

Gerd Bjørke (red.)

Praksisutvikling 2011-2012

Samarbeid mellom høgskole og praksisfelt for utvikling
av praksisstudier i sykepleierutdanning.

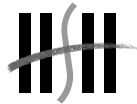
HSH-rapport 2013/4

Gerd Bjørke (red.)

Praksisutvikling 2011-2012

Samarbeid mellom høgskole og praksisfelt
for utvikling av praksisstudier i sykepleierutdanning

HSH-rapport 2013/4



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND
STORD/HAUGESUND UNIVERSITY COLLEGE

2013

HSH-rapport 2013/4

Omslagslayout: Terje Rudi, HSH

Publisert av:
Høgskolen Stord/Haugesund
Klingenbergvegen 8
5414 Stord
www.hsh.no

Copyright © Gerd Bjørke, 2013

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.

Førord

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. Ut frå føringar frå departementet skal dei såkalla ”praksismidlane” 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 2011-2012. 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

Januar 2013

Gerd Bjørke (red.)

Innhold

Praksisutvikling – og samarbeidsutvikling	side 4
<i>Gerd Bjørke og Anna Løfmark</i>	
Utskrivningsplanlegging	7
<i>Karen Johanne Vae, Helga Karin Kvalevaag, Linda Haukås, Hildegunn Berge og Astrid Fjell</i>	
Tverrprofesjonell samarbeidslæring og institusjonssamarbeid	34
<i>Anita Moen og Elisabeth Haugland</i>	
Praksisutvikling av miljøterapi med brukermedvirkning som mål	43
<i>Christine Øye, Stein B. Høyen og Anja Pawlica</i>	
Individuell plan i kreftomsorg	60
<i>Gunn Marit Bakken Koldal, Jenny-Berit Hansen og Cathrine Støle</i>	
Kunnskapsbaserte praksisstudier i sykehus	86
<i>Magda Vikanes Buchvold, Benny Huser og Hilde Kannelønning</i>	
Tospann som veiledningsmodell – i sykehjem	108
<i>Brit Bårdsen Drange og Anne Kjersti Hope</i>	
Førsteårspraksis i sykehjem	117
<i>Marit Torsheim og Elin Høyvik</i>	
Kvalitet i praksisstudier gjennom refleksjon	133
<i>Ingrid Lindaas og Anne Marit Skogheim</i>	
Læringsopplegg innen orto-geriatri på kirurgisk avdeling, med fokus på ernæring og bedre pasientflyt for pasienter med lårhalsbrudd	157
<i>Ida Asmussen, Ingrid Fagerland og Gunn Marit Bakken Koldal</i>	

Praksisutvikling og samarbeidsutvikling

Gerd Bjørke og Anna Løfmark

Denne samler rapporten viser resultat frå samarbeid om praksisutvikling mellom Høgskolen Stord Haugesund og ulike praksisstader som høgskolen har hatt i perioden 2010-2012.

Slike samarbeidsprosjekt har stor verdi for utvikling av praksiserfaringane for studentar i sjukepleiarutdanning. Grunnlaget for utvikling av samarbeid er at samarbeidspartnarane møtest, blir kjende med kvarandre, utviklar respekt og forståing for kvarandre sine ståstader, styrke og muligheter. Dette kan lettast skje ved å arbeide saman om ei felles oppgåve. Samarbeid er ein premis for dei utviklingsprosjekta som det blir invitert til. Ved gjennomføring av prosjekta er det ein føresetnad at prosjektleiinga må vere sett saman av representantar både frå høgskolen og frå ein eller fleire praksisstader. Dette gir frukter. Det byggjer bruer mellom teori og praksis, og det understrekar at den praksis som studentane deltek i gjennom sine praksisstudiar, er ein viktig del av utdanningsopplegget. Det er ei felles oppgåve for lærarar i høgskolen og yrkesutøvarar i praksis å bidra til studentars læring. Difor er det også studentars læring som er fokus praksisutviklingsprosjekta.

Det kan vere viktig å drive praksisutvikling for å betre helsetenestetilboda, og dette kan bli ein arbeidsstad sitt primære fokus. Dette er ikkje tilstrekkeleg for eit samarbeidsprosjekt der det er studentanes praksislæring som er i fokus. Det er felles interessefelt for dei praksisutviklingsprosjekta som inngår i denne samanhengen vil såleis involvere både studentar, lærarar, yrkesutøvarar og kanskje også pasientar/brukarar.

For studentane er det viktigaste praksislæring, for lærarar og praksisstad og yrkesutøvarar med ansvar for studentanes læring, er det primære å formidle god yrkespraksis. Det felles målet er å utvikle gode læresituasjonar, som kan skape interesse og gi ny kunnskap for studentane.

Det å bli merksam på, og arbeide fram i fellesskap, dette felles målet er eit grunnlag for å utvikle samarbeidet om gode læresituasjonar for studentane.

Dei eksempla på praksisutvikling vi finn i denne samlerrapporten viser stor breidde. Her går lærarar og praksisansvarlege yrkesutøvarar saman om å utvikle opplegg der det blir sett lys på

- utskrivingsproblematikk – overgangar frå institusjon til kommunehelseteneste eller heim
- tverrprofesjonell samarbeidslæring – der studentar frå ulike profesjonsutdanningar får fellesoppgåver i si praksislæring
- miljøterapi og brukarmedverknad i psykisk helsevern
- bruk av individuell plan innan kreftomsorg
- kunnskapsbaserte praksisstudiar i sjukehus
- tospann som veiledningsmodell i sjukeheim
- førsteårspraksis i sjukeheim.

Verdien av utvikling innafor desse temaområda kan også knytast til at dette er sentrale område i dagens helse- og sosialtenester. Vi vil her kort nemne:

Å lage gode rutinar for *utskrivingsproblematikk* inneber å setje fokus på forbindelsen mellom ulike tenestenivå, som er eit kjernepunkt i Samhandlingsreforma av 2012.¹ At studentar får oppgåver knytt til utviklings av betre praksis her, hjelper til å gjere dagens helsepolitiske prioriteringar dagsaktuelle for studentane, og for arbeidsstaden.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring er også eit høgaktuelt tema i kjølvatnet av Samhandlingsreforma og den siste stortingsmeldinga om velferdsutdanningane.² Eksemplet på tilrettelegging av gode læresituasjonar for samhandling har verdi, ikkje berre for dei få studentane som erfarte dette, for arbeidsstaden som la til rette her og for dei høgskolane som var involverte, men også som eit eksempel som kan gjennomførast andre stader.

Psykisk helsevern er også eit viktig felt i dagens helseteneste, og å utvikle samværsformer som har fokus på brukarmedverknad vil kunne gi eksempel på vidareutvikling både i dette praksisfeltet, og som fokus for studentars læring av betydningen av brukarmedverknad.

¹ St. meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

² Meld. St. 13. (2011-2012). Utdanning for velferd; Samspill i praksis.

Individuell plan er eit sentralt verktøy for å lage gode opplegg for pasientar som har behov for samansette tenestetilbod. Her er eksemplet frå kreftomsorg, men for studentane kan truleg denne erfaringa innebere at dei får eit forhold til individuell plan for bruk i mange samanhengar.

Kunnskapsbasert praksis er eit sentralt fokus i dagens høgskoleutdanning. I dette prosjektet har studentane deltatt i systematisk arbeid med artikkelstoff knytt til den praksisarena dei har deltatt i, her med eksempel frå sjukehuspraksis.

Veiledningsmodellar i høgskoleutdanningar som har fokus på studentaktive læringsformer er ei utfordring. Ved utprøving av ein to-spann modell, der det blir lagt større vekt på studentars læring gjennom samarbeid med kvarandre, parvis, er det bygt opp erfaringar som kan overførast til mange andre praksissituasjonar. Medstudentlæring er måtar å leggje til rette læresituasjonar på som både truleg gir betre læring og som avlastar det presset på yrkesutøvarar i praksis som skal rettleie innafor andre rettleiingsmodellar.

Til sist får vi eit eksempel på tilrettelegging for studentars første møte med sjukeheimspraksis. Ei gjennomgåing av dette sentrale praksisfeltet i sjukepleiarutdanninga vil kunne bidra til utvikling av slike praksisopplegg for studentar i all førstegongs praksis.

Rapportane frå dei enkelte prosjekta varierer i omfang og framstillingsform. Vi har ikkje gjort noko standardisering her. Dei mest omfangsrike rapportane viser detaljar i prosjektgjennomføringa, som også kan vere nyttig å kunne ta del i. Vi har tatt ut nokre av vedlegga som har følgt rapportane, men let ein del følgje med, som illustrasjonar.

Engasjementet i arbeidet med desse ulike prosjekta har vore stort. Verdien av å etablere denne type utviklingsprosjekt, med ei innebygd krav om samarbeid, bør anerkjennast, og kan vere til eksempel for andre tilsvarande utdanningsinstitusjonar. Denne framstillinga utgjer eksempel som kan inspirere til fortsatt samarbeid og nye prosjektidéar for å utvikle kvalitet på praksisplassane.

Utskrivningsplanlegging

Karen Johanne Vae, Høgskolen Stord Haugesund, og Helga Karin Kvalevaag, Linda Haukås, Hildegunn Berge og Astrid Fjell, alle Haugesund sjukehus, Helse Fonna.

Innledning

Det er andre gang det gjennomføres praksisutviklingsprosjekt ved studentposten på medisinsk avdeling ved Haugesund sjukehus. *Utskrivningsplanlegging*, som har vært tema denne gang, kan betraktes som en videreføring av det første prosjektet om *innkomstsamtale med pasient*. Slik sett følger disse praksisutviklingsprosjektene pasientforløpet i sykehus.

Utskrivningsplanlegging er i de senere år aktualisert gjennom både rapporter og forskning. Temaet har likevel hatt lite fokus i de teoretiske studiene i sykepleierutdanningen. Praksisfeltet på sin side har samarbeidsavtaler som regulerer inn- og utskrivning av pasienter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid gjerne slik at selv om avtaler fungerer godt på et organisatorisk nivå, er det ikke like problemfritt når det kommer til tjenestenivået. Utskrivningsplanlegging trenger derfor oppmerksomhet både fra sykepleierstudenter og fra sykepleiere i avdelingen.

Bakgrunn for prosjektet

Den overordnede hensikten med denne type prosjekter er å styrke og bedre kvaliteten på praksisstudiet for sykepleierstudentene. I tillegg er det også et mål å forbedre sykepleiepraksis i avdelingen. Høgskolen og praksisfeltet har et felles ansvar for innholdet i de praktiske studiene. Studentene lærer gjennom samhandling med pasienter, pårørende og personalet i avdelingen. De får anvende teoretiske kunnskaper og de lærer gjennom erfaringene som praksisfeltet gir dem. Det er derfor viktig å styrke praksisfeltet som læringsarena.

Utskrivningsplanlegging er sammensatt og pågår under hele sykehusoppholdet. Når pasientene er eldre og trenger helsetjenester etter at de er utskrevet fra sykehuset, blir det hele mer komplekst. Carroll og Dowling (2007) viser til at utdanning og opplæring er ett av kriteriene for å lykkes ved utskrivningsplanlegging. I sitt materiale fant de imidlertid at læring av ferdigheter i forbindelse med utskrivning har lite fokus i løpet av sykepleierutdanning. Det

er heller ingen selvfølgelighet at sykepleiere lærer av hverandre når det gjelder utskrivningsplanlegging i avdelingen (s. 883-884). Dermed kan det bli tilfeldig hvordan dette gjennomføres.

Utskrivningsplanlegging er en sykepleieoppgave som læres best i praksis. Studentene må få erfare betydningen av at planleggingen må starte så tidlig som mulig. Allerede i inntakssamtalen må de gjøre en kartlegging som vil ha betydning for hvordan utskrivning fra sykehuset skal planlegges. Avtalen mellom sykehuset og kommunene inneholder en rekke punkter som skal følges ved både inn- og utskrivning. Det skal blant annet skrives fagrapporter til pasienter som skal over i kommunal helse- og sosialtjeneste. Til tross for skriftlige retningslinjer, vet vi at fagrapporter eller sykepleiesammenfatninger i mange tilfeller er mangelfulle. Det blir gjerne fokusert på hva som er gjort av behandling og sykepleietiltak i løpet av oppholdet mens anbefalinger om hva som må følges opp videre er utelatt.

Avtalen mellom sykehuset og kommunene omfatter kun pasienter som mottar hjelp fra det offentlige. Mange av disse pasientene ville likevel trolig ha nytte av et notat eller skriftlig materiale ved utreise med anbefalinger om hvordan de selv eller deres pårørende kan følge opp behandling og andre aktuelle tiltak. Dette ville være i tråd med pasientrettighetsloven (1999), som har bestemmelser som skal sikre at pasientene får tilstrekkelig informasjon.

Utgangspunktet for dette prosjektet er at 1) sykepleiestudenter trenger å lære hvordan utskrivning av pasienter fra sykehus må planlegges og gjennomføres slik at det bidrar til en fortsettelse av igangsatt behandling og pleie etter utskrivning, 2) utskrivningsplanlegging trenger et større fokus blant personalet i avdelingen.

Aktuelle fokusområder

Det er behov for innsats fra flere innfallsvinkler i dette prosjektet:

- Undervisning og opplæring: hvordan kunnskap om utskrivningsplanlegging til studentene, både i teoretiske og i praktiske studier kan formidles.
- Sykepleiesammenfatninger: å forbedre disse når det gjelder å anbefale tiltak knyttet til pasientens problemer.
- Informasjonsmateriell: å utarbeide materiell som kan bedre pasienters og pårørendes mulighet til å følge opp tiltak og behandling når pasienten ikke mottar kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehuset.

- Kommunikasjon: å fokusere på kommunikasjonen mellom personell på sykehus og det kommunale tjenesteapparatet for at overflytningen mellom behandlingsnivåene skal bli best mulig.

Rammer

Studentposten ved medisinsk midtblokk består i utgangspunktet av to pasientgrupper: geriatrisk enhet og en lungegruppe. Det finnes ytterligere to pasientgrupper i avdelingen, og i perioder benyttes alle fire gruppene som læringsarena for studentene. Det har sammenheng med varierende antall studenter i høst og vårsemesteret. Siden det i vårsemesteret ville være behov for praksisplasser, fant prosjektgruppen det hensiktsmessig at alle fire pasientgruppene ved medisinsk midtblokk skulle involveres i prosjektet. Til sammen har 35 studenter hatt sine praksisstudier ved avdelingen i løpet av prosjektperioden.

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt med likeverdige parter. Det innebærer et felles ansvar for framdrift og gjennomføring. Prosjektgruppen³ har vekslet en del på grunn av permisjoner og endring av arbeidsforhold. Prosjektet ble tildelt midler tilsvarende 7,5 % stilling for hver av deltakerne fra praksisfeltet og 20 % til deltaker fra HSH. I tillegg har deltakerne fra praksisfeltet fått avsatt tid hos egen arbeidsgiver tilsvarende det som prosjektet yter.

Prosjektets forankring

Praksisutviklingsprosjektet er i utgangspunktet forankret i det samarbeidet som eksisterer mellom høgskolen og praksisfeltet. Formålet med utviklingsmidlene er å medvirke til et sterkere samarbeid mellom utdanning og praksisfelt. Dette kan skje gjennom opplæring, kompetanseutvikling og formidling av gode praksiserfaringer, kunnskapsbasert praksis og fagutviklingsprosjekt.

Når utskrivningsplanlegging er valgt som fokus for dette praksisutviklingsprosjektet, mener vi at det også kan sees i sammenheng med et samhandlingsprosjekt om pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter (2010). I dette prosjektet deltok Haugesund Sjukehus, Høgskolen Stord Haugesund og Haugesund kommune. Prosjektet resulterte i anbefalinger om hva som

³ **Karen Johanne Vae:** høgskolelektor: Hele prosjektperioden, **Helga Karin Kvalevaag:** studentansvarlig sykepleier: januar 2010 – februar, **Linda Haukås:** fagutviklingssykepleier: januar 2010 - desember 2010, **Hildegunn Berge:** fagutviklingssykepleier / funksjonssykepleier: fra 1. desember 2010, **Astrid Fjell:** studentansvarlig sykepleier: fra 21. februar 2011

vurderes av tiltak i både kommunen og sykehuset for å møte de utfordringene en står overfor. For sykehusets del gjaldt det for en stor del rutiner knyttet til utskrivningsplanlegging.

Hva vi vet om utskrivningsplanlegging

Utskrivningsplanlegging aktualiseres blant annet gjennom St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Det vises blant annet til at hver femte eldre pasient reinnlegges innen 28 dager etter utskrivning fra sykehus og hver fjerde eldre pasient reinnlegges innen to måneder. Å gjøre noe for å bedre denne statistikken, vil være helt nødvendig. Samhandlingsreformen tvinger både sykehus og kommuner til å fokusere på ulike problemstillinger knyttet til behovet for helsetjenester. Utskrivningsplanlegging vil være en av disse.

Ikke bare har sykehusene behov for å bedre sine rutiner. Pasientene lider i mange tilfeller under dårlig utskrivningsplanlegging (Holliday og Boughton, 2009). Dette har sammenheng med usikkerhet på grunn av manglende forberedelse til å bli utskrevet, usikkerhet knyttet til manglende informasjon og usikkerhet til det å være hjemme uten å ha helsepersonell å spørre.

En internasjonal undersøkelse viser at sykehusene i Norge skårer under gjennomsnittet når det gjelder pasientinformasjon ved utskrivning (Skudal, Bjertnæs, Holmboe, Bukholm og Røttingen, 2010). Det gjelder både informasjon om medisiner, avtale om oppfølging hos lege eller annet helsepersonell, skriftlig informasjon om hva en skulle gjøre når en kom hjem og hvilke symptomer en skulle være oppmerksom på. Nasjonale brukererfaringsundersøkelser viser også at forberedelse til tiden etter utskrivning er et av de områdene som pasientene rapporterer dårligst erfaringer med etter å ha vært innlagt på sykehus (Iversen, Holmboe og Dahle, 2010). Mellom 20 og 30 % av de spurte syntes for eksempel at informasjonen de hadde fått om smerter og smertelindring i liten grad, eller ikke i det hele tatt, var tilstrekkelig. Det samme gjaldt informasjon om virkning og bivirkning av behandling. Så mange som 40 % sa at de i liten, eller svært liten grad, opplevde at sykehuset samarbeidet bra med kommunale tjenestetilbud.

Utskrivningsplanlegging er i utgangspunktet et tverrfaglig anliggende. Pasientene har ulike behov både når det gjelder pleie, omsorg og rehabilitering og disse bør få stor oppmerksomhet i utskrivningsplanleggingen.

Begrepet 'sammenhengende tiltakskjede' blir brukt for å understreke behovet for at tiltak som er iverksatt ett sted blir fulgt opp på neste behandlingsnivå (Tingvoll, Sæterstrand og Dreyer Fredriksen, 2010). Det krever god dialog, respekt for hverandres kompetanse og gode rutiner for overføring av informasjon. Sykepleiesammenfatningen som skrives i forbindelse med utskrivning fra sykehus er svært viktig i så måte.

I samhandlingsreformen understrekes behovet for en klarere pasientrolle, og i arbeidet mot dette vektlegges forebygging og hvordan en kan sette fokus på befolkningens ansvar for egen helse og helseutvikling. Informasjon vil være et nøkkelord, og undervisning, informasjon og samarbeid med pasient og pårørende har da også vist seg å være av stor betydning i forbindelse med utskrivningsplanlegging (Caroll og Dowling, 2007). Oppfølging etter utskrivning har gjennom studier vist seg å ha en positiv effekt, og kan redusere reinnleggelser (Wong, Liu, Chang og Chow, 2007; Bergheim, Jacobsen, Clausen og Strand, 2008; Hanssen, 2010).

Paulsen og Grimsmo (2008) peker på den ulike oppfatningen sykehuspersonell og personell som arbeider i kommunehelsetjenesten ofte har om pasientene.⁴ Kommunikasjonen mellom forvaltningsnivåene kan bære preg av mistro i forhold til hverandres kompetanse. Det vil derfor være av betydning å arbeide for at kommunikasjonen bidrar til det beste for pasientene ved utskrivning.

Et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Bergen og Helse Bergen har også gitt kunnskap om hvordan det er å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommunen (Danielsen & Fjær, 2010). Både administrative, verdimessige og faglige forhold blir diskutert. Det pekes blant annet på behov for økt oppmerksomhet mot kunnskapsoverføring om pasientens tilstand mellom tjenestenivå, og at det må utvikles et mer forpliktende og gjensidig samarbeid til beste for pasientene.

Mål

Siktemålet med prosjektet var å øke læringsutbyttet for studentene når det gjelder utskrivnings-planlegging. For at dette skal skje, må utskrivningsplanlegging få økt fokus i avdelingen og personalet må også øke sin kompetanse.

De konkrete utslagene vi ønsket å se kan oppsummeres slik:

⁴ I rapporten *God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*

- Utskrivningsplanlegging som starter tidlig, - helst når pasienten legges inn.
- Utskrivningsplanlegging som har fokus gjennom hele oppholdet (informasjon, undervisning og opplæring).
- Utskrivningsplanlegging som involverer pasient og pårørende.
- Utskrivningsplanlegging som innebærer god dialog med det kommunale tjenesteapparatet (bestillerkontor, sykehjem og hjemmesykepleie).
- Utskrivningsplanlegging som fokuserer på å bidra til kontinuitet av iverksatt pleie og behandling.
- Studenter og personale som øker sin dokumentasjonskompetanse.

Hvordan utskrivningsplanlegging har vært et tema i de praktiske studiene: Studentenes involvering

Forkunnskaper

En kort gjennomgang av timeplanlagt undervisning knyttet til temaet *utskrivningsplanlegging*, viste at tredjeårs studentene som deltok i prosjektet hadde to timer undervisning om pasientforløp til skrøpelige eldre. Her var problemstillingen knyttet til overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Andreårs studentene fikk to timer undervisning relatert til utskrivningsplanlegging før praksisstart i 2011.

Studentene har i løpet av de teoretiske studiene fått grundig innføring i sykepleieprosessens problemløsende metode. De benytter denne når de skriver sykepleieplaner til pasienter. Samme tenkning kan en imidlertid også benytte når det gjelder utskrivningsplanlegging. Det kan formuleres både mål og tiltak knyttet til denne prosessen. Med samhandlingsreformen like om hjørnet, følger krav om å fokusere på pasientflyt og helhetlige pasientforløp. Det krever ikke bare god samhandling men også god planlegging.

Introduksjon til temaet

I løpet av prosjektperioden har fem studentgrupper gjennomført praksisstudier i medisinsk sykepleie ved studentposten. Både andreårs og tredjeårs studenter har deltatt i prosjektet. Ved praksisstart har studentene fått en grundig innføring i utskrivningsplanlegging. På studentposten er det et eget introduksjonsprogram for første uke i praksis. I dette inngår tema som *Innkomsamtale med pasient, Utskrivningsplanlegging, Dokumentasjon og sykepleiesammenfatninger og Avtaler om inn og utskrivning*. Studentene har også blitt orientert om hvordan deres rolle og deltagelse vil være i forhold til prosjektet. Dette blir først

og fremst fulgt opp av studentansvarlig sykepleier, men også av de andre sykepleierne i avdelingen. På den måten får studentene del i den kunnskapen og erfaringen som personalet har.

De obligatoriske oppgavene

De skriftlige oppgavene som inngår i praksisstudiene, har til hensikt å bidra til refleksjon og analytisk tenkning slik at praksis og teori knyttes sammen. I hver praksisperiode har tre av de obligatoriske oppgavene vært koblet mot utskrivningsplanlegging, men med litt ulikt fokus.

Pasientfokusoppgaven

Pasientfokusoppgaven består av inntakssamtale med pasient og utarbeiding av sykepleieplan. Målet med denne oppgaven er at studenten skal

- tilegne seg kunnskap og forståelse for sykepleie til pasient med medisinsk/kirurgisk sykdom og lidelse
- ha en helhetlig tilnærming til pasienten
- se betydningen av inntakssamtale som et viktig grunnlag for sykepleien
- utvikle evne til å utøve og dokumentere sykepleie til en pasient i form av en sykepleieplan

En grundig inntakssamtale gir opplysninger om pasienten som er viktige i forhold til utskrivningsplanleggingen. Dette gjelder særlig kartlegging av allerede eksisterende hjelpetiltak, nye hjelpebehov og sosiale forhold. I noen inntakssamtaler er det naturlig at pårørende er til stede. De kan bidra med verdifulle opplysninger der pasienten ikke klarer å formidle hele situasjonen. I tillegg vil tidlig kontakt med pårørende være av stor verdi for å kunne samarbeide om utskrivningen. En vellykket utskrivningsplanlegging må i følge Caroll & Dowling (2007), skje i dialog mellom pasient, pårørende og personalet.

Studentene har i hovedsak skrevet pasientfokusoppgaver om pasienter de har fulgt fra innleggelse til utskrivning. Det har gitt dem god oversikt over pasientens situasjon og de har sammen med kontaktsykepleierne vært i stand til å vurdere videre omsorgsbehov, hjelpemidler og anbefalinger for videre oppfølging.

I pasientfokusoppgavene har datasamlingen fått mye oppmerksomhet. Studentene har hatt fokus på alle typer data, både historiske, aktuelle og subjektive. Disse er nedtegnet både i eget datasamlingsark og under personopplysninger i sykepleiedokumentasjonen. At alle aktuelle

opplysninger blir nedtegnet, er noe studentene etter hvert har sett betydningen av. De har sett forskjellen på god sykepleiedokumentasjon og på mangelfull, og de har også erfart at det da kan bli mange unødvendige ”runder” for å fange opp opplysninger som mangler.

Pasientfokusoppgaven inneholder også pleieplanskriving. Dette praktiseres i liten grad i avdelingene. En av studentene i 2. praksisperiode bemerket at det hadde vært mye enklere å skrive sykepleiesammenfatning dersom det hadde vært pleieplan til alle pasientene. Dette synspunktet ble støttet av medstudenter.

Temafokusoppgaven

Temafokusoppgaven følger studentenes praksisløp fra praksisperiode 1-6. I læreplan for praktiske studier står det at ”gjennom arbeidet med oppgaven(e) skal studenten integrere ulike kunnskap og argumentere for konkrete sykepleietiltak i kliniske situasjoner. Studenten skal også kunne bidra til å forbedre sykepleiepraksis” (2011).

I hver praksisperiode skal studentene formulere et spørsmål som de ønsker å kartlegge/utrede og drøfte. Problemstillingen skal være relatert til både mål for praksisperioden og kompetansemål som gjengis i studieprogrammet. Ved studentposten har vi valgt å vinkle disse målene mot utskrivningsplanlegging. Det har latt seg gjennomføre uten at det har kommet i konflikt med den overordnede tenkningen. Utskrivningsplanlegging har dermed vært et gjennomgangstema koblet til følgende tema i læreplanen:

- Sykepleie, omsorg og behandling med vekt på pasientens eller pårørendes behov for læring (praksisperiode 2)
- Sykepleie, omsorg og behandling med vekt på medisinske og naturvitenskapelige fag (3)
- Organisasjon og ledelse, politikk og lovverk, med fokus på samhandling og pasientforløp (4)
- Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning med utgangspunkt i ønsker / behov ved aktuelt praksissted (5)
- Organisasjon og ledelse, politikk og lovverk, med fokus på administrasjon og ledelse (6)

Praksisperiode 2

I denne praksisperioden skal studentene identifisere hva pasienter og evt. pårørende har behov for å lære mens de er innlagt på sykehuset. Hensikten er å hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon/sine helseplager etc. etter utskrivning fra sykehuset. I beste fall kan en håpe at det kan forhindre unødvendig reinnleggelse. I følge St. meld. nr. 47 (2008-2009) reinnlegges hver femte eldre pasient innen 28 dager, og mer enn hver fjerde eldre pasient reinnlegges

innen to måneder. Tallet for nye brukere av omsorgstjenester viser at hver tredje pasient reinnlegges.

Sykepleiere ivaretar pasienters og pårørendes informasjonsbehov gjennom tre typer formidling: samtale, veiledning og undervisning (Fagermoen, 2001). Dette blir imidlertid ofte karakterisert som en usynlig aktivitet. Det skyldes at informasjon og undervisning gjerne er innbakt i andre sykepleieaktiviteter, for eksempel mens en steller pasientene. Dette er helt andre situasjoner for å gi og motta informasjon enn når legene setter seg ned med pasientene for å informere om en undersøkelse eller om en operasjon som er nødvendig. Når en setter seg ned, markeres det at nå er informasjon, undervisning eller samtale i fokus. Fagermoen viser også til en annen grunn til at sykepleiernes bidrag som informasjonsgiver er usynlig. Det skrives sjelden om dette i rapporter eller dokumenters på andre måter at pasienten har fått informasjon, eller hva informasjonen har dreid seg om.

Eksempler på informasjon og undervisningstema som ble identifisert:

- Informasjon/ undervisning til yngre pasienter med nyoppdaget ulcerøs kolitt
- Informasjon/ undervisning om trykksår og forebygging av trykksår.
- Informasjon/ undervisning om bivirkning og virkning av cytostatika
- Informasjon/ undervisning om delirium
- Informasjon/ undervisning knyttet til bruk av inhalasjonsmedisiner

Praksisperiode 3

Temafokusoppgaven i praksisperiode 3 skal gi studentene trening i å kartlegge/utrede forhold knyttet til medisinsk/naturvitenskaplige fag som har innflytelse på sykepleie. Med utgangspunkt i sykdommene/sykdomstilstandene som pasientene er innlagt for, har studentene diskutert og identifisert aktuelle sykepleietiltak det er viktig å ha fokus på. Eksempel på dette er falltendens hos pasienter som har en kognitiv svikt, delir, hjerneslag eller redusert ADL. Et annet eksempel er pneumoni hos pasienter som er innlagt med lungesykdommer som KOLS. Sykdomstilstandene ble drøftet i veiledningsgruppen og med bakgrunn i både teoretisk og praktisk kunnskap ble det laget forslag til informasjonsskriv med forebyggende tiltak. Pasientmedvirkning er et viktig prinsipp i utøvelse av sykepleie, og pasientene må informeres og undervises om hvordan de kan unngå komplikasjoner og i beste fall bidra til bedre helse. Informasjonsskrivene ble på et senere tidspunkt forelagt sykepleiere og andre profesjonsutøvere som fysioterapeut og ernæringsfysiolog for kvalitetssikring.

Fagermoen (2002) peker på betydningen av relevant innhold og lesbarhet når det utarbeides informasjonsmateriell. Innholdet må være konkret og angi en enkel forklaring på hvorfor noe må gjøres. Språknivået bør være på nivå med grunnskolen. Det anbefales også å sette inn telefonnr, som kan ringes dersom det er spørsmål. En utreisesamtale med pasienten med en siste gjennomgang av informasjonen, kan bidra til at pasientene følger anvisningene når de kommer hjem.

Studentgruppen som fordypet seg i fallforebygging, satte seg inn i hvordan falltendens utredes i avdelingen. I temafokusoppgaven viste de til tiltak og ikke minst betydningen av at eldre får informasjon og veiledning i forhold til fare for fall. Informasjon og undervisning av eldre mennesker krever at en tenker gjennom hvordan en best kan lykkes med å nå fram med budskapet. Det mest ideelle er at informasjonen formidles så tidlig som mulig i pasientforløpet. Pasientene kan gjerne ha informasjonsskrivene på nattbordet. På den måten kan alle ansatte som har ansvar for pasienten bli påminnet hva det er viktig å fokusere på. Gjentakelser vil forhåpentligvis gjøre det lettere for de av pasientene som kan følge anvisningene, å fortsette med tiltakene etter at de er skrevet ut. Pårørende kan også være en ressurs i forhold til dette. Informasjonsskriv av denne type kan også annet helsepersonell ha nytte av å kjenne til. Det kan bidra til kontinuitet i pasient-behandlingen. Samhandlingsreformen understreker nettopp kontinuitet. For øvrig vil slik informasjon også formidles til annet helsepersonell i form av sykepleiesammenfatninger med anbefaling om videre oppfølging.

Eksempler på områder det ble laget informasjonsmateriell til

- Ernæringsproblematikk
- Lite væskeinntak
- Liten aktivitet
- Fare for fall
- Obstipasjonsproblematikk
- Gjentatte urinveisinfeksjoner
- Forebygging av pneumoni
- Bruk av legemidler

Praksisperiode 4

I denne praksisperioden skal studentene anvende kunnskap fra samfunnsvitenskaplige emner i temafokusoppgaven. Lovverk, samhandling, brukermedvirkning og pasientforløp er stikkord. Studentene viser i oppgavene sine god innsikt i teori knyttet til disse emnene. De gjør bruk av teorien når de ser hvordan det for eksempel legges til rette for pasientmedvirkning og hvordan pasientforløpene organiseres i avdelingen. Inkomstsamtale framheves i forhold til begge disse temaene. I inkomstsamtalen kan en få fram pasientens behov og ønsker samtidig som en grundig kartlegging er en betingelse for at det blir kontinuitet i pleie. Studentene fant ulik praktisering av inkomstsamtale i sine kartlegginger. De hadde praksis på ulike pasientgrupper og fikk derfor ulike erfaringer. Ved noen grupper var det stort fokus på inkomstsamtale, mens det ved andre grupper ble "hoppet over". Opplysninger om pasientene kom gjerne fra sekundærkilder (prejournal, inkomstnotat fra Akutt-mottak). Studentene påpekte at en dermed ikke får kartlagt alle forhold som inkomstsamtalen skal favne, og at en da mister viktige opplysninger som en trenger for å gjøre en god utskrivningsplanlegging. De hadde selv gjort erfaringer med inkomstsamtale og kartlagt forhold som hadde betydning for kontakt med bestillerkontor, hjemmesykepleie og for pasienten selv i form av informasjon og undervisning. Eksempel på dette var behov for kostveiledning til pasienter med KOLS.

Nødvendigheten av god og utfyllende dokumentasjon kom fram i flere oppgaver. Manglende opplysninger om pasienten og mangelfull dokumentasjon kan vanskeliggjøre kontinuitet og også føre til forsinket saksgang ved overføringer til neste behandlings- kjede. Grundige sykepleiesammenfatninger skal synliggjøre både hva som er utført av pleie og behandling på sykehuset og anbefale hva som må videreføres. En student skriver:

Sykepleiesammenfatningen skal følge pasienten slik at de som skal yte videre helsetjeneste, vet hva de skal forholde seg til og vet hvordan sykehusoppholdet har gått.

Kontinuiteten til neste behandlingsledd ble drøftet i forhold til tidspunkt for over- flytting. Studentene så at pasientene ofte ble utskrevet seint på dag og at dette kunne medføre problemer for sykehjem eller hjemmesykepleien.

Praksisperiode 5

I praksisperiode 5 handler temafokusoppgaven om registrering/kartlegging knyttet til fagutvikling, kvalitetssikring og forskning. Problemstillingen skal ta utgangspunkt i aktuelt praksissted.

Det var en liten gruppe studenter som hadde denne praksisperioden på studentposten, - kun 3 stk. De var alle ved samme pasientgruppe. Studentene henvendte seg til seksjonssykepleieren og spurte om det var noe hun ønsket å få kartlagt. Det var ingen spesielle ønsker, og studentgruppen bestemte seg da for å se på hvordan pasientenes behov blir kartlagt i løpet av sykehusoppholdet, hvordan samhandling med ulike aktører er i avdelingen og hvordan dokumentasjonen skjer. Alle tre forholdene var vinklet mot utskrivningsplanlegging og knyttet til kvalitetssikring av sykepleien som utøves i avdelingen.

Studentene fant at det var et godt tverrfaglig samarbeid omkring kartlegging av behov. Både ergoterapeut, fysioterapeut, hjelpepleiere sykepleiere, leger og sosionom arbeider sammen for å sikre en best mulig utredning av pasientens situasjon. Det blir utført en hel rekke tester, men studentene peker også på betydningen av en løpende observasjon av pasienten i ulike situasjoner gjennom dagen. Dette er svært viktig for å få et helhetlig bilde av pasienten. Slik formulerer en av studentene seg:

Dette er også med på å gi pasientene og pårørende en mer korrekt informasjon, da en kan lese om observasjoner og tiltak som er utført gjennom hele sykehusoppholde.

Samhandling med pårørende understrekes, særlig i forhold til vurdering av hjemmesituasjonen til pasientene. Dokumentasjon er sentralt, - både i forhold til pasientens tilstand, men også til kontakten med bestillerkontor. Studentene har sett betydningen av at navn på saksbehandler ved bestillerkontor skrives ned. Det gjør det enklere ved videre oppfølging. Avdelingen benytter seg "Konvolutten" som er innført i løpet av prosjektperioden. Denne fungerer både som en huskeliste for det som skal gjøres før pasienten skrives ut og som en "opsamling" av aktuelle papirer som hører med. Studentene peker også på betydningen av å ha en utskrivningsklar dato, og at søknader om behov/økte behov blir sendt så tidlig som mulig.

Praksisperiode 6

I siste praksisperiode har studentene øvd seg på administrasjon og ledelse. De har fått ansvar for pasientgruppen mot slutten av praksisperioden, og dermed måttet sørge for at alt pasientarbeid er blitt ivare tatt og utført. Studentene ble fordelt på tidligvakt og seinvakt slik at de hadde hovedansvar for pasientene over det meste av døgnet. I forkant av administrasjonsuken laget de en plan for hvordan de tenkte å gå fram. Denne var knyttet til følgende mål:

- lede, administrere og koordinere funksjoner i et tverrfaglig samarbeid omkring pleie og behandling til en gruppe pasienter
- ha det sykepleiefaglige ansvaret og vise overblikk og prioriteringsevne
- medvirke til helsefremmende og inkluderende arbeidsmiljø

I administrasjonsuken har studentene fått øve seg på å lede sykepleietjenesten i avdelingen. De har hatt rapporter, legevisitt, delegert oppgaver, de har tatt mot nye pasienter og utført oppgaver knyttet til utskrivning. Å ha et slikt ansvar gjennom flere vakter gir en annen oversikt enn når de kun har ansvar for en til to pasienter. De har erfart hvor fort det kan skje endringer i avdelingen og betydningen av å kunne omprioritere. Forskyvninger av oppgaver til neste dag er en del av dette og gjør at for eksempel skriving av sykepleiesammenfatninger faller på en som har hatt lite med pasienten å gjøre. Dette er ugunstig og tar tid.

