



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

OMVÅRDNAD - VETENSKAPLIGT ARBETE AVANCERAD NIVÅ, 15 HP

MAGISTERUPPSATS



Peer learning under
specialistsjuksköterskeutbildningen inom
intensivvård

- ett handledarperspektiv

Pia Axelsson och Charlott Rajkovic

Omvårdnad, 15 hp

Halmstad 2015-06-10

**Peer learning under
specialistsjuksköterskeutbildningen
inom intensivvård**
- ett handledarperspektiv

Författare:

Pia Axelsson
Charlott Rajkovic

Ämne
Högskolepoäng
Stad och datum

Omvårdnad
15hp
Halmstad 2015

Titel	Peer learning under specialistsjuksköterskeutbildningen inom intensivvård – ett handledarperspektiv
Författare	Pia Axelsson och Charlott Rajkovic
Sektion	Akademin för hälsa och välfärd
Handledare	Jeanette Källstrand Eriksson, Universitetslektor, Med Dr
Examinator	Kristina Ziegert, Med Dr, Docent
Tid	VT 2015
Sidantal	27
Nyckelord	handledning, intensivvård, peer learning, specialistsjuksköterskeutbildning, verksamhetsförlagd utbildning

Sammanfattning

Peer learning är en handledningsmetod, som tydliggör anknytningen mellan teoretisk och praktisk kunskap samtidigt som ett större antal studenter kan erbjudas verksamhetsförlagd utbildning. Därför vore det av intresse att undersöka om det är en tillämplig metod i specialistsjuksköterskeutbildningen mot intensivvård. Syftet med studien var att undersöka peer learning som handledningsmetod inom specialistsjuksköterskeutbildningen mot intensivvård utifrån handledares perspektiv. Studien utfördes genom fokusgruppsintervju med en beskrivande design med induktiv ansats där data analyserades med manifest kvalitativ innehållsanalys. I studien framkom sex kategorier och fyra underkategorier. Interaktionen mellan studenterna ansågs utveckla förmågan till kommunikation och samarbete. Studenterna kunde fortsätta att bygga på befintlig kunskap, betraktades mer som jämbördiga och frångick en hämmande studentroll. Patient och anhöriga upplevdes inte misstycka till studenternas resonemang utan uttryckte snarare att de tog lärdom av det. Det unika sättet att tillvarata studenternas kunskaper och färdigheter på ledde till en tidig vidareutveckling av deras befintliga kunskaper. Den tidiga träningen i kommunikation och samarbete kan ses fördelaktigt eftersom brister i dessa genererar flest avvikelser idag. Slutsatsen är att peer learning är lämplig som handledningsmetod inom specialistsjuksköterskeutbildningen mot intensivvård. Fortsatt forskning om peer learning inom specialistsjuksköterskeutbildningar samt patienters och anhörigas upplevelser av studenternas resonemang är av stort intresse.

Title	Peer learning in the postgraduate nursing education in critical care – perspectives of preceptors
Author	Pia Axelsson and Charlott Rajkovic
Department	School of Health and Welfare
Supervisor	Jeanette Källstrand Eriksson, Senior Lecturer, PhD
Examiner	Kristina Ziegert, PhD, Associate Professor
Period	Spring 2015
Pages	27
Key words	clinical education, critical care, peer learning, postgraduate nurse education, preceptorship

Abstract

Peer learning is a precepting method that clarifies the link between theoretical knowledge and practical skills, and at the same time enables more students to be offered placement for clinical education. Therefore, it would be of interest to explore if the precepting strategy can be appropriate in the postgraduate nursing education in critical care. The purpose of the study was to explore peer learning as a precepting method in the postgraduate nursing education in critical care in preceptors' point of view. The study was conducted by a focus group interview with a descriptive design with an inductive approach and data was analysed with manifest content analysis. The study revealed six categories and four subcategories. The interaction between the students was considered to develop the ability of communication and cooperation. The students could build on their former knowledge, considered as equals, and went from an inhibitive role as students. The patient and the relatives were not perceived to resent the student reasoning, they rather expressed they learned from it. The unique way to preserve students' knowledge and skills led to an early development of their already existing knowledge. The early training in communication and cooperation can be considered beneficial because deficiencies in these areas generate the most common incidents in healthcare today. The conclusion is that peer learning can be applied as a precepting method in the postgraduate nursing education in critical care. Further research of peer learning in postgraduate nursing educations is needed and also how the patient and family members experience the students' reasoning, are of great interest.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Intensivvård	1
Omvårdnadsetik	2
Teoretisk referensram.....	3
Handledning inom specialistsjuksköterskeutbildningen	4
Peer learning.....	5
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling.....	8
Databearbetning	8
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat	11
Att handleda i bakgrunden	11
Att stödja studenter till att frångå en hämmande studentroll	13
Att handleda flera studenter samtidigt.....	14
Att främja studentinteraktionen	15
Den närande interaktionen	15
Den hämmande interaktionen.....	16
Att handleda student som inte uppnår lärandemålen.....	18
Att handleda med omvårdnadsetiskt fokus.....	19
Rätten till utbildning kontra rätten till integritet	19
Att föra kliniskt resonemang bedside	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Trovärdighet.....	20
Pålitlighet	21
Överförbarhet.....	22
Resultatdiskussion	23
Konklusion och implikation	27
Referenser	

Bilagor

Bilaga A: Intervjuguide

Bilaga B: Informationsbrev

Bilaga C: Samtycke till deltagande

Inledning

I takt med att befolkningen blir allt äldre innebär det även att antalet multisjuka ökar (Riksföreningen för anestesi och intensivvård [ANIVA] & Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2012). Det medför i sin tur ett ökat behov av intensivvård och därmed även specialistsjuksköterskor inom intensivvård. Den svenska specialistsjuksköterskeutbildningen mot intensivvård måste därmed vara i fas med hälso- och sjukvårdens snabba utveckling mot en allt mer avancerad vård och behandling (ibid).

Omfattande pensionsavgångar är att vänta inom en nära framtid (Socialstyrelsen [SoS], 2014), samtidigt som krav på effektivisering inom hälso- och sjukvården medför allt lägre personaltäthet, vilket innebär begränsade resurser att handleda studenter (Sadurskis, 2014). Antalet platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) är idag begränsad och lärosätena kan därför inte möta det ökade behovet av att utbilda specialistsjuksköterskor (ibid.). Detta föranleder att sjuksköterskeutbildningen börjar frångå den traditionella handledningsmodellen där en student följer en handledande sjuksköterska (Mamhidir, Kristofferzon, Hellström-Hyson, Person & Mårtensson, 2014). Istället diskuteras nya pedagogiska modeller som möjliggör för verksamheten att handleda fler studenter och samtidigt ge bättre förutsättningar för lärandet (ibid.). Vid olika kliniker i Sverige är varierade former av studentavdelningar och studentsalar införda och där problembaserat lärande och peer learning tillämpas (Hellström-Hyson, Mårtensson & Kristofferzon, 2012; Mamhidir et al., 2014). Peer learning ökar verksamheternas möjligheter att ta emot studenter samtidigt som arbetsbördan för de handledande sjuksköterskorna minskas (Secomb, 2008). Dessutom utvecklas studenternas kunskaper, färdigheter och förhållningssätt (ibid.), vilket innebär att peer learning även skulle kunna vara en lämplig handledningsmetod vid VFU i specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård.

Bakgrund

Intensivvård

De första intensivvårdsavdelningarna (IVA) inrättades i Sverige på 1950-talet och har sedan dess genomgått stora förändringar (ANIVA & SSF, 2012). I takt med att kunskapen om olika sjukdomstillstånd och behandlingsmetoder ökar, kan en alltmer avancerad hälso- och sjukvård tillhandahållas en allt äldre befolkning (Almerud, Alapack, Fridlund & Ekebergh, 2008; ANIVA & SSF, 2012). Svensk förening för anestesi och intensivvård [SFAI] (2009) definierar intensivvård enligt följande:

Intensivvård är att förebygga och behandla svikt i ett eller flera organsystem så att fortsatt liv blir meningsfullt ur patientens synvinkel. Med intensivvård avses övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patienter med

*svåra, ej sällan livshotande sjukdomar eller skador.
Vården skall bedrivas i enlighet med vetenskap, beprövad
erfarenhet samt befintliga riktlinjer, där medicinska och
etiska aspekter står i förgrunden (s.3).*

Intensivvård är aktuellt när vårdbehovet inte kan tillgodoses på lägre vårdnivå och när tillståndet är reversibelt eller åtgärdbart (SFAI, 2009). Bedömning utifrån ett intensivvårdsbehov föreligger görs individuellt och hänsyn tas till bland annat bakomliggande sjukdom och prognos samt påverkan på vitala parametrar, behov av övervakning och behandling. Den medicinska tekniska utrustningen, den medicinska behandlingen samt den specifika och allmänna omvårdnaden är komplicerad och resurskrävande samtidigt som den förutsätter en fortlöpande vidareutveckling (SFAI, 2009; Swinny, 2010). För att kunna möta kraven på en god och patientsäker omvårdnad av intensivvårdspatienten, krävs specialistsjuksköterskeexamen inom intensivvård (SFAI, 2009). Eftersom patientens tillstånd snabbt kan ändras är det viktigt med handlingsberedskap. Intensivvårdssjuksköterskan arbetar därför till stor del med att förutse och förebygga risker, genom att tolka information från monitorering tillsammans med olika tecken och symtom för att därefter vidta lämpliga åtgärder (ANIVA & SSF, 2012; Hoffman, Aitken & Duffield, 2009; SFAI, 2009; Swinny, 2010). Intensivvårdssjuksköterskan skall tillhandahålla en personcentrerad och patientsäker vård där bedömning av patientens fysiska, psykiska, sociala samt existentiella behov ingår (ANIVA & SSF, 2012). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763) § 2 skall patientens behov av trygghet och säkerhet i vård och behandling tillgodoses, vilket även gäller i en handledningssituation.

Omvårdnadsetik

Intensivvård innebär stress för både patienten och patientens anhöriga (Blom, Gustavsson & Johansson Sundler, 2013; Engström & Söderberg, 2007). Tillstånd och behandling med invasiva tekniker inskränker patientens integritet och begränsar möjligheten att kommunicera (Wassenaar, Schouten & Schoonhoven, 2014). Patientens medvetandegrad är ofta fluktuerande och dessutom är mardrömmar och hallucinationer vanliga. Traumatiska minnen av intensivvården kan leda till sömnsvårigheter, mardrömmar och nedstämdhet. Behovet av att känna trygghet är därför stort hos intensivvårdspatienten och är även av stor betydelse för återhämtningen efter svår sjukdom (Wassenaar et al., 2014; Zetterlund, Plos, Bergbom & Ringdal, 2012). Intensivvårdssjuksköterskans förmåga att vara närvarande, tröstande och samtidigt vara kompetent samt kunna förklara och informera är viktiga faktorer för patientens upplevelse av trygghet (Wassenaar et al., 2014.). Utöver intensivvårdssjuksköterskan har anhörigas närvaro en stor betydelse för att patienten skall känna trygghet (Blom, et al., 2013; Engström & Söderberg, 2007; Wassenaar et al., 2014). Anhöriga är ofta närvarande och erbjuds en mer delaktig roll i vården (Blom et al., 2013; Engström & Söderberg, 2007). De är

uppmärksamma på och känsliga för huruvida patienten ser ut att ha det bra samt tar intryck av det som sägs och görs (ibid.).

Specialistsjuksköterskestudenter skall i samband med VFU ges förutsättningar till att uppvisa förmåga till ett professionellt förhållningssätt emot både patient och anhöriga (SFS 1993:100; SFS 2006:1053), men kan känna sig osäkra eftersom de är noviser (Ekebergh, 2001; Engström & Söderberg, 2007). Därför bör handledning utformas så att både student och patient upplever trygghet och säkerhet i handledningssituationen (Ekebergh, 2001).

