

Gerd Bjørke (red.)

Praksisutvikling 2010

Samarbeid mellom høgskole og praksisfelt for
utvikling av praksisstudier i sykepleierutdanning

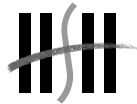
HSH-rapport 2011/3

Gerd Bjørke (red.)

Praksisutvikling 2010

Samarbeid mellom høgskole og praksisfelt for
utvikling av praksisstudier i sykepleierutdanning

HSH-rapport 2011/3



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND
STORD/HAUGESUND UNIVERSITY COLLEGE

2011

HSH-rapport 2011/3

Omslagslayout: Terje Rudi, HSH

Publisert av:

Høgskolen Stord/Haugesund

Klingenbergvegen 8

5414 Stord

www.hsh.no

Copyright © Gerd Bjørke, Anna Löfmark, Kristin J. Valen, Grete Skeie Sørhus, Signe Wilhelmsen, Karen Johanne Vae, Helga Karin Kvalevaag, Målfrid Haraldseid Eide, Gunn Marit Bakken Koldal, Liv Marie Aursland, Rebecca Hoff, Gurli Karin Tveit, Gunn Marit Nytræ, Ingrid Gilje Heiberg, Katrine Nilsen, Torill Sætre Waka og Gunn Haraldseid, 2011

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forord

Høgskolen Stord/Haugesund (HSH), Avdeling helsefag (AH), har sidan 2007 arbeidd systematisk for å samle og styrke praksisutvikling gjennom etablering av felles prosjekt mellom høgskolen og praksisstadane. Etter nye føringar frå departementet skal dei såkalla ”praksismidlane” no brukast til samarbeidsprosjekt mellom høgskole og praksisfelt, med intensjon om å styrke praksisstudiane.

Denne rapporten gir ei framstilling av dei prosjekta som har vorte gjennomførde i 2009-2010. Innleiingsvis blir det gitt ein oversikt over intensjonar og organisering av arbeidet med praksisutvikling ved avdelinga. Deretter følgjer ei framstilling av kvart av prosjekta.

Haugesund/Stord

April 2011

Gerd Bjørke (red.)

Innholdsoversikt

Praksisutvikling – og samarbeidsutvikling	7
<i>Gerd Bjørke</i>	
Erfaringer fra første fase i FoU-program for praksisutvikling og kompetanseheving	12
<i>Gerd Bjørke og Anna Löfmark</i>	
Omsorg for døende pasienter og deres pårørende	18
<i>Kristin J. Valen, Grete Skeie Sørhus og Signe Wilhelmsen</i>	
Innkomstsamtale med pasient	26
<i>Karen Johanne Vae, Helga Karin Kvalevaag og Målfrid Haraldseid Eide</i>	
Sykepleiefaglig veiledning for kontaktsykepleiere ved studentpost	43
<i>Gunn Marit Bakken Koldal, Liv Marie Aursland og Rebecca Hoff</i>	
Underernæring hos eldre personer	57
<i>Gurli Karin Tveit og Gunn Marit Nytræ</i>	
Utvikling av kurs i helsefaglig engelsk	73
<i>Ingrid Gilje Heiberg, Katrine Nilsen og Torill Sætre Waka</i>	
Resultat av samarbeid om praksisutvikling	86
<i>Gunn Haraldseid, dekan</i>	

Praksisutvikling – og samarbeidsutvikling

Etablering av eit FoU-program om praksisutvikling og kompetanseheving ved Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling helsefag

Gerd Bjørke

Praksisutvikling er målet for ei rekkje prosjekt som har blitt stimulert med midlar frå Kunnskapsdepartementet dei siste åra. Historisk sett er dette ei bruksendring av midlar som ein periode vart sett inn for å kjøpe fri rettleiingsressursar ved praksisstudiane i helsefagutdanningane. I dag er desse midlane øymerka til samarbeidsprosjekt mellom høgskole og praksisfelt, med det siktemål å utvikle og styrke praksis som læringsarena i helsefagutdanningane. I sjukepleiarutdanninga er 50 % av studiet praktisk retta. Den delen av læreprosessen som føregår i det konkrete yrkesfeltet er såleis ein viktig og stor del av utdanningane.

I denne framstillinga vil vi gi ei oversikt over den måten Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling for helsefag, har valt å organisere og stimulere til slike praksisutviklingsprosjekt.

Nasjonale føringar for praksisutvikling

I brev av 22. desember 2005 til høgskolane omtalar departementa (Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet) ordninga med praksisutvikling slik:

NOKUT's reakkreditering av sykepleierutdanningen viste bl.a. at det var for lite kontakt mellom høgskolene og praksisstedene, og at teori og praksis er for lite integrert, samt at FoU-aktiviteter i for liten grad er rettet inn mot praksisfeltets behov. Tilsvarende gjelder trolig i ulik grad andre helse- og sosialfagutdanningar. Det legges til grunn, i samsvar med innarbeidet praksis ved flere høgskoler, at midlene benyttes

til prosjekter/tiltak innen alle helse- og sosialfagutdanninger – også videreutdanninger.

Midlene skal som nevnt gis til prosjekter/tiltak som har til hensikt å fremme samarbeid mellom høgskolene og praksisstedene. Det er en grunnleggende føresetnad at prosjektene gis til samarbeidsprosjekter, dvs. fellesprosjekter mellom høgskolene og praksisstedene, spesielt i relasjon til praksisundervisning, forsknings- og utviklingsarbeid. Aktuelle områder er bl.a. utvikling av dokumentasjon av praksismodeller, ulike hospiteringsordninger samt andre tiltak begrunnet i NOKUT-evalueringen.

Høgskolen Stord/Haugesund (HSH) har merka seg dei tydelege føringane for samarbeid mellom høgskole og praksisstadene ved etablering av felles utviklingsprosjekt.

Etablering av eit FoU-program om praksisutvikling ved HSH-AH

I samband med intern utlysing av praksismidlar for 2009 tok HSH opp spørsmålet om moglegheitene for å etablere fellesprosjekt mellom høgskolen og praksisstadane ved fleire møter hausten 2008: først i møte med kommunane 17. oktober, så med Helse Fonna i møte den 24. oktober og i personalmøte 26. oktober. Dette la grunnlag for å invitere inn til å etablere fellesprosjekt, samla innfor eit eige FoU-program om praksisutvikling og kompetanseheving.

”Praksisutviklingsprogrammet” har blitt organisert innfor HSH/Avdeling for helsefag (AH) sine rammer for FoU-verksemda. Dosent Gerd Bjørke, som har ein II-stilling ved høgskolen, fekk ansvar for leing av programmet, og etter kvart viste det seg tenleg å få med førsteamanuensis (i dag dosent) Anna Löfmark, som også har ei II-stilling, med i programleinga.

I første omgang blir det arbeidd med å utvikle gode prosjektplanar, der teamleing (ein frå HSH og ein-to frå praksisfeltet) er ein premiss. Vi kan omtala dette som prosjektpartnarskap. Det vil innebere at det er likeverdige partar som inngår i eit felles arbeid, kvar med sin styrke ut frå sin ståstad. Prosjektpartnarskapet kan styrkjast ved at det blir etablert teamleing, med ein person frå høgskolen og ein-to personar frå praksisfeltet i prosjektgruppene.

Mål for programmet

Det overordna målet for programmet, og for kvart enkelt prosjekt som inngår i programmet, er nedfelt i departementet sine føringer for praksismidlane: *å styrkje og betre kvaliteten på praksisstudiane i sjukepleiarutdanninga*. Vi tolkar dette med at det er studentars læring som er i fokus, og at kvalitet i praksisstudiane skal gi gode læresituasjonar.

Dette kan skje gjennom å fremje samarbeid mellom høgskole og praksisfelt, gjennom opplæring, kompetanseutvikling, formidling av gode praksiserfaringar, utprøving av nye ordningar, t.d. erfaringar frå kunnskapsbasert praksis og fagutvikling og ved å utvikle kunnskap om faktorar som verkar inn på praksisstudiane.

Prosjekttypar

Hovudtyngda av prosjekta innafor "Praksisprogrammet" vil ha karakter av utviklingsprosjekt.

Dette går fram av departementet sine forslag til av aktuelle prosjekt:

- *Opplærings- og kompetanseutviklingstiltak, f. eks. innen veiledning og kommunikasjon*
- *FoU-prosjekter for bedre utdanning og/eller bedre yrkesutøvelse*
- *Utvikling og dokumentasjon av praksismodeller*
- *Utvikling av system for hospiteringsordningar*
- *Utvikling av system for delte stillingar mellom utdanningsinstitusjon og praksissted.*

Utviklingsarbeid har eit praktisk siktemål, og det kan vere nyttig her å støtte seg på OECDs definisjon:

Utviklingsarbeid er systematisk virksamhet som rettes mot

- *det å framstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretningar,*
- *eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer eller tjenester.*

(NIFU, 2004)

Det er flytande overgangar mellom utviklingsprosjekt og forskingsprosjekt, men forskingsprosjekt vil vanlegvis ha fokus på teoriutvikling: å byggje opp kunnskap OM eit fenomen, medan utviklingsarbeid i større grad vil gripe inn og skape, prøve ut og evaluere

endringar. Forsking kan gi grunnlag for seinare utvikling og endring. I utviklingsarbeid ligg denne endringsprosessen innebygd. Utviklingsarbeid har fleire karakteristiske trekk:

- Fokus på utvikling og endring av praksis, prosessar og produkt
- Prossessorientert samspel mellom fleire aktørar
- Det er konkret og kontekstuel, føregår i ein samanheng
- Spring ut frå ein no-situasjon, eit behov, eit dilemma, ei undring
- Systematisk og planlagd verksemd, med registrering av hendingar, analyse av prosessar, vurderingar og formidling av resultat og effektar

Ved introduksjonsseminaret ved intern utlysing av praksismidlar vart departementet sine føringar for bruk av midlane tolka slik at det her kan tenkjast ulike typar prosjekt, både system-endrande og meir pedagogisk retta. Pedagogisk retta prosjekt kan eksemplifiserast til prosjekt som fokuserer på:

- Praksis som læringskontekst
- Deltaking i praksisfellesskap – situert læring
- Læring av praktiske ferdigheter
- Utvikling av relasjonell kompetanse
- Rettleiing som støtte for læring
- Medstudentlæring og –vurdering

Ved utlysing av midlar hausten 2008 vart det ved HSH gitt følgjande retningsliner for støtteverdige prosjekt:

- *Fellesprosjekt mellom tilsatte i høgskole og i praksisfeltet*
- *Vekt på studentinvolvering*
- *I tråd med strategiske satsingar innen, kommuner, helseforetak og høgskolen*
- *Relevans for styrking av utdanning og praksisfelt*
- *I tråd med praksisstedets og høgskolens faglige mål*
- *Erfaringsoverføring og faglig forankring*
- *Utviklingstiltak som fremmer tverrfaglighet og mangfold, og evt involverer flere nivåer i helsetjenestetilbudet*
- *Utviklingstiltakets kvalitet*
- *Fremme samarbeid mellom utdanning og praksisfelt*
- *Fokus på mål, hensikt og gjennomførbarhet*
- *Plan for rapportering og formidling*

Program-aktivitetar

Ut frå ønskje som kom fram i dei førebauande møta, vart det, i denne første fasen, lagt opp til fleire felles møtepunkt med sikte på å utvikle prosjektplanar:

- Søkeseminar – (20. november 2008, på Stord): orientering om programmet og invitasjon til å etablere fellesprosjekt
- Seminar om ”rike bilder” som metodisk tilnærming ved etablering av utviklingsprosjekt – (23. januar 2009, på Stord)
- Oppfølgingsseminar om innhald i prosjektplanen - (19. februar 2009 i Haugesund)
- Seminar om drøfting og tilbakemelding på prosjektutkast – (24. april på Stord)

Deltaking i seminarar var god (gjennomsnittleg mellom 20 og 30 deltakarar). Dette førearbeidet ved søknadsutforming resulterte i at det ved søknadsfrist 15. mai 2009 førelåg 10 søknader. I tillegg til oppfølging av eit par prosjekt som var i gang, vart det no etablert seks nye prosjekt, som fekk tildelt tid/ressursar hausten 2009:

- Engelskopplæring for kontaktsjukepleiarar
- Rettleiingsopplegg for kontaktsjukepleiarar i sjukehuspost
- Palliativ pleie i leilegheiter tilknytta sjukeheim – tilrettelegging og kompetanseutvikling
- Inkomstsamtale med pasient ved sjukehusavdeling
- Studentprosjekt om kartlegging av ernæringsforhold ved ein sjukeheim
- Kartlegging av overvekt – som grunnlag for etablering av eit større prosjekt der det blir søkt om eksterne midlar, frå Helse og Rehab – ev. som studentprosjekt

Då prosjektarbeidsperioden starta opp hausten 2009, vart seminarverksemda frå vårhalvåret vidareført. Det første seminaret var halde i august 2009, så eitt i september, og deretter ein presentasjon av prosjekta i samarbeidsforum mellom høgskolen og kommunehelsetenestene og Helse Fonna i oktober. Kvar gruppe la der munnleg fram ein statusrapport. I desember la gruppene fram ein skriftleg førebels rapport, saman med søknad om ressursar for vårsemesteret 2010. Dei fem første prosjekta ovanfor vart avslutta med ein rapport våren 2010. Det er desse prosjektrapportane, i ei bearbeida form, som er samla i denne fellesrapporten.

Referanse:

NIFU, (2004). *Utdrag frå OECDs “Frascati Manual” i norsk oversettelse*. Henta frå <http://www.nifustep.no>

Erfaringer fra første fase i FoU-program for praksisutvikling og kompetanseheving

Gerd Bjørke og Anna Löfmark

Arbeid med etablering av et felles FoU-program med sikte på praksisutvikling har vært et nybrottsarbeid. Det er flere sider ved dette programmet som kan være viktig å trekke frem: samarbeidet høyskole-praksisfelt, utviklingsarbeidets karakter, kollektive veiledningsprosesser, kompetanseutviklende samarbeid, kreativitet i felles prosjektarbeid.

I dette kapitlet ser vi litt på disse elementene, og avslutter med noen refleksjoner omkring karaktertrekk ved utviklingsprosjektene 2009-2010 og tilbakemelding fra deltakere.

Samarbeid høyskole-praksisfelt

Ved NOKUTs akkreditering av sykepleierutdanningene i 2005, som er utgangspunkt for dette praksisutviklingsprogrammet, ble det konstatert at det er for lite kontakt mellom høyskole og praksisfelt, at teori og praksis er for lite integrert og at FOU-aktiviteter er for lite innrettet mot praksisfeltets behov. Dette understrekes også i vurdering av utdanning fra andre land og i internasjonale studier som gjelder praksis i sykepleierutdanningen.

Samarbeid mellom høyskole og praksisfelt er en forutsetning for at studenter skal få en praksisopplæring av god kvalitet. Disse ulike organisasjonene er bygd opp med helt ulike strukturer og med ulike siktemål uten hensyn til den felles oppgaven å utdanne personell for helse- og sosialsektoren i dag og i fremtiden. Mange er involverte når det gjelder studenters utdanning i praksis og således er det også mange som skal samarbeide for at utdanningen skal

holde en høy kvalitet. Det er lærere ansatt på høgskolen, kontaktsykepleiere (praksisveiledere), studentsansvarlige sykepleiere (der slike finnes) og studenter. Når disse personene møtes i forbindelse med studenters praksisperioder er det studentenes læring som er i fokus. Sykepleiernes egne erfaringer, spørsmål og refleksjoner kommer lett i skyggen.

Erfaringer fra denne første omgangen med delprosjekter er at både høgskolens lærere og deltakerne ser det som en unik mulighet å samarbeide om noe nytt og på en ny måte. Prosjektenes innretning kan også sees som en form av drahjelp for det som man i det daglige arbeidet diskuterer og gjerne vil utvikle.

Utviklingsarbeidets karakter

Ulike områder innen utdanning og sykepleierens arbeid er representerte i delprosjektene. Hvordan delprosjektene startet og idéene bakom, går frem i presentasjonene av de ulike delprosjektene. Alle har som mål at de skal øke kvaliteten i praksis i sykepleierutdanningen. Av delprosjektene framgår det at dette kan enten skje gjennom at studenter og kontaktsykepleiere deltar i oppbygning av et prosjekt og får ny kunnskap og ferdigheter som savnes på avdelingen og at det samtidig ikke utgjør noen stor del av utdanningen, men blir sett på som viktig. Andre prosjekter er innrettet på gjennom økte kunnskaper innen ett spesifikt område, framfor alt i rollen som kontaktsykepleier, å medvirke til en høyere kvalitet for studentene i praksis. Der deltar ikke studentene alltid i den første fasen. I ett av delprosjektene innen dette området er det høgskolens engasjement innen internasjonalisering som var opprinnelsen til prosjektidéen.

Felles for alle disse utviklingsarbeidene er at de tar utgangspunkt i en konkret situasjon og vil forbedre, endre og videreutvikle denne.

Kollektive veiledningsprosesser

I prosjekt med deltakere fra ulike organisasjoner har ofte deltakerne varierende grad av erfaring med prosjektarbeid. Da blir veiledning viktig. For å ha en åpen kommunikasjon mellom alle som deltar og samtidig skulle ta vare på hverandres kunnskaper og erfaringer ble det valgt å legge vekt på gruppeveiledning i dette programmet. Deltakerne har i hvert seminar fått informasjon om hva seminaret skulle handle om, forberedt seg og gjerne sendt inn notater et par dager i forveien. På seminarene har hver gruppe fått presentere hvor de står, hvilke spørsmål de har og tid har blitt satt av til spørsmål fra de øvrige deltakerne og lærere i

programledelsen. Etter seminaret har en sammenfatning blitt sendt ut og der også kommentarer tilføyes, f. eks. råd for det videre arbeidet med hvert delprosjekt. Gjennom denne arbeidsmåten har det også vært mulig å diskutere i hvert prosjekt: hvordan kommer dette her til gode for studentene og på hvilken måte kan dette påvirke kvalitet i deres praksis? Seminarene har blitt avsluttet med spørsmål om hvordan deltakerne ser på arbeidsmåten med gruppeveiledning. Det har da blitt uttalt at det er stimulerende, men at det også tar tid.

Disse kollektive veiledningssituasjonene blir gode læresituasjoner. Den enkelte prosjektgruppe får ikke bare veiledning på sitt prosjekt, men ved å delta i samtaler om alle prosjektene så lærer de også av hverandre sine arbeider.

Kompetanseutviklende samarbeid

Gjennom dette nære samarbeidet mellom representanter fra høgskolen og praksisfeltet blir det tydelig at samarbeidet er viktig ut fra flere aspekter. I hele den tiden som arbeidet pågår, fra idé, gjennomføring til oppsummering og tilbakeblikk på resultater, framkommer på ulike måter ved å arbeide sammen får en også mye mer kunnskap og bevissthet om innholdet i hverandre sine arbeider og de tanker og idéer om utvikling som mange bærer på. Prosjektdeltakerne beskriver også den entusiasmen de opplever over å få denne muligheten til å utvikle det de tror på og spre idéene, erfaringene og resultatene til kolleger i den virksomheten de arbeider.

”Rike bilder” som verktøy i prosjektplanleggingen

Ved starten av prosjektplanleggingen ble ”Rike bilder” tatt inn som et prosjektmetodisk verktøy. Dette er en tilnæringsmåte som ofte blir brukt ved prosjekt som handler om endringer i komplekse situasjoner. Det er en måte å åpne opp for å se mange aspekter i en sammensatt situasjon, se den problemstilling prosjektet handler om med ulike aktørers ”briller”, hva vil være spenninger innad i prosjektet, og hvem kan ha sammenfallende interesser, hvilke motkrefter kan finnes, og hvor kan en finne støtte. (Habib, 2009)

I dette arbeidet med å tegne et bilde av interesser og interessemotsetninger i startfasen av prosjektarbeidet, så fikk gruppene både en utvidet oversikt og det stimulerte engasjementet. I framstillingen av delprosjektene har noen av gruppene lagt inn sine første ”rike bilder” av prosjektet.

Trekk ved utviklingsprosjektene 2009-2010

De utviklingsprosjektene som ble etablert høsten 2009, sprang alle ut fra en interesse. Ved å organisere prosjektene med krav til at en prosjektgruppe skulle bestå av deltakere både fra høgskolen og praksisfeltet, så måtte det således være en sammenfallende interesse innen denne gruppen.

De områdene som framsto som sentrale i denne første runden med denne måten å legge til rette og stimulere praksisutviklingsprosjektene, så ser vi at to av prosjektene hadde spesielt fokus på kompetanseutvikling for kontaktsykepleiere, eller de veilederne som møter studentene i praksis: 1, styrking av kontaktsykepleiernes veiledningskompetanse og 2, å styrke engelskkunnskaper for de av veilederne som hadde fremmedspråklige eller utvekslingsstudenter.

De fire andre prosjektene hadde fokus på tilrettelegging av nye fokus for studentenes læring i praksis: 1, tilrettelegging av praksisplasser der det er omsorg for døende pasienter og deres pårørende som er i fokus (ved etablering av egen leilighet i tilknytning av sykehjem), 2, å strukturere og prøve ut opplegg for inkomstsamtaler med nye pasienter ved en sykehusavdeling, 3, å sette ernæring for eldre på dagsorden, både i sykehjem og i sykepleierutdanning, og 4, å sette overvektproblematikk tydeligere på dagsorden innen sykepleierutdanningen.

De to siste prosjektene var i første omgang lagt opp som kartleggingsprosjekter. Prosjektet om overvektproblematikk ble ikke fullført. I prosjektet om ernæring for eldre fikk studentene en viktig rolle ved registrering av pasientenes ernæringsstatus, og lærte dermed om viktigheten av å ha oppmerksomhet på ernæring, samtidig som de også fikk erfaring med å delta i datainnsamling og dokumentasjon i faglige utviklingsprosjekt. Dette prosjektet hadde således betydning både for studenters læring og for utvikling av rutiner ved sykehjemmet.

Selv om det kan virke tilfeldig hvilke fokus prosjektene har, når en setter interesse og engasjement som drivkraft, så er vi at det blir samlet sett en god bredde i tematikken. Gjennom fellesskapet i praksisprosjekt-forumet, så blir dette også læringsutviklende for den enkelte deltaker.

Deltakeruttalelser om verdien av å delta i programmet

Etter innlevering av rapportene fra prosjektene våren 2010 ble deltakerne bedt om å besvare et enkelt spørreskjema. Dataene fra dette forteller oss litt om hvordan deltakerne erfarte å delta i et forpliktende fellesskap omkring arbeid med praksisutviklende prosjekt. Vi gjengir litt av disse uttalelsene her.

Beskrivelse av betydningen av deltakelsen

På oppfordring om å beskrive kort hvordan opplegget hadde vært, svarte deltakerne med karakteristikk som:

- Nyttig, lærerikt og utfordrende
- Lærerikt og spennende, men også utfordrende
- Lærerikt, kontaktskapende og utviklende
- Nyttig, men tidkrevende
- Inspirerende, kjekt og arbeidsomt
- Både faglig og personlig utviklende

I sine begrunnelser for disse karakteristikkene utdyper informantene dette med at det har gitt trening i å lage en prosjektplan med konkrete mål, tiltak og evaluering, og at oppfølging omkring hele prosessen har gitt læring. Andre presiserer at oppfølgingen i prosjektarbeidet, og kravet til at de måtte presentere både for hverandre, og også i samarbeidsforum for kommunehelsetjenesten, var utfordrende, men gjennom mestring av dette ble de faktisk stolte av dette fellesprosjektet.

Det blir poengtert at deltaking i et felles forum har gitt verdifull læring. Selv om denne kollektive veiledningen har gitt gode tilbakemeldinger til den enkelte prosjektgruppe, kunne noen gjerne ha tenkt seg også mer individuell prosjektveiledning (for hver gruppe enkeltvis). En annen verdifull effekt av prosjektarbeidet er det at gruppene har blitt nødt til å ta i bruk litteratur og forskrifter for å begrunne og utvikle prosjektet. Det har blitt nødvendig ”å lese seg opp” på et fagfelt.

Flere erfarer hvilken betydning det har å forankre slike prosjekt hos ledelsen, både ved høgskolen og i praksisfeltet, dvs. få ryddet tid og rom også til denne oppgaven.

