faktorer og egenskaber som den kliniske vejleder skal besidde.

En kursist beskriver det: *”Hvis vejlederen kun ønsker at have det på sin egen måde..()”* (K22), eller at vejleder siger: *”Det plejer vi at gøre”* (K2), kan det forstyrre kursisten i forhold til at træffe egne beslutninger og lægger ikke op til faglig diskussion. Det viser en vejleder der ikke kan se andre handlemuligheder og at det nærmest er forkert *”af kursisten at foreslå en anden måde at foretage en procedure”* (K2). Dette peger i retning af hvad Weniger, i Lauvås & Handals fortolkning, kalder erfaringstyranni. Det er hvor tidligere erfaringer regnes som en tilstrækkelig argumentation for handling, og hvor andre muligheder for handling ikke anerkendes. Således siges der at *”…Gennem erfaring er det muligt at erhverve sig fordomme, fejlstillinger og dårlig praksis”* (Lauvås & Handal, 2010, s. 160). Det leder os frem til at stille spørgsmål ved den læring der opstår i situationer som disse, idet en vejleder kun ser egne handlinger og kompetencer som bærende. Samtidig lægger vejleder ikke op til den refleksion, som både Illeris og Lauvås & Handel, betoner vigtigheden af, hvis kursisten skal udvikle sine læringskompetencer.

Vi mener at det ovenstående kan relateres til faktoren *at vejlederen opfordrer til faglig diskussion,* men da kursisterne imidlertid har scoret faktoren lavere end de kliniske vejledere, kan det tyde på at det ikke er et stort problem for kursisterne i praksis.

Der er dog flere kliniske vejledere som giver udtryk for at være optaget af hvordan de kan skabe gode rammer for kursisters læring, *”således at kursisten bliver tilpas udfordret der hvor vedkommende er i sin uddannelse”* (KV13). Dette kan sidestilles med hvad Vygotsky kalder *”den nærmeste udviklingszone”*, som retter sig mod kursistens læringsforudsætninger, samt at nyt læres i samspillet med en mere erfaren (Illeris, 2009, s. 72). Da kursister starter specialuddannelsen med hver deres specifikke forudsætning for at lære vil deres tilgang til læring være under indflydelse af deres erfaring og forforståelse, og hermed træder det individuelle præg frem. Ifølge Illeris gælder det om at de kliniske vejledere får tilpasset læringens indhold til kursistens niveau og forudsætning for at lære. Det afgørende er at bevare kursistens drivkraft, som er motivationen, viljen og følelserne og som er med til at opretholde kursistens interesse i fagområdet. Motivationen er styret af følelser, og derfor er det vigtigt at man har en interesse i situationen for at lære (Illeris, 2009, s.41+92+99).

De kliniske vejledere er meget fokuseret på kursisternes kompetencer og at få vejledningen tilpasset den enkelte. Det bliver endda af nogle specificeret som ekstra nødvendigt i det første halve år hvor kursisten har brug for tæt følgeskab. De er opmærksomme på vigtigheden i at *”møde kursisten med dennes og egne kompetencer for øje”* (KV2), og hvor man som vejleder skal holde sig tilbage og *”give kursisten tid”* (KV18). Det kan være en stor udfordring for nogle kliniske vejledere, at lade kursisten arbejde selvstændigt og huske at stå med *”hænderne i lommen”* (KV10), specielt i situationer, hvor man som vejleder har lyst til at gribe ind og få tingene til at gå lidt hurtigere. Dette beskrives af Lauvås & Handal som utålmodighedsfælden: *”Med stigende kompetence indenfor et område ”ser” man hurtigere løsninger, man ”ved”, hvad der er den bedste, rigtigste/mest enkle måde at forstå – og løse- problemet på*” (2010, s. 218). Der vil være tilfælde inden for specialuddannelsen hvor handletvang, og hensynet til patienten gør at den kliniske vejleder er nødt til at handle, men ellers er det vigtigt at vejlederen har kursistens læring i fokus, og dermed ser praksis ud fra kursistens perspektiv.

Ifølge Lauvås og Handal er der forskellige vejledningsfælder den enkelte vejleder kan falde i, og som er uhensigtsmæssige måder at agere på i forhold til vejledningen. Således beskrives ansvarsfælden hvor *”Vejleder overtager ansvaret for andres læring og udvikling. Vejleders ansvar skal være at lægge til rette for en proces, ikke for at der sker noget med den/dem, der bliver vejledt*” (2010, s. 218). Hvis vejlederen overtager ansvaret for kursistens læring, harmonerer det ikke med den socialkonstruktivistiske tilgang til læring, som uddannelsesprogrammet beskriver (Fryd et. al., 2012), eller den konstruktivistiske forståelse af læring, som både Lauvås & Handal og Illeris lægger op til.

Nogle kursister mener at den største udfordring er de kliniske vejlederes vurdering af enkelt situationer *”i forhold til at presse kursisten ud på gyngende grund eller om de trænger til back up og en hjælpende hånd”* (K12). De giver udtryk for vigtigheden af vejleders gode dømmekraft og at vejlederen i samarbejde med kursisten skal vurdere dennes kompetencer og dermed støtte kursisten og *”være med til at kursisten udvikler sig”* (K9). Som tidligere beskrevet har både kursister og kliniske vejledere scoret egenskaben *at vejlederen besidder en god dømmekraft* højt. Der er dog en større gruppe af kursister der scorer egenskaben som helt afgørende.

Det tyder på at udfordringerne for kliniske vejledere er at kunne stille *”kvalificerede spørgsmål der fører til faglig afklaring og udvikling for kursisten”* (KV9), og videregive viden og kunnen og *”få kursisten til at koble teori og praksis”* (KV5). Dette sammenligner vi med det som Lauvås & Handal beskriver som uddannelsers *”forankring i en kombination af akademisk viden og praksisorientering gør, at det ene ikke er tilstrækkelig uden det andet”* (2010, s. 9).

Ud fra flere udsagn tyder det på at kliniske vejledere tvivler på deres egne evner og kompetencer, og de ser den største udfordring i forhold til at stimulere til *”kursistens interesse og nysgerrighed”* (KV3) og definere deres aktuelle udviklingsniveau, ”*så man sammen med kursisten kan få denne i flow”* (KV14). Kursister beskriver udfordringen i om vejleder formår at lære fra sig og give plads, samt igennem *”feedback styrke kursisten og ikke mindst dennes selvtillid og selvstændighed”* (K19). Der ses en høj scoring hos begge grupper af faktoren der omhandler at *vejlederen giver løbende feedback*, og som tidligere beskrevet har det betydning for relationen. I professionelle relationer er det vejlederes erhverv at bidrage til kursisters læring og udvikling, og man ser det i *”måden de forandrer sig på”* (KV5). Vejledning indeholder en defineret opgave, og den kan både indeholde begrænsninger, men så sandelig også muligheder for selvrefleksion og udvikling (Møller, s. 180).