Teoretisk referensram

Patricia Benner's (1993) teori "från novis till expert" beskriver sjuksköterskans kunskaps- och kompetensutveckling utifrån de fem stadierna: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert.

Den novisa sjuksköterskan har teoretiska kunskaper men saknar erfarenhet av hur de ska användas i praktiken, vilket medför att arbetet huvudsakligen utförs efter strikta regler och riktlinjer (Benner, 1993; Benner, 2004). Novisen arbetar ofta reaktivt, det vill säga reagerar på redan uppkomna situationer, men förmågan att agera på uppkommen situation är bristfällig (Hoffman et al., 2009). Arbetet blir därmed begränsat och oflexibelt (Benner, 2004) vilket innebär att sjuksköterskan behöver mycket stöd av kollegorna i arbetsteamet (McGrath, 2008). Benner (2004) menar att stadiet präglas av oro över att använda utrustning fel, göra misstag och orsaka patientskada. När en sjuksköterska påbörjar en specialistsjuksköterskeutbildning, såsom inom intensivvård, är miljön ny och en annars erfaren sjuksköterska kan hamna på novisens prestationsnivå (Benner, 1993; Ranse & Grealish, 2007; Williams & Palmer, 2013). Den avancerade nybörjaren har börjat erfara en del situationer och känner, till en viss grad, igen återkommande och betydelsefulla särdrag ur dessa (Benner, 1993). Sjuksköterskan har dock inte tillräcklig erfarenhet för att kunna avgöra vad som kan förväntas vara normalt, vilket medför svårigheter att upptäcka diskreta förändringar i patientstatus och att tolka allvaret i en uppkommen situation (Benner, 2004). Den kompetenta sjuksköterskan kan utifrån sin erfarenhet börja förutse problem och planerar hur de skall bemötas utan att vara regelstyrd. Men precis som för den skickliga sjuksköterskan, som ändå har en förbättrad förmåga att läsa av situationer och att agera, är helhetsbilden inte komplett vilket leder till att de inte alltid är i fas med händelseförloppet (ibid.). Experten kan genom sin erfarenhet förutse problem och agerar ofta redan innan de uppkommit och arbetar därmed på ett proaktivt sätt (Hoffman et al., 2009). Genom att tillämpa inofficiella tankestrategier eller kognitiva genvägar för att överblicka all tillgänglig information om patienten, kan experten snabbt fatta relevanta beslut (Simmons, 2010). Medan novisen ofta blir distraherad av medicinskteknisk utrustning fokuserar experten på patienten medan

utrustningen finns i bakgrunden som ett hjälpmedel i omvårdnadsarbetet (Gohery & Meaney, 2013; McGrath, 2008).

Genom att aktivt delta i specialistsjuksköterskans arbete fördjupas förståelsen för den kommande yrkesrollen (Benner, 1993; Ranse & Grealish, 2007). Eftersom den novisa sjuksköterskan och den avancerade nybörjaren många gånger missar viktig information och har svårare att sammanställa den än experten, är det betydelsefullt att få möjlighet att lära sig expertens kognitiva genvägar och tankestrategier (Simmons, 2010).Handledning har på så vis stor betydelse för hur studenten skall utvecklas kliniskt (Benner, 1993; Gohery & Meaney, 2013; Ranse & Grealish, 2007), som exempelvis intensivvårdssjuksköterska.

Handledning inom specialistsjuksköterskeutbildningen

Specialistsjuksköterskeutbildningarna bedrivs, sedan reformen enligt Bologna 2007, på avancerad nivå och VFU har därmed samma krav på forskningsanknytning och kritiskt tänkande som den teoretiska delen av utbildningen (Ds 2004:2; Wijk et al., 2009). Vid VFU handleds studenten av en erfaren specialistsjuksköterska, där målet är att studenten utvecklar förmåga att arbeta evidensbaserat samt förena teori med praktisk kunskap (SFS 1993:100; SFS 2006:1053). Sambandet mellan de teoretiska och praktiska kunskaperna behöver dock förtydligas enligt Universitetskanslersämbetet [UKÄ] (2014).

Intensivvårdsavdelningar ser olika ut beroende på hur specialiserade de är (Endacott, Scholes, Freeman & Cooper, 2003; SFAI, 2009) där regions- och universitetssjukhusen har högspecialiserad vård med avancerade tekniker vilket möjliggör ett flertal olika lärotillfällen för studerande (Endacott et al., 2003). Intensivvårdsmiljön, med sina snabba växlingar, kan upplevas både stimulerande och skrämmande för studenter (Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013; O’Kane, 2011) och de kan känna sig överväldigade över det ansvar och den kunskap som behövs för att vårda den kritiskt sjuka intensivvårdspatienten (Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013; Hunter, Spence, McKenna & Iedema, 2008). Bristande kvalitet på handledning kan därför leda till negativa upplevelser för studenten, såsom dålig självkänsla, stress, oro och sömnbrist (Gohery & Meaney, 2013). Dålig kontinuitet i handledningen, då studenterna får motsägelsefulla instruktioner i hur praktiska moment skall utföras, kan öka de negativa konsekvenserna. Det är betydelsefullt för kunskapsutvecklingen med konstruktiv feedback som för dem vidare i lärandet (ibid.).

För att studenten ska ges möjlighet att utveckla de färdigheter och förmågor som den färdigutbildade förväntas ha, är handledning av god kvalitet en förutsättning (Lindblad-Frid, 2003; Wijk et al., 2009). Den handledningsmetod vid VFU som har längst tradition i Sverige är traditionell handledning där en student följer en handledare under ett arbetspass (Hellström-Hyson et al., 2012). Handledaren har en

instruerande och demonstrerande roll medan studenten lär sig genom att, till stor del, imitera sin handledare (Mamhidir et al., 2014). Studenterna i Andrews et al. (2006) studie upplevde dock inlärningen vid traditionell handledning, som passiv och utan fokus på att aktivt söka kunskap på egen hand. Därmed riskerar handledningen att ske oreflekterat samt utan teoretisk anknytning, för att istället fokusera på hur olika uppgifter utförs (Ekebergh, 2001; Gohery & Meaney, 2013). Ekebergh (2001) menar att en instruerande handledarroll är nödvändig för att studenten skall få möjlighet att öva på och korrigeras i hur olika omvårdnadshandlingar skall utföras på ett korrekt sätt. För att möjliggöra förening av teori med praktisk kunskap och för att studenten skall utveckla kritiskt tänkande, krävs dock reflektion (Carlson, 2012; Ekebergh, 2001). Vid reflekterande handledning får studenten stöd i att förstå grunderna för yrkesutövningen för att sedan, utifrån sin kunskapsbas, utveckla sitt eget arbetssätt. Handledaren bör alltså inneha såväl en reflekterande som instruerande roll (Ekebergh, 2001). Den reflekterande handledningen är tidskrävande (Carlson, 2012) och i studien av Hansen, Gundersen & Björnå (2011) efterfrågar handledare mer tid till reflektion, men även mer tid till att kunna förklara, informera, vägleda och diskutera i större utsträckning. Studenterna i sin tur värdesätter att diskutera och resonera i direkta situationer för att på så sätt lättare kunna ta till sig kunskap (Hansen et al., 2011; Karlsson, 2011). Det finns alltså behov av handledningsmetoder där tillräckligt med tid kan avsättas till handledning och som möjliggör en pedagogisk och trygg lärandemiljö för studenterna (Carlson, 2012).

Peer learning

Studenter finner inte enbart stöd hos handledaren utan även hos studenter i samma situation (Farnell & Dawson, 2006; Karlsson, 2011; O’Kane, 2011) och under VFU sker lärandet inte enbart via hierarkiska relationer utan även mellan jämbördiga studiekollegor (Christiansen & Bell, 2010). Peer learning är en handledningsmetod, som bygger på att kunskap och färdigheter utvecklas genom social interaktion (ibid.), där jämbördiga aktivt bistår och stödjer varandra (Topping, 2005). Secomb (2008) definierar “peers”, på svenska “jämbördiga”, såsom studenter som går samma utbildning vid högskola eller universitetet och som lär av varandra i samband med VFU. Peer learning förekommer i olika former och studenterna kan vara på samma eller på olika utbildningsnivåer samt antingen arbeta och lära tillsammans eller undervisa, instruera, leda eller fungera som mentorer för varandra (ibid.). Studenterna arbetar i par i det kliniska omvårdnadsarbetet och använder problemlösning samt kritiskt tänkande för att lösa de omvårdnadssituationer de ställs inför (Carlson, 2012). Handledaren är inte delaktig i omvårdnadsarbetet, som vid traditionell handledning, utan håller en mer tillbakadragen strategi och låter studentparen arbeta självständigt (Mamhidir et al., 2014). Först, efter en diskussion och reflektion studenterna sinsemellan om den specifika omvårdnadssituationen och utan att komma fram till en lösning, skall de vända sig till handledaren för feedback och stöd (Hellström-Hyson et al., 2012). På så vis uppmuntras och utmanas studenterna till att använda sina egna

teoretiska kunskaper i det kliniska omvårdnadsarbetet (Carlson, 2012; Mamhidir et al., 2014) och en djupare kunskap tillåts att utvecklas (Hellström-Hyson et al., 2012). För att detta ska vara möjligt, krävs handledare som är trygga i den professionella rollen och som övervakar att studenterna för ett rimligt resonemang, ingriper först då det är befogat (Stone, Cooper & Cant, 2013), men även bekräftar studenterna prestationer (Hellström-Hyson et al., 2012).

Peer learning som handledningsmetod under sjuksköterskeutbildningen är uppmärksammat i flertalet studie (Carlson, 2012; Christiansen & Bell, 2010; Hellström-Hyson et al., 2012; Mamhidir et al., 2014; Secomb, 2008; Stone et al., 2013). Christiansen & Bell (2010) påvisar exempelvis i sin studie att den oro och stress studenter många gånger upplever när de inträder den nya och hektiska miljön vid VFU kan minskas med peer learning. Det aktiva stödet av en förstående och jämbördig studiekamrat främjar en trygg lärandemiljö (Christiansen & Bell, 2010; Hansen et al., 2011; Karlsson, 2011) i vilken studenterna kan ta sig an utmaningarna de ställs inför på ett effektivare sätt än vid traditionell handledning (Christiansen & Bell, 2010). Studenterna får mer självförtroende, blir mer aktiva och självständiga (Mamhidir et al., 2014; Secomb, 2008; Stone et al., 2013) samt tar mer ansvar för den egna inläringen (Hellström-Hyson et al., 2012; Stone et al., 2013). Genom det aktiva samarbetet med medstudenten och genom att tidigt under VFU'n bli självständig, får studenten möjlighet att träna på och utvecklas i att kommunicera och fungera i ett team (Secomb, 2008), vilket är viktiga egenskaper i den framtida yrkesrollen (Christiansen & Bell, 2010). Studenterna interagerar även med patienterna i högre grad och känner sig bekväma med det (Secomb, 2008).

Även om flertalet studier påvisar hur peer learning underlättar lärandet (Carlson, 2012; Christiansen & Bell, 2010; Hellström-Hyson et al., 2012; Mamhidir et al., 2014; Secomb, 2008; Stone et al., 2013), tar både Secomb (2008) och Mamhidir et al. (2014) upp risken att studenternas professionella utveckling kan hämmas om skillnaden i kompetensnivå är för stor inom studentparet eller om personkemin inte stämmer. Enligt Mamhidir et al. (2014) kan det då vara nödvändigt att växla till traditionell handledning. Peer learning innebär dessutom mindre individuell tid för studenten tillsammans med handledaren, men även risk för konkurrens om övningstillfällen studenter emellan jämfört med traditionell handledning (Secomb, 2008). Studenterna i studien av Hellström-Hyson et al. (2012) rapporterar dock inte det som ett problem för lärandet och Secomb (2008) påvisar dessutom att studenterna har en snabbare utveckling av kliniska färdigheter och förmågor när peer learning tillämpas.