Verdien av samarbeid høgskole-praksisfelt

Deltakerne uttrykker betydningen av samarbeid mellom høgskole og praksisfeltet, og det hevdes at dette er en forutsetning for å opprettholde kvaliteten i sykepleierutdanningen. Det blir også understreket at dette arbeidet er med på å ta bort noe av barrieren mellom teori og praksis, og det gjør terskelen inn til nye prosjekter lavere for praksisfeltet. Likeverdigheten mellom samarbeidspartene er avgjørende. Prosjektsamarbeidet knytter høgskolen og praksisfeltet tettere sammen. Noen mener også at dette prosjektsamarbeidet har større verdi enn en "følgepraksis", der lærere fra høgskolen blir "observatører" i praksisfeltet. Det å gjøre dette prosjektet sammen har også hatt en synergieffekt ved at flere sykepleiere i avdelingen melder seg på kurs eller andre samarbeidstiltak, det oppstår idéer til nye prosjekt og prosjektgruppene har blitt invitert inn til å formidle erfaringer fra prosjektarbeidet til andre sykepleiere. Fellessamlinger for alle prosjektgruppene har også gitt innsikt i andre problemområder enn det prosjektgruppen arbeider med.

Referanse

Habib, L. (Red.). (2008). *A method to the madness? Developing SMAD (soft methodology for academic development)* (HiO-rapport 2008, nr. 20). Oslo: Høgskolen i Oslo.

Omsorg for døende og deres pårørende

Et interkommunalt praksisutviklingsprosjekt mellom Tysvær kommune, Vindafjord kommune og Høgskolen Stord/Haugesund

Kristin J. Valen, Grete Skeie Sørhus og Signe Wilhelmsen

Høsten 2008 ble det etablert samarbeid om et praksisutviklingsprosjekt mellom Tysværtunet i Tysvær kommune, Vindafjord kommune og Høgskolen Stord/Haugesund. Målet var å utvikle gode praksisplasser med fokus på palliasjon¹, slik at studenter i praksis kunne utvikle sine fagkunnskaper og få erfaring i å møte alvorlig syke og døende pasienter. WHO definerer 'palliasjon' slik:

Aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. (Helsedirektoratet, 2007, s. 16)

'Palliativ seng' er et uttrykk som brukes om en "seng" som er øremerket til pasienter som trenger palliativ behandling.

Formidling av kunnskap til sykepleierstudentene om hjelp til en verdig død omtales i rammeplan for sykepleieutdanningen (2008):

¹ Palliasjon betyr "lindrende behandling", se WHO-definisjon over.

Faglig forsvarlig sykepleie krever kunnskap om hvordan sykdom innvirker på mennesket og sykdommens betydning for livskvalitet, velvære, håp og mestring. Kontinuitet i pleien og observasjon av pasienten er sentralt i sykepleieutøvelsen. Evnen til å observere bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing. Dette oppleves i møte med pasientene og danner grunnlag for sykepleiehandlinger som pleie, omsorg, behandling, lindring, forebygging, rehabilitering/habilitering og hjelp til en verdig død. (s. 16)

Ved å legge til rette en leilighet tilknyttet sykehjemmene og tilby kompetanseutviklende tilbud til personalet, var målet flere synergieffekter: å utvikle tjenestetilbudet til pasienter i terminalfase og deres pårørende, og å gi muligheter for studenter å få praksiserfaring innen palliativ omsorg. Praksis innen dette feltet ville også gi studentene innsikt i samarbeid med andre profesjoner som f. eks. fysioterapeut, prest og sykehusavdelinger, og med pasientens pårørende.

Nasjonale føringer for palliative tjenestetilbud

Å tilrettelegge for kompetanseheving i palliasjon på sykehjem finner vi støtte for i Regional kreftplan Helseregion Vest 2005-2010 (2004) som i punkt 6.1 anbefaler at ”alle sykehjem bør beherske grunnleggende palliasjon, og at det bør opprettes egne senger for palliativ behandling i sykehjem i hver kommune, evt som interkommunalt samarbeid i mindre kommuner.” (s. 7)

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2007) viser til at øremerkede senger i sykehjem kan være et alternativ til en egen palliativ enhet og benyttes etter behov. En palliativ seng kan her fungere som en korttidsplass for justering av symptomlindrende behandling, optimalisering av funksjon og planlegging av videre oppfølging. Den kan brukes til et korttidsopphold for pasienten for å avlaste pårørende, eller som en kort- eller langtidsplass for symptomlindrende behandling, pleie og omsorg inntil døden. Dette kan være en motiverende organisering som gir økt fokus på fagfeltet, er kompetansegenererende og kan ha positive ringvirkninger for sykehjemmet. Palliative senger i sykehjem krever tilfredsstillende lokaliteter (skjerming, mulighet for overnatting for pårørende) og tilstrekkelig kompetanse hos personalet til å gi god grunnleggende palliasjon. Minst en sykepleier bør ha videreutdanning i kreftsykepleie eller palliativ omsorg. Sykehjemmet skal ha tilgang til andre relevante faggrupper.

Undervisningssykehjemmene gjennomførte på oppdrag fra Helse og Sosialdirektoratet et prosjekt i perioden 2004 – 2007 der hensikt var å sørge for at eldre mennesker i vanlige norske sykehjem fikk god omsorg og behandling ved livets slutt. Målet var å bygge opp en generell sykehjemskompetanse på dette området.² Prosjektets deltakere var Undervisningssykehjemmet i Bergen, Løvåsen sykehjem, Undervisningssykehjemmet i Trondheim, Søbstad sykehjem, Havstein sykehjem i Trondheim og Eikertun sykehjem i Øvre Eiker.

I 2006 var det etablert 180 definerte palliative senger fordelt på 45 sykehjem i Norge (Kaasa, Jordhøy og Faksvåg Haugen, 2007). I vår region er vi kjent med at det er definerte palliative senger på Vardafjell sykehjem i Haugesund kommune, på Bråvolltunet sykehjem i Kinsarvik, samt ved Bokkanetunet i Odda. Videre er det etablert et tverrfaglig palliativt team i Helse Fonna.

I følge Husebø og Husebø (2005) skjer 40 % av alle dødsfall i Norge i sykehjem, en høyere andel enn i noe annet land i Europa. De mener at sykehjemmene egner seg til god omsorg ved livets slutt for eldre personer, under forutsetning av at pasientene i deres siste livsfase blir møtt med nødvendig kompetanse og ressurser for lindrende behandling.

Etablering av et prosjekt om bruk av palliativ leiligheter

Dette prosjektet handler om etablering av palliative leiligheter i to kommuner, Vindafjord og Tysvær. Prosjektet ble etablert med en prosjektgruppe bestående av høgskolelærer Kristin Valen, fra Høgskolen Stord/Haugesund, sykepleiekoordinatorer Marit Hetland/Signe Wilhelmsen fra Tysvær kommune og kreftsykepleier Grete Skeie Sørhus fra Vindafjord kommune. Prosjektet har vært forankret i ledelsen i kommunene ved at seksjonsleder Anne Marie Larsen i Tysvær kommune og stabsrådgiver i pleie og omsorg Hilde Haraldseide i Vindafjord kommune har fulgt prosessen.

Tysværtunet i Tysvær kommune har siden 2008 tilbudt alvorlig syke og døende, samt deres familier en leilighet tilknyttet sykehjemmet. De hadde gode erfaringer og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, men så behovet for mer kompetanse hos personalet. Kommunen

² http://www.undervisningssykehjem.no/?page_id=247

organiseres med integrerte tjenester. Det vil si at personalet veksler mellom å jobbe på sykehjemmet og i hjemmesykepleien.

I prosjektperiodens første fase ble leiligheten tatt lite i bruk til palliative pasienter, og stod mye tom. Fra desember 2009 har den vært kontinuerlig i bruk. Dette kan forstås som at det i den første perioden var lite aktuelle pasienter, men sier gjerne og noe om at det var behov for systematisering og kompetanseheving rundt tjenestetilbudet. Tysværtunet har en palliasjonsgruppe på 10 sykepleiere som har vært ressurspersoner tilknyttet prosjektet.

Vindafjord kommune har to sykehjem, og etter lenger tids vurdering ble Ølen Omsorgsenter valgt som stedet for den lindrende sengen. Vindafjord kommune har også integrerte tjenester.

Vindafjord kommune ønsket å ta modell av Tysværtunets palliative seng i leilighet, men har trengt lenger tid enn antatt på å etablere denne. Diskusjonen har gått på hvilket av kommunens to sykehjem som har de beste fysiske forholdene, og valget falt høsten 2009 på Ølen omsorgsenter. Det ble der dannet en palliativ arbeidsgruppe, som bl.a. arbeidet med å tilrettelegge de fysiske rammene. Arbeidsgruppen har fått gaver fra flere hold for å tilpasse og utstyre leiligheten. Den palliative sengen ble klar til bruk i juni 2010. Årsaken til at prosessen tok lenger tid enn antatt kan bl.a. være lederskifte i kommunen, og at prosjektets medarbeider ikke kun jobber på Ølen omsorgsenter, men er tilsatt som kreftsykepleier i hele kommunen. Konsekvensene er at prosjektet ikke har kunnet tilby den ønskede praksisplass for studenter i Ølen i prosjektperioden. Forholdene ligger nå likevel godt til rette for å ta i mot både pasienter og studenter.

Kriterier for bruk av lindrende seng.

For å markere at den lindrende sengen skal tilbys pasienter med et ekstra behov for symptomlindring og ha kort forventet levetid så prosjektgruppen behov for å lage kriterier som skal ligge til grunn for hvilke pasienter som tilbys den lindrende sengen. Kommune Sola, Hå og Hamar har lindrende enhet i sykehjem og ble derfor kontaktet. Deres kriterier har sammen med anbefalingene i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon blitt lagt til grunn for de kriteriene kommunene har satt. Kriteriene er utarbeidet etter et

idémøte med representanter fra begge kommunene, høgskolen og tilsynslegen i Vindafjord, og er slik:

1. Alle inntak til "lindrande rom" skal vurderast i inntaksmøte.
2. Tilbod til brukarar med langtkommen kreftsjukdom som har kort forventta levetid (0-3 mnd)
3. Lindrande seng vert eit tilbod i staden for innleggelse på sjukehus/vanleg somatisk avd, i siste fase av livet.
4. Kurativ behandling må vera avslutta. Tilbodet gjeld for pasientar som får lindrande behandling og symptomlindring
5. Dersom brukar vert lagt akutt inn på "lindrande seng", skal brukaren i første inntaksmøte vurderast om han kjem inn under kriteriene for lindrande seng.
6. Ved søknad til lindrande seng må det leggjast ved epikrise frå siste sjukehusopphald med oversikt over diagnosar og behandling.
7. Ved søknad til lindrande seng bør det innhentast vurdering frå kreftsjukepleiar/ heimesjukepleie, dersom brukaren har slike tjenester.
8. Brukarar som kjem direkte frå sjukehus, vert vurdert i inntaksmøte om han har kriterier for "lindrande seng".
9. Brukar med familie bør prioriterast, der familien ynskjer å vera mykje saman med den som er alvorleg sjuk og treng god plass.
10. Søknad om plass i lindrande seng skal vurderast på lik linje som korttidsopphald. 3 veker i første omgang, der det er mogleg å forlenga opphaldet.
11. Det er mogleg med overflytting til sjukeheimsavdeling dersom inntaksmøte vurderer at dette er naudsynt.
12. Vedtaket kan revurderast.

Undervisningssykehjemmene har i sitt prosjekt utarbeidet en standard for pleie og behandling av de palliative pasientene. Denne er lagt som grunnlag for arbeidet i prosjektet, og ligger som lenke i studentmaterialet. Jf. [Omsorg og behandling for sykehjemspasienten i livets slutfase](#)

Tilbud om kompetanseheving i palliasjon til personalet

Prosjektets mål om å heve kompetansen hos personalet ble møtt ved en felles undervisningsdag for begge kommunene i november/desember 2009. Det ble arrangert to like dager for at flest mulig av personalet skulle delta. Fokuset var på grunnleggende palliasjon inne smerte og symptomlindring, samt kommunikasjon med alvorlig syke og døende pasienter. Sykepleier og prest fra palliativt team i Helse-Fonna, samt tilsynslegen på Ølen omsorgsenter og kreftsykepleier i Vindafjord stod for undervisningen. Kurset har blitt godkjent med fem timer for klinisk spesialisering innenfor Norsk sykepleierforbunds spesialiseringsregler. Praksislærere og studenter på de ulike praksisstedene ble invitert med. Tilbakemeldingen fra deltakerne på kurset var svært gode. Se fig.1.

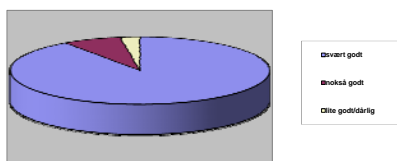


Fig 1. Innholdet i kurset, vil du ha nytte av det i jobben din framover?

Våren 2010 har prosjektkommunene hatt tilbud om å delta på fire temasamlinger om palliasjon i regi av Videreutdanningen i eldre og aldring ved høgskolen. Tilbudet har vært gratis for personell tilknyttet prosjektet.

Tysvær kommune valgte å sende 11 av sine medarbeidere på disse samlingene. Personalet som har deltatt på kurs har delt kunnskapen med kollegaer på refleksjonsmøter etter samlingene. På den måten har de fått til erfaringsutveksling og diskusjon rundt temaet palliasjon. De gir uttrykk for et økt engasjement for pasientgruppen og flere i ressursgruppen har søkt seg inn på videreutdanning i kreftsykepleie og palliasjon.

Vindafjord valgte å sende én representant til palliasjonsseminarene med begrunnelse i at de heller ønsker internundervisning når den palliative sengen er etablert. I Ølen var det planer om å starte veiledningsgrupper tilknyttet prosjektet i regi av kreftsykepleier. Dette var imidlertid ikke ønsket fra ledelsen, og har derfor ikke blitt noe av. Fokuset har blitt på arbeidet med å etablere rammene rundt den lindrende sengen.

ASSCE-skjemaet som brukes til evalueringssamtaler med studentene er tenkt å skulle dekke vurderingen av studentenes læringsutbytte av prosjektet.

Studentenes læring om palliativ behandling.

For å tilrettelegge for studentenes læringsutbytte i møte med den palliative pasienten utarbeidet prosjektruppen et veiledningshefte. Det er laget som en pdf-fil som er satt sammen

av tekst, henvisninger til nettsider, artikler og er tenkt som et oppslagsverktøy som kan være med å styrke studentens kunnskap i møte med pasienter og pårørende, og som en hjelp til kontaktsykepleier.

Veiledningsheftet er laget etter et idémøte med kontaktsykepleier, student og prosjektgruppen. Det kunne med fordel ha vært større studentinvolvering i utarbeidelsen av studentmateriellet, noe som hadde vært enklere å få til dersom prosjektets lærer og hadde vært praksislærer på sykehjemmene. Studiemateriellet ble klart på slutten av vårsemesteret 2010, og er derfor ikke tatt i bruk og evaluert enda.

Hvorvidt den økte kunnskapen/engasjementet hos personalet har kommet sykepleierstudentene til gode har ikke blitt målt i prosjektet. Et hinder for å følge dette opp er, som nevnt at lærer tilknyttet prosjektet ikke har vært praksislærer på disse praksisstedene i skoleåret 2009/2010. Et annet hinder er at den palliative sengen på Ølen omsorgsenter først er klar ved prosjektslutt.

Oppsummerte refleksjoner

Tjenesteutviklingsperspektivet i prosjektet med at palliativ seng er et nytt tilbud i Vindafjord, og relativt nytt i Tysvær. Det har ført til at palliativ omsorg har fått et stort fokus på disse praksisplassene.

Kontaktsykepleiere har fått tilbud om å øke sin kompetanse inne fagfeltet. Tilbakemeldingene fra personalet er at faglig påfyll har vært nyttig og at fokuset rundt den palliative pasienten har økt på arbeidsplassen. Dette var og et viktig mål i prosjektet. Skal kontaktsykepleierne være gode rollemodeller må de selv ha tilstrekkelig kunnskap og trygghet i møte med pasientgruppen. Dette har skjedd i de etablerte refleksjonsmøtene som Tysvær har, der de bl.a. har viderefremidlet temaer fra undervisningsdagene.

Prosjektet har i tråd med intensjonen utarbeidet kriterier for bruk av det nye tjenestetilbudet og utarbeidet studiemateriell som kan bidra til studentenes læringsutbytte. I større grad enn vi forutså har det tatt tid å få sengene i bruk slik at studenter og personalet kan gjøre seg

erfaringer i møte med pasient og pårørende. Dette har i prosjektperioden ikke latt seg gjøre i Vindafjord. Erfaringene i Tysvær er gode.

Forankring i ledelse ble tidlig satt som en viktig forutsetning i prosjektet, og prosjektmedarbeiderne har selv informert sine ledere om prosessen. Vi ser imidlertid at det hadde vært nyttig å ha flere felles treffpunkt med lederne der økonomi, tid og prioriteringer kunne vært jevnlig drøftet. Særlig har prosjektgruppen kjent på utfordringer ved at der har vært endringer av kontaktperson i Tysvær. I Vindafjord har ulike ledere vært involverte, siden det der var uklart hvilket sykehjem som skulle ha den lindrende sengen.

Vi har erfart at utvikling at et nytt tjenestetilbud har tatt lenger tid enn ønsket, og at arbeidet med å få på plass rammene har tatt fokuset vekk fra arbeid med studentene. Vår erfaring tilsier at det er en fordel om rammene omkring et tjenestetilbud er fastsatt i et praksisutviklingsprosjekt slik at fokuset i større grad blir studentenes læring fra starten av.

Nå som rammene og kompetansehevingen er på plass gir det imidlertid godt grunnlag for videre arbeid med studentene.

Referanser

- Helsedirektoratet. (2007). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helse-Vest. (2004). *Regional kreftplan 2005-2010*. Hentet fra <http://www.helse-vest.no>
- Husebø, B. S. & Husebø, S. (2005). Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 10(125), 1352-4.
- Kaasa, S., Jordhøy, M. S. & Faksvåg Haugen, D. (2007). Palliative care in Norway: A Public Health Mode. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 599-604.
- Kunnskapsdepartementet. (2009). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Sosial- og helsedirektoratet, (2007). *Omsorg og behandling for sykehjemspasienter i livets slutfase*. Prosjektrapport fra undervisningssykehjemmene. Hentet fra http://www.undervisningssykehjem.no/?page_id=247

Innkomststamtale med pasient

Et samarbeidsprosjekt mellom

Høgskolen Stord/Haugesund og Helse Fonna–Haugesund sjukehus

Karen Johanne Vae, Helga Karin Kvalevaag og Målfrid Haraldseid Eide

Studenter som har praksis i medisinsk og kirurgisk avdeling har et skriftlig studiekrav om å gjennomføre innkomststamtale med pasient og å skrive pleieplan ut fra de informasjonene de da får. Gjennom arbeid med studiekrav skal studenten integrere ulike kunnskaper og argumentere for konkrete sykepleietiltak i kliniske situasjoner. Innkomststamtale er imidlertid en oppgave studentene i vekslende grad erfarer blir gjennomført av sykepleiere i avdelingen.

Det kan være både sykepleiere, hjelpepleiere og sykepleiestudenter som mottar pasienter som kommer til medisinsk avdeling. Da prosjektet startet, fantes det ingen skriftlig prosedyre for hvordan innkomststamtalen skulle utføres. Innkomststamtale har vært et vagt begrep i avdelingen. Hva som legges i begrepet kan synes å være opp til den enkelte. Begrepet blir heller ikke brukt i veilederen for sykepleiedokumentasjon, eller i oversikten over oppgaver som sykepleiere/hjelpepleiere er ansvarlige for.

Å ta i mot nye pasienter ”styres” av punktene og funksjonsområdene som finnes i sykepleiedelen av pasientjournalen. Her noteres pasientopplysninger som er aktuelle under hele oppholdet, og det noteres en innkomstrapport som viser pasientens situasjon og behov for sykepleie. Det finnes en egen dataguide som hjelp til kartleggingen. Pasientens situasjon skal beskrives og systematiseres i forhold til 10 funksjonsområder.

Prosjektgruppens inntrykk var at denne dokumentasjonen blir av varierende kvalitet. Dette kan tilskrives tidsmangel, men kan også skyldes manglende rutiner og bevissthet om betydningen eller nødvendigheten av å gjøre en grundig informasjonsinnhenting ved innleggelse i sykehus. Samtidig syntes det å være stor enighet om betydningen av å ha oppdaterte opplysninger om for eksempel pårørende som kan kontaktes i kritiske situasjoner. Likeså at opplysninger om hjemmeforhold er viktig å få kartlagt så tidlig som mulig for tilrettelegging for utskriving. Oftest er det fysiske data som dominerer: kroppslige symptomer, diagnoser og behandling. Observasjoner ved vår avdeling viste at pasientens forventninger til oppholdet i liten grad ble dokumentert. Det gav oss grunn til å tro at dette heller ikke ble etterspurt i samtale med pasientene.

I følge rammeplan for sykepleierutdanningen (2008) er formålet med veiledede praksisstudier at studentene skal oppnå optimal yrkeskompetanse for å kunne møte pasientens og samfunnets behov for sykepleie som en del av et samlet behandlingstilbud. Utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet har et felles ansvar for å beskrive hva studentene kan lære på det enkelte praksissted. Innkomstsamtale er ansett som en viktig sykepleieoppgave som skal bidra til å gjøre studenter og/eller sykepleiere i stand til å utøve god sykepleie til pasienter, og til å ivareta pasientens rettigheter i forbindelse med en innleggelse. Høgskolen Stord/Haugesund har valgt å sette fokus på denne oppgaven gjennom et skriftlig studiekrav når studentene har medisinsk og kirurgisk praksis. Studentene får også undervisning i emnet i den teoretiske delen av studiet.

På overordnet sykepleiefaglig nivå i praksisfeltet, er det enighet om at innkomstsamtale er en viktig oppgave som må innarbeides i avdelingen. Innkomstsamtalen skal gi et godt grunnlag for den sykepleien pasienten vil ha behov for. Pasientene vil også ha behov for informasjon og for å synliggjøre sin mulighet for å være delaktig i pleie og behandling.

Siktemål for prosjektet

Hovedintensjonen med praksisutviklingsprosjektet har vært å skape gode læresituasjoner for sykepleiestudentene i deres praktiske studier. Her er det konkretisert ved et prosjekt som har til hensikt å forbedre sykepleiepraksis i medisinsk avdeling ved å innføre innkomstsamtale som en oppgave ved alle innleggelser. For at innkomstsamtale med pasient skulle bli en god

læresituasjon for studentene, måtte også personalet ha en noenlunde lik forståelse av hva inkomstsamtalen skulle innebære. Prosjektgruppen har derfor arbeidet for å endre eller utvikle den eksisterende praksis, og for å få personalet til å ta del i de prosessene som kreves for å få til gode inkomstsamtaler.

I planleggingen av prosjektet diskuterte prosjektgruppen hvorvidt hele personalgruppen skulle involveres. Vanligvis har pasienter blitt tatt i mot av både sykepleiere, hjelpepleiere og studenter. Hjelpepleierne i avdelingen har i all hovedsak lang erfaring og har vært ved avdelingen i mange år. Det foreligger planer om at også hjelpepleiere skal få et delansvar for dokumentasjon som tilhører sykepleiedelen av pasientjournalen. Det ville derfor ikke være i tråd med disse intensjonene om oppgaven med å ta i mot pasient og ha inkomstsamtale fra nå av bare skulle tillegges sykepleiere og studenter.

Læresituasjoner for studentene er del av den vanlige aktiviteten i avdelingen. Studentene lærer ved å utføre oppgaver og samhandle med pasienter, pårørende og personalet. I de teoretiske studiene har studentene fått en innføring om inkomstsamtalens betydning og hensikt. Vår oppfatning av at inkomstsamtalen er en god læresituasjon er begrunnet i at:

- Studentene får kunnskap gjennom samhandling med pasientene
- Studentene får utvikle ferdigheter i kommunikasjon (samtale, informasjon og kartlegging)
- Studentene får anvende teoretisk kunnskap (sykepleie, pedagogikk, sykdomslære osv)
- Studentene får utvikle sine relasjonelle evner
- Studentene får utvikle faglig skjønn og dømmekraft gjennom å se og forstå, og deretter handle ut fra forståelsen.

Et ”ende-siktemål” for praksisutviklingsprosjektet er at pasientene skal få et så godt møte med avdelingen som mulig. Det innebærer blant annet slik det framkommer i pasientrettighetsloven: ”å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd ” (Pasientrettighetsloven, 2007). Dette kan også ses i sammenheng med Helse Fonnas visjon om ”å fremme helse og livskvalitet”.

Kjennskapet til pasienten skal gi grunnlag for å utføre sykepleiedokumentasjon i tråd med det lovverket krever. Innleggelsen krever at en rekke forhold kartlegges. Dette vil være viktig for planlegging av sykepleien som skal utføres. Kartleggingen kan også gi grunnlag for et bedre samarbeid med andre instanser.