Inden for enkelte områder giver kursister og kliniske vejledere udtryk for de samme udfordringer i en vejledningssituation, men de ser også udfordringen fra forskellige vinkler. Vejlederne ser på dem selv som den største udfordring i forhold til at forstå og tilskynde kursisterne til faglig udvikling, samt finde ud af hvilken pædagogisk tilgang eller metode de skal benytte og som *”bedst understøtter kursistens læring”* (KV23). Kursisterne efterspørger vejledere som udviser ro og giver dem tid og rum til at lære nye kompetencer og nye måder at skulle handle og reagere på. Samtidig er det vigtigt for kursisterne at de føler en sikkerhed i forhold til vejlederes kompetencer og at der *”gribes ind hvis der er graverende fejl/handlinger”* (K8). Dette understøttes af fundet fra respondenternes vurdering af de 22 faktorer og egenskaber, hvor kursisterne vægtede vejlederens kliniske kompetence som værende meget vigtig. Udsagnet lægger samtidig op til en kursists ønske om en stor grad af frihed til at handle kun med strengt nødvendig indgriben fra vejleder. Vejlederen skal dog finde en balance mellem kursistens *”legitime ret til at afprøve egne ideer og behovet for kontrol med, at det, den studerende gør, tilfredsstiller minimumskrav til professionelt arbejde”* (Lauvås & Handal, 2010, s. 317).

## 8.3.2 Relationen

Denne kategori hænger sammen med den vejledning og dermed læring der forekommer i klinisk praksis. Igen er der flere kliniske vejledere der giver udtryk for vigtigheden af at få kursisten til at føle sig tryg, samtidig med at de skal være opmærksomme på at skabe et godt læringsmiljø. Det gælder om *”at få kursisten til at blomstre og føle sig tilpas og kompetent”* (KV12). I en relation hvor der gensidigt vises tillid vil fremme kursistens *”lyst og mod til at udvikle sine sygeplejefaglige og specialespecifikke kompetencer”* (KV16). Som tidligere beskrevet har den gensidige tillid betydning for relationen mellem kursist og vejleder. Begge grupper har således brug for at kunne stole på hinanden og have tillid til hvad de hver især har af kompetencer. Samtidig ser det ud til at relationen, mellem kursist og vejleder, kan påvirke kursistens tilegnelse af kompetencer inden for det nye fagområde.

Ifølge Illeris er det den mellemmenneskelige og samfundsmæssige side der bestemmer samspillet mellem kursist og vejleder, imens det er den individuelle side der bestemmer tilegnelsen af nye kompetencer. Dette tyder på at der i den tætte arbejdsrelation, der opstår mellem kursist og vejleder, ligger et ansvar hos begge parter i forhold til den personlige udvikling såvel kursistens *”integration i relevante sociale sammenhænge og fællesskaber”* (2009, s. 41-42). En klinisk vejleder forklarer udfordringen i forhold til at man i relationen ikke skal *”være blind for, at kursisten er i et afhængighedsforhold til vejleder”* (KV23). Vejlederen forklarer det ud fra at deres indbyrdes forhold/relation kan have betydning for hvordan kursisten opfattes i afdelingen, samtidig med at man som vejleder ikke kan *”være sikker på at få den helt ærlige tilbagemelding om, hvordan kursisten opfatter ens evne til at understøtte hendes/hans oplæring”* (KV23). De befinder sig i et asymmetrisk forhold, hvor kursisten vil gøre meget for at sikre sig senere ansættelse i afdelingen. Vejlederen giver udtryk for usikkerhed omkring ærligheden i relationen og at kursister netop bare spiller med for at blive værdsat og rost. Man kan som vejleder *”gå glip af værdifulde og læringsrige tilbagemeldinger, om det man gør rammer rigtigt eller om kursisten har konstruktive forslag til, hvordan man kan forbedre sin vejledning”* (KV23).

Schaarup hævder det kan være problematisk hvis relationen udvikler sig til et ”feel-good” forhold, hvor vejlederen ikke lever op til ansvaret som den erfarne. Der er unægtelig et ulige magtforhold i relationer som denne, men magten kan anvendes på en illegitim måde, hvis vejleder styres af det relationelle i stedet for at have fokus på kursistens faglige udvikling (Schaarup, 2012). Omvendt er det også en stor udfordring, hvis man i relationen misforstår hinanden, og specielt hvis kursisten *”tror man primært vil jorde dem selvom det handler om tilbagemeldinger på deres arbejde”* (KV10). Flere ting synes vanskelige i situationer som dette. Den kritiske tilgang kan betyde at hverken vejleder eller kursist får sagt deres mening. Dette kan til dels være et udtryk for at kommunikationen mellem kursist og vejleder, ikke har været tiltrækkeligt klar. Lauvås & Handal betoner vigtigheden af at vejleder kan tilpasse samtalen og adfærden til den konkrete situation, ved at gøre brug af metakommunikation (2010, s. 233). Samtidig er det, som Møller beskriver vigtigt at vejleder har en klar afgrænsning og fornemmelse af den position man har i relationen. Dette kan nemlig fremme vejlederens forståelse af sin rolle som den hjælpende. At vejlederen er der for kursisten og viser interesse på en måde der er rammesat og ekspliciteret (Møller, 2014, s. 182).

Sygeplejen som fag er fælles for vejleder og kursist, men også det der er sværest at kommunikere ud. Det er oftest nemmere at blive enige eller lære konkrete færdigheder end *”omsorgsfaget (…) og hvordan får man det kritisk formidlet og der er flere tilgange til sygeplejen”* (K7). Lauvås & Handal beskriver den reflekterende vejledning som en velegnet undervisnings form, når vejleder skal skabe læringssituationer i spændingsfeltet mellem teori og praksis. Den reflekterende vejledning stiller krav til parterne om, at gøre noget af den tavse kundskab eksplicit (2010, s. 11).

## 8.3.3 Tid/rammer

Med tid og rammer tænker vi de ressourcer der er til rådighed i afdelingen. Det kan tyde på at de kliniske vejledere er mere opmærksomme og fokuseret på denne kategori, idet der er 10 udsagn vi mener der kan kategoriseres, inden for denne kategori, modsat kun 4 udsagn fra kursister. Hvilket kan skyldes, at det er de kliniske vejledere der har ansvaret for at planlægge og fremme læringssituationerne, og derfor har de fokus på ressourcer og muligheder i forhold til refleksion og en komplet vejledning, som Lauvås og Handal kalder for en vejledningssløjfe. Det er vejledning der medtænker flere seancer, såsom før-vejledning, gennemførelse og observation og eftervejledning. Det kræver tid og plads hvis man skal have mulighed for opfølgning af en vejledningssituation (Lauvås og Handal, 2010, 198-205). Samtidig kan en forklaring på dette være et udtryk for at vejledning og dermed læring i praksis er presset, da produktionslogikken har større prioritet på de enkelte uddannelsessteder end udviklingslogikken. Således kan tiden spille en rolle i forhold til produktionen i afdelingen, og dette har betydning for kursistens læring, da det kan være svært *”at få læring og effektivitet til at fungere i en travl hverdag”* (KV22). Uden *”den fornødne tid (…) til, at kunne få den maksimale læring ud af den”* (KV6).