Secomb (2008) menar att peer learning inte bara underlättar lärandet utan det kan även innebära vinster för verksamheten. Genom att en sjuksköterska handleder mer än en student, behövs mindre tid för instruktion och tiden kan istället läggas på patienterna. Av samma anledning skulle verksamheten dessutom kunna erbjuda fler studenter plats för VFU utan att det innebär en ökad belastning för personalen (ibid.).

Problemformulering

Det råder brist på intensivvårdssjuksköterskor i Sverige samtidigt som lärosätena inte kan utbilda fler studenter då antalet platser för VFU är begränsade. Därmed finns behov av att undersöka olika handledningsmetoder, som möjliggör att verksamheterna kan erbjuda fler studenter VFU. Dessutom är specialistsjuksköterskeutbildningen inom intensivvård i behov av att tydliggöra sambandet mellan teoretisk och praktisk kunskap. Inom sjuksköterskeutbildningen visar sig peer learning öka kvalitén i samband med VFU, eftersom den innebär en tydlig teoretisk anknytning. Samtidigt innebär peer learning att verksamheterna kan erbjuda fler studenter plats för VFU. Därmed vore det av intresse att undersöka peer learning som handledningsmetod inom specialistsjuksköterskeutbildningen mot intensivvård.

Syfte

Syftet var att undersöka peer learning som handledningsmetod i samband med verksamhetsförlagd utbildning inom specialistsjuksköterskeutbildningen mot intensivvård utifrån handledares perspektiv.

Metod

Studien genomfördes med en beskrivande, kvalitativ design med induktiv ansats. Kvalitativa studier kan frambringa en rik förståelse för människors upplevelser och uppfattningar inom den givna kontexten (Freeman, 2006) och eftersom syftet var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att handleda studenter ansågs en kvalitativ design lämplig. Metoden var fokusgruppsintervju som enligt Kvale och Brinkmann (2014) är en bra metod när intentionen är att lyfta fram olika uppfattningar snarare än att finna svar på de frågor som diskuteras. Det transkriberade materialet analyserades systematiskt med manifest kvalitativ innehållsanalys och induktiv ansats enligt Graneheim & Lundman (2004).

Urval

För att svara på studiens syfte eftersöktes handledande intensivvårdssjuksköterskor med erfarenhet av peer learning. En intensivvårdsavdelning i mellersta Sverige har etablerat peer learning som handledningsmetod vid VFU inom specialistsjuksköterskeutbildningen. Vid den aktuella avdelningen, ingick femton intensivvårdssjuksköterskor med särskilt intresse för handledning i en handledargrupp. Intervjuerna planerades äga rum vid två tillfällen, fördelat på två olika dagar, och de handledare som då var schemalagda kontaktades via e-post, förmedlad av klinikkens adjungerad klinisk adjunkt (AKA), med förfrågan om att delta

i studien. AKA valde därefter, via lottning, ut sju av de tjänstgörande handledarna som hade anmält intresse och fördelade dem i två fokusgrupper. Inklusionskriterier var att informanterna skulle vara specialistsjuksköterskor inom intensivvård, ha arbetat mer än två år på IVA samt handlett enligt peer learning någon gång under de senaste tre åren. På grund av hög arbetsbelastning på avdelningen, kunde inte den andra dagens fokusgruppsintervju genomföras, varpå ett nytt datum bestämdes veckan därpå. Då arbetssituationen var fortsatt mycket ansträngd blev även denna intervju inställd. Det innebar ett bortfall på tre informanter och totalt kom därför fyra informanter att ingå i studien.

Datainsamling

Vid datainsamlingen utfördes fokusgruppsintervju. Genom interaktionen inom fokusgruppen tillåts informanterna reflektera över varandras svar genom att belysa dem muntligt, de kan locka fram klargörande hos varandra samt bemöta reflektioner från deltagarna mot egna utsagor (Freeman, 2006). På så vis erhålls en kollektiv och därmed mer nyanserad förståelse av problemområdet än vad som möjligtvis hade kunnat komma fram vid enskilda intervjuer (Redmond & Curtis, 2009).

På grund av bortfall av den ena fokusgruppen utfördes endast en intervju, vilken varade i en timma. Fokusgruppsintervjun inleddes med den öppna frågan "Beskriv er upplevelse av att handleda specialistsjuksköterskestudenter inom intensivvård enligt peer learning". Diskussionen styrdes av en moderator utifrån en semistrukturerad intervjuguide (bilaga A) samtidigt som en var observatör och förde anteckningar under intervjuens gång samt ställde klargörande frågor i slutet av intervjun. Intervjuguiden innehöll ett antal diskussionsämnen samt klargörande frågor, som var relevanta att diskutera enligt studiens syfte. Både moderatören och observatören var lyhörda för verbala och icke-verbala uttryck. Intervjun ljudinspelades och transkriberades därefter ordagrant.

Databearbetning

Det transkriberade materialet, vilket analyserades med kvalitativ innehållsanalys och induktiv ansats enligt Graneheim & Lundman (2004), lästes i analysens första steg igenom i sin helhet flertalet gånger för att skapa bekantskap med och förståelse för innehållet. Därefter identifierades meningsbärande enheter, det vill säga ord, meningar eller stycken som hörde ihop, vilka färgmarkerades i texten samtidigt som anteckningar fördes. Dessa två första steg utfördes i enskildhet, varefter de identifierade meningsbärande enheterna jämfördes och diskuterades tills samförstånd uppnåddes, varpå en gemensam sammanställning utfördes. I analysens nästkommande steg kondenserades de meningsbärande enheterna, vilket innebar att texten kortades ner och blev mer lätthanterlig utan att centrala begrepp gick förlorade. Dessa

abstraherades till koder genom att de tilldelades en textnära etikett som beskrev dess innehåll varav de med samma betydelse sammanfördes i kategorier (tabell 1).

Tabell 1. Exempel från analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserade meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Fast jag har ändå alltid kunnat sagt att vi resonerar och pratar om saker och ting och då tycker jag att en del har upplevt att de lär sig en massa, säger de anhöriga. Jag tror mer att de tycker att det är bra för de märker ju ändå att jag som handledare diskuterar.. jag finns ju där då dom diskuterar... jag tycker inte att det är ett problem.	Att säga att vi resonerar Anhöriga lär sig - tycker att det är bra närvarande handledare som diskuterar inget problem	Anhöriga lär sig av studenters resonemang	Att föra kliniskt resonemang bedside	Att handleda med omvårdnadsetiskt fokus
De diskuterar ofta väldigt bra med varandra och kommer fram till saker tillsammans utan som vid traditionell mening där jag behöver stå och berätta	Diskuterar, kommer fram till saker tillsammans utan att jag berättar	Diskuterar själva	Den närande interaktionen	Att främja studentinteraktionen
Men det är ju jobbigt om två som så att säga <i>borde</i> vara på samma nivå och sen <i>är</i> dom inte det då det kan nog vara oerhört frustrerande för den som eller ja för bägge säkert. Ja för det märker ju alla ganska snabbt.	Frustrerande för bägge om de <i>borde</i> vara på samma nivå och inte är det. Alla märker det snabbt	Frustrerande att inte vara på samma nivå	Den hämmande interaktionen	Att främja studentinteraktionen

All data som var relevant mot syftet togs med och inget exkluderades. Graneheim & Lundman (2004) poängterar vikten av att all data, relevant mot syftet, skall tas med och inget får exkluderas även om det saknas en passande kategori samtidigt som att data inte kan tillhöra flera olika kategorier. När detta inträffade, omvärderades och omgrupperades denna tills enighet nåddes. Kategoriseringen utfördes därmed upprepade gånger och slutligen var tio kategorier skapade. Kategorierna upplevdes dock inte ha samma abstraktionsnivå varvid reducering av kategorierna utfördes

genom att vissa kategorier slogs samman och tilldelades underkategorier. När analysen var klar var sex kategorier skapade, två av dessa med underkategorier. Eftersom denna studie var en pilotstudie analyserades enbart det manifesta innehållet, det vill säga det innehåll som var textnära.

Forskningsetiska överväganden

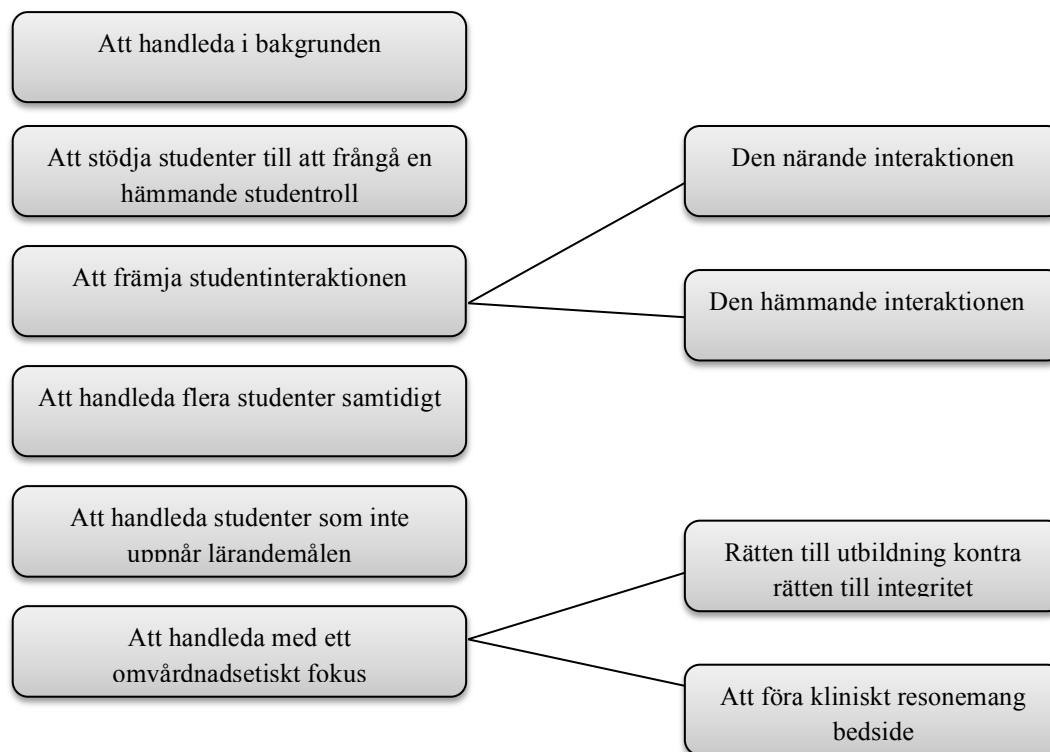
Studien godkändes av den Lokala etikprövningsgruppen inom omvårdnad vid Akademin för hälsa och välfärd, Högskolan i Halmstad (diarienummer UI 2015/89). Klinikchefen vid den berörda kliniken tillfrågades via AKA och gav därefter sitt godkännande till studien varefter informationsbrev (bilaga B) till deltagarna skickades ut. I informationsbrevet gavs en tydlig beskrivning av studien så att de tillfrågade fick förutsättningar att ta ett väl genomtänkt beslut om de ville delta eller inte. Även muntlig information gavs vid tillfället för fokusgruppsintervjun. Efter att ha säkerställt att informanterna förstått syftet med studien samt bestämt sig för att delta, ombads de att ge ett skriftligt informerat samtycke (bilaga C). Där framgick det även att deltagandet skedde frivilligt och att de när som helst hade rätt att återkalla givet samtycke utan att behöva förklara varför i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2013).

Även om informanterna i fokusgrupperna inte tillhörde en utsatt grupp var det viktigt att komma ihåg att alla människor har en sårbarhet. Vid fokusgruppsintervjun tillfrågades de om upplevelserna av att handleda enligt peer learning, där själva intervjusituationen dessutom kunde leda till självreflektion hos de handledare som deltog. Eftersom flera handledare var delaktiga samtidigt, fanns det en risk att de värderade varandra på ett kritiskt sätt. Risken att orsaka kränkning eller skada förmodades dock vara liten, eftersom det var sjuksköterskor som var informanter och därmed inte befann sig i en beroendeställning. Därtill förväntades ämnet i sig inte röra upp några känslosamma reaktioner. Reflektion över sin handledningsfunktion är snarare betydelsefull för att utvecklas som handledare. Deltagande i fokusgruppen kunde därmed istället tänkas lyfta handledningen vid den aktuella kliniken och således gagna verksamheten.