Prosjektorganisering

Prosjektet har vært forankret i både utdanningsinstitusjon og praksisfelt ved at det ble inngått et formelt samarbeid som bygger på et likeverdig forhold. Ansvaret har vært likt fordelt mellom prosjektpartnerne. Prosjektgruppen har bestått av to sykepleiere fra medisinsk avdeling, medisinsk midtblokk, studentansvarlig sykepleier Helga Karin Kvalevaag og kreftsykepleier Målfrid Haraldseid Eide og en lærer fra høgskolen, høgskolelektor Karen Johanne Vae. Læreren har vært tilgodesett med 10 % FoU-tid til prosjektet. Sykepleierne har fått tid tilsvarende 5 % av opprinnelig stilling av sin arbeidsgiver og 5 % av høgskolen gitt som en egen arbeidsavtale.

Tilsvarende studier om inntakssamtale

Ved kirurgisk avdeling ved Haugesund sjukehus har det siden 2005 vært etablert studentpost. Etableringen startet som et prosjekt, men er nå i vanlig drift. Prosjektet hadde som intensjon å optimalisere læringsutbyttet for studentene (Langeland, 2005). Det ble bestemt at inntakssamtale med pasient skulle være ett av tre fokusområder for studentene. Å ha inntakssamtale var for øvrig ikke bare en oppgave for studentene. Dette skulle innarbeides som en rutine i avdelingen og gjelde for pasienter som kom for planlagte operasjoner.

Til studentposten kom pasienter som ble innlagt for ortopediske inngrep samt sykdommer i øre -, nese- og halsregionen. Det ble utarbeidet en veileder for hvordan inntakssamtalen kunne gjennomføres. Den gav føringer for innhold i samtalen, samt rammer for både tid og sted. Veilederen innledet med å understreke betydningen av å legge vekt på å skape en situasjon preget av tillit, omsorg og ro. Den pekte også på betydningen av å få fram pasientens perspektiv på sin situasjon. I tillegg skulle inntakssamtalen inneholde både informasjon om det som skulle skje og informasjon fra pasienten som sykepleieren trengte å vite.

Samtaleaspektet ble framhevet. Dette skulle ikke være et intervju eller en repetisjon av de dataene som allerede var framkommet i samtale med lege.

En studie gjort i England (Jones, 2007) viste at inntakssamtaler i stor grad ble styrt av rutinespørsmål til pasientene i forbindelse med innleggelsen, i motsetning til anbefalinger som framkommer i litteraturen om slike forhold. Sykepleielitteratur viser til betydningen av god kommunikasjon og samhandling med pasienten slik at pasientenes behov for sykepleie blir tydeliggjort og at pasientene i den grad det er mulig må være "aktive" i inntakssamtalen. I denne studien vises det til hvordan ulike "krav" om informasjon blir hovedfokus i samtalen. Dette er informasjon som leger trenger like gjerne som den er knyttet til sykepleie. Måling av blodtrykk er et eksempel. Sykepleiernes informasjonsbehov er i tillegg utformet etter et biomedisinsk tanke sett, der funksjonsområder som respirasjon og sirkulasjon får mye oppmerksomhet. I inntakssamtalen vil også sykepleierne ha behov for å gi informasjon til pasientene om aktuell behandling. Når det i tillegg ofte er knapphet på tid, blir det som regel lite vektlegging av pasientens opplevelse eller følelse knyttet til sykdom og situasjon. Funnene i denne studien kan gjerne sees i forhold til en praksis som ikke er ukjent hos oss. Det er gjerne fysiske forhold som får oppmerksomhet i tillegg til de rent praktiske, som boforhold osv.

En studie utført av Dahl, Julnes og Vatne (2008), viser mangelfull dokumentasjon av pasientens subjektive opplevelse av helse. Pasientens psykiske reaksjoner på sykdom og den lidelsen den gjerne medfører, ble mangelfullt dokumentert. Likedan var det med pasientens tidligere erfaringer med helsevesenet og hvilken betydning familie og arbeid hadde for pasientene. Forfatterne så disse funnene i relasjon til Erikssons forskning om helse som en integrert tilstand av kropp, sjel og ånd som innehar både objektive og subjektive dimensjoner (sitert i Dahl et al., 2008, s. 23). De anbefaler at en både i praksis og utdanning øker bevisstheten på, og kunnskapen om, hvordan en konkret kan synliggjøre og forbedre pasientperspektivet i sykepleiedokumentasjonen. En nøkkel til dette må være å få pasientene til å fortelle. Inntakssamtalen kan gi mulighet for det.

Innkomstsamtale som læresituasjon

Studentene møter et mangfold av ulike situasjoner gjennom de praktiske studiene i medisinsk avdeling. Også innkomstsamtalene vil være ulike, avhengig av kontekst og erfaringsgrunnlag. Skaug og Dahl Andersen (2005) omtaler både problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og akutte situasjoner som grunnlag for sine betraktninger om beslutningsprosesser i sykepleie. Disse situasjonene kjennetegnes av mer eller mindre handlingstvang. Pasienter som legges inn for en forverring av KOLS-sykdom må ha medisinsk behandling først og fremst. Først når pasienten klarer å snakke uten å bli for tungpusten, kan en innkomstsamtale gjennomføres. I situasjoner hvor pasienten er innlagt for utredning, ligger derimot forholdene bedre til rette for en samtale like etter innkomst. Likevel kan en slik situasjon være problematisk. Det kan være at personalet eller studentene vet mer enn pasienten samtidig som det er legens oppgave å informere om funn av undersøkelser osv. Uavhengig av hvilken situasjon pleiepersonalet står overfor, vil sykepleien være rettet mot å bidra til bedre helse og økt velvære for pasienten. Situasjonens vekslende kompleksitet vil stille ulike krav og gjøre at også målene for pasientene vil variere.

Helse Fonnas visjon om *helse og livskvalitet* for pasientene rommer betydningen av overlevelse, ivaretagelse av grunnleggende behov og velvære. Dette vil være aktuelt i alle typer situasjoner. Å oppnå mål om helse stiller krav til sykepleieren eller studenten om teoretisk kunnskap og vurderingsevne. Mål om velvære krever slik Dahl et al. (2008) understreker, god kjennskap til pasienten, til hans forståelse og opplevelse av situasjonen, hans mål og verdier. Jo bedre avklart situasjonen er, desto bedre er grunnlaget for å finne løsninger som er hensiktsmessige og tilpasset den enkelte pasient. Ulike situasjoner vil i vekslende grad handle om problemløsning og vurderinger for å finne fram til gode løsninger. Prosjektgruppens oppfatning er at hovedhensikten med innkomstsamtalen ligger her. Innkomstsamtalen vil kunne gi grunnlag for både problemløsning og vurderinger. I tillegg kommer samhandlingsaspektet inn. Problemløsning og vurderinger skal i den grad det er mulig skje i samhandling med pasienten (Pasientrettighetsloven, 1999). Dette har betydning for kvaliteten på den hjelpen pasienten mottar. Sett i forhold til visjonen om livskvalitet og helse, er sykepleieren den i sykepleier-pasientrelasjonen som er ansvarlig for at hjelpen har en helsefremmende karakter. Dette forutsetter at pasienten blir møtt med en holdning som formidler omsorg, at pasienten opplever å bli sett, forstått, akseptert og respektert, at han føler seg trygg og føler tillit til sykepleieren (Skaug og Dahl Andersen, 2005).

Det er grunn til å tro at gode opplevelser styrker pasientens selvhelbredende krefter. I mastergradsarbeidet til Vae (2009) som omhandlet inkomstsamtale, kom det fram at studenter hadde en opplevelse av at pasientene satte pris på inkomstsamtale. De takket for samtalen og uttrykte glede over at studentene hadde tatt seg tid til å samtale med dem. Studentene på sin side hevdet at de ble godt kjent med pasientene og at de også følte et ansvar for å følge pasienten videre gjennom sykehusoppholdet. Ansvaret opplevdes positivt. Pasientene henvendte seg gjerne til dem i ettertid, og det gjorde studentene ”betydningsfulle” i pleiegruppen.

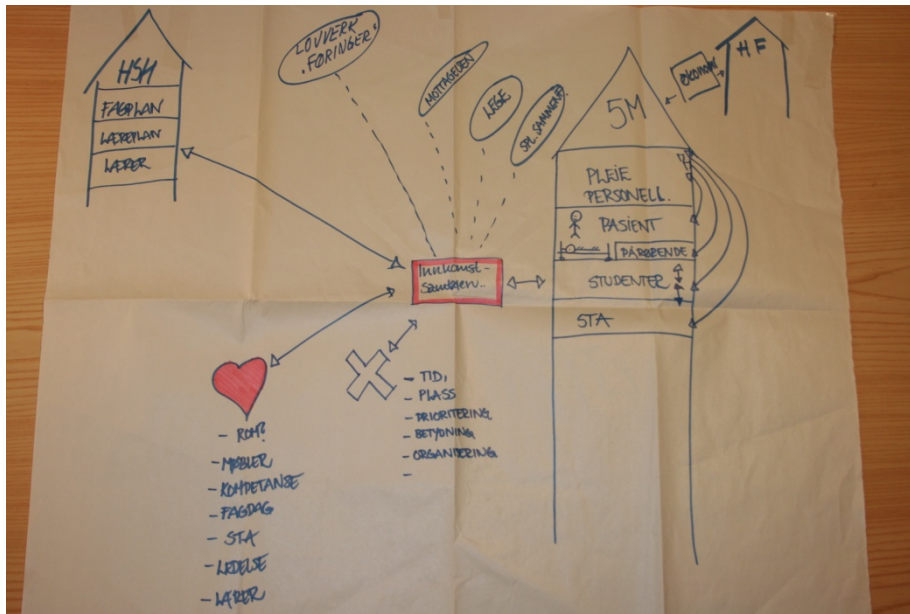
At helsetilsynet er opptatt av inkomstsamtale kommer fram i en tilsynsrapport til en medisinsk avdeling ved et av landets sykehus (Helsetilsynet, 2005). Det ble påpekt manglende inkomstnotat og at det i liten grad var notert pasientens grunnleggende behov eller funksjonsnivå. Pleiepersonalet fikk som merknad at de hadde et forbedringspotensial når det gjaldt å sikre at mottakelse av pasient var i tråd med god praksis. Dette handlet i stor grad om manglende inkomstsamtale.

Gjennomføring av prosjektet

Som innfallsvinkel til prosjektarbeidet startet vi med å lage et ”rikt bilde” av nå-situasjonen omkring inkomstsamtale. Vi prøvde å sette inkomstsamtalen inn i en så stor sammenheng som mulig, men der idealismen fort støttet på begrensninger. Våre egne erfaringer og fordommer vil alltid farge tenkningen vår, og sette grenser for det vi tror er mulig. Det at bildet vårt skulle være ”rikt”, gjorde likevel at vi måtte tenke lenger enn til selve den praktiske gjennomføringen av inkomstsamtale. Både lovverk, visjoner, økonomi, kunnskap og den enkeltes holdninger har innflytelse på hvordan pasienter tas i mot og hvordan pasientperspektivet ivaretas. Slik bildet etter hvert utartet seg, gav det også inspirasjon til å la noen filosofiske betraktninger gi det ytterligere mening. Meløe (1989) har beskrevet hvordan ulike ”operasjoner” inngår i en sammenheng. Betraktingen ”landskapet metter operasjonen og gir den dens form” (1989, s. 136) hjalp oss å flytte fokus fra begrensninger og til å se nye muligheter. Vi forsøkte å se på pasienten som et landskap og hvordan et slikt perspektiv kunne få innflytelse på ulike ”operasjoner”. (Å tenke seg at avdelingen er landskapet, gir

andre perspektiv på operasjonene. Manglende plass, mange gjøremål osv vil da få innflytelse på for eksempel inkomstsamtalen som en ”operasjon”)

Fig. 1 Praksisutviklingsgruppens ”rike bilde” av inkomstsamtale



Strukturer som har innflytelse på inkomstsamtale er forklart med symboler og ord. Prosessen er forsøkt illustrert ved hjelp av et rødt hjerte, som ”brenner” for å både utnytte de mulighetene som finnes og søke etter kreative løsninger.

Praksisutvikling

Utviklingsarbeid har et praktisk siktemål. OECD definerer utviklingsarbeid slik:

Systematisk virksomhet som rettes mot å framstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer eller tjenester. (NIFU, 2004)

Som vi har nevnt innledningsvis, var inkomstsamtale et vagt begrep i avdelingen. Det inngikk ikke i noen oversikt over daglige gjøremål, og det fantes ingen retningslinjer ut over sykepleiedelen av pasientjournalen for hva som er aktuelt av kartlegging, informasjon osv ved en innleggelse. Å forbedre den delen av mottaksrutinene som omhandler dette, mener vi handler om utviklingsarbeid.

I rammeutkastet til FoU-program for praksisprosjekt (Bjørke, 2008), finner vi flere karakteristiske trekk ved utviklingsarbeid som kan relateres til vårt. For det første skal det ha sitt utspring i en nå-situasjon som gjerne peker på et behov. Dermed rettes fokuset mot utvikling og endring av praksis. Videre skal det være et prosessuelt samspill mellom flere aktører. Både studenter, sykepleiere og hjelpepleiere skulle ta del i prosjektet. I tillegg ville det involvere ledelsen i forhold til tid og ressurser. Et utviklingsprosjekt skal også inngå i en sammenheng. Vi tenkte at inkomstsamtale har betydning for pasientens opphold i avdelingen gjennom den sykepleien som planlegges som et resultat av samtalen. Til sist skal et utviklingsarbeid også være en systematisk virksomhet, der en gjør vurderinger underveis, og der en evaluerer og formidler de effektene eller resultatene som arbeidet gir. På geriatrisk gruppe har inkomstsamtalen vært under stadig utvikling og forandring.

Studentinvolveringen i utviklingsprosjektet kan ses på som situert læring. Lave & Wenger (2003) peker på betydningen av å lære i "ekte" situasjoner. Situert læring vil altså si at kunnskapen en lærer er knyttet til den situasjonen en er i. Dermed kan en kanskje si at inkomstsamtalen som en situasjon i seg selv er lærende. Det skapes en egen kunnskap i samhandlingen mellom studentene og pasientene. Molander (1993) vil si at en slik kunnskap ikke er av teoretisk karakter men knyttet til en praktisk kunnskapstradisjon. Denne type kunnskap formidles gjennom øvelse og personlig erfaring og er det som særmerker praktiske studier.

Struktur for inkomstsamtalen

Prosjektgruppen vurderte det som hensiktsmessig å ta utgangspunkt i G1 og G2-arkene. G2-arket inneholder datasamlingen i sykepleiedelen av pasientjournalen. Slik den er organisert kan den lett føre til at inkomstsamtalen blir et intervju med "slagside" mot fysiske forhold. Prosjektgruppen utarbeidet derfor en "veiviser", som kan være et hjelpeverktøy når en har inkomstsamtale. Med utgangspunkt i de 10 funksjons- områdene på G2-arket kan en ved å fokusere på både historiske, subjektive og aktuelle data, få et bredt bilde av hvem pasienten er og hva han trenger av sykepleie. Eksempler på spørsmål ble gitt. Disse tok utgangspunkt i forhold knyttet til to aktuelle målgrupper som inngår i prosjektet. Eksempelene ble først og fremst gitt for å være "knagger" for studenter og uerfarne sykepleiere/hjelpepleiere, slik at de lettere kunne huske hva som bør avklares eller hva de må prøve å komme innpå i løpet av samtalen. Skjemaene framstod etter hvert som en "inkomstmappe".

Pilot i avdelingen

”Lungegruppe 2” ble utpekt til å være pilotpost for utprøving av skjemaene. Denne gruppen tar imot elektive pasienter i tillegg til de som legges inn som øyeblikkelig hjelp. Vi pekte ut to ressurspersoner som vi i utgangspunktet hadde tenkt skulle ha innkomtsamtale med de elektive pasientene fram til årsskiftet. Vi så imidlertid at det ble få pasienter og utvidet ”piloten” også til øyeblikkelig-hjelp-pasienter. Det ble lagt til rette for en fortløpende datainnsamling fra egne og andres erfaringer med innkomtsamtale både på ”lunge 2” og på geriatrisk enhet etter at den ble åpnet. En loggbok ble lagt i avdelingen hvor sykepleierne kunne notere tanker, reaksjoner og viktige hendelser som var viktige å ta med videre for prosjektgruppen.

De to ressurspersonene som ble utpekt, viste seg å ha stor betydning for implementeringen av innkomtsamtale som en ”ny” oppgave i avdelingen. Deres engasjement begrenset seg ikke til at de selv hadde innkomtsamtale med ”sine” pasienter, men innkomtsamtale ble langsomt integrert i pleiegruppen som en fast oppgave ved mottak av nye pasienter. På rapportene ble det etter hvert opplyst om det var ”tatt innkomst” på pasienten eller om det var noe måtte gjøres på følgende vakt.

Sykepleiestudentene gjennomførte innkomtsamtaler i tråd med læreplanens krav om skriftlige arbeider hele høsten 2009. I starten benyttet de den veiviseren som lå ved studiekravet, men fikk etter hvert prøve ut de nye skjemaene. Sykepleierne som veiledet dem gav også nyttig informasjon som ble loggført.

Studentpost

Det har lenge vært et ønske å få etablert en studentpost på medisinsk avdeling. Både høgskolen og sykehuset har arbeidet for dette og høsten 2009 ble nødvendige forutsetninger klarlagt. Det ble åpnet en ny geriatrisk enhet ved medisinsk avdeling i oktober 2009. Denne skulle inngå som en del av studentposten. For praksisutviklingsprosjektet sin del var etablering av studentpost svært velkomment. Vi tenkte at det er lettere å få gjennomslag for nye ideer, rutiner, fagutvikling osv innenfor rammen av en studentpost.

I forkant av oppstarten fikk prosjektgruppen være med i en del planlegging og vårt bidrag var knyttet til gjennomføring av inntakssamtale. Skjemaene som ble utarbeidet, ble tatt i bruk umiddelbart og har i følge personalet vært til god hjelp. De er blitt justert en del i forhold til første utkast, og er stadig gjenstand for forbedring.

Den geriatrike sengeenheten utgjør studentpost sammen med en av lungegruppene (lungegruppe1). Pasientgrunnlaget her er i hovedsak pasienter som legges inn for øyeblikkelig-hjelp. KOLS er hoveddiagnosen. Sykepleierne her tok i bruk de nye skjemaene i januar 2010.

Erfaringer fra prosjektgjennomføringen

Prosjektgruppen hadde som intensjon å informere om prosjektet og undervise om inntakssamtale tidlig i høstsemesteret. Det viste seg å bli vanskelig. Våre planer om undervisning, rollespill og diskusjoner på de turnusbestemte kursdagene ble utsatt. Det skyldtes at andre viktige temaer ble prioritert. Diskusjoner og erfaringsutveksling foregikk likevel blant dem som hadde startet med inntakssamtale. Studentene på sin side bidro ut fra sine forutsetninger, men fikk i liten grad veiledning i forhold til gjennomføringen. I den grad det ble gitt veiledning, var det i forbindelse med lærer/studentansvarlig-veiledning, og i forhold til hva som ble dokumentert i etterkant av inntakssamtalene. Først i januar 2010 ble inntakssamtale fokusert på kursdagene for hele personalgruppen. Det ble da gitt en innføring i hvorfor inntakssamtale var et satsingsområde, og ved hjelp av rollespill og dialog ble personalet forsøkt motivert til å følge opp prosjektet.

Ettersom to av pasientgruppene hadde hatt fokus på inntakssamtale i løpet av høsten 2009, hadde personalet på disse gruppene selvsagt et fortrinn i forhold til de andre. Ikke minst merket vi at innføringen av inntakssamtale på geriatrik enhet gikk nærmest smertefritt. Inntakssamtale som en egen oppgave ble aldri diskutert i forhold til nytteverdi verken for pasient eller pleiepersonell. På de to gruppene som ikke hadde ressurspersoner, kunne vi registrere noe skepsis og en mer lunken holdning. De samme begrensningene som vi selv hadde kjent på, gjorde seg gjeldende. Vår egen evaluering av den prosessen vi har forsøkt å sette gang er at bedre tid, bedre planlegging og større grad av involvering av personalet på disse gruppene kanskje ville gitt et større engasjement.

Systematisering av erfaringer

Prosjektgruppen ønsket å få en bredere tilbakemelding om inntakssamtalene enn det som framkom i loggene, og laget et spørreskjema. To studentgrupper som hadde praksis fra januar-februar og februar-april fikk utdelt spørreskjema ved slutten av praksisperiodene. Personalgruppen fikk de samme spørreskjemaene på fagdager i slutten av mars og begynnelsen av april. Noen av dem hadde da nesten ½ års erfaring med å ha inntakssamtale. Andre hadde ca tre måneder.

Ni studenter svarte på spørreskjemaet og 27 sykepleier/hjelpepleiere. Fire av studentene var i sin andre praksisperiode, en i tredje praksisperiode, en i fjerde og tre var i femte praksisperiode. Svarene skiller ikke mellom hvor langt studentene var kommet i sine studieløp. De skiller heller ikke mellom nyutdannet/ erfaren eller sykepleier/hjelpepleier.

Ved hjelp av spørreskjemaet prøvde vi å få fram den enkeltes erfaring med å ha inntakssamtale. Spørsmålene var rettet mot den praktiske gjennomføringen og på ”konsekvenser” av samtalen. I ettertid har vi reflektert litt over om vi har vært mer opptatt av den enkeltes erfaring med å gjennomføre inntakssamtalen enn av studentenes læring. Uansett synes vi at i forhold til prosjektets arbeidstittel om å forbedre sykepleiepraksis i avdelingen ved hjelp av inntakssamtale, har vi fått et godt datagrunnlag gjennom svar fra 36 personer. Dataene gir slik vi ser det, også grunnlag for å kunne si at inntakssamtale er en god læresituasjon for studentene.

Læring og utvikling som følge av inntakssamtalene?

Prosjektgruppen registrerer at de aller fleste, både personalet og studentene, mener at inntakssamtale er en arbeidsoppgave som bør prioriteres. Dette begrunnes blant annet slik:

- *Gjør arbeidet for alle pleierne lettere, også de som ikke har hatt inntakssamtale*
- *Mer fokus på hjemmesituasjonen*
- *Gjør det lettere å prioritere behovsområder*
- *Pasienten blir tryggere og kjenner seg ivaretatt*
- *Pasienten får svar på sine spørsmål tidlig i oppholdet*

Svarene avspeiler at kjennskapet sykepleierne får til pasienten gjennom samtalen har noe å si for den videre oppfølgingen. Pasientperspektivet er tydelig hos noen av informantene ved at det pekes på at inkomstsamtalen er et gode for pasientene (jfr. ”blir tryggere og kjenner seg ivaretatt). Samtidig gis et stort flertall uttrykk for at inkomstsamtalen har betydning for å bli kjent med pasientene. En av informantene skriver:

- Det er en god mulighet til å fortsette med samtaler og utvide et godt tillitsforhold mellom pleier og pasient

Flere peker på at det gjerne oppstår en relasjon mellom pasient og pleier som følge av samtalen. Dette er i tråd med funn i en tilsvarende undersøkelse (Vae, 2009).

Vi stilte to spørsmål knyttet til informasjonen en fikk gjennom inkomstsamtalen, om hvordan informasjonen ble brukt og om inkomstsamtalen hadde medført at sykepleiedokumentasjonen ble annerledes. Svarene på det første spørsmålet viser at informasjonen brukes i rapporter, til å planlegge pleie og behandling, til oppfølging av behov og som utgangspunkt for å vurdere endring i tilstand. Omtrent halvparten skriver at informasjonen gjenspeiles i sykepleiedokumentasjonen. De fleste i denne gruppen svarer også ”ja” på at inkomstsamtalen har medført endring i sykepleiedokumentasjon. Sykepleiedelen av pasientjournalen blir bedre utfylt, de har gjort flere observasjoner som blir dokumentert, pasientene har fortalt ting som er viktig å dokumentere osv. Den andre halvparten mener at sykepleiedokumentasjonen ikke er blitt annerledes. Det har gjort det nødvendig å se nærmere på sammenhengen mellom disse svarene. Vi ser da at de som svarer ”nei” på det andre spørsmålet (spørsmål 9), i hovedsak har vært mindre konkret på hvordan informasjonen blir brukt:

”til informasjon til pleierne”, ” til å se om pasientens forhold endrer seg vesentlig, enten positivt eller negativt”, ” til å forberede screening, behandling, pleie utskrivning osv”.