Det er dog både kliniske vejledere og kursister der giver udtryk for stor frustration over manglende *”tid til snak og refleksion af dagen”* (KV4), samt at det kan være svært for kursister *”at være mentalt til stede når der er travlt”* (K10). Det er, som tidligere beskrevet, meget forskelligt hvilke ressourcer der sættes af til vejledning og refleksion over handling, og ifølge Illeris er refleksion i forhold til bevaring af kursistens motivation og interesse vigtig (2009, s. 99). Kursistens læring påvirkes af den emotionelle tilstand og det relaterer sig både til måden indholdet præsenteres på, samt den subjektive sammenhæng læringen indgår i (Ibid., s. 98-99). Dette udsagn kan tolkes på to måder. Det kan både være svært for kursisten at holde fokus og forblive koncentreret i en situation, hvor det faglige måske overstiger ens kompetencer, eller en klinisk vejleder der ikke formår at holde fokus både på det der reelt sker i praksiskonteksten, samtidig med kursisten og læringskonteksten. En kursist beskriver udfordringen i at der ved travlhed *”kan det være svært at modtage som at afgive vejledning! En akut situation”* (k20). Det tyder på at begge grupper mangler tid og rammer *”til refleksion og fordybelse i konkrete emner”* (K14). Det stiller krav til de kliniske vejledere i at finde tiden til vejledning og *”refleksion i en travl hverdag”* (KV26). Det kan være *”vanskeligt at balancere i virkelighedens verden, hvor man oftest må finde læringsmulighederne i det der byder sig”* (KV13). Hvilket kan ses som et udtryk for at det kan være svært at finde læringsmulighederne i det der byder sig, og samtidig skabe tid og rammer for optimal læring. Enkelte udsagn fra kliniske vejledere udtrykker udfordringen i *”selv at holde sig opdateret”* (KV2) og dermed spiller den manglende tid også en rolle her. Udsagnene indikerer at det at være teoretisk velfunderet er en vigtig del for nogle kliniske vejledere, men imidlertid er det ikke en faktor som nogen af grupperne har scoret særlig højt.

## 8.3.4 Det personlige kontra det faglige

Med denne kategori tænker vi de udfordringer der kan opstå hvis parterne har fokus på det personlige i stedet for det faglige. Vi finder at enkelte af udsagnene kan forstås på flere måder, idet en kursist giver udtryk for at *kemi* (K16) er den største udfordring, samtidig med at en anden kursist i sin besvarelse skriver at vejledningen *”foregår i et behageligt, trygt miljø, hvor vejlederen har en positiv anerkendende tilgang til mig som kursist”* (K1). Af dette kan vi ikke udlede om de mener det er en udfordring, fordi det ikke forekommer i deres praksis, eller om de har tænkt det som et ønske.

Da den kliniske uddannelse er præget af et tæt samarbejde og følgeskab mellem kursist og vejleder *”kan personlige antipatier og sympatier meget let påvirke en vejledning (…) vejledningen skal fokusere på det faglige og ikke blandes sammen med det personlige!”* (K15). Professionsuddannelsen er, ifølge Rønnestad, inden for et af de områder hvor relationen er af afgørende betydning, idet forandringsarbejdet sker i relationen mellem den professionelle og kursisten (2010, s.279). Derfor kan det være komplekst for den kliniske vejleder at vurdere kursisten tilstrækkelig objektivt, hvis man er følelsesmæssigt involveret. Dette betyder, som tidligere nævnt, at selvjustits hos vejlederen er af afgørende betydning, samtidig med at ”()*den faglige aktiviteten krever en etisk bevissthet hos den professionelle*” (Ibid., s.279). Det at kursisten beskriver hvordan antipatier og sympatier har betydning for vejledningen, mener vi samtidig kan ses som et udtryk for manglende *Respekt* i relationen. Et begreb der netop er udtryk for at vejledning ikke foregår på betingelse af personlighed. Kursisterne er enkeltstående personer med hver deres forskelligheder. Vigtigheden af respekten kan ligeledes understreges af følgende to udsagn fra kursister: *”Manglende respekt og accept for det man som kursist har med sig. Alpha omega at vejlederen har en anerkendende tilgang modsat at være fejlfinderen”* (K21) og *”ikke at føle sig talt ned til”* (K13). Både kursister og vejledere er som tidligere beskrevet enige i at denne egenskab er meget vigtig, tenderende til helt afgørende. Imidlertid er det ikke sikkert at selvom egenskaben scores højt, at denne er til stede i praksis i tilstrækkelig høj grad.

Enkelte vejledere giver udtryk for at *”det er vanskeligt når der er noget i kursisternes personlighed der ikke er som vi ønsker”* (KV11), eller *”der er noget som man gerne vil ændre i forhold til kursisten, det personlige…*(KV1). Lauvås & Handal fremhæver dobbeltheden i at *”erhvervsudøvere skal have rum til at profilere deres egen erhvervsrolle – ud fra egen personlighed, egne værdier…”,* hvilket imidlertid er under forudsætning af at personligheden er foreneligt med professionens normer og værdier (2010, s. 318). Dette fremhæver samtidig kompleksiteten i vejledningskonteksten, idet vejlederen på den ene side skal tilgå vejledningen med respekt, for derigennem at undgå at personlige antipatier får betydning, samtidig med at kursisten skal agere inden for rammer defineret af professionen.

En klinisk vejleder fremhæver udfordringen i forhold til kursisters niveau inden for basal sygepleje. Det er *”vanskeligt når den basale sygepleje ikke er på plads, til trods for at man skal have minimum 2 års erfaring inden man kan søge ind”* (KV11). Samtidig synes det som en stor udfordring *”når kursister har større fokus på de instrumentelle ting frem for hele situationen”* (KV11). De kliniske vejledere har en forventning om at kursisterne kan drage nytte af deres tidligere erfaring, og specielt den basale sygepleje, som er fundamentet man bygger ovenpå i løbet af ens karriere. Samtidig leder denne problematik måske tilbage til den ændring af sygeplejerskeuddannelsen, hvor fokus i højere grad er på det teoretiske fremfor det praktiske (Figur 7).

Det vil, ifølge Møller, bidrage til kursistens tillid og oplevelse af den kliniske vejleder som ansvarlig og autentisk, hvis de kliniske vejledere accepterer at de ikke selv altid er perfekte, men også kan tage fejl (2014, s. 219-220).