Inför fokusgruppsintervjun informerades informanterna om att all data behandlades konfidentiellt, vilket innebär att enskilda personer inte kan identifieras i data. Det tydliggjordes för informanterna om att det som sades i samband med intervjun inte skulle diskuteras utanför gruppen. Inspelat och utskrivet intervjumaterial förvarades i ett låst skåp vid intensivvårdsavdelningen, Hallands Sjukhus Varberg, vilket innebar att obehöriga inte kunde komma åt materialet. När studien var godkänd förstördes materialet.

Resultat

I dataanalysen frambringades sex kategorier varav två med underkategorier (figur 1.); *Att handleda i bakgrunden*, *Att stödja studenter till att frångå en hämmande studentroll*, *Att främja studentinteraktionen*, *Att handleda flera studenter samtidigt*, *Att handleda student som inte uppnår lärandemålen* samt *Att handleda med ett omvårdnadsetiskt fokus*.



Figur 1. Kategorier och underkategorier

Att handleda i bakgrunden

Informanterna var enade om att den gemensamma handledningsstrategin var att handleda i bakgrunden. För informanterna innebar detta att de tog ett steg tillbaka och uppmuntrade studenterna att resonera med varandra innan de vände sig till handledarna. Upplevelsen var att studenterna hade givande diskussioner där de kom fram till lösningar tillsammans, vilket medförde att de bidrog till varandras utveckling på ett sätt som informanterna ansåg vara svårt vid traditionell handledning, vilket nedanstående citat påvisar.

... jag tycker att de diskuterar ofta väldigt bra med varandra och kommer fram till saker tillsammans äh... utan att som vid

traditionell mening där jag behöver stå och berättar. Jag tycker att de istället själva kläcker idéerna och... äh... får varandra att utvecklas. Det sättet att utvecklas kommer man inte åt genom ett vanligt sätt att handleda... tycker jag i alla fall. Det är svårare.

Att som handledare hålla sig i bakgrunden innebar i viss mån att släppa på kontrollen, vilket ibland upplevdes svårt. Utmaningen låg i att inte ingripa i onödan utan att istället invänta studenternas egna initiativ. Informanterna menade att förmågan att handleda i bakgrunden och därmed släppa på kontrollen, var något som utvecklades genom en förbättrad självkänedom. Den generella upplevelsen av handledningsstrategin var därför positiv, bland annat eftersom de ansåg att de utvecklades till bättre handledare.

Den gemensamma bilden var väl att vi ska ta ett kliv tillbaka, lite mer coachande liksom sett och sen så kan man ju tolka det där på olika sätt. När ska jag gå in i den här situationen eller inte? // hur man ska agera och så där...utan att patientsäkerheten äventyras. Hur mycket kan vi släppa på det [den egna kontrollen] och inte... liksom... man lär sig mycket om sig själv, tycker jag, i det här

Informanterna upplevde att vissa studenter hade svårigheter med peer learning och den tillbakadragna handledningsstrategin, vilket framför allt gällde de som förväntade sig att få kunskap och färdiga lösningar presenterade. Informanterna betonade dock vikten av att kunskap behövde resoneras fram och att det måste få ta tid. På så vis utvecklades det viktiga kliniska resonemanget, eftersom studenterna medvetandegjordes om att de själva behövde strategier för att kunna fatta relevanta beslut. När studenterna upplevde frustration över att inte förstå, undvek handledarna ändå att ge dem färdiga svar, utan antog istället en uppmuntrande och när så behövdes en tröstande roll.

Jag tror att en del som går sin utbildning de vill liksom forcera vägen till kunskap. Lite det här med att man vill ha det presenterat. Jag vill fatta det här nu! Jag vill förstå den här respiratorn. Varför gör jag inte det? Jag ska vara klar om två veckor och jag förstår fortfarande inte, liksom. Att man blir stressad av det. Så blir man hemmablind eller man förstår inte att kunskap och sådant här tar tid. Det behöver utvecklas under lång tid och det behöver resoneras fram.

Vid uppstarten av peer learning vid den aktuella kliniken upplevdes det oklart om vad som förväntades av handledarna, vilket till en början ledde till olika tolkningar av handledningsmetoden. Följden blev att även studenterna blev förvirrade och uttalade att de upplevde det som om att de kastades in i situationer där de förväntades lösa alla problem. Informanterna var ense om att det var viktigt med en gemensam strategi och

det upplevdes därför betydelsefullt att få prata ihop sig och även föra fortlöpande diskussioner rörande handledningen.

Vi var ju ett par stycken som var lite mer där inne och då lärde man sig av varandra. Diskuterade inne på salen. Hur man gör och inte gör och... och så kom det alltid någon ny då som inte hade varit där kanske och då körde de sitt race och då blev studenterna lite förvirrade.

Att stödja studenter till att frånga en hämmande studentroll

Till följd av handledningsmetoden, tilläts studenterna att snabbt ta en aktivare roll i omvårdnaden, vilket innebar att de kunde frånga en hämmande studentroll. Istället för att betraktas som student, betraktades de som blivande specialistsjuksköterskor och presenterades som sjuksköterskor under vidareutbildning för personal, patienter och anhöriga. Informanterna menade att studenterna därför kunde bygga vidare på den kunskap och erfarenhet de hade med sig sedan tidigare på ett naturligt sätt. Det studenterna redan kunde genom sina tidigare erfarenheter fick alltså ett större värde. Det innebar en vidareutveckling av kunskap och färdigheter, vilket tydliggörs i följande citat.

Jag tror att man lättare i det här konceptet att ta till vara på sin gamla... eller att plocka fram sin gamla kunskap... och... använda den och liksom bygga på, bygga på den i stället för att... i det gamla sättet så tror jag att man mer var liksom... man skulle göra som som handledaren gjorde och om... ja... den gjorde på ett annat sätt så... det fanns inget värde i stort sätt i den gamla kunskapen och det är ju en grej vi har verkligen kommit framåt i tycker jag. Eller... en vinst med det här systemet.

Då studenterna fick en mer framträdande roll och fick ta mer ansvar, fick de möjlighet att i ett tidigt skede ta egna initiativ, vilket främjade utvecklingen till blivande specialistsjuksköterskor. Informanterna jämförde peer learning med den traditionella handledningen och hur lätt studenterna då blev trygghetssökande. Med peer learning innebar det en förskjutning av studentrollen till att studenterna tog ett kliv framåt och betraktades som jämbördiga kollegor istället för att hämmas av att de antog en studentroll.

Det jag tycker att jag ser hos de som jag handleder är att de inte betraktar sig själva som en student i samma utsträckning som man kanske gör annars. De tycker att man... de blir sedda på som en kollega istället. // Och det är bara bra. Att folk blir hämmade av den här studentrollen... eller bakbunden och liksom känner sig... ja... man... man... man kommer så mycket längre genom att bara komma

bort från det sättet... att betraktas som lite mer jämbördig alltså // De växer på det viset.

Att handleda flera studenter samtidigt

Hur studenterna fördelades mellan patienter och handledare varierade. Studenten kunde antingen ansvara över en egen patient eller dela ansvaret med en annan. En handledare kunde handleda upp till fyra studenter samtidigt och när så skedde arbetade studenterna två och två med varsin patient. Att handleda flera studenter samtidigt uppfattades, som en av informanterna uttryckte "win-win". Det gagnade både studenter som fick bättre förutsättningar för lärande när peer learning tillämpades och för verksamheten genom att studenter ibland ersatte personal vid frånvaro. När studentantalet var högt på avdelningen var specialistsjuksköterskorna dessutom tvungna att handleda enligt peer learning eftersom det inte fanns resurser tillräckligt för traditionell handledning.

Det är ju också väldigt beroende på hur många studenter du har. Nu börjar ju vi få in massa studenter. Nu känns det ju som... nu är vi ju inte ens bemannade så att vi är en sjuksköterska per patient... i morgon till exempel på dagen. Utan då har vi ju studenter istället. Där blir man ju lite... vi blir tvungna av platsläget också att handleda på det här sättet.

[En annan informant svarar på ovanstående uttalande]

Ja, det är ju liksom som en win-win.

Mest fördelaktigt ansågs det vara att som handledare ha två studenter, vilka tillsammans ansvarade för en patient. Då fanns det gott om tid för studenterna att, utöver det praktiska arbetet, sinsemellan resonera och reflektera. När studenterna placerades var för sig med en egen patient var tanken att de ändå skulle resonera med och stötta varandra. Informanterna kunde dock uppleva att studenterna då fick en för hög arbetsbelastning för att hinna resonera och reflektera tillsammans. Att en student ansvarade för en egen patient ansågs dock till viss del vara positivt, eftersom självständighet är en nödvändighet som färdig specialistsjuksköterska. Däremot gick handledarens tillbakadragna förhållningssätt förlorat när studenten tvingades delegera uppgifter till handledaren, som då blev direkt involverad i omvårdnaden.

Ja, men då ska ju jag göra det och då... och då är jag upptagen med det liksom... att istället för att man kan ta en reflektionsstund. Om det hela tiden dyker upp... det gör ju det... som i dag har det varit så. Det var inga komplicerade grejer, absolut inte, men det fanns hela tiden något att göra så det blir väldigt lite... ett kliv tillbaks och reflektera.

När fyra studenter handleddes samtidigt och parvis ansvarade för varsin patient, innebar det svårigheter att fördjupa sig i handledningen och handledaren blev istället tvungen att ta ett steg tillbaka. Det behövde dock inte vara negativt, utan upplevdes snarare som positivt och utvecklande att som handledare tvingas ta detta steg tillbaka och förlita sig på studenternas kunskaper.

[När handledaren handledde fyra studenter på två patienter]
... då blir man ju av situationens karaktär tvungen att kliva tillbaka för man kan inte gå djupare in och det tycker jag är bra... // även om man vill det så kan man inte det för det går inte att ha så mycket kontroll. Så då får man liksom förlita sig på deras kunskaper... ah... och det... jag tycker att det har varit jättesunt.

Att främja studentinteraktionen

Den närande interaktionen

Informanterna såg att peer learning, i början av den verksamhetsförlagda utbildningen, innebar en hel del stress för studenterna men att det sedan övergick till att bli en positiv upplevelse. Peer learning upplevdes ge bra träning i kommunikation och samarbete, något som informanterna menade var svårare att åstadkomma i samband med traditionell handledning. Att träna och bli skickliga i just samarbete och kommunikation ansågs viktigt, eftersom de är väsentliga komponenter i den kommande professionen som specialistsjuksköterska inom intensivvård.

Samarbetet och kommunikationen är en del av den här biten också och lär man sig det kommer man ju fungera så mycket bättre i sin profession sen. Vi ser ju redan det idag att det är oftast samarbetet och kommunikationen som genererar avvikelser och problem i vården.

Informanterna upplevde att studenterna stimulerade varandra till utveckling genom att resonera och själva komma fram till lösningar. Eftersom de bar med sig tidigare erfarenheter av att arbeta som sjuksköterskor, hade de mycket kunskap att delge varandra. Förutom resonemangen som fördes kring uppkomna omvårdnadssituationer, kunde handledarna plantera frågor hos studenterna. Studenterna fick då tid att sinsemellan diskutera möjliga lösningar för att sedan involvera handledaren i resonemangen. Informanterna upplevde att det då blev en mer avslappnad situation än som vid traditionell handledning, då ställda frågor kunde upplevas som ett förhör.

