

Developments?



Udarbejder af Thomas Hauberg Larsen

Studienummer 20200301

Master i læreprocesser

Masterspeciale, 4. semester

Aalborg Universitet

Opgavevejleder:

Karen E. Andreasen

Afleveringsdato: 18.december 2023

Antal normalsider: 37 / anslag 93.206

FORTROLIGT

ABSTRACT

On the cover of this Master project – Developments? my aim is to capture central concepts and perspectives essential to the specialized education in anesthetic nursing. These concepts cut across and are applied in various contexts. My focus is precisely on evaluating the specialized education as conducted in the Anesthesia Department at Horsens Regional Hospital. I aim to investigate the opportunities the hospital provides for anesthesia nursing students to meet their educational objectives.

Society demands more trained anesthetic nurses, and like in other sectors within the healthcare system, this profession faces challenges, attracting political attention at the local, regional, and national levels. The desire for more education, however, must be balanced with an increasingly busy healthcare system, and the risk of things moving too quickly is present. Annual reviews of all educational institutions are required based on specific criteria, but my own observations have shown that there is not a sufficient review process at my workplace as a basis for approval.

Therefore, I have decided to explore how I can evaluate the specialized education at my own workplace. I have identified Hanne Kathrine Krogstrup's theory-based evaluation model as suitable for developing a program theory. Competency assessment, reflection hours, and student evaluation are mechanisms that, along with the context in clinical practice and a final outcome, are central to the problem formulation of the master's project.

Anesthetic education is about learning, and students' progress through stages that can be compared to Dreyfus and Dreyfus' learning theory of five stages of skill acquisition. The development is described from novice to advanced beginner, competent practitioner, proficient practitioner, and finally, the expert – the ultimate goal for students is to become fully qualified anesthetic nurses.

From a phenomenological perspective, it has been crucial to gather knowledge from the key actors themselves in anesthesia education and from the clinical supervisors who constitute the resources in the clinical practice context and are a crucial reason for the entire process being possible. Students and clinical supervisors have shared their experiences and perspectives in two honest focus group interviews, constituting the qualitative data collection for the task. Participants' experiences have been crucial to gaining a deeper understanding of the program theory's mechanisms and context.

In constructing the program theory, participants' narratives have been thoroughly worked through and analyzed in conjunction with the development in the five stages of skill acquisition. The conclusion is that the important learning tools of the specialized education – competency assessments, reflection hours, and student evaluations – along with the practice context and outcome, can influence approval of the Anesthesia Department as an educational institution.

In a broader context, I have proposed that, as a conclusion to each clinical period, a survey questionnaire should be conducted among the involved students. The survey should focus on the influencing mechanisms, context, and outcome. Additionally, I encourage conducting interviews with students at the end of their education to uncover their reflections, attitudes, and arguments for and against the educational institution.

In conclusion, this research contributes to a deeper understanding of evaluation methods within anesthetic nursing and can serve as a basis for improvements and development of specialized education in this crucial healthcare area.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Abstract	2
Indholdsfortegnelse	4
1.1 Introduktion	5
2.1 Problemformulering	7
3.1 Kontekstbeskrivelse	7
3.2 Organisationsplan.....	7
3.3 Uddannelsesstedet.....	11
3.4 Daglig Vejledning i praksis	12
3.5 Klinisk vejledning i praksis	12
3.6 Tre vigtige aktiviteter i praksislæring	13
4.1 Undersøgellesdesign.....	16
4.2 Tidslinje af arbejdsprocesser.....	16
4.3 Overordnede rammer	17
4.4 fænomenologi som Videnskabsteoretisk grundlag.....	17
4.5 teoribaseret evaluering	19
4.6 En kvalitativ undersøgelsesmetode.....	23
4.7 præsentation af Emperisk forskningsmetode	23
4.7.1 informanter	24
4.8 Præsentation af fem stadier af færdighedstilegnelse	24
5.1 Fem stadier af færdighedstilegnelse – fra nybegynder til ekspert	25
6.1 Analyse gennemgang	28
6.2 Analyse af kontekst	29
6.3 Analyse af mekanismer	32
6.4 Analyse af outcome.....	35
7.1 Konklusion	36
8.1 Diskussion	37
8.2 Det empiriske datas potentiale	37
8.3 Perspektivet.....	38
8.4 Programteorien validitet	39
8.5 Alternativ videnskabsteoretisk retning	40
8.6 Afsluttende kommentarer	40
10.1 Litteraturliste	42
11.1 Bilagsliste	46

1.1 INTRODUKTION

Dette masterspeciale vil undersøge evalueringen af specialuddannelsen i anæstesiologisk sygepleje for at vurdere om den er tilstrækkelig. I den proces vil teoribaseret evaluering inddrages til at katalysere undersøgelsens centrale spørgsmål "Gør vi det godt nok?", "Ser vi på de rigtige ting?" og "Kan vi gøre det bedre?"

I min rolle som uddannelsesansvarlig anæstesisygeplejerske på Regionshospitalet Horsens er jeg særligt fokuseret på at vurdere uddannelsesstedet med hensyn til dens praksis og egnethed. Denne overbevisning har dannet grundlag for mit kommende masterspeciale. Evalueringen af hospitalerne som uddannelsessteder viser imidlertid visse mangler. Selvom godkendelse af hospitalerne som uddannelsessteder sker årligt, er disse godkendelser primært baseret på få krav og antagelser om læringsmuligheder samt kursisternes evne til at opfylde uddannelsens mål.

Formålet med dette projekt er således primært at undersøge, hvordan Regionshospitalet Horsens som uddannelsessted for specialuddannelsen i anæstesiologisk sygepleje kan evaluere sit uddannelsespotentiale og etablere et solidt grundlag for læring hos sygeplejersker under uddannelse. Jeg stræber også efter at afdække, om den udviklede løsning kan tilpasses og implementeres af andre uddannelsessteder i regionen samt undersøge muligheden for en bredere implementering på nationalt plan. Dette masterprojekt tjener derfor som et skridt mod at forstå og forbedre evalueringen af uddannelsessteder inden for anæstesiologisk sygepleje, med håbet om at dele og sprede vellykkede metoder til gavn for hele landet.

Årligt skal hospitalerne rapportere om opfyldelsen af flere punkter (bilag 1), herunder tilstedeværelse af en uddannelsesansvarlig, kliniske vejledere og tilstrækkelig speciallægebemanding. Derudover skal uddannelsesstedet vurdere, om kursisterne får mulighed for at opfylde målene for hver af de fire kliniske perioder i uddannelsen, og endelig om uddannelsesstedet har potentiale til at fungere som opvågnings- og eksternt praktiksted.

På Regionshospitalet Horsens er der inden denne årlige rapportering ikke blevet udført en intern evaluering som grundlag for en sådan indberetning. Ved uformelle henvendelser til de øvrige uddannelsesansvarlige på hospitalerne i Region Midt, er det blevet konstateret, at de heller ikke har gennemført en intern evaluering af deres afdeling.

Fraværet af en intern evaluering på Regionshospitalet Horsens antyder en potentiel svaghed i overvågningen og forbedringsprocessen af uddannelsesforholdene på dette hospital. Dette fravær kan påvirke kvaliteten af uddannelsen og forhindre rettidig identifikation af eventuelle problemer.

Noget tyder på at de øvrige hospitaler i Region Midt også undlader at gennemføre interne evalueringer, da andre uddannelsesansvarlige, i en række uformelle samtaler, genkender lignende forhold. Det kan indikere en manglende standardiseret tilgang til evaluering af uddannelsessteder inden for regionen og medføre variationer i uddannelseskvalitet på tværs af hospitaler.

Behovet for uddannelse af sygeplejersker er stort i Danmark, hvor modgang i faget har flere mulige forklaringer og manglen på sygeplejersker og andet sundhedspersonale udgør den primære udfordring i det danske sundhedsvæsen. Ifølge Dansk Sygeplejeråd forventes der at mangle over 8000 sygeplejersker i 2030 (DSR, 2022). Sygeplejemanglen har været i fokus i medierne i flere år, og både fagforbund, kommunale og regionale ledere samt det grundlæggende personale ved patienternes senge har slået alarm. Også anæstesisygeplejen er presset på grund af store årgange, der forlader eller forventes at forlade arbejdsmarkedet i de kommende år.

Et internt referat fra et ledelsesmøde i Region Midt ved udgangen af 2021 viser, at der på tværs af regionens hospitaler er 16 ubesatte stillinger, og 18% af den samlede arbejdsstyrke af anæstesisygeplejersker forventes at forlade arbejdsmarkedet inden for de næste par år (Bilag 2).

Samtidig uddannes kun knap en tredjedel af det forventede antal, der forventes at forlade arbejdsmarkedet. For at imødekomme denne udfordring har Region Midt øget optaget på specialuddannelsen med over 70% de sidste 2 år. På Regionshospitalet Horsens er antallet af kursister i samme periode fordoblet.

Det øgede antal kursister medfører naturligvis en fordobling af uddannelsesaktiviteter, hvilket øger arbejdsbyrden og udfordrer organisationen. Dette sker samtidig med, at sundhedsvæsenet skal øge sin aktivitet som følge af opgaveophobning efter bl.a. COVID-19-nedlukningen, sygeplejerskekonflikten og mangel på plejepersonale.

Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt disse interesser kan forenes. Kan sundhedsvæsenets drift øges samtidig med, at uddannelsen af nødvendigt personale accelereres? Det forventes uden tvivl! Specialuddannelsen i anæstesiologisk sygepleje er nært forbundet med klinisk praksis, hvor de to års uddannelse konstant skifter mellem praktisk arbejde, teoretiske forløb og andre uddannelsesaktiviteter. Tre afgørende elementer, senere uddybet som vitale mekanismer, er alle rettet mod evalueringen af de sygeplejersker, der deltager i uddannelsesforløbet. For klarhed og enkelhed vil jeg herefter referere til disse sygeplejersker under anæstesiologisk specialuddannelse som "kursister".

Kursisterne er altså tæt relateret til praksis, hvor de lærer faget og anvender deres tilegnet kompetencer på operationsstuerne.

Vi befinder os på et bedøvelsesafsnit, nærmere bestemt den centrale operationsgang (herefter COP) på Regionshospitalet Horsens i Region Midt. Det er én af to operationsgange på hospitalet, hvor kursisterne har deres primære praksisforløb under uddannelsen og da lang hovedparten af kursisternes virksomhed foregår på COP, er det herfra jeg fremadrettet vil referere til. Med dette masterspeciale undersøger jeg evalueringen af specialuddannelsen i anæstesiologisk sygepleje med fokus på Regionshospitalet Horsens. Spørgsmål om uddannelsens tilstrækkelighed og kvalitet, samt en vurdering af hospitalets evne til at opfylde mål, er centrale. Som uddannelsesansvarlig anæstesisygeplejerske på hospitalet er jeg særligt engageret i at vurdere praksis og egnethed. Projektets formål er at afdække og forbedre evalueringen af uddannelsesstedet inden for anæstesiologisk sygepleje, med håb om at skabe en bredere implementering af læring. Dette leder mig frem til følgende problemformulering.

2.1 PROBLEMFORMULERING

På hvilken måde skal bedøvelsesafsnitter¹ på Regionshospitalet Horsens evalueres som uddannelsessted for specialuddannelse for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje?

- Og hvilke mekanismer kan påvirke hospitalets godkendelse som uddannelsessted?

3.1 KONTEKSTBESKRIVELSE

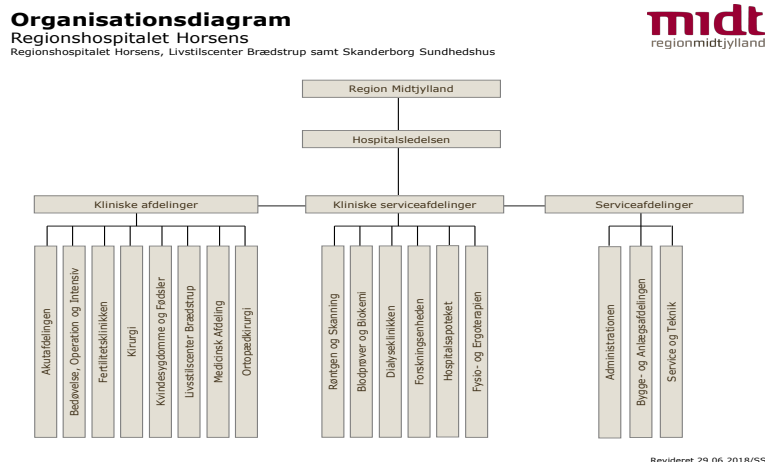
For at opnå en bred forståelse for problemformulerings spørgsmål og masterspecialets senere anvendte begreber, indeholder dette indledende afsnit en dybdegående kontekstbeskrivelse af COP som arbejdsplads. Afsnittet inkluderer en kort beskrivelse af organisationsplanen for både hospitalet og COP for at klargøre strukturen og dernæst fokuseres på nøgleaktiviteter i uddannelsen relateret til læring i klinisk praksis, hvor der særlig vægt lægges på kompetencevurdering, refleksionstimer og evaluering som afgørende læringsredskaber inden for den kliniske vejledning. Klinisk vejledning og daglig vejledning vil også blive uddybet i dette afsnit for en helhedsforståelse af konteksten.

3.2 ORGANISATIONSPLAN

Regionshospitalet er en stor organisation, der arbejder ud fra fire strategispor som skal vise vejen hen imod det attraktive hospital som både behandlingssted og arbejdsplads i form af 'Mere

¹ Bedøvelsesafsnit er den officielle betegnelse for et anæstesiafsnit, selvom anæstesi er den korrekte betegnelse i fagtermer.

menneske', 'Større sammenhæng', 'Mere faglighed' og 'Stærkere relationer' (<https://www.fagperson.regionshospitalet-horsens.dk>, 2021).