Refleksjonsnotatene

Studentene skal reflektere over læringsprosessen blant annet ved å skrive et refleksjonsnotat. Notatet har vært ”styrt” mot en situasjon som har handlet om utskrivningsplanlegging. Studentene ble bedt om å beskrive situasjonen og deretter analysere den. Refleksjonen i ettertid har gitt mulighet for å se ulike handlingsalternativer. Studentene har også kunnet se handlingsalternativene og situasjonen som helhet, i lys av teori eller tidligere erfaring.

Refleksjonsnotatene viser at studentene har oppdaget betydningen av å kartlegge forhold angående hjemmesituasjon så tidlig som mulig. Allerede i inkomstsamtalen blir det spurt om forskjellige ting vedrørende dette. Samtidig ser de at det er viktig å være var for hvordan pasienten reagerer på å snakke om utskrivning når de nettopp er innlagt. Å samarbeide med pasient og pårørende om utskrivningsplanlegging oppleves som viktig. En av studentene skriver:

Dersom en gjør pasienten til en del av prosessen, vil det i mange tilfeller gjøre at pasienten føler seg bedre ivaretatt og det blir enklere å svare ja. Samtidig vil et slikt samarbeid gjøre at vi kan bedre kartlegge hva pasienten eventuelt har behov for.

Kontaktene med bestillerkontor får en del oppmerksomhet i studentenes refleksjonsnotat. Det er viktig å være godt oppdatert på pasientens situasjon før en ringer. En overordnet målsetting for den hjelpen som tilbys, må være at den er tilpasset og i tråd med pasientens ønske. Derfor trenger en også inngående kunnskap om hvordan pasienten og de pårørende ser for seg tiden etter utskrivning. Dette er noe som må dokumenteres og også noe som kan formidles i sykepleiesammenfatningen.

I noen tilfeller skrives pasienten ut til hjemmet i påvente av institusjonsplass. Studentene ser at det er svært viktig å sørge for at både pasient og pårørende føler seg trygge i en slik situasjon og at det opprettes god kontakt med hjemmesykepleien.

Travelhet i avdelingen kan hindre en god utskrivningsplanlegging. Planleggingen strekker seg egentlig over hele oppholdet og kan ikke krympes inn til selve dagen pasienten skal reise. Det kan lett resultere i at pasienten ikke kan reise før langt på dag, og at det heller ikke blir skrevet nødvendige overflytningsrapporter. Dersom hjemmesituasjonen ikke er tilstrekkelig utredet, vil heller ikke nødvendige hjelpemidler være på plass når pasienten kommer hjem.

Pilotundersøkelsen

Studentene på geriatrisk enhet har gjennomført en pilot undersøkelse når det gjelder telefonoppringing til pasienter etter utskrivelse. Vi vet at dette blir praktisert på ulike sykehusavdelinger, da gjerne til pasienter som blir behandlet for cancer eller som har vært til dagkirurgisk behandling. Hanssen (2010) viser i sin avhandling til telefonoppfølging av pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt. Dette bidro til bedre helse relatert livskvalitet og fysisk aktivitet seks måneder etter hjerteinfarkt, men det var ingen langtidseffekt av telefonoppfølgingen.

Boughton og Halliday (2009) viser til ulike problemer for eldre pasienter i kjølvannet av utskrivning fra sykehus. Det er mye usikkerhet knyttet til nye behandlingstiltak som er iverksatt på sykehuset. Turner (1996) viser også i sin undersøkelse til at selve utskrivningen gjerne har en rekke svakheter, noe som medfører usikkerhet og problemer for pasientene. Ved å se nærmere på denne problematikken, har en kunnet evaluere utskrivningsprosesser ved å foreta telefonoppringing til pasientene. Sykepleierne som deltok i studien, skulle i tillegg til å

innhente opplysninger til bruk i evaluering, yte hjelp og råd dersom nødvendig. Med hensyn til det siste formålet viste resultatene at en slik samtale etter utskrivning ble oppfattet positiv av de aller fleste pasientene. Svært ofte var det kun råd og forsikring om at det pasienten allerede gjorde var korrekt som var nødvendig. I noen tilfeller ble annen helsehjelp kontaktet.

Studentene skaffet seg kunnskap om telefonoppringing etter utskrivning gjennom artikler og diskusjon med lærer. De valgte pasienter som de hadde fulgt tett under oppholdet i avdelingen. Pasientene ble informert om at de ville bli kontaktet 3- 5 dager etter utskrivning. De ble også informert om hvilken hensikt samtalen skulle ha før de reiste fra sykehuset. Studentene ønsket å høre hvordan det gikk med pasientene i forhold til det som hadde vært fokus under oppholdet. Dette var tema som studentene hadde informert/undervist om og som det var laget informasjonsskriv om. Pasientene hadde fått disse med hjem.

En av studentene skriver i et refleksjonsnotat etter telefonsamtalen:

Da jeg presenterte meg, husket han meg igjen med en gang. Han kunne også gjøre rede for hvorfor jeg ringte. Dette gjorde samtalen lett å starte, da jeg følte han var forberedt på telefonsamtalen [...] Samtalen dreide seg stort sett om ernæring, men han hadde et stort behov for å snakke om at han var ensom. Dette var i slutten av samtalen, og jeg lot han fortelle litt om hans generelle oppfatning av å være hjemme igjen. Jeg følte han satte pris på denne samtalen, da han takket opp til flere ganger for at jeg ringte. Han skrøt mye av avdelingen og oppholdet sitt på sykehuset. – Å ringe hjem til pasienter tror jeg er med på at pasienten kjenner seg godt ivaretatt. Det gir også mulighet til å kunne tilegne seg kunnskap om hva som fungerer av informasjon og hva som må bli gjort tydeligere. Sykepleieren kan sitte med flere tanker: Kanskje fikk pasienten litt for mye informasjon? Kanskje må jeg være tydeligere neste gang? Eller kanskje kan telefonsamtalen bekrefte at informasjonen var korrekt tilrettelagt. Jeg mener at en slik samtale kan være nyttig for sykepleieren og ikke bare for pasienten

Studenten viser her til ulike positive effekter av telefonoppringing;

- Fortsatt fokus på viktige funksjonsområder og derved kontinuitet i pasientoppfølging
- Positiv pasientopplevelse ved å bli lyttet til
- Kunnskap om hvordan informasjon når fram / ikke er tilstrekkelig
- ”Sykepleietilfredshet” ved å føle at en har gjort en god jobb

Alle tre studentene hadde gode erfaringer med telefonsamtalen. I forkant ble det utarbeidet et skjema som skulle fungere som en ramme for selve samtalen (vedlegg 1). Det var en del

spenning knyttet til dette. Ville pasientene holde seg innenfor den rammen de hadde skissert før de reiste fra sykehuset? Dette gikk overraskende bra, men det var behov for å gi litt rom for annet som pasienten hadde på hjertet. Dette fikk likevel ikke dominere samtalen. Studentene hadde en klar oppfatning av at pasientene hadde ventet på å bli oppringt og at de satte pris på det. To av pasientene var godt orientert om innholdet på informasjonsskrivene.

Hvordan utskrivningsplanlegging har hatt fokus i avdelingen - de ansattes involvering

Informasjon til personalgruppen

Praksisutviklingsprosjektet ble introdusert for personalgruppen før ferien 2010. Prosjektgruppens strategi var å ha jevnlig fokus på temaet i avdelingen for å vekke interesse og nysgjerrighet. Det ble utarbeidet en poster som tok utgangspunkt i modellen ”Rike bilder”. Her ble de ulike elementene som inngår i prosjektet presentert. Det gjaldt innkomstsamtale med pasient med god kartlegging, utskrivningsklar dato, informasjon underveis i oppholdet, sykepleiesammenfatninger, kontakt med kommunen og telefonoppringing etter utskrivning. Personalet ble oppfordret til å komme med innspill/forslag og reaksjoner. Det kom ingen skriftlig tilbakemelding, men en del spørsmål. Disse var særlig knyttet til hvordan oppringning etter utskrivning var tenkt gjennomført.

Prosjektet ble presentert på såkalt ”fredagsundervisning”. Her er det imidlertid bare en brøkdel av personalgruppen som deltar (de som er på vakt). Slike samlinger gir likevel god anledning til dialog mellom kollegaer.

Praksisperiode 6 er for de fleste studentene i slutten av vårsemesteret 3.studieår. Denne inneholder en såkalt administrasjonsuke. Studentene øver da på å være gruppeledere og har ansvaret for driften av sin pasientgruppe. Det gir mulighet for å trekke deler av personalgruppen ut, slik at studentene virkelig får kjenne hvordan det er å være sykepleier i avdelingen. Vi benyttet anledningen til å fokusere på prosjektet i denne uka våren 2010.

I løpet av høstsemesteret fikk prosjektgruppen presentere framdriften av prosjektet på kursdag for personalgruppen. I vårsemesteret 2011 har prosjektet vært tema på team-møter i avdelingen. Teammøter avholdes en gang i uken eller hver 14.dag. I tillegg er seksjonssykepleiere ved avdelingen holdt løpende orientert.

Ressurspersoner

Prosjektgruppen så tidlig at vi trengte å alliere oss med en ressursperson fra hver av pasientgruppene. På grunn av endringer i personalgruppen, tok det noe tid før vi fikk en fast ressursgruppe etablert. Disse ble samlet til et seminar i desember hvor vi diskuterte blant annet viktige forutsetninger for å lykkes med prosjektet. God kommunikasjon både innad i personalgruppen, tverrfaglig samarbeid, god kommunikasjon med kommunehelsetjenesten og ikke minst med pasient og pårørende. Det ble laget en plan for implementering i avdelingen. Det skulle fokuseres på følgende:

- Grundig innkomstsamtale. Viktig å videreføre den praksisen som ble innarbeidet gjennom det forrige praksisutviklingsprosjektet.
- Utskrivningsklar dato.
- Fokus på å informere pasientene om pleien og behandlingen under oppholdet og gjøre bruk av skriftlig informasjonsmateriell.
- Samarbeid med pårørende.
- Dokumentasjon. Under dette punktet vil sykepleiesammenfatningen være sentrale. I tillegg organisering av utskrivningsplanleggingen i en ”Konvolutt”.

I løpet av seminaret ble studentenes utkast til informasjonsmateriell diskutert. Ressurspersonene påtok seg ansvar for å komplettere og kvalitetssikre dette. De konsulterte blant annet uroterapeut, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og farmasøyt.

Ressurspersonene har vært viktige i forhold til implementering i personalgruppen både når det gjelder tenkning, organisering og nye ”tiltak” som er framkommet gjennom prosjektet. De har forsøkt å motivere og inspirere sine kollegaer, - ikke minst ved å være ”foregangs-sykepleiere”.⁵

Utskrivningsklar dato

Ut fra avtalen som regulerer samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og sekundærhelsetjenesten, skal det fastsettes utskrivningsklar dato tidlig i sykehusoppholdet. Sett fra sykepleieperspektiv, er dette av stor betydning. Det er sykepleierne som skriver og sender søknader. Ledelsen ved sykehuset har hatt stort fokus på utskrivningsklar dato fra

⁵ Gruppen av ressurspersoner har bestått av Jeanette Vold Müller, Ranveig Hystad Neset, Elin Vårvik og Christina Sørhaug.

januar 2011. De medisinskfaglige ansvarlige er blitt ”stresset” til å angi utskrivningsklar dato allerede ved første ordinær legevisitt. Sykepleierne har vært og er pådrivere for at dette blir gjort. Det har vært en betydelig forbedring av dette punktet i løpet av året så langt.

En pasient er utskrivningsklar når problemstillingen(e) han/hun innlegges for, og som er formulert av innleggende lege, er avklart (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011). I tillegg skal øvrige problemstillinger som har framkommet under oppholdet være avklart. Vurderingen gjøres først og fremst på et medisinskfaglig grunnlag, men pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra før han ble innlagt, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert (Avtale om inn- og utskrivnings- planlegging i Helse Fonna-området, 2007). Når utskrivningsklar dato er satt, varsler sykepleieren som er ansvarlig for pasienten kommunehelsetjenesten. Utskrivningsklar dato har også sammenheng med søknad om nye /utvidede behov. Det kan ikke sendes søknad før utskrivningsklar dato foreligger. Dato for utskrivnings- klarstatus danner altså grunnlag for videre dialog med kommunehelsetjenesten. I praksis har kommunene opp til 7 dager på seg til å framskaffe et tilbud til pasienten.

Informasjonsmaterieil

Informasjonsmateriellet omfatter 9 skriv med enkle anvisninger om hvordan pasientene kan videreføre det som har vært fokusert under oppholdet. Disse er utformet slik at de ivaretar viktige prinsipper for pasientinformasjon (Fagermoen, 2002). Skrivene inneholder et ”blikkfang” som skal skille dem fra annen informasjon som gjerne følger med en utskrivning. Bildet skal gi assosiasjoner til budskapet, som f. eks. skrevet om ernæring (vedlegg 2). Når dette har fokus under oppholdet, er meningen at pasient og sykepleier/student skal diskutere hvordan tilstrekkelig og riktig ernæring kan opprettholdes etter hjemkomst.

Tanken bak informasjonsskrivene er tosidig. For det første vet vi at pasientene synes de får for lite informasjon når de er innlagt i sykehus (Iversen et. al, 2010). I tillegg vet vi at det ikke er likegyldig hvordan informasjon presenteres og formidles (Fagermoen, 2002). Den andre siden av å informere handler om å sørge for kontinuitet i behandlingsskjeden. Tiltak som er iverksatt under sykehusoppholdet, må videreføres for å gi pasienten den bedring i helsetilstand som er ønskelig. Dette kan pasientene gjøre noe for selv, han kan få hjelp av pårørende og han kan få hjelp av annet helsepersonell. I noen tilfeller vil det være aktuelt å sørge for pasientens samtykke til at pårørende blir involvert i informasjonen. Derfor er det laget samtykkeskjema som skal benyttes.

Sykepleiesammenfatningene

Å skrive sykepleiesammenfatninger er en vanlig sykepleieoppgave i forbindelse med utskrivning. Sykepleiesammenfatningen er en del av den samlede fagrapporten som følger pasienten mellom 1. og 2. linjetjenesten og skal gi viktig informasjon om pasientens behov for sykepleie til neste ledd i behandlings- og omsorgskjeden (Avtale om inn- og utskrivningsplanlegging i Helse Fonna-området, 2007).

Ressurspersonene har vært pådrivere for at alle sykepleierne skriver sykepleiesammenfatningene og ikke overlater det til kollegaer. De har også fokusert på betydningen av å skrive denne rapporten i god tid, slik at det ikke blir et hastverksarbeid like før pasienten reiser. Sykehus har et eget skjema for denne type rapportering. På dette oppgis hva rapporten skal inneholde. De ulike funksjons- områdene skal omtales i forhold til hva som er gjort av behandling og pleie. I tillegg skal sykepleiesammenfatningen formidle hvilke mål og tiltak en anbefales at det arbeides videre med. En kan også skissere hvordan pasienten og sykepleieren ser at dette best kan følges opp. Det er spesielt det siste leddet i sykepleiesammenfatningen ressurspersonene er bedt om å fokusere på overfor resten av personalgruppen. Det har sammenheng med kravet om kontinuitet i pasientforløpet som understrekes i samhandlingsreformen.

I løpet av prosjektperioden har sykepleiesammenfatningen gått fra å bli skrevet for hånd til å bli dokumentert elektronisk. Det er viktig at denne informasjonsoverføringen dokumenteres i den samlede pasientjournalen.

Konvolutt

For å organisere alt som har med utskrivningsplanlegging å gjøre, har prosjektgruppen og ressurspersonene innført konvolutter som er påført definerte oppgaver og avkrysningsfelt. Konvolutter til slik organisering er ikke nytt ved avdelingen. De har imidlertid ikke hatt påført konkrete oppgaver og dermed har det ikke vært noe systematikk i hva konvoluttene skal inneholde.

Prosjektgruppen har sett på hvordan konvolutter har vært utformet og blitt praktisert mellom sentralsykehuset i Vestfold og 12 kommuner. Konvoluttene blir der betraktet som et samhandlingsverktøy for å øke kvaliteten og effektiviteten ved pasientforløp slik at pasienten opplever en sammenhengende helsetjeneste. De understreker betydningen av rett

dokumentasjon og informasjon og at dette er helt nødvendig for å sikre god kvalitet på tjenestene (Praksisnytt, 2009).

I avtalen om inn- og utskrivningsplanlegging mellom Helse Fonna og omliggende kommuner er ansvarsfordelingen mellom partene skissert (2007). Det er også utarbeidet en sjekkliste over hvilke oppgaver som skal utføres i form utskrivning. Avtalen og sjekklisten utgjør grunnlaget for utforming av konvoluttene. Ressurspersonene har diskutert utformingen med sine kollegaer, og pr i dag foreligger det to varianter, - hvor den ene utgaven brukes på geriatrisk enhet og den andre på de tre andre pasientgruppene. Det vil mest sannsynlig være hensiktsmessig og enes om en og samme konvolutt.

For å forenkle kontaktene mellom personalet på sykehuset og de som jobber i kommunehelsetjenesten, er navn og telefonnummer til avdeling og pasientansvarlig sykepleier påført konvoluttene. I en del tilfeller vil direkte kontakt være nødvendig, enten fordi det trengs mer opplysninger eller det kan være andre årsaker. En slik kommunikasjon hører med under den mer uformelle kontakten som skjer mellom de ulike forvaltningsnivåene. Denne er ofte av stor betydning, og å vite hvem en kan henvende seg til, gjør denne kontakten langt enklere enn å måtte ”spore opp” en kontaktperson på egenhånd.

Kontakt med kommunen

I prosjektperioden er det kommet initiativ fra en av gruppene (geriatrisk enhet) om hvordan kontakten med kommunen kan ivaretas på en god måte. Dokumentasjon av all kontakt mellom avdeling og kommunale instanser vektlegges. Det er utarbeidet et eget skjema som skal ivareta dette (vedlegg 3). Prosjektgruppen synes slike initiativ er både spennende og gledelige. Det viser at utskrivningsplanlegging har stort fokus i personalgruppen.

Studietur

Prosjektgruppen har vært opptatt av at ressurspersonene skal kunne innhente inspirasjon til videre arbeid med faglig utvikling. Dette kan gjøres blant annet gjennom en studietur. Prosjektet har fått driftsmidler som skal brukes til finansiering av dette. På grunn av ulike omstendigheter, blir studieturen først gjennomført til høsten. Den vil gå til Universitetssykehuset i Stavanger hvor gruppen vil treffe sykepleiere som arbeider med ulike prosjekter som omhandler samhandling mellom sykehus og kommuner.

Prioriteringstrekanten

Et av personalmøtene i avdelingen har vært avsatt til arbeid med ”Prioriteringstrekanten”. Formålet med denne er å utvikle et prioriteringsredskap som gir klare retningslinjer for hvordan avdelingen skal prioritere i situasjoner der det er færre ressurser i forhold til oppgaver i avdelingen. Personalet ble først introdusert til den bakenforliggende tenkningen vedrørende prioriteringstrekanten. Trekanten rommer tre muligheter. Grønn trekant viser til optimale forhold hvor alle oppgaver som er beskrevet blir utført. Gul trekant innebærer at det er færre ressurser enn oppgaver, og gir samtidig føringer for hvilke oppgaver som må prioriteres. Dette er oppgaver i gul og rød trekant. I den røde trekanten, vil forholdet mellom tilgjengelige ressurser og løpende oppgaver være stor. Da må de som er beskrevet både i den gule trekanten og den grønne, utelates. Oppgaver i den røde trekanten må utføres.

I neste arbeidsfase ble alle avdelingens oppgaver skrevet ned. Personalet arbeidet i grupper. Oppgavene ble skrevet på ”Post-it”-lapper og deretter plassert i de ulike feltene alt etter viktighet. Denne delen av oppgaven ble deretter gjort til gjenstand for forhandlinger; hva er viktigst og hva er viktigere enn noe annet? Lederne skulle deretter ta den endelige plasseringen og presentere for personalgruppen ved en senere anledning.

Prosjektgruppen diskuterte ”prioriteringstrekanten” i etterkant av personalmøtet. Utskrivningsplanlegging var ikke blant de definerte oppgavene som ble listet opp. Det kan ha sammenheng med at utskrivningsplanlegging rommer en hel rekke oppgaver som delvis er innvevd i flere andre. I innkomstsamtalen gjøres for eksempel kartlegging som legger grunnlag for utskrivningsplanlegging. Skrivning av sykepleiesammenfatninger, søknader om kommunal hjelp og kontakt med bestillerkontor er alle oppgaver som inngår i utskrivningsplanlegging. En kan kanskje si at begrepet er en slags overbygning over flere oppgaver. Hele ”pakken” kan kanskje være vanskelig å plassere samlet innen et av de tre definerte områdene (grønn, gul eller rød). Det kan derfor være hensiktsmessig å nevne de ulike oppgavene hver for seg. På den annen side, er det viktig at ”utskrivningsplanlegging” som begrep blir bevisstgjort hos den enkelte, slik at en vet hvilke oppgaver som inngår.

Oppsummering

Hva har studentene lært

En av studentgruppene (10 personer) har hatt skriftlig evaluering av praksisperioden. Flere av spørsmålene dreide seg om utskrivningsplanlegging. De andre gruppene har evaluert muntlig.

I gruppen som evaluerte skriftlig, svarer halvparten at de synes kunnskapen de har tilegnet seg om utskrivningsplanlegging er *meget bra*, og den andre halvparten mener *bra*. I hele studentgruppen (35) er det mange som framhever inntakssamtalen som svært viktig. Den gir viktig informasjon om hva en må gripe fatt i for den videre planleggingen. Studentene har også erfart nødvendigheten av å være godt forberedt på pasientens situasjon når de kontakter bestillerkontor. Det samme gjelder når de kontakter pårørende. Det kommer alltid spørsmål om forhold som er på siden av deres egen agenda. Dokumentasjon av det som blir avtalt og hvem en snakker med er like viktig.

Studentene har lært betydningen av å være systematisk og organisere det som har med utskrivning å gjøre i egen konvolutt. Noen har benyttet informasjonsskrivene til pasientene, men dette er ikke blitt gjort så mye som ønskelig. Det trolig sammenheng med at sykepleierne i avdelingen heller ikke har kommet godt i gang med dette. De som har benyttet dem, har likevel en oppfatning av at de kan være til hjelp for pasienten etter at de er kommet hjem.

Alle studentene har skrevet opptil flere sykepleiesammenfatninger. De mener de har ivaretatt intensjonen med disse fagrapportene ved både å formidle hva som er gjort av pleie og behandling under oppholdet og hva som følges opp videre. Flere av studentene har erfaring fra sykehjem og hjemmesykepleie, og vet at dette er viktige opplysninger.

Studentene har erfart vanskelige utskrivningssituasjoner med utslitte pårørende og manglende institusjonsplasser. De er blitt både opprørt og berørt når de har hatt ansvar for pasienter med denne type utfordringer. Ivaretagelse av både pasient og pårørende har vært viktig. Det har skjedd ved å lytte, trøste og vise forståelse. Samtidig har studentene blitt oppmerksomme på at det er viktig å ikke skape urealistiske forventninger i en søkeprosess. Å søke om for eksempel korttidsplass, vil ikke si at den innvilges. I samtale med pasient og pårørende må dette understrekes.

Hva er endret i praksis

Ressurspersonene og en av seksjonssykepleierne i avdelingen har evaluert hvordan hvorvidt det har skjedd noen endring av praksis i løpet av prosjektperioden. Deres oppfatning kan oppsummeres slik:

- Det er økt bevissthet i forhold til utskrivningsplanlegging blant personalgruppen
- Utskrivningsklar dato settes tidlig i forløpet på de fleste pasientene

- Sykepleiesammenfatninger skrives til alle pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning. De skrives i stor grad tidligere enn før.
- Konvoluttene brukes for å systematisere det som har med utskrivning å gjøre
- En av pasientgruppene bruker i tillegg et eget skjema for å dokumentere kontakt med kommunen

Det som gjenstår:

- Fokus på informasjon til pasient og pårørende og bruk av informasjonsskriv
- Gruppene er avventende til å ta kontakt med pasienter etter hjemreise.

Avslutning

Gjennom praksisutviklingsprosjektet er en viktig sykepleieoppgave satt på dagsorden. På mange måter kan vi si at tidspunktet for dette prosjektet var gunstig. Samhandlingsreformen skal iverksettes i 2012 og påpeker behovet for å styrke samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste for å sikre en helhetlig oppfølging av pasientene. Å ha gode rutiner for utskrivning, vil være av stor betydning når sykehusoppholdene om mulig blir enda kortere.

Gjennom praksisutviklingsprosjektet mener vi å kunne si at læringsutbyttet til studenten har økt når det gjelder utskrivningsplanlegging. De har lært gjennom erfaring, og de har lært gjennom skriftlige oppgaver som er knyttet til praksisstudiene. Når fokuset også har vært rettet mot utvikling i avdelingen, har dette forsterket læringen.

Samarbeidet i prosjektgruppen har vært godt. Partene tror det er viktig at utdanningsinstitusjon og praksisplass har et nært forhold til beste for studentenes læring. Selv om prosjektledelsen har vært delt, vil det likevel være ulikheter i hverandres arbeidsforhold. Det gjør at oppgavene ikke kan deles likt. Det viser seg dessuten at tiden praksisfeltet setter av til prosjektet til dels forsvinner i den daglige driften. En klarere og mer forpliktende avtale vil muligens gi prosjektet større betydning i praksisfeltet.

I prosjektperioden har avdelingen gjennomgått en omorganisering. De fire gruppene er blitt ”spredd” på tre seksjoner, - lungeseksjon, geriatriks seksjon og gastro/nefro seksjon. Hver av seksjonene har egne ledere. Omorganisering er krevende for alle parter og fører til både engasjement og frustrasjon. Å gjennomføre praksisutviklingsprosjekt samtidig er en ballansekunst. Den enkleste biten har vært studentinvolvingen. De lar seg sjelden ”rive

med” i avdelingens strukturelle anliggender. Ressurspersonene og personalet for øvrig fortjener ros for medvirkning til at prosjektet er gjennomført.

Litteraturliste

Avtale om inn- og utskrivningsplanlegging (2007) mellom Helse Fonna HF, Bokn kommune, Bømlo kommune, Eidfjord kommune, Etne kommune, Fitjar kommune, Haugesund kommune, Jondal kommune, Karmøy kommune, Kvinnherad kommune, Odda kommune, Sauda kommune, Stord kommune, Suldal kommune, Sveio kommune, Tysnes kommune, Tysvær kommune, Ullensvang Herad, Utsira og Vindafjord kommune.

Bergheim, S., Jacobsen, C. F., Clausen, F., & Strand, J. (2008). Hjemmebesøk av farmasøyt etter utskrivning. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 5 (128), 567-569.

Boughton, M. & Holliday, L. (2009). Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse* 33(1): 30-40.

Caroll, Á. & Dowling, M. (2007). Discharge planning: communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*, Vol. 16 (14), 882-886.

Danielsen, B. & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke elder pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 5 (1):36-43.

Fagermoen, M. S. (2001). Samtale, undervisning og veiledning. I: H. Almås (red), *Klinisk sykepleie*, (s.12-30). Oslo: Gyldendal Akademisk AS,

Fagermoen, M.S. (2002) Pasientinformasjon – et viktig område for utviklingsarbeid og forskning. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 4(2): 106 -118.

Hanssen, A.T. (2010) Improving outcomes after acute myocardial Infarction: Implementing a post-discharge intervention providing information and support. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen.

Iversen, H. H, Holmboe, O. & Dahle K. A. (2010). Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009. Nasjonale resultater. PasOpp-rapport nr 1. Oslo. Rapport fra Kunnskapssenteret

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/lov-om-kommunale-helse--og-omsorgstjenes.html?id=639903>

Læreplan for praktiske studier (2011) Bachelor i sykepleie. Avdeling for helsefag. Høgskolen Stord / Haugesund.

Paulsen, B. & Grimsmo, A. (2008) God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre” (SINTEF A7877) Trondheim.

Praksisnytt.(2009) *Nytt samhandlingsverktøy mellom SiV og kommunene i Vestfold*. [Informasjonsblad nr.5]. Sykehuset i Vestfold

Birkeland, A., Mikkelsen, A.L. & Lunde, A. (2010) Pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter. Et pilotprosjekt om samhandling mellom haugesund kommune, Haugesund sjukehus og Høgskolen Stord Haugesund. Haugesund: Rapport

Skudal K. E., Bjertnæs Ø.A., Holmboe O, Bukholm, G. & Røttingen, J. A. (2010). Commonwealth Fund-undersøkelsen: Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land. Oslo. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 21

St. meld. nr. 47 (2008 – 2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid.

Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Tingvoll, W-A., Sæterstrand, T. & Dreyer Fredriksen, S-T.(2010) Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. *Vård i Norden*, Vol. 30 (19), 29-33.

Wong, F., Liu, J., Chang, K. & Chow, S. (2007). Factors predicting perceived improved health after emergency room visits. *Journal of Clinical Nursing*, (17), 901 – 910.

Vedlegg 1

Telefonsamtale etter utskrivning

(la kopi av evt. sykepleiesammenfatning ligge ved)

Navn: ... Utskrivningsdato: ...

Diagnose:..... Utskrevet:.....

Dato og kl. for telefonsamtale:.....

Snakket med:

Pasienten : Pårørende: Andre: Spesifiser.....

Tema for samtalen:

- Informasjonsmaterieell gitt under sykehusoppholdet: (kryss av ved utreise)
 - Informasjon om aktivitet
 - Informasjon om forebygging av fall
 - Informasjon om ernæring
 - Informasjon om væskeinntak
 - Informasjon om UVI
 - Informasjon om Forebygging av obstipasjon
 - Informasjon om Forebygging av lungebetennelse
 - Informasjon om bruk av legemidler
- Status for funksjonsområdet:
 - Har fulgt anbefalingene:
 - Har ikke fulgt anbefalingene:
- Råd og ytterligere informasjon
.....
.....
.....
- Hvordan har tiden etter utskrivning fra sykehuset vært så langt?

Telefonsamtalen er gjennomført av:.....

Vedlegg 2

Til _____

Her følger noen viktige anbefalinger for at du skal komme deg ytterligere. Dersom du har spørsmål om dette, er du velkommen til å ta kontakt. Du kan ringe 52 73 25 20 mellom kl. 12.00 og 14.00. Be om å få snakke med sykepleier Hildegunn Berge.

Tips og råd for deg som ikke får i deg nok mat

- Spis alltid frokost og kvelds.
- Spis 5-6 måltider hver dag. 3 av disse måltidene bør være «store».
- Varier mellom brød, rundstykker, frokostblanding og grøt.
- Ha næringsrikt pålegg på maten (egg, kjøtt, ost, honning, smøreost).
- Drikk helmelk, juice og surmelk i stedet for vann.
- Bruk mye smør og fløte i maten.
- Spis frukt, yoghurt eller kjeks utenom måltidene.
- Næringsdrikk kan kjøpes på apoteket og kan brukes som mellommåltid.
- Kos deg med dessert eller noe til kaffen.



Annet viktig for deg:

Kontakt med kommunen - Geriatrisk Seksjon

(skjema legges sammen med søknader til kommunene, samt annet relevant materialet)

Navnlapp Pasienten innlagt: _____

Pasienten overflyttet GS: _____

Pasienten ferdigbehandlet: _____

Har pasienten kommunalhjelp fra før? Ja Nei

Pasientens saksbehandler: _____

Hvilken hjelp mottar pasienten? __

Pasienten er meldt til kommunen dato: _____ Uendret behov:

Ja Nei

Pasienten utskrives i habitualtilstand
Behov for hjelp i hjemmet
Behov for økt hjelp i hjemmet?

Behov for institusjonsplass?

Søknad utfylt dato: _____ Søknad sendt dato: _____

Kontakt med saksbehandler (i fritekst):

Dato: Sig:

Tverrprofesjonell samarbeidslæring i sykehjemspraksis

Anita Moen, Høgskolen Stord/Haugesund og Elisabeth Haugland, Høgskolen i Bergen

Bakgrunn og formål

Høgskolen i Bergen (HiB) og Høgskolen Stord/Haugesund (HSH) har studenter samtidig ved Luranetunet Sjukeheim, Os kommune, ergoterapi- og fysioterapistudenter fra HiB, og sykepleiestudenter fra HSH. Alle studentene er annet års studenter.

Våren 2009 ble det tatt uformell kontakt mellom kontaktlærere, veiledere, avdelingsansvarlige og prosjektansvarlig for SeSam-prosjektet ved HiB, om muligheter for samarbeid rundt studenter som hadde praksis samtidig.⁶ Et pilotprosjekt, med åtte studenter, ble avtalt og gjennomført våren 2010 ved Luranetunet.

Målet for prosjektet var at studentene skulle få innblikk i og forstå hverandres kompetanse, bli trygg i sin egen kompetanse og lære seg å samarbeide. Et annet mål var at dette skulle inngå som en del av studentenes praksis ved institusjonen, og hverken studenter eller veilederne ved institusjonen skulle få merarbeid i de daglige rutiner og i praksisopplegget.

Planlegging

En plan ble utarbeidet. Denne skisserte mål, arbeidsform, veiledning i fagspesifikke områder, veiledning i samarbeid, rutiner for møteplasser, samarbeid rundt to utvalgte pasienter ved institusjonen, og hvordan studentenes læring skulle dokumenteres og evalueres. Avdelingen ble tilbudt mer kompetanse i forhold til tverrprofesjonelt samarbeid gjennom internundervisning, og tilbud om avtalt veiledning i forhold til prosjektet.

En gruppe på fem studenter skulle få ansvar for to pasienter som hadde behov for sammensatte tjenester. I de åtte ukene hvor de var samtidig ved institusjonen, skulle de praktisere sykepleie, ergoterapi og fysioterapi og de vanlige faglige veiledere skulle veilede dem. Sykepleiestudentene (2) gikk i turnus, og var i hele praksistiden sin i institusjonen.

⁶ Kontaktlærere Bjørg Sørfonden Bye, HSH og Elisabeth Haugland, HiB, veileder for fysioterapeutstudentene Martha Lunde Pedersen og for ergoterapeutstudentene May Britt Stavlan, avdelingssykepleier Hilde Storum og prosjektansvarlig for SeSam-prosjektet, HiB, Sissel J. Brenna.

Ergoterapeutstudenten (1) hadde sin base ved institusjonen i fire dager pr uke, men hadde også oppgaver generelt i kommunehelsetjenesten. Fysioterapistudentene (2) var tre dager i institusjonen, men hadde også ansvar for barn og hjemmeboende eldre i kommunehelsetjenesten i denne tiden. To av dagene var de dessuten ved et privat institutt i kommunen.

Det ble tidlig bestemt at studentene måtte lage seg møtepunkter en gang i uken for å diskutere hvordan de kunne samarbeide og hvilke mål de og pasienten kunne utvikle sammen og jobbe mot.

Gjennomføring av en pilot

Det var ikke valgfritt for studentene å være med i pilotprosjektet. De som valgte Os kommune som praksissted fikk dette enten de ville det eller ikke. Det ble noe murring fra studentene med en gang, men da vi ga dem ansvar og stolte på at de tok ansvar, gikk alt på skinner. De fant selv ut at de ville skygge hverandre for å se hvordan de andre profesjonene arbeidet med pasientene. De samhandlet om målsetting for pasientene, og de fikk samarbeidsveiledning tre ganger i løpet av perioden.

Avslutningsvis svarte de på et lite spørreskjema om hva de visste om hverandre på forhånd, hva de hadde lært, og hva som skulle til for at dette prosjektet skulle lykkes. Avslutningen var et seminar for prosjektgruppen og de ansatte der mål og erfaringer fra prosjektet ble fremlagt av studentene.

Videreføring - ny pilot

Etter pilotprosjektet som ble gjennomført våren 2010, hadde prosjektgruppen et sterkt ønske om å få til et nytt prosjekt våren 2011. Denne gangen ble også turnuslegen i Os kommune med i prosjektet. Prosjektet ble nå lagt til pleie- og miljøavdelingen, der det nå var noen rehabiliteringsplasser. Dermed kunne en få til relevant og realistisk tverrprofesjonelt samarbeid mellom studenter fra HSH og HIB. Det ble på ny valgt ut to rehabiliteringspasienter som var inne til et kortidsopphold (det vil si 3-8 uker). Disse pasientene hadde sammensatte lidelser med behov for både sykepleie, fysioterapi og ergoterapi.

Studentenes oppgaver

Studentene avtalte en fast samarbeidstid i uken for å møtes, bli kjent, utveksle erfaringer knyttet til eget fag og strategier for samarbeid. Her hadde de ikke veileder fra institusjonen eller fra høgskolene til stede hvis de ikke hadde spesielt veiledningsbehov i forbindelse med samarbeidet. Oppgaven var å bli kjent med hverandre, få vite noe mer om de forskjellige profesjoners kompetanseområder, utveksle erfaringer i forhold til gjennomføring av tiltakene de satte i verk, og organisere arbeidet og gjøre avtaler for når ting skulle gjøres. Den fagspesifikke veiledningen hadde studentene med sin veileder på stedet, og ellers kontakt med sin kontaktlærer fra egen høgskole.

Det ble to ganger gitt veiledning om samarbeid med hele studentgruppen til stede. Studentene gjennomførte de planlagte fellesmøtene, og de deltok på det tverrprofesjonelle teammøtet ved Luranetunet hver fredag. Der er også behandlende lege til stede, i denne perioden var dette turnuslegen. Turnuslegen skulle være tilgjengelig for bachelorstudentene på deres onsdagsmøter, hvis de hadde behov for det. Turnuslegen var med fysioterapeutene en dag, og observerte for øvrig sykepleiestudentene i deres praksis. Det var mindre kontakt med ergoterapeutstudentene. Turnuslegen mente at det var viktig med tverrfaglig samarbeid for rehabiliteringspasienter, og at alle profesjoner var like viktige.