## 8.3.5 Evaluering/kommunikation

Med denne kategorisering samler vi de udsagn der omhandler det at kommunikere et budskab, eller de tilbagemeldinger man giver hinanden som henholdsvis kursist og klinisk vejleder.

Flere kliniske vejledere nævner kommunikation som en udfordring i forhold til situationer *”når det går dårligt”* (KV1). *”Hører kursisten hvad man siger? Hvordan sikrer man sig dette?”* (KV17). Det er primært de vanskelige situationer der sætter sine begrænsninger. Det kræver noget aktivt fra begge grupper men er specielt vanskeligt *”hvis kursisten ikke selv kan se/forstå hvad han/hun skal arbejde videre med”* (KV19). Dette understreger både vigtigheden af vejlederens evner til at kommunikere i forhold til at skulle give formative evalueringer til kursisten, samt hvor vanskeligt dette kan være i praksis. Hvilket stemmer godt overens med at vejlederens kommunikationsevner, som tidligere beskrevet, af både de kliniske vejledere og kursister er vurderet til at være meget vigtig. Lauvås & Handal betoner dog vigtigheden af at den enkelte vejleder gør sig klart hvilke evalueringskriterier der ligger til grund for evalueringen, således at disse ikke bliver på baggrund af vejlederens subjektive vurdering (2010, s. 319). Spørgsmålet er imidlertid, mener vi, hvorvidt dette er muligt, samt om vejlederens evaluering ikke altid vil indeholde subjektive elementer.

En klinisk vejleder beskriver udfordringen i *”at konfrontere kursister med det de ikke magter af vigtige faglige ting hvis de selv mener at de kan”* (KV20). Dette er komplekst fordi vejlederen skal sikre at kursisten opnår de fornødne kompetencer, men samtidig kan det være problematisk at bruge konfrontationen i vejledningen (Ibid. s. 257). Risikoen er at kursisten ikke føler at der gives *”kritik på en konstruktiv måde”* (K10), hvorved der kan opstå modstand mod læring. Modstand er noget der, ifølge Illeris, opstår i selve situationen, hvor kursisten står over for en situation som man ikke kan eller vil acceptere (Illeris, 2009, s. 178).

*”Manglende engagement og fornemmelse for egne kompetencer hos kursisten”* (KV7) kan opstå hos kursisten, hvis denne føler sig sat på plads af vejleder i stedet for at de inden har kommunikeret sammen og forventningsafstemt (K17). Der vil ses et magtforhold eller et asymmetrisk forhold mellem kursist og vejleder og det er vejleders måde, at imødegå kursisten på, der kan være bestemmende for samtalen. Samtidig kan en fælles interesse også styre en samtale. Ifølge Lauvås & Handel findes der ikke en samtaleform der er den rigtige. Derimod skal vejleder have en fornemmelse af et ”metaniveau” hvor man som vejleder har en ”tankemodel” over forskellige samtaleformer man kan bevæge sig ind og ud af. Dette kan hjælpe vejleder med at tilpasse samtalen og adfærden til den enkelte situation (2010, s. 226+227+233). Hvis man derimod som kursist skal bede om hjælp medfølger der en form for sårbarhed, og det er vigtigt at man i sådanne situationer føler sig tryg. Det kan være svært at føle sig tryg i en situation hvor parterne ikke har kommunikeret roller og rammer inden. Det stiller krav til den kliniske vejleder i forhold til at kommunikere de faktiske forhold i klinisk praksis til kursisten og samtidig tage udgangspunkt i kursistens forudsætninger for at lære. Kursisten skal kende de regler der findes i den konkrete praksis og dette kan kursisten få mulighed for gennem vejlederen. Det er de uskrevne regler og normer som videregives blandt medarbejdere (Møller, 2014, s. 91).

## 8.3.6 Samlet diskussion af det kvalitative spørgsmål

Vi vil nu samle de forskellige meningsfortolkninger i en diskussion. Dette kvalitative spørgsmål og respondenternes udsagn vil også blive bragt i spil i en fælles diskussion. Overordnet kan vi finde ligheder i deres udsagn om hvad der anses for den største udfordring i en vejledningssituation. Flere af udsagnene omhandler egenskaber, som ønskes til stede hos både kursister og kliniske vejledere. Det kan dog diskuteres om respondenterne i deres udsagn er blevet påvirket af de tidligere nævnte 22 faktorer og egenskaber, som de har skullet prioritere vigtigheden af. Nogle af respondenternes udsagn berører områder som de selv er en del af. Enkelte kliniske vejledere nævner at udfordringen ligger i den pædagogiske tilgang eller metode de skal gøre brug af. De har nogle forventninger til sig selv og de føler sig ikke specielt teoretisk velfunderet. Kursister derimod ser det som en udfordring, hvis kliniske vejledere ikke tager udgangspunkt i deres forudsætninger for at lære, samt at de ikke bliver vist tillid. Det er ikke så meget deres eget læringsniveau, men mere vejlederens måde at være til stede på. Vejlederen skal give plads til kursisten og samtidig skal kursisten vide sig sikker i at vejlederen træder til ved behov. Kliniske vejledere skal besidde en god dømmekraft. De skal have overblikket over situationen og samtidig støtte kursisten i valg af handlinger. Det kan diskuteres om det er urimelige krav til kliniske vejledere, men samtidig kan man ikke forvente at kursister, på trods af deres erfaring som sygeplejersker, i starten af specialuddannelsen kan have kendskab til områder de ikke har reel mulighed for at kende til. Det er balancegangen mellem at have fokus på egne og hinandens behov i læringssituationen. Det er balancegangen mellem det at presse kursisten *”ud på gyngende grund”,* eller give dem en hjælpende hånd og være til stede i situationen sammen med dem. Kursister og kliniske vejledere har forventninger til hinanden, men det bliver ikke altid kommunikeret ud. Det er en udfordring, for specielt kliniske vejledere, at tackle de vanskelige situationer, og have den kritiske tilgang til kursisterne. Samtidig kan det diskuteres om kursisterne spiller med åbne kort og siger deres mening om den kliniske vejlederes evne til at understøtte deres læring. Meget er på spil i forhold til deres situation og de er i et afhængighedsforhold til vejleder både i forhold til hvordan andre faggrupper ”ser på dem” og om de accepteres i gruppen.