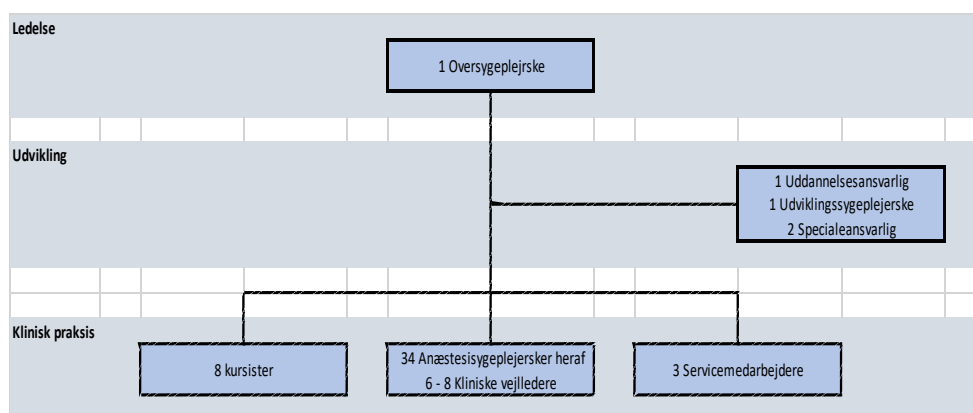


(Figur 1, Organisationsdiagram Regionshospitalet Horsens, 2018)

Som figur 1 illustrerer, fremstilles Regionshospitalet Horsens som en klassisk linjeorganisation, hvor de enkelte medarbejder hver kun har en leder, hvor kommunikationslinier er klare og overskuelige og hvor der er en tydelig fordeling af opgaver, ansvar og autoritet.

Linje-stabsprincippet fungerer på samme måde, men med tilknyttede stabsfunktioner. Disse funktioner er til for at udnytte organisationens specialister bedre. Linjerne og ledelsen har direkte adgang til stabsfunktionernes serviceydelser (Jensen, 2012, s. 11-14).

En udfordring for et hospital af denne størrelse er, at læringen i organisationen afhænger af både individuel og kollektiv læring på arbejdspladsen. Vidensdeling spiller en vigtig rolle i innovation og udvikling, og det kræver, at medarbejderne samarbejder om at skabe læring i organisationen. (Høfner, s. 95).



(Figur 2, COP som linje-stab organisationsmodel, af THL 2023)

COP er en klinisk afdeling hørende under Bedøvelse, Operation og Intensiv. Afdelingen er selvstændigt med sideordnet ledelse med en oversygeplejerske for anæstesisygeplejersker og en oversygeplejerske for operationssygeplejersker. I samarbejde med en funktionsledende overlæge, udgør de funktionsledelsen, som har ledelsesansvaret for driften på afdelingen.

Figur 2 demonstrer hvordan COP kan fremstilles i en linje-stabs model - her fremvist med den sideordnede ledelsesorganisering for anæstesipersonalet. I en direkte linje fra den ledende oversygeplejerske praktiserer forskellige personalegrupper inden for deres fagspecifikke område som anæstesisygeplejersker og kliniske vejledere, kursister samt servicemedarbejdere. I en streng mellem ledelse og klinisk praksis, placeret i figurens udviklingssfære, er modellens stabsfunktioner hvor en række sygeplejersker med ansvar for uddannelse, udvikling og fagspecialet er installeret. Deres funktion er at dele specialiseret viden til ledelse og praksis på afdelingen.

Ovenstående benævntes COP med en sideordnet ledelse for dels anæstesipersonale og for operationspersonale. Her skal man forestille sig figur 2 med en spejlvendt model, hvor de samme felter og strenge optræder, blot repræsenteret med operationspersonalet. Linjen mellem ledende oversygeplejersker vil være forbundet, ligesom servicemedarbejderes linje er intakt, da denne gruppe er ansat fælles i de to spor.

COP er et produktivt afsnit med en høj rate af operationer, hvor hoveddriften ligger i dagstiden på hverdage, men da hospitalet har funktion som akut enhed i regionen, er der tillige operationsaktivitet i hele døgnet på alle året dage.

Procedure Krydstabel				
Nøgletal	1. Rækkefordeling	(2. Rækkefordeling)	Kolonnefordeling	Vis heatmap
Antal operationer	Patienttype	-	År	Ja
		2022		I alt
Ambulant		12.587		12.587
Indlagt		7.546		7.546
I alt		20.133		20.133

(Figur 3, operationer udført på Regionshospitalet Horsens 2022, bilag 1, tabel 1)

I figur 3 ses i en opgørelse fra forskningsenheden på Regionshospitalet Horsens, at der i 2022 var godt 20.000 operationer foretaget på hospitalet. Tabellen afslører, at den operationelle virksomhed forgår på enten ambulante eller på indlagte patienter.

De ambulante operationer effektueres på hospitalets Dagkirurgiske afsnit, som i dagstid og på hverdage foretager elektive operationer. En vis andel af disse operationer bliver udført uden

anæsthesiledsagelse – dvs. at det er en mindre operation, hvor der forud er lagt lokal bedøvelse og at operationen udføres uden anæstesiologisk overvågning og vedligeholdelse.

De godt 7.500, som figuren fremstiller, er operationer på indlagte patienter, der foretages på COP, og hvor operationen har en størrelse eller kompleksitet, så det vurderes nødvendig med deltagelse af anæsthesisygeplejerske til at varetage bedøvelsen. Dertil skal lægges godt 1250 indlagte som skal have foretaget endoskopisk undersøgelse under anæstesi (bilag 3, tabel 2).

At udøve anæstesi under operationer, er en betydelig og vigtigste kernefunktion for anæsthesisygeplejersker. Ydermere har anæsthesisygeplejersker opgaver der ligger udenfor COP, hvor deres viden og kunnen er påkrævet. Som aktør i hospitalets akutte beredskab samt andre større eller mindre specialiserede opgaver, præsterer anæsthesisygeplejersker på Regionshospitalet flere end 4.000 opgaver årligt udenfor COP.

Som ansat anæsthesisygeplejerske på bedøvelsesafsnittet skal man have gennemført en specialuddannelse i anæstesi grundet de specialfunktioner stillingerne er påkrævet.

Jf. Bekendtgørelse om specialuddannelses for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje (kap. 1, §1, s. 2), er formålet med specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje, at sygeplejersken ekspanderer sin viden, færdigheder og kompetencer med henblik på at forvalte funktionsområdet for en specialuddannet sygeplejerske i anæstesiologisk sygepleje.

Bekendtgørelsen gør samtidig klart, at funktionsområdet for anæsthesisygeplejersker omfatter kernefunktioner indenfor klinisk anæstesiologisk sygepleje, kvalitetsudvikling, undervisning og vejledning samt koordinering, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde (bilag 4, s. 7).

Anæsthesisygeplejerskens primære arbejdsopgaver på Regionshospitalet er i overensstemmelse med bekendtgørelsen for en uddannelse i praksisnær klinisk anæstesiologisk sygepleje. Dette indebærer blandt andet kompetencer til at administrere den påkrævede anæstesi, overvåge, analysere og agere på forandringer i patientens tilstand, anvende relevant apparatur, yde omsorg for patient og pårørende, dokumentation og evaluering af udført sygepleje samt anvende anæstesiologisk erhvervet viden, færdigheder og kompetencer i forbindelse med assistance og beredskab uden for operations- og anæstesiafdelinger. Anæsthesisygeplejersken vil være fortrolig med iværksættelse og deltagelse i kvalitetsudvikling, idet tilvejebringelse af viden vil have vægt for anæsthesisygeplejersken for at stå stærk i sin professionelle identitet. Foruden sin praksisnære kunnen og træning i kvalitetsudvikling, vil en forventning til anæsthesisygeplejerskens færdigheder som underviser og vejleder være væsentlig at stille. Uddannelse af fremtidige anæsthesisygeplejersker

men også generelt i sundhedsuddannelser, er et virke, som ligeledes bekendtgøres i specialuddannelses for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje.

På COP er ansat 34 anæstesisygeplejersker til at varetage førnævnte arbejdsopgaver og som figur 2 fremstiller, er et antal af disse dedikeret til undervisning og vejledning af afdelingens kursister. For både anæstesisygeplejersker og kursister er det ledelsesmæssige ansvar placeret hos oversygeplejersken, som er en del af funktionsledelsen, mens uddannelse er ansvarliggjort ved en uddannelsesansvarlig anæstesisygeplejerske, som er figureret i modellens stabsfunktion.

3.3 UDDANNELSESSTEDET

Godkendte uddannelsesafsnit skal, som fremgik af bilag 1, opfylde visse kriterier, der indebærer tilknytning af en uddannelsesansvarlig anæstesisygeplejerske og tilstedeværelse af kliniske vejledere, ligesom anæstesiologisk speciallægedækning er påkrævet i afsnittets normale åbningstid. Desuden vil det være en uddannelsesansvarlig anæstesisygeplejerskes ansvar at udarbejde et velstruktureret introduktions- og uddannelsesprogram, der inkluderer en plan for vejledning og teoretisk undervisning i praktikperioden samt en påkrævet plan for løbende evalueringer og dokumentation heraf. Patientklientel og de udførte kirurgiske indgreb skal afspejle betydningen af det pågældende uddannelsesafsnit i den samlede uddannelse og endeligt skal uddannelsesafsnittet være i stand til at sikre gennemførelse af den pågældende uddannelsesperiode i overensstemmelse med mål og procedurer fastlagt i den aktuelle uddannelsesordning (Specialuddannelse for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje, 2018, s. 4-5).

I et tæt samarbejde med afsnittets oversygeplejerske, har den uddannelsesansvarliges til opgave at iværksætte potentialet, hvormed kravene til afdelingen som uddannelsessted kan opfyldes.

Alle hospitaler i Region Midt opfylder kriteriet hvad angår tilknytning af både en uddannelsesansvarlig anæstesisygeplejerske og kliniske vejledere, dog er der forskelligheder på hvor meget uddannelsesrettet personale hvert hospital har ansat per kursist.

Regionshospitalet Horsens har i øjeblikket en normering i den højere ende, hvor forholdet mellem kursister og kliniske vejledere er 1:0,75.

3.4 DAGLIG VEJLEDNING I PRAKSIS

Klinisk vejledning er en nøgelfunktion for at sikre gennemførelsen af specialuddannelsen, men som en kulturel guide til anæsthesispecialet, har afdelings anæstesisygeplejersker en fundamental betydning for oplæringssegmentet på operationsgangen.

Anæstesisygeplejerskers rolle i uddannelsen vil som daglig vejleder være uden et vejledningsmæssigt ansvar tilknyttet. Her er opgaven ”bed-side learning” eller mesterlære, som man også kender fra andre professioner i fx håndværksfag, og hvor profession, sprog, adfærd og meninger læres videre fra hånd til hånd mellem den erfarne og den uerfarne anæstesisygeplejerske. Ifølge Margit Saltofte er kultur både en forudsætning og et resultat af social interaktion. Kultur udgør ikke kun et podium, som vi taler om, men i højere grad en position, hvorfra vi taler (Saltofte, 2016, s. 16). Legitim perifer deltagelse, som beskrevet af Lave og Wenger, er et andet begreb, der refererer til situationer, hvor de, der lærer, naturligt bliver en del af fællesskaber af praktikere. Rekruttens mål er at rette sig mod fuld deltagelse i fællesskabet for at mestre dets viden og færdigheder (Lave, J. og Wenger, E., s. 127-128). Jerome Bruner introducerer et tredje perspektiv på kulturel interaktion gennem hans ni teser om uddannelse. Disse teser undersøger samspillet mellem den individuelle bevidsthed og de forcer, som kulturen anvender, når den kontinuerligt vurderer, hvad en bestemt kultur finder som væsentligt, og hvordan individet adapterer disse væsentligheder (Bruner, J., 2017, s. 405-406). Alle tre eksempler repræsenterer kulturelle perspektiver, der fremhæver vigtigheden af forholdet mellem daglige vejledere og kursister. Samtidig illustrerer de kursistens evne til at indarbejde en ny kulturs praksis ved at anvende dets teknikker og formler på forskellige måder.

3.5 KLINISK VEJLEDNING I PRAKSIS

Hvor de daglige vejlederes samspil med kursisten er vigtig for introduktionen til den anæstesiologiske kultur, er de kliniske vejledere afgørende for kursistens læring og progressive udvikling og de er samtidig et kriterie for godkendelse af uddannelsesstederne. Foruden at skulle have 2 års anciennitet som specialuddannet anæstesisygeplejerske, kræver det at være klinisk vejleder indsigt i specialuddannelsen samt en pædagogisk uddannelse svarende til minimum 1/6 diplomuddannelse (Specialuddannelse for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje, 2018, s. 5). I overensstemmelse med kravene for godkendelse af kliniske uddannelsessteder kræves der tilstedeværelse af kliniske vejledere i alle anæstesiafdelinger, der er opdaterede med den seneste

teoretiske viden og bekendt med afdelingens kliniske retningslinjer. De kliniske vejledere samarbejder nært med den uddannelsesansvarlige anæsthesisygeplejerske, hvor faglig og pædagogisk sparring udgør en væsentlig del af samarbejdet. Beskrivelsen af den kliniske vejleders rolle kan variere lokalt, og der kan være mindre forskelle i opgavefordelingen mellem vejlederen og den uddannelsesansvarlige anæsthesisygeplejerske. I rollen som klinisk vejleder har man ansvaret for en bred vifte af opgaver, der alle bidrager til at sikre et effektivt og givende uddannelsesforløb for kursister inden for anæsthesisygepleje. Dette indebærer først og fremmest planlægning og koordinering af uddannelsesforløbet i tæt samarbejde med kursister og de uddannelsesansvarlige anæsthesisygeplejersker.