Seminarfremlegg fra studentene

Studentene hadde ansvar for et seminar der de skulle reflektere over om målene var oppnådd.

I referatet fra dette seminaret oppsummeres erfaringene med:

Studentene mente at logistikken var viktig for å få til samarbeidet, og viste til den faste møtedagen som ble satt opp tidlig i praksisperioden. Det å jobbe sammen er framtiden for helseprofesjonene, mente de. I fredagsmøtene hadde de også mulighet til å snakke med turnuslegen og benyttet seg av dette. Kommunikasjon er en viktig faktor i både behandling og samarbeid, hevdet de. Det å bli enige om målene for pasientene de hadde ansvar for, var avgjørende for resultatet for pasientene, var studentenes konklusjon.

Studentene hadde lagd en individuell plan for pasienten. De var blitt tryggere i egen rolle, og de hadde "skygget" hverandre i arbeidet med pasienter. De hadde funnet ut det viktigste i eget fag og blitt styrket i dette, vist respekt for de andres fag, samtidig som de kunne dele kunnskap. Det hadde skjedd en bevisstgjøring av egne kunnskaper, mente studentene.

Pasientene fikk også bedre tilbud ved at det tverrfaglige samarbeidet gjorde de ulike profesjonene i stand til å vite hva de også kunne gjøre med pasienten, uten å overta den andres rolle. Tidsfaktoren satte begrensninger, men timeplaner og timekort kunne avhjelpe dette.

Studentene mente at dette var det mulig å få til videre selv om ikke alle studentgruppene var der. Sykepleiestudentene kan samarbeide med ergoterapeut og fysioterapeut som jobber der fast, både i forhold til enkeltpasienter og i forhold til ”skygging” for å se hva disse profesjonsgruppene kan bidra med.

Evaluering av prosjektet

Studentene har innfridd målet i prosjektet. Timingen på dette prosjektet var god i forhold til Samhandlingsreformen som ble igangsatt i 2012. Dette prosjektsamarbeidet kan også bidra til en mer aktiv rehabiliteringspraksis ved Luranetunet, slik institusjonen har fått pålegg fra Fylkeslegen om å dokumentere. Studentene ga uttrykk for at de var glade for å ha vært med på et slikt prosjekt. De har gjort en god jobb, og de har sett nytten av å snakke sammen og dele erfaringer. Det å respektere hverandre som likeverdige partnere var det viktigste. Det var alle enige om. Individuell plan ligger der som dokumentasjon på rehabiliteringen som studentene bidro til. Pasientene oppnådde gode resultater.

Studentenes skriftlige refleksjon

Studentenes skriftlige refleksjoner kan sammenfattes slik:

- Studentene vet stort sett hva de andre profesjonene driver med, og når en jobber tett sammen er det mulighet til å skygge hverandre.
- Selv om det var vanskelig for turnuskandidaten å delta på annet enn fredagsmøter hadde vedkommende fått erfart betydningen av tverrfaglige samarbeid.
- De involverte pasientene hadde godt utbytte av det tverrfaglige samarbeidet. Pasienten ble bedre kartlagt og fikk dermed mer målrettet hjelp. De oppnådde et bedre funksjonsnivå.
- Bedre bruk av ressurser, men viktig med konstruktive møter, og at man får innblikk i hva andre profesjoner gjør. utfordringer blir å få til flere møtepunkt hvor de ulike profesjonene kan sitte sammen og kommunisere. Ved onsdagsmøtene hadde ikke turnuslegen mulighet til å delta. Dette må man finne en løsning på. Andre må etterspørre at legen involverer seg i samarbeidet. Faste møte dager også utover fredagen, mente turnuslegen.
- Forventningen var å bli bevisst egne roller. Ønske om å bli bevisst betydningen av samarbeidet og å lære om tverrfaglig samarbeid. Lære å kommunisere med de andre yrkesgruppene, lære om de.
- Ulike profesjoner ser ulike ting. Utfyller hverandre, jobber mot de samme målene.

- Tydelighet i forhold til kommunikasjon gir mer helhetlig og effektiv behandling. Alle kan bidra med sin mening uten å bli overkjørt.
- Bli mer kjent med andres profesjonskompetanse og mer trygg på sin egen.
- Samarbeidsprosjektet gjorde at pasientene som deltok fikk bedre resultat, og for studentene ble deres egen rolle gjennom dette samarbeidet tydeliggjort.
- Betydningen av samarbeid er entydig positivt i forhold til rehabiliteringspasienter. Individuell plan var et godt redskap.

Ut fra vår vurdering vil vi påstå at i dette forsøket ble pasientene bedre kartlagt, fikk mer målrettet behandling og studentene fikk bedre innsikt i hva de andre profesjonsgruppene gjør. Dette profiterte rehabiliteringspasientene på, og det ble bedre bruk av ressursene. Pasientenes funksjonsnivå økte.

Studentene opplever seg som likeverdige. Negative stereotypier nedbygges, som Allport et. al (1954) beskriver, men møtepunktene er viktige og nødvendige, og de må være konstruktive. Praktiske forbedringer og etterspørsel av samarbeid med turnuslegen, må innarbeides.

Studentene er ydmyke for hverandres kompetanse. De fikk vite mer om hverandre, og om hva som måtte til for å få til samarbeidet. Møteplasser, konstruktiv kommunikasjon og faste avtaler var suksesskriterier for å lykkes. De ønsket også at flere studenter kunne oppleve det de selv hadde opplevd. Det ble et positivt resultat av samarbeidet deres også for pasientene de hadde jobbet med.

Studentene uttrykker at de blir tydeligere i forhold til egen rolle. Hver og en utfylte de andre profesjonenes kunnskap gjennom sin egen profesjonelle rolle uten at de overtar den andres oppgaver.

Det er en del myter om tidspunktet studentene blir bevisst sin egen profesjonsrolle. Bridges et al. (2011) peker på tre forskjellige modeller for å lære å samarbeide tverrprofesjonelt har de samme elementene som dette prosjektet har satt mål for: erfaring i å samarbeide, lære om hverandres kompetanse, se betydningen av kunnskap om historie og kultur, erfare hvilken betydning kommunikasjon og lederskap har, og få støtte fra ledelsen. Samarbeidslæring gjør at studentene blir mer bevisst sin egen rolle.

Skyggepraksis er en god måte å lære om hvordan de ulike profesjonsgruppene arbeider. Studentene har blitt gitt et stort ansvar for egen læring og for egen utøvelse av sitt fag. Dette har de tatt på alvor. De har gått inn i oppgavene og tatt det ansvaret som utdanningene og

veilederne har latt dem få. De har erfart hvordan en kommune har løst noen av de utfordringene som fremtiden bringer med hensyn til rehabilitering av eldre mennesker med sammensatte problemer. De har benyttet Individuell plan som et samarbeidsverktøy. De har sett at betydningen av jobbe tverrprofesjonelt gir resultater utover det de kan oppnå med sin egen faglighet. De har fått med seg at dette bør være et satsningsområde i forhold til fremtidens helsevesen. De fikk møte ledelsen i helsetjenesten, og de ble utfordret i møte med turnuskandidaten. Turnuskandidaten sier det klart: Alle profesjonene er nødvendig for rehabiliteringsprosessen. Pasientene oppnår bedre resultater, det er i tillegg ressursbesparende. Ved den tette oppfølgingen av de ulike profesjonene blir tydeligvis pasienten motivert til å ta i bruk sine ressurser på en god måte. Det at alle profesjonene arbeider ut fra samme målsetting, vil også være et element som øker måloppnåelsen.

Pleie- og miljøavdelingens skriftlige refleksjon

For evaluering av prosjektets verdi i avdelingen ble spørsmål utformet til de ansatte. 11 av de ansatte svarte på spørsmål om nytte av prosjektet for pasienten, hva de selv hadde lært, hvilke pasienter/beboere som kunne gjøre seg nytte av et tverrprofesjonelt samarbeid, og hvordan de så på samarbeidet mellom profesjonene. Svarene kan vi oppsummere slik:

- Overraskende mange kjente for lite til prosjektet, men at de svarte i forhold til hvordan de så behov for tverrprofesjonelt arbeid allikevel.
- De som svarte mente at det var positivt for pasientene å bli fulgt tettere opp. Prosjektet hadde vært en ressurs for beboerne, og trivsel og generell funksjon var bedret i denne perioden.
- Det at det er kjente personer som er rundt dem har stor betydning, mente noen.
- Flere beboere kunne hatt nytte av dette tilbudet, også de urolige pasientene.
- Det er et stort behov for mer fysioterapi ved rehabiliteringen og økt bemanning med også ergoterapi.
- Pleierne kunne hatt bedre tid til pasientene, mer tid til å snakke med dem: "vi er alltid for få på jobb for å holde dem i aktiviteter, gå turer, lesing." Bedre bemanning og støttekontakter, pasientvenner og bruk av pårørende hvis disse ønsker det.
- Alle, også de som vet for lite, sier at det er positivt med samarbeid. Noen poengterer at rehabiliteringsgruppen vil fortsette, men at det er antall stillinger som er den store bøygen.

- Det tverrprofesjonelle samarbeidet er ikke bare viktig for pasientene/beboerne, men også for de ansatte. De ønsker å slippe ha dårlig samvittighet for at de ikke har tid til det de ser pasientene/brukerne trenger. De ønsker å gi brukerne en mer aktiv hverdag.

Det som tydelig kommer fram her er at tverrprofesjonelt samarbeid rundt brukerne er bra, ikke bare for pasientene/beboerne, men også for dem selv. Det som skal til for å få til dette er økt bemanning, og det er fysioterapeuter og ergoterapeuter det bes om, men også bruk av andre grupper som støttekontakter, pasientvenner og pårørende. Det sies at samarbeidet rundt pasienten vil fortsette i forhold til rehabiliteringssengene, men de nevner selv at alle kunne hatt behov for dette, og særlig de urolige pasientene.

At informasjonen om studentprosjektet har nådd såpass få, gir en del tanker om hvordan informasjon når ut.

Tverrprofesjonelt samarbeid har vært viktig for de pasientene som har opplevd det, og flere kunne hatt behov for det. I samtale med ansatte kom det også fram at andre pasienter/beboere også gjerne ville hatt dette tilbudet. Dette er forståelig at avdelingen kan komme i et dilemma med forskjellsbehandling av beboerne. I motsetning til de ansatte på behandlingsavdelingen nevner ikke de ansatte ved pleie- og miljøavdelingen betydningen av hva dette samarbeidet har for den enkelte arbeidstaker. På behandlingsavdelingen som ble benyttet ved den første piloten, mente de at det å jobbe sammen var helsefremmende. Mange elementer i et positivt arbeidsmiljø viser seg å fremme helse. Kanskje dette elementet bør vektlegges når kostnaden med bemanning av fagfolk beregnes.

Refleksjoner og tanker om videreføring prosjektet

I denne prosjektperioden har det vært to parallelle prosjekt ved Os sjukeheim. Både studentprosjektet og et prosjekt som kom i stand for å lage rutiner for rehabilitering for pasientene i avdelingen. Det er verdt og merke seg at § 4 i Helsepersonelloven om forsvarlig helsehjelp forutsetter tverrprofesjonelt samarbeid. Det tilsier at man lager møteplasser, prioriterer tid til dette samarbeidet, og at man avkrefter mytene om de ulike fagene. Det å ha en åpen kommunikasjon med respekt for hverandres kompetanse er avgjørende for å få dette til. En må møte de andre profesjonsgruppenes kunnskaper for å se og bekrefte sine egne kunnskaper. I perioder med bare sykepleierstudenter er både ergoterapeuter og fysioterapeuter villige til at studentene "skygger" dem for at sykepleiestudentene kan se hvordan de ulike yrkesgruppene arbeider.

Etter prosjektperioden er det et mål å gjøre denne type studentsamarbeid i praksisperioden til en fast ordning i avdelingen. Det tilsier at det avsettes tid og lages møteplasser, og at studentene og veilederne deres prioriterer tid til samarbeid. For å få avkreftet myter om de ulike fagene, kan det muligens være behov for ekstern veiledning i samarbeid.

Det er ikke søkt om vide utviklingsmidler til dette prosjektet, men avslutningsseminaret uttrykte ønske om å fortsette med studentenes samarbeidslæring som en fast ordning, og at praksisperiodene for disse studentgruppene bør kunne samordnes. Begge disse pilotprosjektene viste at samarbeidslæring også ga resultater i rehabiliteringsarbeidet. Det som blir utfordringen for Os kommune er flere stillinger for ergoterapeuter og fysioterapeuter. For arbeidsstedet blir utfordringen å finne tid til tverrprofesjonelt samarbeid. Det trengs tid/frikjøp for turnuslegen også og fokus må være rettet mot konstruktive og effektive møter. Institusjonen trenger bistand til å sette fokus på samarbeidsproblematikken. Dette kan være et fokus for videre samarbeidsutvikling mellom institusjonen og de høgskolene som har studenter i praksis her.

Konklusjon

Pilotprosjektene ved Luranetunet i 2010 og 2011 viste at studentenes tverrprofesjonelle samarbeidslæring også kan gi gode resultater i rehabiliteringsarbeidet. Gevinsten er både studentenes læring og et mer fokusert tverrprofesjonelt tilbud til pasientene/brukerne.

Studentene ble gitt ansvar og tillit i sitt arbeid med utvalgte pasienter. Gjennom dette erfarte de hverandres kompetanseområder og hvordan de kunne arbeide sammen til pasientens beste. Studentene oppdaget betydningen av å være ydmyke for de andres kompetanse, og de var ikke være redde for å spørre hverandre. Det var viktig å få veiledning i samarbeid, men det var også viktig å få diskutere og ta ansvar selv.

De ansatte ved institusjonen opplevde at studentsamarbeidet tok vekk litt av egen dårlig samvittighet fordi de ikke hadde tid til å gjøre nok for pasientene. Det hadde positive effekter for alle, mente de. Studentprosjektet fikk en positiv effekt i miljøet ved å sette fokus på samarbeidsproblematikken. Turnuslegens deltakelse i prosjektet gjorde samarbeidet enda mer realistisk.

Erfaringene fra Luranetunet kan være et godt eksempel på tverrprofesjonell samarbeidslæring, som kan videreføres også ved andre praksissteder som høgskolene har. Andre modeller for

tverrprofesjonell samarbeidslæring er beskrevet i rapportene fra CAB-prosjektet (Bjørke, 2012).

Referanseliste

Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Reading: Addison-Wesley

Bjørke, G. (red). (2010). Fokus på samarbeid. Kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid ved Høgskolen i Bergen, HiO-rapport 2010 nr.5

Dickinson, H. & Carpenter, J. (2005).. "Contact is not enough". An inter-group perspective on stereotypes and stereotype changes in Interprofessional Education. In Colyer, H., Helme, M., Jones, I. (Eds). *The Theory-Practice Relations in Interprofessional Education*. London: Higher Education Academy. Health Sciences & Practice Network.

Helsetilsynet (2010): *Årsrapport*. Oslo: Helsetilsynet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007- 2010) *Nasjonal helseplan*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Lastet ned 05. mai 2011, fra:

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Nasjonal_helseplan_Sartrykk%5B1%5D.pdf

Moen, A. & Bjørke, G. (2011). Muligheter for samarbeidslæring. Delrapport fra CAB-prosjektet. HiO- rapport 2011 nr 5. Oslo: Høgskolen i Oslo.

St. meld. nr. 47 (2008 - 2009): *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

WHO (2010): *Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Lastet ned 05.mai 2011, fra:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf. 19

Praksisutvikling av miljøterapi – når brukermedvirkning skal vektlegges

Christine Øye og Anja Pawlica, Høgskolen Stord Haugesund og Stein B. Høyen, Stord DPS

Innledning og bakgrunn for prosjektet

Dette prosjektet er et samarbeid mellom Høgskolen Stord/Haugesund, Helse Fonna og Tysvær kommune og har som mål å oppnå forskningsrelatert fagutvikling på miljøterapifeltet.⁷ Samarbeidet startet allerede i 2003 med en intensjonsavtale om forskningssamarbeid mellom høgskolen og Helse Fonna, Psykiatrisk klinikk, noe som blant annet resulterte i tildeling av forskningsmidler fra Helse Vest i 2004. Dette ønsket om samarbeid på tvers av utdannings- og praksisfelt ledet til etableringen av en arbeidsgruppe initiert av Helse Fonna, som fikk i oppgave å implementere en forskningsbasert miljøterapi der brukermedvirkning skulle ivaretas.

Enhetenes organisering og institusjonstype

Stord DPS/rehabiliteringsposten har hatt en uklar ideologi og målsetting med den daglige organiseringen av miljøterapi, mens Tysvær kommunale boenhet har hatt en uklar målsetting med hva som skal være innholdet i denne type enhet. Stord DPS/ rehabiliteringsposten er en døgnenhet, hvor personer med psykiske problemer er frivillig innlagt. Det fremkom under

⁷ Prosjektet bygger på en tverrfaglig doktoravhandling avsluttet sommeren 2009 på Universitetet i Bergen, psykologisk fakultet, med tittel: "Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon. En analyse av miljøterapeutiske praksiser" (Øye & Skorpen, 2009a).

prosjektets evaluering at Tysvær boenhet må betraktes som en ”gråsoner-institusjon”, idet de som bor der, gjør det mer eller mindre permanent i et slags institusjonelt bofellesskap med noen fellesrom. Boenheten er bemannet med kvalifisert helsepersonell 24 timer i døgnet.

Prosjektets organisering og formål med deltakelse

Prosjektet har omfattet ansatte fra både Stord DPS (Helse Fonna), Tysvær kommunes boenhet for psykisk lidende, brukerrepresentanter (med erfaring med psykiske lidelser), åtte studenter i bachelorutdanning i sykepleie i to ulike perioder, (fire fra 2. året og fire fra 3. året) og representanter fra arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen har fungert som styringsgruppe under hele prosjektperioden og har hatt et overordnet ansvar for implementering, gjennomføring og evaluering av prosjektet. Flere av medlemmene i arbeidsgruppen (Pawlica, Vattedal, Rimmereid, Kjønø, Kvamsøy) har fylt sentrale roller i den praktiske miljøterapiutprøvingen i de to involverte enhetene (Stord DPS/rehabiliteringsposten og Tysvær kommunale boenhet). De har vært praksisveiledere og/eller pådrivere og lokale ansvarshavere for gjennomføringen av prosjektet. Kvamsøy har vært leder i den aktuelle boenheten). Førsteamanuensis Christine Øye, Avdeling for helsefag, HSH, har vært faglig ansvarlig for prosjektet, mens arbeidsgruppen har blitt ledet av Stein Høyen, Helse Fonna.

En døgnpost ved Stord DPS, tilhørende Helse Fonna, og en boenhet tilhørende Tysvær kommune ble valgt ut for implementering av denne ”nye” miljøterapi. Hensikten med å velge ut en statlig og en kommunal enhet var å ha fokus på samarbeid og pasientforløp mellom helseforetak og kommuner. I tillegg til å få ulike erfaringer og innsikter om hva brukerorientert miljøterapi kan innebære, var det tenkt at et slikt prosjekt kunne generere kunnskap og innsikt om samarbeid og samhandling på tvers av behandlingsnivåer. På den måten ville dette miljøterapeutiske forsøket kunne bli en sentral bidragsyter inn mot den forespeilte samhandlingsreformen. Ved begge enhetene var det et ønske om mer kunnskap om og erfaring med hvordan potensialet i miljøet kunne utnyttes på en mer hensiktsmessig måte, i tråd med prinsipper for brukermedvirkning. Ved Stord DPS var det et ønske om særlig å vektlegge at pasientene fikk ta mer ansvar for eget hverdagsliv, mens ved Tysvær boenhet var hensikten å få beboerne til å delta mer aktivt i fellesmiljøet.

Prosjektets mål

Prosjektgruppen har brukt tid på å formulere en målsetting med miljøterapiutvikling på den ene side og målsetting knyttet til studentenes læring på den annen side. Miljøterapi er et vidt

favnende begrep og en terapiform som ofte forstås å omfavne både det fysiske, psykososiale og kulturelle læringsmiljø i en enhet for å fremme læring (Øye & Skorpen, 2009). Helse fonna la føringer for at den miljøterapi som skulle utvikles skulle være brukerrettet, noe som førte til at målsettingen med fagutvikling av en ”ny” miljøterapi skulle ta utgangspunkt i brukernes ressurser og ønsker. Til tross for ulike utgangspunkt i de ulike enhetene og med de føringer som ble pålagt prosjektgruppen arbeidet deltakerne frem følgende overordnede målsetting med prosjektet:

Miljøterapi skal være en målrettet tilrettelegging av miljøet for samhandling og aktivitet, som skal gi mulighet til et verdig liv for den enkelte. Det skal tas utgangspunkt i den enkeltes behov, ønsker og ressurser, samt en bevisst nyttiggjøring av fellesskapet.

Denne overordnede målsetting ble tilpasset de to ulike praksisstedenes egenart, rammer og målsettinger. Disse rammene og føringene ble formulert og diskutert nærmere på ”kick-off”-seminardagene 1. november og 6. desember 2010.

Studentene hadde en vesentlig rolle i prosjektet, og i den forbindelse ble det også av prosjektgruppen formulert følgende **delmål** knyttet til studentenes læring:

Å få studentene til og bli aktivt bevisstgjorte og myndiggjorte omkring hvilke forhold som kan hemme og fremme empowerment og sosial læring i miljøet hos institusjonens ulike aktører.

For å kunne nå målet om innføring av en brukerrettet miljøterapi, formulerte prosjektgruppen noen tiltak som skulle iverksettes. Disse tiltak ble som følger:

Tiltak:

- Invitere brukerne inn i rom der forhold som angår brukeren, diskuteres og bestemmes, som på rapporter og behandlingsmøter. Hensikten med en slik utprøving er todelt. For det første det at den enkelte bruker skal ta del i og diskutere og følgelig ansvarliggjøres i forhold til egen behandling, og for det andre det å unngå hemmeligholdelse og motstrategier fra brukergruppen i miljøet (se Øye & Skorpen, 2009b).
- Ta systematisk utgangspunkt i sosiale hendelser i miljøet med det siktemål å reflektere over disse hendelsene. En sentral hensikt med en slik systematisk øvelse er å bidra til større refleksjon i bruker- og personalgruppen omkring reaksjoner på egne og andres atferd og tanker. En slik utprøving vil kunne bidra til sosial læring hos alle impliserte parter; personalet (inklusive studenter) og brukere.

Studenttiltak:

- Føre logg over erfaringer knyttet til implementering av den nye miljøterapeutiske organisering og tiltak. Nedtegne både hva studentene erfarer som fører til aktiv involvering og brukermedvirkning fra de ulike aktørenes side i miljøet, og de forhold og episoder som *ikke* fører til aktiv deltakelse og brukermedvirkning fra de ulike aktørenes side. Systematisere refleksjoner over logger i to skriftelige presentasjoner.
- Møte på arbeidsgruppemøtene i praksisperioden og redegjøre for sine nedtegnelser fra hendelser i miljøet basert på den systematiske loggføringen foretatt i praksisstudiene.

Prosjektets kunnskapsmessige forankring

Prosjektets mål og tiltak er forankret i et kunnskapsteoretisk rammeverk tilhørende to ulike miljøterapeutiske tradisjoner; det terapeutiske samfunn og kognitiv miljøterapi. Disse to ulike miljøterapeutiske tradisjoner er valgt med henblikk på å oppnå prosjektets målsetting om å fremme verdighet. I tillegg hadde prosjektet en målsetting om læring i vid forstand gjennom refleksjoner over hendelser i miljøet.

Læring inngår som en sentral del i de fleste miljøterapeutiske definisjoner, der miljøterapi ofte defineres som en *planlagt tilretteleggelse av dagliglivet i en psykiatrisk institusjon* som omfatter avdelingens *fysiske, sosiale og kulturelle miljø*. Det er særlig samspeilet mellom det fysiske og psykososiale miljø der det sosiale læringsmiljø som har stått sentralt (se bl.a. Cumming & Cumming, 1962; Gunderson, 1978, 1983; Abroms, 1969).

Siden brukermedvirkning skal ligge som et vesentlig prinsipp i utformingen av dette prosjektet med henblikk på innføring av en ”ny” miljøterapeutisk praksis, har arbeidsgruppen særlig arbeidet med og hatt som intensjon å vektlegge en miljøterapi som henter inspirasjon fra den demokratiske miljøterapi, som i tidligere tider ble omtalt som det terapeutiske samfunn (Jones, 1966, 1983; Jones & Bonn, 1973). I det terapeutiske samfunn vektla man de sosiale prosesser, og det kollektive miljø innebar et fokus på det sosiale miljøets betydning for individuell endring. Endring og innsiktsfull læring skulle skje gjennom åpen og direkte kommunikasjon pasientene i mellom, personalet i mellom og mellom personalet og pasientene (Jones & Bonn, 1973). Ved å fremme verdighet gjennom fokus på brukermedvirkning/empowerment i et fellesskapsmiljø, er prosjektet også forankret i en kognitiv miljøterapeutisk tradisjon. Mens det terapeutiske samfunn vektlegger betydningen av direkte og åpen kommunikasjon for å fremme læring, vektlegger kognitiv miljøterapi individuelle refleksjoner med utgangspunkt i hendelser som er skjedd i miljøet (Fredheim, 2009, Simonsen, 2007ab), som eksempelvis refleksjon omkring brukeres, personalets og

studentenes reaksjoner på sosiale hendelser i miljøet. Refleksjoner i den kognitive terapeutiske tradisjon forstås som hvordan personer kognitivt konstruerer forståelse av en hendelse som er skjedd i miljøet (Simonsen, 2007b).

Hensikten med å anvende kognitive behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet er å se sammenhenger mellom situasjoner, tanker og følelser, og ferdigheter i problemløsning (Simonsen, 2007b, Wright et al., 1993). I den forbindelse har det blitt utviklet en modell som tar for seg forholdet mellom situasjoner (A), tolkningen av situasjoner (B) og konsekvensene av tolkningen i form av følelser og handlinger (C) (Fredheim, 2009). Målet med denne ABC-modellen er å korrigere negative og dysfunksjonelle selvoppfatninger.

Prosjektets gjennomføring

Implementeringsansvaret ble i vesentlig grad ivaretatt gjennom den detaljplanleggingen av prosjektet arbeidsgruppen utførte høsten 2010, med bl.a. seleksjon av involverte studenter og praksisveiledere og arrangering av to-dagers "kick-off-seminar" i november/desember i det året. Styringsgruppen (arbeidsgruppen) har videre utøvd sitt ansvar for implementering ved å sikre forankring av prosjektet i ledelsen i både Tysvær kommune og i Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern. Representanter for styringsgruppen var dessuten til stede på så vel Stord DPS/rehabiliteringsposten som i aktuelle boenhet i Tysvær kommune da den første gruppen av involverte studenter startet sin psykiatripraksis i nevnte enheter umiddelbart etter årsskiftet 2010/2011(uke 1 i 2011).

Evaluering av prosjektet

Styringsgruppens overordnede ansvar for evaluering av miljøterapiprosjektet avspeilet seg tydeligst i gjennomføringen av et evalueringseminar 11. mai 2011, der de fleste av prosjektets deltakere og involverte var til stede (studenter, brukerrepresentanter, ansatte fra begge enhetene, arbeidsgruppens medlemmer og høgskolens to ansatte). I tillegg hadde arbeidsgruppen, inklusive prosjektets pådrivere i de to enhetene pluss leder for en av disse, et skriveseminar 14. og 15. juni d.å. der erfaringene fra prosjektet ble oppsummert.

Loggføring som dokumentasjonsmetode

Prosjektet har benyttet seg av logger som dokumentasjon av hva som ble gjort underveis. Loggføring ble utført av de fleste av prosjektets deltakere, det være seg studenter, ansatte eller

praksisveileder og til dels også brukere. Noen brukerlogger ble ført i pennen av en brukerrepresentant og/eller av studentene.

En logg er en måte å nedtegne observasjoner skriftlig på, og er basert på de tanker man har gjort seg om disse observasjoner (Bjørndal, 2011), og inneholder fyldige beskrivelser av hendelser i en yrkeshverdag. I dette prosjektet ble loggføring særlig benyttet for å kunne fremme den indre dialogen i form av refleksjon. Før studiens oppstart nedtegnet enhetene en beskrivelse av situasjonen før prosjektet startet opp, basert på noen forhåndsdefinerte spørsmål. Loggene som ble ført, var strukturerte i den forstand at det som ble nedtegnet i loggene, var basert på mer eller mindre fastlagte tematikker som var forhåndsdefinerte (ibid.). Det vil si at loggene som ble nedtegnet, var basert på forhåndsgitte temaer forankret i prosjektets målsetting.

I dette prosjektet er det ikke gjort noen forsøk på en uttømmende kvalitativ analyse av loggene. Det er likevel gjort en systematisk gjennomgang av ulike erfaringer slik de fremkommer i loggene og i fora der deltakerne har møttes, der vi har sett etter noen innholdsområder (Graneheim og Lundman, 2004). Erfaringene som ble nedtegnet på seminarene og/eller møtene, samt i loggene, ble ordnet og systematisert etter noen innholdsområder. Disse innholdsområder var delvis prefigurerte i betydning av at det ble lagt føringer for hvilke temaområder som skulle belyses i loggene (se vedlegg loggskjema). Disse temaområder er igjen forankret i prosjektets målsetting.

Loggene ble benyttet systematisk som et ”redskap” for å nå prosjektets målsettinger. For det første ble loggene benyttet for å dokumentere endring underveis i prosjektet i den hensikt å justere ”kursen”. Deler av loggene ble formidlet på milepælsmøtene underveis i prosjektet, og der ulike tiltak ble justert og mindre nye tiltak planlagt innført. Eksempelvis kom det frem i brukerlogger at pasientene syntes at ansatte var for lite tilgjengelige når de satt i dagligstuen og strikket. Å være tilgjengelig for pasientene ble ansett som viktig for å fremme verdighet, og av den grunn ble det diskutert og innført andre ”strikkerutiner” i avdelingen. For det andre skapte nedtegnelsene i loggene utgangspunkt for refleksjon og dialog deltakerne imellom omkring de miljøterapeutiske praksisene, uten at det alltid førte til konkrete endringer av tiltak, rutiner eller samværsformer i avdelingen. For det tredje ga bruken av loggene studenter og ansatte en legitim grunn til å komme i kontakt med beboerne. Således fikk bruk av logg en uintendert konsekvens og førte til at studenter og ansatte fikk større innpass hos beboerne enn

tidligere. Innpass hos beboerne ble avgjørende for å få mer kunnskap om hvilke miljøterapeutiske tiltak som kunne fremme et verdig liv.

Studentenes læring

Åtte studenter fra Høgskolen Stord Haugesund har i løpet av en praksisperiode deltatt i gjennomføringen av praksisutviklingsprosjektet våren 2011. Fire studenter deltok også under ”kick-off”- seminaret høsten 2010.

Studentenes teoretiske oppgaver knyttet til praksisperioden har i samarbeid med studieledere ved Høgskolen Stord Haugesund blitt tilpasset direkte til dette prosjektet. Studentene har skrevet ukentlige logger over observasjoner/erfaringer i praksis. Ut i fra loggene har studentene parvis utarbeidet to rapporter som de har lagt frem for styringsgruppen under milepælsmøter. Styringsgruppens deltakere har gitt innspill på og rettet spørsmål til studentene vedrørende deres rapporter. Studentene har på denne måten blitt utfordret på hva de har observert, og på hvordan de har tolket sine erfaringer. Det har oppstått diskusjoner på tvers. Milepælsmøtene har dermed også fungert som en arena for felles refleksjoner.

I Tysvær har en psykiatrisk sykepleier fungert som prosjektmedarbeider. Hun har vært kontaktsykepleier for alle fire studenter, vært deltaker i styringsgruppen, samt hatt en sentral rolle som motivator/pådriver i personalgruppen i sin boenhet. På Stord har det vært to prosjektmedarbeidere som har deltatt i styringsgruppen, og som har hatt ansvar for selve prosjektgjennomføringen. I tillegg har det vært to sykepleiere som har fungert som kontaktsykepleiere.

I forbindelse med oppfølging av studenter har lærer hatt jevnlig treffpunkter med prosjektmedarbeider i Tysvær. Dette har bidratt til gode relasjoner og til et tett samarbeid om studentlæring og prosjektgjennomføring. Grunnet denne sykepleierens nøkkelposisjon har prosessene i praksisfeltet blitt synliggjort og mer tilgjengelige for lærer, og utfordringer underveis har blitt diskutert under naturlige møtepunkter i forbindelse med studentoppfølging.

Prosjektmedarbeider i Tysvær har til tider opplevd at hun har hatt for mange oppgaver og at oppfølging av mange studenter har ført til mindre kapasitet til oppfølging av personalet. I Tysvær ses det i ettertid at en burde hatt en ressursperson til fra personalet for å bidra til å gjøre implementeringen enklere og mindre sårbar. Dette ville også kunne ha bidratt til å fordele arbeidsbelastningen bedre. Imidlertid har denne organiseringen også gjort behovet for

deltakelse fra studenter større. Studentene har dermed fått en helt reell nyttefunksjon i forbindelse med gjennomføring.

Alle fire studenter i Tysvær har fått et stort ansvar for gjennomføringen. Dette har bidratt til et tydelig eierforhold til prosjektet og til et ekstraordinært stort engasjement. Studentene i Tysvær har hatt ansvar for å innhente logger fra beboerne. Slik har de også fått ”innpass” og dermed i større grad fått mulighet til å etablere relasjoner til beboergruppen. At studentene har hatt et legitimt ærend, har gjort at beboerne har ventet dem til avtalt tidspunkt. Disse møtene har dermed representert unike muligheter for kontaktetablering.

På Stord oppfattet to studenter praksis og prosjekt som delvis separate deler. I ettertid ser vi at det kunne ha vært hensiktsmessig at kontaktsykepleiere også var prosjektmedarbeidere, eller at det var et tettere samarbeid mellom kontaktsykepleiere og prosjektmedarbeidere (eventuelt også lærer). Økt grad av samarbeid mellom partene eller færre involverte kunne kanskje ha sikret en mer enhetlig oppfatning av prosjekt og praksis. Erfaringen fra Stord tilsier at praksisoppfølging og prosjekt må henge bedre sammen og ikke fordeles på for mange personer.

Systematisk refleksjon over erfaringer har blitt en sentral følge av dette praksisutviklingsprosjektet. Studenter har uttalt at de aldri har reflektert så mye, at de har blitt motivert til å lese fagteori og at de har hatt et ekstraordinært stort engasjement. Flere har gitt uttrykk for at de sitter igjen med et svært godt læringsutbytte. Dette er i tråd med Holmsen (2010) sin undersøkelse som viser at sykepleierstudenter ønsker mer tid avsatt til refleksjon samt at refleksjon er vesentlig for trygghet og læringsutbytte i klinisk praksis (2010).

Gjennom at nedskrevne logger i prosjektperioden har blitt gjort til gjenstand for stadig og systematisk refleksjon har det vært mulig å lære av andres erfaringer. På denne måten har studentene inngått i et faglig fellesskap der kompetente andre gjennom loggføring og systematisk refleksjon har verbalisert rådende kunnskap. Det antas dermed at praksisrelatert kunnskap i større grad har blitt gjort tilgjengelig for studentene og at læringspotensialet for den enkelte dermed har økt. I følge Tiller (2006) blir spørsmålet ikke hvorvidt vi kan lære av våre erfaringer, men på hvilken måte vi lærer og hva som kan gjøres for å styrke erfaringslæringen? Mange vil antakelig hevde at en lærer av erfaringer men at en lærer for sent og for lite effektivt. I følge Tiller (2006) vil erfaring gi læring, men slik læring kan også være negativ og i strid med intensjonene. Læringen kan dermed på usynlig vis lede oss rett inn i inkompetansen for oppgaver som skal utføres (Tiller, 2006). Språket utgjør et redskap

for tenkning (Vygotsky, i Imsen, 2005). Gjennom at rådende oppfatninger har blitt verbalisert av fagpersonell og gjennom at disse har blitt gjort til gjenstand for stadig refleksjon mellom ansatte, ledere, studenter, ansatte i andre enheter og representanter fra høgskolen utvikles tenkning og slik kvalitetssikres og utvikles antakelig også rådende praksis.

Studentene har altså vært sentrale bidragsyttere i dette prosjektet. Deres observasjoner og utarbeidede rapporter har gitt verdifull informasjon til enhetene samt til deltakere i prosjektet. Studentene i Tysvær sin aktive rolle i forhold til å løfte brukeres stemmer frem gjennom innhenting og nedtegning av brukerlogger har videre vært en forutsetning for gjennomføring. Studentene har slik ikke ensidig fungert som konsumenter av kunnskap men tvert imot bidratt som aktive interessenter i et FOU- fellesskap, hvilket også er en målsetning for utdanningen (Universitets- og Høgskolerådet, 2010).

Erfaringer fra prosjektenhetene

Erfaringer med brukermedvirkning på et organisatorisk nivå

Det ble i større grad enn tidligere vektlagt at pasienter/beboere skulle delta i utformingen av miljøets daglige organisering. Eksempelvis ble dette på Stord DPS/rehabiliteringsposten satt ut i livet i forbindelse med utforming av ulike type planer, mens det på Tysvær boenhet ble lagt om til at beboerne kunne velge sine miljøkontakter selv basert på rangerte ønsker. På begge prosjektenhetene har det blitt en større omlegging fra "service" (det å bistå) til mer delaktighet. Beboerne/pasientene har i større grad blitt spurt om hva de kan bidra med i dagliglivets hverdagslige organisering så vel som ved markeringer og fest. På den måten ble det systematisk jobbet med å legge mer ansvar over på beboerne/pasientene. En har i det hele tatt erfart en større grad av reflektert tenkning rundt hjelp til selvhjelp. Det betyr likevel ikke at beboerne/pasientene kunne bestemme alt, et faktum som gjorde at de ansatte hele tiden måtte reflektere over hva personalet måtte hjelpe til med, og hva personalet kunne overlate til beboerne/pasientene selv. De ansatte har generelt blitt mer bevisste på når de skal invitere beboerne/pasientene til å ta ansvar selv, og når de må overta ansvaret for beboerne/pasientene. På Stord DPS/rehabiliteringsposten har en gått vekk fra morgenmøter med kun masse personale til stede, til fordel for behandlingsmøter hvor pasientene deltar aktivt.