Tid til refleksion over handling i klinisk praksis synes at være en mangelvare. Al vejledning og læring sker i selve patientsituationen og det kan være en udfordring at få skabt rammer for at få læring og effektivitet til at fungere i en travl hverdag. Samtidig er det balancegangen i virkelighedens verden, hvor man må bruge de læringssituationer der byder sig i klinisk praksis. Læringssituationerne kan ikke altid tilpasses den enkelte kursist og det tyder på at være svært for begge grupper at kommunikere det ud. Hvis enten kliniske vejledere er utilfreds med kursistens præstation eller kursisten synes at der bliver talt ned til dem er der ikke grobund for skabelsen af et godt og solidt samarbejde. Relationen skal bære præg af et trygt miljø og at vejleder har en anerkendende tilgang til kursisten og dennes måde at lære på. Det kan diskuteres om de forventninger kursister og kliniske vejledere har til hinanden er realistiske. Specielt tyder det på at der opstår problemer og udfordringer, hvis grupperne ikke snakker sammen og er ærlige overfor hinanden. De er hver især afhængige af hinanden, og det kan diskuteres om den ene gruppe er mere afhængig end den anden.

# 8.4 Fælles diskussion

I det foregående har vi fremstillet vores empiriske data, samtidig med at vi analyseret og diskuteret disse ud fra relevant litteratur. I det følgende vil vi diskutere enkelte af disse områder, som kan hjælpe med at skabe en større forståelse for de sammenhænge der eventuelt har betydning for relationen, samt udvalgte faktorer og egenskaber der kan have betydning for kuristers læring i praksis. Vi vil således ikke diskutere områder og variabler hvor vi ikke har kunnet identificere noget med relevans til vores problemstilling. Vi vil derimod søge at samle det foregående fremstillede datamateriale i en fælles diskussion.

Den største undring i forhold til vores fund er hvor ens kursister og kliniske vejledere har scoret vigtigheden af de 22 faktorer og egenskaber. Vi havde oprindelig en forventning om at de ville score forskelligt, og dette stammer til dels fra vores forskning på 2. semester, samt vores egen oplevelse af de forskellige tilgange og forventninger kursister og kliniske vejledere har til vores praksiskontekst. Vi forventede at undersøgelsen ville vise nogle tendenser, hvorigennem vi kunne få en større forståelse for områder der kunne have betydning for deres relation, og dermed kursisters læring i praksis. Imidlertid må vi erkende, at ud fra vores undersøgelse kan vi ikke udlede nogen signifikante forskelle i deres syn på vigtigheden af faktorer og egenskaber hos den kliniske vejleder, som kan indikere at kunne have en betydning for deres relation. Dette kan være et udtryk for at både kursister og kliniske vejledere har en fælles fagforståelse som de har opnået igennem deres erhvervssocialisering. Denne erhvervssocialisering dannes igennem uddannelsen til sygeplejerske, men i lige så høj grad igennem deres erhvervserfaring. Kursister er erfarne sygeplejersker, som kender til fagets værdier og normer og dette kan have en betydning for deres scoring af de 22 faktorer og egenskaber, da erhvervssocialiseringen forbinder dem og gør grupperne homogene. Denne homogenitet i grupperne kan ledes tilbage på forståelsen af en ens professionsmoral, som er fagets normer og værdier. Omvendt kan den manglende forskel imidlertid også være et udtryk for at den metode vi har valgt at anvende i vores undersøgelse, ikke har kunnet indfange de signifikante forskelle der eventuelt måtte være.

I forhold til de tre topscorer, *at vejlederen kan lide at vejlede*, *at vejlederen udfører en vejledning der er tilpasset den enkelte* og *at vejlederen støtter kursistens udvikling af selvstændighed,* kan disse ses som et udtryk for at både kursister og vejledere ser vigtige elementer i de mere personlige egenskaber i en relation. At det er lysten og dermed drivkraften, altså den energi og interesse man lægger i vejledningssituationer der er vigtigst for begge grupper. Omvendt er det ikke ensbetydende med at disse egenskaber er til stede hos vejlederen, hvilket netop kan være grunden til at de scores højt. Således kan kursistens scoring være et udtryk for en kritik af at have mødt vejledere der måske ikke kan lide at vejlede, ikke formår at tilpasse vejledningen til den enkelte, og ikke støtter kursistens udvikling af selvstændighed.

Faktoren at vejleder er pædagogisk uddannet, var dels den faktor der var mest uenighed omkring dels den faktor der scorede markant lavest. Samtidig var der en tendens til at kursisterne vurderede denne mindre vigtig end de kliniske vejledere. Dette kan være en følge af, at kursisterne i højere grad har brug for at vejlederen kan lide at vejlede og er klinisk kompetent. Dermed er det ikke nødvendigvis ensbetydende med at vejlederens pædagogiske evner ikke er vigtige, men pædagogisk uddannelse er imidlertid ikke garant for kvalificeret udført vejledning. Kursisternes vurdering kan derfor være på baggrund af en oplevelse af at vejlederens pædagogiske kompetencer ikke viser sig i praksis.

De krav der stilles til de kliniske vejledere om både at involvere sig i kursisters læring, samt forventningen om at de yder en individuel vejledning, kan opleves som en stor udfordring set i forhold til den komplekse praksis, hvor fokus er på patienten og vejledningen skal tilpasses den konkrete situation. Hensynet til kursistens læring fordrer en refleksiv vejledning, hvor vejlederen udfordrer kursisten med spørgsmål der kan føre til faglig udvikling. Vejlederen har således et dobbeltfokus, hvor denne både skal have fokus på kursistens læring, samt patienten og dennes sikkerhed. Dermed bliver vejlederens dømmekraft og forståelse af konteksten essentiel for ikke alene for udviklingen af kursistens selvstændighed, men også for vurderingen af om og hvornår vejlederen skal skifte rolle fra passiv til aktiv handlende. Dette er imidlertid to forskellige kompetencer, og det kan synes svært at skifte mellem disse. Vejlederens dobbeltrolle understreges også ved, at det på den ene side kræves at de er erfarne og klinisk kompetente, og på den anden side er det måske netop egenskaber der gør det svært at agere passivt og ”stå med hænderne i lommen”.

Specialuddannelsen foregår i en vejledningskontekst hvor relationen mellem vejleder og kursist, gennem deres tætte samarbejde, kan få et mere personligt end professionelt præg. Dermed bliver det svært for vejleder at vurdere kursisten objektivt, hvis de er følelsesmæssigt involveret i denne. Således kan eventuelle sympatier og antipartier få betydning for kursistens læring, da relationen er af afgørende betydning. Det komplekse for vejlederen er således en forventning om at denne involverer sig i kursisten og dennes læring, samtidig med at vejlederen kan forholde sig kritisk til kursistens faglighed, og på denne måde sikre uddannelsen af tilstrækkeligt kompetente professionsudøvere.