Jag tycker att de får mer tid att fundera än när man står och diskuterar bara ansikte mot ansikte med en person då blir det mycket mer ett förhör nästan eller en föreläsning med den konstellationen ah... jag tycker det... ja som sagt, det är ett bra sätt att handleda.

Det hände att studenter hade svårt att kliva fram och ta för sig och att utvecklingen stannade av då de arbetade i par. De kunde i så fall själva ansvara för en patient, men fortsatte föra det viktiga kliniska resonemanget med övriga studenter på salen. Trots detta, möjliggjorde det ändå att studenterna kunde växa genom att upprätthålla en balans mellan självständighet och interaktion.

Jag hade någon som var tvärt om som inte fungerade i grupp men då jag tog bort honom så fungerade han själv och då gick det bra // men han fick ju liksom diskutera med en annan student men han fick vara själv där och då klev han fram.

Studenter, som var ojämna i kunskapsnivå eller färdigheter, upplevdes trots detta stimuleras till utveckling. Exempelvis kunde studenter från första och andra terminen i utbildningen samarbeta och skillnaden i kunskapsnivån var då förväntad, men samtidigt konstruktiv. Informanterna menade även att dynamik mellan låg- och högpresterande studenter på samma utbildningsnivå var bra, eftersom båda stärktes av det. Den med mer kunskap kunde genom att förklara för en medstudent tvingas att tänka till och sätta ord på sin egen kunskap, vilket bidrog till fortsatt utveckling. Även om den med mer kunskap hade ett övertag, menade informanterna att samarbetet var en viktig del i peer learning. Det innebar inte att briljera med sin kunskap, utan att använda den på ett konstruktivt sätt. Så länge studenten med mer kunskap resonerade på ett ödmjukt sätt eller tog ett steg tillbaka och släpptes fram andra studenter, var interaktion närande och gav dem alla förutsättningar att växa som studenter.

Jag tänkte att man kanske kan placera lite på oss själva och vår relation till studenterna det jag upplever att jag blir en bättre sjuksköterska genom att handleda. Ibland är det kanske svårt att förklara exakt varför men jag tvingas ju tänka till, hålla mig uppdaterad, förkl... i att förklara för andra liksom... resonera med andra så blir jag också bättre själv liksom. Jag tror att det blir likadant med de som har ett starkare... ähh jag vet inte... ”kan mer” i en så'n här konstellation att man också växer där. Det är som i en skolklass att den mår ju enligt forskning bra av att ha en dynamik bland lågpresterande och högpresterande för båda lyfts av det. Och jag tror att det konceptet även är tillämpligt här. Än att bara ha båda som är helt jämna hela tiden, det behöver nödvändigtvis inte vara det bästa.”

Den hämmande interaktionen

Även om det var ovanligt, hade informanterna ibland upplevt att studenterna inte gynnade varandras utveckling utan istället hamnade i en hämmande interaktion. Ofta var orsaken samarbetsproblem på grund av att studenter var ojämna i kunskaper och färdigheter. Studenten med mer kunskap antog då en dominerande roll medan den

andra studenten backade undan, även då den vid det tillfället hade patientansvaret. Att på detta sätt trycka ned medstudenten behövde dock inte vara en medveten handling men följderna blev ändå att medstudenten inte gavs tillräckligt utrymme för att vidareutveckla kunskaper och färdigheter. För att främja samarbetet vid dessa tillfällen uppmärksammade handledarna den dominanta studenten på att medstudenten behövde stöd för att komma vidare i utvecklingen och att det även finns ett lärande i att dela med sig av sin kunskap. Det innebar därmed att andra studenter involverades i att tillsammans med handledaren få samarbetet att fungera. Skulle det, trots denna åtgärd, inte gå att få till ett fungerande och närande samarbete separerades studentparen och handledarna byggde upp nya konstellationer.

Ja nu måste vi få till det här [samarbetet] liksom och till och med pratat med en av de andra studenterna nu är det så att vi ser ett problem med den andra... men man har ändå presenterat det på ett juste sätt liksom... behöver hjälpa... vi behöver hjälpa varandra liksom vi tänker att du kan ta ett särskilt ansvar för det då. Det har fallit väl ut tycker jag.

Samarbetet kunde även falla på grund av andra orsaker än ojämna studentpar. Exempelvis kunde studenter som genom tidigare erfarenhet hade kompetens inom ett specifikt område, ha svårigheter att hantera att de inte var det i ett annat. Dessutom hade en del studenter svårigheter med att släppa på kontrollen och involvera en medstudent i patientens omvårdnad. Ofta gällde det studenter som hade ett behov av att klara allt själv, visa sig duktiga och briljera med sin kunskap, vilket försvårade samarbetet studenterna emellan. För dessa studenter var handledarna noga med att poängtera att det är viktigt att lära sig samarbeta och att dela med sig. Skulle det ändå inte gå att få till ett fungerande och närande samarbete separerades studentparen och handledarna byggde upp nya konstellationer, precis som vid ojämna studentpar.

De som inte klarar av det här... som inte gillar det här sättet att bli handledda, det är de som ibland kanske har svårt att samarbeta... att släppa ifrån sig saker. Har jag upplevt, att man kanske känner att man vill klara av allt själv... jag ska visa att jag... att jag är duktig, att jag har koll på allting och sen så försöker man liksom presentera... men det handlar också om att lära sig samarbeta och att kommunicera liksom.

Enligt informanterna inträffade det att studenterna jämförde sig med varandra och att de då såg att det var frustrerande för dem. Ofta handlade det om när någon student hade svårigheter att hantera handledningsmetoden och dessutom hade brister i kunskap och färdigheter. När studenterna var så pass ojämna i kunskapsnivå blev det tydligt för dem att den egna kunskapen inte räckte till, vilket medförde att det var svårt att åstadkomma ett givande samarbete. Att handledas enligt peer learning och se medstudenter utvecklas samtidigt som den egna utvecklingen stod stilla innebar en hämmande interaktion.

Nä, dom jämför sig väl med varann tror jag också och känner liksom fasen, den andra drar iväg och jag står och stampar, jag fattar inte det där... liksom det kan ju hämma folk verkligen.

Andra exempel på samarbetsproblem var att studenter helt enkelt inte kom överens. Återigen menade informanterna att en del av utmaningen i den verksamhetsförlagda utbildningen, utöver själva omvårdnaden, var att lära sig att samarbeta samt kommunicera och därför förväntades det att studenterna arbetade tillsammans.

De känner ju ofta av det här mellan varandra liksom... det här att dom inte talar samma språk men då får man bara... idag är det det är ju en del i utmaningen i all lära sig samarbeta och inte bara ta hand om patienten... Vi kommer alltid att jobba i bland i situationer med personer vi inte pratar samma språk som som vi inte klickar i sin personkemi, vi har olika bakgrunder och tankar och men lär sig... dom måste ju lära sig det. Det är ju en del av det här yrket liksom

Att handleda student som inte uppnår lärandemålen

Informanterna upplevde att de i ett tidigt skede såg om en student inte följde den förväntade utvecklingen och på så vis riskerade att misslyckas med att uppnå lärandemålen. För dessa studenter modifierades handledningen med syfte att ge dem gynnsamma förutsättningar till lärande. Hur handledningen lades upp varierade utifrån den enskilda studentens behov och kunskapsnivå. Vissa studenter kunde fortsätta med peer learning, men med extra stöd av handledarna. Ibland tilldelades studenter en eller två handledare som noggrannare fördjupade sig i den enskildas handledning. I andra fall hjälptes flera handledare åt att stötta studenten från olika håll och fick på så sätt denne att växa. Fördelen med att vara få handledare ansågs vara att de träffade studenten oftare och på så vis fick bättre inblick i dennes utveckling. Dessvärre fanns det en risk att de körde fast om studenten inte utvecklades i den takt som förväntades. Då var det mer fördelaktigt att flera handledare hjälpte varandra att komma vidare i handledningen av studenten.

Och jag tror att äh... liksom, och det berodde nog till stor del på att om man går med en eller två handledare, då kanske de handledarna kör fast, liksom. Står och stampar på samma plats men här hjälpte vi varandra liksom, från olika håll hela tiden och fick den här personen på rätt spår igen.

Samtidigt fanns det ett fåtal studenter som låg så långt efter vad som förväntades att de inte klarade av peer learning och därmed aldrig fungerade i handledningsmetoden. Dessa studenter handledes istället med traditionell handledning, dels för att komma framåt i sin utveckling men även för att undvika att belasta medstudenterna. För att få

den speciella träningen i samarbete och kommunikation, som peer learning möjliggjorde, deltog de ändå i studentinteraktionen i viss mån. Informanterna var dock noga med att poängtera att studenterna inte ansvarade för varandras utveckling.

Tyvärar tenderar det nog att backas till att det blir en student och en handledare för att dels för att så att säga inte belasta andra studenter med den här problematiska situationen... och visst i viss mån kan dom vara med och liksom öva samarbete med den här svåra samarbetspartnern men inte i för stor omfattning, då tappar man ju sugen tror jag... eller det är inte... det är inte juste.

Att handleda med omvårdnadsetiskt fokus

Rätten till utbildning kontra rätten till integritet

Informanternas uppfattning var att patienter och anhöriga oftast upplevde det positivt att vårdas av blivande specialistsjuksköterskor, men poängterade vikten av att alltid tänka på och diskutera patientens utsatthet. En sederad patienten ansågs vara extra utsatt eftersom det var omöjligt att veta dennes upplevelse och åsikter.

Sedan vet vi ju väldigt lite vad den människa som ligger där nedsövd, den blir ju på något sätt föremål för andras... asså så där man blir ju helt exponerad och det måste man ju alltid diskutera eller ha i huvudet i alla fall.

I bland upplevde informanterna att studenters rätt till att vårda patienter med komplexa tillstånd i syfte att lära, värdesattes högre än den enskilda patientens behov och rätt till integritet, vilket inte alltid ansågs vara rättfärdigt.

Jag kan ibland tycka att sjukhuset tenderar att... att... äh... värdesätta utbildningsbehovet före den enskilde patientens rätt till... asså... till sin integritet.

Även om denna känsla ibland infann sig hos informanterna, hade de aldrig upplevt att anhöriga eller vakna patienter upplevde det negativt att omvårdnaden utfördes av studenter. I stället fick de intryck av att anhöriga upplevde det välbemannat på salen och därför uppfattades det som en trygg och säker vård.

Det är mycket folk nära och det brukar liksom... då tror jag att de blir tryggare... det brukar jaha gud, dom har koll, dom är tre stycken här, det känns tryggt liksom

Att föra kliniskt resonemang bedside

Informanterna hade inte varit med om att anhöriga eller vakna patienter uttryckt missnöje över att studenter resonerade bedside. Informanterna hade snarare

uppfattningen av att patienter och anhöriga var positiva till att höra studenters resonemang. Den positiva upplevelsen antogs bero på att de fick mer kunskap om vården när de hörde hur studenter och handledare resonerade kring patienten. Att höra hur studenterna resonerade förmodades inge en känsla av att personalen var extra engagerad.

Ibland så tror jag de upplever att det är ganska betryggande att vi resonerar och pratar och liksom... ja... precis lär sig eller tycker, åhh vad ni kan liksom, å vad ni engagerar i er i honom och det känns tryggt alltså.

Däremot uppfattade informanterna vid vissa tillfällen att resonemang fördes på för basal nivå eller att det var uppenbart att studenten inte hade kontroll över situationen. De ansåg även att allt inte var lämpligt att prata om inför patient och anhöriga. Då de befarade att patienter och anhöriga riskerade att uppfatta detsamma hände det att de, så smidigt som möjligt, tog över situationen för att sedan föra resonemanget enskilt. Att tona ner och ta över ansågs därför ibland vara nödvändigt för att inte förlora patientens och anhörigas förtroende.