Oppsummert vil vi hevde at vi har erfart at beboerne/pasientene i større grad kan ta ansvar for eget liv, men at dette er et gradsfenomen avhengig av den enkelte beboer/pasient og hans/hennes psykiske form etc. En endring som prosjektet har ledet til, er at prosjektenhetene

har satt i system refleksjon over når personalet skal gi fra seg ansvar til beboerne/pasientene, og når personalet må ta ansvar for disse.

Erfaringer med brukermedvirkning på et relasjonelt nivå

Det har i løpet av prosjektperioden blitt tilrettelagt for at beboerne/pasientene kan velge mellom deltakelse på ulike arrangementer etc. Dette har også ført til at beboerne/pasientene i større grad enn tidligere har blitt ansvarliggjort for de valgene de tar. Det betyr for eksempel at det ikke gis anledning til å delta på en aktivitet dersom en ikke har meldt seg på; valg får konsekvenser. En bivirkning av prosjektet, er at de ansatte har blitt mer fleksible når det gjelder avtalebrudd fra beboernes/pasientenes side. Brudd på avtaler mellom personalet og beboerne/pasientene har blitt utforsket på en systematisk måte ved at personalet har gått tilbake til beboerne/pasientene for å spørre etter begrunnelse for bruddet på avtalene. Gjennom å innhente informasjon om begrunnelsene for bruddene har det bl.a. fremkommet at avtalene som har vært inngått, ikke alltid har handlet om beboernes/pasientenes valg, men om personalets, at beboerne/pasientene har vært i for dårlig psykisk form, eller at de ikke har villet skuffe personalet etc. Dette har innebåret at det har blitt en større grad av forhandlinger mellom personalet og beboerne/pasientene.

Erfaringer med mål om verdighet

Prosjektet har hatt en miljøterapeutisk målsetting om å fremme verdighet i den daglige tilretteleggingen. Det har vært jobbet mye med å få fram kunnskap om hvordan beboerne/pasientene har det; både hvordan de tenker og hvordan opplevelsene har vært. I prosjektet har vi lært at det handler mye om å bli sett og invitert til ulike tilstelninger. Dette har bl.a. i Tysvær kommunale boenhet blitt gjort gjennom at de ansatte ringer på døren når beboerne har bursdag, og synger bursdagssang, og legger kort i postkassen til beboerne i forbindelse med ulike arrangementer. Vi har blant annet erfart at behovet for å bli sett, er viktigere enn å ikke bry seg i det hele tatt. Loggene har blitt brukt som et verktøy for å få vite hvor grensen går mellom invadering av privatliv og det å bry seg. Det vil likevel alltid være et dilemma mellom å ivareta behovet for privatliv og det å følge opp og bry seg. I prinsippet kan beboerne si nei takk til all hjelp, samtidig som de ansatte har et ansvar for å hindre skader, for mye utagering og liknende.

I Tysvær kommunale boenhet har det blitt jobbet mye med bevisstgjøring av personalets bruk av språket i møte med beboerne, for å fremme sistnevntes opplevelse av verdighet. De ansatte

har reflektert over hvordan de ordlegger seg, og har hatt et større fokus på hvilke ord og hvordan en spør slik at det virker ekte. Det er en hårfin balansegang mellom krenkelse og patroniserende tale gjennom "rosende" språk, og det å gi anerkjennelse gjennom positiv tilbakemelding og ros.

Verdighet for de ansatte handler bl.a. om regelmessig og systematisk debriefing og det å reflektere sammen for å kunne klare oppgavene fremover.

Erfaringer med fellesskapet

En sentral målsetting med prosjektet har vært å tilrettelegge for å anvende det sosiale fellesskapet som en arena for sosial læring. Styringsgruppen har tenkt at opplevelse av sosial tilhørighet vil kunne fremme verdighet og aktiv deltakelse. Det vil likevel være en utfordring for hvordan enheten kan tilrettelegge miljøet for å bidra til at alle opplever at "jeg" er viktig for denne gruppen. Hvis denne deltakelsen oppleves som falsk, og ikke genuin og oppriktig, står enhetene i fare for ikke å få deltakende beboere/pasienter.

Undervisningen ble i begge enheter et felles "naturlig" møtepunkt, der både ansatte og beboere/pasienter fikk lære om noe nytt sammen. På den måten opplevde begge grupper et gjensidig lærende fellesskap. Temaene som ble valgt var allmennmenneskelige. I det hele tatt ble temaene som det ble undervist i, bevisst valgt for at disse skulle være relevante for alle, og ikke spesielt for beboere/pasienter. På Stord DPS/rehabiliteringsposten ble det eksempelvis snakket om mestingsstrategier som kunne gjelde livet i sin helhet. I Tysvær kommunale boenhet hadde en ansatt undervisning om "ABC"-modellen for både personale og beboere. Representanter for begge grupper stilte spørsmål, slik at det ble en felles undring over tema. På den måten fikk begge parter et felles redskap og et felles referansepunkt i samtaler senere. Det ble utvekslet ulike eksempler som det ble reflektert over, og det ble en del uformelle samtaler og humor etter at undervisningssekvensen var ferdig. Gjennom deltakelse i fellesskapet ble det opplevd en reell likeverdighet.

Det å bli invitert inn i en seriøs form viser også verdsetting og representerer en form for normalitet. Undervisningen skapte en meningsfull læring hos ansatte, beboere/pasienter og studenter. Vi har erfart at dette er relevant for alle, det styrker fellesskapsfølelsen og synliggjør glimt av likeverdige relasjoner. På Stord DPS/rehabiliteringsposten er utskiftingen av pasientene større enn i Tysvær boenhet, noe som gjør at de ansatte i førstnevnte enhet må jobbe mer med motivasjon for å sikre fremmøte fra pasientenes side til fellesundervisning.

Det å arrangere fellesskapsmøter der alle deltakerne deler litt av sitt personlige liv med andre, har bidratt til å skape flere situasjoner der likeverdighet oppleves. Likeverdighet får positiv ringvirkning i forhold til å snakke om mer alvorlige ting og kan gi en inngangsport til å komme inn på de alvorlige sider ved livet. Slike ”gylne øyeblikk” kan berede grunnen til å arbeide med seg selv, der det er en læring hos ansatte når det gjelder å kunne gi bedre hjelp, og beboerne/pasientene når det gjelder å tenke gjennom eget liv for å kunne ta egne valg en kan stå for.

Erfaringer med kognitive elementer i miljøterapien

I prosjektet har vi fått erfaring med å anvende elementer fra kognitiv miljøterapi i betydning å vektlegge kognitiv refleksjon. Det vi særlig har fått ut av prosjektet, er å få til refleksjon på flere nivå. Her snakker vi om refleksjon rundt de hendelser som skjer i miljøet, så vel som refleksjoner sammen med beboere/pasienter over hvordan samhandlingssituasjoner kan tolkes på ulike vis. Dette har ført til at personalet har fått en spørrende holdning i møte med beboerne/pasientene. Personalet har fått sosialisert en undrende rolle i miljøarbeidet. Refleksjon foregår systematisk på alle vakter, både egen refleksjon og refleksjon sammen med beboere/pasienter og sammen med andre ansatte/studentene. Dette er et verktøy for alle parter i fortolkning av situasjoner. ”ABC” – modellen er et verktøy for alle, den kan bl.a. brukes til å reflektere over dilemmaer personalet står i, for å kvalitetssikre arbeidet. Refleksjonen kan brukes som grunnlag for etiske refleksjoner over dilemmaer som oppstår i enhetene. Det trengs likevel mer kunnskap for å fullt ut realisere potensialet som ligger i modellen. Beboere har gitt tilbakemelding om at de har benyttet elementer fra ”ABC”-modellen, ved å velge vekk noen tanker eller ved å få alternative tanker om samme situasjon.

Oppsummerende diskusjon: Erfaringer og læring fra prosjektet i sin helhet

Prosjektet startet ut med en overordnet målsetting der enhetene skulle innføre en mer brukerrettet miljøterapi. Enhetene hadde også noe ulike hensikt med å delta i prosjektet og noe ulik vektlegging av hva de særlig ønsket å vektlegge i endringen av den ”nye” miljøterapien. Stord DPS var særlig opptatt av å få pasientene til å bli mer aktivt deltagende og ta mer ansvar for eget hverdagsliv, mens de i Tysvær boenhet hadde til hensikt å få beboerne til å delta mer aktivt i fellesmiljøet. Disse overordnede målsettinger ble bare delvis oppnådd, og som kan sies å skyldes flere forhold. For det første er miljøterapi en svært kompleks og

vidt definert terapiform, noe som gjør ”målingen” og evalueringen av dette utviklingsarbeidet med denne terapiformen svært ufordrende. For det andre ble det benyttet loggføring relatert til prosjektets målsettinger som ”måleinstrument” i prosjektet. Loggføring som ”måleinstrument” ble både tolket og benyttet forskjellig i de ulike enhetene og av de ulike enhetenes aktører. Det førte til ulik systematikk rundt bruken av logg som verktøy. I tillegg var erfaringene til de ulike deltakerne både nedtegnet og opplevd tidvis svært ulikt. For det tredje hadde prosjektet definert målsettingen svært vidt, og tatt hensyn til lokale måltilpasninger underveis, noe som gjorde det vanskelig å fastslå entydig om prosjektets overordnede og underordnede målsettinger ble oppnådd.

På denne bakgrunn må rapportens konklusjoner *ikke* leses som absolutte, men snarer leses som brokete erfaringer gjort i et svært kompleks og mangfoldig landskap der mange av erfaringene vil forbli tvetydige. Rapporten må således *ikke* leses som å gi noen entydige svar om hvordan å tilrettelegge for en brukerrettet miljøterapi. Til tross for at prosjektgruppen ikke entydig kan slå fast hva som skal til for å tilrettelegge for en brukerrettet miljøterapi har prosjektgruppen gjort seg noen systematiske erfaringer med det utviklingsarbeidet som ble iverksatt og utviklet ”ny” kunnskap om hvordan brukerrettet miljøterapi *kan* tilrettelegges.

Den overordnede målsettingen med prosjektet var å tilrettelegge for en brukerrettet miljøterapi med den hensikt å fremme verdighet. Det innebar å tilrettelegge dagliglivsorganiseringen i de to ulike enheter basert på sentrale premisser for brukermedvirkning/empowerment. Det betydde blant annet at beboere/pasienter i større grad enn tidligere skulle involveres i beslutninger angående deres eget hverdagsliv. En slik målsetting ble bare delvis oppnådd i betydning at en del av beboerne/pasientene ikke ønsket å stå ved sine valg. En målsetting om brukerrettet miljøterapi betydde også at beboerne/pasientene skulle få mer medansvar for arrangering av fellesaktiviteter og liknende. Intensjonen var at dette skulle bidra til å skape en mestrings- og verdighetsopplevelse hos pasienten/beboeren. Prosjektets deltakere erfarte at denne målsetting om å gi flere oppgaver over til pasientene/beboerne bare delvis ble oppfylt, da det var en utfordring å få pasienter/beboere til å stå ved egne ønsker; at det å ta valg får konsekvenser.

Den ”nye” miljøterapien skulle bidra til større grad av likeverdighet som menneske i relasjonene, i betydningen at det ikke skulle tas så mange avgjørelser på andres vegne i den hensikt å fremme verdighet. Denne målsettingen ble bare delvis oppnådd, da de ansatte erfarte at det faglige skjønnet og faglige vurderinger ble vesentlige i tillegg til tilretteleggelse for

egne valg/vurderinger hos pasientene/beboerne. I den forbindelse oppnådde vi tidvis prosjektets målsetting om større grad av medvirkning i dagliglivsorganiseringen av miljøet og mindre grad av ”ekspert-novise”-dimensjon i læringen (i betydningen av at de ansatte/studentene forteller hva beboerne/pasientene bør gjøre/velge).

Prosjektets målsetting om å tilrettelegge miljøet for å fremme verdighet i det daglige arbeidet, ble delvis oppnådd i den forstand at prosjektets deltakere ble mer bevisst på grenseforholdet mellom beboernes/pasientenes behov for privatliv versus det å aktivt vise at man bryr seg. Fellesaktivitetene i prosjektet skulle bidra til at ansatte skulle få større innpass hos beboere/pasienter, slik at ansatte skulle få innsikt til å lære mer om hva som skal til for å bidra til å gi beboerne/pasientene opplevelsen av å leve et verdig liv. Til tross for at erfaringen med innføring av fellesaktivitetene åpnet opp for å lære beboerne/pasientene bedre å kjenne, ga prosjektet ingen klare svar om hvilke miljøterapeutiske tiltak som til enhver tid fremmer verdighet hos beboerne/pasientene.

Kognitive elementer ble benyttet som verktøy for å fremme refleksjonsevne hos alle involverte parter. Å anvende kognitive elementer i miljøterapien førte til en større grad av undring og nysgjerrighet i relasjonene mellom beboerne/pasientene og de ansatte. Prosjektet kan ikke si noe om fokus på kollektiv refleksjon førte til større grad av verdighet hos beboerne/pasientene, men prosjektets deltakere erfarte at terskelen for å delta i aktiviteter ble lavere under prosjektperioden.

Oppsummering av studentenes læring

Prosjektet hadde en målsetting om at studentene skulle lære å bli aktivt bevisstgjort og myndiggjort om hvilke forhold som kunne hemme og fremme empowerment og sosial læring hos institusjonenes ulike aktører. For det første har studentene **har** vært reelle deltakere i prosjektet og hatt en meget sentral funksjon i FoU-fellesskapet gjennom innhenting, føring og fremføring av logger der prosjektets tema har vært fokus. I den forbindelse har studentene måttet reflektere over hvordan ulike episoder i miljøet kan fortolkes i samhandling med prosjektets øvrige deltagere. På den måten har studentene blitt utfordret til kritisk å vurdere egne fortolkninger gjennom dialog med andre deltakere i prosjektet. For det andre har studentene hatt prosjektoppgaver i praksisperioden som har vært spesielt tilpasset dette prosjektet, og gjennom de oppgavene de har fått har de fått mer innpass hos brukergruppene gjennom et slikt legitimt ærend. På den måten har de fått kunnskap og erfaring med hvilke

forhold som kan fremme og hemme empowerment og sosial læring hos brukere. Oppsummert har derfor målsettingen med studentenes læring i høy grad blitt oppfylt.

Muligheter for videreføring

Stord DPS/rehabiliteringsavdeling: Avdelingen vil videreføre pasientloggsystemet, hvor en av hovedintensjonene er at systemet vil frambringe pasientens synspunkter på hva disse synes om enhetens tilbud og virksomhet, gjerne i form av positive og negative erfaringer med enheten. Avdelingen vil samle inn og systematisere disse pasienterfaringene, med det for øyet å utforme miljøet i avdelingen bedre på et kollektivt nivå, og for å gjøre en bedre jobb overfor den enkelte pasient.

Enheten ser at den må legge opp til mer rom for en-til-en-relasjon mellom pasient og kontaktperson på hver vakt for bl.a. å følge opp det som er bestemt for den enkelte pasient når det gjelder daglig tilrettelegging av tilværelsen i enheten. Avdelingen vil derfor også i fortsettelsen vektlegge betydningen av relasjonen mellom den enkelte pasient og vedkommendes kontaktperson. Ordningen med felles undervisning for pasienter og ansatte vil bli videreført i enheten. Det er en entydig erfaring fra begge prosjektenhetene at slik fellesundervisning for pasienter/beboere og personale bidrar til en opplevelse hos førstnevnte av verdighet, likeverdighet og fellesskap. Stord DPS/rehabiliteringsavdelingen opplever at prosjektet har bidratt til å skape en klarere profil på hvordan en kan arbeide miljøterapeutisk, noe som i sin tur gir en tydeligere retning for det daglige arbeidet som miljøterapeut.

Tysvær kommune/boenheten: Enheten vil fortsette med systematisk debriefing for personalet etter vakt, etiske refleksjonsgrupper, felles undervisning for beboere og ansatte og bruk av den kognitive "ABC"-modellen i den daglige samhandlingen mellom beboere og ansatte. Boenheten vil videre fortsette med dialog mellom beboere og ansatte og utforske årsaken til at beboere bryter avtaler.

Hvordan de ansatte bruker språket, vil det dessuten bli satt søkelyset på fremover fra enhetens side, i erkjennelsen av at personalets språkbruk har stor betydning for den enkelte beboers opplevelse av seg selv.

Beboerne vil også i fortsettelsen få anledning til å selv velge sine miljøkontakter.

Leder i boenheten vil fortsette med å gjennomgå regelmessig og drøfte den enkelte beboers kommunale vedtak om tjenestetildeling med vedkommende.

Konklusjon

For både Stord DPS/rehabiliteringsavdelingen og Tysvær kommune/boenheten er det først og fremst klarleggingen av refleksjonen betydning som har vært det vesentlige utkommet av miljøterapiprosjektet. Viktigheten av å stille kontinuerlig spørsmål ved hva en tenker og gjør i forhold til pasientene/beboerne, kan knapt overdrives, synes å være de to prosjektenhetenes erfaring.

Vi har erfart at man må hele tiden stille seg spørsmålet om det ikke finnes andre og mer fruktbare tanke- og handlingsalternativer enn det en umiddelbart ser. Poenget er ikke å finne fram til de riktige ”fasitsvarene”, men å kunne begrunne etisk og faglig de handlinger en som ansatt velger i samhandling med pasientene/beboerne.

Litteratur

- Abrams, G.M. (1969). Defining milieu therapy. *Archives of General Psychiatry*, 21, 553-561.
- Bjørndal, C.R.P. (2011). *Det vurderende øyet. Observasjon, vurdering og utvikling i undervisning og veiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bloom, S. L. & Norton, K. (2004). The therapeutic community in the 21st century. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 229-231.
- Cumming, J. & Cumming, E. (1962). *Ego & milieu. Theory and practice of environmental therapy*. Chicago: Atherton Press.
- Ekecrantz, L.S. (1995). *Pasienternas psykiatri – en studie av institutionella erfarenheter*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Fredheim, K. N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern, *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46(2), 161-167.
- Granheim, U.H. & Lundmann, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse education today*, 24, 105-112.
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry*, 41, 327-335.
- Holmsen, T. L. (2010). Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden* 30(1), 24-28. Tilgjengelig fra: <http://www.artikkel.nu/Security/LoginSubscriber.aspx?ReturnUrl=%2fBob%2fGetBob.aspx%3fbobID%3d3199&bobID=3199>
- Imsen, G. (2005). *Elevers verden - Innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jones, M. (1983). Therapeutic community as a system for change. In J.G. Gunderson, O.A. Will & L.R. Mosher (Eds.), *Principles and practices of milieu therapy* (pp. 177-185). New York: Jason Arons.
- Jones, M. (1971). *Det terapeutiske samfunn – I sykehuset og utenfor*. Oslo: Gyldendal.
- Jones, M. & Bonn, E.M. (1973). From the therapeutic community to self-sufficient community. *Hospital & Community Psychiatry*, 24(10), 675-679.
- Neuhaus, E.C. (2006). Fixed values and a flexible partial hospital program model. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(1), 1-14.

- Pejlert, A., Asplund, K. & Norberg, A. (1995) Stories about living in a hospital ward as narrated by schizophrenic patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2, 269-277.
- Simonsen, I. (2007a). Psykologer og miljøterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, (11),1338-1339.
- Simonsen, I. (2007b). Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, (11), 1340-1349.
- Thomas, S.P., Shattell, M. & Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Archives of Psychiatric Nursing*, XVI (3), 99-107.
- Tiller, T. (2006). *Aksjonslæring – forskende partnerskap i skolen*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Universitets- og Høgskolerådet, The Norwegian Association of Higher Education Institutions (2010) *Utdanning +FOU =Sant*. Tilgjengelig fra: http://www.uhr.no/documents/utdanningogfou_ferdigrapport_260810.pdf
- Wright, J.H., Thase, M.E., Beck, A.T. & Ludgate, J.W. (Eds.) (1993). *Cognitive therapy with inpatients. Developing a cognitive milieu*. New York: The Guilford Press.
- Øye, C. & Skorpen, A. (2009a). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon. En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Doktorgradsavhandling, University of Bergen, Norway
- Øye, C. & Skorpen, A. (2009b). Kjennskapens ritus - Fra Tukes te-selskap til fredagskos i et psykiatrisk sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 50(3), 267-292.

Individuell plan i kreftomsorg

Gunn Marit Bakken Koldal, Høgskolen Stord/Haugesund, Jenny-Berit Hansen og Cathrine Støle, Haugesund sjukehus, Helse Fonna

Innledning

Høsten 2010 ble det etablert samarbeid om et praksisutviklingsprosjekt mellom Haugesund sykehus, kirurgisk midtblokk og Høgskolen Stord/Haugesund (HSH), sykepleierutdanningen, med utgangspunkt å forbedre praktiske studier for sykepleierstudentene. Tema for prosjektet var *Individuell plan i kreftomsorg*. Å innføre individuell plan for de aktuelle pasientene, mener vi kan styrke kvaliteten på sykepleien, samtidig gir det gode og nye læresituasjoner for studentene ved at det blir lagt til rette for at de får delta aktivt i dette arbeidet.

Prosjektet ble begrenset til pasienter med "Åpen dør" status som har brystkreft (ca mamma). På sikt vil pasienter med andre kreftsykdommer også bli inkludert i tilbudet om individuell plan. Da prosjektet startet var det en avgrensning til at pasienten skulle være i palliativ fase, dette ble etter hvert endret og det åpnet for at flere pasienter fikk tilbud. Prosjektet startet august 2010 og hadde som mål å videreføres med tilsvarende midler for våren 2011. Fremdriftsplan ble utarbeidet og siktemålet var full drift av prosjektet i løpet av høsten 2011. Denne rapporten beskriver bakgrunn for prosjektet, gjennomføring, evaluering og studenters læring. Noen tanker for videre drift i høstsemesteret presenteres også.

Prosjektets utgangspunkt

Kreftpasienter med åpen dør status er under langvarig behandling. Etter operasjon får mange cytostatica (cellegift) og/eller strålebehandling. Cytostatica gis på onkologisk avdeling

Haugesund Sykehus eller onkologisk avdeling Haukeland universitetssykehus. Strålebehandling foregår på Haukeland sykehus eller på Universitetssykehuset i Stavanger. Pasienter med Neutropeni (lavt immunforsvar) blir lagt i isolat på medisinsk avdeling eller i kirurgisk vestblokk. Kirurgisk vestblokk har egnede isolater, av den grunn blir de ikke lagt inn på kirurgisk midtblokk hvor dette prosjektet ble gjennomført. Dette viser at pasientgruppen er innom mange forskjellige instanser.

Pasientene kan komme direkte til kirurgisk avdeling, seksjon for kar/thorax/mamma dersom de har behov for hjelp, uten henvisning fra lege eller å gå via legevakten, slik ordningen er når en har "åpen dør" status. Sykepleierne i avdelingen brukte tidligere unødvendig tid og ressurser på å innhente opplysninger fra pasientens fastlege, hjemmesykepleien eller kreftsykepleier i kommunen. Problemet har vært at opplysninger kommer ikke tilstrekkelig frem, det være seg i kommunehelsetjenesten eller annen behandlingsinstanser, når pasientene innlegges på avdelingen. Kommunikasjonen med de involverte parter har ikke alltid vært optimal ettersom disse pasientene ikke trenger å kontakte egen lege eller legevakt for å bli innlagt. Det ville her være hensiktsmessig å etablere ordninger med bruk av individuell plan i arbeidet for å etablere en "sammenhengende tiltakskjede". Individuell plan er et verktøy som binder tjenestene sammen for å gi bedre kvalitet på sykepleien og behandlingen, bedre koordinering av tjenester og bedre livskvaliteten til dem det gjelder.

Da prosjektet ble planlagt fantes det oversikt over ca 50 pasienter som hadde 'åpen dør status' og tilknytning til den aktuelle seksjonen ved kirurgisk avdeling. Pasientene trengte et koordinerende system innen sykepleie og behandling. Initiativtaker til å forbedre kvaliteten på sykepleieren var Kirurgisk midtblokk, seksjon for kar og thorax/mamma, Haugesund sykehus.

Et av satsingsområdene i Helsetorgmodellen (2009) er *palliasjon*, og i organisasjonskartet skal det være en egen prosjektgruppe som jobber med det. Vårt prosjekt er ikke underlagt Helsetorgmodellen, men er i samsvar med planene om god palliasjon og gir et viktig grunnlag for oppstart av individuell plan. Individuell plan er en av forutsetningene og grunnpilaren for god palliasjon. Vi tenker at prosjektet på den måten også har samfunnsmessig relevans, samtidig som lovverket styrer at verktøyet 'individuell plan' skal brukes (Sosial- og Helsedirektoratet 2005).

For studentene er det utviklende å være med i dette arbeidet, ved tilretteleggelse skaffer de seg erfaringer på hvordan en kan jobbe i et prosjekt, samtidig åpner det nå opp for et ubrukt landskap i kreftsykepleien på denne aktuelle praksisplassen.

Individuell plan

Individuell plan (IP) er en skriftlig plan som utarbeides sammen med pasient og helsepersonell. I dette prosjektet dreier det seg om pasient og pårørende, sykepleier og sykepleierstudent. Den skal inneholde pasientens behov, ressurser, mål og tiltak. Alt dette skal kartlegges sammen med pasienten som kjenner situasjonen sin best og vet hvilke behov hun har. Helsepersonell har oversikt over forskjellige løsninger og tiltak som finnes og kan være bidragsyter der.

Siktemålet med planen er å styrke samhandlingen mellom helseforetak og kommune for at pasienten skal få dekket sine behov for bistand. Oppstarten av arbeidet med IP starter i helseforetaket, Haugesund sykehus, og videre oppfølging av planen foregår i kommunen, der kreftsykepleier/ressurssykepleier og hjemmesykepleie er sentrale instanser. Planen er tenkt skal styrke samarbeidet mellom pasient/pårørende og helsepersonell og det interne samarbeidet mellom helsepersonell i avdeling/sykehus, styrke overføring mellom helseforetak og kommune- og omvendt. Planen følger pasienten og hun er selv eier av denne.

Planen skal inneholde navn og telefonnummer til kontaktpersonene i de ulike instansene. Kreftsykepleier/ressurssykepleier og hjemmesykepleien er sentrale kontaktpersoner ved utskrivelse fra sykehus. Individuell plan skal være et virkemiddel for å sikre at det alltid er en tjenesteyter som påser at pasienten får nødvendig oppfølging, og at pasienten ikke blir kasteball i systemet der ingen tar ansvar. Planen skal være et verktøy for å sikre at personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester, får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Kristoffersen, et.al. (2005).

Lovverket

Siden juli 2001 har retten til Individuell plan vært lovbestemt. Dersom en person har behov for to eller flere tjenester fra det offentlige over lengre tid, har vedkommende rett til å få utarbeidet en individuell plan. Planen skal bygge på brukers ønsker, behov og muligheter. **Retten** til å få utarbeidet IP er hjemlet i Sosialtjenesteloven og Pasientrettighetsloven § 2-5. (Pasientrettighetsloven § 2-5). **Plikten** til å utarbeide IP er hjemlet i Kommunehelse-tjenesteloven, Sosialtjenesteloven, Lov om Spesialhelsetjenesten og Psykisk Helsevern (2001). I 2005 kom en ny og felles forskrift der Helse- og sosialtjenesten blir **pålagt** å utarbeide IP for pasienter med behov for koordinerte helsetjenester.

Parallelt med lovverket forholder vi oss til Samhandlingsreformen (2009) som krever at en endrer noen rutiner i sykehusene. Helsetorgmodellen som er et samarbeid mellom Helse Fonna og omliggende kommuner og Høgskolen Stord/Haugesund (HSH), som gir føringer gjennom modellen *Rett behandling på rett sted, til rett tid*. Den peker på at HSH får en sentral rolle i innføring av samhandlingsreformen i Helse Fonna regionen. Det henvises til utvikling av helsetjenesten som læringsarena og skal en lykkes med reformen blir det sentralt med tett samhandling mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og høgskolen (Helsetorgmodellen 2010).

Prosjektets forankring i utdanningsmiljøet/praksisfeltet

Initiativtaker til prosjektet var Kirurgisk midtblokk seksjon for Kar/Thorax/Mamma ved Haugesund sjukehus sammen med Høgskolen Stord/Haugesund. Seksjonen er bemannet til å ta i mot 10 pasienter. Prosjektet ble støttet av seksjonsleder og seksjonssykepleier i avdelingen.

Hvem prosjektet involverer

Prosjektet har involvert to-tre studenter i hver praksisperiode. I løpet av høsten gjennomførtes to praksisperioder på åtte uker med fem studenter til sammen. For våren 2011 gjennomførtes tre praksisperioder á åtte uker med seks studenter. Til sammen har 11 studenter vært delaktige i prosjektet. Andre involverte fra HSH er lærer, studieleder og dekan og prosjektveiledere.⁸ Fra Haugesund sjukehus involverer prosjektet seksjonssykepleier, kontaktsykepleiere, andre sykepleiere og hjelpepleiere i avdelingen, studentansvarlig sykepleier, seksjonsleder, pasienter og pårørende. Personale fra onkologisk avdeling og kommunehelsetjeneste er involverte parter, men inngår ikke direkte i prosjektet.

Tildelte ressurser

Prosjektgruppen har bestått av seksjonssykepleier, en kontaktsykepleier og lærer. Ressursgruppen har bestått av to sykepleiere, en hjelpepleier og to-tre studenter fra HSH.⁹

⁸ Gerd Bjørke og Anna Løfmark bidrar med veiledning ved praksisutviklingsprosjekter.

⁹ I prosjektgruppen deltok seksjonssykepleier Jenny-Berit Hansen, kontaktsykepleier Cathrine Støle og høgskolelektor Gunn Marit Bakken Koldal. I ressursgruppen deltok sykepleier Siv Åse Jakobsen, sykepleier Inger Marie Nilsen og hjelpepleier Grethe Salomonsen. Alle tre er ansatte på seksjonen der prosjektet ble gjennomført.

HSH har bidratt med praksisutviklingsmidler for å gjennomføre prosjektet, det ble gitt kr 20.000,- til sykepleierne i prosjektet og 10.000,- til driftsmidler, og det ble satt av 20 % tid for lærer. Helse Fonna har også bidratt med ressurser til å gjennomføre prosjektet. Seksjonsleder er informert og har godkjent prosessen. Seksjonssykepleier, som også er den del av prosjektgruppen, tilrettela for både denne og ressursgruppen fra Helse Fonna.

Driftsmidlene ble fortrinnsvis brukt til å heve kompetansen hos personale og studentene. Fire personer fra prosjektet gjennomførte en hospiteringsdag på Sunniva klinikken, i Bergen, et kompetansesenter for lindrende behandling i Helse Vest. Driftsmidlene har vært motiverende for å gjøre prosjektarbeidet mer meningsfullt. Midlene har gitt prosjektgruppen rom til å ordne og bestemme enkle, men viktige tiltak i prosjektet som enkel servering og innkjøp av gaver til dem vi hospiterte hos (eks. CD), i tillegg til selve hospiteringen som kunne gjennomføres med at vaktene ble dekket opp av innleie. Uten prosjektmidler ville det vært problematisk for deltakerne å møtes til planleggings-, vedlikeholds- og evalueringsmøter. Midlene ble også brukt til å dekke utgifter til vakter de fem dagene det ble arrangert prosjektsamlinger. Haugesund sykehus, Kirurgisk midtblokk har bidratt med samme sum som HSH har bidratt med, foruten driftsmidlene.

Roller, delaktighet

Det ble utarbeidet mandat for prosjektgruppen, ressursgruppen og studentene. Mandatene finnes i rapportens vedlegg. Involvering av studenter i prosjektet ble formulert slik:

- Studenter deltar på ordinær opplæring og etter hvert selv med informasjon til andre studenter og ansatte. Første dag i praktiske studier gis kort informasjon om prosjektet av lærer. Andre dagen får de mer detaljert innføring av seksjonssykepleier, samtidig mottar de aktuell informasjonsmateriale om IP som det gis mulighet til å lese i praksistiden. Det tilstrebes seks møtesamlinger, à ca en times varighet, med studenter i en praksisperiode på åtte uker. En navngitt sykepleier fra prosjektgruppen eller arbeidsgruppen er ansvarlig, og det settes opp faste datoer. Studentene blir veiledet, og en velger ut aktuelle pasienter studentene kan arbeide med. Det konkrete pasientarbeidet knyttet til IP kommer i tillegg. Et av temaene på møtesamlingene i starten av praksisperiodene, er øvelse i utfylling av IP.
- Studentgruppen i første praksisperiode høst 2010, utarbeider undervisningsmaterieell om individuell plan sammen med seksjonssykepleier og deltakerne i arbeidsgruppen. Dette presenteres for andre studenter i avdelingen for eksempel studenter i

studentposten, og annet pleiepersonal i avdelingen. Presentasjonen gjentas flere ganger og er en del av et studiekraft studentene har i praksisperioden samtidig et viktig supplement i informasjonen til de ansatte om prosjektet.

- Studenter deltar aktivt i arbeidet med individuell plan, forbereder og gjennomfører utarbeiding av individuell plan til pasienter sammen med (kontakt)sykepleier. Studentene gjennomfører etter hvert både forbereding og utarbeiding på egen hånd med (kontakt)sykepleier som veileder. Målet er 1- 2 mulige pasienter i løpet av de siste ukene i praksisperioden.
- Studentene skal være en del av ressursgruppen i avdelingen. Ressursgruppen består av faste personer mens det i hver ny praksisperiode kommer nye studenter.
- Studentene sammen med (kontakt)sykepleier etablerer kontakt med hjemmesykepleien og kreftsykepleier/ressurssykepleier i kommunehelsetjenesten og på onkologisk avdeling.
- Oppfølging av pasienten etter utreise dersom det er naturlig.
- Studenten deltar på nettverksmøter dersom aktuelt

Andre involverte aktører rundt pasientene var personalet ved Kirurgisk midtblokk, seksjon for kar/thorax/mamma også benevnt som gruppe 4, onkologisk dagenhet, primærlege, kreftsykepleier/ressurssykepleier i kommunen, hjemmesykepleie og palliativt team i Haugesund. Fysioterapeuter og sosionomer er også aktuelle. De har vært lite involvert og prosjektet har her et forbedringspotensial. Pasientrettighetsloven sier at ”Dersom en person har behov for to eller flere tjenester fra det offentlige over lengre tid, har vedkommende rett til å få utarbeidet en Individuell plan” (Pasientrettighetsloven § 2-5).

Lærer fra HSH har vært involvert med informasjon og tilrettelegging for studentene, i prosjektsamlinger, vært bindeledd mellom høgskolen og avdelingen, har samarbeid om organisering og tilrettelegging ved hospiteringer og studietur, referatskriving, innkallinger og rapportskrivning.

Prosjektets siktemål

I prosjektplanen ble mål for prosjektet uttrykt slik:

Innføring av Individuell Plan til pasienter med ”åpen dør ” status skal bidra til at pasientene får et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud som er utviklende og at sykepleierstudenten har en sentral rolle i prosjektet.

For å nå hovedmålsettingen med praksisutviklingsprosjektet om å utvikle gode praksisplasser for studenter, her med fokus på Individuell plan, ble det satt opp følgende delmål:

- a) Forankre prosjektet hos ledelsen og informere medarbeidere
- b) Heve kompetansen om Individuell plan hos personalet
- c) Opprette/videreutvikle informasjonsmaterialet til studentene, pasientene og personalet.
- d) Informasjon om Individuell plan og prosjektet som helhet gis studentene ved praksisstart

Tenkningen var å sette i gang prosesser der sykepleierne ser viktigheten av å involvere og ivareta studentene i deres møte med ”åpen dør”-pasienter. For å kunne formidle kunnskap og gjennomføre opprettholdelse av IP, er det en forutsetning at sykepleierne selv har denne kompetansen.

Andre delmål som ble formulert var:

- a) Pasienten tilbys en ordning med IP for å sikre bedre kontinuitet i behandling og pleie
- b) Sykepleiernes og behandleres arbeidssituasjon bedres ved at det er tilgjengelighet til aktuelle opplysninger. Dette mener vi vil gi større oversikt uten at pasienten må intervjues og spørres.
- c) Studentene involveres i prosjektarbeidet, både med gjennomføring av selve prosedyren med IP og med innføring av IP som rutine i avdelingen. Dette gir gode læresituasjoner og viktige erfaringer i kontinuiteten med den ”sammenhengende tiltakskjeden”.

Rammer for individuell plan

En individuell plan skal inneholde brukerens ønsker, mål, behov og ressurser, og skal sørge for at han/hun får den hjelpen de har krav på. Den skal gi pasienten et sammenhengende og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Det skal til enhver tid være en tjenesteyter som har hovedansvaret i forhold til pasienten, og det skal komme tydelig fram i IP hvem som har ansvar i de ulike instansene. Pasient eller pårørende kan være initiativtaker i forhold til å få laget en IP, men hovedansvaret ligger i

tjenesteapparatet. Den instansen pasienten henvender seg til, har PLIKT til å sørge for at et planarbeid settes i gang (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005).

Kristoffersen et.al. (2005) sier om IP at retten til individuell plan gjelder for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det er nå lovpålagt å utarbeide IP, og det sier noe om hvor viktig det er for å kvalitetssikre tjenestene til pasienten. En individuell plan skal både gi pasienten et individuelt tilpasset, helhetlig og koordinert tjenestetilbud, gi et tettere samarbeid mellom ulike tjenesteytere, og styrke forholdet mellom pasient og pårørende.