Det undrer os at spørgsmålet omhandlende *at vejlederen anvender mål for uddannelsen og andre læringsredskaber* scorer lavt hos både kursister og vejledere. I Specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske er der både i cirkulæret og uddannelsesordningen (som er godkendt af Sundhedsstyrelsen i 2007) beskrevet formål og mål for de respektive perioder. Målene er yderst relevante, da kursisterne igennem uddannelsen vurderes og evalueres på om de indfrier målene og lever op til de forventninger og krav der stilles til dem. Samtidig undrer den lave score os, da hensigten med kompetencekort netop har været at konkretisere og udspecificere målene. Dette med hensigt på at gøre dem mere brugbare i klinisk praksis, samt præcisere målene som læringsområder med tilhørende kobling af relevant teori. Ud fra denne undersøgelse tyder det på at både kursister og vejledere ikke ser det som den hjælp og konkretisering det var meningen med indførelsen af kompetencekort i uddannelsen af anæstesisygeplejersker. Samtidig kan vi dog ikke helt vurdere om de har forstået og koblet kompetencekort med *læringsredskaber*, da vi ikke har uddybet dette i spørgeskemaet.

I spørgeskemaet retter vi fokus på vejlederens kommunikationsevner, men ud fra de kvalitative data kan vi se at det også kan omhandle vejlederens frustration i forhold til om kursisten hører hvad man siger og hvordan man sikrer sig dette. Andre kvalitative data retter sig mod optimal kommunikation og det kan diskuteres hvad man mener med optimal. Er det at stille kvalificerede spørgsmål der fører til faglig afklaring og udvikling for kursisten?

# 9.0 Metodekritik

Efter den fælles diskussion vil vi i det følgende beskrive overvejelser i forhold til vores valg af metode, samt konsekvenserne af denne, dette ud fra et kritisk perspektiv.

Vores undersøgelsesfokus har været faktorer og egenskaber hos de kliniske vejledere, der har betydning for relationen mellem kursister og kliniske vejledere. Men da relationen er et samspil mellem parterne, vil kursistens indstilling og måde at agere på også have en betydning for relationen.

Grundlæggende kritik af vores valg af metode: Spørgeskemaet, som dataindsamlingsmetode, har nogle begrænsninger, dette specielt i forhold til at undersøge holdninger hos respondenterne. Spørgeskemaets begrænsninger ses specielt i den manglende mulighed for uddybelse og afklaring af respondenternes forståelse af begreberne. Omvendt giver undersøgelser, med brug af spørgeskemaer, muligheden for anonymitet, hvilket kan føre til mere ærlige svar fra respondenterne. Den tidsmæssige dimension, som respondenterne får i besvarelsen af spørgeskemaet kan ligeledes føre til mere velovervejede svar.

Oprindeligt havde vi en intension om at dataene fra spørgeskemaet skulle danne udgangspunkt for to fokusgruppeinterview med henholdsvis kliniske vejledere og kursister. Vi fravalgte dette da mange af respondenterne havde valgt at besvare det åbne kvalitative spørgsmål, og således havde vi en stor data mængde at bearbejde. Imidlertid ville fokusgruppeinterview have givet os mulighed for at stille uddybende og afklarende spørgsmål inden for de områder hvor vi identificerede forskelle eller fandt grund til undring. Således kunne det at grupperne har scoret de 22 faktorer og egenskaber så ens have været udgangspunkt for diskussion. Hvilket igen får os til at overveje fordelen af at have foretaget fokusgruppeinterviews med en blanding af både kursister og vejledere.

Vi valgte at sende påmindelser ud til respondenterne der ikke havde besvaret spørgeskemaet, hele to gange. Dette kan måske syntes problematisk, idet vi i følgebrevet skriver det er frivilligt at besvare spørgeskemaet, men er noget insisterende i forhold til at få dem til at besvare spørgeskemaet. Samtidig kan vi ikke vide om det har haft en negativ effekt i dels i forhold til incitamentet til at besvare spørgeskemaet, dels i forhold til ægtheden af deres svar. Det der er påfaldende i forhold til grupperne der har besvaret spørgeskemaet, er at bortfaldet er størst blandt de kliniske vejledere på Regionshospitalerne. Dette kan måske skyldes færre ressourcer til at besvare mails, men det har imidlertid en betydning i forhold til at tolke på vores data.

Vi valgte ikke at spørge om køn eller etnicitet, da det ikke ville være muligt at bevare anonymiteten inden for disse variabler. Det er imidlertid variabler der ellers kan have en stor betydning, når vi spørger ind til holdninger.

De 22 faktorer og egenskaber er forskerdefineret, hvilket betyder at vi ikke kan være sikre på at respondenterne ser de 22 faktorer og egenskaber, som vi har identificeret, som de vigtigste. De kliniske vejledere og kursister, kan meget vel have andre faktorer og egenskaber, som de finder, er mere afgørende end de 22 vi har spurgt dem om. Vi kunne, i et åbent spørgsmål, have givet dem mulighed for at beskrive andre faktorer og egenskaber, de selv fandt, var vigtigere.

Vi må erkende at 22 faktorer og egenskaber er mange for respondenterne at differentiere imellem, hvilket kan have en betydning i deres vurdering af vigtigheden. Vi kan derfor ikke være sikre på at alle krydser er lige velovervejet.

Det kunne måske have været en fordel hvis vi havde kategoriseret de 22 faktorer og egenskaber efter emne, på samme måde som vi har gjort i analysen, hvilket i højere grad kunne have været med at skabe et større overblik hos respondenterne. Samtidig kunne en sådan kategorisering have sporet respondenterne ind på den samme forståelse af begreberne, i forhold til vores intension med spørgsmålet. Imidlertid fravalgte vi denne kategorisering, dette ud fra hensynet om at præge de adspurgte i så lille en grad som muligt, herunder hensynet til bevarelse af undersøgelsens validitet.

Under bearbejdningen af vores data har vi måttet erkende at enkelte af spørgsmålene ikke har været formuleret entydigt og præcise nok. Dette giver en usikkerhed i forhold til hvad respondenterne reelt har svaret på, hvilket er med til at påvirke validiteten af vores undersøgelse. Eksempelvis har vi samlet de to begreber evaluering og supervision i det samme spørgsmål. Det er imidlertid to forskellige og ikke sammenlignelige begreber, hvilket har gjort det svært for os at udlede noget konkret af respondenternes besvarelse. Ligeledes har vi ikke ekspliciteret om vejlederens dømmekraft er ment i forhold til patienten eller kursisten.

Vi valgte i vores fem punkt skala(five point likert-scale), i lighed med det amerikanske studie, vi har taget udgangspunkt i, ikke at medtage en ”*ved ikke*” kategori. Dette kan imidlertid være et problem i forhold til vores validitet, da respondenterne tvinges til at tage stilling til udsagn de måske ingen holdning har til.

I vores databearbejdelse af det kvalitative spørgsmål, som spørgeskemaet afsluttes med, har det været tydeligt for os at respondenternes udsagn var præget af de 22 faktorer og egenskaber som de lige havde vurderet vigtigheden af. Det kunne måske have været afhjulpet ved at det kvalitative spørgsmål var blevet stillet først.