Som klinisk vejleder er det afgørende at tilrettelægge vejledningen på en måde, der sikrer bredde og variation i indholdet, samtidig med at det er tilpasset den enkelte kursists kompetenceniveau. Dette inkluderer både klinisk vejledning og teoretisk undervisning i klinisk praksis. En kontinuerlig og konstruktiv feedback er en integreret del af rollen for at støtte kursisternes udvikling. Det kræver også et grundigt kendskab til kursisternes teoretiske uddannelsesprogram for at optimere transfer af læring. Vejlederen skal håndtere kompetencevurderinger ved hjælp af specialuddannelsens metoder og samarbejde med kursister og de uddannelsesansvarlige anæsthesisygeplejersker. Kontinuerlig dialog med andre vejledere og den uddannelsesansvarlige anæsthesisygeplejerske er også nødvendig for at sikre, at alle kompetencevurderinger gennemføres effektivt. Skriftlig evaluering i overensstemmelse med målformuleringerne for den kliniske periode er en essentiel opgave, ligesom deltagelse i forventnings-, uddannelses- og evalueringssamtaler. Vejlederen skal desuden fungere som en rollemodel, demonstrere viden, færdigheder og kompetencer. Efter teorimoduler er det vigtigt at afsætte tid til refleksion sammen med kursisterne og holde sig ajourført med den pædagogiske udvikling. At bidrage til et positivt læringsmiljø i afdelingen og aktiv deltagelse i netværk med lokale, regionale og nationale kliniske vejledere er yderligere aspekter af denne alsidige rolle som klinisk vejleder (Ibid., s. 11).

3.6 TRE VIGTIGE AKTIVITETER I PRAKSISLÆRING

Den kliniske vejleders funktion er mangfoldig, og i overensstemmelse med den nationale uddannelsesordning fremgår det, at opgaver som *kompetencevurderinger*, *refleksionstimer* og *evalueringer* udgør afgørende aktiviteter for kursisternes læring i praksis.

Den kliniske uddannelse er struktureret i fire seks måneders perioder, og hvert trin præsenterer øgede niveauer af kompleksitet i de kliniske opgaver. Målsætningerne for hver af de fire perioder

udvikler sig parallelt med opgavekompleksiteten og afspejles i en gradvist mere kompleks formulering. Uddannelsesordningen integrerer en række pædagogiske redskaber og evalueringsmodeller, der er designet til at opnå disse mål. Kursister benytter dagligt kompetencevurdering som et redskab til at målrette deres læringsindsats i den kliniske praksis og vejledere anvender samtidigt kompetencevurderingerne som grundlag for planlægning og styring af deres vejledning af kursister.

De fire kliniske perioder kan konceptualiseret som didaktiske forløb i overensstemmelse med Karen E. Andreasen og Annie Aarup Jensens beskrivelse. Disse didaktiske forløb har forskellige målsætninger og repræsenterer en klynge af formål med varierende sigte i forhold til det overordnede mål om fuldførelse af uddannelsen. Formålene spænder fra udvikling af færdigheder relateret til fagområdets funktionelle aspekter til udvikling af teoretisk viden inden for et specifikt fagområde samt udvikling af kompetencer, hvor refleksion over erhvervet viden og færdigheder muliggør handling i nye sammenhænge (2019, s. 26-27).

Didaktiske forløb kan på samme måde forklare opbygningen i *kompetencevurdering*, som er en læringsmetode kliniske vejledere anvender til kompetenceudvikling i anæstesiuddannelsen.

Der er seksten udvalgte læringsområder for klinisk kompetencevurdering som repræsenterer grundlæggende færdigheder og viden inden for anæstesisygepleje. Disse områder tjener som indikatorer for den samlede kliniske uddannelse og udgør overskrifterne på individuelle kompetencekort, der dækker færdigheder, viden og kompetencer.

For at fuldføre kompetencekortene implementeres to metodiske tilgange: struktureret observation og vurdering af viden samt refleksion over klinisk praksis. Den første fase indebærer en nøje observation af kursistens færdigheder under en operation, mens den anden fase foregår uden for operationsstuen og fokuserer på vurdering af viden og refleksion.

Ved gennemførelsen af begge metoder spiller de kliniske vejledere en central rolle, idet de har mandat til at godkende alle kompetencevurderinger, hvilket er afgørende for, at kursisten kan opfylde målene i den pågældende kliniske periode. Denne strukturerede tilgang sikrer en grundig og helhedsorienteret vurdering af anæstesisygeplejerskens kompetencer og bidrager til en effektiv uddannelsesproces. (Danske Regioner, s. 4).

Foruden kompetencevurdering, er *refleksionstimer* udnævnt som vigtig aktivitet for kursisters praksislære. I det kliniske uddannelsesprogram for anæstesi, 2019 (s. 16-17), angives formålet med refleksionstimer at være flerfoldigt. For det første sigter de på at fremme overførslen af teoretisk viden fra undervisningen til den kliniske praksis. For det andet har de til formål at skabe en solid

forankring af det teoretiske indhold, der er dækket i teorimodulerne. Endelig betones det, at refleksionstimerne tjener formålet at anvende den opnåede teoretiske viden som et redskab til belysning af konkrete kliniske problemstillinger.

Refleksionstimerne tilrettelægges som en 2 timers seance mellem hvert af de teorimodul kursisten følger i uddannelsen. Afdelingens ligebyrdige kursister deltager og reflekterer sammen og til at facilitere mødet er i reglen en klinisk vejleder.

Refleksion mellem kursister og sigtet mod at fremme transfer mellem teori og klinisk praksis, kan betragtes gennem Mezirow skildring af kommunikativ og instrumentel læring.

Den kommunikative læring fokuserer i højere grad på at opnå sammenhængende forståelse end at opøve mere effektiv kontrol over årsag-virkningsforhold for at forbedre praktiske handlinger som i instrumentel læring. Den problemløsningsproces, der indgår i instrumentel læring, er en hypotetisk-deduktiv tilgang. I kommunikativ læring drejer tilgangen sig om, at den lærende forsøger at forstå, hvad en anden udtrykker gennem tale, skrift drama, kunst eller dans. Kommunikativ læring er mindre et spørgsmål om at teste hypoteser end om, ofte intuitivt, at søge efter temaer og metaforer, der kan få det ukendte til at passe ind i et meningsperspektiv, så en fortolkning bliver mulig i sammenhængen (Mezirow, 2017, s 163).

Endelig er *evaluering* udpeget som en vigtig forudsætning i de kliniske vejlederes funktioner for at fremme kursistens læring og udvikling.

Evaluering er en bl.a. en vurdering hvor hovedformålet er at afsige en værdidom og kan overholde en forskningsberettigelse ved at sikre at vurderingen er transparent og eksplicit og om der er sammenhæng mellem præmisser og konklusion (Krogstrup, 2016, s. 41-42).

I Specialuddannelsen er evaluering en kontinuerlig og systematisk proces, der vurderer kursistens færdigheder i den kliniske uddannelse. Evalueringsmetoder inkluderer porteføljer, kompetencekort, praksisbeskrivelser og ikke-tekniske færdighedsvurderinger. Samtaler, herunder forventnings-, uddannelses- og evalueringssamtaler, spiller en central rolle i uddannelses og koordinerer gensidige forventninger, identificerer læringsstile, evaluerer kompetenceniveau, planlægger fremtidige perioder og skaber kontinuitet og udviklingsmuligheder. Evalueringssamtaler fokuserer på både formativ og summativ vurdering af kursistens præstationer, og en skriftlig evaluering præsenteres med inddragelse af målformuleringer fra tidligere perioder for en omfattende vurdering. Det overordnede mål er at sikre en holistisk og progressiv udvikling af kursistens kompetencer i hele uddannelsesforløbet (Danske Regioner, s. 25-27).

4.1 UNDERSØGELSESDSIGN

Normalt refererer begrebet design til den specifikke udformning af et redskab med en bestemt funktion. På tilsvarende vis indebærer undersøgelsesdesignet processen med at skabe og planlægge en undersøgelse af et givent fænomen. Dette sker ved at tage højde for karakteren af det pågældende fænomen, formålet med undersøgelsen, de overordnede rammer, tilgængelige ressourcer, tidsbegrænsninger og andre relevante faktorer (Andreasen, K.E. et al., 2017, s. 75).

For at adressere specialets problemformulering vil dette afsnit præsentere opbygningen af det design, der er udviklet til dette formål. Projektets arbejdsprocesser og overordnede rammer beskrives i de første underafsnit. En tidslinje illustrerer projektets udvikling, mens et separat afsnit præsenterer den overordnede kontekst for undersøgelsen. Efterfølgende udfoldes projektets videnskabsteoretiske grundlag som baggrund for afsnit 4.5, der omfatter en udførlig beskrivelse af teoribaseret evaluering som metode til at afdække uddannelsespotentialer på Regionshospitalet Horsens. Projektet karakteriseres derefter som en kvalitativ undersøgelsesmetode, hvorefter der følger en præsentation af interview som projektets empiriske forskningsmetode. Informanterne til disse interviews beskrives kort i en efterfølgende sektion. Afslutningsvis inden afsnittets afslutning sættes fokus på kursisternes læring. Dette understreges gennem en koncis præsentation af Dreyfus og Dreyfus' læringsteori om færdighedstilegnelse, som i et senere afsnit uddybes i detaljer.

4.2 TIDSLINJE AF ARBEJDSPROCESSER

Dette masterspeciale tog form i kølvandet på observationer af manglende evaluering af min arbejdsplads som potentiel uddannelsesinstitution for specialuddannelsen i anæstesiologisk sygepleje, hvilket blev påbegyndt i 2021. Emnet kom atter i fokus under et skriveforløb på semester 3 af masterstudiet i læreprocesser.

Efter langvarige overvejelser om problemfeltet, gennemførte jeg løst strukturerede interviews, som i afsnit 1.1 Introduktion benævnt som uformelle samtaler, med de uddannelsesansvarlige i Region Midt, for at afdække om problemstillingen var udbredt på deres hospitaler. Efter tesen blev bekræftet gennem disse samtaler, besluttede jeg at fortsætte arbejdet.

Efterfølgende indsamlede jeg kvantitative data i sensommeren 2023 for at understøtte mine argumenter i dette master speciales introduktionen (se bilag 1,2,3) og lavede specifikke søgninger på emnerne sygeplejerskemangel og specialuddannelse i anæstesiologisk sygepleje i bibliotekernes søgedatabase samt Google og Google scholar til brug i introduktionen.

Skrivearbejdet tog sin begyndelse, og de første opgavevejledninger blev udarbejdet med henblik på at forberede interviewguide og planlægge fokusgruppeinterviews samt efterfølgende transskription. En dedikeret periode til fordybelse og skrivearbejde er planlagt fra uge 47-50, 2023. Samtidig er der indlagt tid til yderligere opgavevejledninger for at afklare begreber og sikre en solid grundlag for specialet. Denne tidslinje afspejler udviklingen fra de første refleksioner i 2021 til de afsluttende bemærkninger i december 2023. Tidslinje er illustreret i bilag 5

4.3 OVERORDNEDE RAMMER

Opgaven udgår fra min egen arbejdsplads, bedøvelsesafsnittet, som er et selvstændigt afsnit under den kliniske afdeling Bedøvelse, Operation og Intensiv på Regionshospitalet Horsens som tidligere vist på figur 1. Masterspecialets problemstilling er blevet forelagt, diskuteret og senere godkendt af afdelingens oversygeplejerske.

Mine etiske overvejelser vedrørende diagnosticering af problemstillinger på min arbejdsplads har indebåret en bestræbelse på at opnå accept fra ledelsen. Det samme gælder udvælgelsen af interviewpersoner, hvor udtalelser om arbejdspladsen, arbejdsmiljøet og uddannelsesrammer vil udgøre kilder til masterspecialet. Før interviewene har alle interviewpersoner modtaget skriftlig information om interviewets karakter samt garanti for diskretion og anonymitet, hvilket de efterfølgende har godkendt med en samtykkeerklæring (se bilag 6).

Videoudstyret, anvendt under interviews, er udlånt fra afdelingen, og optagematerialet er downloadet på en USB-nøgle for senere transskribering. I forbindelse med denne proces er sekretariatet på hospitalet blevet kontaktet, og assistance er blevet anmodet om til transskriberingsdelen. En sekretærelev har fået tildelt opgaven med at bistå med transskriptionen. De kvantitative data om operationsaktiviteten på Regionshospitalet i 2022 er blevet indsamlet i samarbejde med hospitalets forskningsenhed for at sikre så præcise data som muligt.

4.4 FÆNOMENOLOGI SOM VIDENSKABSTEORETISK GRUNDLAG

Masterprojektet videnskabsteoretiske udgangspunkt hører til i humanvidenskaben, med nærmere inspiration fra den fænomenologiske disciplin. Fænomenologien udgør en central strømning inden for filosofien i det 20. århundrede og repræsenterer en reaktion mod positivismen. Hvor naturvidenskaben primært fokuserer på det målbare og vejelige, såsom operationsaktiviteten præsenteret som kvantitative data i opgavens introduktion, retter fænomenologien sit fokus mod den

subjektive oplevelse. Denne tilgang undersøger, hvordan kursisterne f.eks. gennemfører et kompetencekort.