Det skal oppnevnes en koordinator, og denne skal være bindeledd mellom de involverte parter i planen, og sørge for at planen blir fulgt opp og evaluert etter behov. Koordinator har en sentral rolle i hele prosessen, og det er derfor viktig at det skjer minst mulig utskiftning i hvem som får denne rollen. Ut fra definerte ønsker og behov, tar koordinater eller brukeren selv kontakt med de aktuelle instansene og etatene der det er behov for tjenester fra. En ansvarsgruppe bør opprettes, der de sentrale tjenesteyterne representert. De bør ha møter med jevne mellomrom sammen med koordinator og pasienten. Når det er klart at det skal utarbeides en IP, bør koordinator og pasient og evt. pårørende møtes for å kartlegge situasjonen. Pasienten har som oftest god innsikt i egen situasjon og behov, og kartleggingen må alltid foregå som en dialog mellom fagfolk og den personen det gjelder (Kristoffersen, et.al. (2005).

Planen bør evalueres etter relativt kort tid for å kunne fange opp og korrigere det som ikke fungerer, og det bør også være evaluering regelmessig senere i forløpet. Det at kontaktpersoner med tlf nr står skriftlig i planen, gjør det tryggere for pasienten når det kommer dårlige perioder. Da kan pasienten selv ta kontakt med den aktuelle og få ekstra oppfølging.

Samtykke fra pasienten og et nært samarbeid med han/henne er grunnleggende for å utarbeide en IP. Dersom pasienten samtykker til det, kan pårørende delta i planleggingen og utføringen av planen. Pasienten har rett til å klage til Helsetilsynet dersom det utarbeides en plan på tvers av den enkeltes rett. Det kan også klages dersom det ikke kan tilbys en IP (Kristoffersen, et.al-2005). Tre viktige momenter som må til for å lykkes: Brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt. Koordinatorrollen må løftes frem og arbeidet med individuell plan må forankres på politisk og administrativt nivå (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005).

Prosjektfokus

Samhandling i Helse Fonna innbefatter blant annet Helsetorgmodellen, der formålet er å utvikle bedre pasientforløp og helsetjenester til store pasientgrupper og der helsetjenesten har omfattende utfordringer innen samhandling. De sentrale pasientgruppene er eldre, kronikere, rehabiliteringspasienter og pasienter med behov for palliativ behandling, dette siste er det vårt prosjekt retter seg inn mot.

I tillegg har Helse Fonna, kommunene i Helse Fonna området, Kreftforeningen og Kompetansesenter i lindrende behandling, helseregion vest, et formalisert nettverkssamarbeid mellom kreftsykepleiere/ressurssykepleiere innen kreftomsorg og lindrende behandling. Hensikten med nettverket er kompetanseheving, samhandling og samarbeid mellom ressurspersoner slik at kreftpasienter og andre pasienter med behov for lindrende behandling, og deres pårørende, opplever god kvalitet og trygghet på alle nivå i helsetjenesten (Kompetansesenteret i lindrende behandling, Helse Vest).

Kompetansesenteret i lindrende behandling har understreket at den som har pasienten kan starte opp med individuell plan, det kan være seg kreftsykepleier i kommunen, hjemmesykepleier eller sykepleietjenesten i sykehus. Prosjektet om IP tar utgangspunkt i malen for individuell plan som Kompetansesenteret i lindrende behandling i helseregion vest har utarbeidet. I kreftomsorgen blir det fremhevet at individuell plan for palliative pasienter skal inneholde:

- pasienten sitt skriftlige samtykke
- en koordinator, for eksempel hjemmesykepleier
- pasienten sitt mål
- en ansvarlig for hvert tjenesteområde
- kontaktoversikt og ansvarsfordeling inkludert natt, kveld og helg
- avtalt oppfølging
- klare retningslinjer for hvor og hvordan en eventuell innleggelse skal ordnes. Dersom ”åpen retur” begrepet blir brukt, skal dette være klart definert.

(Veileder for arbeidet med individuell plan, 2008).

Gjennomføring av prosjektet

Informasjon

Behovet for informasjon har vært stort. Avdelingens personale ble informert om prosjektet på flere personalmøter, og ukentlig på pauserommet i en periode. Det ble satt opp skriftlig informasjon på oppslagstavler i avdelingen, og informasjon ble sendt på e-mail til alle ansatte. Hver 12. uke inngår en obligatorisk kursdag i turnusen for de ansatte, prosjektarbeidet med IP stod på agendaen to til tre ganger slik at alle skulle være orientert. I oppstarten ble det brukt mye tid fra prosjektgruppen sin side til å nå ut med informasjon og studentene fikk i oppgave å være delaktige med å spre kunnskap om IP. Tross dette opplevde fortsatt noen av de ansatte at prosjektet var et ukjent område etter det første semesteret.

Fastleger/kommuneleger ble informert via «Praksisnytt», et nettsted for leger knyttet til Helse Fonna regionen. Alle legene i de aktuelle kommunene fikk informasjon via dette nettstedet. Mail ble sendt til diverse andre avdelinger, som kirurgisk poliklinikk, medisinsk avdeling og onkologisk dagenhet med invitasjon til et informasjonsmøte om prosjektet.

Rammer

Prosjektet hadde oppstart september 2010 og formell avslutning juni 2011 når studentene avsluttet praksisperioden. Fremdriftsplanen har som mål at prosjektet går over i drift etter ca tre semester, november 2011, men aktiviteten har vært så pass stor at mulighet for full drift kan skje tidligere på høsten.

Fremdriftsplanen tar utgangspunkt i konkrete oppgaver som utføres, hvilket tidspunkt dette skulle foregå og hvem som har hatt hovedansvar for oppgaven. Se vedlegg, fremdriftsplan for prosjektet (side 29, 30).

Det ble planlagt en større prosjektsamling i hver praksisperiode, det vil si hver åttende uke ble både prosjektgruppen, ressursgruppen, studentansvarlig sykepleier og studenter samlet en dag fra kl. 12-15. Aktuell gjest/gjester ble alltid invitert, målet var å få kontakt med institusjoner eller personer som hadde god erfaring med individuell plan i kreftomsorgen. Vi så det nyttig å trekke andre inn i prosjektet av flere grunner. Prosjektet trengte å bli markedsført, vi trengte samarbeid med ulike aktører og vi trengte innspill for å vite at veien vi gikk var fornuftig. Å dra nytte av andres erfaringer ble viktig, både i startfasen av prosjektet, men også for å vedlikeholde motivasjonen.

Studentenes involvering

Tre studenter startet i praksisperioden etter sommerferien, høst 2010. Studentene ble forespurt om de ønsket å delta i prosjektet, og de som viste interesse ble plassert på denne gruppen i en større avdeling med 36 pasienter. Gruppen prosjektet foregår på har plass til ti pasienter. Av åtte studenter fikk to - tre av dem mulighet til å ha praktiske studier på denne gruppen på kirurgisk midtblokk. Informasjon og tilbud ble gjort via e-mail.

Studenter i alle praksisperioder deltok på ordinær opplæring og etter hvert gav de selv informasjon til andre studenter og ansatte. Første dag i praktiske studier ble kort informasjon om prosjektet gitt av lærer. Andre dagen fikk de mer detaljert innføring av seksjonssykepleier, samtidig mottok de aktuell informasjonsmateriale om IP som det ble gitt mulighet til å lese i praksistiden. I tillegg til informasjonen i oppstarten ble ukentlige møtesamlinger tilstrebet, varigheten varierte fra korte samlinger til ca en time. Seksjonssykepleier og en navngitt sykepleier fra prosjektgruppen eller ressursgruppen var ansvarlige, og det ble satt opp faste datoer. Studentene ble veiledet og det ble valgt ut aktuelle pasienter studentene kunne arbeide med. Et av temaene på møtesamlingene i starten av praksisperiodene var øvelse i utfylling av IP. Målet var 1- 2 mulige pasienter i løpet av de siste ukene i praksisperioden. Studentene var en del av ressursgruppen i avdelingen som bestod av faste personer mens det i hver ny praksisperiode kom nye studenter.

Høst 2010, studenter i 5. semester, praksisperiode 3 og 4

I oppstarten av praksisprosjektet ble studentene sterkt involvert ved at de bidro med informasjon om hva IP er til de andre ansatte.

Studentene i de to praksisperiodene fra august til desember (3.og 4. praksisperiode i studiet) høst 2010, utarbeidet undervisningsmaterieell om individuell plan sammen med seksjonssykepleier og deltakerne i ressursgruppen. Dette ble presentert for andre studenter i avdelingen det være seg studenter i "Studentposten", en annen seksjon på Kirurgisk midtblokk, og annet pleiepersonal i avdelingen. Presentasjonen ble gjentatt flere ganger og var en del av et studiekrav studentene har i praksisperioden samtidig et viktig supplement i informasjonen til de ansatte om prosjektet. Prosjektfokus i begge praksisperiodene var nokså likt, i tillegg utarbeidet studentene som var i 4.praksisperiode en informasjonsfolder til ansatte og nytt personell i avdelingen.

Opplegget i første 8 ukers perioden hadde fokus på informasjon. Først ble de selv informert etter et fastlagt opplegg de to første dagene. Tredje samling deltok de sammen med invitasjonen som var gått ut til kreftsykepleiere og ressursykepleiere i kommunene.

I den fjerde samlingen leste studentene informasjonsmateriale om IP som de tidligere i praksisen hadde fått utlevert, og med dette utarbeidet de selv en kort presentasjon for personalet om hensikten og betydningen av en IP. Det de hadde utarbeidet presenterte de over to fredager knyttet til den såkalte "ukeslutt"-samlingen på pauserommet i avdelingen.

Den femte samlingen bestod av studenter og to fra ressursgruppen hvor de sammen utarbeidet en sjekklister for gjennomføring av IP, og arbeidet som knytter seg til selve oppgaven.

Avslutningsvis i praksisperioden kom en så langt at det ble aktuelt å tilby en pasient IP. Studentene deltok kun med forarbeidet som bestod av informasjon og tilbud til pasienten om IP, mens sykepleier i prosjektgruppen gjennomførte selve prosedyren med pasienten.

I neste praksisperiode var det også fokus på å spre informasjon, studentene gikk igjennom et tilsvarende løp som den første studentgruppen. I tillegg utarbeidet studentene i praksisperiode 4 en informasjonsfolder til personalet og nyansatte, denne ble godt mottatt.

Selve utføringen av å utfylle ut IP med pasienten det første semesteret fikk studentene ikke anledning til, og dermed ble ikke målsettingen oppnådd om at alle studentene skulle få delta 1-2 ganger hver i løpet av en praksisperiode. Pasientgrunnlaget var egentlig til stede for å iverksette utføringen av IP, men av ulike grunner ble det ikke grepet helt tak i slik som tenkt, derfor ble erfaringene få. Prosjektet trengte ett semester til for at både ansatte og studenter skulle bli fortrolig med oppgavene rundt IP.

Studentenes skriftlige studiekraav som bestod av pasientfokus, refleksjonsnotat og temafokusoppgave ble styrt mot pasienter som var aktuelle for individuell plan. Dette ble gjennomført med vekslende hell i oppstarten, mens i 4.praksisperiode og fremover mot 6. praksisperiode ble dette i større grad vellykket.

Vinter 2011, studenter i 4.semester, praksisperiode 2

I andre semester av prosjektet ble fokuset rettet mer på informasjon til pasienten. Studentene fikk etter hvert i oppgave å utarbeide en informasjonsfolder som pasienten får utdelt når de får tilbud om IP. Studentene hadde mange pasientsituasjoner i løpet av disse ukene og ble mye

involvert i det praktiske arbeidet med IP. Derfor kom de ikke så langt med informasjonsfolderen og den ble utsatt til neste studentgruppe.

Studentene ble etter hvert kritiske til prosjektplanens begrensninger med at pasientene måtte være i palliativ fase for å få IP. Dette ble endret i slutten av januar 2011 i prosjektplanen. I forkant var det grunnlag for mange diskusjoner som på ett vis har stoppet muligheten for pasientenes rett på IP.

Pasientgrunnlaget var på nyåret stort og fortroligheten med oppgavene var også større i staben. Dermed fikk studentene aktivt delta i arbeidet med individuell plan, de både forberedte og gjennomførte utarbeiding av individuell plan til pasienter sammen med (kontakt)sykepleier. De gjennomførte etter hvert både forbereding og utarbeiding på egen hånd med (kontakt)sykepleier som veileder. Studentene sammen med (kontakt)sykepleier etablerte kontakt med hjemmesykepleien og kreftsykepleier/ressurssykepleier i kommunehelsetjenesten og på onkologisk avdeling. Ettersom det var mange aktuelle pasienter fikk studentene flere, gode læresituasjoner.

De skriftlige studieoppgavene ble også i denne praksisperioden rettet inn mot IP. Temafokusoppgaven var å lage et undervisningsopplegg ettersom det var overlapping en uke med studenter i praksisperiode 5. Dette ble en fin mulighet for studentene til å sette seg grundig inn i prosjektet og presenterte det pedagogiske opplegget for nye studenter.

Vår 2011, studenter i 6.semester, praksisperiode 5 og 6

Pasientgrunnlaget var mindre i de to siste praksisperiodene, dermed fikk studentene liten erfaring med å tilby pasienter IP. I stedet fikk de oppleve å ta imot *åpen dør* pasienter som hadde med seg sin IP som tidligere var påbegynt eller skrevet på denne avdelingen. I praksisperiode 5 skulle studentene gjøre en kartlegging i den skriftlige temafokusoppgaven. Studentene utarbeidet et spørreskjema med spørsmål som ble en del av evalueringen fra hele staben. Spørsmålene ble kvalitetssikret av prosjektgruppen. Se mer utfylling under punkt 8.2.

I praksisperiode 5 utarbeidet studentene en informasjonsfolder til pasienter om retten og muligheten til å få IP. De gjorde en forenkling av Helsedirektoratet sin brosjyre, og hadde oppmerksomhet på at fremmedord ikke skulle skrives i folderen, denne ble godt mottatt av personalet.

Studenter i praksisperiode 6 hadde fokus på administrasjon og ledelse og ble utfordret på daglig å ha fokus på om det var aktuelle pasienter som skulle tilbys IP, eventuelt å ajourføre planer som allerede var skrevet.

Ulike skjemaer er utarbeidet

Det er utarbeidet et samtykkeskjema som skal underskrives av pasient i forbindelse med at kreftsykepleier kontaktes i kommunene. Dette må pasienten signere før vi kan ta kontakt med dem. Skjema ble utarbeidet av prosjektgruppen ved seksjonssykepleier og blir administrert først og fremst fra onkologisk dagenhet der det blir bestemt om ordningen ”åpen dør” status.

Sjekkliste er utarbeidet. Den gir en kort oversikt for hele prosedyren hvordan gå frem trinn for trinn når en pasient skal få tilbud om IP. Denne er utarbeidet av prosjektsykepleiere og studenter og er tenkt som en hjelp i starten for å få innføre prosedyren.

Registreringsskjema er også utarbeidet, der vil hvem som har fått tilbud om IP, og hvem som har takket ja bli registrert. Dette for å få oversikt over pasientene som har fått tilbudet og som gjerne kan få en påminning ved neste anledning de er innlagt om de skulle ha takket nei. Skjemaet er utarbeidet av studenter og godkjent av prosjektsykepleier. Det ble klargjort en plastmappe med informasjonsbrosjyre fra Helsedirektoratet til pasientene, et samtykkeskjema og Individuell plan for å tas i bruk når pasientene kommer. Alle papirer og skjemaer som vedgår prosjektet IP ble samlet i en reol med god merking på vaktrommet.

Sykepleiestudenten som ressurs

Sykepleierstudentene har vært sentrale i prosjektet, de har fått en unik mulighet til å få innblikk i hvordan samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten fungerer. Hvordan samhandlingen på tvers av avdelinger innen helseforetak og mellom ulike forvaltningsnivå kan bli til det beste for pasienten. Sykepleierstudentene har i 3.semester i utdanningen 1 time undervisning med individuell plan. Det er organisert sammen med tema brukermedvirkning og tilhører psykiatrisk sykepleie. I tillegg vektlegges IP i forelesninger om kreftsykepleie. På forelesningene har det vært et fremmøte på 20 – 30 % av studentene. Det er derfor tilfeldig hvem av studentene som har bakgrunnsstoff i dette tema, men pensum foreligger og de har derfor bakgrunnsmateriale som kan brukes,

Intensjonen med prosjektet var for det første å lage og prøve ut et opplegg der studentene fikk anledning til å arbeide med individuell plan for pasientgruppen. Gjennom systematikk i praksisprosjektet fikk fem av studentene være med å utarbeide informasjonsskriv om

individuell plan både til ansatte og pasienter, i tillegg fikk de innsikt i hvorfor dette arbeidet er viktig. Det andre området var selve utarbeiding av en individuell plan sammen med pasient og hva det innebærer. Vinter og våren 2011 fikk de erfare hvordan arbeid med utarbeiding av individuell plan er for en eller flere pasienter hver. Ettersom individuell plan er et verktøy for å få samarbeid mellom ulike personer/yrkesgrupper som har med pasienten å gjøre, har det krevd at studenten er i dialog med de aktuelle yrkesgruppene. En tredje utfordring var å involvere studentene med å ta kontakt og å etablere samarbeid med kreftsykepleier eller ressurspsykepleier i kommunene. Pasientgrunnlaget har vært til stede og dermed har studentene i 2011 fått skaffet seg erfaringer med IP og i tillegg kontaktet kreftsykepleiere

Ukentlige prosjektsamlinger for studenter

Det er gjennomført ukentlige prosjektsamlinger for studenter under ledelse av seksjonssykepleier. Studentene blir veiledet og jobber i forhold til prosjektet. På den ene samlingen ble det utarbeidet en mal for IP, en fiktiv situasjon, som er oppbevart i avdelingen og skal være til hjelp ved utarbeidelse av IP videre fremover. Det ble satt opp faste datoer for studentsamlingene og hvem av sykepleierne i prosjektet som var ansvarlige for gruppesamlingen, ca 1 time ble satt av, men har ofte vært av kortere varighet. Pasientstatus med ”situasjoner her og nå” er tatt opp, og studentene har gitt uttrykk for at de synes det var nyttig.

Ettersom disse ukentlige samlingene tok form, ble studentene mer og mer trygge i hvordan oppgaven med å tilby og å gjennomføre utfylling av IP skulle gjøres. En av studentene utførte prosedyren alene uten å ha kontaktsykepleier med seg første gangen. De gjorde bruk av refleksjon før og etter handlingen for at studenten skulle kjenne seg trygg.

Studentene har alle vært lydhøre for hva oppgavene knyttet til IP handler om, de har engasjert seg med å ringe til kreftsykepleier eller ressurspsykepleier i den aktuelle kommunen pasientene tilhører. Det er kommet gode tilbakemelding på at de har vært positive til prosjektet, og vist entusiasme og engasjement.

Loggskrivning

Det er skrevet logg for hver samling, fra møter som prosjektgruppen har hatt, fra prosjektsamlingene og de ukentlige samlinger som seksjonssykepleier har hatt med studentene. Loggskjemaene ble utviklet i løpet av prosjektiden og har vært til god hjelp og er viktige i vår dokumentasjon av hvilke tema som er snakket om og hva som er utført. På den

måten ble også prosjektfokuset ivaretatt. Ved at en av sykepleierne i avdelingen også var med på de ukentlige samlingene knyttet til prosjektet sikret det kontinuitet og vedlikehold av oppgavene rundt prosjektet. Temaer som er tatt opp i samlingene med seksjonssykepleier er:

- Mal for individuell plan ble gjennomgått
- Sjekklister som omhandler kvalitetssikring av prosedyren om IP ble gjennomgått.
- Hvordan prosedyren er når en pasient får ”åpen dør status”, er også et av temaene som ble snakket om på den ukentlige samlingen med studentene
- Utarbeidet ny folder med info til personalet desember 2010, og utarbeidet ny folder til pasientene i mars 2011.
- Aktuelle pasientsituasjoner, tilnærming og forutsigbarhet

Erfaringer og program fra prosjektsamlinger

Høst 2010

Prosjektgruppen har hatt regelmessig kontakt hele høstsemesteret, tross at den ene fikk en lengre sykemelding. Det ble kortere samlinger, og både telefon og e-mail er også brukt. To større prosjektsamlinger ble planlagt for høsten.

Det første ble et viktig informasjonsmøte der alle ressursykepleiere og kreftsykepleier i de aktuelle kommunene var velkomne. Det kom 10 sykepleiere, og prosjektet fikk positive tilbakemeldinger og anbefalinger i forhold til utarbeidelse av IP ettersom flere av dem hadde erfaringer med dette arbeidet. De inviterte sykepleierne er organisert gjennom et nettverk for kreftsykepleiere og ressursykepleiere via Kompetansesenteret for lindrende behandling i Helse Vest.

Den andre større prosjektsamlingen ble gjennomført i november. Til denne samlingen ble det nødvendig å gjøre en oppsummering som ble kalt ”Hvor står vi, hvor går vi?”

Kreftsykepleier Grethe Sørhus fra en av nabokommunene ble invitert til samlingen, hun bidro med et innlegg hvordan en individuell plan kan utfylles og gjennomføres sett fra et kommunehelsetjeneste perspektiv. Sykepleier i prosjektgruppen la også frem sine erfaringer med den planen som var utfylt i avdelingen og hvilke utfordringer som lå i samtalen med pasienten. Studentene var delaktige med sine erfaringer i prosjektet så langt og bidro med aktuelle spørsmål. Andre spørsmål som var uklare knyttet til utfylling av IP ble også drøftet på denne samlingen. Det ene handlet om hvem som skulle være koordinator og konklusjonen

ble som anbefalt også fra andre instanser at det måtte bli kreftsykepleier eller ressurspsykepleier i kommunen hvor pasienten tilhører. Andre spørsmål var hvilke aktuelle vedlegg /skjema som kunne være nyttige knyttet til IP, dette ble diskutert.

For våsemesteret ble det bestemt at hver 8 uke skulle det arrangeres en større prosjektsamling med prosjektgruppen, ressursgruppen, studentansvarlig sykepleier og studenter. Det ble invitert gjester/foredragsholdere til å innlede samlingene og tanken var å gi inspirasjon til prosjektet. Samlingene var også en arena for å få veiledning og påfyll, og det ble diskusjoner om prosjektets progresjon.

Vår 2011

Tredje større prosjektsamling ble gjennomført i slutten av januar, omtrent midtveis i studentenes praksisperiode. Tema var "Hva sier ressurspsykepleierne om bruken av individuell plan?" Innledningen var ved palliativ sykepleier og høgskolelektor Kristin Valen, hun presenterte funnene fra sin mastergradsstudie. Andre presentasjoner som ble gjort var oppsummeringer og erfaringer fra arbeidet med utfylling av Individuell plan ved en av sykepleierne i prosjektet. Aktuelle utfordringer/problemstillinger det var møtt på så langt i prosjektet, fikk studentene si noe om.

De to siste samlingene på våren ble gjennomført i mars og i slutten av mai. Til samlingen i mars var følgende invitert for å gi oss et bilde av hvordan de arbeider med kreftomsorg og hvordan IP kunne komme inn som et verktøy:

Lillian Herstad Johannesen, fagansvarlig sykepleier på Vardafjell sykehjem, avdeling for lindrende behandling, kreftsykepleier Liv Arrestad på Onkologisk dagavdeling og anestesilege Anders Bøgesvang fra palliativt team. Alle tre hadde viktige innspill og det resulterte i at samtlige fikk større perspektiv på nettverket rundt kreftpasienten og betydningen av å kjenne hverandres arbeidsområder.

På siste samling i mai deltok Berit Seiger Cronfalk som er kreftsykepleier og første amanuensis, ansatt nå ved HSH. Hun delte erfaringer fra palliativ sykepleie og bruk av individuell plan som et daglig verktøy (fra Sverige), og funn fra sine studier om massasje til kreftpasienter. I tillegg presenterte hun arbeidet som pågår i prosjektgruppen om Palliasjon i Helsetorgmodellen.

Seksjonssykepleier gjorde opp status med at 15 pasienter har så langt fått IP i prosjektperioden, videre oppsummerte sykepleier i prosjektgruppen om alle utarbeidelsene som er gjort med skjemaer, informasjonsfoldere osv. Lærers innspill handlet om at prosjektet avsluttes for å gå over i drift, rapportskrivningen og hvor veien går videre for høsten 2011. Aktuelle artikler om kreftomsorg ble levert ut både til studenter og ansatte. Det var enighet om at mye har skjedd dette siste året, og med innføring av IP har nye veier åpnet seg. Det har vært utfordringer for ansatte, forbedring for pasientene og bedre læresituasjoner for studentene.

I ettertid ser vi nok en effekt av prosjektsamlingene, ettersom terskelen for å ta kontakt med de ulike aktører ble lavere. Prosjektet har gitt utfordringer for ansatte, har gitt et kvalitetsløft for pasientene og gitt flere, gode læresituasjoner for studentene.

Kompetanseheving

Det er lagt til rette for at ansatte fra avdelingen har deltatt på kurs innen kreftomsorg hvor bruk av IP var på agendaen, arrangementet var på høgskolen.

Fire av prosjektets deltakere hospiterte på Synniva klinikken i desember 2010, dette ble en inspirasjon til å utvikle sykepleien til kreftpasienter enda mer. Rapport foreligger.

I tillegg har seksjonssykepleier ordnet at to ansatte har hospitert sammen med kreftsykepleier i en av nabokommunene, en tredje har hospitert på onkologisk dagenhet og hun har også bidratt med opplæring til andre grupper i avdelingen om IP.

Studentene som var i praksisperiode 2 fikk hospitere sammen med kreftsykepleier i samme kommune som omtalt ovenfor og var på hjemmebesøk til pasient sammen med henne. De to siste studentene som deltok i prosjektet har fått hospitere en halv dag på Vardafjell sykehjem, enhet for lindrende behandling i løpet av kirurgisk praksisperiode for å få enda mer innblikk i palliativ sykepleie og samhandlingen mellom helseforetak og kommune..

Samtlige har gitt tilbakemeldinger om nytteverdien av både hospiteringer og prosjektsamlingene hvor den enkelte fikk innblikk i kreftomsorg, arbeidsverktøyet individuell plan, hvordan kreftsykepleier arbeider i kommunene og erfaringer fra andre ressurspersoner som har bidratt med innspill.

Evaluering av prosjektet

Evaluering fra studenter, hva har studentene lært?

Loggføring fra hver uke viser at studentene har vært lydhøre, tilstede og engasjerte. Gjennom studieoppgaver som er gjennomført, ble studentene ledet til å ha fokus på individuell plan gjennom pasientfokusoppgavene og temafokusoppgavene.

Et av spørsmålene i den skriftlige evalueringen studentene gav på slutten av praksisperioden var: *Hvilke erfaringer har du gjort deg ved å delta i praksisutviklingsprosjektet om innføring av Individuell plan?* Tilbakemelding fra studentene var:

- *Nyttig å få innblikk i innføring av IP og viktigheten med at pasienten har dette tilbudet for kontinuiteten sin del.* En av studentene trodde prosjektet var kommet mer i gang en det var da de startet opp i august. Det var slik hun hadde oppfattet situasjonen da hun ble spurt om å delta. (praksis3)
- *Jeg har erfart mye snakk om prosjektet, mange planer, men lite utøvelse i praksis. Jeg føler at avdelingen sin avgrensning av pasienter i IP hemmer utdelingen av planen. Dårlig erfaring med planen i praksis. Ser at det er behov for en slik plan, men at arbeidet må fortsette slik at det blir gjennomførbart. Har vært en nyttig erfaring å ta del i prosjektet og hvordan utviklingen skjer. Under de 8 ukene er det flere kandidater som har glippet unna – dette er synd. De ansatte må bli mer bevisste på å informere pasientene slik at vi får kandidater. Opplegget må settes ut i praksis!(praksis 4)*
- *Det var svært interessant å lære om pasientrettigheter og våre plikter. Det har vært noe å reflektere over. De ansatte har vegret seg over informasjon til pasienter og jeg synes de må bli flinkere på å tilby. Det gjelder alle pasienter på alle avdelinger. De må være klar over sine plikter, noe de er og ikke unnviker fra å gi informasjon og utføre sine oppgaver.*
- *Det er viktig å ha kunnskaper om dette (IP) for å tilby det til pasienter som bør få det. God erfaring. (praksis 2)*
- *Viktig å lære om hva det er og hvor viktig det er for pasient og pårørende, men også for de ulike instansene som involveres i pasientsituasjonen. Vært veldig kjekt og lært mye, spesielt av prosjektsamlingen. Lærte også mye av å lage brosjyren. (infofolder til pasienter). De var kjekt å få tilby pasient og pårørende IP. Var kjekt å se at pårørende ble så engasjert og glad for at pasienten fikk IP. (5 praksis)*

Evaluering fra sykepleierne i prosjektet

Kartlegging

I femte praksisperiodesom, våren 2011, gjorde studentene en kartlegging på hva de ansatte hadde lært om individuell plan ved å delta i prosjektet. Studentene utformet et spørreskjema for å se hvor mye kjennskap sykepleierne og helsefagarbeiderne i avdelingen på Kirurgisk Midtblokk hadde til individuell plan. Og om de var positive til bruk av individuell plan og eventuelt ønsket mer informasjon om det. Gjennom svarene til spørreskjemaet, kunne en få et lite innblikk i hvilke resultater prosjektet *Individuell plan til cancer mammae pasienter med åpen dør status*, hadde gitt.

Spørreskjemaet ble gitt til flest mulig sykepleiere og helsefagarbeidere på gruppe 4, over en periode på en og en halv uke. Spørreskjemaet ble gitt til de som jobber i fast stilling eller vikariat på gruppe 4, og ekskluderte dem som kun tok ekstravakter der. Svarprosenten: 6 av 8 leverte tilbake spørreskjemaet.

Alle deltakerne svarte at de visste hva en individuell plan er, og halvparten hadde fått kjennskap til planen etter at de begynte på gruppe 4. Det at 11 pasienter (på det tidspunktet) med åpen dør status har fått individuell plan og at alle som svarte på spørreskjemaet er positive til individuell plan og ser fordeler med det, viser at prosjektet har hatt god effekt og gitt sykepleierne og helsefagarbeiderne god kjennskap til IP. I tillegg har det blitt utarbeidet en IP på en av de andre gruppene, noe som viser at engasjementet sprer seg. Individuell plan sees på som veldig positivt, og håpet er at bruken av IP vil bli en godt innarbeidet rutine på gruppen, slik som mye tyder på. IP sees på som en stor ressurs for både pasienter og helsepersonell (Aksdal. M. & Andersen L., (2011)).

Utviklende for sykepleierne i avdelingen og til beste for pasienten.

Både nasjonalt og internasjonalt er mangel på kontinuitet i pasientforløp beskrevet som et av de viktigste problemene i kreftomsorgen. Kreftpasienter har ofte sammensatte og komplekse problemer. Derfor vil individuell plan være et godt tiltak i forhold til å gi pasientene et bedre helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud (Eklund, 2010).

Det er gitt positive tilbakemeldinger fra både pasienter og pårørende knyttet til tilbudet om IP. En av pasientene gav uttrykk for at hun hadde alltid planen i vesken sin, samtidig var det et ønske om at planene kunne være i et mindre format enn A4. Ved andre anledninger er planen

fylt ut sammen med ektefellen. Takknemligheten har vært stor og de mente at IP gjorde livet enklere med et direkte telefonnummer til de en trengte å ha kontakt med, både sykehus og kommunehelsetjenesten. Lite skulle til, kun et telefonnummer og livet ble lettere.

Erfaringene så langt er at pasienten er i større grad i sentrum, pasientenes ønsker imøtekommes i større grad, og ordningen kan virke som det er avlastende for avdelingen. 15 pasienter har fått fylt ut IP, seks er døde, fire av dem som er døde og har fått individuell plan, har ikke vært innlagt på sykehuset i denne perioden. Det vil si at en kan anta at det er via individuell plan og kontakt med kreftsykepleier i kommunen som forklarer årsaken til at det ikke har blitt innleggelse på Haugesund sykehus i terminal fase. På den måten kan en også se at prosjektet har vært til avlastning for personalet som jobber med prosjektet, samtidig har det sannsynlig blitt lagt til rette for muligheten å dø i eget hjem eller egen kommune. Et tidligere praksisprosjekt fra 2009-2010 jobbet med "Omsorg for døende pasienter og deres pårørende" hvor etablering om bruk av palliative leiligheter og opprettelse av to senger som ble kalt *lindrende seng, ble gjennomført*, en i Tysvær kommune og en i Vindafjord kommune (Valen et.al.2010). Vi ser ikke bort fra at det har skjedd en positiv ringvirkning med dette prosjektet og årets prosjekt om IP på Kirurgisk midtblokk. Prosjektet om IP har på den måten utviklet seg i god retning med at pasientens ønsker kommer sannsynligvis tydeligere frem, og samarbeid med kreftsykepleier har fått større innpass til pasientenes beste i livets slutfase. Samtidig er det i tråd med hva Samhandlingsreformen og Helsetorgmodellen har som føringer for god omsorg. Kontakt og samarbeid med kreftsykepleiere og avdelingens personale inkludert studenter, er blitt betraktelig bedre enn før prosjektet startet.

Avslutning

Resultat fra et prosjekt i Telemark viste at individuelle planer gir bedre samhandling, sikrer kartlegging og øker pasient- og pårørendes tilfredshet over tilbudet. Sykepleierne som deltok i prosjektet uttrykte at det nå var et større fokus på pasientens egne ønsker og nettverket rundt pasientene, det ble utført større kartlegging rundt pasient, og sykepleierne sa de tenkte mer helhetlig rundt pasient (Skarholt, 2005). Dette er sammenfallende med erfaringer i prosjektet mellom HSH og Haugesund sykehus. Prosjektets siktemål var at ved innføring av IP til pasienter med "åpen dør" status, kunne det bidra til at pasientene får et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud som er utviklende, og at sykepleierstudenten har en sentral rolle i prosjektet. Målet er på god vei til å bli oppnådd slik vi vurderer situasjonen i dag.

I tillegg er det blitt mer fokus på studentene i praktiske studier enn vi tidligere har erfart. Ved at det jevnlig ble satt av tid til møter med seksjonssykepleier har samarbeidet også fått mer fokus. Seksjonssykepleier er alltid på dagtid og dermed lett å treffe. Prosjektgruppens syn på studenten er at de er blitt mer selvstendige, de er uredde og de tør å ta utfordringer. Til sammenligning kan nevnes at for få år tilbake var ordningen slik at brystkreft og andre kreftpasienter kun ble pleiet av erfarne syke - og hjelpepleiere. Det var en oppfatning av at sykepleiestudenter som kun hadde praksis i 8 ukers periode ikke skulle involveres i den pleien. Studentene er nå aktivt med og dette har engasjert samtlige. Det har også skapt motivasjon studentene imellom for å få til et godt sykepleiefaglig tilbud til pasientene. De har tatt utfordringer og sagt hva de har observert om ulike ordninger rundt prosjektet som gjerne personalet ikke hadde tenkt så mye over. Det kan synes som studentene har vært trygge i settingen ettersom de har vært frie til å komme med nye forslag til forbedringer.

Oppstarten av prosjektet krevde tid for å få alle ansatte motiverte. Noen opplevde at selve utføringen av prosedyren tok lang tid og usikkerhet knyttet til gjennomføringen gjorde til at IP uteble omtrent i det første semesteret, kun en ble utarbeidet sammen med pasient. Pasientene var til stede, men oppgaven ble ikke grepet. I vårsemesteret har det derimot snudd og ved at begrepet palliativ fase ble tatt bort fra prosjektplanen åpnet det seg muligheter nesten ukentlig en periode. I tillegg var både ansatte og studenter i større grad klare og motiverte for oppgaven.

Etter evaluering og oppsummering er gjennomført mener vi at hovedmål og delmål for praksisutviklingsprosjektet punkt 4.0, er ivarettatt og oppnådd, samtidig er der utfordringer med videreføring og vedlikehold av prosedyren IP.

Videreføring av prosjektet

Målet om innføring av IP til kreftpasienter er så langt oppnådd. Studentene har vært en god hjelp og drivkraft i gjennomføringen av prosjektet. Fremtidige studenter vil bli presentert for hva tidligere studenter har arbeidet med dette siste året, og hvilke oppgaver de selv vil bli involvert i knyttet til IP. Informasjon og regelmessige ukesamlinger med lærer og seksjonssykepleier eventuelt den det blir delegert til, vil opprettholdes. Det er også avtalt en samling for personalet på gruppe 4 og studenter til høsten for å vedlikeholde motivasjonen og påse at prosjektet fortsetter i drift.

Litteraturliste

- Andersen, L. & Aksdal, M. (2011) Temafokusoppgave, upublisert, Høgskolen Stord Haugesund
- Eklund, H. B. (2010). Gir god kreftomsorg. *Sykepleien*, 98(14), 48-51.
- Helsedirektoratet 03/2009; *Jeg har en plan*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Kommunehelsetjenesteloven (1991). Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr.66. Hentet 28. mars 2011 fra <http://www.lovdata.no>
- Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. Bind 4
- Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr.63. Hentet 28. mars 2011 fra <http://www.lovdata.no>
- Prosjektplan for Samhandlingsprosjekt mellom kommunene Haugesund, Karmøy, Tysvær, Stord, Bømlo, Odda, og Sveio i sammen med Høgskolen Stord/Haugesund og Helse Fonna, 2009. *Helsetorg-modellen "Rett behandling på rett sted til rett tid"*
- Skarholt, S. (2005). En plan for å se den lidende. *Sykepleien*, 93(17), 38-39.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2005). *INDIVIDUELL PLAN 2005 - Veileder til forskrift om individuell plan*. Hentet fra http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00005/IS-1253_5061a.pdf
- Sosialtjenesteloven (1991). Lov om sosiale tjenester m.v. av 13. desember 1991 nr.81. Hentet 28. mars 2011 fra <http://www.lovdata.no>
- Valen, K., Sørhus, G., Wilhelmsen, S.(2010) *Omsorg for døende og deres pårørende*. Et interkommunalt praksisutviklingsprosjekt mellom Tysvær kommune, Vindafjord kommune og Høgskolen Stord/Haugesund
- Veileder for arbeidet med individuell plan*.
<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/individuell-plan.aspx>
- Kompetansesenteret i lindrende behandling, Helse Vest*
<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/enhet.aspx>
- Aktuelle henvisninger som ikke er brukt i rapporten, men som prosjektgruppen har støttet seg til:
http://mestring.no/utviklingsarbeid/tidligere_prosjekter/individuell_plan
<http://www.helsedialog.no/filestore/RapportVIP.pdf>
<http://www.helse-nord.no/nyheter/individuell-plan-gratis-nettbasert-kurs-article70217-23003.html>

Individuell plan

for

Ta med individuell plan når du skal til lege / sykehuset.
Gi beskjed til lege / sykepleier om at du har individuell plan.