Prosjektgruppen har på bakgrunn av dette reflektert over hvordan den enkelte ”bruker” kjennskapet til pasienten. Med en primærsykepleiemodell ville omfanget av det som bør dokumenteres gjerne være mindre. I avdelingen er en imidlertid organisert med en gruppesykepleiemodell, og det gjør betydningen av å dele informasjon nokså vesentlig. Samtidig er det viktig å ta høyde for at kjennskapet til pasientene også kan inneholde elementer som ikke nødvendigvis skal deles.

Prosjektgruppen har ikke gjort en systematisk registrering av den skriftlige dokumentasjonen i etterkant av inntakssamtalen. Ettersom to av medlemmene i prosjektgruppen arbeider klinisk, har de likevel dannet seg et inntrykk som tilsier at dokumentasjonen ikke alltid er særlig mer utfyllende enn før praksisutviklings- prosjektet startet. Prosjektsykepleierne har også registrert at sykepleiestudentene gir langt fyldigere muntlige rapporter etter at de har hatt inntakssamtale med pasientene. Det skorter imidlertid en del på den skriftlige delen. Usikkerhet om hvor mye som skal dokumenteres kan ses i sammenheng med hva som praktiseres i avdelingen. Studentene kan også oppleve at det kjennskapet de får til pasientene i løpet av inntakssamtalen kan gjøre at de føler seg bedre i stand til å ivareta sykepleie til pasienten, men uten at dette medfører at resten av gruppen får del i den samme kunnskapen. Det samme kan selvsagt gjelde resten av personalgruppen. Dette kan kanskje ses i sammenheng med undersøkelsen til Dahl et.al (2008) hvor det kom fram mangler når det gjaldt dokumentasjon av pasientens subjektive oppfatning av situasjonen, til tross for at dette var omtalt i samtalen mellom sykepleier og pasient.

Prosjektgruppen har diskutert hvorvidt spørsmålet om dokumentasjonen er blitt annerledes, har vært et uklart spørsmål. Spørsmålet ble oversatt fra svensk (formulert av A. Löfmark). ”Har genomförandet av inkomstsamtal medfört att dokumentationen blivit annorlunda? Ja, nej. Om ja, hur?” . Vi oversatte ”annorlunda” med annerledes og hadde gjerne en egen tolkning av at ”annerledes” ville angi mengde eller et bedre grunnlag for dokumentasjon, og at sykepleiedokumentasjonen dermed ville få et ”løft”. Noen av svarene vi fikk viser en slik tendens, men dette er langt fra et fellestrekk.

”Ting blir dokumentert skikkelig fordi en vet hva en skal dokumentere, i stedet for f.eks. slurv på GI-arket”

I oppstarten av praksisutviklingsprosjektet ble romforholdene i avdelingen problematisert. Prosjektgruppen tenkte at dette kunne være et motargument til det å ha inntakssamtale. Derfor spurte vi om hvor inntakssamtalen ble gjennomført. Både studenter og pleiepersonalet gjennomfører de fleste inntakssamtalene på pasientens rom. Som oftest deler pasienten rom med andre, og da legges det til rette for mest mulig skjerming. Inntakssamtalen krever både ro og mulighet for å snakke uten at andre hører. Spørsmålet i forhold til hvor samtalen ble holdt var åpent. Ingen av informantene svarte at romforhold ikke tillot inntakssamtale. Det tolker prosjektgruppen som at eksisterende romforhold ikke har vært en hindring. Det som imidlertid har vanskeliggjort gjennomføring av inntakssamtalen

har vært manglende tid, at pasientene har vært for dårlige eller urolige på grunn av kognitive endringer. Dette kom fram når vi spurte om informantene hadde opplevd noen vanskeligheter i forbindelse med inntakssamtalene.

Å føre en samtale krever at en har gode kommunikasjonsferdigheter. Åpne kontra lukkede spørsmål vil farge samtalen. Studentene svarte at de var veldig opptatt av at dette skulle være en samtale og ikke et intervju. De har ofte bedre tid til rådighet enn personalet ellers, og kan derfor la pasientene få fortelle. Men personalet var også opptatt av hvordan de innledet samtalen. Både småprat og å vise interesse var viktig. Dette kan kanskje ses i sammenheng med Erikssons forskning om at helbredelse og velvære er vevd tett sammen (sitert i Dahl et al., 2008 s.23). Videre kom det fram at å starte samtalen med å spørre om hvordan pasienten har det og hvordan hans "hjemlige" situasjon er, kunne være lurt. Poenget var å starte med det som pasienten lett kunne snakke om. Et annet aspekt var å gi pasienten anledning til å bli kjent med pleieren. Dette ble ikke utdypet. Vi vet at i et pleier-pasient forhold vil det alltid være en asymmetri når det gjelder kjennskap. Samtidig kan det å vise interesse, lytte, vennlighet og åpenhet fortelle pasienten noe om den personen han har foran seg. I slike sammenhenger dannes gjerne grunnlag for tillit, og det kan oppstå en god relasjon mellom pasient og pleier.

De fleste sykepleieoppgaver krever en eller annen form for forberedelser derfor spurte vi også om studentene og sykepleiere/hjelpepleiere forberedte seg til inntakssamtalen. Her svarte de fleste at de gjerne leste gjennom andre papirer med opplysninger om pasienten. Dette ble gjort for å danne seg et bilde av hva som kanskje måtte vektlegges i samtalen, og for å unngå å spørre om ting som allerede var besvart. Forberedelsen hadde også til hensikt å vite så mye om pasienten at en var i stand til å svare på ulike spørsmål om hans tilstand.

I studien til Jones (2007) kom det fram at pasientene ikke ble fortalt eller informert om at det ville bli holdt en inntakssamtale. Det gjorde at sykepleieren hadde et fortrinn i samtalen ved at de var forberedt mens pasientene ble på sett og vis litt overrumplet. Dette burde prosjektgruppen vært mer oppmerksom på i spørsmålsstillingen om hvorvidt pasientene ble informert om hensikten med inntakssamtalen. De fleste av både studenter og pleiepersonell gjorde det, men spørsmålet rommer ikke pasientens mulighet for forberedelse.

På spørsmål om informanten syntes at pasientene fikk mulighet til nå beskrive hvordan de ser på situasjonen sin, svarte et flertall ja. Dette spørsmålet kan også knyttes til hvorvidt dokumentasjonen er blitt ”annerledes”. Våre observasjoner tilsier at det fortsatt er sparsomt med dokumentasjon vedrørende dette på G1 og G2-arket.

Avslutning

Prosjektgruppen konkluderer med at inkomstsamtale er noe de som deltok er positive til og ser at de har stort utbytte av. Resultatet av undersøkelsen er viktig å dele med personalgruppen slik at de også kan få del i hverandres beskrivelser. Kanskje kan det gi et enda bredere perspektiv for den enkelte og inspirere og motivere til fortsatt å prioritere inkomstsamtale som en viktig sykepleieoppgave.

På tross av dette må vi erkjenne at det også har vært mer likegyldige holdninger blant personalgruppen. De to gruppene som enten har hatt pilotpersoner eller en felles forståelse ved oppstart av gruppen, har trolig lyktes best. Personalet ble inspirert av hverandre og en kunne se at både sykepleiere og hjelpepleiere ble gode på dokumentasjon etter en inkomstsamtale. For å gjøre en god inkomstsamtale, skrive ned og bruke opplysningene på en hensiktsmessig måte, er det avgjørende hvilken holdning en har til dette.

Prosjektgruppen burde nok ha utfordret noen til å være pilotpersoner på alle gruppene. Det hadde gitt et likere utgangspunkt for selve inkomstsamtalen og hadde muligens også hatt noe å si for svarene på undersøkelsen.

Noen utsagn fra informantene skal få oppsummere betydningen av inkomstsamtalen:

- *Pasienten får sykepleie preget av kvalitet og kontinuitet*
- *Viktig for tverrfaglig samarbeid*
- *Vurderingsgrunnlag ved utreise*
- *Vi får informasjon tidlig i forløpet i stedet for at det dukker opp nye ting nå og da*

Har så praksisutviklingsprosjektet bidratt til å forbedre sykepleiepraksisen i avdelingen slik at det gir gode læresituasjoner for studentene og kommer også pasientene til gode?

Prosjektgruppen mener med bakgrunn i svarene på spørreskjemaet å si at mottak av nye pasienter er blitt bedre. Det gjenstår enda en del når det gjelder dokumentasjon, derfor må dette ha fokus videre. Studentene gir uttrykk for at innkomstsamtale er en viktig oppgave. Viktige oppgaver har som oftest et stort læringspotensiale i seg. Det har ikke vært prosjektgruppens intensjon å undersøke hva pasientene opplever. Inntrykk fra dem formidles likevel gjennom pleiepersonalets og studentenes erfaringer. Erfaringene er i stor grad positive.

Referanser

- Dahl, K., Julnes, S. & Vatne, S. (2008). Den glemte anamnesen... Er det samsvar mellom pasientens opplevelse av egen historie og sykepleierens dokumentasjon i den elektroniske pasientjournalen? *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(4), 16-27.
- Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. 2. juli 1999 nr. 64.*
- Helsetilsynet. (2005). *Rapport fra tilsyn ved Nordlandssykehuset Bodø somatikk, avdeling for indremedisin og hudsykdommer.* Oslo: Helsetilsynet.
- Jones, A. (2007). Admitting hospital patients: A quality study of an everyday nursing task. *Nursing Inquiry* 2007, 14(3), 213-223.
- Langeland, A. A. F. (2005, in press). Prosjektplan, prosjekt studentdrevet sengeavsnitt, samarbeidsprosjekt Høgskolen Stord/Haugesund og Helse Fonna. Stord: Høgskolen Stord/Haugesund.
- Lave, J., Wenger, E., (2003). *Situert læring - og andre tekster.* København: Hans Reizels Forlag
- Meløe, J. (1989). Notater i vitenskapsteori. I: J. Meløe, *Vitenskapsteori – tre artikler av Jacob Meløe.* Bodø: Profesjonshøgskolen, Senter for praktisk kunnskap.
- Molander, B. (1993). *Kunnskap i handling.* Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB
- NIFU, (2004). *Utdrag frå OECD's "Frascati Manual" i norsk oversettelse.* Hentet fra <http://www.nifustep.no>
- Pasientrettighetsloven. *Lov om pasientrettigheter 2. juli 1999 nr. 63.*
- Skaug, I.-A., & Dahl Andersen, I. (2005). Beslutningsprosesser i sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*, (s. 185-214). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sykepleiefaglig veiledning for kontaktsykepleiere

Et samarbeidsprosjekt mellom

Høgskolen Stord/Haugesund og Helse Fonna, Haugesund sjukehus

Gunn Marit Bakken Koldal, Liv Marie Aursland og Rebecca Hoff

Et overordnet mål for alle praksisutviklingsprosjektene er å utvikle praksisstudier for studentene. Prosjektfokusert vårt har vært å legge til rette veiledning for kontaktsykepleiere ved studentposten ved kirurgisk avdeling ved Haugesund sjukehus, med fokus på deres veiledning av studenter og på deres arbeid og ansvar for pasientsituasjoner.

Det er mange studenter samtidig i studentposten, 8-10 norske og 2-3 engelskspråklige studenter mer eller mindre kontinuerlig i posten, utenom ferieperioder. Å ha en kontinuerlig veilederfunksjon er krevende over tid. Vi har grepet fatt i dette prosjektet ettersom vi har sett et behov for at kontaktsykepleiere får delta i veiledningsgruppe.

Fra 2005 da studentposten startet opp, har oppmerksomheten vært rettet mot studenter og deres læring i praktiske studier. Skal studentposten være et attraktivt sted for sykepleierne å arbeide i fremtiden, må konkrete tiltak gjennomføres, engasjementet må vedlikeholdes og ivaretas. Å starte veiledningsgrupper som går over et visst tidsrom hvor sykepleierne blir hørt og sett, er et av flere mulige tiltak. De trenger en arena for å kunne snakke om sin veiledning av studenter og det som utfordrer dem i hverdagen. Via systematisk veiledning kan de få bekreftelse og /eller mulighet til å endre kurs dersom det er nødvendig.

Intensjonen med sykepleiefaglig veiledning er å bevisstgjøre sykepleierne på eget fag og den pedagogiske innfallsvinkelen som brukes både til pasient/pårørende og i veiledning av studenter. Regelmessige gruppesamlinger med veiledning er et sted hvor kontaktsykepleierne tar opp ulike situasjoner som de er opptatt av. Veiledningen de får har som mål å styrke kvaliteten på læresituasjoner for studentene i posten.

Veiledning er en systematisk faglig og personlig læringsprosess hvor kunnskap, erfaring og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse (Teslo, 2006). Veiledning i grupper legger til rette anledning å forstå prosesser som ligger bak forskjellige handlinger, og gir mulighet til å reflektere over forholdet mellom kunnskap, handling og praksis (ibid).

Veiledningens innhold har vært todelt; *det første* er veiledningssituasjoner kontaktsykepleiere er i og de oppgaver dette innebærer. *Det andre* er tradisjonelt sykepleiefaglig veiledning som det også er naturlig å åpne opp for. Det vi har ønsket å styrke med prosjektet er å heve kontaktsykepleierens veiledningskompetanse for veiledning av studenter, å styrke og stimulere til videre vekst og læring hos kontaktsykepleierne, og fremme og styrke samarbeidet mellom høgskolen og praksisplassen. Dette siste er også et mål med praksisutviklingsprosjektene.

Det andre området var å involvere studentene i prosjektet. Det ble lagt planer for hvilke læresituasjoner vi så for oss kunne ha betydning. I tidsrommet når kontaktsykepleierne mottok veiledning, fikk studentene tildelt mer ansvar. Sammen med studentansvarlig sykepleier og aktuell sykepleier i posten har studentene gjennomført inntakssamtaler, dokumentert, utført andre aktuelle prosedyrer samt forefallende arbeid som er nødvendig for drift av en avdeling.

Noe av arbeidet i studentposten har vært å prøve ut nye retninger og arbeidsmåter for å forbedre studentenes praksiserfaringer. Oppstarten med veiledningsgruppe for kontaktsykepleiere var en helt ny ordning på Haugesund sykehus. Ingen andre avdelinger eller kontaktsykepleiere på denne institusjonen har tidligere fått tilbud om å gå i veiledningsgruppe knyttet til studentveiledning, dette er et pionerarbeid så langt.

Prosjektorganisering

Å starte med veiledningsgruppe var i utgangspunktet et ønske fra sykepleierne på praksisplassen, i tillegg ytret seksjonsleder ønske om å få det gjennomført. Ettersom det siden 2005 har vært stor studenttetthet i avdelingen, med de utfordringer det er for den enkelte sykepleier, var nå tiden inne til å gi et løft til kontaktsykepleierne. Ønske og målet for avdelingen er at det hvert semester skal gjennomføres at en gruppe sykepleiere deltar i veiledningsgruppe. Et slikt tilbud kan gi rekruttering av sykepleiere til studentposten i tillegg til å opprettholde engasjementet for faget og for veiledning av studenter. Å ha omtanke for den kompetanse som finnes hos erfarne sykepleiere som har vært ansatt over tid, er et viktig område å ivareta, tenker vi. En av forutsetningene for å få gjennomført prosjektet, var at deltakerne i gruppen fikk avspasere når de kom på veiledning på fritiden. En annen var at det kunne stilles til disposisjon veileder med formell utdanning.

Prosjektgruppen har bestått av to sykepleiere fra studentposten, kontaktsykepleier Rebecca Hoff og studentansvarlig sykepleier Liv Marie Aursland, og en lærer fra høgskolen, Gunn Marit Bakken Koldal. Alle i prosjektgruppen har erfaring med og interesse for veiledning, og de ønsket å være med å videreutvikle en god praksisplass for studentene. De ble anbefalt og utvalgt av seksjonsleder til å delta i prosjektet. De har i hovedsak organisert gjennomføringen av prosjektet med praktiske ordninger, informasjon og delaktighet i veiledning av studenter når selve veiledningsgruppen har hatt sine samlinger med veileder. Lærer har hatt 20 % til å jobbe med praksisutviklingsprosjekt, og sykepleierne har fått 5 % av sin arbeidsgiver til å delta i prosjektet og 5 % fra høgskolens praksismidler. Med støtte i praksismidlene ble det lagt inn i prosjektet en studietur til Høgskolen i Gjøvik, som har erfaringer med veiledningsgrupper.

Prosjektets siktemål

Prosjektet har som mål å styrke kontaktsykepleiernes veiledningskompetanse og styrke og stimulere til videre vekst og læring. Studentenes involvering i prosjektet er å delta aktivt som ”sykepleiere” den tiden sykepleierne deltar i veiledningsgruppe. En antar at å øke kontaktsykepleieres veiledningskompetanse vil ha verdi for studenters læring på sikt. I tillegg antas det at sykepleiefaglig veiledning bidrar til økt sykepleiefaglig bevissthet hos kontaktsykepleierne og kan forebygge trøtthetssymptomer.

Teoretiske perspektiv om veiledning

Kunnskapen som finnes om veiledning i dag er stor. Veiledning er en samtale mellom en eller flere personer. Samtalen foregår som regel i en institusjon og er ofte en del av utdanning eller arbeid. Veiledning blir preget av de rammene den foregår innenfor, kulturen, tradisjoner og samspill mellom deltakerne. Veilederen har en pedagogisk oppgave og skal sørge for læring hos klientene (Skagen, 2004). Et sentralt kjennetegn ved veiledning som Skagen (2004) skriver om, er at veiledning er kontekstfølsom. Det vil si at veiledning søker samtale med de personene, den kulturen og de betingelsene som den møter. Det andre sentrale kjennetegnet er at veiledning er dialogisk og forutsetter samtale. Uten en samtale mellom to eller en gruppe personer, eksisterer ikke veiledning. En måte å si det på er at veiledning er en dialogisk virksomhet som settes i gang med en pedagogisk hensikt. Veiledning skal føre til at den som blir veiledet kommer til klarhet i et saksforhold, kommer i vei med å løse et problem og får ny kunnskap (Skagen, 2004). Et vesentlig moment ved veiledning er at denne virksomheten består både av et saksforhold og av en relasjon. I saksforholdet blir et tema utdypet og undersøkt, og dette saksforholdet eller temaet bestemmes ofte av konteksten.

Relasjonene mellom veileder og den som får veiledning, har med tillit og kontakt å gjøre. Hvis ikke den nødvendige tilliten er til stede, vil samtalen lide under dette. God veiledning er avhengig av god bearbeidelse av saksforholdet og en god relasjon. Skagen (2004) mener at veiledning defineres som en dialogisk virksomhet som foregår i en sosial, kulturell og historisk sammenheng. Det er arbeidsplassene som definerer og setter grenser for veiledningens form og innhold. Det er stor forskjell på veiledning alt etter hvor den foregår.

Veiledning av studenter er noe annet enn veiledning av kontaktsykepleiere og kollegaer, og veilederen må vokte seg for ikke å bli en bedreviter som skal påføre andre forandringer i deres situasjon. Samtidig er det ifølge Skagen (2004) viktig å ikke late som om det er likhet mellom veileder og den som får veiledning. I samtaler mellom kollegaer eller voksne mennesker bør hjelperollen være underordnet.

Ved å arbeide med refleksjon som er læringsorientert vil studentens og kontaktsykepleiers rolle ved sykepleiefaglig veiledning være et redskap for bevisstgjøring. I sykepleierutdanningen er refleksjon en metode som er anerkjent og mye brukt for å knytte teori og praksis sammen (Bie, 2007). Gjennom refleksjon blir man bevisst i forhold til samhandling med pasienter, kollegaer og i forhold til veiledning av studenter.(Bie, 2007) Begrepet refleksjon betyr avspeiling (Teslo, 2006). Refleksjon dreier seg om en egenskap hvor man forholder seg både til seg selv og til andre.

Refleksjon er mer enn å samtale om noe. Det er en prosess som gjør en i stand til å oppdage og å lære. Det er en bevisst søkning etter forståelse. Refleksjon som gjøres i forbindelse med veiledning mellom kontaktsykepleier og student, er en viktig del av studentens praksis i prosjektposten og den sykepleiestudentene og kontaktsykepleier utfører.

Gjennomføring av prosjektet

Før vi kunne starte opp med veiledningsgruppen, ble det arbeidet med rammene for gjennomføringen. Det er etablert et fast rom hvor veiledningssamlingene foregår. Rommet ligger utenfor avdelingen, slik at det ikke skal bli noen forstyrrelser underveis. Alle veiledningssamlingene ble fastsatt med dato og tidspunkt før vi startet opp høsten 2009, på samme måte for våren 2010. På denne måten ville vi sikre god kontinuitet i gruppen.

Det var på forhånd avklart med leder at deltakerne kunne gå fra avdelingen for å delta på gruppesamlingene. Kontaktsykepleiere som kommer på samlingene på fritiden, får avspasering for dette. Det er viktig at deltakerne i gruppen skal kunne gå fra avdelingen i visshet om at pasientene blir godt ivaretatt i den tiden de er borte. Derfor så vi det som viktig at resten av personalet i avdelingen var godt informert om prosjektet. For å sikre oss at alle fikk god informasjon, valgte vi å informere om prosjektet både på et personalmøte og på to kursdager i avdelingen.

Studentene, sammen med studentansvarlig sykepleier og aktuell sykepleier som er med i prosjektet, har overtatt ansvaret for pasientene i det tidsrommet kontaktsykepleierne deltok i veiledning. Det er mange aktuelle læresituasjoner for studentene i det tidsrommet.

Læresituasjoner er inntakssamtaler med nye pasienter, sykepleiedokumentasjon, forberedelse til utreise (også med ulik kontakt knyttet til samarbeidsavtalene med kommunene), forberede og trygge pasienter før operasjon samt postoperative observasjoner. Mobilisering av nyopererte pasienter sammen med fysioterapeut foregår også i dette tidsrommet. Den kombinerte rollen ”student og samtidig en del av personalet” er i tråd med Prosjektpostens/studentposten sin intensjon (Langeland, 2005).

Studentene har ved praksisperiodens start blitt informert om prosjektet, og om hvilken rolle de skulle ha i det. Videre informerte studentansvarlig sykepleier det øvrige personalet om morgenen de dagene det skulle være veiledningssamling, slik at både studenter og øvrig personale kunne planlegge oppgaver for studentene senere på dagen. Det er av betydning at studentene er godt forberedt for at de skal se nytteverdi og oppleve læring ved å ta økt ansvar for pasientene. Samtidig har det vært viktig at de ikke følte seg utrygge i situasjonen, og derfor fikk de god oppfølging av studentansvarlig sykepleier og sykepleier i prosjektet. Turnusen ble lagt opp slik at det er flere studenter på dagvakt de dagene det skal være veiledningssamling, datoene er merket med rosa farge for å understreke og minne på, og studentene måtte ha gode grunner for å få byttet bort disse vaktene.

Erfaringer fra arbeidet i veiledningsgruppen

Seks sykepleiere deltok i veiledningsgruppen. Samtlige har lang erfaring fra ortopedisk sykepleie, to i 100 % stilling og fire i 75 % stilling.

Kontrakt for veiledningsgruppen ble skrevet i første samling. Denne innbefattet taushetsplikten om det som snakkes om i gruppen. Videre ble det enighet om skriftlig referat fra gruppesamlingene som leses opp i starten av hvert møte, muligheter for kommentarer til dette. Den enkelte deltaker skulle skrive sin logg for hver gang, ut fra en mal bestående av tema, tanker, refleksjoner og hva de hadde lært. Veiledning skal føre til at den som blir veiledet kommer til klarhet i et saksforhold, kommer i vei med å løse et problem og får ny kunnskap. Et vesentlig moment ved veiledning er at denne virksomheten består både av et saksforhold og av en relasjon. I saksforholdet blir et tema utdypet og undersøkt, og dette saksforholdet eller temaet bestemmes ofte av konteksten (Skagen, 2004).

Måten vi snakker til hverandre på og gruppemiljøet generelt har betydning for om det er støttende og trygt å delta. Veileder understreket betydningen av at miljøet må bære preg av å ”ville den andre noe godt”, samtidig er det nødvendig med utfordringer. ”Hvorfor spørsmål” kan virke provoserende og bør unngås. Det skulle gå på rundgang hvem som skulle presentere situasjon eller situasjoner, dette ble bestemt for hver gang slik at forberedelse ble sikret. Den som legger frem situasjonen får ha ordet en stund, veileder kommer etter hvert inn med spørsmål og innspill, deretter kommer gruppen på banen med sine tanker, refleksjoner og utfordringer. Veileder skulle ta seg av aktuell litteratur som kunne deles ut og anbefales. Å ha drikke med seg i gruppen var greit, ikke spising.