Da vi tager udgangspunkt i vores egen praksis, kan vi ikke fralægge os at vores forforståelse vil påvirke vores måde at anslysere og fortolke både teorien og vores empiriske materiale. Samtidig kan det ses som problematisk at vi, med vores baggrund som kliniske vejledere, forsøger at belyse og analysere på besvarelserne fra både kursister og de kliniske vejledere, da det er umuligt ikke at tillægge datamateriale vores egne subjektive holdning.

# 10.0 Konklusion

Efter den fælles diskussion med samling af vores data, samt et afsnit med overvejelser og kritik af vores metode, vil vi i det følgende uddrage elementer og områder som vi kan konkludere på i forhold til vores problemformulering. Den lød som følgende:

**Hvilke faktorer og egenskaber, i forholdet mellem klinisk vejleder og kursist, har særlig betydning for kursistens læring i en praksiskontekst?**

Ud fra de præsenterede og identificerede 22 faktorer og egenskaber, som både kursister og kliniske vejledere har vurderet, kan vi konkludere at de alle 22 er vigtige, samt at de har vurderet dem meget ens. Dermed er der ikke noget der indikerer en forskel i deres holdninger, som kan have betydning for deres relation og kursisters læring i praksis. Undersøgelsen viser dog at der er faktorer og egenskaber der er vigtigere end andre, og her ses en tydelig høj scoring af faktorer og egenskaber som, at vejlederen kan lide at vejlede, at vejlederen udfører en individuel vejledning, samt vejlederen støtter kursistens udvikling af selvstændighed. Derimod er områder indenfor vejleders forudsætninger for at vejlede, altså om vejleder er pædagogisk uddannet og teoretisk velfunderet, samt anvender mål for uddannelsen og andre læringsredskaber, scoret lavere end vi forventede. Vi kan ikke ud fra denne undersøgelse konkludere at disse faktorer og egenskaber ikke synes relevante, men det kan give os en forståelse for at menneskelige faktorer og egenskaber vægtes højere hos begge grupper end læringsredskaber og pædagogisk uddannelse.

Vi kan udlede, at ved kobling af enkelte områder inden for de 22 faktorer og egenskaber og respondenternes kvalitative udsagn, opstår der kontraster. Dette kan skyldes flere ting. Både den måde vi har formuleret spørgsmålene på samt den metode vi gør brug af.

Angående vores valg af spørgsmålstyper kan vi ikke med sikkerhed sige at det er respondenternes mening, da vi ikke har mulighed for uddybelse af deres forståelse og fortolkning af spørgsmålene. Vi kan ikke afgøre om respondenterne i forhold til det kvalitative spørgsmål har været påvirket af de tidligere stillede 22 faktorer og egenskaber.

I forhold til det kvalitative spørgsmål, ser vi en tendens til at både kursister og kliniske vejledere ser udfordringen i forhold til den anden part. Specielt i gruppen af kursister, men undersøgelsen lægger også op til en vurdering af faktorer og egenskabers vigtighed hos kliniske vejledere. Dette fører igen tilbage til respondenternes forståelse af selve spørgsmålet.

Vi kan konkludere, at ud fra udsagnene i det kvalitative spørgsmål, oplever både kursister og kliniske vejledere udfordringer i vejledningsrelationen. Vigtige værdier som det at vise hinanden tillid og være anerkendende, samt balancegangen mellem det at have fokus på egne og hinandens behov i læringssituationen, opleves som udfordringer.

# 11.0 Perspektivering

Formålet med vores speciale var at få en større forståelse for sammenhænge der har betydning for kursist/vejleder relationen, for derigennem at skabe grundlaget for en debat omkring relationens betydning for kursisters læring. Vi vil således gerne fremlægge vores fund fra dette speciale for relevante og interesserede sundhedspersonaler. Herigennem vil vi søge at skabe debat og refleksion hos de forskellige grupper, for derigennem at skabe mulighed for øget forståelse og fokus på det der har betydning i forhold til at være en god vejleder. Vi vil således ikke kun have fokus på de kliniske vejledere, men sætte fokus på alle der vejleder kursister. Vi vil gerne være med til at skabe refleksion hos alle anæstesisygeplejersker der vejleder kursister. Dette med henblik på at skabe bedre muligheder for kursisternes læring, ved at de i mindre grad ser sig nødsaget til at indordne sig, samt spille skuespil.

Da specialets omdrejningspunkt er de kliniske vejledere og kursister, ønsker vi at afholde en temadag for de implicerede parter, med henblik på at fremlægge vores fund fra dataindsamlingen, som de selv er en del af. Dette skal danne udgangspunkt for en dialog omkring fundene fra vores undersøgelse. Således håber vi at kunne skabe en større forståelse for de forventninger grupperne hver især har til hinanden.

Samtidig lægger vores undersøgelse op til videre undersøgelser inden for flere områder, idet vi har identificeret områder, det kunne være interessant at afklare yderligere. Her tænker vi fx at lave en landsdækkende undersøgelse, hvor man vil få et noget større datamateriale at arbejde med.

# Referencer

Autorisationsloven: LBK nr 877 af 04/08/2011 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Udstedt af Bertel Haarder

Bruun, A. G., & Ulrik, A. G. (2008). ”*Udviskede professionsgrænser - interprofessionelt samarbejde mellem læger og sygeplejersker inden for klinisk anæstesi”.* (Master of Public Health). Nordiska högskolan för folkhälsovetenskab. Lokaliseret d. 3. 6. 2012 på: http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/2008/MPH2008-4\_Bruun%20&%20Ulrik\_080506.pdf

Brøbecher, Helle & Mulbjerg, Ulla (2005). *”Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence”.* Munksgaard Danmark

Callewaert, Staf (2003): ”Pierre Bourdieu om forståelse som metode i sociologisk forskning”, i Callewaert, Staf; ”*Fra Bourdieus og Foucaults verden – pædagogik og sociologi, diskurser og praktikker efter det moderne”*, Akademisk forlag, København.

Christensen, J. F, et al. (2011). ”*Pensumbeskrivelse for specialuddannelsen i anæstesiologisk sygepleje.”* Pensum og teoriudvalget. Nedsat af Landsudvalget ved specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje.

Dahl, Susanne (2011): ”*Vikarassistent i narkose og andet forfaldent arbejde søges! Baggrunden for etablering af specialuddannelser i anæstesi og intensivsygepleje*”. SYGEPLEJE & HISTORIE DSHS 15. ÅRG. NR. 41 marts 2011

Demant, Hanne Sveistrup, et al., 2012:”*Funktionsbeskrivelse for anæstesisygeplejersker*” Dansk Sygeplejeråd.

Ellström, per-Erik (2012): ”Læring i spændingsfeltet mellem produktions og udviklings logik” i Illeris, Knus (Red.): ”*49 Tekster om læring*”. Samfundslitteratur. Frederiksberg C.