Edmund Husserl, en tysk filosof (1859-1938), regnes som grundlæggeren af fænomenologien og var den første til videnskabeligt at udarbejde en lære om bevidsthedsfænomener. I denne kontekst defineres fænomenet som genstanden, der umiddelbart viser sig eller tilsyneladende konstitueres i bevidstheden. Genstanden må nødvendigvis vise sig for subjektet for at kunne opfattes, hvilket kræver et aktivt subjekt, der er i stand til at erfare fænomenet.

Husserl retter opmærksomheden mod den konkrete menneskelige erfaring med tingenes tilsynekomst i stedet for at påstå, at vi har adgang til en objektiv virkelighed. Subjektets mellemkomst er afgørende, da det er gennem subjektets perspektiv, at tingene optræder på en bestemt måde. Fortolkning og subjektivitet spiller centrale roller i fænomenologien.

Fænomenologien anerkender ikke adskillelsen mellem subjekt og objekt; i stedet er den optaget af menneskets erfaringer og oplevelser i livsverdenen. (Birkler, J., 2021, s. 121-129).

Livsverdenen, som kan sammenlignes med anæstesispecialet, repræsenterer den konkrete verden, hvor kursister, vejledere og afdelingen dagligt lever og har kropslige, sanselige og praktiske erfaringer. Denne livsverden er en fælles verden med social, kulturel og historisk kontekst

I fænomenologien kan viden ikke adskilles fra subjektet, da mennesket ikke kan overskride sine kropslige, sanselige og praktiske erfaringer med verden (Ibid.). Ved evaluering som et eksempel vil erfaringerne med fænomenet variere betydeligt afhængigt af kursistens forberedelse, opfyldelse af uddannelsesmål eller indsats under klinisk vejledning.

I et fænomenologisk perspektiv spiller subjektet og dets subjektive erfaringer en afgørende rolle, og det er ofte dette, der analyseres. Den fælles livsverden er også relevant, når eksperimenter planlægges, udvælges, opstilles og udføres, og når resultater aflæses og diskuteres med andre kursister. Grundlæggende erfaringer med både livsverden og videnskab påvirker disse processer, men fænomenologiske studier kan sandsynliggøre viden ved at fokusere på subjektets perspektiv. Husserls ide om menneskets livsverden nuanceres yderligere af hans elev Martin Heidegger (1889-1976). Heidegger beskriver menneskets tilværelse som en *væren i verdenen*. Den menneskelige væren er altid en *væren ved* og først sekundært noget det forholder sig til. Han skelner mellem *ved-hånden-værende* og *det-for-hånden-værende* (Ibid.). F.eks. vil udfyldelse af blanketten til godkendelse af uddannelsessteder (bilag 1) være *ved-hånden-værende* hvis jeg blot udfylder rubrikkerne uden nærmere refleksion, hvor en *for-hånden-værende* tilgang til blanketten vil observere en manglende evaluering af uddannelsesstedet og forholde sig til masterspecialets

indledende spørgsmål "Gør vi det godt nok?", "Ser vi på de rigtige ting?" og "Kan vi gøre det bedre?"

Fænomenologiske metoder bidrager nødvendigvis til at skærpe opmærksomheden på det nære og nærværende. En central idé i fænomenologien er begrebet intentionalitet, hvilket refererer til det forhold, at den menneskelige bevidsthed altid er rettet mod noget. Dette indebærer en uadskillelig forbindelse mellem mennesket og verden. Bevidstheden kan derfor ikke beskrives uafhængigt af det, den er rettet imod, og det fænomen, som bevidstheden rettes mod, kan ligeledes ikke beskrives uafhængigt af bevidstheden. Med andre ord er genstandsfeltet intimt forbundet med de eksisterende sociale processer og den specifikke kontekst (Ibid.). Både den enkeltes dagligliv og den tilknyttede meningshorisont er afgørende for undersøgelsen. I en fænomenologisk tilgang er det væsentligt at inddrage de subjekter, for hvem genstanden viser sig. I dette tilfælde vil det være kursister og kliniske vejlederes opfattelse af Regionshospitalet Horsens som genstand for anæstesiuddannelse.

4.5 TEORIBASERET EVALUERING

Hanne Kathrine Krogstrups beskrivelse af teoribaseret evaluering udgør projektets skabelon til at diagnosticere mekanismer i specialuddannelsen i anæstesiologisk sygepleje, som kan ligge til grund for en undersøgelse der i sidste ende godkender Regionshospitalet Horsens som uddannelsessted. Teoribaseret evaluering har udviklet sig og er nuanceret siden 1990, hvor den kom til at præge evalueringsfeltet. Teoribaseret evaluering fungerer som bindeled mellem processen, output og outcome og er relevant i håndtering af såvel simple, komplicerede som komplekse problemstillinger (Krogstrup, H.K., 2016, s. 1120-121).

Teoribaseret evaluering er en metodisk tilgang, der koncentrerer sig om at forstå sammenhængen mellem en intervention og dens virkning. Dette involverer en bevidstgørelse om, hvad der sker i implementeringsprocessen, samt hvilke effekter interventionen har i forhold til det specifikke problem, den er rettet mod. Tilgangsspørgsmål, "Hvad virker, for hvem, i hvilken sammenhæng?" guider evalueringen med det formål at identificere mekanismer i et program, der fører til succes. Teoribaseret evaluering er både formativ og summativ, idet den kan identificere områder i et program, der ikke udføres som forventet, samtidig med at den drager konklusioner om sammenhængen mellem intervention og dens effekt (Krogstrup, H.K., s. 107-108).

Krogstrup forklarer at programteori i en teoribaseret evaluering er grundlaget for at forklare, hvordan en intervention, såsom et projekt, et program, en strategi eller en politik, bidrager til den

ønskede effekt. Det handler om at afdække de antagelser, der ligger bag troen på, at programmet vil være effektivt, og hvordan det forventes at virke. Essensen er at besvare spørgsmålet: "Hvorfor tror vi, at programmet vil have en effekt, og hvordan forventer vi, at det vil opnå denne effekt?"

Formålet med evalueringen er at vurdere, om de antagelser, vi har om programmets effektivitet, faktisk holder stik i virkeligheden. I denne tilgang er grundtanken, at man kun kan forstå og vurdere succesen eller fiaskoen af et program ved at dykke ned i forståelsen af det specifikke problem, som interventionen forsøger at tackle, samt forholdet mellem interventionen og den ønskede effekt.

Programteorien fungerer som et kort, der identificerer hypoteser om, hvad der sker fra starten af interventionen til opnåelsen af resultater.

En programteori udgør et sæt sammenhængende antagelser, principper og udsagn, der vejleder og forklarer en social handling. Implementeringen af programteorien indebærer en målrettet og organisatorisk indsats for at intervenere i den eksisterende sociale proces og arbejde hen imod løsningen af et problem eller levering af en service (Ibid., s. 108-110).

Programteorien indeholder også antagelser om de mekanismer, der aktiveres i en specifik kontekst og fremkalder en respons hos deltagerne. Mekanismer udgør det grundlæggende fundament, der muliggør programmets funktion ved at udløse specifikke virkninger og er ansvarlige for at facilitere forandringer. Uden kendskab til disse mekanismer er det umuligt at etablere en forbindelse mellem interventionen og dens virkning.

Effekter kan kun observeres, hvis de nødvendige konceptuelle betingelser og de relevante mekanismer er til stede. Outcome refererer til både de forventede og uventede konsekvenser, der opstår som følge af samspillet mellem forskellige mekanismer i programmet (Ibid., s. 111).

En programteori skal også tage hensyn til de omgivende forudsætninger, der kan påvirke forholdet mellem en intervention og dens effekt. Programmer består af forskellige interaktive elementer og er underlagt skiftende omgivelser, såsom lovgivning, politiske signaler og mediepåvirkninger. Et program kan antage forskellige former og påvirkes af kulturelle, økonomiske og sociale forhold. Programmets kontekst omfatter således dets personale, dets historie, dets placering, dets forventede udvikling osv. De omgivende forudsætninger er afgørende for at forstå, hvilke virkninger der er mulige. Teoribaseret evaluering bidrager med viden om, hvor vellykket en indgriben eller et program er med hensyn til opnåede resultater, herunder sammenhængen mellem indgriben og

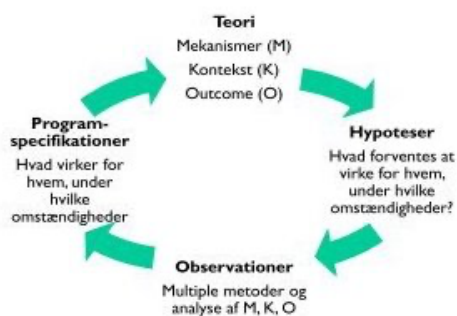
virkning, og viden om, hvilke mekanismer der har ført til en given virkning, samt de omgivende betingelser, der har påvirket dette (Ibid., s. 112).

Processen med at etablere en programteori involverer brug af dokumentarisk materiale som politiske debatter, lovgivning og beslutningsreferater. Interviews med personale og andre interessenter er også en værdifuld metode. Lokalkendskab, erfaring og viden er afgørende for at forme en programteori, og det kan være nødvendigt at trække på teori både inden for og uden for organisationen. Programteorien kan opdeles i to subteorier: handlingsteori (hvad gør vi?) og forandringsteori (hvordan forventer vi, at det, vi gør, påvirker på kort, lidt længere og på lang sigt?) (Ibid., s. 112-113).

Handlingsteorien beskriver, hvordan programmet er struktureret og organiseret. Det er afgørende for evalueringen af sammenhængen mellem implementering og effekt. Det indebærer klargørelse af programmets målgruppe, ressourcer, organisering og aktiviteter. Strukturerne i handlingsteorien kan identificeres gennem interviews med personale og ledere. Evaluering af handlingsteorien bidrager med viden om implementeringsprocessen og kræver testning for at se, om den fungerer som forventet. Effektkæden, der forbinder handling og forandringsteori, spiller en central rolle i at forstå sammenhængen mellem implementering og effekt (Ibid., s. 113-114).

Forandringsteorien skildrer antagelser om sammenhængen mellem intervention og effekt. Den starter med at identificere kendte faktorer og sammenhænge i forhold til det problem, programmet forsøger at løse. Formålet er at afgrænse programmet og træffe valg om, hvilke problemer der skal adresseres, hvilke forventede effekter der kan opnås, og hvilke dele af programmet der skal evalueres. Forandringsteorien er knyttet sammen med handlingsteorien gennem outcomekæden, hvilket er essentielt for evalueringen af programteorien (Ibid., s. 114-115).

Når programteorien er etableret, går evalueringen i gang med at bedømme, om implementeringen foregår som beskrevet, om de forventede effekter opstår, og om generative mekanismer og kontekstuelle betingelser identificeres. Dette indebærer opstilling af hypoteser om, hvad der forventes at virke for hvem og under hvilke omstændigheder. Evalueringen anvender en række metoder, herunder kvantitative, kvalitative eller mixede metoder, afhængigt af hvad der er mest hensigtsmæssigt for den etablerede teori. Resultatet af evalueringen giver retning til, hvad der virker, for hvem og under hvilke omstændigheder, med potentiale til at forbedre eller ændre eksisterende programteorier (Ibid., s. 115-117). Evalueringsprocessen illustreres i den realistiske evalueringsskema.



(Figur 3, Krogstrup, H.K., s. 116).

Formålet med teoribaseret evalueringsviden er at forbedre programteorier for at opnå den bedst mulige effekt af en intervention. Hvis forventede effekter udebliver, kan det skyldes implementeringsfejl eller manglende forandringsteori. Evalueringen leverer indsigt i, hvordan programteorien kan styrkes for at opnå ønskede resultater (Ibid., s. 117-118).

Fokus vil blive lagt på at undersøge, hvordan mekanismer og kontekstuelle betingelser påvirker det, som Krogstrup betegner som programteori – et begreb, der i opgavens problemformulering er løftet som evaluering af uddannelsesstedet. Her vil det være essentielt at integrere den realistiske evalueringscirkel i underafsnittet "Evaluering af programteori". Dette trin samler evalueringens udførelse og resultater, idet det inddrager både mekanismer og kontekstuelle forhold.

I denne sammenhæng vil emnerne fra fokusgruppeinterviewene blive brugt som programteori med henblik på at afdække, hvordan forskellige elementer og betingelser påvirker både processen og resultaterne af evalueringen. Den teoribaserede tilgang muliggør en holistisk forståelse af evalueringens kompleksitet og gør det muligt at skelne mellem de forskellige dimensioner af evalueringen.

Sammenfattende centrerer opmærksomheden sig fremadrettet om kontekst, mekanismer, outcome og en kvalitativ metode som elementer der bidrager til en helhedsforståelse af anæstesiuddannelsens interventioner og dens virkninger.

Programmet vil i denne sammenhæng være Bedøvelsesafsnittet som uddannelsessted og dets muligheder for, at kursisterne kan opfylde deres mål i uddannelsesperioderne. Hele den organisatoriske platform med bedøvelsesafsnittets besætning af anæstesisygeplejersker, daglige og kliniske vejledere, vil, som beskrevet i sektionerne under afsnit 3, beskrive konteksten. Produktion og drift på COP men også kompetencevurdering, refleksionstimer og kursistevaluering beskriver

mekanismer, der har indflydelse på både hypotesen om hvad forventes at virke for hvem men også på outcome.

Programmet undersøges gennem en kvalitativ observation hvor mekanismer, kontekst og outcome testes ved hjælp af interview af hovedaktører i anæstesiuddannelsen.