Om det liksom skiner igenom att den här personen förstår inte, den här personen har inte... kontroll över vad som är på gång att hända // jag vet inte hur de [patienter och anhöriga] upplever det... men jag själv kan kanske känna att det inte känns så bra att föra alla dom resonemangen i de närståendes närvaro för... det signalerar någon sorts... ja... inte-kontroll... och vi lever ju mycket på vår... alltså att dom har bilden att vi har full kontroll liksom.

Diskussion

Metoddiskussion

Tillförlitligheten i kvalitativa studier bedöms utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004) och metoddiskussionen förs utifrån dessa begrepp.

Trovärdighet

Urvalet bestod av intensivvårdssjuksköterskor, som alla ingick i en handledargrupp vid den aktuella kliniken. Ett strategiskt urval med variation i ålder, erfarenhet och kön hade varit fördelaktigt, men eftersom intervjuerna ägde rum under informanternas arbetstid blev det istället ett slumpmässigt urval utifrån de som tjänstgjorde den aktuella dagen. Eftersom studien omfattade enbart en fokusgruppsintervju begränsades möjlighet till variation i urvalet. Intervjun utfördes i ett avsides rum på

informanternas arbetsplats, vilket innebar att den genomfördes helt ostört. Informanterna, moderatorn och observatören satt vid ett bord där samtliga hade ögonkontakt. Innan intervjun startades skapades kontakt med fika och småprat och en trevlig stämning infann sig.

Fokusgruppsintervju ansågs vara en lämplig datainsamlingsmetod, eftersom informanterna var erfarna handledare och vana att handleda enligt peer learning. Förutsättningarna för en givande gruppdiskussion var därmed goda, vilket blev tydligt allteftersom intervjun fortgick. Det var märkbart att ett svar från en informant lockade fram en tanke hos en annan och därmed främjade diskussionen i gruppen. Samtliga informanter var aktiva och bidrog i diskussionerna. På så sätt kom en nyanserad bild av deras upplevelser av peer learning fram, vilket medförde att metoden ansågs relevant utifrån syftet.

Stämningen i fokusgruppen var god med en tillåtande miljö och upplevelsen var att diskussionen hade kunnat fortsätta längre, men avslutades efter avsatt tid så att informanterna skulle kunna återgå till arbetet. Intervjun frambringade dock rikligt med data och en fortsatt diskussion hade inte nödvändigtvis tillfört något nytt även om det som berörts hade kunnat diskuteras på en djupare nivå. Att intervjutiden begränsades till 60 minuter berodde på att fokusgruppsintervjun genomfördes under informanternas arbetstid och att det hade varit svårt för dem att gå ifrån arbetet längre tid än så.

Intervjun ljudinspelades och transkriberades i anslutning till intervjutillfället, medan det ännu var färskt i minnet. Transkriberingen var ordagrann, med noteringar om exempelvis tonläge och skratt inkluderade. Detta säkerställde att den stämning som rådde under intervjun bevarades även senare i analysarbetet. Stämningen var tillåtande och lättsam vilket visade att handledarna var vana att resonera tillsammans. Informanterna var genomgående ense i sina diskussioner även om de resonerade mer kring känsliga frågor som berörde exempelvis omvårdnadsetik eller handledning av student som inte uppnådde lärandemål.

Dataanalysens trovärdighet stärktes genom att det transkriberade materialet genomlästes och de meningsbärande enheterna plockades ut i enskildhet, innan en gemensam sammanställning utfördes. Dessutom noterades att de enskilt identifierade meningsenheterna överensstämde med varandra och att endast storleken på enheterna behövde diskuteras. Även handledaren för uppsatsen, involverades under analysprocessen för att säkerställa tillförlitligheten. Resultatet stärktes med citat för att påvisa likheterna inom och skillnaderna mellan kategorierna samt att det var textnära och fritt från tolkningar och värderingar.

Pålitlighet

Bristande erfarenheter av att intervjua i studiesammanhang kan ha inverkat på resultatet och i så fall innebära en svaghet. Exempelvis upplevdes svårigheter att

avgöra när diskussionerna skulle avbrytas för klagörande frågor, eftersom oro att störa informanternas tankegångar fanns. I samband med analysarbetet blev det tydligt att fler följdfrågor borde ha ställts, eftersom en del diskussioner bytte spår innan föregående var avslutad. Den totala upplevelsen var ändå att diskussionerna var breda och kom att innefatta en nyanserad bild av peer learning men om fler följdfrågor ställts hade analysen möjligtvis varit djupare.

Eftersom ansvariga för studien är huvudhandledare och planerar införa peer learning vid sin arbetsplats, skulle det kunna finnas en risk för att förförståelsen inverkar på resultatet. Även om det fanns en förhoppning om att peer learning skulle visa sig vara en bra handledningsmetod, fanns det samtidigt en öppenhet för att identifiera eventuella brister. Genom att medvetandegöra bristerna möjliggörs att strategier som stärker handledningsmetoden kan arbetas fram. Omvänt kan det ses som en fördel att ha erfarenhet inom handledning och därmed känna till de utmaningar som kan föreligga. Erfarenheten som handledare underlättade till exempel val av följdfrågor under fokusgruppsintervjun vilket möjliggjorde en bred och samtidigt djup diskussion om handledningsmetoden.

Det hade varit intressant med ytterligare en fokusgruppsintervju för att undersöka om andra informanter hade liknande upplevelser och uppfattningar om peer learning. Informanterna i en fokusgrupp bygger vidare på varandras tankegångar och det hade varit möjligt att en annan fokusgrupp hade belyst andra aspekter av peer learning. Därför gjordes upprepade försök för att få till stånd en andra fokusgruppsintervju, dock utan framgång. Diskussioner fördes huruvida endast en fokusgruppsintervju kunde frambringa tillräckligt med data. Transkriberingen från intervjun genomlästes och i samråd med handledaren till uppsatsen ansågs det att befintligt material var omfångsrikt samt tillräckligt för analys eftersom det var en pilotstudie.

Överförbarhet

En kvalitativ studie är inte generaliserbar på samma sätt som en kvantitativ, men behöver vara applicerbar på fler personer än informanterna (Polit & Beck, 2014). Det är upp till läsaren att avgöra om resultatet är överförbart till andra sammanhang och för att underlätta detta gavs som Graneheim och Lundman (2004) beskriver, en så tydlig beskrivning av sammanhang, urval, informanter, datainsamling och analysprocess som möjligt. Eftersom det saknas forskning om peer learning inom specialistsjuksköterskeutbildningarna beskrivs peer learning i bakgrunden utifrån studier som undersökt handledningsmetoden inom sjuksköterskeutbildningen. Då resultatet i denna studie överensstämde med forskning som belyst peer learning vid sjuksköterskeutbildningen borde det vara tänkbart att överförbarheten inte bara sträcker sig till handledningssituationer vid andra intensivvårdsavdelningar, utan även till andra specialistsjuksköterskeutbildningar på avancerad nivå.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att informanterna i pilotstudien upplevde peer learning som en bra handledningsmetod, vilken gav goda förutsättningar för specialistsjuksköterskestudenternas lärande vid VFU. Den centrala och gemensamma strategin var att som handledare hålla sig i bakgrunden och att uppmuntra studenterna att först själva resonera och reflektera med varandra kring de omvårdnadssituationer de blev ställda inför. Som handledare låg det en utmaning i att våga släppa fram studenterna eftersom de då var tvungna att släppa på kontrollen och lita på studenternas kunskaper. Balansen mellan att låta studenterna själva lösa situationerna de ställdes inför utan att äventyra patientsäkerheten, visar att ett tillbakadraget förhållningssätt intogs med samtidig närvaro.

Genom att studenterna förde diskussioner sinsemellan tränades de i det viktiga kliniska resonemanget som enligt Benner (1993) och Simmons (2010) leder till kunskapsutveckling. Kvaliteten på vården är beroende av den sammanlagda kunskap som finns hos de sjuksköterskor som är involverade i omvårdnaden av patienten (McGrath, 2008). Den med mest erfarenhet av en specifik situation tillför sin kunskap och skicklighet till omvårdnadssituationen (ibid.). Här kan paralleller dras till förhållandet mellan specialistsjuksköterskestudenterna som handleds enligt peer learning, där interaktionen mellan studenterna ger ett ständigt kunskapsutbyte, vilket i sin tur för dem vidare i den egna utvecklingen. Sett utifrån Benner's (1993) teori om sjuksköterskans kunskaps- och kompetensutveckling kan specialistsjuksköterskestudenterna i samband med VFU anses vara noviser, eller eventuellt avancerade nybörjare i ett intensivvårdssammanhang. Det innebär bland annat att de har bristfällig förmåga att förutse problem, men även att agera adekvat på uppkommen situation och arbetet blir därmed begränsat. Specialistsjuksköterskestudenten har ofta svårt att ta in hela situationen runt patienten, vilket enligt tidigare forskning kan bero på att fokus till en början hamnar på att lära sig bedöma patientens vitala funktioner och att använda medicinskteknisk utrustning (Engström & Söderberg, 2007; Gohery & Meaney, 2013; McGrath, 2008). Det är svårt att se hur det skulle vara möjligt att undvika denna fragmenterade uppfattning av omvårdnadssituationen, vilket innebär att det är av stor betydelse att handledaren är uppmärksam på till vilken grad studenterna tar in patienten och anhöriga i omvårdnadsarbetet. Genom reflektion och återkoppling kan studentens egna reflektioner vägas samman med handledarens kunskap och beprövade erfarenheter. Likt Simmons (2010) resonemang, ges då den novisa specialistsjuksköterskan möjlighet att ta del av expertens tankestrategier, för att på så vis lära sig att sammanställa och värdera all tillgänglig information om patienten. På så vis ställs all viktig kunskap till förfogande för studenten även när experten, det vill säga handledaren, håller sig i bakgrunden. Att handleda i bakgrunden får alltså inte innebära avsaknad av handledning, utan snarare att uppmuntra studenterna till problemlösning istället för att få färdiga svar och lösningar. Det stärks av Henning, Weidner & Marty (2008) som poängterar att kunskapsutbytet studenterna emellan inte

skall ersätta handledarens roll utan snarare vara ett komplement. Houghton (2014) påtalar vidare att det finns en risk för att studenterna avskärmar sig från potentiellt stödjande relationer på avdelningen om handledaren är otillgänglig. Förutom reflektion är således även återkoppling från handledaren av stor betydelse för att stärka eller eventuellt korrigera studenternas resonemang. Eftersom specialistsjuksköterskestudenten, under VFU'ns fortgång, ansvarar för patienter med allt mer komplexa tillstånd är återkoppling och reflektion lika viktigt under hela utbildningen.

Studenterna frångick en hämmande studentroll när peer learning tillämpades. Denna förskjutning av studentrollen kan bero på att studenterna inte längre enbart betraktas som studenter utan som sjuksköterskor under vidareutbildning men även genom den trygghet som uppstår i den närande interaktionen och att handledaren låter studenterna arbeta ostört. Studenterna kan på så vis lita på och använda den egna kunskapen och vågar ta för sig mer. Att studenterna får mer självförtroende och blir mer initiativtagande i peer learning är tidigare beskrivet (Mamhidir et al., 2014; Secomb, 2008; Stone et al., 2013) och Houghton (2014) understryker dessutom att stödet av en jämbördig medstudent och känslan av "att vara i samma båt" kan underlätta studenternas socialisering vid avdelningen. Peer learning ansågs således tillvarata studenternas tidigare erfarenheter och kunskaper på ett bättre sätt jämfört med den traditionella handledningen. Här sågs alltså en vidareutveckling av befintliga kunskaper, färdigheter och förmågor istället för att studenterna började om helt från början, vilket är en liten men definitivt betydelsefull del i resultatet, som inte är framkommen i tidigare forskning. Där beskrivs snarare att tidigare erfarenheter och kunskaper inte upplevs applicerbara i ett intensivvårdskontext och att en erfaren sjuksköterska därmed åter hamnar på novisens eller den avancerade nybörjarens prestationsnivå (Benner, 1993; Endacott et al., 2003; Farnell & Dawson, 2006; Lindblad Fridh, 2003; Williams & Palmer, 2013). Dessa studier berör traditionell handledning, vilket skulle kunna innebära att denna vidareutveckling av kunskap kan tillskrivas peer learning.