Feilberg, Casper & Keller, Dauer Kurt (2013):”*Phenomenology & hermeneutics – poles apart? An existential-phenomenological clarification of qualitative research methodology*”. Aalborg Universitet. vbn.aau.dk/da/publications/phenomenology-and...poles.../export.html

Fredslund, Hanne (2012): ” Den filosofiske hermeneutik-fra filosofi til forskningspraksis” i Nygaard, Claus(Red.): ”*Samfundsvidenskabelige analysemetoder*”. Samfundslitteratur. Frederiksberg C.

Fryd, Jørn et al. (2012): ”*Regionalt Uddannelsesprogram for specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje”*. Udarbejdet af Pædagogisk arbejdsgruppe i Region Midtjylland. <https://rm.plan2learn.dk/KursusValg.aspx?id=67>

Grimen, Harald (2010a): ”Profesjon og kunnskap” i Molander, Anders og Terum, Lars Inge(Red.): ”*Profesjonstudier*”. Universitetsforlaget. Oslo. 2010

Grimen, Harald (2010b): ”Profesjon og profesjonsmoral” i Molander, Anders og Terum, Lars Inge(Red.): ”*Profesjonstudier*”. Universitetsforlaget. Oslo. 2010

Grimen, Harald (2010c): ”Profesjon og tillit” i Molander, Anders og Terum, Lars Inge(Red.): ”*Profesjonstudier*”. Universitetsforlaget. Oslo. 2010

Grimen, Harald & Molander, Anders, (2010): ”Profesjon og skjønn” i Molander, Anders og Terum, Lars Inge(Red.): ”*Profesjonstudier*”. Universitetsforlaget. Oslo. 2010

Habicht, Andreas (2014): *”Vurder selv evidens”*. Munksgaard, København 2011.

Hansen, Erland et al., (1989) ”Anæstesiologi, anæstesiologisk sundheds- og sygepleje” Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. København 1989.

Illeris, Knud (2009). *”Læring”*. Roskilde Universitetsforlag.

Killèn, Kari (2007). *”Professionel udvikling og faglig vejledning”.* Oversat fra norsk af Charlotte Pietsch. Hans Reitzels Forlag. København K.

Krag, Einar (1997): ”*Cirkulære om specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje”.* CIR Nr. 93 af 26/06/1997. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. <https://rm.plan2learn.dk/KursusValg.aspx?id=67>

Krasnik, Allan et al., (2010): ”*Sundhedsvæsen og Sundhedspolitik*”. Munksgaard

Kristensen, Ingrid, (2009):”Et mangfoldigt arbejdsliv som anæstesisygeplejerske 1962-2009”. Jubilæumsskrift udgivet af FSAIO [*www.dsr.dk/fs/fs3/PublishingImages/fsaio%20jubilæumsskrift.pdf*](http://www.dsr.dk/fs/fs3/PublishingImages/fsaio%20jubilæumsskrift.pdf)

Lauvås, Per & Handal, Gunnar (2006): ”*Vejledning og praksisteori*”. Forlaget Klim, Aarhus 2010.

Lunding, Mogens & Berthelsen, Preben G. (2007): ”Anæstesiens historie i et dansk perspektiv”. I Mogensen, Jørgen Vibe, Rasmussen, Lars & Vester-Andersen, Thomas (Red.): ”*Anæstesi*.” FADL´s forlag. København. 2007.

Møller, Lis (2014): *”Professionelle relationer”*. Akademisk Forlag, København.

Nielsen, Henrik Kaare (2012): ”Kritisk teori” i Brinkmann, Svend og Tanggaard, Lene(Red.): ”*Kvalitative metoder*”. Hans Reitzels Forlag. København. 2010.

Nielsen, Peter (2009): *”Produktion af viden – en praktisk guide til samfundsvidenskabelig metode”*. Nyt Teknisk Forlag. København V.

Presskorn-Thygesen, Thomas (2012): ”Samfundsvidenskabelige paradigmer-fire grundlæggende metodiske tendenser i moderne samfundsvidenskab” i Nygaard, Claus(Red.): ”*Samfundsvidenskabelige analysemetoder*”. Samfundslitteratur. Frederiksberg C. 2012

Ricoeur, Paul (1973): ”*Hvad er en tekst? Forklar og forstå*”. I Filosofiens kilder. Forlaget Vinten.

Schaarup, Per (2012): ”Den kliniske vejleders kronjuvel – Det didaktiske Credo”. Sygeplejersken 2012 (2).

Smith, Courtney, Swain, Annmarie & Penprase, Barbara (2011):”*Congruence of preceived Effective Clinical Teaching Characteristics Between Students and Preceptors og Nurse Anestesia Programs*”. AANA Journal. August 2011. Vol. 79, No. 4.

Staugård, Hans Jørgen, ()”Hvad er professioner og hvad kan de udvikle sig til”. [www.ucn.dk/Admin/...Hvad\_er\_professioner\_og\_hvad\_kan\_de\_bruges\_til.pdf](http://www.ucn.dk/Admin/...Hvad_er_professioner_og_hvad_kan_de_bruges_til.pdf)

Svejstrup, Marianne & Trabjerg, Dorthe (2010): ”En kvalitativ undersøgelse af de sundhedsprofessionelles tidlige erfaringer med Den Danske Kvalitetsmodel i et læringsperspektiv” Masterspeciale. MLP. Aalborg Universitet projekter.aau.dk/projekter/files/42062397/Speciale4semesterMLP.pdf ·

Thisted, Jens (2012): *”Forskningsmetode i praksis. Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik”*. Munksgaard, København 2010.

Thurén, Torsten (2013): *”Videnskabsteori for begyndere”.* Gyldendals Bogklubber. Danmark.

Uddannelsesordning: *”Specialuddannelsen for sygeplejersker i Anæstesiologisk sygepleje i region Midtjylland”*. Januar, 2007. <https://rm.plan2learn.dk/KursusValg.aspx?id=67>

Ulvestad, Asbjørn Kärki (2014): ”Magt i og omkring vejledningsrummet”. I Ulvestad, Asbjørn Kärki & Ulvestad, Freja Kärki (Red.):”*Flerstemmig vejledning*”. Forlaget Klim, Aarhus.

Vibjerg, Jette & Allermann, Charlotte (2013) ”*Mesterlære og identitetsdannelse i anæstesiuddannelsen*”. 2. semesterprojekt. MLP. Aalborg Universitet

Aagaard, Dorte, (2009):”Oplevelser som anæstesisygeplejerske gennem 40 år”. Jubilæumsskrift udgivet af FSAIO. [*www.dsr.dk/fs/fs3/PublishingImages/fsaio%20jubilæumsskrift.pdf*](http://www.dsr.dk/fs/fs3/PublishingImages/fsaio%20jubilæumsskrift.pdf)