4.6 EN KVALITATIV UNDERSØGELSESMETODE

Til at undersøge programteorien i dette masterspeciale benyttes en kvalitativ undersøgelsesmetode. Den kvalitative metode fortolker empirisk materiale i den form, det foreligger, som i dette tilfælde er interviews. Metoden kan anvendes på en enkelt enhed, som f.eks. COP, og analyseres mere dybdegående ved inddragelse af flere aspekter (Andreasen, K.E. et al., s. 81).

Kvalitative metoder er karakteriseret ved at forskeren er i tæt forening med den empiriske kontekst. Desuden indebærer anvendelsen ofte en lav grad af strukturering, hvilket giver en større fleksibilitet i undersøgelsen. Videnskabssynet præsenteres som fænomenologisk, og arbejdsprocessen beskrives som induktiv og ikke teoristyrer.

En kvalitativ forståelse indebærer et fokus på læring som en dynamisk proces og en anerkendelse af, at der sker gensidig påvirkning mellem forskeren og aktørerne samt de sociale rammer i konteksten. Den empiriske viden sigter mod helheder, der fremkommer gennem beskrivelser eller fortolkninger, f.eks. via interviews, der udforsker informantens forestillingsverden (Ibid., s. 128).

4.7 PRÆSENTATION AF EMPIRISK FORSKNINGSMETODE

For at indsamle en bred vifte af synspunkter og udsagn har der været afholdt to fokusgruppeinterviews som en del af undersøgelsen af programteorien. Hver af disse interviewsessioner har haft til formål at bidrage med forskellige aspekter, der anses som relevante for besvarelse af problemformuleringen.

Fokusgruppeinterviews er kendetegnet ved en ikke-styrende interviewstil, hvor hovedfokus er rettet mod at frembringe mangfoldige synspunkter inden for gruppen. Disse interviews er designet med det formål at facilitere en tolerant og åben dialog, hvor personlige og divergerende synsvinkler kan komme til udtryk. Formålet er ikke at opnå enighed eller finde løsninger på emnet, men derimod at berige undersøgelsen med en bred og nuanceret forståelse af emnet gennem mangfoldigheden af deltagers synspunkter (Kvale, S. og Brinkmann, S., 2015, s. 205-206).

Begge interview har karakter af semistrukturerede interviews, hvilket indebærer, at de gennemføres efter en interviewguide. Denne guide fungerer som en tjekliste snarere end et fast regelsæt af spørgsmål, og emner samt spørgsmål kan forekomme i vilkårlig rækkefølge sammenlignet med

interviewguiden. Formålet er at fremkalde spontane reaktioner fra de interviewede, hvor interviewerens strukturerede indgriben skal begrænses (Andreasen, K.E. et al., s. 135).

I tråd med den fænomenologiske tilgang søger man at belyse forskellige perspektiver på et givent fænomen i en konkret sammenhæng. Her kan interviewguiden ansprende til interviewpersoners oplevelser fra konteksten samt deres erfaringer og livsverden i øvrigt.

Interviewguiden for kursistfokusgruppe 1 og klinisk vejlederfokusgruppe 2 findes samlet i bilag 7. I det følgende afsnit præsenteres informanterne i henholdsvis kursistfokusgruppeinterview 1 og vejlederfokusgruppeinterview 2, som udgør grundlaget for projektets empiriske datamateriale og observanter i programteorien.

4.7.1 INFORMANTER

I kursistfokusgruppeinterview 1 er der udvalgt tre repræsentanter (K1, K2 og K3) for kursistgruppen. To af informanterne har netop afsluttet uddannelsen for to måneder siden og er, på trods af deres fuldførte uddannelse, valgt til fokusgruppen på grund af deres kendskab til uddannelsen som helhed. Den tredje informant er i klinisk periode 4 og i sidste del af uddannelsen, og ligesom de to andre har vedkommende et holistisk indblik i uddannelsen.

Transskriptionen af kursistfokusgruppeinterview 1 foreligger som bilag 8.

Til klinisk vejlederfokusgruppeinterview 2 er der udpeget to kliniske vejledere (V1 og V2), som også har klinisk praksis på bedøvelsesafsnittet på Regionshospitalet Horsens. Begge vejledere har en bred klinisk erfaring og har arbejdet som anæstesisygeplejersker i flere år. Deres baggrund som kliniske vejledere er meget ens med 3-5 års erfaring, og de er udvalgt som fokusgruppe, da deres erfaringer med vejledning anses for at være repræsentative for den samlede vejledergruppe. De to kliniske vejledere har samtidig en diplomuddannelse i klinisk vejledning.

Transskriptionen af klinisk vejlederfokusgruppeinterview 2 foreligger som bilag 9.

4.8 PRÆSENTATION AF FEM STADIER AF FÆRDIGHEDSTILEGNELSE

I de følgende afsnit selvstændige afsnit 5.1 bringes kursisternes læring i centrum og hvordan kompetenceudvikling introduceres gennem stadier af færdighedstilegnelse.

Filosoffen Hubert Dreyfus og matematikeren Stuart Dreyfus, to amerikanske brødre, udgav i 1986 bogen "Mind over Machine." I denne bog argumenterede de primært for, at selv den mest avancerede computer aldrig ville kunne matche den menneskelige evne til at lære, tænke og træffe beslutninger. Bogen introducerede også en læringsteori bestående af fem hierarkisk rangerede

kategorier. Denne teori er generel og kan anvendes på færdighedslæring i enhver situation, men den har især vakt interesse inden for arbejdslivet, især de mere avancerede niveauer af læring (Dreyfus, H. og Dreyfus, S., 2017, s. 423).

5.1 FEM STADIER AF FÆRDIGHEDSTILEGNELSE – FRA NYBEGYNDER TIL EKSPERT

Når mennesker lærer en færdighed gennem undervisning og erfaring, går de ikke bare fra at have teoretisk viden baseret på regler til praktisk erfaring. Der er en kompleks proces, hvor folk gennemgår mindst fem stadier med forskellige måder at forstå og træffe beslutninger på inden for den pågældende opgave. Denne udvikling ses tydeligt, når færdigheder forbedres.

I områder af problemløsning, der kaldes "ustrukturerede," er der et potentielt uendeligt antal relevante fakta og træk, men det er uklart, hvordan disse elementer er forbundet og påvirker hinanden. Eksempler på dette omfatter sygepleje, undervisning og sociale interaktioner. Modsat finder vi "strukturerede områder," såsom matematiske beregninger, logiske opgaver og planlægning, hvor sammenhængen er tydelig, og effekterne af beslutninger er kendte, hvilket tillader rationelle løsninger. At opnå høje færdigheder inden for ustrukturerede problemområder kræver konkret erfaring med virkelige situationer. Alle har forskellig erfaring og ekspertise inden for visse typer problemer, hvilket betyder, at man kan være ekspert inden for sit eget område, men mindre kyndig inden for andre områder.

De fem stadier i færdighedstilegnelse, som individet dynamisk bevæger sig igennem, er *nybegynder*, *avanceret nybegynder*, *kompetent udøver*, *kyndig udøver* og *ekspert*, som illustrerer den gradvise udvikling og forbedring af færdigheder over tid (Dreyfus, H. og Dreyfus, S., s. 423-425).

I det indledende stadie, kaldet *nybegynder*, erhverver en person nye færdigheder gennem undervisning. Her lærer individet at genkende relevante kendsgerninger og karakteristika inden for den specifikke færdighed. De tilegner sig også regler, der dikterer handlinger baseret på disse kendsgerninger og træk. De elementer i situationen, der betragtes som relevante for nybegynderen, er klart definerede og objektive, hvilket gør dem genkendelige uden hensyn til den sammenhæng, de indgår i. Disse klart definerede elementer kaldes "kontekstfrie," og der er regler, der skal anvendes på dem uanset situationens kontekst. Processen med præcist at definere disse kontekstfrie elementer ved hjælp af klare regler betegnes som "informationsbehandling." Da nybegynderen endnu ikke har opnået en sammenhængende forståelse af den samlede opgave, vurderer de primært deres præstation ud fra, hvor godt de kan følge de indlærte regler. I dette stadium kræver selv

anvendelsen af blot nogle få enkle regler så meget koncentration, at elevens evne til at modtage vejledning kompromitteres. På samme måde som støttehjulene på et barns cykel er regler, der gør det muligt at cykle, men de skal snart fjernes for, at barnet kan fortsætte og udvikle sig (Ibid., s. 425-426).

I det næste trin, *avanceret nybegynder*, begynder individet gennem praktisk erfaring at identificere de kontekstfrie elementer, når de forekommer. Dette opmuntrer eleven til at tage flere af disse kontekstfrie kendsgerninger i betragtning og anvende mere komplekse regler. Samtidig får personen en værdifuld lektion, der involverer en dybere forståelse af det specifikke område, som færdigheden dækker. Med stigningen i antallet af genkendte kontekstfrie elementer tildeles de nu en anden betydning og kaldes nu situationsbestemte. Adfærdsreglen er nu rettet mod både de nye situationsbestemte og de kontekstfrie komponenter (Ibid., s. 426-427).

I det tredje stadie, *kompetent udøver*, akkumulerer individet mere erfaring, og antallet af genkendelige kontekstfrie og situationsbestemte elementer bliver overvældende. Denne overflod skaber en udfordring, da eleven kan mangle en klar fornemmelse af, hvad der er væsentligt og mest afgørende i en given situation. For at håndtere dette lærer eleven at anvende hierarkiske procedurer ved beslutningstagning. Den kompetente udøver begynder ved at vælge en plan, hvorefter de systematisk analyserer forholdene og fokuserer kun på de få faktorer, der er mest relevante i forhold til den valgte plan. Dette tillader en forenkling og forbedring af præstationen. Den kompetente elev opfatter typisk en situation som en samling af faktorer, og de har lært, at en bestemt konstellation af disse elementer kræver en specifik konklusion eller beslutning. At vælge den rette tilgang er ikke en simpel opgave for den kompetente udøver. Der er ikke en objektiv procedure som i nybegynderens kontekstfrie genkendelse af træk, og på samme måde kan den avancerede nybegynder klare sig uden at genkende og bruge et specifikt træk ved en situation, indtil tilstrækkeligt mange eksempler gør det let og sikkert at identificere. På det kompetente niveau kræver det imidlertid, at man udvikler en overordnet plan. Desuden påvirker valget af tilgangen situationen på en måde, som et enkelt træk sjældent gør. Denne kombination af ikke-objektivitet og nødvendighed skaber en ny type forhold mellem den kompetente udøver og dennes omgivelser. Udøveren føler sig ansvarlig for og dermed emotionelt involveret i den valgte tilgang. Da eleven både forstår og træffer beslutninger på en objektiv måde, bliver de dybt engageret i, hvad der følger. Et klart positivt resultat er yderst tilfredsstillende, mens modgang opleves som negativt (Ibid., s. 427-430).

Normalt vil det fjerde stadiums *kyndige udøver* være dybt engageret i sin opgave og opfatte den ud fra et specifikt perspektiv præget af nylige begivenheder. Dette perspektiv påvirker, hvilke træk ved

situationen der opfattes som væsentlige, mens andre træk træder i baggrunden og bliver overset. Som begivenhederne udvikler sig, ændres gradvist fremgangsmåde, forventninger og endda betydningen af forskellige træk. Der sker ikke objektive valg eller overvejelser. Det sker tilsyneladende, fordi den erfarne udøver har erfaringer med lignende situationer fra tidligere lejligheder og derfor associerer de nuværende situationer med planer, der tidligere har vist sig effektive, og forudser resultater, der har vist sig før. Den kyndige udøver begynder at genkende elementer i en situation, såsom duften af mormors hus eller lugten på et sygehus, efter at have oplevet flere eksempler. Der er ikke tegn på, at dette sker ved blot at identificere komponenter som lugten og dermed genkende hele situationen. I stedet udfolder hele den visuelle scene sig, og de interne følelser udløser en adfærd, der tidligere har vist sig nyttig i lignende situationer. Evnen til intuitivt at reagere på mønstre uden at analysere dem i deres enkelte dele kaldes "holistisk skelnen og association." Her refererer intuition til den ubesværede forståelse, der stammer fra skelnen baseret på tidligere erfaringer relateret til lignende problemområder. Mens den erfarne udøver intuitivt organiserer og forstår sin opgave, tænker personen stadig analytisk på, hvad der skal gøres. Elementer, der betragtes som vigtige, vurderes og kombineres efter bestemte regler, hvilket fører til beslutninger om, hvordan man bedst kan forme omgivelserne (Ibid., s. 430-432).

I det femte stadie er *eksperten* normalt i stand til at vide, hvad der skal gøres baseret på indsigt og erfaring. Eksperten er dybt engageret i at håndtere problemer omkring sig og nærmer sig dem med stor dedikation. Fremtiden bekymrer ikke eksperten, og planlægning er ikke længere nødvendig. Færdigheder er blevet en integreret del af eksperten, og vedkommende er ikke mere opmærksom på dem end på sit eget selv. Selvom ekspertens handlinger primært udføres automatisk og uden refleksion, tager eksperten tid til at overveje en situation, før der handles, når tid tillader det, især når resultatet er af særlig betydning. Denne overvejelse kræver ikke en kalkulerende tilgang til problemløsning, men derimod en kritisk refleksion over intuitionen. Selv efter refleksion er det ikke altid, at ekspertens beslutninger udfolder sig som ønsket, da eksperten, på trods af stor erfaring, ikke kan forudsige alle begivenheder. Desuden vil mødet mellem to eksperter vise, at den med den bedste dømmekraft og associationskompetence klarer sig bedst.