Kontrakten i veiledningsgruppen har fungert godt, og det har vært godt fremmøte på samlingene, kun sykdom og ferieavvikling har utgjort fravær. På slutten av våren ble det 50 % frafall på den ene samlingen, og kun en gang erfarte vi frafall pga problemer med å gå fra avdelingen, dette gjaldt en av deltakerne.

Innholdet har vært ulike sykepleiefaglige problemstillinger, eksempelvis ansvarsområder og organisering av sykepleien. Aktuelle spørsmålsstillinger rundt studentveiledning har vært

- hvordan det kan legges bedre til rette for at studenten kan få mer ansvar i avdelingen
- hvordan legge til rette for mer selvstendighet?
- hvordan kan kontaktsykepleier stille de gode spørsmålene for å utfordre og overbevise studenten om betydning av å ha fagkunnskaper, av å ha en plan for dagen og bli mer bevisste på egne behov for læring
- hvordan få den enkelte frem til målet via god veiledning

Kontaktsykepleierne delte gode erfaringer med hverandre i gruppen, og refleksjonen ble knyttet til å se på hvorfor det ble så vellykket. Andre situasjoner har vært utfordringer med studenter som står i fare for å få ”ikke bestått”. Kriterier for Bestått /Ikke bestått ble nøye gjennomgått og i tillegg deler av ”Læreplan for praktiske studier”.

Gruppeprosessen har vært produktiv. Det ble utarbeidet et skriv om hvilke saker som er sentrale å snakke om på den såkalte ”begynnersamtalen” som foregår første eller andre uken i praksisperioden. Det ble nedfelt skriftlig hvilke områder som skal formidles til studentene, ettersom det er ønskelig med noen av de samme forventningene fra kontaktsykepleierne. Videre føringer er å ha større fokus på det som studentene mestrer og bygge opp under det, samtidig mer bruk av ros. Når utviklingen i praksisperioden for studenten fungerer godt, er det viktig med gode tilbakemeldinger som kan være en viktig motivasjonskilde for studentenes videre arbeid til å yte enda mer.

Gruppeveileder skrev korte referater fra gruppesamlingene. Referatene ble presentert ved oppstarten av hver samling for å føre deltakerne inn i situasjonene som ble belyst forrige gang. Den som presenterte situasjonen fikk ordet umiddelbart etterpå, og fikk gitt uttrykk for ettertanke og refleksjon. Vi avtalte at alle skulle si noe om sitt etterarbeid og læring på det som ble tatt opp forrige gang.

Litteratur, sykepleiefaglige artikler, ble knyttet til temaene som var oppe til diskusjon. Første samling fikk deltakerne en artikkel om hvordan veiledning kunne påvirke sykepleiernes arbeidsglede, andre har vært knyttet til studentveiledning. En artikkel ble dvelt med ved utlevering, den omhandlet en studie som ble utført blant sykepleiestudenter i Helse Fonna hvor en så på erfaringer med ulike praksismodeller (Råheim og Torkildsen, 2009): Studentpostmodellen, modellen med studentansvarlig og modellen med bare kontaktsykepleiere. Denne studien ble ekstra meningsfull ettersom den var utført på den aktuelle institusjonen og på sykepleiernes egen avdeling. Den siste artikkelen ble utdelt på siste gruppesamling (Holmsen, 2010), ”Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis?” Artiklene ble i liten grad diskutert i etterkant, det berodde mest på veileder som ikke la opp til det, samtidig er her et ubrukt potensial for utvikling.

Evaluering av prosjektet

I januar 2010 ble det gjennomført skriftlig evaluering fra deltakerne i veiledningsgruppen. Evalueringsverktøyet som ble utarbeidet er et spørreskjema som er inspirert og utarbeidet med hjelp av resultater fra en kvalitativ studie av Danielsson et al (2009). Studien beskriver hvordan kontaktsykepleiere oppfatter det å delta i gruppeveiledning.

Evalueringen ble gjennomført samme uken som den siste avtalte veiledningsgruppesamlingen i januar. Spørreskjema ble delt ut, besvart anonymt og levert i lukket konvolutt til seksjonsleder sitt kontor innen en fast dato. Det var kun mulig å få inn seks evalueringsskjema ettersom det var det totale antall deltakere som går i veiledning. Oppsummering i etterkant var overkommelig i forhold til arbeidsmengde. Evalueringsskjemaet bestod av 11 spørsmål. Tre avkryssningsspørsmål med underpunkter hvor gradering av stemmer helt og stemmer ikke var mulig. Resten var åpne spørsmål og til slutt mulighet for ”andre kommentarer”.

Studentene fikk evaluere hvordan deres involvering hadde vært i den 1,5 timen deres kontaktsykepleier deltok i veiledning. Dette ble kombinert med den ordinære evalueringen de utfører på slutten av en praksisperiode. Det utgjorde ca to ganger for studentene i løpet av en åtte ukers periode. Det ble også ført logg over situasjoner vi erfarte og spontane uttrykk som kom frem i prosjektiden, systematikken i loggføring har vært sporadisk.

Oppsummering, evaluering fra kontaktsykepleiere

Alle kontaktsykepleierne mente at å skape tillit og trygghet er deler som inngår i oppgaven som kontaktsykepleier, og de fleste syntes det var viktig å undervise studentene. I prosjektet *Veiledning og læring i en sykehusavdeling* (Koldal, 2008) sier studentene at det som påvirker deres læring er at de kjente seg trygge og at det er et godt tillitsforhold til kontaktsykepleier. Det samme kommer frem i en studie publisert i 2009 av Råheim og Thorkildsen hvor en ser på hva som betyr noe for læring i praktiske studier. I disse fra samme studentpost, ser vi at det er sammenfallende resultater. Studentene mener det er viktig at de er trygge, og i oppsummeringen fra dette praksisutviklingsprosjektet kommer det også frem at kontaktsykepleierne mener at å skape trygghet og tillit er viktig i kontaktsykepleierrollen.

Vi har som sykepleiere ofte tradisjoner for å gi studentene svaret, mens utfordringen blir gjerne heller å kontrollere og etterspørre studentenes kunnskaper, noe de fleste kontaktsykepleierne så på som en viktig oppgave. Å fokusere på studentenes mål har fått minst oppmerksomhet fra deltakerne. De fleste syntes at rollen som kontaktsykepleier gir dem egen personlig utvikling, og de fleste oppgir også muligheten til å følge studentens utvikling som viktig. Ikke alle følte seg like mye sett og bekreftet i gruppen.

På spørsmålet om en kjente seg ensomme i rollen, gir noen uttrykk for at det føler de. To svarer at de *ikke føler seg ensomme* etter å ha gått i veiledningsgruppen. En svarte at ”*en får utviklet gode holdninger, være et godt eksempel og oppdatere kunnskaper*”.

Samtlige kontaktsykepleiere synes det er viktig å være en god veileder, å få tid til det som er viktigst og å spørre studenter. Det kan se ut som om kontaktsykepleierne etterspør et forum hvor en reflekterer sammen. Ved å ha deltatt i veiledningsgruppen har påvirkningen blitt at en

”ønsker å være en god veileder (men tiden strekker ikke alltid til)”, ”bevisstgjøring på å utfordre studentene i læresituasjoner og at en har fått innspill og mulighet for å diskutere relevante hendelser med deltakerne i gruppen”.

I prosjektplanens målformuleringer ble det uttrykt:

- Forebygge ”utbrenning” og trøtthetssymptomer hos kontaktsykepleierne
- Styrke kontaktsykepleierens veiledningskompetanse knyttet opp mot veiledning av studenter
- Styrke og stimulerer til videre vekst og læring hos kontaktsykepleierne
- Fremme og styrke samarbeidet mellom HSH og praksisplassen

Målet for prosjektet er oppnådd på minst to av punktene, det kommenteres nemlig: ”*viktig med veiledning for å forebygge utbrenthet både som sykepleier og veileder*”, ”*Inspirasjon og faglig input i en travel hverdag, det høyner kvaliteten på eget arbeide*” Med disse utsagnene styrkes troen på at kvaliteten på læresituasjonene er øket for studentene i posten.

Evaluering fra studenter

Studentene fikk i sin skriftlige evaluering av praksisperioden også anledning til å gi tilbakemelding på involveringen i prosjektet, tidspunktet det dreide seg om var 1,5 time hvor kontaktsykepleierne gikk fra avdelingen for å delta. Dette skulle vise seg å være uproblematisk for dem, de hadde sine oppgaver å ivareta og merket i liten grad at det egentlig var noen forskjell på disse dagene kontra en vanlig formiddagsvakt. De hadde en sykepleier å forholde seg til og da opplevde de det greit. Svarene fra studentenes evaluering gikk mer i retning av at de ”*merket ikke så mye til det*”, ”*hadde ikke vært på vakt da*”, og ellers ”*greit nok*”.

Tilbakemeldinger fra studenter har vært spontane uttrykk som er ført i logg. Uttrykk som

- *”jeg er så fornøyd med kontaktsykepleieren min. Hun utfordrer meg, stiller spørsmål og ber meg si hvilke observasjoner jeg må tenke på før jeg går inn til pasientene”.*

En annen uttrykker,

- *”jeg får små lekser til dagen etterpå som jeg skal være forberedt på, dette lærer jeg mye av”.*

- *”Sykepleierne er opptatt av at vi studentene skal lære, de spør alltid om vi vil være med på ulike ting som dukker opp selv om det er på en annen gruppe, en venflon, et sårskift de tar oss med på mye”.*

Evaluering fra studentansvarlig

Studentansvarlig har ikke opplevd denne perioden som problematisk, det har ikke kommet frem kommentarer fra verken studenter eller pleiepersonalet om vansker ved at kontaktsykepleiere uteble fra avdelingen i 1,5 time. Studenter og det øvrige pleiepersonalet har dekket godt opp og bidratt i avdelingen den tiden veiledningen pågikk. Studentene har ikke alltid fått spesifikke oppgaver, noen dager ble det vanlig drift, de utførte det som ellers blir gjort av pasientarbeid på dette aktuelle tidspunktet.

Underveis har vi sett at vi kunne ha planlagt disse dagene i avdelingen enda bedre. Det har vært slik at kun en av sykepleierne i prosjektgruppen har vært til stede de dagene det har vært veiledning, vi tror det kan være en fordel at begge to er tilstede. Sammen med studentene kan det legges enda bedre planer for hvilke oppgaver de kan utføre i det aktuelle tidsrommet, og de kan få en større opplevelse av å overta ansvar og være medberegnet. Studenten trenger påminning om de aktuelle dagene, og de trenger en del hjelp og veiledning til å planlegge oppgavene på en god måte. Vårt inntrykk er allikevel at studentene opplevde læring og vekst ved å ta økt ansvar.

Studentansvarlig sykepleier har erfart og observert synlige og hørbare endringer i måten å veilede på hos kontaktsykepleierne. De stiller mere krav til studentene, de utfordrer mer på blant annet spørsmål, på planlegging og gjennomføring og de gir konstruktive tilbakemeldinger.

Effekter, visjoner

Et sentralt spørsmål er på hvilken måte vårt utviklingsprosjekt har øket kvaliteten på studentveiledningen? Når en mottar systematisk veiledning ”såes” det oftest noe som gror, det er en prosess som går over tid, og en ser gjerne resultater blir til etter hvert. En av kontaktsykepleierne uttrykte spontant at hun hadde bestemt seg for at *”denne gangen gir jeg alt som veileder”*. I utsagnet ligger det et stort faglig- og personlig utviklingspotensial når det gjelder studentveiledning. En annen belyser hvordan hun har brukt *refleksjon før, under og etter handling* gjennom veiledningen til studentene, og understreker refleksjonen etter handling hvor sammenhenger i sykepleiefaget gjerne oppdages. Spontane tilbakemeldinger på utførte oppgaver når en ser utvikling og vekst hos studentene er et annet eksempel på verdifull veiledning. Prosjekttiden har gitt oss et lite innblikk i om kontaktsykepleierne har opplevd heving av kompetanse innen det å veilede studenter i praktiske studier, resten gjenstår å se.

Gjennom veiledning kan kontaktsykepleier utvikle seg og blir mer bevisst på eget fag, det kan utvikles et engasjement som smitter over på studentene. Refleksjon rundt spørsmål om *hva var nyttig og ikke minst viktig å gjøre grep om, endringer i sykepleieintervensjonene som evt må gjøres*, er sentralt for en veileder i praktiske studier å belyse for studentene. Refleksjon dreier seg om en egenskap hvor man forholder seg både til seg selv og til andre. I en kirurgisk avdeling med høyt tempo og pasienten som hovedfokus, kan disse spørsmålene og refleksjonene bli satt til side. Via veiledningsgrupper kan dette løftes opp og få større fokus.

Kontaktsykepleiere kan gå trøtte og bli slitne når det foregår en kontinuerlig veiledning av studenter, det er få pauser i løpet av et år, og av den grunn mener vi i prosjektgruppen at det nettopp på denne avdelingen behøves veiledningsgrupper. Det har ikke vært tradisjon for sykepleiere på kirurgisk avdeling å delta i systematisk veiledning, kun de som har tatt *”klinisk stige.”* I tillegg har studentansvarlig sykepleier erfaring fra å motta veiledning, både gruppeveiledning og individuell fra en tidligere arbeidsgiver. Målet er til enhver tid å ha gode rollemodeller for studentene. Rollemodeller som stiller spørsmål, undrer seg, bekrefter og gir tilbakemeldinger til studentene på en konstruktiv måte. Via veiledningsgruppen får de øvd seg på å reflektere, øvd seg på undring, få enda større bevissthet på hva god sykepleie betyr for den syke pasient, for helsefremming og studentenes utvikling. Utfordringer for

kontaktskykepleiere er å ta tid til å formidle, ta tid til å bevisstgjøre for studenten, hva utførte vi nå? Hva kunne ha vært bedre? Hvilken kurs trenger du å endre?

At kontaktskykepleiere får gå i veiledning mener vi vil føre til økt kvalitet av studentveiledning, samtidig er det god ivaretagelse av kontaktskykepleiere. Det er både i HSH og Helse Fonna sin interesse å ha kontaktskykepleiere med god veiledningskompetanse. Det vil gi god kontinuitet med en fast stab som ivaretar funksjonen som kontaktskykepleier. Vi tror også at studentene vil få bedre veiledning når kontaktskykepleierne har økt bevissthet på studentenes læring, både med tanke på det pedagogiske opplegget og det som går på det rent sykepleiefaglige. Praksisfeltet vil også få en større forståelse av studentenes praktiske studier (studiekrav og læreplan). Veiledning vil føre til å lære seg kritiske refleksjoner over egen og andres praksis, man vil utvikle sterkere fagidentitet. Gjennom faglig veiledning med systematisk refleksjon vil det være vanskelig å unngå faglig og personlig selvutvikling for den enkelte, sier Teslo (2006).

Avslutning

Ved at seks kontaktskykepleiere har deltatt i systematisk veiledning syv ganger høsten 2009 og seks ganger våren 2010, har vi fått større fokus på kontaktskykepleierne. Sykepleierne har gjennom sin evaluering uttrykt at deltakelse i veiledningsgruppe har medført forandringer i deres måte å veilede studentene på. De ønsker å utfordre studenten fremover og etterspørre mer kunnskap, i tillegg vil de utfordre på å ta mer ansvar og å ha en plan for dagen. De fleste syntes at rollen som kontaktskykepleier gir dem egen personlig utvikling, og de fleste oppgir også muligheten til å følge studentens utvikling som viktig. At kontaktskykepleierne mener de i mindre grad blir sett og bekreftet, er en utfordring som prosjektgruppen må sette inn tiltak på.

Studentene har gitt tilbakemelding på at de har vært fornøyde med sine kontaktskykepleiere. De opplever å lære mye ved å bli utfordret og ved å slippe til med å gjøre oppgaver. Tilbakemeldingene har vært mer konkret og tydelig enn tidligere på *hva de er fornøyd med* og *hvorfor de er fornøyde med sine kontaktskykepleiere*. De har også uttrykt at det merkes i avdelingen at sykepleierne er vant med å veilede studenter.

Det en har merket seg spesielt på vårsemesteret 2010 er hvor synlig det har blitt med kontaktskykepleiernes utfordringer til studentene og hvor det spørres etter kunnskaper. Vi tror dette hjelper studentene å se sammenhenger i faget og gir en større grad av refleksjon. Ved at dette kommer så godt til syne, er det grunn til å tro at bearbeidelse av situasjoner og hendelser i veiledningsgruppen har kommet til nytte og gitt faglig utvikling knyttet til veiledning av studenter. Det antas også at via å motta veiledning har kontaktskykepleierne fått bekreftelse og støtte på ulike sider som gjør dem sikrere og tryggere i arbeidet med å være kontaktskykepleier.

Det er ulike modeller for å gi kontaktskykepleierne veiledning. Samarbeidsprosjektet mellom høgskolen i Haugesund og Helse Fonna er her hovedsakelig presentert, og litt av Gjøvik modellen som innbefatter ukentlig veiledning med kontaktskykepleierne. Det er på begge steder lagt til rette for at veiledning skal kunne gjennomføres og vi har gjort et forsøk på å heve kompetansen. Studentene i vårsemesteret har i større grad enn tidligere gitt gode tilbakemeldinger på læring og utvikling som de mener er i tråd med oppfølgingen de får av sine kontaktskykepleiere. Dette kan være et eksempel til etterfølgelse for andre avdelinger og institusjoner.

Referanser

- Bie, K. (2007). *Refleksjonshåndboken*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bjerkvold, M. P., Sørli, K. & Myhren, A. B. (2003). *Alternativ praksismodell for sykepleierstudenter- et samarbeidsprosjekt mellom HiG, AH og OSSG* (Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2003:6). Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Holmsen, T. L. (2010). Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden*, 30(1), 24-28.
- Koldal, G. M. B. (2008). *Veiledning og læring i en sykehusavdeling*. Prosjektrapport. Haugesund: Høgskolen Stord/Haugesund
- Langeland, A. A. F. (2005 in press). *Prosjekt studentdrevet sengeavsnitt, samarbeidsprosjekt Høgskolen Stord/Haugesund og Helse Fonna. Prosjektplan*. Stord: Høgskolen Stord/Haugesund.
- Torkildsen, K. & Råholm, M. B. (2009). The essence of professional competence experienced by Norwegian nurse students: A phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 183-188.
- Skagen, K. (2004). *I veiledningens landskap, innføring i veiledning og rådgiving*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Teslo, A. L. (2006). *Mangfold i faglig veiledning for helse - og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget

Underernæring hos eldre

Et samarbeidsprosjekt mellom

Høgskolen Stord/Haugesund og Stord Sjukeheim

Gurli Karin Tveit og Gunn Marit Nytrø

Stord Sjukeheim har utarbeidet retningslinjer og ernæringsprosedyrer i tråd med Helsedirektoratet sine anbefalinger, for å sikre tilstrekkelig ernæring og tilpasset hjelp ved måltider (2008). På bakgrunn av forskning, kunnskap og lokal informasjon om forekomsten av underernæring hos eldre i sykehjem, eller eldre som står i fare for å utvikle underernæring, ble det stilt spørsmål om alle pasientene ved Stord Sjukeheim fikk tilstrekkelig ernæring. Er de nevnte retningslinjene og ernæringsprosedyrene implementert i avdelingens rutiner?

Stord sjukeheim har 62 heldøgns plasser fordelt på tre ulike avdelinger: en skjermet avdeling for demenslidende, en somatisk avdeling for eldre med omfattende pleiebehov og en rehabiliteringsavdeling.

Det var et ønske fra institusjonens side om å finne ut hvordan ernærings situasjonen var for de eldre som bodde på sykehjemmet. I et notat fra Stord Sjukeheim (2008) skriver leder ved sykehjemmet blant annet følgende om ernærings situasjonen: *Lokalt har vi ein tradisjon med tider for måltider som gjer oss utrygge på om vi greier å tilby tilstrekkelig ernæring til brukarar i faresonen. God og tilstrekkelig ernæring kan forebyggje sjukdom, og auke velvære hos brukarane våre.*

Er matrutinene gode nok, rammene rundt måltidene, næringsinnholdet i maten og er måltidene fordelt tilfredsstillende nok utover døgnet? Dette var bakgrunnen for at det ble etablert et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen Stord/Haugesund og Stord sjukeheim med

det siktemål å sette fokus på ernæringsrutinene ved sykehjemmet og samtidig fremme samarbeid mellom høgskole og praksisfelt.

Fra høgskolens side var prosjektet interessant ut fra det at praksislæring ved sykehjem er sentralt i utdanningen. Studentene gjennomgår i alt seks praksisperioder á åtte uker i løpet av utdanningstiden, og det inngår praksisperioder ved sykehjem i hvert av de tre studieårene. Ett av kompetansemålene for praksis ved sykehjem er også at studentene skal delta i kartlegging og kvalitetsforbedrende tiltak. (Læreplan HSH, 2010). Ved gjennomføring av prosjektet var det tredje års studenter som deltok, sammen med sykepleiere ved sykehjemmet.

Underernæring

Underernæring defineres som mangel på energi og brukes som en fellesbetegnelse for pasienter som er tynne og magre, med eller uten vitamin – eller mineralmangel, og uansett årsak (Mowe m.fl., 2005). Betegnelsen avmagring brukes når en person går ned i vekt fordi matinntaket er for lavt. Når kosten ikke inneholder nødvendige næringsstoffer i tilstrekkelig mengde og kvalitet, eller når inntaket av bestemte næringsstoffer er for lavt, kalles det feilernæring (Kristoffersen, 2005). Symptomer på underernæring er vekttap og en kroppsvekt under det normale i forhold til høyde, kroppsbygning, alder og kjønn. Andre symptomer er tørr og blek hud, livløst hår og svimmelhet. Den perifere blodsirkulasjonen reduseres på grunn av økt motstand i perifere blodkar, noe som fører til økt risiko for sår og dårlig sårtilheling. Underernæring hos eldre gir økt fare for komplikasjoner og dødelighet, og er direkte relatert til redusert livskvalitet (Mowe m.fl., 2005).

Eldre i sykehjem har ofte en del fordøyelsesbesvær som kan føre til nedsatt appetitt og underernæring. Det kan for eksempel være tygge – og svelgproblem, munnsårhet og munntørrhet. Forskning viser at 30 – 60% av sykehjemspasienter har tygge – og svelgproblem noe som fører til at de spiser mindre og kan få ”panikk” i spisesituasjoner (Diagnosis and treatment, 2002, www.soofmeals.no) Bedre tilpassede måltider vil kunne bedre ernærings situasjonen for denne gruppen eldre.

Årsakene til underernæring hos eldre er ofte sammensatt og skyldes en kombinasjon av for lavt kalori- og proteininntak. Resultatet blir tap av både fett og muskelvev. Noen av risikofaktorene for utvikling av underernæring kan være redusert smaks- og luktesans, depresjon, demens, tannproblemer, svelgproblemer, somatisk sykdom og stort medisinforbruk. I forhold til eldre på sykehjem kan underernæring ofte skyldes en

kombinasjon av forhold som er knyttet til pasientens tilstand og sykdom, måltidene og miljøet (Kirkevold m.fl., 2008).

Alle helseinstitusjoner bør måle pasientenes/beboernes ernæringsstatus regelmessig. Sosial og helsedirektoratet anbefaler at alle pasienter i sykehus veies en gang i uken. Pasienter/beboere i syke- og aldershjem og institusjoner der pasienter oppholder seg i lengre tid, bør veies en gang i måneden. Men for særlig utsatte pasienter, kan ukentlig kontroll av vekt være nødvendig (Sortland, 2007/Helsedirektoratet, 2008).

Aktuelle forsknings- og utviklingsprosjekt om ernæring hos eldre

Underernæring i institusjon er veldokumentert de senere årene. Tall fra norske, nordiske og europeiske undersøkelser viser at forekomsten av underernæring i sykehus, sykehjem og hjemmebaserte tjenester varierer mellom 20-50%, avhengig av sykdoms- og aldersgrupper som er undersøkt. Underernæring er påvist hos 85% av innlagte i sykehjem (Mowe, 2002). Undersøkelser i Danmark har vist at hele 60% av de eldre er undervektige vurdert ut fra en kroppsmasseindeks på 24, som er den anbefalte nedre grensen for eldre (Kjeldsen, 2002). Blant hjemmeboende eldre som mottar hjemmesykepleie er 30% underernærte og 20% står i fare for å utvikle underernæring (Sørbye, 2003). Tiltak for å forebygge og behandle underernæring blir ofte ikke prioritert på grunn av mangel på kunnskap og ressurser (Sjøbø, 2007). I rapport fra Sosial og helsedirektoratet (2007), *"Ernæring i helsetjenesten"*, er utdanning og kompetanseheving for helsepersonell i ernæringsfaget et satsningsområde. Videre tiltak som er nedfelt i rapporten er iverksetting av regelmessig kartlegging av kosthold og ernæringsstatus og forekomst av underernæring hos brukere av pleie- og omsorgstjenestene. Måling, dokumentasjon og brukermedvirkning står sentralt her. Det kan blant annet innebære at pasientene/brukerne selv får velge tidspunkt for måltid og inntak av mat og drikke. Videre anbefales en kultur i institusjonene som støtter læring, samarbeid mellom utdanning, praksis og forskning. Prosjekt av denne typen vil derfor være i tråd med de anbefalte føringene fra helsedirektoratet (2007) og med strategiske satsninger innenfor både helseforetak og høgskolen.