Enligt Secomb (2008) kan peer learning, förutom ett bättre lärande, även innebära vinster för verksamheten. Genom att tillämpa handledningsmetoden och därmed erbjuda fler studenter plats för VFU, kan ett ökat antal specialistsjuksköterskor utbildas och bli tillgängliga för anställning. Detta är högst önskvärt eftersom behovet av specialistsjuksköterskor inom intensivvård är stort och förväntas bli ännu större i samband med omfattande pensionsavgångar inom en nära framtid (SoS, 2014). Även informanterna hade upplevt vinst med ett ökat studentantal och påtalade dessutom att studenter kunde ersätta personal vid frånvaro. Secomb (2008) menar att handledaren får mer tid till patientvården då handledningen inte innehåller lika mycket instruktioner och studenterna är mer självständiga. Även om det vore önskvärt att kunna erbjuda VFU-plats till ett ökat antal studenter måste det ställas i relation till risken för att lärandet påverkas negativt om studenterna betraktas som arbetskraft och handledarna tilldelas andra sysslor än att handleda. Även om

specialistsjuksköterskestudenten är legitimerad sjuksköterska saknas kompetens inom intensivvård och därmed finns även risk att patientsäkerheten äventyras om studenterna tillåts arbeta utan tillsyn av handledare. Det är därmed högst angeläget att handledaren finns tillgänglig för studenterna för att säkerställa såväl lärandet som patientsäkerheten.

Informanterna lyfte fram att peer learning gav möjlighet att på ett bra sätt träna kommunikation och samarbete, vilket ansågs särskilt viktigt eftersom brister i dessa områden riskerar att orsaka patienten vårdskador. *Teamarbete och samverkan med andra, informatik* tillsammans med *säker vård* är tre av sjuksköterskans sex kärnkompetenser, som omfattar kommunikation och samarbete samt är av stor betydelse för att kunna säkerställa en god och säker vård (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2010). Brister i kommunikationen är den enskilt vanligaste orsaken till vårdskador enligt Inspektionen för Vård och Omsorg [IVO] (2014) samt World Health Organization [WHO] (2009), vilket visar hur betydelsefullt det är att det redan under VFU skapas möjligheter för studenten att utvecklas i dessa förmågor. Då studenterna inte kom överens kunde de först tvingas till att försöka få till samarbetet, innan de separerades och nya par bildades. Att tvinga någon kan verka drastiskt men visar hur viktigt det är att fungera i ett team och att det är minst lika betydelsefullt som själva patientvården. Kommunikation och samarbete tar en stor och välförtjänt plats i peer learning och skapar därmed tidig förståelse för betydelsen av väl fungerande teamarbete.

Informanterna upplevde att peer learning gav en mer avslappnad lärandemiljö jämfört med traditionell handledning, där det istället kunde kännas som ett förhör när de ställde frågor till och resonerade med studenten. Att kunskapsutbytet blir mer givande vid peer learning beror enligt Christiansen & Bell (2010) och Hansen et al. (2011) på den närande interaktionen mellan studenter, som uppstår när de känner stöd och trygghet i varandra. Christiansen & Bell (2010) menar vidare att eftersom studenterna har en större förståelse för varandras situation och talar samma språk, möjliggörs en mer öppen kommunikation vilket resulterar i ett djupare engagemang och därmed större förutsättningar till lärande. När studentparen däremot var för ojämnt i kunskapsnivå eller brast i förmågan att samarbeta riskerade interaktionen dock att bli hämmande, vilket även Mamhidir et al. (2014) och Secomb (2008) kommer fram till i sina studier. Det hände att studenter jämförde sig med varandra och då utvecklingen inte höll samma takt kunde det orsaka stress och frustration. Att lära i samspel med andra kan därmed ses som dubbelbottnat, dels på grund av vinsten i att finna stöd hos någon i samma situation men också att jämföras mot varandra på ett negativt och hämmande sätt, vilket även forskning visar (O’Kane, 2011). För att främja en närande interaktion, där båda studenterna tillåts växa, behöver handledaren vara lyhörd för när interaktionen är ogynnsam för lärandet och då direkt ingripa. Ett ojämnt studentpar behöver dock inte innebära att interaktionen blir hämmande. Informanterna uttryckte snarare att det var gynnsamt för lärandet med viss olikhet mellan de båda individerna.

Så länge det fanns ett öppet klimat mellan studenterna och den med mer kunskap delade med sig på ett ödmjukt sätt växte både studenterna.

Intensivvårdspatienterna befinner sig tillsammans med sina anhöriga i en utsatt situation och det är av största betydelse att handledning sker med ett omvårdnadsetiskt fokus. Informanterna hade inte uppfattningen av att patient eller anhöriga misstuckte till studenternas resonemang bedside, utan tvärtom att de tog lärdom av det som säs. Att höra lugna röster tillsammans med uppmärksamheten och närvaron av personal kan inge stor trygghet hos intensivvårdspatienten enligt Wassenaar et al. (2012). Samma studie visade även att oro och ängslan minskades då intensivvårdspatienten fick kännedom om vad som hände, vilket innebär att studenternas resonemang kan ha en lugnande effekt för patienten. Informanterna poängterade dock att allt inte var lämpligt att diskutera bedside, vilket visar att det är betydelsefullt att handledaren har en känsla för när det är nödvändigt att tona ner ett resonemang och ta det i enskildhet med studenterna i ett senare skede. Informanterna kunde även tona ner resonemang eller ta över i situationer där det upplevdes tydligt att studenten hade otillräckliga kunskaper eller bristande kontroll. Detta förhållningssätt styrks av forskningen (Blom et al. 2013; Engström & Söderberg 2007) som visar att anhöriga tar intryck av det som sägs och är uppmärksamma på huruvida patienten får bra omvårdnad eller inte. Att allt inte är lämpligt att resonera bedside stärks likaså av Wassenaar et al. (2014) som visar att det finns en risk att intensivvårdspatienten, som överhör diskussioner och resonemang kring sin eller en medpatients vård, kan missuppfatta det som sägs. Innehållet kan vara både inkomplett och obegripligt för patienten vilket kan leda till rädsla, oro och förtvivlan (ibid.). Balansen mellan att patienten upplever trygghet eller känner rädsla ter sig därmed komplex. Genom att, i den utsträckning det går, förklara för patient men även för anhöriga att studenterna resonerar och att en handledare finns närvarande kan de känna trygghet i en utsatt situation. Detta innebär att trots att handledningen sker mer i bakgrunden jämfört med traditionell handledning, måste den ske med yttersta närvaro med fokus på patient och anhöriga.

Rätten till utbildning upplevdes ibland komma före patientens rätt till sin integritet, vilket var något som berördes i fokusgruppen. Oftast gällde det då patienter med mer komplexa tillstånd vårdades, där informanterna kunde uppleva att patienten var utsatt och exponerad. Patienter som lärobject diskuteras av Torrance, Mansell och Wilson (2012). De menar att patienterna givetvis har den centrala rollen vid VFU, men sällan tillfrågas för att ges möjlighet att ge sitt samtycke till att studenter utför omvårdnaden. Patienter har enligt tradition varit en självklar del i sjuksköterskeutbildningen och ett annat sätt att lära sig färdigheter och förmågor anses svårt enligt deltagarna i den studien (Torrance et al., 2012) och de menar vidare att det är handledarnas ansvar att övervaka situationen och föra patientens talan, vilket i hög grad är en fråga om omvårdnadsetik. Eftersom specialistsjuksköterskestudenterna är legitimerade sjuksköterskor är skillnaden jämfört med sjuksköterskestuderande av betydelse. Det

vore därför önskvärt att frågå att se dem som studenter för att istället betrakta dem för det de är, nämligen som sjuksköterskor under vidareutbildning.

Konklusion och implikation

Informanterna antog en tillbakadragen handledningsstrategi vilket innebar mindre direkta instruktioner men fortsatt återkoppling till och reflektion med studenterna. Detta medförde att studenterna hade givande och lärande diskussioner sinsemellan och tränades samtidigt i kommunikation och samarbete på ett unikt sätt. Studenterna betraktades mer som jämbördiga, som sjuksköterskor under vidareutbildning och kunde på så vis frågå en hämmande studentroll, vilket ledde till trygghet att bygga vidare på redan befintlig kunskap. Detta möjliggjorde att studenterna tidigt blev självständiga, vilket uppmuntrade till att ta egna initiativ och som i sin tur främjade utvecklingen till blivande specialistsjuksköterskor.

Patient och anhöriga uppfattades positiva till att vårdas av studenter men det var viktigt att ha ett omvårdnadsetiskt fokus, då patienten upplevdes utsatt och exponerad. Då resonemang eller handlingar signalerade att studenterna inte hade kontroll var det nödvändigt för handledarna att tona ner och ta över, vilket visar att handledning i bakgrunden kräver samtidig närvaro.

Ytterligare studier som berör peer learning i specialistsjuksköterskeutbildningar, inte bara mot intensivvård utan även andra inriktningar, vore av intresse. Dessutom vore det av intresse att undersöka hur patienter och anhöriga upplever studenternas resonemang bedside.

Referenser

- Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intensive environment. *Intensive and Critical care Nursing*, 24, 130-136. doi:10.1016/j.iccn.2007.08.003
- Andrews, G.J., Brodie, D.A., Andrews, J.P., Hillan, E., Thomas, B., Wong, J., & Rixon, L. (2006). Professional roles and communications in clinical placements: A qualitative study of nursing students' perceptions and some models for practice. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 861-874. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.008
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgement in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-199. doi: 10.1177/0270467604265061
- Blom, H., Gustavsson, C., & Johansson Sundler, A. (2013). *Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients - A phenomenological study*. *Intensive and Critical Care Nursing* 29, 1-8. doi: 10.1016/j.iccn.2012.04.002
- Carlson, E. (2012). Precepting and symbolic interactionism – A theoretical look at preceptorship during clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 457-464. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06047.x
- Christiansen, A., & Bell, A. (2010). Peer learning partnerships: exploring the experience of pre-registration nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 803-810. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02981.x
- Ds 2004:2. *Högre utbildning i utveckling - Bologna processen i svensk belysning*. Stockholm: Utbildningsdepartementet Sveriges riksdag.
- Ekebergh, M. (2001). *Tillägnet av vårdvetenskaplig kunskap. Reflektions betydelse för lärandet* (doktorsavhandling). Åbo: Åbo Akademi förlag - Åbo Akademi University Press.
- Endacott, R., Scholes, J., Freeman, M., & Cooper, S. (2003). The reality of clinical learning in critical care settings: a practitioner: student gap? *Journal of Clinical Nursing* 12, 778-785. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00785.x
- Engström, Å., & Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1651-1659. doi: 10.1111/j.1365.2702.2005.01520.x