SAMTYKKE TIL UTARBEIDELSE AV INDIVIDUELL PLAN	
Jeg vil at det utarbeides en individuell plan for meg. Jeg har forstått hva individuell plan er, og hva det innebærer å delta i ordningen. Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke tilbake.	
Samtykket gjelder f.o.m:	Ny gjennomgang:
Sted, dato:	
Underskrift:	Evt. verges underskrift:
Jeg ønsker at en annen person skal delta sammen med meg.	
Navn på personen:	
Jeg samtykker at plandokumentet kan distribueres til de personer som skal yte bidrag ifølge planen. Det skal gis samtykke fra meg hvis andre personer enn de som er involvert i tjenestetilbudet har behov for plandokumentet.	

Plan iverksatt dato:

KONTAKTOVERSIKT PÅRØRENDE		
1. Pårørende:	Slektskap/tilknytning:	
Tlf.: /	Arbeid:	E-post:
2. Pårørende:	Slektskap/tilknytning:	
Tlf.: /	Arbeid:	E-post:

KOORDINATOR:		
	Dagtid: Mobil :	E-post:

KONTAKTOVERSIKT PRIMÆRHELSETJENESTEN:		
	Navn:	Telefon:
Fastlege:		(Treffes utenom kontortid?)
Hjemmespl./gr. leder:	/	Dagtid: Kveld :
Primærkontakt:		Dagtid:
Andre:		

KONTAKTOVERSIKT SYKEHUS:		Telefon:
Ansvarlig avdeling:		Hele døgnet:
Pasientansvarlig lege:		
Pasientansvarlig sykepleier:		
Palliativt team:		Dagtid:
Andre:		(dag, kveld, natt?)

VIKTIGE TELEFONNUMMER:	
Vakttelefon hjemmesykepleien:	Natt:
Akutt nødtelefon/ambulans:	113
Taxi:	

Utarbeidet av: Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, telefon: 55 97 58 24, faks: 55 97 58 25
 E-post: lindrende.behandling@helse-bergen.no, internett: www.helse-bergen.no/lindrendebehandling

Versjon 3, okt 2008

ANDRE KONTAKTER:

Navn:	Tlf:

Mine ønsker og mål:

Dato	Mine behov for tjenester og assistanse	Mine ressurser	Ansvarlig tjenesteyter	Avsluttet dato

Kunnskapsbaserte praksisstudier i sjukehus

*Magda Vikanes Buchvold og Benny Huser, Høgskolen Stord Haugesund,
og Hilde Kannelønning, Stord sjukehus, Helse Fonna*

Bakgrunn

Prosjektet ”*Kunnskapsbasert praksisstudie i sykehus*” er et prosjekt med fokus på integrering av den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen som metode i studentenes praksisstudie i praksisperiode 2 på kirurgisk avdeling.

Prosjektet er en videreutvikling av prosjektet ”*Sykehuset som læringsarena for kunnskapsbasert praksis*”, som var et praksisutviklingsprosjekt med slutføring juni 2011. Her ble samarbeidet og kvaliteten på praksisstudiet videreutviklet gjennom etablering av kliniske fagmøter/fagringer for utøving av kunnskapsbasert praksis. Klinisk fagmøte/ fagring er en modell for fagutvikling i praksis der den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen er den retningsgivende metoden for arbeidet (Evalueringsrapport, 2007).

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er et nasjonalt satsingsfelt innen dagens utdanning og helsevesen, og blir sett i sammenheng med kvalitetssikring og pasientsikkerhet (jf. kunnskapsenteret.no). Kunnskapsbasert praksis skjer i en kontekstuell sammenheng og omfatter bevisst bruk av pasientkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap.

Sykepleiefaget er komplekst og krever stor fleksibilitet i bruk av kunnskap i ulike situasjoner. Situasjonene i praksis krever kunnskap fra ulike kunnskapskilder, og sykepleieren må holde seg oppdatert og bevisst bruke ulike kunnskapskilder. Med fokus på innhenting og bruk av relevant, oppdatert kunnskap i utøving av sykepleie i praksisstudiet vil prosjektet bidra til å heve kvaliteten på sykepleien til pasienten.

Sykepleierstudentene skal i henhold til rammeplanen (2008) i praksisstudiet kunne integrere ulike kunnskapsformer og argumentere teoretisk og vitenskapelig for konkrete tiltak i pasientsituasjoner i praksis, samt gjennomføre og evaluere tiltak. Videre skal studentene kunne analysere sykepleie-faglige utfordringer, reflektere over sammenhenger og konsekvenser til ulike løsningsalternativ, samt bidra til å bette praksis. Studentene skal også

kunne lese forskningsrapporter og nyttiggjøre seg forskningsresultater i utøvelsen av sykepleie (Rammeplan, 2008).

Å arbeide kunnskapsbasert er en prosess der en erkjenner at forskningsbasert kunnskap er en kunnskapskilde sammen med erfaringsbasert kunnskap og pasientkunnskap. Den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen deles inn i følgende 6 trinn – refleksjon, spørsmålsformulering, litteratursøk, kritisk vurdering, anvendelse og evaluering; jf. figur på tittelsida foran.

Aktuelt prosjekt bidrar til kompetanseutvikling hos sykepleiestudentene fordi kunnskapsbasert sykepleie innebærer at sykepleiefaglige avgjørelser blir basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen. Beslutningene varierer fra pasient til pasient og fra kontekst til kontekst, og krever skjønnsom bruk av kunnskapskildene, samt viktige element som empati og kommunikasjon (Nortvedt m.fl., 2008).

Sykepleierstudentene har behov for veiledning i å arbeide strukturert og integrere den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen i praksisstudiet. Tilrettelegging for aktiv bruk av den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen i praksisstudiet krever forståelse av og kunnskap om å arbeide kunnskapsbasert, samt avsatt tid og planlagte aktiviteter.

Mål

Prosjektets mål er å integrere den ”kunnskapsbaserte arbeidsprosessen” i praksisstudiet ved at studentene lærer å anvende den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen gjennom planlagte aktiviteter. Prosjektets hensikt er kvalitetsforbedring gjennom bevisst bruk av kunnskap i utøving av sykepleie i kirurgisk praksis og sikre pasienten best mulig oppdatert sykepleie bygget på pasientkunnskap, erfaringskunnskap og forskingskunnskap.

Videre er det et mål at sykepleier, student og lærer tilegner seg kunnskap om ulike kunnskapsformer. Anvendning av den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen bidrar til utvikling av den sykepleiefaglige kompetansen og miljøet i avdelingen. Noe som også bidrar til å heve kvaliteten på praksisstudiet og skaper godt samarbeid og fagutvikling.

Kunnskapsbasert praksisstudie

Studentenes læring i å arbeide kunnskapsbasert i praksis foregår i kirurgisk avdeling. Kliniske situasjoner, læresituasjoner inkludert, er komplekse og krever mye kunnskap og erfaring for å

utøve faglig forsvarlig sjukepleie. Vårt prosjekt setter fokus på ulike typer kunnskap som framtrer i slike komplekse sjukepleiesituasjoner, nærmere bestemt pasientkunnskap, erfaringskunnskap og forskningsbasert kunnskap.

Ulike kunnskapstyper som er innvevd i kliniske sjukepleiesituasjoner blir synliggjort. Dermed lærer studentene å skille mellom disse, og blir bevisst anvending av kunnskap i sjukepleieutøvelsen. Ved å ta i bruk både kunnskap om pasienten, lærebok- og forskningskunnskap og egen erfaring, vil de kunne opparbeide evne til å utøve faglig forsvarlig kirurgisk sjukepleie ut fra oppdatert kunnskap.

Læresituasjonene i praksisstudie dreier seg aller mest om å lære å utøve kirurgisk sjukepleie direkte til pasienter og pårørende. Kliniske læresituasjoner fokuserer på mer enn kunnskapsbasert praksis; som praktiske sykepleieprosedyrer, legemiddelhandtering, observasjon, stell, kommunikasjon, samarbeid, avdelingsrutiner m.m. Konkrete og studentfarte pasient- og sjukepleiesituasjonene er utgangspunkt for praksisnære og relevante obligatoriske arbeidsoppgaver i praksisstudiet og det er lagt til rette for bruk av pasientdata i etterkant i henhold samtykke, anonymisering, informasjon etc..

Studentene lærer altså om det sammensatte kunnskaps- og erfaringsbildet en klinisk sjukepleiesituasjon ved å identifisere ulike kunnskapstyper. De reflekterer over kunnskapen som anvendes i sjukepleiesituasjonene og argumentere for sykepleiehandlingene med bakgrunn i oppdatert kunnskap. Metoden er altså den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen, her operasjonalisert i form av skriftlig refleksjonsnotat, pasientfokusoppgave og temafokusoppgave, samt aktiv deltakelse i klinisk fagmøte.

Praksisstudiet er planlagt i forkant og god tilrettelegging for læring i praksis er vektlagt. Ved oppstart får studentene nødvendig informasjon og utlevert en plan over avtaler (jf. vedlegg nr.1). Prosjektet legger vekt på å utforme tydelige avtaler om hva som skal skje og gjøres til en hver tid i praksisstudie, samt ha tett samarbeid med studentansvarlig sjukepleier og kontaktsjukepleier. Hensikten er at studentene har god kontroll over sin læresituasjon, og således unngår at tilfeldigheter råder.

Videre vektlegger prosjektet at oppgavetekster for arbeidsoppgaver i praksisstudiet er i tråd med kliniske læresituasjoner på kirurgisk avdeling. En tilstreber at oppgavene er tydelige og presise med hensyn til det som kreves av studentene i hver av de tre oppgavene; Refleksjonsnotat (jf. vedlegg nr.2), Pasientfokusoppgave (jf. vedlegg nr. 3) og

Temafokusoppgave (jf. vedlegg nr.4) i praksisperiode 2. Hensikten er å lære bevisst bruk av oppdatert kunnskap i kirurgisk praksis gjennom å utøve, dokumentere og reflektere over kirurgisk sykepleieutøvelse, samt stille praksisnære og relevante spørsmål. Praksislærer gir nødvendig veiledning og rask tilbakemelding på studentenes skriftlige innleveringer; jo mer aktualitet og nærmere i tid, dess bedre læring. Med rask tilbakemelding menes her en uke etter innlevering.

I tillegg til tradisjonelle praksisgruppemøter blir det arrangert to kliniske fagmøter (jf. vedlegg nr. 5) i løpet av praksisperioden. Deltakere i kliniske fagmøter er studenter kull 2010, studentansvarlig sykepleier og praksislærer. Kontaktsykepleiere og andre sykepleiere i avdelingen vil også sporadisk delta. Avdelingens travelhet for tida begrenser full involvering. Hensikten med kliniske fagmøte i praksisstudiet er at studentene lærer gjennom faglige diskusjoner og blir bevisst sin bruk av oppdatert kunnskap i praksis. Fagmøte er samarbeidsmøte der student, lærer og sjukepleier bevisstgjør og utvikler sine kunnskaper iht. sjukepleiefaglige problemstillinger i praksis.

Prosjektdeltakere

Representanter fra både sjukehuset og høgskolen har vært involvert i prosjektet.

Studentgruppa gjennomfører praksisperiode 2 på kirurgisk avdeling og deltakerne er syv studenter på kull 2010.

Sykepleiergruppa veileder studenter i praksisstudiet på kirurgisk avdeling og deltakerne er studentenes kontaktsykepleiere og andre sykepleiere i avdelingen.

Prosjektgruppa leder prosjektet og avholder prosjektmøter, samt arbeider innen for prosjektets rammer og har framdriftsansvar.¹⁰ Prosjektgruppa samarbeider med og orienterer de andre involverte om utviklingsprosjektet, og hva som kreves frå avdelingens og skolens side for å få dette til.

¹⁰ Deltakere i prosjektgruppa er: Magda V Buchvold, Høgskolelærer, HSH, Avdeling Stord, Hilde Kannelønning, Studentansvarlig sykepleier, Kirurgen 3, Stord Sykehus, HF, Kjellaug Hystad, Fagutviklingssykepleier, Kirurgen 3, Stord Sykehus, HF, Benny Huser, Høgskolelektor, HSH, Avdeling Stord. Prosjektleder Magda Vikanes Buchvold er ansvarlig for praktisk gjennomføring av prosjektet i kirurgisk avdeling, sammen med studentansvarlig sjukepleier Hilde Kannelønning.

Styringsgruppa påser at prosjektgruppa arbeider innenfor faglige, økonomiske og tidsmessige rammer. Deltakere i styringsgruppa er: Leif-Steinar Alvsvåg, Studieleder, HSH, Avdeling Stord, Anne Karin Fossdal, Klinikksjef Kirurgisk avdeling, Stord Sjukehus, HF.

Gjennomføring

Gjennomføringen av prosjektet startet våren 2012 med oppstart den 02.01.12 i henhold til fremdriftplanen. Prosjekt involverer praksisperiode 2 i kirurgisk avdeling hvor studentene studerer sjukepleie og har kontinuerlig veiledning og vurdering av både sykepleier og lærer. Høgskolens lærer planlegger og tilrettelegger for læring i praksis, og har hovedansvaret for kvaliteten på veiledning og vurdering. Praksisfeltets sykepleiere har ansvar for veiledning i forhold til praksisstedets egenart og spesialitet.

Studentene har ikke deltatt i prosjektplanleggingen, men deres perspektiv kommer fram både i gjennomføringen og evalueringen. Studentene ble godt informert i forkant av praksisperiode 2 om prosjektet av praksislærer (jf. vedlegg nr.6).

Refleksjonssamtaler: Praksisperioden er på 8 uker i andre semester 2. studieår. I løpet av perioden gjennomføres tre planlagte samtaler mellom student, studentansvarlig/kontaktsjukepleier og praksislærer, henholdsvis forventningssamtale, midtevaluering og sluttevaluering. Videre gjennomføres samtaler med refleksjon over utført sykepleie ved veiledningsdag, praksisgruppe og klinisk fagmøte. I tillegg til å delta i og reflektere over praktisk sjukepleieutøvelse og avdelingens rutinemessige arbeid, skriver studentene tre obligatoriske arbeidsoppgaver (pasientfokusoppgave, refleksjonsnotat og temafokusoppgave).

Skriftlige oppgaver: De tre skriftlige obligatoriske oppgaver i praksisstudiet er praksisnære og relevante og er tilpasset den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen i form av maler for refleksjonsnotat, pasientfokusoppgave, temafokusoppgave og klinisk fagmøte i praksisperiode 2.

Studentene får undervisning i den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen som linjefag fra første til siste semester med stigende vanskelighetsgrad og krav til anvendelse (jf. vedlegg nr. 7). Dette er altså teoretisk undervisning som er i tråd med planlagt anvendelse av metoden i praksisstudie.

Klinisk fagmøter: Studentene får også informasjon om prosjektet før de går ut i praksis. Klinisk fagring blir etablert og består av syv studenter, studentansvarlig sjukepleier og lærer.

Tre kliniske fagmøter er avsatt på turnusen og blir gjennomført. Dette krever tett samarbeid mellom involverte. Ved oppstart av praksisperiode 2 etableres klinisk fagring hvor studenter, studentansvarlig sykepleier og lærer møtes til avtalte kliniske fagmøter hvor de utveksler erfaringer fra kliniske sykepleiesituasjoner. Dette bidrar til at sykepleierstudentene og sykepleierne får felles plattform med hensyn å arbeide kunnskapsbasert og bidra til utvikling av sykepleiefaglige kompetanse i praksisstudiet.

Øvrig prosjektopplegg: Det skal arrangeres fagdag om temaet KBP for sykepleierne i praksis, men kritiske suksessfaktorer oppstår og hindrer gjennomføringen. Prosjektet møter utfordringer som får konsekvenser for prosjektet, og aktuelle kritiske suksessfaktorer er identifisert underveis:

- Opplæring / undervisning innen sjukepleiedokumentasjon – DIPS
- Begrenset tid til samarbeid og veiledning i en travel hverdag
- Kunnskap, forståelse og tenkning om den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen
- Manglende gjennomføring av planlagt fagdag

Styringsgruppa avholder et styringsgruppemøte og prosjektgruppa avholder fem prosjektmøter innen for prosjektets rammer. Prosjektgruppa sine arbeidesoppgaver er å:

- Arrangere fagdag
- Videreutvikle kliniske fagmøter
- Videreutvikle kunnskapsbaserte obligatoriske arbeidsoppgaver
- Finne relevante og praksisnære problemstillinger iht. til læresituasjoner i praksis og læreplan

Resultat

Prosjektet ønsket å finne ut om kvaliteten på praksisstudiet blir hevet ved at studentene lærer å arbeide i kirurgisk praksis ved å integrere den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen i planlagte aktiviteter. Prosjektgruppa utviklet to ulike instrument for datainnsamling i prosjektperioden: spørreskjema og loggføring. Spørreskjema for studentgruppen er laget med studentperspektivet i fokus. Det er brukt lukkede spørsmål med svaralternativer og studentene kan svare skriftlig med egne ord på det siste spørsmålet (Evalueringsrapport, 2007). Studentene fikk utlevert spørreskjemaet siste dag i praksisstudiet, og de leverer utfylt skjema tilbake. Anonymiteten er ivaretatt. Svarprosenten i studentgruppen er 100 %. Gjennom spørreskjemaet ønsket vi å vite hvordan det var for studentene å arbeide kunnskapsbasert og bruke den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen som metode i praksisstudiet. Data er strukturert og resultatene som her blir presentert, er samlet i tema utefra spørsmålene (jf. vedlegg nr. 8):

1. Kunnskapskilder

Hvilke kunnskapskilder brukte du ved utøving av kirurgisk sykepleie?

Alle syv studentene svarte at de brukte lærebøker, sykepleier, lege, medstudent og pasient ved utøving av kirurgisk sykepleie. Av de syv var det seks studenter som også brukte faglige retningslinjer og fagartikler, seks studenter som også brukte internett og to studenter som også brukte forskningsartikler.

2. Refleksjonsnotat

Hvilke kunnskapsformer brukte du i refleksjonsnotat?

Alle syv studentene brukte erfaringskunnskap i refleksjonsnotat, og to av de syv studentene brukte også pasientkunnskap og forskningsbasert kunnskap.

3. Pasientfokusoppgave

Hvilke kunnskapsformer brukte du i pasientfokusoppgave?

Fem studenter brukte erfaringskunnskap i pasientfokusoppgaven, og to studenter brukte også pasientkunnskap og forskningsbasert kunnskap.

4. Temafokusoppgave

Hvilke kunnskapsformer brukte du i temafokusoppgave?

Alle syv studentene brukte erfaringskunnskap i temafokusoppgaven, og seks av de syv studentene brukte også forskningsbasert kunnskap og pasientkunnskap.

5. Søkekompetanse

Hvordan vil du beskrive din kompetanse til å søke etter artikler i databaser?

Fire studenter beskriver sin søkekompetanse etter artikler som god, to studenter beskriver den som nokså god og en student beskriver den som meget god.

6. Kunnskapsbaserte arbeidsprosessen

I hvilken grad brukte du den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen i kirurgisk praksis?

Seks studenter brukte du den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen i kirurgisk praksis i middels grad, og en student brukte den i middels grad.

6.1 Refleksjon

Reflekterte du over ditt kunnskapsbehov i praksisstudiet?

Fem studenter reflekterte over sitt kunnskapsbehov i praksisstudiet ofte, og to studenter reflekterte av og til.

6.2 Spørsmålsformulering

Stilte du praksisnære og relevante spørsmål?

Fire studenter stilte praksisnære og relevante spørsmål av og til, og tre studenter stilte ofte.

6.3 Litteratursøk

Søkte du etter forskningsbasert kunnskap?

Alle syv studentene søkte etter forskningsbasert kunnskap ofte.

6.4 Forskningsartikkel

Leste og brukte du forskningsartikkel?

Fem studenter leste og brukte forskningsartikkel i praksisstudiet av og til. To studenter gjorde det aldri.

7. Forberedthet

I hvilken grad var du forberedt til å arbeide kunnskapsbasert i praksisstudiet?

Alle syv studentene var forberedt til å arbeide kunnskapsbasert i praksisstudiet i middels grad.

8. Klinisk fagmøte og erfaringsutveksling

I hvilken grad stimulerte klinisk fagmøte til utveksling av erfaringer?

Fem studenter mente at klinisk fagmøte stimulerte til utveksling av erfaringer i stor grad. To studenter mente i middels grad.

9. Klinisk fagmøte og kunnskap

I hvilken grad fokuserte klinisk fagmøte på ulike kunnskapsformer i praksis?

Fem studenter mente at klinisk fagmøte fokuserte på bruk av ulike kunnskapsformer i praksis i stor grad, og to studenter mente i middels grad.

10. Opplevelse av praksisstudiet

Hvordan har du opplevd praksisstudiet på kirurgisk avdeling og hva vil du fremheve?

Studentene har beskrevet sin opplevelse av praksisstudiet ved å fremheve styrker / fordeler med egne ord som "Følte oss velkomne og ble inkludert". "Fikk tillit, ansvar og konstruktiv kritikk".

"Godt samarbeid mellom studentene, " Godt miljø og imøtekommende personale", "God oppfølging av alle rundt studenten", "Flinke kontaktsykepleiere", "Sykepleier gav veiledning ved behov og tok med alle studentene". "Praksislærer stilte opp og var tilgjengelig". "Svært lærerik praksisperiode".

"Mange nye inntrykk, erfaringer og ny kunnskap

Studentene har også beskrevet sin opplevelse av praksisstudiet ved å fremheve forslag til forbedring om å fordele observasjonspraksis i sykehuspraksis bedre ved å flytte observasjonspraksis ved føden til medisinsk praksis. Videre er det forslag om at kontaktskykepleier deltar på oppstartsamtalen.

11. Læring

Hva har du lært av prosjektet i denne praksisperioden?

Studentene har beskrevet hva de har lært av prosjektet i denne praksisperioden og fremhever:

- Ha faste avtaler
- Se og bruke kunnskap i praksis
- Snakke om erfaringsbasert kunnskap med andre studenter
- Ta opp tema som er aktuelle og viktige i praksisperioden
 - ”Bruk av stellefrakk” – ”Isolering” – ”Pvk”
- Ha kunnskapen fra lærebøker i ”bakhode” når en utøver kirurgisk sykepleie
- Arbeide i praksis utefra kunnskap og egne erfaringer
- Tilegne seg ny kunnskap og bruke oppdatert kunnskap

Kommentarer og mulige tolkninger av resultatet på enkelte spørsmål

Studentene svarer at erfaringskunnskap er hyppigst brukt kunnskapsformen i de tre skriftlige oppgavene i praksisstudiet i kirurgisk avdeling. Pasientkunnskap framheves også, mens forskningsbasert kunnskap brukes minst. De henter kunnskap fra teoretiske fagkilder, samt har praktiske ferdigheter til å søke etter og finne fram kunnskap i bøker og på internett. De har lært seg å bruke den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen ved å fokusere sin spørsmålsformulering, litteratursøking og anvendelse av forskningsresultater mer direkte knyttet spesifikk klinisk sykepleie-situasjon. Studentene mener at klinisk fagmøte er viktig med hensyn til at de bidrar til fokusering på ulike kunnskapsformer og stimulering til erfaringsutveksling. Den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen har inngått som en ”naturlig” del og er i tråd med mål og opplegg for kunnskapsbasert praksisstudie. Studentene framhever viktigheten av planlagte kliniske fagmøter, bruk av erfaring og kunnskapstilegning om aktuelle kirurgiske problemstillinger i temafokus-oppgavene. Studentene er svært fornøyd med sin kirurgiske praksisperiode, og svarer at de har lært mye.

Studentene svarer at de i det store og hele er svært fornøyd med sin kirurgiske praksisperiode, og at de har lært mye. De svarer på dette spørsmålet i form at egne setninger som beskriver hvordan de har opplevd kirurgisk praksisperiode. Ingen av studentene framhever/nevner

aktuelle prosjekt her. Kan det bety at den kunnskapsbaserte praksisprosessen, og prosjektet som sådan, har inngått som en ”naturlig” del av deres praksisstudier?

På direkte spørsmål om hva studentene mener de har lært av aktuelle prosjekt, svarer de imidlertid helt i tråd med mål og opplegg for kunnskapsbasert praksisstudie. Her framhever de blant annet faste og planlagte kliniske fagmøter, bruk av egen erfaring og kunnskapstilegning. Studentene nevner også muligheten for å lære om aktuelle og spesielle kirurgiske problemstillinger i temafokusoppgavene.

Oppsummerende kan en si at studentenes svar korresponderer innbyrdes på de ulike spørsmålene i spørreskjemaet; for eksempel at de bruker erfaringskunnskap mest, og samtidig mener at faste avtaler/møter og klinisk fagmøte er viktig. Vi vil også hevde at spørreskjemaresultatet gir oss en god pekepinn på at prosjektet har gitt en positiv gevinst til denne praksisperioden.

Logg

Instrument for loggføring i den praktiske gjennomføringsfasen er utviklet av lærer i praksis og lest gjennom av deltaker i prosjektgruppa. Konkrete hendelser i prosjektet er notert ned i løpet av hele praksisperiode 2 på kirurgisk avdeling (jf. vedlegg nr 9).

Loggføringsnotater dag for dag mellom studenter og lærer, og mellom involverte sjukepleiere og lærer er notert ned. Loggføringsinstrumentet inneholder både plass for dokumentasjon av fakta som tid, sted, konkret hendelse, deltakere etc., og plass for lærers umiddelbare tanker og teoretisering underveis. Notatene er viktig dokumentasjon av det kunnskapsbaserte praksisstudiet og prosjektet har oppdaget hva som er bra og hva som kan bli bedre.

Integrering av den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen kommer til syne i loggen som faktiske og konkrete hendelser daglig og ukentlig i praksisperioden. Følgende eksempel kan nevnes:

Strukturering av veiledningen: Informasjon om prosjektet i praksisstudiet ble gitt første dag, og deretter ble de tre første ukene fokus på å bli kjent og trygg på den kliniske hverdagen i denne kirurgiske avdelingen. I refleksjonssamtalene disse tre ukene påpekte og synliggjorde likevel lærer ulike kunnskapsformer i studentenes refleksjoner over erfarte sykepleiesituasjoner.

Forum for den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen var klinisk fagmøte. På det første kliniske fagmøtet repeterte lærer kunnskap om den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen og studentene valgte aktuell og praksisnær problemstilling innen en sykepleieprosedyre i avdelingen til temaoppgavene. Det andre kliniske fagmøtet presenterte studentene temaoppgavene sine for avdelingens personale og hverandre.

Forum for den kliniske hverdagen var praksisgruppe hver uke der studentene møtes og deler opplevelser/erfaringer.

Tidsaspekter: Loggen viser at klinisk fagmøte var mest aktuelt siste halvdel av praksisstudiet; jr. strukturering ovenfor. Det er nødvendig å ha kjennskap til dette kirurgiske fagfeltet for å oppdage og forstå kunnskapsbehov og kunnskapsformer i sykepleieutøvelsen.

De skriftlige oppgavene var tilpasset denne kliniske hverdagen innenfor læreplanens rammer.

I etterkant kan vi se at den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen i praksisstudiet er mer enn temafokusoppgaven der teori og forskning brukes på en generell sykepleiefaglig problemstilling. Loggen viser oss at prosessen også er naturlig i en kirurgisk avdeling som et nyttig arbeidsredskap for å gi pasientene ”best” sykepleie. Studentene har også fremhevet at det å få dele erfaring og kunnskap var svært viktig og lærerikt for å kunne utføre kirurgisk sykepleie. Vi trur at dette dermed kan sies å være et skritt mot måloppnåelse.

Oppsummering og veien videre

Prosjektet har hatt fokus på kunnskapsbasert praksisstudie i praksisperiode 2 på kirurgisk avdeling.

Prosjektets hensikt er kvalitetsforbedring gjennom bevisst bruk av kunnskap i utøving av sykepleie i kirurgisk praksis og sikre pasienten best mulig oppdatert sykepleie bygget på pasientkunnskap, erfaringskunnskap og forskingskunnskap.

Prosjektet har arbeidd målrettet og integrert den ”kunnskapsbaserte arbeidsprosessen” i praksisstudiet ved at studentene lærer å anvende den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen gjennom planlagte aktiviteter. Videre har prosjektet vektlagt at studentene tilegner seg kunnskap om ulike kunnskapsformer og anvender den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen ved utøving av oppdatert sykepleie i praksis. Dette bidrar til utvikling av den sykepleiefaglige kompetansen og miljøet i avdelingen, samt hever kvaliteten på praksisstudiet og skaper fagutvikling og godt samarbeid.

Prosjektet har videreutviklet kliniske fagmøter og obligatoriske oppgaver i praksisstudiet iht. utøvd og erfart sykepleie, samt relevante og praksisnære problemstillinger / spørsmål.

Videre har prosjektgruppen utarbeidet spørreskjema som er brukt av studentene i evalueringen.

Prosjektets styrke har vært at studentene hadde kunnskap om kunnskapsbasert praksis og artikkelsøk (jf. vedlegg1). Svakheten har vært at sykepleier ikke har det, da fagdager ikke lot seg gjennomføre på grunn av kritiske suksessfaktorer inntraff. Involverte har vist engasjement, og prosjektet har vært spennende, krevende, utfordrende og lærerikt, og kan videreutvikles.

Samarbeidet mellom høgskolen og sjukehuset om å utøve kunnskapsbasert sykepleie i praksis, må ivaretas og videreutvikles for kommende kull. Et prosjekt som dette fordrer videreføring. Følgende foreløpige ideer kan tenkes iverksatt som veien videre:

- a) Videreutvikling av aktuelle prosjekt med tilrettelegging og gjennomføring i kommende praksisperioder (PP3-PP4) i 3.studieåret for kull 2010.
- b) Tilbakeføring av sykepleiefaglig praksiskunnskap til kirurgisk avdeling
- c) Lage et opplegg for Bacheloroppgavene til studenter ved kull 2010 hvor avdelingen kan komme med ønske om aktuelt tema og problemstilling for kirurgisk avdeling som studentene kan skrive om.
- d) Planlagt opplegg i kirurgisk avdeling hvor studentene presenterer sine Bacheloroppgaver til sykepleierne i avdelingen.

Referanser

Evalueringsrapport. *Kliniske fagringer*.

<https://ekstern.hib.no/aktuelt/nyheter/2007/11/,DanaInfo=.awxyClnhGvx+fagringer.as>

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartement (2008). *Rammeplan og forskrift for 3-årig Sykepleierutdanning*.

Oslo: Norgesnettrådet

Nortvedt, M. Jamtvedt, G. Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleier*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Vedlegg

Vedlegg nr. 1. Plan over avtaler i sykehuspraksis kirurgisk avdeling uke 1-8/2012.

Vedlegg nr. 2. Refleksjonsnotat.

Vedlegg nr. 3. Pasientfokusoppgave medisinsk/kirurgisk praksis.

Vedlegg nr. 4. Temafokusoppgave.

Vedlegg nr. 5. Klinisk fagmøte.

Vedlegg nr. 6. Oversikt over kunnskapsbasert praksis (KBP) i studieløpet for kull 2010.

Vedlegg nr. 7. Logg for prosjektet Kunnskapsbaserte praksisstudier.

Vedlegg nr. 1

Plan over avtaler i sykehuspraksis kirurgisk avdeling uke 1 – 8/2012

Praksisuke 1 (kalenderuke 1):

- Mandag 02.01 praksisforberedende dag på skolen (se Fronter) – Info om prosjekt - KBP.
- Tirsdag 03.01 praksisstart på sjukehuset etter nærmere avtale, - informasjon og omvisning.
- Onsdag 04.01 praksisstart på kir3 kl 07.00 og praksisgruppe kl 13.00
- Torsdag 05.01 trekantsamtale etter nærmere avtale med lærer
- **Innlevering av forberedelsesnotat** innen dagen før forberedelsessamtalen
- til praksislærer og kontakt- / studentansvarlig sykepleier

Praksisuke 2 (kalenderuke 2):

- Praksisgruppe mandag 09.01 kl 1300. Fokus på KBP- refleksjonsnotat og sykepleieplan. Alle studentene møter, de som har seinvakt kommer kl 13 mot å avspasere senere etter avtale.
- **Innlevering av refleksjonsnotat** innen fredag 13.01.

Praksisuke 3 (kalenderuke 3):

- Praksisgruppe mandag 16.01 kl 1300. Fokus på KBP- sykepleieplan.
- **Innlevering av sykepleieplan** (pasientfokusoppgave) innen fredag 20.01.

Praksisuke 4 (Kalenderuke 4):

- Praksisgruppe mandag 23.01 kl 13.00
- Klinisk fagmøte – KBP tirsdag 24.01 kl 13.00
- Midtevaluering i løpet av praksisuke 4 etter avtale med praksislærer.
- **Innlevering av midtvurderingsnotat** senest dagen før midtevalueringen

Praksisuke 5 (Kalenderuke 5):

- Praksisgruppe mandag 30.01 kl 1300. **Fokus på temafokusoppgaven.**

Praksisuke 6 (Kalenderuke 6):

- Klinisk fagmøte - KBP mandag 06.02 kl 13.00.

Praksisuke 7 (Kalenderuke 7):

- Praksisgruppe mandag 13.02 kl 1300.
- **Innlevering av temafokusoppgave** innen fredag 17.02.

Praksisuke 8 (Kalenderuke 8):

- Klinisk fagmøte – KBP mandag 20.02 kl 1300 - fremlegg av temafokusoppgave etter avtale
- Sluttevaluering i løpet av praksisuke 8 etter avtale med praksislærer.
- **Innlevering av sluttvurderingsnotat** senest dagen før sluttevalueringen

Skriftlige arbeidsoppgaver, unntatt pasientfokusoppgaven, skal leveres på mail til praksislærer:
magda.buchvold@hsh.no. Kan treffes på mobil: 97412894 og 53491479.

Det er bare å sende mail eller ringe hvis det er noe som er uklart☺. Ønsker dere god praksis, og lykke til☺

Vedlegg 2

Refleksjonsnotat

<p>Beskriv en situasjon du har observert, erfart eller opplevd</p> <p>"experience of surprise"</p> <p>(Schön, 1991)</p>	
<p>Hva handler dette egentlig om? En kritisk analyse av situasjonen. Aktuelle spørsmål: Hva gjorde jeg, og hvorfor? Hva føltes riktig i denne situasjonen, og hvorfor?</p> <p>(Bie 2007,s.43)</p> <p>Kunne jeg ha gjort noe annerledes?</p>	
<p>Hvordan belyser litteraturen (pensum og forskning) dette området?</p> <p>Belyse det du opplevde med annen type kunnskap eksempelvis erfarings, hverdags, relasjons eller brukerkunnskap?</p>	
<p>Hva har du lært? På hvilken måte har du fått ny selvinnsikt, nye kunnskaper eller ny forståelse for situasjonen?</p>	

Vedlegg 3.

Praksisperiode 2-6	Pasientfokusoppgave - Medisinsk / Kirurgisk praksis
Mål	<p>At studenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tilegner seg kunnskap og forståelse for sykepleie til pasient med medisinsk / kirurgisk sykdom og lidelse ▪ har en helhetlig tilnærming til pasienten ▪ ser betydningen av inntakssamtale / datasamling som grunnlag for sykepleien ▪ utvikler evne til å utøve og dokumentere sykepleie til en pasient i form av en behandlingsplan / sykepleieplan ▪ arbeider kunnskapsbasert
Oppgave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontaktsykepleier / lærer er behjelpelig med tilrettelegging ▪ Studenten utarbeider sykepleieplan på bakgrunn av inntakssamtalen/datasamling. Alle pasientens problem/behov skal inngå. ▪ Sykepleieplanen skal iverksettes og evalueres ▪ Studenten leverer sykepleieplanen før midtvurdering, eller etter avtale med lærer.
Rammer / gjennomføring	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oppgaven skal besvares individuelt. ▪ Studentene må velge ulike pasienter ▪ Det gis tilbakemelding fra lærer, og oppgaven vurderes til godkjent/ikke godkjent innen utgangen av praksisperioden. Dersom oppgaven ikke blir godkjent, må hele/ deler av den omarbeides på nytt innen praksisperioden er avsluttet. ▪
Vurderingskriterier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gjennomfører inntakssamtale / skriver datasamling. ▪ Dokumenterer pasientenes behov for sykepleie i form av behandlingsplan / sykepleieplan ▪ Bruker pensumlitteratur fra emne 3 ▪ Følger juridiske og yrkesetiske retningslinjer ▪ Ivaretar taushetsplikten og pasientens personvern

Vedlegg 4.