Når den erfarne udøver har tilstrækkelig erfaring fra forskellige situationer set fra det samme perspektiv eller med samme formål for øje, synes vedkommende at gruppere disse situationer. Dette sker ikke blot ud fra det fælles mål eller perspektiv, men også ud fra behovet for den samme beslutningsproces, handling eller taktik. På dette punkt forstås ikke blot én situation, når den opleves som parallel med en tidligere, men beslutningerne, handlingerne eller taktikken forbundet

hermed dukker samtidig op i bevidstheden. Evnen til at skelne mellem et utal af situationer udvikler sig med erfaringen.

Når en intuitiv beslutning træffes, indebærer efterrationalisering forsøget på at finde en gyldig begrundelse ved at identificere elementerne i situationen og kombinere disse elementer ved hjælp af en beslutningsregel for at retfærdiggøre den trufne beslutning. (Ibid., s. 432-435).

Enhver person på et specifikt færdighedsniveau kan forsøge at efterligne de tankeprocesser, der er karakteristiske for et højere niveau, men på grund af manglende erfaring vil de præstere dårligere.

For eksempel kan en nybegynder, ligesom en kompetent udøver, sætte sig mål, men uden tilstrækkelig erfaring ved de ikke, hvordan man fastsætter velbegrundede mål. På samme måde kan en person, der har observeret en situation inden for et færdighedsområde og en handling, der svarer til den, forsøge at handle intuitivt som en ekspert ved at opfatte alle situationer som lignende den observerede og gentage den samme handling. Selvfølgelig vil de præstere væsentligt ringere.

Modellen over de fem stadier af færdighedstilegnelse illustrerer en progression, hvor de bedste resultater for en elev, der erhverver sig en færdighed, typisk bygger på at følge regler som en nybegynder i begyndelsen, derefter bruge aspekter som en avanceret nybegynder, og så videre gennem alle fem stadier. Hvis eleven er dygtig, vil deres bedste resultater til sidst komme fra intuitiv brug af holistisk skelnen og association, og de vil da være en ekspert (Ibid., s. 435).

6.1 ANALYSE GENNEMGANG

Anæstesisygepleje opfattes som et eksempel på et ustruktureret område, hvor konteksten kan være kompleks og uklar. Inden for anæstesisygepleje er der et potentiale for et uendeligt antal relevante fakta og træk, men det kan være uklart, hvordan de er forbundet og påvirker hinanden. Dette kræver konkret erfaring med virkelige situationer.

Dreyfus og Dreyfus' læringsteori præsenterer fem stadier af færdighedstilegnelse, og disse stadier vil nu blive sammenlignet med de fire kliniske perioder, som kursister gennemgår under anæstesiuddannelsen. Denne sammenligning er nærliggende, da der eksisterer lignende mønstre og kendetegn på de forskellige niveauer. Betegnelserne fra Dreyfus og Dreyfus' nybegynder i klinisk periode 1 til den kyndige udøver i klinisk periode 4 bruges i nogen grad indbyrdes. Den færdige anæstesisygeplejerske anses som eksperten.

I det følgende vil der blive udført tre separate analyser af kontekst, mekanismer og resultater, som programteorien identificerede som væsentlige at undersøge for at besvare problemformuleringen i dette masterprojekt.

6.2 ANALYSE AF KONTEKST

Samlet set ændres konteksten gennem forskellige stadier af færdighedstilegnelse hvor uddannelsesstedet med dets vejledningsmiljø spiller en central rolle i denne udviklingsproces. Konteksten går fra klare og definerede regler til mere komplekse og ustrukturerede situationer, og dette kræver en dynamisk tilpasning og forståelse for at opnå ekspertise inden for forskellige områder som anæstesisygepleje.

Over tid skifter konteksten fra klart definerede regler og elementer på uddannelsesstedet til mere komplekse og ustrukturerede situationer som i anæstesisygepleje.

Færdighedsudviklingen illustrerer evnen til at tilpasse sig og forstå konteksten, hvilket er afgørende i områder med komplekse og ustrukturerede problemstillinger.

Både kursistgruppen og vejledergruppen udtaler sig om konteksten i interviewene. Blandt kursisterne er der bred enighed om at læringsmiljøet er et trygt udviklingsrum.

”Det første ord der faldt mig ind, var tryghed” (Bilag 8, K2, s. 2).

”Det fandt jeg først ud af efter noget tid, at der var en vejleder uden for døren hele tiden... der blev jeg snydt (smil)... men det var trygt” (Bilag 8, K1, s. 6).

Det første udsagn fra K2 falder på et spørgsmål på hvordan læringsmiljøet opleves på COP og efterfølgende udtalelse fra K1 beskriver oplevelsen i vejledningssituation.

Selvom begrebet tryghed ikke eksplicit nævnes hos Dreyfus og Dreyfus, kan det være en væsentlig faktor i både færdighedstilegnelse. Tryghed kan påvirke læring og præstationer, især i uddannelseskonteksten. Studerende, der føler sig trygge, er ofte mere åbne for læring og tør udforske nye færdigheder.

Til trods for et trygt læringsmiljø, rummer konteksten på COP også forstyrrelser, der kan have indflydelse på kursisternes oplevelser.

”Vi har også oplevet med de mange kursister, at det var et puslespil at få dem placeret... at det var svært, at der var en stue til dem hver” (bilag 9, V1, s.12).

Er en replik fra en klinisk vejleder, som beskriver en udfordring fra hverdagen, hvor det kniber med at finde det rette læringsrum til det store antal kursister, der de senere år er optaget på uddannelsen.

En problemstilling der blev rest under introduktion i afsnit 1.1. Sådanne udfordringer kan få betydning for kursisternes progredierende udvikling i de fem stadier af færdighedstilegnelse.

Nybegynderen sættes tilbage med at lære de grundlæggende regler, der gør dem i stand til at

genkende bestemte mønstre og tilegne sig de kontekstfrie elementer, der dikterer deres handlinger baseret på kendsgerninger og træk. Den avancerede nybegynder hæmmes i at opbygge erfaring og har derved begrænsede muligheder for at gøre de kontekstfrie elementer situationsbestemte. Det samme gør sig gældende i de senere og mere komplekse stadier, hvor kursisten kan forhindres i udvikling af hierarkiske beslutningsmønstre og evnen til at anvende holistisk skelnen og association.

Det er den samme bekymring, der ligger bag udtalelsen fra vejleder V2.

”I klinisk periode 2, skal de helst have ASA 1 og 2 men det er vældigt svært for os, hvor de ofte får ASA 3”² (Bilag 9, s. 8).

Kursisterne bringer ligeledes en præmis fra hverdagen, som beskriver hvordan uddannelsesstedet er en afgørende kontekst i færdighedstilegnelse. Følgende eksempel retter fokus på den svære balance med hensyn til driften på COP kontra uddannelsen af kursisterne.

”... men nogle gange har jeg følt mig mere som arbejdskraft end som kursist. Det var en ting, som jeg synes var svær at sige” (Bilag 8, K1, s. 10).

Det er den samme betingelse, der gør sig gældende, når K1 senere forholder sig til nogle oplevelser med fokuserede vejlederdage.

”eller hvis der kommer en sygemelding... så bliver man delt og så skal man selv opsøge en ny dag nogle gange. Jeg har oplevet på nogle af mine vejlederdage... der har vi arbejdet i stedet for at reflektere” (Bilag 8, s. 12).

Under konteksten figurerer også vejledning. Her skelnes der mellem den daglige vejledning med anæstesisygeplejersker, som ikke har det samme indblik og ansvar i uddannelsen som kliniske vejledere, der udgør den anden type vejledning. Daglig vejledning spiller en vigtig rolle i udviklingen af færdigheder på de indledende nybegynder og avancerede nybegynderstadium.

”... ved de daglige vejledere gør man det lidt på deres måde... hvor man lærer lidt unoderne (smil) men man lærer, hvordan man rent faktisk gør det her... der er ikke så meget refleksion i det” (Bilag 8, K2, s. 2).

Gennem daglig vejledning og praktisk erfaring begynder individet at identificere kontekstfrie elementer i forskellige situationer og lærer mere komplekse regler. Den daglige vejledning har en

² ASA-klassificering af patienter. ASA 1 er raske patienter, ASA 2 er patienter med mild sygdom, ASA 3 har svær sygdom, ASA 4 har svær livstruende sygdom, ASA 5 moribund patient, ASA 6 hjernedød organdonor

vigtig rolle, når kursisterne skal lære de anæstesiologiske fagkulturelle regler, udtryk og færdigheder gennem mesterlæren.

Klinisk vejledning er en kontinuerlig og afgørende komponent i færdighedsudviklingen på tværs af stadierne. Fra at introducere grundlæggende færdigheder til at håndtere komplekse og situationsbestemte elementer er klinisk vejledning med til at forme og styrke en persons kompetencer og forståelse af deres praksis.

”... Sådan en som er sprit ny... der er det hele jo bare nyt og spændende. Derimod hvis de er mod afslutningen, så er de ved at være selvkørende på en eller anden måde, og der kan man selvfølgelig godt sætte et niveau op, men hvordan gør man det i vejledningen?” (Bilag 9, V1, s. 7)

I nybegynderstadiet har klinisk vejledning en central rolle i introduktionen af grundlæggende færdigheder og regler. Nybegynderen erhverver sig de første færdigheder gennem undervisning og praktisk erfaring under vejledning. Klinisk vejledning fokuserer på at introducere klart definerede regler og objektive elementer, hvilket hjælper nybegynderen med at opbygge grundlæggende viden og forståelse.

For en avanceret nybegynder er klinisk vejledning lige så relevant og spiller en afgørende rolle i at guide individet gennem mere komplekse scenarier. Avanceret nybegynder, eller kursisten i klinisk periode 2, begynder at identificere kontekstfrie elementer og anvende mere komplekse regler.

Klinisk vejledning hjælper med at styrke denne proces ved at tilbyde praktisk erfaring og vejledning i, hvordan man håndterer forskellige elementer i en mere differentieret kontekst.

Overgangen til den kompetente udøver, kursisten i klinisk periode 3, indebærer en stigning i kompleksiteten af kontekstfrie og situationsbestemte elementer. Klinisk vejledning spiller en afgørende rolle i at hjælpe kursisten med at håndtere denne overflod af faktorer ved at introducere hierarkiske procedurer til beslutningstagning. Vejledning hjælper med at udvikle evnen til at vælge en plan og fokusere på de mest relevante faktorer i en given situation.

På dette fjerde stadie har den kyndige udøver, eller kursisten som er nået til klinisk periode 4, opnået omfattende erfaring og kan håndtere en bred vifte af situationer. Klinisk vejledning er fortsat være til stede, men kursisten kan nu fungere mere uafhængigt og muligvis selv agere som mentor for andre. Vejledning kan fokusere på deling af dybdegående viden og erfaring samt støtte til yngre fagfolk i at udvikle deres egne kompetencer.

”... hvorfor tænker du sådan her?... hvorfor kan vi gøre sådan?... hvad tænker du over i denne her situation? For mit vedkommende bliver der gået mere i dybden, når man går med kliniske vejledere...” (Bilag 8, K3, s. 3)

6.3 ANALYSE AF MEKANISMER

Mekanisme refererer til de processer og trin, der er involveret i udviklingen af færdigheder gennem forskellige stadier. Stadiemodellen beskriver mekanismen for færdighedstilegnelse fra nybegynder til ekspert, hvor hvert trin indebærer specifikke mekanismer, som undervisning, praktisk erfaring og holistisk skelnen. I afsnit 4.5 om teoribaseret evaluering blev mekanismerne isoleret til læringsredskaberne kompetencevurdering, refleksionstimer og kursistevaluering.

Hvert stadie i færdighedstilegnelse indebærer en form for kompetencevurdering. Nybegynderen evaluerer sin præstation baseret på, hvor godt de følger indlærte regler. Senere stadier involverer mere komplekse kompetencer, hvor individet håndterer en overflod af elementer og træffer beslutninger baseret på erfaring og dybere forståelse. Hver klinisk periode i anæstesiuddannelsen har sine kompetencevurderinger indlejret, som afsnit 3.6 beskrev som seksten kompetencekort over anæstesisygeplejerskens funktioner. Tidligere sidestilledes hver færdighedstilegnelse med en klinisk periode i anæstesiuddannelsen, hvor nybegynderen er sideordnet med klinisk periode 1, den avancerede nybegynder udviklede færdigheder til kliniske periode 2 og så videre frem. Eksperten er den færdiguddannet anæstesisygeplejerske. Kursist K2 forklarer om kompetencekort meget dækkende.

”Men jeg synes, at når man arbejder med ét kort, fik man rigtig godt styr på hvad det nu handlede om. På den måde sikrede man at komme rundt om alle dele, som er vigtig for uddannelsen” (Bilag 8, s. 3).

Refleksion spiller en vigtig rolle i alle stadier, især hos nybegynderen og den avancerede nybegynder (klinisk periode 1 og 2 kursister), da refleksionstimer her anvendes som læringsredskab til at skabe transfer mellem teori og praksis, som afsnit 3.6 skildrede.

Kursist K1 fortæller om en refleksionstime, hvor de taler et patientforløb igennem.

”... og så reflekterede vi over det... altså hele anæstesiskemaet og journal osv.... det gjorde vi – mig og min medkursist hvor vi sad og reflekterede sammen med en vejleder... der ledte os lidt på vej” (Bilag 8, s. 4).