Løvåsen sykehjem i Bergen har vært undervisningssykehjem siden oppstarten 1996. I perioden 2004–2006 gjennomførte dette sykehjemmet et prosjekt som het *"Ernæring og individuelt tilpasset ernæringstiltak"*. Initiativet til dette prosjektet kom fra pleiepersonalet. De var bekymret for, og opplevde at feilernæring kunne være usynlig i lang tid, og at det ikke

ble fanget opp før pasientens allmenntilstand var så nedsatt at det resulterte i sykdom. Det ble også pekt på at matens betydning for den enkeltes helse og trivsel gradvis har fått en ufortjent og lav status i helsevesenet. Resultatet fra dette prosjektet viser blant annet at en fullstendig evaluering av ernæringsstatus omfatter matinntak, biokjemiske data, kliniske undersøkelser, antropometriske data og psykososiale data. Det kommer her frem hvor viktig det er med et godt dokumentasjonssystem slik at en kan fange opp endringer i ernæringsstatus.

Lørenskog sykehjem hadde i 2008 et delprosjekt som het ”*Tidsriktig matservering*”. Dette prosjektet tar for seg eksakt hva pasienten får i seg av næring. Videre ble også kompetanseheving blant personalet vedrørende ernæring aktualisert i forhold til et bedre næringsinntak hos pasientene. Dette ble utført intervjuer med personalet før og etter kompetansehevingstiltakene ble innført. Pasientene ble også intervjuet tidlig og seint i prosjektet. De fikk spørsmål om de var tilfreds med blant annet tidspunktet mellom første og siste matservering. Konklusjonen på dette prosjektet er at verken kompetanseheving blant personalet eller tilfredsundersøkelse blant pasientene er nok til å avdekke om næringsinntaket til pasientene er tilstrekkelig. Det som ble avdekket i denne undersøkelsen er at gjennom nøyaktig loggføring av hva pasienten får i seg i en tre dagers periode (dette ble gjort tre ganger), var at pasientene fikk i seg for lite energi, fiber, vitamin D, kalsium og jern gjennom kosten (Lørenskog Sykehjem, 2008).

Vi vil også ta med at nyere undersøkelser av ernæringsstatus blant beboere på norske sykehjem viser at ca.30 % er underernært(pilotundersøkelse Halden sykehjem (upubliserte data). Dette samsvarer med tidligere nevnte utviklingsprosjekt. St. meld. nr. 25 (2005 – 2006) ”*Mestring, muligheter og mening*” omhandler fremtidens omsorgsutfordringer og hovedbrukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen skriver her at de ønsker å legge vekt på mat og måltider som en viktig del av omsorgstjenesten. De sier videre at mat er mer enn tilførsel av næring. Det er også smak, lukt, opplevelse og en sosial begivenhet. Det legges også vekt på valgmuligheter for pasientene. Dette innebærer av pasientene skal kunne velge mat fra en meny eller å være med på å bestemme hva slags mat som skal lages (op.cit.).

Prosjektgjennomføring

I samtale med koordinator for praksis og teamleder for studentene som var aktuell i arbeidet med å kartlegge ernæringsstatus hos de eldre på sjukeheimen, var det mest realistisk å starte med kartlegging høsten 2009.

For å kunne vurdere ernæringsstatus hos eldre pasienter/beboere er det vanlig å ta utgangspunkt i kostanamnese og intervju. I tillegg kommer det vi gjerne kaller antropometriske målinger som vekt, høyde, hudfoldtykkelse og måling av omkretsen av overarmen. Det mest brukte er høyde og vekt, der vektendring er den målstatusen som det er lettest å måle. I tillegg kan ernæringsstatus bedømmes ut i fra biokjemiske analyser (Sortland, 2007).

Ut i fra de ovenfor nevnte forhold, ble det i prosjektgruppen bestemt å utføre screening, på alle pasientene innenfor en tidsramme på to uker i løpet av to praksisperioder. Det ble utarbeidet et eget skjema, som i tillegg til screening av vekt med utregning av KMI (KMI = kg/m²) kunne gi et best mulig bilde av pasientene sin totale ernæringsstatus. Opplysningene her skulle brukes av institusjonen for å kunne iverksette tiltak i forhold til enkelte pasientens sin ernæringsstatus. Det ble kjøpt inn en spesiell vekt som også kunne brukes til sengeliggende pasienter.

Ved oppstart av praksis for kull 2007, ble det gitt informasjon i møte med sykepleiere og studenter. Det ble også sendt skriftlig informasjon til ansatte på alle avdelingene på institusjonen. Avdelingsledere og koordinator for studentene var viktige aktører i arbeidet med den praktiske gjennomføringen med å ivareta pasientenes sikkerhet, bruk av skjema og dokumentasjon.

Gjennomføringen av prosjektet fulgte følgende faser som planlagt;

Fase 1: Vårsemesteret 2009: Planleggingsfase; Arbeid med prosjektplan, arbeid med instrument/skjema for kartlegging og samarbeid om studentinvolvering og studiekraft. Deltakelse i gruppe for praksisutviklingsprosjekt HSH. Prosessevaluering /rapport.

Fase 2: Høstsemesteret 2009: Arbeid i prosjektgruppen, informasjonsmøter for ansatte ved institusjonen, Informasjon og praksisveiledning til studenter, Oppstart kartleggingsfase x 2 (2 praksisperioder) Prosessevaluering/Rapport , Fellesseminar for utviklingsprosjekt.

Fase 3: Vårsemesteret 2010:Analyse av resultat og framstilling/formidling av resultat mai/juni 2010. Evaluering og rapport

Fase 4 : Høstsemesteret 2010/Vår 2011:Implementering av rutiner for forebygging av underernæring hos eldre ved sjukeheimen.

Screening

Ut fra retningslinjene fra Helsedirektoratet (2008) og i tråd med Stord sjukeheim sin handlingsplan for å sikre tilstrekkelig ernæring (2008), skal alle pasienter kartlegges regelmessig. To studentgrupper deltok i prosjektet med gjennomføring av screening på alle avdelinger ved institusjonen. Anonymiserte data ble ivaretatt av prosjektsykepleier ansatt ved institusjonen. Prosjektansvarlig og prosjektsykepleier arbeidet videre med resultatene for å få et samlet resultat. Skjema som er benyttet i dette prosjektet er utarbeidet i samarbeid med prosjektgruppen og leder ved institusjonen.

Etiske aspekter

Ulike overveieleser og skjønnsmessige vurderinger ble utført av ansvarlig sykepleier og student for å vurdere og avgjøre hva som var forsvarlig i forhold til den enkelte pasientsituasjon. De eldre syke som bor på institusjon er ofte i en sårbar situasjon, der de er avhengig og prisgitt andres omsorg.

Studentene fikk erfaring med å ivareta og reflektere over etiske aspekter og lovverket i forhold til datainnsamling, behandling og oppbevaring av data. I tillegg til yrkesetiske retningslinjer, som beskriver sykepleierens profesjonsetikk og de forpliktelser som tilegger god utøvelse av sykepleie, var alle involverte i prosjektet forpliktet ut fra Pasientrettighetsloven (1999/2001) og Helsepersonelloven (1999/2001).

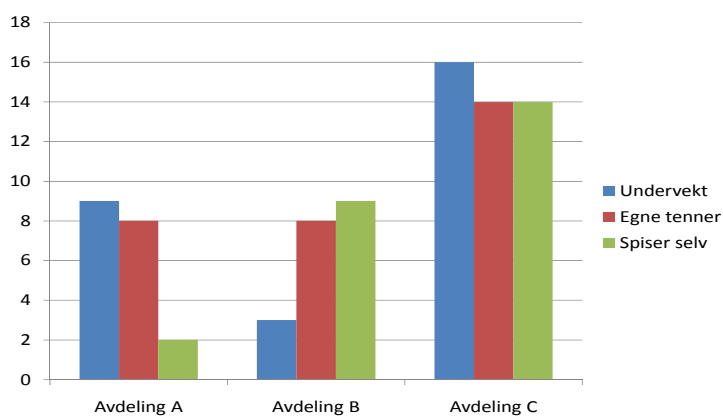
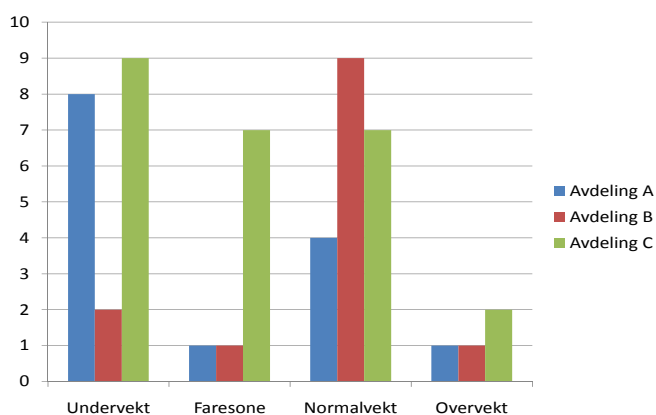
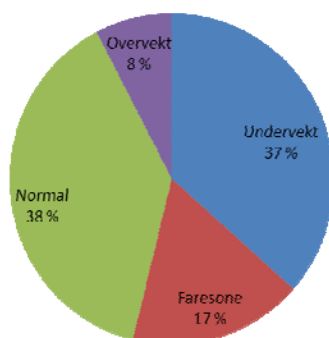
Resultater fra kartlegging av ernæringsstatus

På Stord sykehjem er de fleste pasientene de eldste syke, med en funksjonssvikt som gjør at de ikke kan bo hjemme, men har behov for døgnkontinuerlig omsorg og pleie. Institusjonen har også en avdeling for rehabilitering og korttidsplasser. I dette prosjektet har alle pasientene som bodde på sykehjemmet i prosjektperioden deltatt i screeningen uavhengig av diagnose eller avdelingstilhørighet.

I kartleggingen av ernæringsstatus fikk vi inn 59 utfylte skjema. 7 av disse inneholdt for lite opplysninger til å regne ut KMI og er derfor ikke blitt brukt i utregningen av resultatet.

Generelt for alle tre avdelinger: 19 av 52 beboere er i kategorien undervektig. Det tilsvarer 36,5 % av beboerne som er med i kartleggingen.

Resultat alle



Resultatet av screening i dette prosjektet viser at ca. 37% er underernært, mens 17% er i faresonen. På tross av helsesvikt og alder som kan innvirke på ernæringsstilstanden til den enkelte pasienten, må det være et mål å arbeide mot et mer tilfredsstillende resultat med færre undervektige.

Resultatene samsvarer med tidligere undersøkelser og forskning som viser at forekomsten i sykehus, sykehjem og hjemmebaserte tjenester varierer mellom 20 – 50 % avhengig av sykdoms – og aldersgrupper som er undersøkt (Mowe, 2002).

Ved oppstart av prosjektet var det et sentralt spørsmål fra einingsleiar om de nevnte retningslinjene for kvalitetssikring av ernæring, var implementert i avdelingenes rutiner. Resultatet av dette prosjektet viser at de nevnte retningslinjer og prosedyrer ikke er tilfredsstillende implementert i avdelingene. Et fåtall av pasientene hadde fått registrert vekt ved innkomst, og det var heller ikke gjennomført regelmessig vektkontroll ved avdelingene. Ut fra studentene sine observasjoner, var det vanskelig å finne ut om det ble satt i verk spesielle tiltak for å forebygge og behandle underernæring. Avdelingene hadde ikke egen ernæringsjournal på den enkelte pasienten.

Resultatene som er presentert i denne rapporten, differensierer ikke hvor lenge pasienten har vært på sykehjemmet. Det er manglende opplysninger om antall måltider og det er ikke foretatt noen analyse for å se sammenhengen mellom de som spiser selv, de som har egne tenner og de som må ha hjelp til å spise. Ut ifra de skjema som ble benyttet ved innsamling av data, foreligger det også opplysninger om personens alder, diagnose og tid i sykehjemmet. De nevnte opplysningene kan bare brukes internt på institusjonen, og vil kunne være nyttige for avdelingene, når det skal settes i verk tiltak for å bedre den enkelte pasienten sin ernæringsstatus.

Resultatene fra prosjektet kan være retningsgivende og for videre arbeid med å utarbeide gode rutiner og prosedyrer for å implementere de gjeldende retningslinjene fra Stord Sjukeheim og helsedirektoratet. Analyse og oppsummering av data i denne rapporten sier ikke noe om diagnose som en eventuell forklaring til underernæring. For å vise resultat her, kreves det at opplysningene i fra gjennomført screening i dette prosjektet må vurderes opp i mot annen dokumentasjon og journalopplysninger. Dette har ikke vært et mål for prosjektet, men er opplysninger som det arbeides videre med internt på institusjonen sett i en mer helhetlig sammenheng.

Studentenes praksiserfaringer, kunnskap og læring

Studentene har i dette prosjektet utført datainnsamling og observasjoner av pasientenes ernæringstilstand ut i fra vedlagte kartleggings skjema, og har videre anvendt avdelingens dokumentasjonssystem for overføring av resultatene. Studentene har i samarbeid med ansvarlig sykepleier, deltatt i vurderingen av pasienten sin ernæringstilstand. Ved involvering i prosjektet fikk studentene mulighet til å trene opp en analytisk og kritisk refleksjon omkring ernæring, noe som gjenspeilte seg i studentenes refleksjoner i praksisgruppene og studentens individuelle refleksjonsnotat. Her ble observasjoner, tanker og handlinger beskrevet fra kartleggingsprosessen, og drøftet i lys av relevant teoretisk kunnskap, erfaring og læring.

Pasientfokusoppgaven, som er et studiekraft i alle praksisperioder, tar utgangspunkt i en datasamling for å kartlegge pasientens behov for sykepleie. Studenten anvender vanligvis en dataguide der ernæring er et av hovedpunktene under grunnleggende behov. I de praksisperiodene der studentene deltok aktivt i ernæringsprosjektet, ble denne aktiviteten implementert i pasientfokusoppgavene.

Temafokusoppgaven som også er et av studiekraftene i alle typer praksisperioder, gir i rammene for denne oppgaven valgmuligheter for å kunne skrive om aktuell prosjektdeltakelse. I de praksisperiodene der studentene var involvert i ernæringsprosjektet, ble dette hovedfokus i temafokusoppgaven som både har en skriftlig innlevering og muntlig presentasjon på temadag. Her viste studentene et stort engasjement der de kunne belyse resultat fra en problemløsende arbeidsmåte med kunnskapsbaserte begrunnelser og forklaringer i drøftingsdelen. Flere av studentene gav uttrykk for at det var mer meningsfylt å arbeide med oppgaver som var knyttet opp til den deltakelsen de hadde hatt i gjennomføringen av prosjektet, og videre kan ha betydning for pasientene sin helse og livskvalitet.

Et av målene med dette prosjektet har som tidligere vist, vært å skape gode læresituasjoner for studentene. Dette har medført at også pedagogiske vurderinger har stått sentralt i forhold til veiledning, innsamling av data og et godt samarbeidsklima. Informasjon overfor institusjonens ledelse, medarbeidere, studenter og høgskolens praksisveiledere/lærere, har vært grunnleggende i arbeidet med å planlegge å gjennomføre prosjektet. Det ble gitt informasjon til studentene både før praksisperioden startet og videre i praksisgruppene før oppstart av innsamling av data. Her ble det gitt *førveiledning* og gjennomgang om bruk av

skjema som skulle anvendes til screening, samt videre oppbevaring og dokumentasjon i avdelingen. Evaluering fra studentene har vært positiv både i forhold til den praktiske gjennomføringen og i forhold til læringsutbytte.

Samarbeid

Samarbeid mellom høgskolen og praksisstedet har vært vektlagt under arbeidet med prosjektet. Et samarbeidsforum har vært fellessamlinger for alle praksisutviklingsprosjektene, der alle prosjektgruppene møtte. Her ble de ulike praksisprosjektene fra ulike institusjoner og kommuner presentert og drøftet. På samlingene deltok prosjektansvarlig sykepleier og studentkoordinator fra Stord Sjukeheim sammen med prosjektleder. Det ble også arrangert samlinger der leder ved de ulike institusjonene ble invitert.

Den interne prosjektgruppen hadde møter både i planleggingsfasen og ved gjennomføringen av prosjektet der det ble skrevet referat fra alle møtene. Videre hadde prosjektansvarlig sykepleier, einingsleiar og prosjektleder jevnlig kontakt. Leder for institusjonen gav skriftlig samtykke til at studentene kunne gjennomføre screening under veiledning.

Samarbeid med fagteamleder og kollega i samme det praksisfeltet har også stått sentralt i hvordan studentene skulle involveres i prosjektet på en forsvarlig måte, i forhold til utdanningens rammeplan, fagplan og læreplaner for praksis. Det har også vært et samarbeid i praksisfeltet med, studentkoordinator avdelingsledere og kollega/praksislærer, angående arbeidet med studentenes kartlegging og dokumentasjon av de eldres ernæringsstatus. Ved gjennomføringen av å samle inn data fra pasientene, ble det gitt direkte veiledning av sykepleiere i avdelingene underveis. Her ble det rapportert om et verdifullt samarbeid mellom sykepleier og student, og der studentene fikk veiledning og anledning til å stille spørsmål underveis.

Prosjektleder avholdt informasjonsmøter med invitasjon til alle sykepleiere på institusjonen; et møte før oppstart og et møte underveis i prosessen. I starten av prosjektet ble gitt uttrykk for noe skepsis blant sykepleierne. En tolkning av dette kan være en opplevelse av prosjektet som en "kontroll" og innblanding i etablerte rutiner eller muligens manglende oppfølging av gjeldende retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring hos pasientene på sykehjemmet. I en travel hverdag med minimalt med ressurser ble det av noen også gitt

utrykk for at dette var det ikke tid til. Etter at prosjektet kom i gang og den første gruppen studenter hadde gjennomført screening, endret holdningene seg i positiv retning blant de ansatte. Selve screeningen tok ikke lang tid, og inngikk som en del av den dokumentasjonen som skal gjennomføres i forhold til den enkelte pasient i forhold til de vedtatte retningslinjene. Dette samsvarer med en studie utført ved Høgskolen i Bergen, der det konkluderes med at selve screeningen går fort unna når man først har lært det (Sjøbø, 2007). Men Sjøbø sier videre at det er en utfordring å skulle motivere de ansatte til å bruke verktøyet og innse nytteverdien av det. Hun sier videre at helsepersonell mangler kunnskap om å vurdere ernæringsmessig risiko, og at det er et behov for teoretisk og praktisk opplæring.

Utfordringer

Prosjektet har hatt mange positive effekter, særlig samarbeidet mellom aktører i både praksisfeltet, kollegaer og studentene. Men det har også vært utfordringer på veien. Her vil jeg kort nevne søknad og godkjenning hos NSD som ikke var tatt med i planleggingsfasen.

Forventningene fra praksisfeltet og høgskolen var ulike. Institusjonen har som sin hovedoppgave å ivareta pasientens helse og sikkerhet og hadde som utgangspunkt å få svar på om ernæringsrutinene var implementert i avdelingene. Samtidig har HSH i sine praksisutviklingsprosjekt, et mål om kunnskapsbasert praksis, der studentinvolvering skal vektlegges. Prosjektet har dermed et krav som skal være i tråd med skolens læreplan og pedagogiske profil om å skape gode læresituasjoner i praksis. Med et godt samarbeid med kollegaer, prosjektansvarlig sykepleier, studentansvarlig og engasjerte studenter, har dette prosjektet ført til gode læresituasjoner og kunnskapsbasert praksis.

Ernæringskunnskap og kvalitetssikring

Underernæring øker faren for sykdom og skade og har innvirkning på både psykisk og fysisk tilstand hos den eldre pasienten. Protein- og næringsrik kost har dokumentert innvirkning på blant annet sårtilheling (Langøen, 2005, Hervik og Nortvedt, 2009). Som tidligere vist, har Løvåsen sykehjem i Bergen arbeidet med prosjektet ”*Ernæring og individuelt tilpasset ernæringstiltak*” (2006), der ble pekt på at matens betydning for den enkeltes helse og trivsel gradvis har fått en ufortjent og lav status i helsevesenet. Resultatet fra dette prosjektet viser blant annet at en fullstendig evaluering av ernæringsstatus omfatter matinntak, biokjemiske data, kliniske undersøkelser, antropometriske data og psykososiale data. Det kommer også

frem hvor viktig det er med et godt dokumentasjonssystem slik at en kan fange opp endringer i ernæringsstatus.

Body Mass Index eller KMI, er et veiledende utgangspunkt, men får ikke fram forskjellen mellom tap av fett og muskler. WHO's referanse-verdier skiller mellom voksne personer over 65 år i forhold til voksne under 65 år. Pasientene som deltok i dette prosjektet er alle over 65 år. KMI bør da være mellom 24 – 29, og KMI under 22 er tegn på undervekt. KMI er et relativt mål, og det er viktig å være oppmerksom på normale aldersforandringer og tilstander som kan innvirke på vekten. Det er derfor nødvendig med laboratorieprøver, observasjon og vurdering av pasientens hud, eventuelle ødem og væskeansamlinger for kunne få et riktig bilde av ernæringstilstanden. Vekt kan bare sees som delmål for ernæringsstatus (Sortland, 2007).

Et godt hjelpemiddel for å kvalitetssikre den enkelte sin ernæringstilstand vil være å ta i bruk *Ernæringsjournalen* (Ernæringsnett, 2005) som er godkjent og anbefalt av helsedirektoratet. Innføring av ernæringsjournalen vil sikre gode rutiner for at ernæringstilstanden blir vurdert ved innkomst og videre med regelmessig oppfølging av den enkelte pasienten. I tillegg må en se på matrutiner, rammene rundt måltidene og næringsinnholdet i maten. Bruk av ernæringsjournal er en enkel metode for å fange opp pasienter som står i fare for, eller er underernært.

Den eldre pasienten må få tilbud om hyppige små måltider som kan stimulere appetitten og dekke ernæringsbehovet. Dette prosjektet har ikke fått sikre svar på om matrutinene er gode nok. Men observasjoner fra studentene avspeiler at det kan være opp til 14 – 15 timer mellom kveldsmat og frokost. Dette er en risikofaktor i forhold til underernæring, og viser at pasientene har behov for flere måltid i døgnet. De fysiske omgivelsene rundt måltidene og tilrettelegging for den enkelte pasienten har stor betydning for opplevelsen av måltidet og mulighetene vi har for at pasienten for tilstrekkelig næringsinntak.

Kompetanseheving er et av tiltakene som er anbefales i Nasjonale Retningslinjer for å kartlegge og forebygge risiko for underernæring hos eldre (Helsedirektoratet, 2005/2008). I rapport fra Sosial og helsedirektoratet (2007), ”*Ernæring i helsetjenesten*” er utdanning og kompetanseheving for helsepersonell i ernæringsfaget et satsningsområde.

Det kan være et tiltak å opprette en arbeidsgruppe ved institusjonen, som kan bidra med oppfølging og evaluering av retningslinjer og rutiner for å kvalitetssikre ernæringstilbudet til den enkelte pasienten. Arbeidsgruppen kan også være sentral i forhold til å arrangere fagdager og undervisning til personalet. Et annet tiltak kan være samarbeid med representanter fra ulike arenaer i kommunehelsetjenesten, i forhold til kvalitetssikring, forbygging og kompetanseheving i ernæringsfaget. En økt andel eldre i samfunnet og forventninger og krav til omsorgs- og helsetjenesten er utfordringer som vi vil møte i fremtiden og som er skissert i *Samhandlingsreformen* (2008-2009). Regjeringen vil ta i bruk lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus og mer forebygging i kommunene for å skape et bedre helsevesen i fremtiden (regjeringen.no). Kunnskap om ernæring til eldre vil være et viktig tiltak for bedre helse og livskvalitet hos eldre, og for å unngå unødvendige komplikasjoner og lidelse.