Praksisperiode 2	<p>Temafokusoppgave</p> <p>Alle praksisområder</p>
	<p>Undervisning/veiledning</p> <ul style="list-style-type: none"> - praktiske prosedyrer i sykepleie
Mål	<p>At studentene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ har kunnskap om og vurderer ulike faktorer som virker inn på undervisnings- / veiledningssituasjonen ▪ har kunnskap om og forståelse for læring ▪ identifiserer læringsbehov hos kollega / medstudent ▪ bruker kunnskap og ferdigheter i undervisning / veiledning ▪ Bruker den didaktiske relasjonsmodellen ▪ Arbeider kunnskapsbasert
Oppgave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Omfang 1500 ord + /- 10 % ▪ En undervisningsplan utarbeides i henhold til den didaktiske relasjonsmodellen: <ul style="list-style-type: none"> - Studentens forutsetninger - Mål - Ytre rammer - Faginnhold - Læreprosess
Rammer / gjennomføring	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gjennomføres som gruppeoppgave, - maks 3 studenter eller individuelt. ▪ Undervisningsplanen skal være godkjent av lærer innen praksisuke 6 ▪ Studenten(e) gjennomfører 1 obligatorisk veiledning etter avtale med lærer, og leverer skriftlig utkast til lærer 2dager før avtalt veiledning. ▪ Godkjent / ikke godkjent innen utgangen av praksisperioden. Dersom oppgaven ikke blir godkjent, må hele / deler av den omarbeides og leveres på nytt.
Vurderingskriterier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anvender relevant pensumlitteratur og en praktisk sykepleieprosedyre fra PPS ▪ Anvender relevant elektroniske bibliotekdatabaser og minst en fag-/vitenskaplig artikkel ▪ Vurderer aktuell kunnskap i forhold til undervisning / veiledning og behov for læring ▪ Anvender den didaktiske relasjonsmodellen ▪ Anvender retningslinjer for akademisk skrivning ▪ Bruker kunnskapskilder kritisk inkl. PPS ▪ Gjennomfører undervisningen

Kliniske fagmøte – Praksisperiode 2

Hensikten med kliniske fagmøte i praksisstudiet er at studenten skal bli bevisst sin kunnskap og arbeide kunnskapsbasert i praksisstudiet iht. praksisnære og aktuelle problemstillinger.

Fagmøte er samarbeidsmøte der student, lærer og sjukepleier blir bevisst bruk av oppdatert kunnskap og utvikler sine kunnskaper iht. sjukepleiefaglige problemstillinger i praksis.

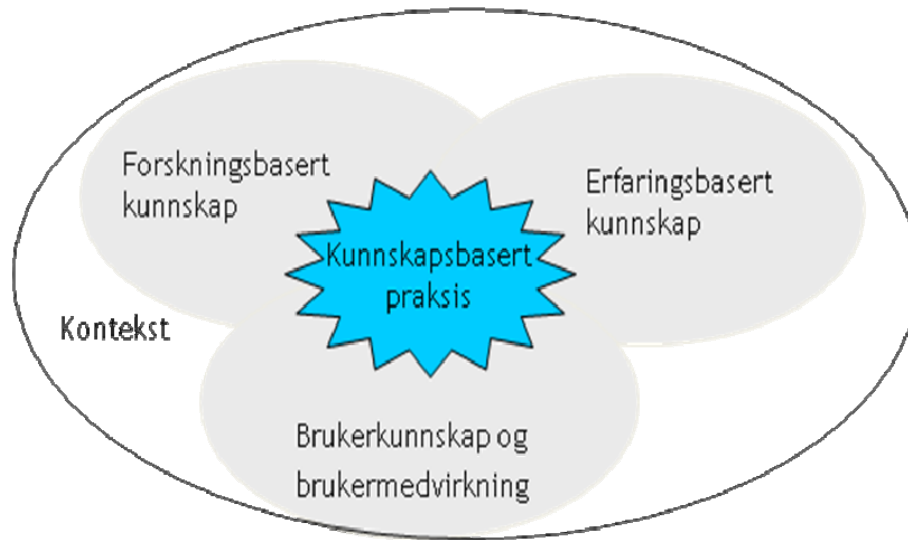
Møter	Opplegg
Praksisveke 4 - Fagmøte 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Refleksjon over kunnskapsbehovet i praksis <ul style="list-style-type: none"> - beskrive erfart tema / pasientsituasjon - begrunne kunnskapsbehovet
Praksisveke 5 og 6	<ol style="list-style-type: none"> 2. Formulering av spørsmål / problemstilling <ul style="list-style-type: none"> - presist og praksisnært 3. Søking etter kunnskap <ul style="list-style-type: none"> - Pasientkunnskap - Erfaringsbasert - Forskningsbasert 4. Kritisk vurdering av forskningskunnskap <ul style="list-style-type: none"> - sammendrag - egenvurdering 5. Anvendning av kunnskap <ul style="list-style-type: none"> - diskuter om den forskningsbaserte kunnskapen samsvarer med erfaringsbasert kunnskap - erfaring fra praksis 6. Konklusjon <ul style="list-style-type: none"> - hva betydning / konsekvens har denne kunnskapen for praksis - evt. forslag til endring i praksis
Praksisveke 7	Innlevering kunnskapsbasert sjukepleienotat til lærer
Praksisveke 8 - Fagmøte 2	Framlegg / presentasjon av temafokusoppgaven

Oversikt over kunnskapsbasert praksis (KBP) i studieløpet for kull 2010

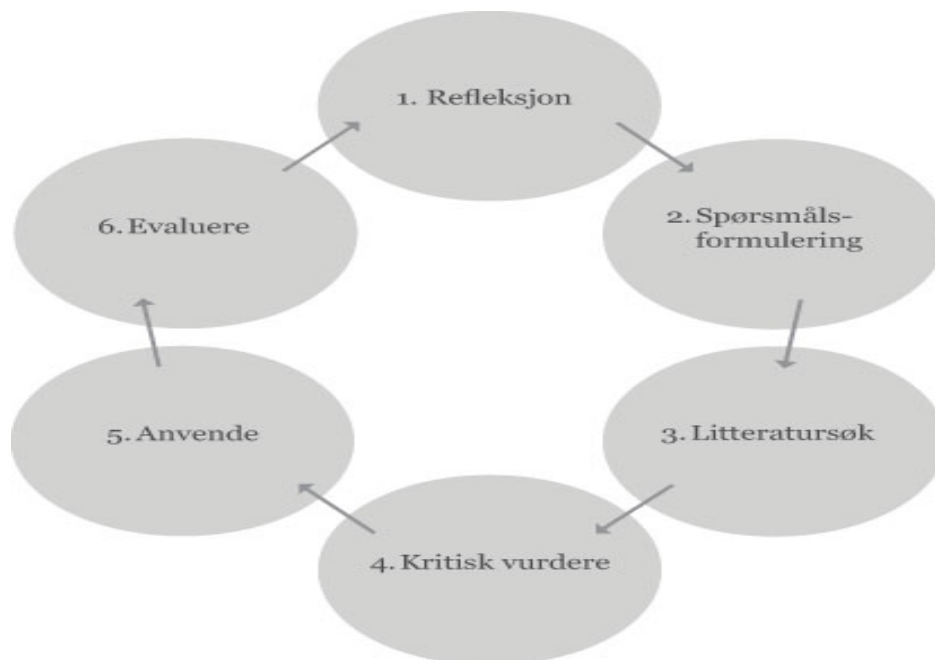
	Teori KBP	Søkekompetanse	Vurderingskompetanse	Anvendelseskompetanse i teoretiske studier	Anvendelseskompetanse i praktiske studier
1.semester	Innføring i KBP, forelesning	Informasjon om biblioteket Søkeopplæring 1: BIBSYS pensum, bøker, fagtidsskrift. Søkeopplæring 2: sjukepleiefaglige baser, sykepleien.no, Vård i norden, søkehistorikk	Velge en fagartikkel ut fra relevant tema og sjukepleiefaglig database i studiekrav grunnleggende sjukepleie emne 1.	Bruke valgte artikkel i studiekrav emne 1.	Observasjonspraksis sjukehjem. Ikke aktuelt for aktuelle prosjekt.
2.semester	Innføring i forskningsmetode, forelesning om kvalitative og kvantitative metoder og forskningsetikk Innføring i utvelgelse og lesing av sjukepleievitenskapelig artikkel.	Søkeopplæring 3: Swemed+, Cinahl	Velge engelsk forskningsartikkel ut fra relevant tema i emne 2. Analysere valgte forskningsartikkel i studiekrav emne 5.	Bruke valgte artikkel i studiekrav emne 2.	Praksisperiode 1: Grunnleggende sjukepleie i sjukehjem. Ikke aktuelt for aktuelle prosjekt.
3.semester	Artikkelsøk og hvorfor? Forelesning	Søkeopplæring 4: søkeseminar Ovid Nursing m.m.	Velge artikler som relevante for sjukepleietiltak i øvelser i sjukepleiesenteret	Bruke artiklene i studiekrav 3.3 somatisk sjukepleie emne 5.	Ingen praksisperiode.
4.semester	Innføring i kritisk vurdering av forskning	Gjennomføre studiekrav: søke etter forskningsartikler i Swemed +, Ovid, Cinahl m.fl., søk via HSH bibliotek og Helsebiblioteket.no	Velge artikler basert på empirisk studie kvalitativ og kvantitativ, oppsummert forskning, faglig retningslinje. Vurdere artiklene i tråd med sjekklister.	Bruke artiklene i studiekrav SYKSB3001 Bachelor.	Praksisperiode 2: a) Refleksjonsnotat b) Pasientfokusoppgave (mal sykepleieplan) c) Temafokusoppgave (PPS undervisning) d) Kliniske fagmøter
5.semester	Seminar: Faglig forsvarlig sjukepleie og fagutvikling i praksis.			Planlegging av Bacheloroppgaven: Lovere skjema for tema til oppgaven inkludert forslag til problemstilling og fag- og forskningslitteratur ut fra litteratursøk.	Praksisperiode 3 og 4: a) Refleksjonsnotat b) Pasientfokusoppgave c) Temafokusoppgave

					d) Kliniske fagmøter Ikke planlagt og inkludert i prosjektet.
6.semester				Eksamen SYKSB3001: Skrive en systematisk litteraturstudie med tema og problemstilling knyttet til klinisk praksis og i tråd med KBP.	Praksisperiode 5 og 6: a) Refleksjonsnotat b) Pasientfokusoppgave c) Temafokusoppgave d) Kliniske fagmøter Ikke planlagt og inkludert i prosjektet.

Figur1: Modellen for kunnskapsbasert praksis



Figur2: Den kunnskapsbaserte arbeidsprosessen



Vedlegg 7

Logg for prosjektet

"Kunnskapsbasert praksisstudie"

Kirurgisk avdeling

Kull-2010

Praksisperiode 2

Loggen er et hjelpemiddel i prosjektets gjennomføringsfase.

Dato 2012		
UKE 1		Tanker – idéar - forslag

Tospann som veiledningsmodell – i sykehjem

Brit Bårdsen Drange, Høgskolen Stord Haugesund og Anne Kjersti Hope, Bjørgene omsorg- og utviklingscenter

Innledning

Tospann som veiledningsmodell har vært et praksisutviklingsprosjekt i samarbeid mellom Læringsenhet ved Bjørgene omsorg- og utviklingscenter ved en somatisk sykehjemsavdeling, og bachelorutdanning i sykepleie ved Høgskolen Stord/Haugesund. Sykehjemmet har hatt sykepleierstudenter i praksisstudier i mange år. Veiledning har da blitt gitt etter kontaktsykepleiermodellen, såkalt mester-svenn-modell¹¹. Denne veiledningsmodellen hadde avdelingen erfart som sårbar, særlig ved deltidsstillinger, sykdom og feriedager, og det var et stort ønske om å prøve noe nytt i veiledningen til sykepleierstudentene. Vi hadde også en tro på at studentene kunne bidra mye til hverandres læring i praksis. Vi hadde derfor et ønske om å prøve ut en alternativ veiledningsmodell for sykepleierstudenter i sykehjemspraksis i tredje studieår. Prosjektet har pågått over fem praksisperioder, og er blitt evaluert gjennom fokusgrupper og spørreskjemaer etter hver praksisperiode.

Mål med prosjektet

Prosjektet hadde som formål og prøve ut ny en veiledningsmåte, som alternativ til kontaktsykepleiermodellen. Vi startet prosjektet høsten 2010, og det har pågått ut vårsemesteret 2012, over fem praksisperioder for sykepleierstudenter i tredje studieår. Et mål var å prøve ut en alternativ veiledningsmodell til kontaktsykepleiermodellen, hvor sykepleierstudenter gjennom veiledning i tospann fikk større mulighet til å ta ansvar for egen læring, til å utvikle samarbeid og selvstendighet. Et annet mål var å finne ut om veiledningsmodellen kunne tilføre pleiepersonalet noe med tanke på kunnskap om veiledning, samarbeid, og en faglig utvikling som konsekvens av veiledningsmodellen.

¹¹ Mesterlære har vært den tradisjonelle læringsmodellen i handverkstradisjonene, og blir definert som "læring gjennom deltakelse i et praksisfelleskap med gjensidige forpliktelse for mester og lærling i en spesifikk sosial struktur over et lengre tidsrom". "Mester er en person som mestrer sitt fag; han eller hun representerer fagets tradisjon og legemliggjør fagets autoritative kunnskap og verdier" (Kvale & Nielsen, 1999, s. 243).

Lærings syn

Lærings synet og de pedagogiske forankringene som vi la til grunn i vårt prosjekt er basert på læring i et sosiokulturelt perspektiv, såkalt *situert læring* (Wenger, 2004, Lave og Wenger, 2003). Ved å være sammen i et sosialt praksisfellesskap der studentene forholder seg til både pleiere og medstudent vil læring kunne foregå. Studentene skal utføre sykepleie ut fra sine læreforutsetninger, og få veiledningsstøtte hos både studentansvarlig sykepleier, hele pleieteamet og medstudent i tospann. Prosjektet hadde også en forankring i tenkningen om læring i dialog og samspill (Dyste, 2001). Dette innebar at studentene måtte spørre og forholde seg til pleieteamet, samt at de skulle veilede og gi tilbakemelding til medstudent, i dialogiske prosesser. Læring blant likeverdige partnere er kalt "peer-learning" (Boud, Cohen, Sampson, 2001), eller "medstudentlæring" på norsk. "Peer" er engelsk og betyr likemann (Clue, 2011). Dette si at studentpar er hverandres likemenn, som for eksempel studenter i samme utdanning. Boud, Cohen & Sampson (2001) uttrykker (min oversettelse) at studenter lærer av hverandre ved å forklare ting til andre, og ved å delta i aktiviteter som de kan lære av hverandre i. I vårt prosjekt hadde vi en tanke om at studentene kunne utvikle ferdigheter i både organisering og planlegging av læringsaktiviteter i sykepleie, utvikle samarbeid, og lære av hverandres tilbakemeldinger.

Hva gjorde vi?

I prosjektet var studentene i et praksisfellesskap med medstudent og pleiepersonalet. Studentene utførte sykepleie sammen to og to (i tospann) til pasientene, fra tredje til åttende uke i praksisperioden. De planla dagen ved å skrive dagsplan på hva de vil utføre, og de gav hverandre både muntlig og skriftlig tilbakemelding etter utførelsen. De hadde også en ukeplan med progresjon i innhold som de skulle forholde seg til. Hele pleieteamet hadde også et veiledningsansvar. Studentene kunne oppsøke pleierne og spørre om veiledning ved behov. Det var også en studentansvarlig sykepleier som i inntil tre dager i uken hadde som funksjon å veilede studentene. Studentansvarlig sykepleier hadde en viktig funksjon ved kontinuitet i veiledningen, samt var bindeleddet mellom de ansatte og studentene i vurderingssamtalene. Høgskolens praksislærer veiledet studentene ukentlig i veiledningsgruppe på praksisplassen ved refleksjonssituasjoner og til skriftlige obligatoriske oppgaver. Praksislærer hadde også ansvar for gjennomføring av vurdering av studentene.

Etter hver praksisperiode evaluerte vi erfaringene med veiledningsmodellen hos både studenter og pleiepersonalet. Vi brukte strukturerte spørreskjemaer med åpne spørsmål til studentene. Pleiepersonalet evaluerte ved samtaler med praksislærer og studentansvarlig sykepleier i fokusgrupper. Høgskolelærer og studentansvarlig sykepleier førte også logg over sine erfaringer med veiledningsmodellen.

Hva har vi oppnådd?

I dette kapittelet vil vi presentere fra resultater fra sykepleierstudentenes og pleiepersonalets erfaringer med tospann som veiledningsmodell.

Trygghet og selvstendighet

Mange sykepleierstudenter samarbeidet veldig bra sammen, de ble trygge på hverandre, og fikk til et godt samarbeid. Mange studenter har uttrykt at de er blitt mer bevisste og reflekterte når de måtte gi tilbakemeldinger og veilede hverandre. Studentene uttrykte:

Vi var sammen i stell av pasienter, og delte på arbeidsoppgaver, prosedyrer og undersøkelser. Vi byttet hver vakt på å være "sjef" og assistent eller observatør. Vi gav hverandre råd hele tiden. Vi diskuterte og evaluerte hverandre. Vi stolte på hverandre, og så på hverandre som en ressurs.

Sykepleierstudentene opplevde fordeler med tospannmodell. De fikk mulighet til refleksjon og evaluering underveis som de kunne diskutere, få råd, og lære av hverandre. En student sa det slik:

Noe er enklere å spørre medstudent om enn kontaktsykepleier. Man blir flink til å bli selvstendig under kontrollerte forhold, blir tryggere, og oppsøker lettere lærings situasjoner.

Nesten alle studentene framhevet viktigheten av et godt samarbeid, både med medstudent og til personalet, noe som bidro til trygghet og selvstendighet. Når studentene fikk til et godt samarbeid med personalet opplevde de også å få mer ansvar.

Sykepleierstudentene opplevde en del forskjeller mellom veiledning i tospannmodell og den veiledning de har mottatt tidligere via kontaktsykepleier. Det å få veiledning fra flere pleiere var gunstig. En av studentene sa følgende:

En får mer ansvar samtidig som det er under kontrollerte forhold. Tidligere måtte jeg stole mer på sykepleiers viten. Vi er nå tryggere, og tør å stole på oss selv. Vi har utfyllt hverandre.

Et par av studentene har savnet kontaktsykepleier, særlig for å vite noe om sitt ståsted underveis, samt ved vurdering. De har savnet en synlig person å forholde seg til utenom medstudent, og føler seg gjerne lite sett, noe som de mener gir lite grunnlag til å vurdere studenten. Noen studenter følte seg mer alene og utenfor i pleiemiljøet. Andre har framhevet at det nå har vært bra med mer fokus på en selv og medstudent, og mindre på hva kontaktsykepleier mener om en.

De fleste studentene sa at tospannmodellen hadde vært nyttig og lærerikt. En av dem sa:

Man blir selvstendig samtidig som man må forholde seg til andre og jobbe i et team. For rett student kan en lære mer enn vanlig. Man blir tryggere, mer selvstendig og dette kan føre til økt villighet for å lære.

Motivasjon og engasjement

Studentene har trukket fram flere forhold som har vært utfordrende ved tospannmodellen. Det ble en utfordring for læring og samarbeid når studentene hadde ulik motivasjon og engasjement både for sykehjemspraksisen og for å gå i tospann. Det ble gjerne ubalanse i læringssamarbeidet ved at en var mer aktiv og initiativrik enn den andre. Dette skapte en del frustrasjoner i noen av tospannene.

Alle studentene sa at det er en klar fordel at man kjenner hverandre. En av dem uttrykte:

Det er vesentlig at man arbeider godt sammen. Det bør ikke være tilfeldig hvem man går sammen med.

Det å veilede medstudent har for noen vært utfordrende, men også lærerikt. Et par av studentene syntes ikke de hadde lært noe mer ved denne modellen, og de ville foretrukket å bli veiledet av en kontaktsykepleier. Flere studenter uttrykte også at det ble vanskelig når en hadde ulikt faglig nivå. Å være motivert for å gå i tospann, å være på noenlunde samme faglige nivå, og å ha god kjemi med medstudent var svært viktig for studentenes opplevelse av læring.

Praksisfellesskapets betydning

Mange sykepleierstudenter opplevde samarbeidet med pleiepersonalet som godt, de kommuniserte og hadde dialog i løpet av dagen. Disse studentene opplevde å få mye ansvar. De opplevde seg inkludert og som en del av teamet. Noen studenter opplevde seg lite inkludert i avdelingen, og opplevde negative holdninger fra pleierne. Noen studenter opplevde at pleierne hadde varierende innsikt i hva tospannmodellen gikk ut på. Det å få til en god kommunikasjon med personalet og oppleve seg inkludert har vært utfordrende for flere av sykepleierstudentene.

Studentansvarlig sykepleier har vært svært viktig for sykepleierstudentenes læring. De uttrykker:

Det har vært godt å ha noen å rådføre seg med utenom medstudent. Det har vært en trygghet, og vi har hatt mange flotte og nyttige diskusjoner. Det er viktig med forståelse for at det til tider er hardt å gå i praksis. Hun har vært en mellommann mellom oss og avdelingen.

Pleiepersonalets erfaringer

Pleiepersonalet gjorde seg en del erfaringer ved veiledning av sykepleierstudentene. En pleier sa det slik:

Vi har diskutert forskjellige faglige tema. Studentene har stilt mange spørsmål, mer enn vanlig tidligere. Det var stor forskjell på engasjement og motivasjon fra studentene. Dette gjorde at tospann modellen ikke fungerte så godt da.

Personalet sa hva de gjorde i veiledningen:

Jeg forklarte på forhånd, viste hvordan en utfører ting, og informerte underveis. Jeg viste mens de observerer, og omvendt etterpå. Vi spurte i rapportstunden, og diskuterte. Studentene i tospann slipper å vente på å få oppgaver fra kontaktsykepleier. Studentene var flinke til å komme med spørsmål. Det ble mer refleksjon enn før.

Flere av pleierne opplevde at de ikke visste hva tospannmodellen gikk ut på, og hva studentene skulle ha ansvar for. En uttrykte dette: *Vi har ikke snøring på hva tospann går ut på.*

Det var ulike oppfatninger hos pleierne på hva de forventet av studentene. Ukeplanene og dagsplanene der studentene skulle skrive hva de ønsket å gjøre i løpet av vekten, ble i liten grad lest av pleierne. Noen av pleierne hadde en god dialog med studentene, mens andre følte

de fikk lite kontakt med dem. Jo mer studentene henvendte seg til pleierne, jo større tillit fikk pleierne til studentene, og de gav dem mer ansvar.

Pleierne opplevde studentansvarlig sykepleier som viktig, og uttalte følgende:

Studentansvarlig har tatt mye av veiledningen. Det var viktig at en person hadde ansvar og overblikket i veiledningen og tok ansvar for evalueringen. Tospann går ikke uten studentansvarlig.

Personalet framhevet fordeler for studentene med tospannmodellen. De sa at sykepleierstudentene ble veldig selvstendige, og tok ansvar. De mente at studentene fikk større faglig bevissthet, og at de vokste veldig på å få ansvar. Det ble mer refleksjoner og diskusjoner da de hadde mer tid til dette nå. Det kom også fra noen ulemper for pleierne. Noen av dem følte at de hadde mindre helhetlig oversikt over pasientene enn tidligere, og at de fikk mindre innsyn i hva studentene gjorde, og hvordan de fungerte. Flere sa: *Vi har ikke samme kontroll som før.*

Konsekvenser for ansatte

Tospannmodellen hadde også påvirket pleiernes arbeidsforhold. Noen av dem sa det slik:

Vi får frigjort tid, vi får avlastning, vi kan spille på flere pleiere, ikke bare avhengig av kontaktsykepleier. I hverdagen får man bedre tid til pasienten, det kommer de til gode. Vi får oppdatere tiltaksplaner, kurs er veldig kjekt, vi får påfyll.

Pleierne fikk mest ut av frigjort tid når det var planlagt internundervisning og det var satt av tid til faglig oppdatering.

Personalet opplevde også faglig utvikling ved å veilede studenter. De ble mer bevisste på egne og avdelingens rutiner. En av dem uttrykte:

Det setter "tenkeprosessen" i gang. Det får en til å tenke to ganger over hva en gjør og sier. Vi må oppdatere oss, bla opp i litteratur og kunnskap. Det var lærerikt og interessant.

Å veilede sykepleierstudenter etter denne veiledningsmodellen, har også bidratt til både faglige og ressursmessige fordeler for de ansatte.

Drøfting

Studentene framhevet at de ble selvstendige når de utførte sykepleie sammen i tospann, og ved å veilede hverandre. De opplevde tillit fra personalet, og de tok dermed mye ansvar for

pasientene de fulgte opp. Selvstendigheten utviklet seg gjerne når de måtte ta initiativ til hva de vil gjøre, og utføre dette med medstudent, og når de oppdaget at de mestret. Det at hele personalet har veiledningsansvar, at studentene ble møtt med en åpen og positiv holdning av personalet, var en viktig faktor for opplevelsen. Det var litt ulik opplevelse av engasjement og støtte fra personalet også. Dette kan gjerne være personavhengig. Noen er trøtte og slitne, og andre er positive og ser muligheter ved å ha studenter. Det at pleierne ikke helt har kontroll på hva studentene kan og gjør når de går så mye sammen med medstudenter et interessant moment. Kan dette behovet dekkes ved mer kommunikasjon og samarbeid mellom studenter og pleiere, eller kan pleiere gi slipp på noe kontroll ved å la studentene gjøre seg en del egne erfaringer med sykepleieutøvelse?

Vi opplevde ulike erfaringer med tospannene. Noen studenter fungerte veldig godt sammen, og noen slet med å gi av seg selv når motivasjonen og initiativet var lavt. Studentene i noen av tospannene kjente hverandre godt fra før. Det å gå i tospann over flere uker, med samme student som en gjerne kjenner og opplever god kjemi med, så ut til å være en viktig forutsetning for å lære gjennom godt samarbeid, veiledning og tilbakemeldinger. Dette kommer også fram i andres erfaringer med denne veiledningsmodellen (Reime, 2009, Gregersen, 2006). Noen tospann besto av studenter som ønsket å være sammen, mens noen tospann var tilfeldig sammensatt. Høgskolen måtte utnytte praksisplassenene på dette sykehjemmet selv om det ikke var nok ”frivillige” studenter for å praktisere i tospann.

Studentene hadde en studentansvarlig sykepleier som var tilgjengelig for dem i to til tre dager i uken. Hun ble et bindeledd mellom studentene og de andre pleierne. På denne måten fikk studentene maksimalt læringsutbytte ved veiledning både fra ”mester” og ”likemann”, fra flere veiledningsmodeller. Studentansvarlig sykepleier samarbeidet med de ansatte om innhenting av opplysninger om studentenes kunnskaper, til grunnlag for vurdering. Det at en sykepleier hadde et overordnet veilednings- og vurderingsansvar for studentene, var viktig for å sikre at studentene fikk den veiledningen de hadde krav på, og ble riktig vurdert.

Studentene erfarte ved å gå i tospann at de stolte mer på seg selv, de fikk mot til å ta initiativ, og utviklet trygghet praksisutøvelsen og i praksisfellesskapet. Erfaringene både fra oss og andre (Gregersen, 2006, Slettebø et al., 2009) viser tydelig at tospannmodellen har fordeler fremfor kontaktsykepleiermodellen, når det gjelder å oppnå trygghet og selvstendighet ved læring i praksis. Dette er også i tråd med våre målsettinger i prosjektet. Det ble veldig tydelig at det var viktig for læring at studentene var engasjerte, motiverte og viste initiativ for å lære.

Avsluttende betraktninger

Vi har etter utprøving av tospann som veiledningsmodell i fem praksisperioder på åtte uker hver, erfart gode resultater i tråd med våre intensjoner og målsetting. De fleste sykepleierstudentene har opplevd økt selvstendighet og ansvar, og den enkelte er blitt bedre kjent med seg selv og hva som skal til for å oppnå god læring. Personalet er blitt mer faglig bevisste, og de har fått frigjort en del tid de dagene studentene var på vakt. Denne tiden har de benyttet aktivt til å utføre bedre kvalitet på pleien, og til faglige oppdateringer.

Etter utprøving av denne veiledningsmodellen tenker vi at studenter sine ressurser i læringsprosessen bør utnyttes mer i praksisstudier. Det er flere helsefagutdanninger som prøver ut nye veier i studentenes læringsprosess. Det ligger en del skjulte ressurser i både studenter og i pleiefellesskapet som gjerne kan utnyttes bedre, og dertil gi mer og bedre læring for mange. Det er også et økende krav om å utdanne flere helsearbeidere, og da trengs det flere praksisplasser og flere veiledere. Det er også mye fokus på kvalitet i helsesektoren, og ved fokus på læring for alle i et praksisfellesskap, ser vi at det i neste omgang også vil komme pasientene til gode. Vi håper at våre erfaringer kan stimulere flere til å prøve tospann som alternativ veiledningsmodell for studenter i profesjonsstudier.

Referanser

Boud, D., Cohen, R. & Sampson, J. (2001). Peer learning in higher education. Learning from & with each other. *KOGAN PAGE. London. ISBN 0749436123*

Clue. Elektronisk oppslagsverk. Hentet 4.6.2011 fra <http://www.hsh.no/biblioteket/oppslagsverk/clue.htm>

Dysthe, O. (2001). Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring. I: Dysthe, O. (red.), Dialog, samspill og læring. *Abstrakt forlag. Oslo*

Gregersen, A.G. (2006:5). *Tospann i Utdanningspost ved Smedbakken sykehjem*. Arbeidsrapport. Høgskolen i Østfold. Hentet fra <http://www.hiof.no/index.php?ID=11846>

Kvale, S. & Nielsen, K. (1999). *Mesterlære: læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal. Hentet fra internett: http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2010021504165#&struct=DIV6

Lave, J. & Wenger, E. (2003). Situert læring. *Hans Reitzels Forlag. København*

Reime, M.H. (2009). *Sammen for bedre praksis*. Samarbeidsprosjekt mellom helse Bergen(kirurgisk klinikk), Høgskolen i Bergen og Betanien Diakonale Høgskole. Hentet fra <https://bora.hib.no/bitstream/10049/266/1/Sammen%20for%20bedre%20praksis%20p%20c3%a5%20BORA.pdf>

Slettebø, Å. (2009). Praksisstudier i tospann. Hjemmesykepleien. Evaluering av tospannmodellen. *Sykepleien*. Hentet fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-forskning?p_document_id=153303

Wenger, E. (2004). Praksisfellesskaber. *Hans Reitzels Forlag. København*

Førsteårs praksis i sykehjem

Marit Thorsheim, Høgskolen Stord Haugesund og Elin Høyvik, Udland omsorgssenter

Innledning

Alle sykepleierstudenter ved Høgskolen Stord/Haugesund har sin første praksisperiode på sykehjem i første studieår. Haugesund kommune ved Udland omsorgssenter tilbyr 16 praksisplasser for 1.årsstudenter. Skole og praksisfelt har i følge Rammeplanen for sykepleieutdanning (2008) et felles ansvar for å sikre kvaliteten på praksisstudiene. Skolen og kommunen ønsket å sette fokus på hvordan en kan utvikle samarbeid og rutiner i forhold til studentens praksis i sykehjem. Prosjektet ble planlagt og gjennomført høsten 2011/ våren 2012. Følgende problemstilling ble formulert for prosjektet:

Mottak og oppfølging av sjukepleiestudenter ved Udland omsorgssenter – hvordan kan dette styrkes og forbedres?

Rammer

Høgskolens utgangspunkt for prosjektet er Rammeplan for sykepleieutdanning (2008) og Læreplan for praktiske studier (2011). Haugesund kommune er pålagt å medvirke til opplæring av helsepersonell i følge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Høgskolen har skriftlig avtale med Haugesund kommune i forhold til mottak av studenter.

Mandat for et felles prosjekt ble utarbeidet (**Vedlegg 1**). Prosjektet er organisert med en styringsgruppe og en gjennomføringsgruppe.¹²

Praksisstudiene 1. år består av en uke observasjonspraksis i 1. semester og åtte uker praksis 2. semester. Det betyr at prosjektets konkrete tiltak har blitt gjennomført og evaluert i forhold til en ukes observasjonspraksis i oktober 2011, samt 8 ukers praksis våren 2012. I det aktuelle tidsrommet gjennomførte 14 1.års-studenter sin praksis ved Udland omsorgssenter.

¹² Styringsgruppe: studieleder Bente Skogen, HSH og enhetsleder Eli Kristoffersen, Udland omsorgssenter. Gjennomføringsgruppe: høgskolelektor Marit Thorsheim, HSH og fagsykepleier Elin Høyvik Udland, Udland omsorgssenter.

Avgrensninger

En viktig forutsetning for god kvalitet på studentenes praksis er den enkeltes sykepleier og lærers veiledningskompetanse og studentens egeninnsats. Vårt prosjekt vil først og fremst legge forholdene til rette for at samarbeidet mellom skole og praksisfelt styrkes slik at partene motiveres til å heve egen kvalitet på veiledning av studentene. Lærernes ansvar for veiledning av studenten i praksis er nedfelt i Læreplan for praktiske studier(2011). Selv om studentene etterlyser mer ”likhet” i utføringen av denne oppgaven vil vi i dette prosjektet ikke gå videre inn på hvordan lærer kan heve kvaliteten på sin veiledning av den enkelte student.

Målsetting

Med bakgrunn i mandatet ble følgende mål utarbeidet:

- at 1.årsstudenten opplever et positivt møte med praksisplassen på sykehjem
- at 1.årsstudenten blir motivert til å arbeide med den gamle pasienten i framtidig yrkesutøvelse
- at kontaktsykepleiere opplever at de er tilstrekkelig informert om sin rolle som veileder
- at kontaktsykepleiere opplever at nødvendige rammebetingelser er til stede for å ivareta veilederrollen

Delmål:

- at 1.årsstudenten opplever å få tilstrekkelig informasjon om praksisstudiene
- at 1.årsstudenten opplever å få nødvendig informasjon om praksisplassen
- at 1.årsstudenten opplever at kontaktsykepleier er forberedt til veilederoppgaven
- at 1.årsstudenten opplever at annet personale er forberedt på studentens rolle i avdelingen

Bakgrunn

Regionens behov for kompetente sykepleiere

Høgskolen sier i sin Strategiplan 2008 - 2016, at samhandling med fokus på profesjonell praksis til pasienter i langtidsforløp skal vektlegges. Det har sammenheng med vår regions behov for sykepleiere. Det er vel kjent at behovet for kompetente sykepleiere vil øke innenfor eldreomsorg og langtidssyke.

Haugesund kommune står foran en utfordring hva sykepleierdekning angår. Det har vært skrevet mye i media om bruk av vikarbyrå, og utenlandsk arbeidskraft har blitt brukt for å

dekke et stort behov for sykepleierkompetanse. Fra og med januar 2012 trådte Samhandlingsreformen i kraft. Det fører til at sykehjem må overta flere behandlingsoppgaver enn før. Sykepleierne må holde seg oppdatert på ulike prosedyrer som i hovedsak har vært utført på sykehus.

Fremtidige sykepleiere har høy valuta. Forskning kan bekrefte dette. Ifølge Gjessing og Skaalvik (2010) har geriatri lav status blant studenter. Arbeid med eldre omtales som kjedelig, ensformig, og lite utfordrende. Sykehjem oppleves som underbemannet, bestående av mange ufaglærte, lavrangert og økonomisk belastende for samfunnet. Studentene uttaler også at sykehjem oppfattes som overveldende med krevende pleieoppgaver, samt komplekse og sammensatte pasientsituasjoner.

Norsk Sykepleierforbund sin studentrepresentant Janne Sunde har i samarbeid med fylkeskontoret i Rogaland utført en undersøkelse blant avgangsstudentene ved Høgskolen Stord/Haugesund og Universitetet i Stavanger (2012). Resultatet gir grunn til bekymring. Av 117 studenter svarte kun 3,4 % at de hadde sykehjem som førstevalg etter endt utdanning.

Sykepleiestudentene er svært opptatt av god kvalitet i sine praksisstudier. I et intervju med leder Kine Bentsen i NSF Student i Tidsskriftet Sykepleien (2012), uttaler hun at viktigste sak er akkrediteringsordningen i praksisfeltet, en offentlig godkjenning av praksisplasser. Kvaliteten er ikke god nok.

NOKUT (Norsk organ for kvalitet i høyere utdanning) foretok i 2008 en akkreditering av sykepleierutdanningene i Norge der skolenes teoriundervisning var i fokus. De fleste skolene måtte revidere og forbedre før NOKUT godkjente. Praksisstudiene ble ikke på samme måte satt under lupen selv om disse utgjør opptil 50 % av studiet.

Studentevaluering av praksis våren 2011.

I forkant av prosjektperioden gjennomførte Høgskolen en anonym praksisevaluering (2011), der alle studenter som hadde vært i sykehjemspraksis i Haugesund kommune fikk tilbud om å delta. Spørreskjema ble laget i samarbeid med representanter fra Høgskolen, praksisfelt og studenter. 67 % av studentene svarte og kommentarene var mange. Etter filtrering av svarene vet vi noe om hvordan 1.årstudenten opplevde sykehjemspraksisen. De fleste studentene angir at de ble godt mottatt og opplevde en trivelig arbeidsplass. Noen studenter uttrykker skuffelse over at praksisplassen ikke var forberedt på at studenten kom. God veiledning fra

kontaktsykepleier var svært viktig for studentenes læring, men mange studenter var usikre på om kontaktsykepleier var kjent med Læreplan for praksis. I kommentarer blir det uttrykt at kontaktsykepleier ikke har nok tid til refleksjon og planlegging sammen med studenten. Dette er i samsvar med hva som har kommet fram i referansegruppemøter som avholdes hvert semester de siste årene.

Ny Stortingsmelding for helse og velferdsutdanninger.

Stortingsmelding 13 Utdanning for velferd. Samspill i praksis (2012) refereres det til en kartlegging av forholdene knyttet til praksisstudiene, utført av Universitets- og høgskolerådet (UHR). Kartleggingen viser blant annet store variasjoner i hvordan praksisstudiene organiseres og hvilke rammebetingelser de opererer under. Ifølge rapporten er en rekke sentrale utfordringer likevel felles. Vi kan nevne noen:

- Samarbeidet med yrkesfeltet er uforutsigbart og lite stabilt over tid.
- Usikkerhet omkring ansvar, rolle og funksjoner.
- Ulikt syn på veiledning og veiledningsmodeller.
- Svakt ressursgrunnlag, manglende finansiering.
- Mangel på forpliktende avtaler og kvalitetssikring.