Men også hos den kompetente og kyndige udøver er refleksion betydningsfuld. Den kompetente udøver anvender hierarkiske procedurer ved beslutningstagning og reflekterer over, hvilke faktorer

der er mest relevante i en given situation. Den kyndige udøver bruger refleksion til holistisk skelnen og association at reagere intuitivt på genkendelige mønstre. Eksperten, selvom handlinger udføres næsten automatisk, tager sig tid til at overveje situationen og foretager en kritisk refleksion over intuitionen. En klinisk vejleder fortæller om hvordan refleksion kommer i spil på operationsstuen.

Hvis der lige er en god situation, så kan man stille et godt spørgsmål og få den til at prøve på at reflektere... og gøre det tydeligt overfor dem, at man stiller en masse spørgsmål, men det er ikke for at afhøre dem... det er for for, at få dem til at tænke og reflektere” (Bilag 9, V1, s. 3).

Kursistevaluering er en kontinuerlig proces i hele færdighedstilegnelsen og i samtlige kliniske perioder på anæstesiuddannelsen. Hvert stadie indebærer evaluering af præstation og forståelse. For eksempel vurderer nybegynderen deres præstation ud fra, hvor godt de kan følge indlærte regler. I de senere stadier evalueres komplekse faktorer, og beslutninger træffes baseret på en kombination af erfaring og analytisk tænkning.

På anæstesiuddannelsen afsluttes hver klinisk periode med en evaluering, hvor kursistens færdigheder vurderes og godkendes i forhold til definerede mål for perioden. Som en klinisk vejleder beretter om fokus på uddannelsesmål i interviewet.

”Jeg synes, at vi bruger det, når vi evaluerer dem. Så går vi ind og ser på... hvad er målene for den her periode?... er man så der, hvor de her mål ligger? Så ser vi på beskrivelserne – kan de det som målene ligger op til?... og så vurderer vi ud fra det” (Bilag 9, V1, s. 9)

Hver klinisk periode skal godkendes af de kliniske vejledere og den uddannelsesansvarlige sygeplejerske på uddannelsesstedet. Det er disse mål for kliniske perioder, og kursisternes mulighed for at opfylde dem, som indgår i godkendelsen af uddannelsesstederne i specialuddannelsen for anæstesiologisk sygepleje (bilag 1). Den kontinuerlige vurdering gennem færdighedstilegnelsen, for at opnå et højere niveau, er naturligvis en belastning for kursisterne, hvor en kursist fortæller...

”Det hårdeste ved hele uddannelsen er den her vurdering, der har været i 2 år i streg. Det snakkede jeg med en Aarhus kursist om, at havde jeg vidst det, så havde jeg aldrig taget uddannelsen” (Bilag 8, K2, s. 9).

Den stadige kursistevaluering må nødvendigvis medføre, at uddannelsesinstitutionen ligeledes vurderes i forhold til om den opfylder specifikke krav. At inkludere en analyse af uddannelsesstedet ville være mest passende inden for rammerne af kontekstanalysen. Dog er det vigtigt at fastholde en stringent struktur ved at betragte evaluering som en integreret mekanisme i programteorien. Denne

tilgang sikrer ikke blot en dybdegående forståelse af uddannelsesinstitutionens kontekst, men også en nødvendig kobling mellem evaluering og programteorien.

Evaluering af uddannelsessteder i forskellige stadier af færdighedstilegnelse indebærer at se på, hvordan disse steder understøtter udviklingen af enkeltpersoners færdigheder.

For en kursist i klinisk periode 1, kan evalueringen i denne periode omfatte, hvor godt uddannelsesstedet formidler klare regler og objektive elementer, samt hvordan det støtter nybegynderens første trin mod praktisk erfaring. En evaluering af specialuddannelsens kliniske periode 2 vil se på hvordan uddannelsesstedet understøtter overgangen fra enklere kontekstfrie regler til mere komplekse og situationsbestemte færdigheder. I den kliniske periode 3, hvor den kompetente udøver opøver erfaring, vil evalueringen fokusere på, hvordan uddannelsesstedet støtter udviklingen af hierarkiske beslutningsprocedurer og valg af relevante faktorer. I den afsluttende kliniske periode 4, hvor den kyndige kursist udøver praksis, vil en evaluering af perioden være rettet mod hvordan uddannelsesstedet faciliterer udviklingen af dybdegående viden, evnen til holistisk skelnen og mentorrelationer.

I interviewet (Bilag 9, s. 11) reflekterer vejleder over hvad en evaluering af uddannelsesstedet kan indeholde.

”...vi lever op til uddannelsesplanen” (V1).

”... mulighed, om vi overhovedet kan tage de kompetencekort... evaluering af gruppen af daglige vejledere og kliniske vejledere og uddannelsesansvarlig” (V2).

”... hvordan der kommunikeres på imellem os” (V1)

Kursisterne glider hurtigt forbi samme spørgsmål men udtaler dog omkring hvem der skal evaluere den klinisk vejledning (Bilag 8, s. 9)

”Det skal tidligere kursister... man kan også gøre det efter hver kliniske periode” (K1).

Generelt bekymrer det kursisterne, at der eksisterer et magtforhold, når de skal udarbejde en måske kritisk evaluering af det uddannelsessted, som bliver deres fremtidige arbejdsplads efter endt uddannelse.

”... men man er jo ansat... vi er jo blevet ansat samme sted, som vi har været kursister. Så det med at komme med en evaluering... måske negativ til ens egen afdeling... det er heller ikke sjovt” (Bilag 8, K1, s. 9).

I generelle betragtninger kan evalueringen også se på, hvordan uddannelsessteder integrerer teoretisk viden med praktisk erfaring på tværs af stadierne, tilbyder sammenhængende læringsoplevelser samt hvordan stedet letter progressionen fra nybegynder til ekspert.

Evalueringen af uddannelsessteder skal være dynamisk og tilpasses de specifikke krav og forventninger, der er knyttet til hvert færdighedsudviklingsstadium. Dette indebærer at vurdere både undervisningens kvalitet, vejledningens effektivitet og faciliteterne for praktisk erfaring på en holistisk måde.

6.4 ANALYSE AF OUTCOME

I alle stadier er outcome en refleksion af individets udvikling og evne til at anvende færdigheder inden for forskellige kontekster. Progressionen fra enkel regelfølge til dybdegående, erfaringsbaserede beslutninger afspejler den gradvise forbedring af outcome gennem færdighedsudviklingen.

For en nybegynderens er outcome primært baseret på at følge klare regler og genkende kontekstfrie elementer. Resultatet kan måles ved evnen til at anvende lærte regler og kriterier til at identificere og handle i specifikke situationer.

Den avancerede nybegynder begynder at kunne identificere kontekstfrie elementer og anvende mere komplekse regler og resultatet kan ses i evnen til at håndtere mere differentierede situationer og træffe beslutninger baseret på en dybere forståelse.

Den kompetente udøver akkumulerer erfaring og udvikler evnen til at håndtere en overflod af genkendelige elementer, hvor udfaldet afspejles i evnen til at vælge og implementere effektive procedurer og taktikker for at håndtere komplekse situationer.

For en kyndige udøver, som er dybt engagerede i deres opgaver og kan intuitivt reagere på komplekse mønstre uden nødvendigvis at analysere dem, vil outcome blive en dybdegående forståelse, hvor handlinger udføres automatisk, men stadig reflekteres og overvejes, især i kritiske situationer

Eksperten derimod, har opnået en integreret forståelse og kan håndtere situationer baseret på indsigt og erfaring. Her vil outcome blive den færdiguddannet anæstesisygeplejerske med en intuitiv evne til at vide, hvad der skal gøres uden behov for omfattende analyse eller planlægning.

Overgangen fra nybegynder til ekspert, fra klinisk periode 1 til klinisk periode 4, illustrerer en progression i outcome fra at følge regler til intuitiv og holistisk forståelse.

Endelig kan evaluering også betragtes som et outcome, da det indikerer effekten af undervisning og klinisk vejledning på uddannelsesstedet. Evaluering kan vise, hvor godt den enkelte udvikler sig gennem stadierne og hvor effektivt uddannelsesforløbet faciliterer denne udvikling.

7.1 KONKLUSION

Efter en omfattende analyse af de centrale mekanismer inden for programteorien kan det konkluderes, at teoribaseret evaluering og programteori udgør en hensigtsmæssig evalueringsmetode. Disse tilgange viser sig dermed at være et passende svar på den indledende del af masterspecialets problemformulering, der lyder:

På hvilken måde skal bedøvelsesafsnittet på Regionshospitalet Horsens evalueres som uddannelsessted for specialuddannelse for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje?

- Og hvilke mekanismer kan påvirke hospitalets godkendelse som uddannelsessted?

Den anden del af besvarelsen bør ligeledes søges inden for rammerne af programteorien, idet kontekst, mekanismer og outcome er identificeret som afgørende mekanismer, der fortjener nærmere undersøgelse for at afgøre deres påvirkning på hospitalets godkendelse som uddannelsessted for specialuddannelsen i anæstesiologisk sygepleje.

Den fuldstændige konklusion af kontekst, mekanismer og outcome inden for anæstesisygepleje giver en dybdegående forståelse af, hvordan færdigheder udvikles og evalueres gennem forskellige stadier af uddannelse.

Konteksten, der spænder fra klare regler på for den nystartede kursist i klinisk periode 1 til mere komplekse og ustrukturerede situationer for den færdiguddannede anæstesisygeplejerske på ekspertniveau, understreger betydningen af det uddannelsesmiljø, herunder vejledning og læringsrum, i denne udviklingsproces.

Mekanismerne, der dækker kompetencevurdering, refleksionstimer og kursistevaluering udfolder de processer og trin, der er afgørende for kursisternes færdighedstilegnelse på hvert stadie og spiller en rolle i deres udvikling. Mekanismerne fremhæver også betydningen af klinisk vejledning, der strækker sig fra introduktion af grundlæggende færdigheder til støtte i håndtering af komplekse og situationsbestemte elementer.

Progressionen fra nybegynder til ekspert, fra klinisk periode 1 til klinisk periode 4, understreger en udvikling i outcome fra at følge regler til en intuitiv og holistisk forståelse af praksis. Evaluering kan også betragtes som et outcome, idet det indikerer effekten af undervisning og klinisk vejledning på bedøvelsesafsnittet og viser, hvor godt den enkelte kursist udvikler sig gennem stadierne samt hvor effektivt uddannelsesforløbet faciliterer denne udvikling. Samlet set fremhæver teksten,

hvordan outcome tjener som en målestok for kursistens færdighedsudvikling og som en indikator for bedøvelsesafsnittets effektivitet i støtten af denne udvikling.

Opsummerende viser konklusionen, hvordan kontekst, mekanismer og outcome er tæt sammenkoblet i en dynamisk proces. Konteksten skaber rammerne, mekanismerne faciliterer udviklingen, og outcome reflekterer den opnåede færdighedsniveau. Forståelsen af denne sammenhæng er afgørende for at optimere uddannelsesmiljøet og støtte en effektiv udvikling af færdigheder inden for anæstesisygepleje.

8.1 DISKUSSION

Der er således, efter en omfattende analyse af programteorien, vist at teoribaseret evaluering og programteori er velegnede metoder til at evaluere bedøvelsesafsnittet på Regionshospitalet Horsens som uddannelsessted for specialuddannelse i anæstesiologisk sygepleje. Analyse af kontekst, mekanismer og outcome inden for anæstesisygepleje viser, at udviklingen af færdigheder gennem uddannelsen er påvirket af klare regler i starten og udvikler sig til komplekse situationer for erfarne sygeplejersker. Mekanismer som kompetencevurdering og kursistevaluering spiller en afgørende rolle i færdighedstilegnelsen. Progressionen fra nybegynder til ekspert understreger udviklingen i outcome og evaluering som indikatorer for effektiviteten af uddannelsesmiljøet. Samlet set viser teksten, hvordan kontekst, mekanismer og outcome er sammenkoblet i en dynamisk proces, og forståelsen heraf er afgørende for at optimere uddannelsesmiljøet inden for anæstesisygepleje.

8.2 DET EMPIRISKE DATAS POTENTIALE

Det syntes rigtig, at anvende fokusgruppeinterviews til at indsamle empirisk data til masterprojektet. Det har ligeledes forekommet korrekt at udvælge kursister og vejledere til fokusgruppeinterviewende, da de begge er hovedaktører i specialuddannelsen, så deres oplevelsesverden med uddannelsens elementer, for at koble det fænomenologiske aspekt, er vigtig at kortlægge. Metoden indebærer både fordele og udfordringer, der kræver omhyggelig håndtering i planlægnings- og udførelsesfasen.

Positive aspekter ved fokusgruppeinterviews inkluderer muligheden for dybdegående indsigt i både kursisternes og vejledernes perspektiver og erfaringsverden. Gruppedynamikken faciliterer interaktion, hvilket kan generere nye idéer og indsigter. Metoden er også omkostningseffektiv og muliggør hurtig indsamling af data fra en bred gruppe mennesker. Desuden fremhæver fokusgrupper forskellige synspunkter og oplevelser inden for gruppen, hvilket beriger forståelsen af

mekanismerne inden for anæstesiuddannelsen. Mekanismer som i masterprojektet blev fremhævet som kompetencevurderinger, refleksionstimer og outcome.

Udfordringer omfatter potentiel gruppepåvirkning mellem kursister og vejledere, repræsentativitetsproblemer, facilitatorpåvirkning og risikoen for dominerende deltagere. Desuden kan datakvaliteten være begrænset af selvrapportering og subjektivitet.