Det er en målsetning innen helsevesenet at tilbudet vi gir pasienter er basert på den best tilgjengelige kunnskapen. Det er i dag ingen automatikk i at ny kunnskap blir implementert i praksis. Sykepleiere og andre helsearbeidere møter i dag forventninger fra samfunnet om å ha kunnskapsbaserte begrunnelser for sine handlinger. Politiske og økonomiske føringer vil i stor grad bli basert på forskningsbasert kunnskap. Å ivareta pasientens behov for ernæring, inngår i sykepleierens funksjons- og ansvarsområder. Sykepleieren har ansvar for å iverksette tiltak for å dekke pasientenes ernæringsbehov. Dette bør skje i samarbeid med ansvarlig lege på institusjonen

Konklusjon

Prosjektet er i samsvar med Høgskolen Stord/Haugesund sitt satsningsområde innenfor mennesker som har langvarig funksjonssvikt. Studentinvolvering i det aktuelle praksisfeltet har vært vektlagt i innsamling av data og intern dokumentasjon. I forhold til planlegging og kartlegging har studentene i samarbeid med ansvarlig sykepleier kunne delta i vurderingen av pasientene sin ernæringstilstand. Sykepleiere og studenter kan sammen heve den faglige kompetansen i sykehjemmet, og anvende prinsippene i kunnskapsbasert praksis for å tilegne seg ny kunnskap og erfaring (Nortvedt m.fl., 2007)

Erfaringene fra dette prosjektet viser at praksisutviklingsprosjekt er en god måte å fremme samarbeidet mellom praksisfeltet og utdanningen. Det er derfor ønskelig å overføre dette

prosjektet til andre arenaer i kommunehelsetjenesten der HSH har avtale om praksisplasser for våre studenter. Det er en målsetning innen helsevesenet at tilbudet vi gir pasienter er basert på den best tilgjengelige kunnskapen. Det er i dag ingen automatikk i at ny kunnskap blir implementert i praksis.

Samarbeid om overføring av kunnskap fra skolen til praksisfeltet og fra praksisfeltet til skolen er grunnleggende for kunnskapsbasert praksis og gode læresituasjoner for studentene.

Det har vært et positivt samarbeid i den interne prosjektgruppen, der prosjektansvarlig sykepleier har utført et stort arbeid med innsamling og analyse av datamaterialet. Videre har samarbeid mellom høghskolen og praksisstedet vært vektlagt under arbeidet med prosjektet, med fellessamlinger gjennomsnittlig en gang pr. måned gjennom hele prosjektperioden. Informasjon, både i forhold til institusjonens ledelse, medarbeidere, studenter og skolens praksisveiledere/lærere, har vært grunnleggende i arbeidet med å planlegge å gjennomføre prosjektet.

Målet om å sette fokus på ernæringsfaget og ernæringsrutiner ved sjukeheimen har vist resultat. Som en konsekvens av ernæringsprosjektet ble det underveis satt i gang arbeid på sjukeheimen med å kvalitetssikre implementering av ernæringsrutiner. Forventningene om at prosjektet skulle ha både et pedagogisk og et sykepleiefaglig perspektiv har vært en utfordring. Men målet om å sette fokus på kunnskap om ernæring og ernæringsrutiner ved sjukeheimen og samtidig kunnskapsbasert praksis med gode læresituasjoner for studentene, har vært en lærerik prosess som har gitt positive resultater. For å kunne lykkes med å skape et utviklende og godt læringsmiljø i praksis, vil det være vesentlig at kvalifisert personale i institusjonen og kvalifiserte lærere samarbeider om å planlegge og gjennomføre gode læresituasjoner for studentene, som kan bidra til kvalitetsutvikling i praksisfeltet.

Referanser

- Dalsgård, B. S. (2008). *Retningslinjer og ernæringsprosedyrer ved Stord Sjukeheim*.
- Helsedirektoratet. (2005). *Ernæringsjournal*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. 2. juli 1999 nr. 64*.
- Helsedirektoratet, (2008). *Forebygging og behandling av underernæring* (høring). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hervik, S. W. & Nordtvedt, M. (2009). Ernærings betydning for postoperativ sårtilheling. *Sykepleien forskning*, (4), 258-267.
- Hiim, H. (2010). *Pedagogisk aksjonsforskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Høgskolen Stord/Haugesund. (2009). *Læreplan for praktiske studier. Bachelor i sykepleie. Avdeling for helsefag*.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.) (2008). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjeldsen, S. B. (2002). Plejkrævende eldre underernæres. *Sygeplejersken*, 102(37), 10-13.
- Pasientrettighetsloven. *Lov om pasientrettigheter 2. juli 1999 nr. 63*.
- Langøen, A. (2006). *Huden: Pleie, pleiemidler og sårbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lørenskog Sykehjem. (2008). *Tidsriktig matservering. Undervisningssykehjem*. Hentet fra <http://www.undervisningssykehjem.no>
- Løvåsen Sykehjem, (2006). *Ernæring og individuelt tilpassete ernæringstiltak. Undervisningssykehjem*. Hentet fra <http://www.undervisningssykehjem.no>
- Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 122(8), 815-818.
- Mowe, M., Guttormsen, A. B., Wøien, H. & Thoresen, L. (2005). *God ernæringspraksis- vurdering av ernæringsmessig risiko*. Oslo: Akribes AS.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Pasientrettighetsloven. *Lov om pasientrettigheter 2. juli 1999 nr. 63*
- Sjøbø, A. (2007). *Skremmende lite fokus på ernæring*. Bergen: Høgskolen i Bergen. Hentet fra <http://www.hib.no>
- Sortland, K. (2007). *Ernæring – mer enn mat og drikke* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Energi og næringstett kost*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. IS-1219. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no>

- Sosial og helsedirektoratet (2007): *Ernæring i helsetjenesten*. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet.
- St. meld. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra www.regjeringen.no/
- Strøm, E. (2009): *Når behovet er mat med annen konsistens*. Hentet fra www.softmeals.no/artikler
- Sørbye, L. W. (2003). *Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern. Sammenlignende data fra AdHOC studiet*. Oslo: Diakonhjemmet høgskole.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2008). *Forskrift til Rammeplan for sykepleierutdanning, fastsatt 25. januar 2008 med hjemmel i Lov av 1. april 2005*.

Utvikling av kurs i helsefaglig engelsk

Et samarbeidsprosjekt mellom

Vardafjell omsorgssenter, Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund

Ingrid Gilje Heiberg, Katrine Nilsen og Toril Sætre Waka

Denne framstillingen beskriver praksisutviklingsprosjektet ”Helsefaglig engelsk”; et samarbeidsprosjekt mellom praksisfeltet og Høgskolen Stord/Haugesund, med fokus på kompetanseutvikling i engelsk for kontaktsykepleiere. Kompetanse i helsefaglig engelsk er sentralt for helsefaglige yrkesutøvere i møtet med internasjonale pasienter eller brukere, kollegaer og studenter. Denne kunnskapen gir tilgang til oppdatert faglitteratur og deltagelse i internasjonale fag-nettverk.

Å utvikle et kurs i helsefaglig engelsk oppsto som et prosjekt etter at dette ble uttrykt et ønske ved praksisstedene som tar i mot sykepleierstudenter. I evalueringssamtaler mellom student, kontaktsykepleier og lærer fra høgskolen, ble behovet for engelskspråklig kompetanse et hyppig samtaletema. Behovet ble primært uttrykt blant sykepleiere som veiledet et økende antall internasjonale, engelskspråklige studenter. De ønsket å øke sin språk-kompetanse, og dermed kvaliteten på praksisoppfølgingen.

Prosjektorganisering

Prosjektet har gått over tre semestre, og har omfattet tre faser:

- Planlegging (vår/høst 2009). Finansiert av praksisutviklingsmidler.
- Gjennomføring av kursenheten (vår 2010). Studiepoengfinansiert.
- Evalueringsfasen (høst 2010).

Kurset er utarbeidet som et samarbeidsprosjekt mellom sykepleiere fra Haugesund Sjukehus, Vardafjell omsorgssenter og Høgskolen Stord/Haugesund. I prosjektgruppen har, Katrine Nilsen, sykepleier ved Vardafjell omsorgssenter og Torill Sætre Waka, intensivsykepleier ved Haugesund sjukehus, og Ingrid Gilje Heiberg, høgskolelektor og internasjonal koordinator fra høgskolen, deltatt. Kathrine Nilsen deltok i videreutdanningskurset, og Ingrid Gilje Heiberg var aktivt med i gjennomføringen som prosjektleder.

Prosjektets utgangspunkt og siktemål

Målet for prosjektet var å utarbeide et videreutdanningstilbud (10 studiepoeng) i helsefaglig engelsk som:

- hever deltakernes kompetanse i profesjonell bruk av helsefaglig engelsk
- bidrar til å styrke deltakernes kulturelle kompetanse i møtet med pasienter, studenter og kollegaer.

I prosjektgruppas arbeid med kurset, har vi særlig hatt fokus på at engelsk er veiledningsspråket for internasjonale studenter og at engelskkompetanse er en døråpner til helsefaglig forskningslitteratur og fagsamarbeid.

Engelsk som veiledningsspråk i møtet med internasjonale studenter

Internasjonalisering generelt og fokus på studentutveksling i høgre utdanning spesielt, har medført et økt behov for og fokus på engelskspråklig kompetanse ved både høgskole og praksis. NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) hadde i 2005 en gjennomgang av sykepleieutdanninger i Norge. Et gjennomgående trekk var manglende internasjonalisering og bruk av engelskspråklig litteratur i utdanningene. Dette blir ansett som et krav til kvalitet.

Våren 2009 kom stortingsmeldingen ”Internasjonalisering av utdanning” som ytterligere befester dette;

Departementet ønsker at internasjonalisering skal angå alle elever og studenter. Internasjonalisering skal åpne utdanningssystemene mot omverdenen og fremme samarbeid og internasjonale perspektiver både på individnivå, for utdanningsinstitusjonene og på myndighetsnivået. Internasjonalisering skal brukes som et verktøy for å kunne måle seg opp mot andre, og være et tilsvarende svar til utfordringer som globaliseringsprosessene gir. Internasjonalisering skal gi høyere faglig kvalitet og gi økt relevans for elever og studenter til å møte utfordringen ei et flerkulturelt og internasjonalt orientert samfunns- og arbeidsliv. I

høyere utdanning skal internasjonalisering være et verktøy for institusjonene til å utvikle kvalitet og attraktivitet. (Kunnskapsdepartementet, 2009, s. 11).

I meldingen etterlyses et større fokus på internasjonalisering i kortere profesjonsutdanninger” *Spesiell oppmerksomhet vil rettes mot internasjonalisering innenfor lærer-, sykepleier- og ingeniørutdanningene”* (Kunnskapsdepartementet, 2009, s. 64).

Internasjonaliseringsaktiviteten ved sykepleierutdanningen på HSH er inne i en svært aktiv fase. Antall studenter som ønsker å reise ut er stabilt høyt (20 %). Antall innkommende engelskspråklige sykepleiestudenter, med et opphold på 3 måneder eller mer, har hatt en stor økning. Innkommende studenter gjennomfører kurset [Practical placement for International students](#) som gir 20 (3 mnd.) eller 30 studiepoeng (hele semesteret).

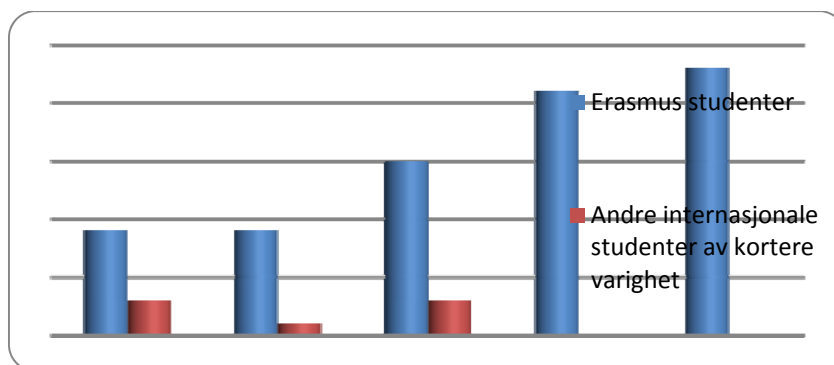


Fig.1 International nursing students, HSH

Sykepleiestudenter i internasjonal studentutveksling på HSH skiller seg dermed fra andre studenter ved at de hovedsakelig har praksis i forbindelse med utvekslingen på 3-4 mnd. Dette stiller andre krav til studenten og til utdanningsinstitusjonene; en er avhengig av gode relasjoner til praksisplassene.

I den forbindelse er det etablert kontakt med ca. 12 ulike institusjoner/avdelinger i distriktet som tar i mot engelskspråklige studenter. Avdelingene har vært positive til og interesserte i å delta i oppfølgingen av disse studentene, men det er ingen tvil om at det også blir en energikrevende og ressurskrevende tilleggsoppgave. Erfaringsmessig viser det seg at det ofte er sykepleiere som selv har vært i utenlandspraksis som tar utfordringen. Den kompetanse et slikt opphold har gitt dem har vært svært nyttig i møtet med nye, internasjonale studenter. Dette bekreftes også i Myhres artikkel; “Utteksling gir uttelling” (Myhre 2010), der det framheves at sykepleiere som har vært utvekslingsstudenter under utdanningen blir en ekstra

ressurs for arbeidsplassen i internasjonale møter, enten det er med pasienter, kollegaer eller studenter.

Engelsk som døråpner til helsefaglig forskningslitteratur og fagsamarbeid

Forskningsbasert kunnskap er en sentral bestanddel av ”evidensbasert sykepleie” som har fått et særlig fokus innenfor både skole og praksis de siste årene. Evidens, eller kunnskapsbasert sykepleie kan defineres som: *Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.* (Nortvedt & Norsk sykepleierforbund, 2007, s. 15). Manglende engelskkunnskaper blir sett på som en av de vanligste hindringene hos helsepersonell for å kunne få tilgang til ny forskning som kan tas i bruk ved helseinstitusjonene.

Kompetanse i engelsk er også en viktig forutsetning for å kunne bidra i et internasjonalt fagsamarbeid. Dette handler dels om å våge å delta på tross av språkbarrierer, men også å kjenne sin språklige begrensning i engelskspråklig kommunikasjon.

Hellekjær har i en stor spørreundersøkelse fra norsk næringsliv i 2005 undersøkt bruken av og behovet for fremmedspråkkunnskaper (Hellekjær, Trandem et al. 2007). I spørreundersøkelsen har bedriftsledere blitt spurt om virksomheten har opplevd for eksempel tap av forhandlinger om kontrakt/salg, feilleveranser, fornærmet en kunde eller samarbeidspartner, ikke klart å følge opp et nettverk eller samarbeidspart, blitt isolert på konferanser eller seminarer i utlandet, sagt nei til å delta på konferanser eller seminarer i utlandet, har ikke klart å konversere eller ta del i samtalen under middag eller lignende, unnlatt å oppsøke et marked eller en kunde på grunn av manglende/begrensede engelskkunnskaper. Konklusjonen er overraskende: *Engelskferdighetene er ikke så gode som vi ofte tror, bedriftene viser til at de ansattes ferdigheter svikter eller oppleves som utilstrekkelige i så vel dagligdagse, sosiale situasjoner som i mer direkte salgs- og virksomhetsrelatert kommunikasjon.* (Hellekjær & Trandem, 2007). Vi tror at denne usikkerheten også gjør seg gjeldende i norsk helsevesen.

Prosjektgjennomføring

Praksisutviklingsprosjekter ved HSH er organisert i et felles opplegg. Fellessamlinger med de åtte andre praksisutviklingsprosjekt har vært stimulerende og lærerikt. Det har gitt oss

mulighet til å få et innblikk i andres prosjekter og problemstillinger, noe som har vært berikende i forhold til eget prosjekt.

Utviklingsprosjektet inngår i en aksjonslæringstradisjon (Tiller, 1999; Habib, 2008). Tiller bruker uttrykket ”forskende partnerskap” om utviklingsprosjekter der forskere og forskende praktikere samarbeider. Han definerer aksjonslæring som

en kontinuerlig lærings-og refleksjonsprosess støttet av kollegaer der intensjonen er å få gjort noe. Aksjonslæringen hjelper mennesker ut av handlingslammende situasjoner, og blir et hjelpemiddel til å ta tak i omgivelsene med sikte på å forandre dem til noe bedre. (Tiller, 2004, s. 47)

Aksjonslæring bruker refleksiv skriving, som dagbok eller logg som viktige hjelpemidler. Tiller introduserer en loggbok etter GLL-metoden, der Gjort, Lært og Lurt er nyttige overskrifter (Aanderaa 2006).

I planleggingsfasen har metoden ”Rike bilder” vært et nyttig hjelpemiddel. ”Rike bilder” er en tenkning som fremmer organisasjonsutvikling gjennom visuelle uttrykk, og bidrar til å gi en oversikt over ulike perspektiver i et utviklingsprosjekt (Habib 2008). Prosjektet ble mer konkret ved hjelp av nøkkelordene og billedsymbolene. Det var også nyttig å visualisere hvordan de forskjellige elementene påvirker hverandre. Metoden har gjort at en ser prosjektet i en større sammenheng og at prosjektet ble enda mer meningsfullt.

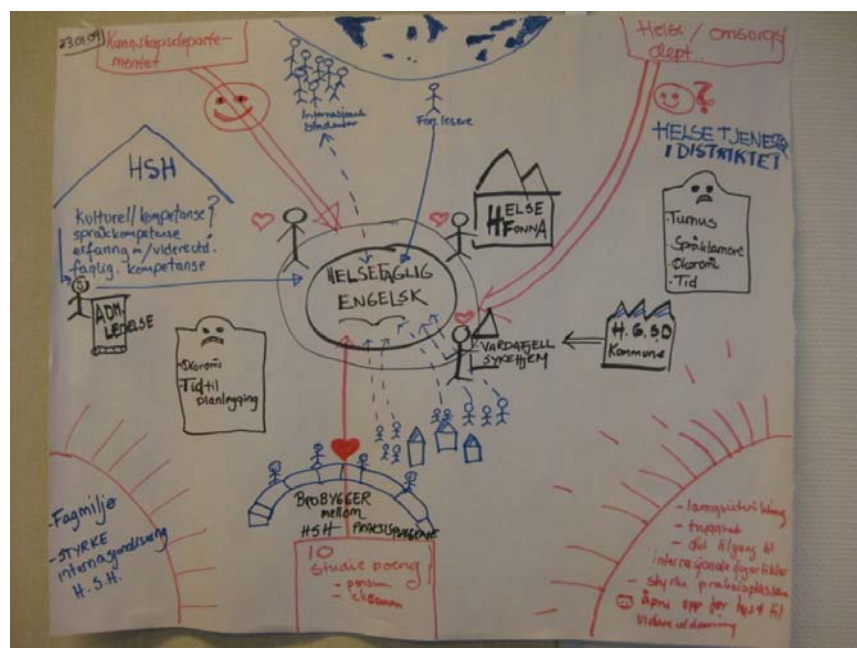


Fig. 2 Vårt første ”Rike bilde”

Vårt første rike bilde viser tydelig vårt fokus på at prosjektet kan bidra til brobygging mellom skole og praksis - og også resten av verden! Det var dessuten viktig for oss å illustrere at prosjektet er i tråd med nasjonale føringer fra både kunnskapsdepartementet og helse- og omsorgsdepartementet.

Etter at prosessen med ”rike bilde” var presentert for de andre prosjektene, gikk vi videre til å utforme en rot-definisjon, en hva, hvordan og hvorfor definisjon på vårt prosjekt. Denne danner innledningen i denne rapporten.

Gjennom arbeidet med ”Helsefaglig engelsk” i prosjektgruppa ble det tidlig klart for oss i prosjektgruppa at det var særlig tre områder som sto sentralt i planleggingen:

- Kurset skal tilpasses helsepersonell i turnusarbeid
- Kurset skal tilpasses ulike nivå i engelskkunnskaper
- Kurset skal tilpasses den enkeltes faglige interesseområde

Kurs tilpasset helsepersonell i turnusarbeid

Kurset er lagt opp for flere helsefaglig personellgrupper. Det er beregnet som et deltidsstudium for helsepersonell og lærere i avdeling for helsefag som ønsker å heve sin kompetanse i profesjonell bruk av engelsk. Det var et tydelig ønske fra praksisfeltet at kurset skulle gi studiepoengsuttelling (10 studiepoeng) og at det skulle foregå på dagtid.

En av utfordringene når helsepersonell ønsker kompetanseheving er spørsmålet om hvem som da skal være hos pasientene? Vil lederne på helseinstitusjonene prioritere kostnadene med et slikt kurs? Kurset ville medføre seks dagers obligatorisk tilstedeværelse på høgskolen gjennom tre 2-dagers samlinger spredt utover i vårsemesteret. En fordel ville imidlertid være at finansiering gjennom studiepoeng ikke medfører kursavgift utover semesteravgift.

En positiv (bi)-effekt av å organisere praksisutviklingsprosjektene i fellessamlinger var at i tillegg til prosjektgruppa har vi hatt muligheten til å diskutere vårt prosjekt med andre grupper. Flere av gruppene har hatt ledere ved helseinstitusjoner i distriktet som medlemmer, og vi har sett at dette har vært nyttig i markedsføring av prosjektet, i tillegg til at lederne har bidratt med viktige innspill.

For mange av de potensielle deltakerne på kurset vil studentrollen være uvant. Det er lenge siden en var student, og aktiv bruk av IKT gjennom for eksempel læringsplattformer og artikkelsøk kan oppleves som en barriere. Det har derfor vært svært nyttig at prosjektgruppa har ulik erfaring med IKT og artikkelsøk, vi kan da lettere tilpasse et studieopplegg som tar hensyn til dette.

Utgangspunktet for kurset var et behov hos kontaktskykepleierne som veileder internasjonale studenter. Imidlertid ville ønsket om studiepoeng-uttelling og dermed studiepoengfinansiering kreve en stor gruppe, minst 30 studenter. Ved å markedsføre kurset til en tverrprofesjonell helsefaglig gruppe, ville det være større sannsynlighet for oppstart. Vi mente dessuten at det ville være en positiv tilleggsgevinst hvis kurset kunne bidra til at helsepersonell samarbeidet på tvers av helseinstitusjoner og profesjoner. På tross av positive tilbakemeldinger fra praksisfeltet var vi usikre på hvordan responsen faktisk ville bli.

Kurs tilpasset ulike nivå i engelskkunnskaper

Da språkdidaktikk var et nytt fagfelt for oss i prosjektgruppa, hentet vi inn råd og veiledning fra ressurspersoner i engelskavdelingen i lærerutdanningen, Torleif Tveit og Gunvald Skeiseid i tillegg til veileder i førstelektorprosjekter ved HSH, Geir Sverre Braut.

Det var en naturlig forutsetning at arbeidsspråket i dette kurset skulle være på engelsk. Det er kun gjennom å bruke språket at man lærer å snakke det (Langseth, 2007). Imidlertid ville det være slik at engelskkunnskapene til deltakerne på denne videreutdanningen ville være varierte; fra å ha erfaringer med å ha bodd i et engelskspråklig miljø, til ikke å ha brukt engelsk aktivt siden videregående skole. Erfaringsmessig vet vi at for mange er det en barriere i det å snakke engelsk i påhør av norskspråklige tilhørere, ”Å lære å snakke et fremmedspråk er som å kle seg naken”, blir det sagt (Langseth, 2007). Det var derfor viktig at vi tok hensyn til dette i planleggingen, gjennom at vi la opp til at kommunikasjonen foregikk i smågrupper.

Videre mente vi at det vil være en forutsetning for kvaliteten på kurset at foreleserne hadde engelsk som sitt morsmål i tillegg til enten helsefaglig eller språkdidaktisk bakgrunn. På den måten kunne alle deltakerne, uansett nivå, kommunisere i et stimulerende språklig miljø. Selv om kunnskapene i engelsk ville være ulike, var det ingen som starter på null; alle kan noe.

Vi brukte derfor mye tid i prosjektgruppa på å lete oss fram til aktuelle forelesere med engelsk som morsmål. Gjennom HSHs internasjonale samarbeidsinstitusjoner hadde vi mulighet til å engasjere lærerne som forelesere/veiledere i kurset. Prosjektgruppa fikk på denne måten avtale med Neil Johnson, høgskolelektor i helsefag ved Robert Gordon University i Aberdeen, som var villig til å bidra med sin kompetanse inn i kurset.

Vi i prosjektgruppa så dessuten på de 12 internasjonale sykepleiestudentene som var her i vårsemesteret, ville bli viktige bidragsytere på samlingene. De vet hvordan det føles å være minoritetsspråklig i et norsk miljø. Inkludering av dem ville være naturlig.

Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Østfold gjennomførte i 2007 «Prosjekt internasjonale praksisplasser», hvor et minikurs i engelsk for kontaktsykepleiere inngikk. Høgskolelektor Kristin Myhre har beskrevet prosjektet i artikkelen ”Utvekslingsstudenter i norsk sykepleierutdanning” (Myhre, 2008). Erfaringene som høgskolen i Østfold hadde gjort seg med språkkurs for kontaktsykepleiere, var svært nyttige for oss. Etter samarbeid med artikkelforfatteren, høgskolelektor Kristin Myhre, fikk vi kontakt med den samme foreleser i engelsk for helseengelsk som de brukte, Peter John Glen. Glen er britisk, har master i språk fra Cambridge University, og arbeider med oversetting og språkkurs. Han har utviklet en håndbok «Engelske ord og uttrykk for helsepersonell» (Glen & Skjetne, 2005).

Ved Karolinska Institutet i Stockholm har de siden 2008 hatt ”Medical Language courses” som en del forberedelse før utreise for studenter som skal i utenlandsstudier (medisin- og sykepleie-studenter). Kurset ble svært godt motatt av studentene. Vi tok kontakt med kursansvarlig Bengt Alfven, og håpet å kunne nyttiggjøre oss av deres erfaringer.

Ved Høgskolen i Oslo har de i flere år hatt 2 dagers engelskopplæringskurs i mindre grupper for de ansatte. Kursene er ledet av førsteamanuensis Ann Torday Gulden som er engelsk. Hennes erfaringer og kompetanse ønsket vi også bruke aktivt inn i dette videreutdanningstilbudet. Det gjorde vi ved at Ingrid Gilje Heiberg deltok på et todagers kurs ”English for medical purposes” ved Høgskolen i Oslo, ledet av Gulden.

Som et fagdidaktisk rammeverk i undervisningen fulgte vi Europarådets ”Den europeiske språkpermen” (Council of Europe 2001). Språkpermen er et verktøy for egenvurdering av all språk- og kulturkompetanse, ikke bare den formelle (Speitz 2006). Det er utarbeidet en

egenvurderingsmatrise (vedlegg1) som hjelper den enkelte til å vurdere sitt nivå innenfor de 5 språkområdene; lytting, lesing, skriving, muntlig kommunikasjon og muntlig formidling. Nivåene er delt inn i A1, A2, B1, B2, C1 og C2, som er det høyeste. Denne selvevalueringen gjorde at studentene selv ble bevisst på eget nivå i de ulike områdene, samtidig som en så hva som skal til for å kunne nå neste nivå. Ofte kan en ha svært ulikt nivå i de ulike områdene, en kan for eksempel være trygg på lesing, men svært utilpass i muntlig produksjon.

Boka ”*Språk i kunnskapssamfunnet - Engelsk – elitenes nye latin?*” (Simonsen & Norsk språkråd, 2004) tar opp utfordringer knyttet til det å skulle kunne forske, undervise, publisere, diskutere og formidle fagkunnskap på et annet språk enn morsmålet – nemlig engelsk. Språklige utfordringer knyttet til Medisinstudiet ved Universitetet i Oslo omtales spesielt, da de har innført at semester 10 helt og holdent undervises på engelsk. Konklusjonen er at høy språkkompetanse kreves for å opprettholde kvalitet i å undervise på et annet språk enn morsmålet.

Kurs tilpasset den enkeltes interesseområde

For å kunne legge til rette for at kurset skulle tilpasses den enkeltes behov for profesjonell engelsk fagkompetanse, ble vi enige om at det vil være nyttig med en kombinasjon av felles og selvvalgt pensum. Pensum la vi opp slik at 60 % er obligatorisk og 40 % er selvvalgt. Det gjorde at alle deltakerne kan ha fokus på temaer/engelsk terminologi som er nært knyttet til den enkeltes praksis/arbeidsfelt

Felles pensum har vært en utfordrende prosess for oss i prosjektgruppa. Hvordan kan vi finne litteratur som passer alle deltagerens interesseområde og engelsk-nivå?

Underveis i prosessen har vi tenkt at et felles tema vil gjøre valget lettere. Valget har endt på å knytte engelskspråklig litteratur til temaet ”Utvikling av kulturell kompetanse hos helse og sosial arbeidere”, noe som er nært knyttet til engelskspråklig kompetanse (Council of Europe, 2001; Lund, 2008).

Det har også vært et sterkt signal blant sykepleierne i prosjektgruppa at bokformatet fremstår som lettere tilgjengelig enn forskningsartikler. Vi valgte boka: *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners* (Papadopoulos, 2006). Boka er

redigert av professor i helsefag fra Middlesex University, Irena Papadopoulos. Deler av denne boka er også pensum i bachelor i sykepleie, og er velkjent for Neil Johnson.

Kursgjennomføring

Kurset i helsefaglig engelsk ble gjennomført som planlagt våsemesteret 2010. Søknadsresponsen og interessen for studiet var overveldende med hele 72 søkere. Imidlertid gjorde kravet om obligatorisk fremmøte i samlingene og kravet om treårig helsefaglig bakgrunn at antallet studenter som startet på kurset var 52. 49 studenter fullførte hele kurset.

Majoriteten av studentene var sykepleiere som veileder utenlandske studenter, flere av lærerne fra høgsolen deltok og kurset var også av interesse for en liten gruppe av studenter med annen helsefaglig bakgrunn enn sykepleie. Spredningen på engelskkunnskaper var svært stor; fra A1 – C1 i forhold til ELP (vedlegg 3)

Etter at opplegget for kurset var formelt godkjent av studiekvalitetsutvalget ved HSH ble evalueringdata samlet inn på ulike tidspunkt i gjennomføringsfasen. Første dag gjorde alle de 52 studentene en egenvurdering av sine engelskkunnskaper i tråd med Europarådets rammeverk for språkopplæring. Denne ble gjentatt ved siste kursdag. I tillegg ble det utarbeidet et eget spørreskjema for studentene ved kursslutt. Svarprosenten var god. Videre har foreleserne gitt sine evalueringer.

Gjennomføringen gikk som planlagt og ble svært godt evaluert av studenter, forelesere og høgscole. Målet for prosjektet var å utarbeide, gjennomføre og evaluere et videreutdanningstilbud (10 studiepoeng) i helsefaglig engelsk som:

- hever deltakernes kompetanse i profesjonell bruk av helsefaglig engelsk
- bidrar til å styrke deltakernes kulturelle kompetanse i møtet med pasienter, studenter og kollegaer.

Studentene fremhever at tiden de har brukt på samlinger og studiekraft mellom samlingene har vært vel anvendt tid, de er blitt mer bevisst på eget kompetansenivå og er inspirert til å utvikle sitt engelsknivå videre etter kursets slutt ved å bruke de råd foreleserne har gitt dem.

En åpenbar styrke var at foreleserne var ”native speakers”. Det ble derfor mulighet for en språkbadstenkning som ga noe til alle studenter, uavhengig av engelsknivå. En konsekvens av dette var videre at engelsk, ikke norsk, ble kommunikasjonsspråket under samlingene. Flere av foreleserne hadde begrensede norsk kunnskaper, slik at dette både ble nødvendig og naturlig. Foreleserne la vekt på øvelser i ”mingling” og ”small talk” under samlingene – dette ble også godt evaluert av studentene, og ble en viktig oppdagelse for flere av studentene i forhold til å utvikle kulturell kompetanse.

Studiekravene var tilpasset den enkeltes interesseområde og engelsknivå, det ble en viktig suksessfaktor for opplegget. Med så stor spredning på nivå og faglig interesseområde er dette en viktig forutsetning. Det å bruke Europarådets anbefalinger for språkopplæring som ramme for kurset, bidro til en bevisstgjøring av den enkeltes engelsknivå i de fem ulike språkdelenene.

Kurset bidro også til et ytterligere samarbeid mellom ulike avdelinger på helseinstitusjonene og lærere på HSH. Flere avdelinger har nå utpekt tidligere helsefaglig engelsk studenter som sine ressurspersoner i samarbeidet med HSH om internasjonale sykepleiestudenter. Flere potensielle studenter har etterspurt en videreføring av dette kurset. Høgskolen ønsker også dette, dette utdanningstilbudet vil inngå som en naturlig del av avdeling for helsefags høye aktivitet på internasjonalisering, og det medfører en kvalitetsforbedring på veiledningen at veilederne har gjennomført kurset.

Det viste seg å være utfordrende med et felles pensum. Boka vi hadde valgt, *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners* (Papadopoulos, 2006), var for avansert for mange og uinteressant for andre. Neste gang kurset gjennomføres, vil det være nødvendig med en ny vurdering rundt hva som kan være passende fellespensum for denne gruppen.

Oppsummering

Prosjektgruppa har gjennom å delta på fellessamlinger med andre prosjekt, egne prosjektmøter, ved å være i kontakt med aktuelle ressurspersoner og ved å nyttiggjøre oss aktuell teori, planlagt og gjennomført en videreutdanning i helsefaglig engelsk som gir 10 studiepoeng og som er godkjent av studiekvalitetsutvalget på HSH.

Prosjektgruppa kom frem til at tre 2-dagers samlinger i vårsemesteret, med arbeid med studiekrav mellom samlingene vil være hensiktsmessig. Temaene for samlingene og valg av forelesere er utarbeidet av gruppen (se studieprogram - vedlegg 2).

Prosjektgruppa erfarte at god tid (2 semestre) i planleggingsprosessen har vært nyttig. Da det ikke har vært arrangert studiepoenggivende kurs i helsefaglig engelsk tidligere i Norge, har vi trengt tiden for å kunne utvikle noe nytt. Ressurspersoners erfaringer og støtte har vært av stor betydning.

Prosjektgruppa har opplevd at det er svært positivt i samarbeidsprosjekter mellom ulike institusjoner at vi bruker hverandres ressurser for å skape noe nytt. ”Hensikten med å koble ulike diskurser er ikke å prøve å gjøre diskursene mer homogene, men at de ulike grupper av deltakere, gjennom den felles deltakelse, hver på sin måte utvikler og forbedrer sin virkelighetsforståelse.” (Pålshaugen, 1991, s. 5).

I dette tilfellet har kontaktsykepleierne tatt initiativ til å samarbeide om en formell kompetanseheving som HSH som utdanningsinstitusjon kan bidra med sine ressurser til å gjennomføre. Vi tror at samarbeidet har nyansert og utviklet ikke bare kurset, men også prosjektgruppas forståelse av hverandres ressurser.

Referanser

Council of Europe. (2001). *The Common European Framework of Reference for Languages*. Strasbourg.

Glen, P. J., & Skjetne, I. (2005). *Engelsk for helsepersonell*. Oslo: Medlex.

Habib, L. (2008). *A Method to the madness?: developing SMAD (Soft Methodology for Academic Development)*. [Oslo]: Oslo University College, Centre for educational Research and Development.

Hellekjær, G.-O. (2005). *The acid test - does upper secondary EFL instruction effectively prepare Norwegian students for the reading of English textbooks at colleges and universities?* Elektronisk ressurs. Oslo: University of Oslo.

Hellekjær, G.-O., Trandem, B., & Doetjes, G. (2007). *Fremmedspråk i norsk næringsliv: Engelsk er ikke nok!* Halden: Fremmedspråksenteret.

Kunnskapsdepartementet (2009). *Internasjonalisering av utdanning*. [Oslo]: Kunnskapsdepartementet.

- Langseth, I. (2007). *Å lære å snakke et fremmedspråk er å kle seg naken*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Lund, R. E. (2008). Intercultural competence: An aim for the teaching of English in Norway? *Acta Didactica Norge*, 2(1).
- Myhre, K. (2008). Utvekslingsstudenter i norsk sykepleierutdanning. *Sykepleien* 96(5), 62-66.
- Myhre, K. (2010). Utveksling gir uttelling. *Sykepleien*, 98(9), 46-48.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinar, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural health and social care development of culturally competent practitioners*. Edinburgh: Elsevier.
- Pålshaugen, Ø. (1991). *Som sagt, så gjort?: Språket som virkemiddel i organisasjonsutvikling og aksjonsforskning*. Oslo: Novus.
- Simonsen, D. F., & Norsk-språkråd (2004). *Språk i kunnskapssamfunnet: Engelsk - elitenes nye latin?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Speitz, H. (2006). *Den europeiske språkpermen (ELP/PEL) i Norge: Et utviklingsprosjekt*. Telemarksforsing-Notodden, Rapport 01/2006.
- Tiller, T. (1999). *Aksjonslæring forskende partnerskap i skolen*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Tiller, T. (2004). *Aksjonsforskning i skole og utdanning*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Resultat av samarbeid om praksisutvikling

Gunn Haraldseid, dekan

Avdeling for Helsefag ved Høgskulen Stord/Haugesund (HSH/AHF) har lang erfaring med samarbeid om praksisutvikling. Sykepleierutdanningen på Stord samarbeidet på midten av 1990-tallet med Helse Fonna, Stord Sykehus om å utvikle en Studentpost (Langeland, 1996). Ti år senere hadde de et samarbeidsprosjekt kalt ”Sykehuset som læringsarena” (Thorkildsen og Buckvold, 2004). Et sentralt tiltak var oppretting av stillinger som studentansvarlige sykepleiere. Det vil si sykepleiere tilsatt i praksisfeltet med ansvar for studentopplæring, både veiledning og vurdering.

Begge prosjektene ble videreutviklet i et nytt samarbeidsprosjekt (2005-2007) mellom sykepleierutdanningene ved begge studiestedene til HSH (Stord og Haugesund) og alle de tre somatiske sykehusene i Helse Fonna HF (Stord, Odda og Haugesund). I samme periode etablerte vi et samarbeidsprosjekt med Stord kommune knyttet til studentpraksis på tvers av kommunale tjenester (Tveit, 2006). Prosjektene ble delvis finansiert av praksisveiledningsmidler. På den måten gikk HSH gradvis fra tradisjonell bruk av praksisveiledningsmidler til å betale praksisfeltet for veiledning i til å bruke de samme midlene til å finansiere samarbeidsprosjekter med praksisfeltet.

For HSH/AHF utgjør det vi i dag kaller praksisutviklingsmidler 1 mill kroner pr. år. For å sikre god dialog mellom høgskolene og praksisfeltet har vi etablerte et samarbeidsråd. En hensikt med rådet er å sikre relevant bruk av praksisutviklingsmidlene og utveksle erfaringer fra samarbeidsprosjekter. Rådet har besluttet å øremerke 50 % av praksisutviklingsmidlene til å videreutvikle etablert samarbeid mellom høgskolen og praksisfeltet. Det gjelder på både utvikling av studentposter, læringsenheter e.l. ved tre sentrale praksisarenaer (Helse Fonna

HF, Bjørgene Omsorgssenter Undervisningssykehjem og Stord Sykehjem) og kontinuerlig utvikling av kompetansehevingstilbud.

Resten av midlene (kr 500 000 pr år) besluttet samarbeidsrådet å lyse ut som søkbare midler til samarbeidsprosjekt etter gitte kriterier. Det har ført til etablering av et eget FoU-program og flere prosjekter der aktører fra høgskolen og praksisfeltet samarbeider om praksisutvikling (Bjørke, 2011).

Fra mitt ståsted som dekan har samarbeidet om praksisutvikling gitt mange resultater. For det første har vi fått etablert flere studentposter eller læringsenheter der ansatte fra både praksisfeltet og høgskolen har avsatt ressurser til kontinuerlig samarbeid om utvikling av studentenes læringsmiljø. På sikt håper vi erfaringene som gjøres her skal ha overføringsverdi til andre praksisarenaer og føre til at flere kommuner og enheter i helseforetaket prioriterer økte ressurser til praksisveiledning.

For det andre er det blitt økt interesse for å søke om praksisutviklingsmidler og etablere ulike typer samarbeidsprosjekt mellom aktører fra høgskolen og praksisfeltet. For ansatte i høgskolen har prosjektene vist seg å ha potensiell kompetansehevingsverdi i forbindelse med kvalifisering til førstelektor. For ansatte i praksisfeltet har det gitt økt interesse for utviklingsarbeid og økt motivasjon for videreutdanning og/eller masterstudier. Det siste fordi deltakerne fra praksisfeltet typisk oppdager at utviklingsprosjekter kan kreve mer skrivetrening, mer informasjonskompetanse og/eller mer formell prosjektkompetanse enn de har. På lang sikt håper vi denne interessen skal føre til økt kompetanseheving i praksisfeltet. På kort sikt har vi, via rapportene i denne publikasjonen, fått spredning av kunnskap om hvordan praksis kan utvikles gjennom prosjektsamarbeid.

For det tredje har vi gjennom samarbeidsrådet fått en arena for dialog om behov for kompetanseheving. Etter ønske fra rådet har HSH gitt tilbud om kurs i kunnskapsbasert praksis og utviklet ny veilederutdanning for praksisveiledere. Dessuten har vi startet en endring av videreutdanninger i retning av modulisering. Det åpner for at deltakere kan ta

enkeltemner (7,5 sp - 15 sp) de har spesiell interesse av, uten å måtte ta hele videreutdanninger (60 sp).

Det viktigste resultatet av samarbeid om praksisutvikling mener jeg er økt gjensidig respekt for verdien av komplementær kompetanse mellom ansatte i høgskolen og ansatte i praksisfeltet, samt generelt bedre samarbeidsklima mellom AHF/HSH og praksisfeltet. Det siste har åpnet for et større samarbeidsprosjekt mellom høgskolen, helseforetaket og kommuner i hele Helse Fonna regionene (se www.helsetorgmodellen.no). Helsetorgmodellen og har som overordnet mål å forberede regionen på utfordringene de vil stå overfor når Samhandlingsreformen trår i kraft fra 2012. Prosjektet har flere delprosjekt der aktører fra de tre partene samarbeider om å prøve ut og evaluere ulike samhandlingstiltak knyttet til helsetjenester for eldre og kronisk syke. Som et sentralt virkemiddel har høgskolen, helseforetaket og kommunene etablert en felles FoU-enhet. Målsettingen spenner fra et kortsiktig mål om å utvikle felles kultur, språk og verdigrunnlag til en langsiktig visjon om å bli internasjonalt kjent for forskning og innovasjon på to aktuelle fagområder.

Det som startet med noen få avgrensede samarbeidsprosjekt om praksisutvikling har dermed fått ringvirkninger i form av et stort samhandlingsprosjekt som strekker seg over hele Helse Fonna regionen. Samtidig har praksisutviklingsprosjektene skapt ringer på vannet ved å spre seg til nye aktører og omfatte stadig flere praksisfelt og studenter fra flere typer studier.

Et relativt nytt praksisutviklingsprosjekt inkluderer aktører på tvers av to høgskoler (HSH og HIB) og studenter fra flere helsefagutdanninger (sykepleie, fysioterapi og ergoterapi) (Moen, Haugland og Storum, 2010). Prosjektet er forankret i et nasjonalt samarbeidsprosjekt om utvikling av tverrprofesjonell praksis (CAB-prosjektet³). Det har vist seg å ha utviklingspotensial for en av aktørene i retning av å kunne bli et PhD-prosjekt knyttet til en ny praksisarena.

³ Kvalifisering for tverrprofesjonell samarbeid i helse- og sosialsektoren. Se: <http://www.hio.no/Aktuelt/HIO-nytt/Arkiverte-nyheter/2009/08/Tverrprofesjonelt-samarbeid>

Et annet nytt praksisutviklingsprosjekt er knyttet til psykiatrisk praksis. Det er en ny type prosjekt fordi det har som mål å implementere forskningsresultater fra et PhD-prosjekt ved HSH. Det involverer studenter fra både bachelorstudiet i sykepleie, studenter fra tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og masterstudenter. Dessuten inkluderer det både praksis i helseforetaket og i en kommune (Øye, 2010). Prosjektet er et eksempel på hvordan det er mulig å bygge bro mellom forskningsprosjekter og utviklingsprosjekter til beste for studenter og klienter/pasienter.

Noen utviklingsprosjekter, knyttet til utvikling av nye veiledningsmodeller for praksis, har også resultert i forskningsartikler (Råholm, Thorkildsen og Löfmark, 2010; Thorkildsen og Råholm, 2010).

Oppsummert er det min oppfatning at samarbeid om praksisutvikling har gitt resultater i form av ny lokal kunnskap, nye veiledningsmodeller, bedre læringsarenaer for studenter og/eller bedre tjenester til pasienter/klienter. I tillegg har det motivert noen ansatte i høgskolen til kompetanseheving mot førstelektor og noen ansatte i praksisfeltet til å ta videreutdanning eller masterstudier. Det har også vist seg at praksisutviklingsprosjekter kan være en arena for implementering av forskningsresultater og/eller en arena for forskningsbasert veiledning i praksisfeltet. Det mest resultatet mener jeg derimot er generelt bedre samarbeidsklima mellom ansatte i HSH og praksisfeltet. Det har åpnet for framtidig samarbeid om små og store praksisforankrede FoU-prosjekter der målet er økt læringskvalitet for studenter og/eller bedre helsetjenester for pasienter/klienter.

Referanser

- Bjørke, G. (2011). Praksisutvikling – og samarbeidsutvikling: Etablering av eit FoU-program om praksisutvikling og kompetanseheving ved Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling helsefag. I: G. Bjørke (red.), *Praksisutvikling 2010: Samarbeid mellom høgskole og praksisfelt for utvikling av praksisstudier i sykepleierutdanning* (HSH-rapport 2011/3) (s.7–11). Stord: Høgskolen Stord/Haugesund.
- Langeland, A. (1996). *Prosjektposten: Alternativ praksis-studie for sykepleierstudenter i 2. året med tema: sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter*. Intern rapport, sjukepleierutdanningen. Stord: Høgskolen Stord/Haugesund
- Moen, A., Haugland, E. & Storum, H. (2010). *Tverrprofesjonell samhandling ved Luranetunet sykehjem, Os kommune. Prosjektplan høsten 2010*. Internt notat. Stord: Høgskolen Stord/Haugesund
- Råholm, M.-B., Thorkildsen, K. & Löfmark, A. (2010). Translation of the Nursing Clinical Facilitators Questionnaire (NCFQ) to Norwegian language. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 196-200.
- Thorkildsen, K. & Buchvold, M. V. (2004). *Sjukehuset som læringsarena. Rapport fra samarbeidsprosjekt mellom HSH/sjukepleierutdanningen Stord og Helse Fonna/Stord sjukehus*. Intern rapport. Stord: Høgskolen Stord/Haugesund
- Thorkildsen, K. & Råholm, M.-B. (2010). The essence of professional competence experienced by Norwegian nurse students: A phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 183-188.
- Tveit, G. K. (2006). *Prosjekt Rehabiliteringssenteret. Et samarbeidsprosjekt mellom Stord kommune og HSH. Prosjektrapport våren 2006*. Intern rapport. Stord: Høgskolen Stord/Haugesund
- Øye, C. (2010). *Praksisutvikling av miljøterapi når brukermedvirkning skal vektlegges*. Intern rapport. Stord: Høgskolen Stord/Haugesund.



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND
STORD/HAUGESUND UNIVERSITY COLLEGE

Rapporten gir ei framstilling av praksisutviklingsprosjekt ved Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling helsefag i 2009-2010. Prosjekta er gjennomførte i samarbeid mellom høgskolen og praksisfeltet, og har som mål å styrke praksislæringa for studentar ved sjukepleiarutdanninga.

Felles for prosjekta er at dei tar utgangspunkt i konkrete praksissituasjonar, og siktar mot å utvikle og betre kvaliteten i læresituasjonen.

I denne prosjektporteføljen finn vi prosjekt retta mot kompetanseutvikling for kontaktsjukepleiarar, tilrettelegging av praksisplassar innan palliativ omsorg, strukturering av innkomstsamtalar ved innlegging i sjukehus og studentdeltaking i undersøking av ernæringsforhold blant eldre ved ein sjukeheim.

Prosjekta har blitt utførte av prosjektgrupper sett saman av lærarar ved høgskolen og sjukepleiarar med studentansvar ved dei ulike praksisstadene knytt til høgskolen. Prosjekta blei gjennomførte i seks kommunar, ved sjukehus og sjukeheimar. Prosjektgruppene har hatt tre-fire fellesmøte pr. semester, med erfaringsutveksling og kollektiv, gjensidig rettleiing undervegs i prosessen. Dette fellesskapet har skapt møteplassar mellom høgskole og praksisfelt i ein likeverdig atmosfære og har hatt som funksjon både å auke kvaliteten i praksisstudiane og å bygge bru mellom teori og praksis i sjukepleiarutdanninga.