- Farnell, S., Dawson, D. (2006). It's not like the wards'. Experiences of nurses new to critical care: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 43, 319-331. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.04.007
- Freeman, T. (2006). Best practice in focus group research: Making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 491-497. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04043.x
- Gohery, P., & Meaney, T. (2013). Nurses' role transition from the clinical ward environment to the critical care environment. *Intensive and Critical Care Nursing* 29, 321-328. doi: 10.1016/j.iccn.2013.06.002
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105-112.
- Hansen, B.S., Gundesen, E.M., & Björnå, G.B. (2011). Improving student supervision in a Norwegian intensive care unit: a qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 13 255-261. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00609.x
- Hellström-Hyson, E., Månsson, G., & Kristofferzon M-L. (2012). To take responsibility or to be an onlooker. Nursing students' experiences of two models of supervision. *Nurse Education Today*, 32(1), 105-110.
- Henning, J.M., Weidner, T.G., & Marty, M.C. (2008). Peer assisted learning in clinical education: Literature review. *Athletic Training Education Journal*, 3 (Jul-Sep), 84-90.
- Hoffman, K.A., Aitken, L.M., & Duffield, C. (2009). A Comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: verbal protocol analysis. *International Journal of Nursing Studies* 46, 1335-1344. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.04.001
- Hunter, C.L., Spence, K., McKenna, K., & Iedema, R. (2008) Learning how we learn: an ethnographic study in a neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), 657-664. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04632.x
- Houghton, E.H. (2014). Newcomer adaptation: a lens through which to understand how nursing students fit in with the real world of practice. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2367-2375. doi:10.1111/jocn.12451
- Inspektionen för Vård och Omsorg [IVO]. (2014) *Kommunikationsbrister i vården*. IVO. Hämtad 2015-04-14, från <http://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat-material/rapporter/tillsynsrapporter/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>
- Karlsson, J. (2011). *Att erfara lärande - En pilotstudie om hur specialistsjuksköterskestudenter med inriktning intensivvård erfar det egna lärandet under verksamhetsförlagd utbildning*. (Magisteruppsats). Göteborg: Sahlgrenska Akademin.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl)
Lund: Studentlitteratur.
- Lindblad Fridh, M. (2003). *Från allmänsjuksköterska till specialistsjuksköterska inom intensivvård - En studie av erfarenheter från specialistutbildningen och från den första yrkesverksamma tiden inom intensivvården* (doktorsavhandling).
Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Mamhidir, A.G., Kristofferzon M.L., Hellström-Hyson, E., Persson, E., & Mårtensson, G. (2014). Nursing preceptors' experiences of two clinical education models. *Nurse Education in Practice*, 14, 427-433. doi: 10.1016/j.nepr.2014.01.010
- McGrath, M. (2008). The challenges of caring in a technological environment: critical care nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1096-1104. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02050.x
- O'Kane, C. (2011). Newly qualified nurses' experiences in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 17(1), 44-51. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00473.x
- Polit, D.F., & Beck, C. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8:th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ranse, K., & Grealish, L. (2007). Nursing student's perspective of learning in the Dedicated Education Unit. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 171-179. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04220.x
- Redmond, R.A., & Curtis, E.A. (2009). Focus groups: principles and process. *Nurse Researcher*, 16(3), 57-69.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård [ANIVA] och svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2012). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med Specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. ANIVA & SSF.
- Sadurskis, A. (red). (2014). *Specialistsjuksköterskor och vårdens behov- en intervjustudie* (Rapport 2014:8). Stockholm: Universitetskanslersämbetet.
- Secomb, J. (2008). A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 703-716. doi 10.1111/j.1365-2702.2007.01954.x
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1151-1158. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Sveriges riksdag.
- SFS 1993:100. *Högskoleförordningen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet Sveriges riksdag.
- SFS 2006:1053. *Förordning om ändring i högskoleförordningen 1993:100*. Stockholm: Utbildningsdepartementet Sveriges riksdag.

- Socialstyrelsen. (2014). *Fortsatt brist på läkare och specialistsjuksköterskor*. Pressmeddelande 2014-01-31. Hämtad 2014-11-26, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014januari/fortsattbristpalakareochspecialistsjukskoterskor>
- Stone, R., Cooper, S., & Cant, R. (2013). The value of peer learning in undergraduate nursing education: A systematic review. *International Scholarly Research Notices Nursing*, 2013, 1-11. doi: 10.1155/2013/930901
- Svensk förening för anestesi och intensivvård [SFAI]. (2009). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. SFAI. Hämtad 2014-10-22, från <http://www-sfai.se/files/0903-RIKTLINJER-INTENSIVVÅRD-DOK.pdf>.
- Svensk Sjuksköterskeförening [SSF]. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. SSF. Hämtad 2015-04-14, från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/utbildning-publikationer/strategi.for.utbildnfragor.pdf>
- Swinny, B. (2010). Assessing and developing critical thinking skills in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(1), 2-9.
- Topping, K.J. (2005). Trends in peer learning. *Educational Psychology*, 25(6), 631-645.
- Torrance, C., Mansell, I., & Wilson, C. (2012). Learning objects? Nurse educators' views on using patients for student learning: ethics and consent. *Education for Health*, 25(2), 92-97. doi: 10.4103/1357-6283.103455 Hämtad 2015-01-28, från <http://www.educationforhealth.net>
- Universitetskanslersämbetet [UKÄ]. (2014). *Kvalitetsutvärdering av specialistsjuksköterskeexamen - ambulanssjukvård, anestesijukvård, intensivvård och operationssjukvård*. UKÄ. Hämtad 2015-02-18, från <http://www2.uk-ambetet.se/download/kvalitet/specialistsjukskoterskeexamen---amb%2C-an%2C-int%2C-op-2013.pdf>
- Wassenaar, A., Schouten, J., & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perceptions of feeling safe: a systematic review. *International Journal of Nursing studies*, 51, 261-273. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003
- Wijk, H., Öhlen, J., Lindén, E., German Millberg, L., Jacobsson, C., Söderberg, S., ... Söderlund, M. (2009). Verksamhetsförlagd utbildning på avancerad nivå - ny utmaning för specialistutbildningar för sjuksköterskor. *Vård i Norden*, 94 (29), 41-43.
- Williams, E., & Palmer, C. (2011). Student nurses in critical care: benefits and challenges of critical care as a learning environment for student nurses. *British Association of Critical Care Nurses*, 19(6), 310-315. doi: 10.1111/nicc.12053
- World Medical Association [WMA], 2013. *Helsingforsdeklarationen*. WMA. Hämtad 2014-11-19, från www.slfs.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf

World Health Organization [WHO]. (2009). *Better knowledge for safer care: human factors in patient safety review of topics and tools*. WHO.
Hämtad 2015-04-14, från
http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf

Yonge, O., Billay, D., Myrick, F., & Luhanga, F. (2007). Preceptorship and Mentorship: Not merely a matter of semantics. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1), 1-13. doi: 10.2202/1548-923X.1384

Zetterlund, P., Plos, K., Bergbom, I., & Ringdal, M. (2012). Memories from intensive care unit persist for several years - a longitudinal prospective multi-centre study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28 (3), 159-167. doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.010

Intervjuguide – moderator

Fråga 1:

Beskriv er upplevelse av att handleda specialistsjuksköterskestudenter inom intensivvård enligt peer learning (PL).

Klargörande frågor

- Vilka styrkor har PL?
- När fungerar PL mindre bra?
- Hur tas patienten och anhöriga in i handledningssituationen?
Hur tror ni att patienter och anhöriga upplever det att vårdas av studenter när peer learning tillämpas?
Kan du ge exempel...?
- Kan du utveckla det...?
- Kan du förklara mer...?

Fråga 2:

Hur hanterar ni handledningssituationer där studentparet är ojämna i teoretiska kunskaper och/eller praktiska färdigheter?

Klargörande frågor

- Hur utformas handledningen vid tillfälle som detta?
- Hur fungerar PL när studenten inte når kursmålen och riskerar bli underkänd på VFU?
- Kan du ge exempel...?
- Kan du utveckla det...?
- Kan du förklara mer...?

Intervjuguide – observatör

Fråga 1:

Upplevelsen av att handleda specialistsjuksköterskestudenter inom intensivvård enligt PL.

Positiva kommentarer:

Negativa kommentarer:

Egna reflektioner:

Övrigt:

Informationsbrev

Magisteruppsats vid Högskolan Halmstad

Peer learning under specialistsjuksköterskeutbildning inom intensivvård - ett handledarperspektiv.

Vi är två studenter som skriver examensarbete på magisternivå som fristående kurs vid högskolan i Halmstad. Vi har valt att undersöka peer learning som handledningsmetod under specialistsjuksköterskeutbildningen inom intensivvård, eftersom vi på vår arbetsplats planerar frångå den traditionella handledningsmetoden och i stället tillämpa peer learning. Eftersom ni är väl förtrogna med peer learning är vi övertygade om att ni har mycket kunskap och erfarenhet att delge oss.

Upplägg

Magisteruppsatsen utförs som en pilotstudie. Datainsamling sker i form av två fokusgruppsintervjuer, med 3-4 deltagare per grupp. Du som deltar skall vara intensivvårdssjuksköterska, ha arbetat mer än två år samt ha handlett enligt peer learning någon gång under de senaste tre åren. Deltagandet är frivilligt och Du kan när som helst välja att avbryta utan att förklara varför.

I samband med fokusgruppsintervjuerna ställs öppna frågor som sedan diskuteras i respektive grupp. En moderator ställer frågor och styr diskussionen medan en observatör för anteckningar av ämnen som kan behöva klargöras eller vidareutvecklas senare under intervjun. Intervjuerna spelas in för att sedan skrivas ut ordagrant.

Grundregler vid fokusgruppintervju: alla svar är bra, det finns inget rätt eller fel, alla får tala till punkt samt att det som sägs stannar i gruppen.

Studien är godkänd av Lokala etikprövningsgruppen, Högskolan i Halmstad samt Er verksamhetschef. En samtyckesblankett har bifogats detta mail så att du i lugn och ro skall kunna läsa igenom det före intervjutillfället. Muntlig genomgång av blanketten samt underskrift sker sedan i samband med intervjun.

Fokusgruppsintervjuerna kommer att äga rum XXXX på XXXX och beräknas ta cirka en timma. Svar om deltagande ges via mail senast XXXX.

Hantering av data

Inspelat och utskrivet intervjumaterial hanteras konfidentiellt vilket innebär att endast vi som utför studien har tillgång till materialet. Inga namn kommer att användas i studien och därmed kan Du inte identifieras. Inspelat och utskrivet material kommer förvaras i ett låst skåp på IVA, HSV. Materialet behålls fram till studien är godkänd, därefter förstörs det.

Magisteruppsatsen kommer att publiceras på Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVA). Om Ni önskar ta del av resultatet kan ni kontakta oss eller finna den på DiVA.

BILAGA B

Om Du har frågor om studien är Du varmt välkommen att kontakta oss! Du har även möjlighet att kontakta oss efter intervjuerna om Du har funderingar.

Med vänliga hälsningar

Pia Axelsson och Lotta Rajkovic
Studenter vid Högskolan i Halmstad
Akademin för hälsa och välfärd

Pia Axelsson
Telefon: XXXX
Telefon arbete: XXXX
Mail: XXXX

Lotta Rajkovic
Telefon: XXXX
Telefon arbete: XXXX
Mail: XXXX

Handledare:

Jeanette Källstrand Eriksson
Universitetslektor, Med Dr.
Akademin för hälsa och välfärd vid Högskolan i Halmstad
Telefon arbete: XXXX
Mail: XXXX

Peer learning under specialistsjuksköterskeutbildningen inom intensivvård - ett handledarperspektiv

Samtycke till deltagande

Härmed ger jag mitt samtycke till deltagande i pilotstudien som har syfte att undersöka peer learning som handledningsmetod under den verksamhetsförlagda utbildningen inom intensivvård.

Jag har tagit del av informationen kring studien och är medveten om hur den kommer att gå till och den tid den tar i anspråk.

Jag har fått information om att all data förvaras inlåst, hanteras konfidentiellt och att jag som enskild person inte kan identifieras

Jag har fått tillfälle att få mina frågor angående studien besvarade innan den påbörjas och vet vem jag ska vända mig till med frågor.

Jag deltar i denna studie helt frivilligt och kan när som helst under studiens gång kan avbryta mitt deltagande utan att förklara varför.

Jag ger mitt samtycke till studenterna Pia Axelsson och Charlott Rajkovic att förvara och bearbeta den information som insamlas under studien.

.....
Ort/Datum

.....
Namnteckning/Namnförtydligande

.....
Ort/Datum

.....
Namnteckning intervjuare/Namnförtydligande

Pia Axelsson och Charlott Rajkovic
arbetar som
intensivvårdssjuksköterskor och är
huvudhandledare vid
intensivvårdsavdelningen på Hallands
sjukhus Varberg.



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se