For at optimere fokusgruppeinterviews er det nødvendigt at implementere velovervejede forskningsdesigns, facilitatoruddannelse, deltagerudvælgelse og analysestrategier. Dette sikrer en pålidelig tilgang til at indsamle kvalitativ information og forstå uddannelsens komplekse mekanismer fra forskellige perspektiver.

Et velegnet alternativ til interview vil være spørgeskemaundersøgelser, der repræsenterer en kvantitativ metode til at indsamle data. Her er det muligt at opnå en stikprøve af fx mekanismer, hvilket styrker generaliserbarheden af resultaterne. Denne tilgang indebærer en objektiv analyse, da spørgeskemaer anvender lukkede spørgsmål, hvilket letter kvantificering og sammenligning af data. Kursister og vejledere vil selv skulle rapportere deres svar, men dette kan medføre skævheder som social ønskelighed eller misforståelse af spørgsmålene. På grund af den primære anvendelse af lukkede spørgsmål begrænses evnen til at indsamle dybdegående indsigt eller forstå konteksten, hvori svar gives. Spørgeskemaundersøgelser begrænser desuden muligheden for at stille opklarende spørgsmål eller udforske svar mere dybdegående.

I en implementeringsfase vil begge metoder kunne benyttes med hver deres særegne præmis.

8.3 PERSPEKTIVET

Det er et helt bevidst valg, når ordlyden i problemformuleringen gives et befalende udtryk med ordet *skal* i stedet for et blødere og mere tøvende *kan*. På den måde bliver det en opgave, der skal tages hånd om og ikke må forsømmes eller overses i hverdagens travlhed. Det vil derimod være en forsømmelse kontinuerligt at godkende uddannelsesstedet uden at kende læringens kontekst.

Den første opgave bliver at præsentere dette masterprojekt blandt kollegaer og fremlægge ikke blot problemstillingen, men også de fund der er gjort med den teoribaseret evaluering og ud fra en analysegennemgang af begge interviews samt læringsteorien om de fem stadier af færdighedstilegnelse.

Næste projekt bliver at få integreret teoribaseret evaluering på Bedøvelsesafdelingen på Regionshospitalet Horsens. Den beskrevne programteori skal være startkatapulten til at undersøge kursisternes læring på afdelingen, og om de får stillet muligheder til rådighed for at opfylde deres

uddannelsesmål. Erfaringen fra en sådan indledende undersøgelse, må over tid afsløre om programteorien skal udvides til også at omfatte overvejelser om konteksten eller andre mekanismer, der også kom i spil i begge interview (Bilag 8 og 9). Her angav udtalelser om kommunikation, læringens tidsforbrug, vejledningen beskaffenhed eller et ulige magtforhold andre perspektiver og vinkler, som der kan overvejes i en test af afdelings potentiale.

Jeg er ganske enig, med kursisten der under interviewet gav udtryk for, at en evaluering kunne gennemføres efter hver klinisk periode. Formålet med en programtest skal være med udgangspunkt i den periode kursisten netop har gennemført, og med de uddannelsesmål der var indlejret i denne periode. Outcome skal være rettet mod formålet. Disse periodeevalueringer, som jeg nu vil kalde dem, vil kunne gennemføres med kvantitative surveyundersøgelser. Efter en designudarbejdelse, vil en surveyundersøgelse være let at distribuere til kursister og vejledere, tidsforbruget for deltagerne vil være til at overse og data vil være hurtig tilgængelig.

Som afslutning på uddannelsen vil det være berettiget at foretage interview af kursistgruppen, til at forstå deres refleksioner, holistisk skelnen og associationer.

Først herefter kan Bedøvelsesafsnittet vurdere egen praksis og indstilles som uddannelsessted for specialuddannelses i anæstesiologisk sygepleje.

8.4 PROGRAMTEORIEN VALIDITET

I dette masterprojekt blev genstanden for undersøgelsen valgt som mekanismerne kompetencevurderinger, refleksionstimer og outcome. Deres vigtighed for uddannelsen er et oplagt grundlag, idet de hver især er udviklende, kompetencegivende, obligatoriske for uddannelsen. Andre mekanismer kan være nok så relevante, og må med erfaring på emnet, vurderes til om de med samme retfærdighed skal indgå i undersøgelsen.

Det skal dog være med tanke på hvilke synspunkt et sådant kvalitetsperspektiv skal repræsentere. Peter Dahler-Larsen anbringer kvalitetens beskaffenhed i fem definitioner. 1) At fjerne variationer omkring en fastsat standart. 2) At opnå bestemte effekter. 3) At opnå fastsatte politiske mål. 4) At tilgodese brugerens ønsker. 5) At have et organisatorisk system, der sikrer kvalitet.

Med association og holistisk skelnen til masterprojektets konklusion, vil jeg hæfte mig ved Peter Dahler-Larsen andet perspektiv, At opnå bestemte effekter. Her opereres med samme begreber som i den teoribaseret evaluering hvor input, proces, output og outcome. Det beskrives, at den offentlige sektors fundamentale og vedvarende problem, er at den er for alt for optaget af input, proces, output

på bekostning af outcome. Ressourcerne der indgår i ”serviceproduktionen”, er perspektivets input, processen er transformationen af disse inputs til det sektoren afleverer og som benævnes output.

Outcome er så den forskel produktet måske gør ude i samfundet (2008, s. 107-160).

I en fortrolig sammenhæng vil mekanismerne og konteksten inden for programteorien udgøre afgørende faktorer i hele processen fra input til realiseringen af antallet af kompetencekort og refleksionstimer, som herefter kan betegnes som perspektivets output. Den endelige konsekvens, eller outcome, manifesterer sig som avancement fra en klinisk periode til den næste eller stigningen i niveau fra nybegynder til avanceret nybegynder og så videre.

8.5 ALTERNATIV VIDENSKABSTEORETISK RETNING

Dette masterprojekt har undersøgt problemstillingen fænomenologisk med fokus på kursisternes livsverden og erfaringer. Alternativt kunne opgaven have en konstruktivistisk tilgang med målet om at implementere et evalueringsredskab på regionalt niveau.

Inden for den epistemologiske konstruktivisme betragter teoretikere menneskelig erkendelse som socialt konstrueret af kultur, historie og samfund. Mennesker skaber og reproducerer viden gennem daglig interaktion, hvor visse former af tænkning, handling og sprog anses som 'naturlige', mens andre opfattes som 'unaturlige' og derfor socialt uacceptable.

Inden for socialkonstruktivismen betragtes mennesket som gennemstrømmet af diskurser og besiddende subjektivitet. Subjektiveringsbegrebet forsøger at indfange, hvordan for eksempel en anæstesisygeplejerske er underlagt sociale og kulturelle betingelser samtidig med at være genstand for disse betingelser.

Med et socialkonstruktivistisk perspektiv undersøges, hvordan anæstesisygeplejersker skaber kultur gennem sprogbrug og praksis, og hvordan denne kultur påvirker anæstesiens praksis og faglighed.

Metodisk set fokuseres undersøgelsen på interaktioner, kommunikation og sprogbrug mellem mennesker i specifikke sociale kontekster som uddannelse, hospitaler eller operationsgangen.

Empiri inddrages også vedrørende kulturen, herunder institutionsbeskrivelser, artefakter, personalehåndbøger, retningslinjer, intern og ekstern kommunikation. På samfundsmæssigt og organisatorisk niveau inddrages empiri som lovgivningstekster, bekendtgørelser, læreplaner og politiske strategier for f.eks. anæstesisygeplejersker og kursister (Schmidt, C.H., 2020, s. 2-4).

8.6 AFSLUTTENDE KOMMENTARER

Hvor starter man, og hvor slutter man?

I den indledende fase af mit masterprojekt stod jeg over for udfordringer med at formulere en problemstilling, der var generel og mere substantiel end blot min egen antagelse. Spørgsmålet var, om jeg virkelig havde identificeret en reel problemstilling, eller om det blot var en fatamorgana i horisonten? Jeg fastholder stadig, at uddannelsesinstitutionerne har brug for en evaluering af deres praksis, før den kan endeligt godkendes. Men går det ikke allerede godt nok? Jo, kursisterne gennemfører deres uddannelse og bliver anæstesisygeplejersker uden større komplikationer. Selvom de oplever det som udfordrende og hårdt, må det forventes under en lang uddannelse med krav og forventninger. Er der så grund til bekymring? Måske ikke, så længe det går godt, synes alt at være som det skal være. Men hvis presset bliver for stort, antallet af kursister er for højt, eller konteksten ændrer sig, vil vi stå uden viden om, hvor vi skal sætte ind eller data at præsentere for politikerne, hvis vi ikke har overvåget vores mekanismer, kontekst og resultater.

I min arbejdsproces har jeg haft den tro, at en tidlig indsamling af evidens ville skabe en afstemt balance, hvor de rette ressourcer var tilgængelige på de rigtige tidspunkter. Derfor indledte jeg projektet med forberedelse og gennemførelse af to fokusgruppeinterviews. Min formodning viste sig at være korrekt, og projektets disposition forløb problemfrit og i overensstemmelse med planen. Dog har beslutningen om tidlig evidensindsamling også begrænset mig i teoribearbejdelsen og analysen. Min afklaring af, hvordan interviewene skulle relateres til programteorien og læringsteorien, har været unøjagtig, og mine overskrifter til interviewguiden har været upræcise. Dette har til tider gjort min arbejdsproces i analysen en smule styrende efter svar.

Alt i alt besidder Bedøvelsesafsnittet på Regionshospitalet Horsens et solidt uddannelsespotential, men det er nødvendigt at undersøge, om det står så godt til, som vi tror.

10.1 LITTERATURLISTE

Christina Haandbæk Schmidt

Socialkonstruktivisme_printversion.pdf

Læremiddel.dk, 2020

Available: https://laeremiddel.dk/wp-content/uploads/2020/08/Socialkonstruktivisme_printversion.pdf

Danske Regioner

Klinisk uddannelsesprogram. Specialuddannelse i anæstesiologisk sygepleje

Jf. Bekendtgørelse om specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje BEK nr. 395 af 07/04/2017

Available: <https://rm.plan2learn.dk/KursusValg.aspx?id=63788>

Danske Regioner

Specialuddannelse for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje

National uddannelsesordning 2018

Available: https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Genveje/Uddannelse/Specialuddannelserne-Anaestesi/National-uddannelsesordning-Specialuddannelsen-i-anaestesiologisk-sygepleje-november-2018-tilgaengel.ashx?la=da
2017

DSR

Løs manglen: Sådan sikre vi nok sygeplejersker til fremtidens sundhedsvæsen

Available: <https://dsr.dk/dsr-mener/mangel-paa-sygeplejersker-truer-sundhedsvaesenet/>
2022

Hubert Dreyfus og Stuart Dreyfus

Fem stadier af færdighedstilegnelse – fra nybegynder til ekspert

I 49 tekster om læring, Knud Illeris

1. udgave, 4. oplag 2017

Høpner, J. J.

Modstillinger i organisations- og ledelsesteori.

Hans Reitzels forlag 2016

Jack Mezirow

Hvordan kritisk refleksion fører til transformativ læring

I 49 tekster om læring, Knud Illeris

1. udgave, 4. oplag 2017

Jacob Birkler

Videnskabsteori. En Grundbog

2. udgave, 1. oplag, 2021

Jacob Birkler og Munksgaard, København

Jean Lave og Etienne Wenger

Situeret læring og andre tekster

7. oplag 2014

Hans Reitzels Forlag

Jerome Bruner

Kultur, bevidsthed og uddannelse

I 49 tekster om læring, Knud Illeris

1. udgave, 4. oplag 2017

Samfundslitteratur 2012

Karen E. Andreasen og Annie Aarup Jensen

Hvad er didaktik

1. udgave, 1. oplag, 2019

Akademisk Forlag

Karen E. Andreasen, Palle Rasmussen, Annette Rasmussen, Annie Aarup Jensen, Christian Ydesen og Ole Ravn

At undersøge læring

1. udgave, 2017

Samfundslitteratur 2017

Hanne Kathrine Krogstrup

Evalueringsmodeller

3. udgave, 3. oplag 2016

Forfatteren og Hans Reitzels Forlag

Margit Saltofte

Pædagogisk antropologi

1. udgave, 1. oplag 2016

Hans Reitzels Forlag

Peter Dahler-Larsen

Kvalitetens beskaffenhed

1. udgave, 2. oplag 2008

Peter Dahler-Larsen og Syddansk Universitetsforlag

Regionshospitalet Horsens, Livstilscenter Brædstrup samt Skanderborg Sundhedshus 2018

Organisationsdiagram Regionshospitalet Horsens

Available: https://www.fagperson.regionshospitalet-horsens.dk/siteassets/05_om-os/om-regionshospitalet-horsens/organisationsdiagram-rhh---revideret-29-06-2018.pdf

Regionshospitalet Horsens – til fagpersoner

Strategi for Regionshospitalet Horsens

Available: <https://www.fagperson.regionshospitalet-horsens.dk/om-os/strategi/2021>

Retsinformation

Bekendtgørelse om specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje

Available: <https://www.retsinformation.dk/api/pdf/188728>

Steinar Kvale og Svend Brinkmann

Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk

3. udgave, 3. oplag 2015

Hans Reitzels Forlag, København

11.1 BILAGSLISTE

Bilag 1 Blanket for indstilling til godkendelse af uddannelsessteder 2023

Bilag 2 Demografi

Bilag 3 Tabeller RHH

Bilag 4 Bekendtgørelse om specialuddannelsen

Bilag 5 Tidslinje

Bilag 6 Informationsbreve

Bilag 7 Interviewguides

Bilag 8 Transskription kursist fokusgruppeinterview

Bilag 9 Transskription klinisk vejleder fokusgruppeinterview