I sin vurdering av tiltak sies det i Stortingsmeldingen (2012), at det er behov for en nærmere vurdering av organisering og innhold i praksisstudiene og rammebetingelsene for praksis. God og relevant praksisopplæring er en forutsetning for at helse- og velferdstjenestene skal få tilført kvalifisert personell med riktig kompetanse. Regjeringen vil sette i gang et utviklingsarbeid for å heve kvaliteten og relevansen i praksisstudiene og utrede hvordan praksis kan knyttes nærmere opp til kontakt med brukerne i ulike sektorer.

Hva kjennetegner gode praksisplasser?

I en studie om hva som påvirker sykepleiestudentenes trygghet og læring i klinisk praksis (Holmsen 2010), kommer det fram at studentene ønsker forutsigbarhet og tilhørighet til praksisfellesskapet. Studien viser videre at studentene mangler forutsigbarhet, de kommer ut i en til dels ukjent praksis. De har ønske om en bedre organisering og samarbeid mellom Høgskolen og Praksis. God planlegging viste seg å ha stor betydning for trygghet og læring. De vil bli sett og ivaretatt, motta kontinuerlige tilbakemeldinger og ha mer tid til refleksjon med sin sykepleierveileder.

I utviklingsprosjektet Samarbeid i praksis (Dahl, Bjørnnes, Reine og Brustad 2012), konkluderes det med at innføring av faste samarbeidsmøter og avklaring av roller styrket samarbeidet mellom høgskole og praksisfelt. Forutsigbarhet skaper trygghet både for ansatte ved sykehjemmet og høgskolen.

Vi tror at styrking av samarbeidsrutiner kan utvikle og styrke kontaktsykepleier og lærer i veiledningen av studenten. Det er mange faktorer som skal være på plass for at studenten skal oppleve forutsigbarhet og en kvalitativt god praksis. Vi bestemte oss for å arbeide med forutsigbarhet, informasjonsflyt og rolleavklaringer.

Gjennomføring

Gjennom prosjektperioden har vi hatt en sirkulær prosess som har bestått av refleksjon, observasjon, planlegging og handling. I første fase av prosjektperioden var det tiltak som skulle forberede studentene til første møte med sykehjemmet i deres observasjonspraksis høsten 2011 som ble vektlagt. Deretter planla og gjennomførte vi tiltak med tanke på 8-ukers praksis våren 2012. Vi ønsket å ha en anonym evaluering for å supplere, eventuelt korrigere, vår opplevelse og erfaringer som deltagere. Vi valgte å bruke samme spørreskjema som ble brukt av Høgskolen i studentevalueringen av sykehjemspraksis i Haugesund kommune i forkant av prosjektet våren 2011.

Tiltak

Møter med kontaktsykepleierne

Vi ønsket innledningsvis av prosjektperioden et møte med kontaktsykepleiere for å informere om prosjektets mål. Vi var usikre på hva de ønsket i et styrket samarbeid. Møtet med kontaktsykepleiere styrket våre antagelser om hva de så på som utfordringer. Kort oppsummert var de opptatt av:

- Forutsigbarhet, å få vite i god tid når de skulle være veileder for student.
- Bli sett og verdsatt for det ekstra arbeidet de påtar seg.
- Større mulighet til å ha tid til studenten.
- Veiledning/undervisning om hva studentene skal lære og forventning til deres rolle.

Vi informerte også om kommende observasjonspraksis.

Nytt møte med Kontaktsykepleiere ble avholdt ca 14 dager før oppstart av 8-ukers praksis. Det ble gitt informasjon om skolens Læreplan for praktiske studier (2011), med vekt på aktuelt læringsutbytte. Veilederrollen ble fokusert og diskutert. Vårt forslag til ny rutinebeskrivelse for kontaktsykepleiere ble presentert. *Hvordan sette av tid (30 min. på dagvakter) til planlegging og refleksjon ble spesielt vektlagt og diskutert.* Hvordan samarbeide om studenter som byr på spesielle utfordringer var også et ønsket tema fra kontaktsykepleierne.

Revidering av beskrivelse av praksissted/avdeling

Praksisstedbeskrivelsen skal gi mulighet for studenten til forberedelse før praksis. Beskrivelsen ønsker studenten velkommen, og gir informasjon om avdelingens mål og visjoner for sykepleien til pasientene. Den beskriver videre:

- Læresituasjoner for studenter på ulike nivå i utdanningen.
- Beskriver den typiske pasienten på avdelingen.
- Uttrykker forventninger avdelingen har til studenten.

Praksissted - beskrivelsen ble lagt tilgjengelig i Praksismappe på Fronter

Utarbeidelse av Informasjonsmappe om Utdland sykehjem

Informasjonen gir praktisk informasjon og forteller om aktuelle rutiner i forhold til virksomheten. Informasjonsmappa gjennomgås første dag studentene blir mottatt i praksis. Mappa har også sjekkliste for mottagelse av studenter 1. dag.

Utarbeidelse av funksjonsbeskrivelser for fagsykepleier og kontaktsykepleier

Samarbeidsmøter med administrativ ledelse ved Utdland ble gjennomført der en drøftet innhold til ny rutinebeskrivelse for studentansvarlig fagsykepleier og kontaktsykepleier når det gjelder ansvar og gjøremål for mottak og oppfølging av studenter. Vi var enige om at det er nødvendig å forankre og synliggjøre hva som kreves av partene gjennom revidering av rutinebeskrivelser som ble godkjent av ledelsen.

Studentansvarlig fagsykepleier har ansvar for å oppnevne kontaktsykepleiere minimum en uke før studentene starter, og levere informasjonsskriv om aktuell praksisperiode til kontaktsykepleier. Fagsykepleier har ansvar for å gi tilbakemelding til skolen om hvilken

avdeling og navn på kontaktsykepleier som skal motta den enkelte student. Studentansvarlig fagsykepleier har ansvar for mottagelse av studentene 1.dag i henhold til beskrivelse for dette.

Kontaktsykepleier har ansvar for å veilede og evaluere studenten i tråd med skolens Læreplan for praksis (2011). Veiledning av student kan være tidkrevende. Vi ville gjerne synliggjøre kontaktsykepleiers viktige oppgave ved å nedfelle behovet for å sette av tid. Helt konkret sier rutinebeskrivelsen at det settes av minimum 30 minutter på dagvakter til planlegging og refleksjon sammen med studenten.

Informasjonsskriv til kontaktsykepleiere

For å sikre at alle aktuelle kontaktsykepleiere får informasjonen som ble gitt på møtet, ble det utarbeidet informasjonsskriv som ble overlevert kontaktsykepleier ved forespørsel om å veilede student. Det ble utarbeidet et skriv i forhold til observasjonspraksis, og et i forhold til hovedpraksis.

Fronter

Skolens studenter og lærere er vant til at all informasjon er tilgjengelig for dem i skolens elektroniske kommunikasjonsverktøy. Dette er studentenes viktigste informasjonskanal. Våre samarbeidspartnere i praksis har ikke hatt tilgang til denne. Vi ønsket å prøve ut hvorvidt et felles "Praksisrom" i Fronter kunne bedre informasjonsflyten. Det tok tid å klarere med skolens ledelse og IT personale om og hvordan dette kunne bli mulig. Vi fikk mulighet til å prøve dette ut i siste fase av prosjektet, for den siste puljen studenter som var i praksis før sommeren. Fagsykepleiere ved Udland fikk opplæring i bruk og hvilke muligheter verktøyet kan gi. Studentene fikk i oppgave å undervise kontaktsykepleier hvordan en logger inn i Fronter og vise hva som ligger av informasjon der. I vårt felles "Praksisrom" legges all aktuell informasjon så som Læreplan for praksis, aktuelle informasjonsskriv, lister over studenter og kontaktsykepleiere samt invitasjoner til kurs og lenker til ressurser. Praksis /avdeling/ kontaktsykepleier/fagsykepleier har også mulighet for å skrive meldinger til studentene inn i "praksisrommet".

Informasjon til studentene

Høgskolen har Praksiskoordinator som tar kontakt med institusjonene og oversender lister over studenter som kommer i praksis. Listene legges ut på Fronter slik at studentene får oppgitt hvilket sykehjem de skal ha praksis på. Kull-koordinator setter av 1 time til felles informasjon og gjennomgang av Læreplan for praktiske studier (2011). Dette er vanlig rutine.

Som læreveileder for studentene og prosjektdeltaker har studentene fått informasjon om tiltak som er skissert overfor, og gjort oppmerksom på at vi ønsket å gjøre en enkel spørreundersøkelse i etterkant av praksisperioden.

Tilbud om veilederkurs på Høgskolen

Tilbud om veilederkurs ble formidlet til alle potensielle kontaktsykepleiere. Veilederkurs arrangeres hvert år på skolen.

Resultat

Observasjonspraksis

Den første milepæl for prosjektet var studentenes Observasjonspraksis høsten 2011. Dette er studentenes første møte med praksis. Av erfaring vet vi at opplevelsen av disse dagene er av stor betydning for motivasjonen til å forsette studiet.

Etter endt Observasjonspraksis fikk de aktuelle 16 studentene et spørreskjema, som de skulle svare anonymt på. Aktuelle spørsmål ble plukket ut fra den spørreundersøkelsen som Høgskolen gjennomførte etter endt sykehjemspraksis i juni 2011. Vi velger å gi en kort oppsummering av resultatet, da vi så på den som en liten pilotstudie.

Oppsummering av studentenes svar

De fleste studentene mente de fikk meget god mottakelse og oppfølging i observasjonspraksis og ser fram til å komme tilbake. I kommentarene finner vi og at studentene er sårbare i sitt første møte med praksis, og at negative opplevelser påvirker motivasjonen til praksisen. En student hadde sine praksisdager utenom den planlagte perioden. Det gjenspeiles i ganske gjennomgående negative svar.

Oppsummering av kontaktsykepleiernes svar

Vi gjennomførte også en liten anonym spørreundersøkelse blant de aktuelle kontaktsykepleierne. Skolen har aldri gjennomført noen spørreundersøkelse for kontaktsykepleiergruppa. Den enkelte student hadde bare fire dager i praksis så det er svært begrenset hva undersøkelsen kan gi av informasjon.

Åtte av 16 mulige kontaktsykepleiere svarte. Svarene uttrykker positive tilbakemeldinger Vi ser at orienteringsmøtet blir trukket frem som noe ønskelig.

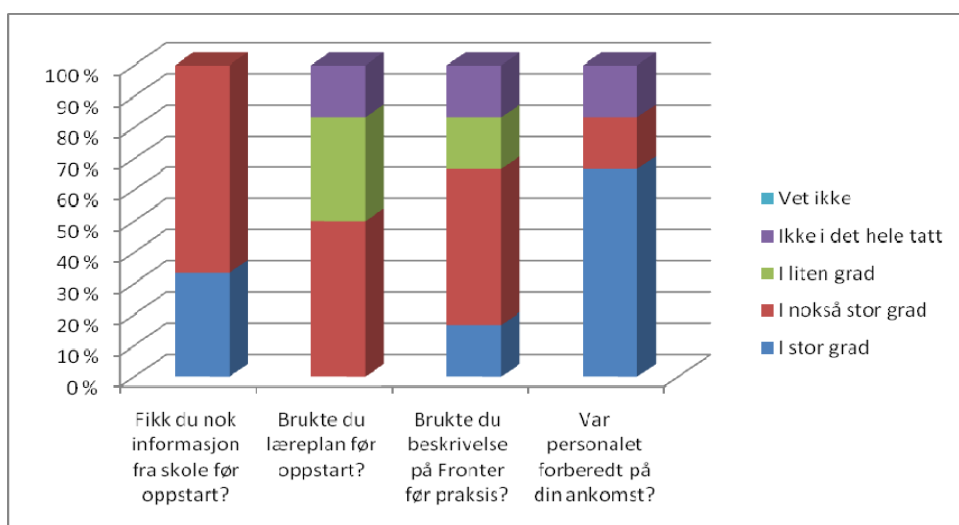
Kontaktsykepleierne hevder også at de var godt motivert til å veilede studenten. Informasjonsskrivet fikk positiv respons, de fleste mente at dette i stor grad var nyttig.

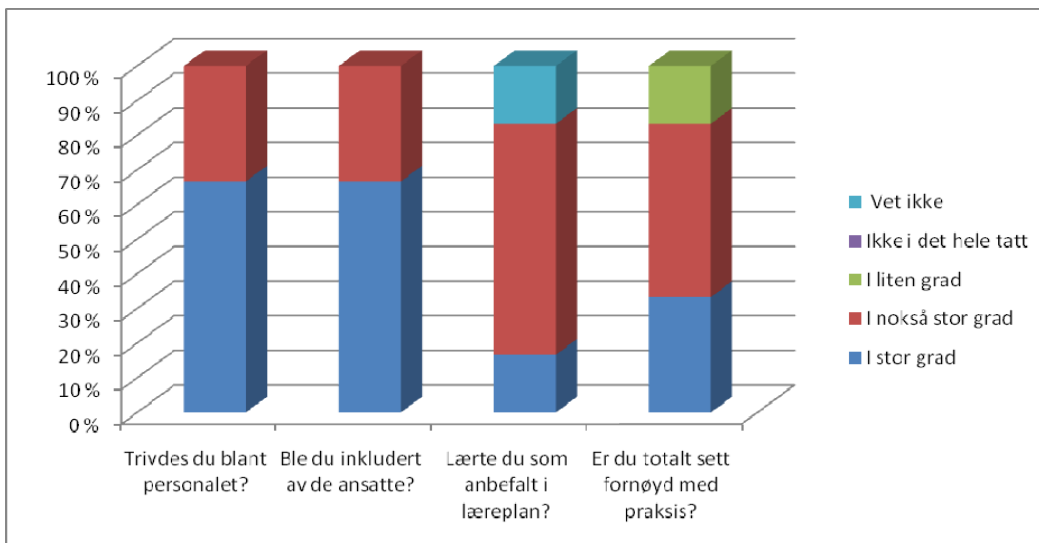
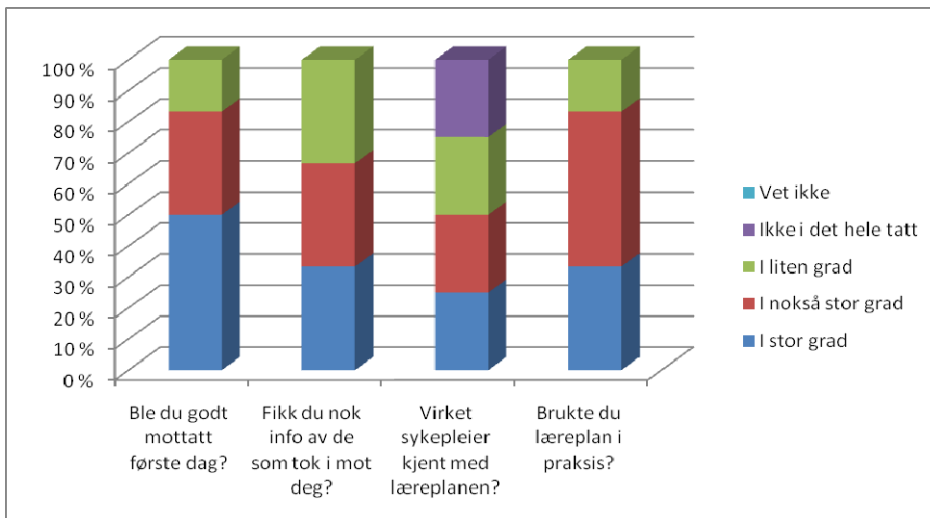
Seks sykepleiere valgte å svare i nokså stor grad på spørsmål om de var fornøyd med egen veiledning av studenten, mens to svarte i stor grad.

Åtte ukers praksis våren 2012

14 studenter gjennomførte 8-ukers praksis våren 2012. Studentene fikk komme på samme avdeling med samme kontaktsykepleier som i Observasjonspraksis i den grad det var mulig. Studentene fikk samme spørreskjema som ble brukt i studentundersøkelsen etter sykehjemspraksis i Haugesund kommune våren 2011. Av 14 mulige svarte 11 studenter. Vi har valgt å presentere svar i forhold til spørsmål som er relevante for dette prosjektet.

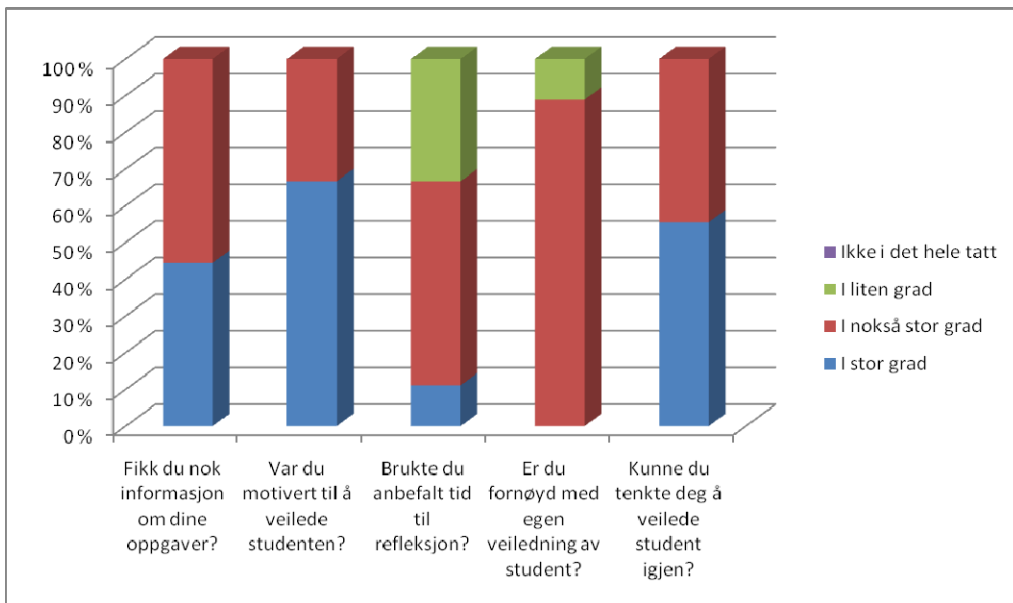
Studentene svarte:



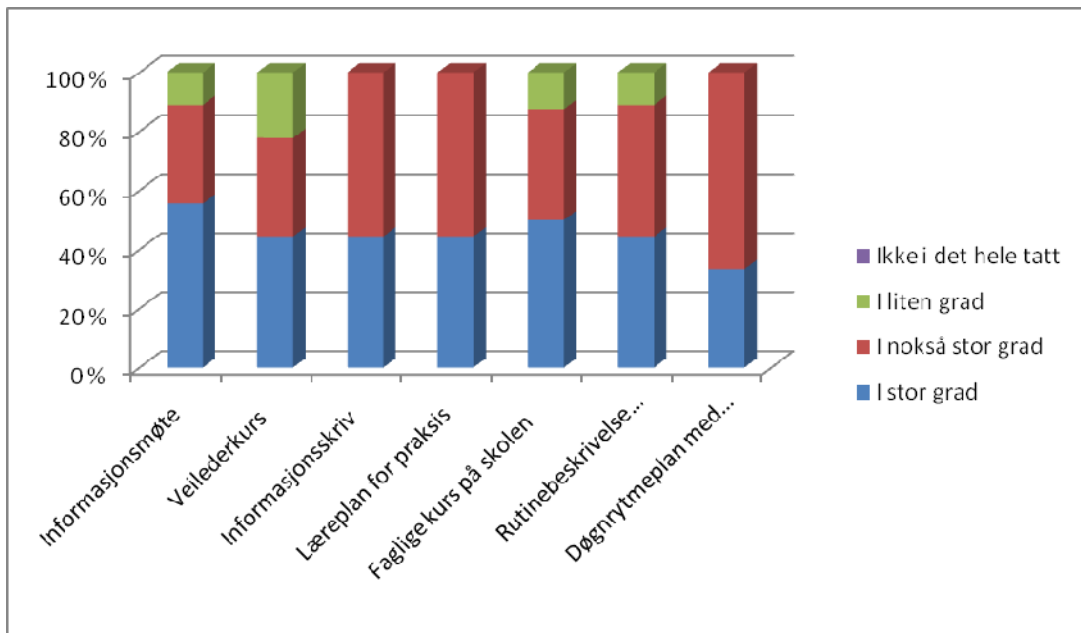


Kontaktsykepleiere svarte:

Samme spørreskjema som ble brukt etter Observasjonspraksis ble utlevert til kontaktsykepleierne (Vedlegg 11). Vi fikk 12 svar av 24 mulige.



På spørsmål om hva som kan gi støtte til rollen som kontaktsykepleier, fikk vi følgende svar:



Har vi nådd målene for prosjektet?

- at 1.årsstudenten opplever et positivt møte med praksisplassen på sykehjem.

Studentene har gitt uttrykk for at de er meget tilfredse med hvordan de ble mottatt i praksis. Før oppstart fikk de informasjon om praksisstedet, hvilken avdeling de skulle på og navn på kontaktsykepleier. Studentene følte seg ventet og ivaretatt første dag. Som en student kommenterer, "*Alt var bra*". Svarene fra spørreundersøkelsen viser at de føler seg inkludert og trives i arbeidsmiljøet. Gjennom studentenes evaluering av sykehjemspraksis (juni 2011) understrekes betydningen av at praksisplassen er forberedt på at de kommer. Med bakgrunn i mange års erfaring med spørsmål fra studenter som skal i praksis vet vi at studentene ønsker å vite mest mulig om praksisplassen og hvem de får som kontaktsykepleier. I følge Holmsen (2010) ønsker studentene forutsigbarhet og tilhørighet til praksisfelleskapet. Det påvirker studentenes trygghet og læring. En annen student kommenterer "*Jeg tror personalet burde fått mer informasjon hva det innebar å være en student, jeg føler at mange av dem så på meg som en kollega, noe som gjorde at jeg ofte måtte si ifra.*"

I spørreundersøkelsen ser vi at studentene i for liten grad opplever at personalet er innforstått med studentens rolle i avdelingen. Det er i tråd med muntlige studentytringer om at de kan oppleve seg som arbeidskraft spesielt når kontaktsykepleier ikke er tilstede. Vår erfaring er at 1.årsstudenten er svært spent og motivert før oppstart av første praksis i sykehjem. Vi erfarer også at opplevelsen av møtet med praksis og oppfølgingen, påvirker motivasjon for å fortsette studiet og eventuelt ønske om fremtidig arbeid innenfor eldreomsorg.

Høgskolen har registrert at frafallet av studenter i første år har vært økende de siste årene. Styret for Høgskolen har vedtatt at det skal satses på 1.årsstudenten.(Styremøte 2008). I en studie konkluderer Jacobsen (2012) med at yngre sykepleiestudenter har stort behov for studieveiledning. Det anbefales å prioritere ressurser til studieveiledning, fortrinnsvis i første studieår. Ved Høgskolen har 1.årsstudentene oppfølging av samme lærer i teori og praksis så langt det lar seg gjøre. Vi tror at det har medvirket til at studentene uttrykker meget god tilfredshet med informasjon og oppfølging fra skolens side.

- at 1.årsstudenten blir motivert til å arbeide med den gamle pasienten i framtidig yrkesutøvelse

Vi ba studentene kommentere på spørreskjemaet om de kunne tenke seg sykehjem som fremtidig arbeidsplass. Svarene var overveiende positive. En student skriver "*Jeg kan veldig godt tenke meg å jobbe på sykehjem. Jeg fikk god kontakt med pasientene, og gledet meg til å*

gå i praksis hver dag." Kun en student svarer nei på spørsmålet. Erfaringer fra ukentlige veiledningsmøter med studentene er at de er engasjert i pasientene og at de finner det meningsfullt, lærerikt og utfordrende å arbeide med dem.

- at kontaktsykepleiere opplever at de er tilstrekkelig informert om sin rolle som veileder

- at kontaktsykepleiere opplever at nødvendige rammebetingelser er til stede for å ivareta veilederrollen

Vi kjenner ikke til at Høgskolen har utført noen undersøkelser på hvordan kontaktsykepleiere opplever sin rolle. Skolen har de siste årene gitt tilbud om veilederkurs som en del sykepleiere har deltatt på. Vi vil anta at de der har gitt uttrykk for og diskutert problemstillinger omkring sin rolle. Svarene fra vår lille undersøkelse antyder noen svar. Det er gledelig at kontaktsykepleierne scorer høyt når det gjelder motivasjon for å veilede studenter. I kommentarene finner vi: *"Synes det har vært veldig kjekt og lærerikt å være veileder. En annen sier " Jeg liker å ha studenter i praksis."* Behov for å bli verdsatt kommer også fram i en kommentar. *"Ønsker lønnskompensasjon for veiledning av studenter i praksis."*

Det er Høgskolen som har ansvaret for studentens mulighet for læring i praksisperioden, men da læreren ikke er mye til stede i praksis faller mye av ansvaret for fortløpende veiledning på kontaktsykepleier. Veiledning/undervisning er en av sykepleiers mange oppgaver i en travel arbeidsdag. Ingstad (2010) har undersøkt sykepleieres arbeidsforhold i sykehjem. Studien konkluderer med at sykepleierne opplever en hektisk arbeidssituasjon, hvor de har fått delegert flere arbeidsoppgaver samtidig som ledelsen er mindre tilstede. Skolens studenter og lærere registrerer også at kontaktsykepleiere har en travel arbeidsdag med stort ansvar, og selv om de er motivert for å veilede studenter oppleves dette også som en ekstra belastning. Veiledning av studenter er en del av sykepleierfunksjonen og gir pr i dag ingen tilleggs kompensasjon.

Kontaktsykepleierne sier de er fornøyd med informasjonen om sin oppgave som veileder. De hadde god nytte av informasjonsmøte, informasjonsskriv og Læreplan for praksis. *"Veldig mye nyttig informasjon på "kurs" for kontaktsykepleiere som ble arrangert på Udland før studentene kom i praksis. Skolen har før vært litt "fjern".* En døgnrytmeplan med avsatt tid til studenten ville også være til god nytte for å markere tid til veiledning. Det kan øke forståelse i personalgruppa for kontaktsykepleier sin veilederrolle.

Aigeltinger, Haugan og Sørli (2012) undersøkte i en studie utfordringer kontaktsykepleiere opplever i veiledning av sykepleiestudenter i praksisstudier. Respondentene sier de ofte føler seg usikre som veileder og at det er svært tidkrevende. De rekker ikke å sette seg inn i studiets mål og innhold. De føler også et stort ansvar for veilederoppgaven. De peker på at bedre rutiner og legitimering av veiledningsoppgavene som mulige tiltak. Et av tiltakene som er utført er å utarbeide rutinebeskrivelse for sykehjemmets kontaktsykepleiere. Beskrivelsen sier at kontaktsykepleier skal sette av minimum 30 minutter på dagvakter for planlegging og refleksjon sammen med studenten. Studentene markerer i spørreundersøkelsen at de er usikre på om kontaktsyker er kjent med læreplan og de etterlyser mer tid til planlegging og refleksjon med sin kontaktsykepleier. Kontaktsykepleierne sier også at de ikke brukte i tilstrekkelig grad anbefalt tid til refleksjon med studenten.

En nylig publisert svensk forskningsstudie av Bengtson, Kvarnhall og Svedberg (2012) tar for seg hvordan kontaktsykepleiere opplever veiledningen av sykepleiestudenter i praksis. Hovedfunn er at veiledningsprosessen opplevdes utviklende og stimulerende dersom det var mulighet for tid, god relasjon mellom veileder og studenter og medarbeidere (organisasjonen), kunnskap og bekreftelse var tilgjengelig. Respondentene understreket at det var viktig med støtte fra både medarbeidere og fra organisasjonen når det gjelder avsatt tid til veiledning for at ordinær virksomhet og pasientsikkerhet ikke skal påvirkes. De opplevde refleksjon som vesentlig for både studentenes kunnskapsutvikling og for egen opplevelse av læring og kontinuitet i veiledningsprosessen. Vi tror at det tar tid å endre veiledningskultur og at kontaktsykepleierne trenger mye støtte i fortsettelsen. Vi mener at refleksjon i og over praksis er en svært viktig kilde til læring.

Anbefalinger

Tiltaket felles "Praksisrom" på Fronter ble utprøvd i siste del av prosjektet. Derfor har vi ingen skriftlig evaluering av dette tiltaket fra deltakerne. De muntlige tilbakemeldingene om nytten med hensyn til informasjonsflyt har vært svært positive. Vi erfarte at denne elektroniske muligheten bedret kommunikasjonen mellom lærere, studenter og praksisfelt. Det kan sikre at all informasjon er tilgjengelig for alle. Studentlister, planlegging av mottak, informasjonsskriv, Læreplan, og Beskrivelse av praksissted ble lagt tilgjengelig på Fronter. Partene kan også kommentere og stille spørsmål i fellesrommet. Det fysiske møtet mellom partene opplever vi som viktig, men det er en utfordring å få til møtedag som passer for sykepleierne på grunn av turnusarbeid. Vi mener Fronter kan være et godt supplement. Derfor

anbefaler vi at Høgskolen utvider muligheten for at alle praksissteder i Kommunehelsetjenesten inkluderes i Fronter

Kontaktsykepleierne er motiverte til å veilede våre studenter, de trenger å bli sett og verdsatt. Et mulig tiltak er å invitere til seminar hvert semester der kontaktsykepleiere og lærere kommer sammen over temaer som handler om kvalitet i praksisstudier.

Tid til refleksjon og planlegging må innarbeides i veiledning av student. Vi mener det er et viktig skritt å få dette på plass i sykehjemmets rutinebeskrivelse for kontaktsykepleiere. Forankring og legitimering av kontaktsykepleiers oppgaver er med å synliggjøre det viktige arbeidet med studentveiledning. Vi støtter forskerne Bengtson et als. (2012) når de sier det er behov for ytterligere forskning på hvordan muligheten til refleksjonstid i løpet av veiledningsperioden påvirker både studentens og veilederens kunnskap og yrkesutvikling.

Alle tiltakene vi har gjennomført mener vi har vært viktige for utvikling av samarbeid om studenten praksis. Vi vil til slutt nevne betydningen av et godt opplegg for mottak av studentene første dag. Erfaringene våre viste at dette la føringer for en god dialog i praksisperioden. Det observerer vi også i ukentlige veiledningsmøter med studentene.

Avsluttende kommentarer

Av Høgskolens ca 100 førsteårsstudenter og deres kontaktsykepleiere er det et lite antall som har vært involvert i prosjektet. Derfor kan våre erfaringer og svarene vi fikk på spørreundersøkelsene bare gi oss en indikasjon på om vi beveger oss i riktig retning. Vi har mottatt mange positive kommentarer underveis som støtter oss i troen på at det nytter å samarbeide.

Gjennom prosjektperioden var vi også aktive deltagere som henholdsvis lærerveileder for de aktuelle studentene som var i praksis og studentansvarlig fagsykepleier på praksisstedet. Det har vært spennende og utfordrende å balansere rollene. Samarbeidet med de involverte partene har vi opplevd svært positivt. Vi vil takke alle for godt samarbeid i prosjektperioden.

Kilder

Aigeltinger E, Haugan G, Sørli V. (2012). Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. *Sykepleien Forskning* (2) 2012

Bengtson, M. Kvarnhall, J. Svedberg, P. (2012). Svenska sjuksköterskors upplevelser av handledningsprosessen vid sjuksköterskestudenter verksamhetsförlagda utbildning *Vård i Norden* (4).

- Bentsen, K. (2012) Intervju Leder NSF Student, *Tidsskriftet Sykepleien* (9).
- Dahl K, Bjørnnes M S, Reine E, Brustad M B. (2012). Samarbeid i praksis, *Tidsskriftet Sykepleien* (9).
- Gjessing og Wolff Skaalvik (2011) Den gamle kroppen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning* (2)
- Jacobsen, T-I. (2012). Sykepleierstudent og 19 år - hvordan skal jeg studere? Yngre sykepleierstudenters behov for studieveiledning. *Uniped årgang 35* (2).
- Holmsen, T.L. (2012) Hva påvirker sykepleierstudentenes trygghet og læring i klinisk praksis? *Vård i Norden* (1).
- Ingstad K. (2010) Arbeidsforhold ved norske sykehjem *Vård i Norden* (2).
- Lov om kommunale tjenester (2011). <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/all/nl-20110624-030.html>
- Læreplan for praksis (2011) Høgskolen Stord/Haugesund
- Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012.html?id=672836>
- Sunde, J., Norsk sykepleieforbund Rogaland, (2012) Spørreundersøkelse 3.årsstudenter ved Høgskolen Stord/Haugesund og Universitetet i Stavanger
- Rammeplan for sykepleierutdanning (2008)
2008http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Strategisk plan 2012-2016 Høgskolen Stord Haugesund (2012)
http://ans.hsh.no/adm/studie/OM_HSH/HSH_Strategisk_plan_2012_16.pdf
- Styrevedtak Høgskolen Stord/Haugesund (2008)
http://ans.hsh.no/styresaker/10_desember_2008/Referat_7_november_2008.pdf

Kvalitet i praksisstudier gjennom refleksjon

Samarbeidsprosjekt mellom kirurgisk intensiv/overvåkningsenhet ved Haugesund sjukehus, Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling Helsefag.

Ingrid Lindaas, Høgskolen Stord Haugesund og Anne Marit Skogheim, Haugesund sjukehus

Innledning

Videreutdanningen i intensivsykepleie er todelt med 50 % teoriundervisning ved høyskolen og 50% i kliniske studier ved hovedsakelig intensiv-/overvåknings enhet og kardiologi- og medisinsk intensiv enhet. På høyskolen har hovedfokuset vært på tilegnelse av teoretiske kunnskaper, mens i kliniske studier har hovedfokuset vært å få studentene til å bli gode profesjonsutøvere som intensivsykepleiere.

Dette prosjektet setter søkelys på hvordan klinisk praksis kan gi både ferdigheter og forståelse mot en bred handlingskompetanse.

Hvordan prosjektet kan bidra til kvalitet – noen teoretiske diskusjoner

Hensikten med videreutdanning i intensivsykepleie er å utdanne velkvalifiserte yrkesutøvere som kan utøve intensivsykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter og ivareta deres pårørende i et høyteknologisk miljø. Utøvelsen skal være i samsvar med helselovgivningens krav til yrkesutøvelse, faglig forsvarlighet og sykepleierens yrkesetiske normer.

Kompetansen studenten skal utvikle, kan ikke læres isolert fra praksis. Utøvelse av faglig forsvarlig intensivsykepleie må læres i direkte samhandling med pasienter. Dette vil kreve en klar integrasjon mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Intensivsykepleieren vil stå overfor komplekse situasjoner. For å mestre disse utfordringene er det nødvendig å stimulere studenten til egenaktivitet, selvstendighet, refleksjon og kritisk tenkning.

Vi som høyskoleansatte skal altså fremme lovens formål ved å tilby videreutdanningsstudentene høyere utdanning som er basert på det fremste innen forskning, faglig og kunstnerisk utviklingsarbeid og erfaringskunnskap. Intensivsykepleierens profesjonalitet er en

sammensatt helhet, intensivsykepleiefaget er veldig komplekst. Forskningsbasert og teoretisk kunnskap (*theoria*) er nødvendig, men ikke nok. Myndighetenes krav¹³ om at forskning skal anvendes innenfor det kliniske felt har økt. Forskning som bygger på målbare funn med bakgrunn i en evidensbasert medisinsk forståelse er dominerende. Handling skal vises i forhold til objektive kriterier og forskningspolitiske føringer i samfunnet. Det er ikke tilstrekkelig for intensivsykepleiefaget kun å basere seg på den evidensbaserte medisinske forståelsen, ”gullstandard” som er randomiserte kontrollerte studier (randomized controlled trial: RCT-studier). Det fremste innen forskning her må også se på kvalitativ forskning som setter fokus på praksiserfaringer fra sykepleiere, pasienter og pårørende og sykepleiernes kliniske skjønn.

Intensivsykepleiere med høy ferdighetskompetanse betegnes gjerne som dyktige praktikere. Kvalitet i praksisstudiene er viktig for at studentene skal klare å tilegne seg disse praktiske ferdighetene, teknikkene og metodene. Yrkesspesifikke ferdigheter, ”kunsten i faget”, det profesjonsspesifikke håndverket. Praktiske ferdigheter, teknikker og metoder (*poiesis*) er et viktig element.

Kvalitet i intensivsykepleie

Personlig kompetanse handler om hvem vi er som personer, holdninger og verdier avspeiles i handlingene våre. Erfaringskunnskap og bruk av skjønn¹⁴ hvor en søker å finne beste handlingsalternativ (etisk, utilitaristisk, teknisk etc.)¹⁵ er et annet viktig element. Det norske ordet ”skjønn” kommer fra det norrøne ordet *skyn* og betyr: forstand, dømmekraft, vurdering og vett. Skjønn er resonnering om hva som bør gjøres i enkelttilfeller, sier Grimen og Molander (2008). Det å vite hva som er best i ulike situasjoner, hensyn til det enkelte mennesket, overveielser, fornuft og godhet er viktig i et hvert møte med en intensivpasient. Intensivsykepleieren skal reflektere kritisk i valgsituasjoner og handle etisk og juridisk forsvarlig i forbindelse med utøvelsen. Pasientene trenger at sykdom forebygges og

¹³ Stortingsmelding nr 13 2012 **Meld. St. 13** (2011–2012) Melding til Stortinget Utdanning for velferd Samspill i praksis Tilråding fra Kunnskapsdepartementet 17. februar 2012, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-13-20112012/1.html?id=672837>

¹⁴ Skjønn/*phrônesis* er deliberasjon / overveielser; refleksjon i handling / under utøvelse hvor ”profesjonelle” rammer/mål/prinsipper er gitt. Formål: søke og finne beste handlingsalternativ, i følge Eikeland, O. Klassisk kunnskapsteori og moderne vitenskapsforståelse, forelesning HSH, 01.09.2011

¹⁵ Eikeland, O. Klassisk kunnskapsteori og moderne vitenskapsforståelse, forelesning HSH, 01.09.2011

behandles, men ikke minst at det utøves skjønn, intensivpasientene er spesielt sårbare. Det relasjonelle, det å gi god omsorg, ”nærhet og varme” er viktig. Arbeidet på en intensiv avdeling er ofte preget av ustabilitet og usikkerhet. Her blir det viktig å se helheten i situasjonen og å tenke pasientsikkerhet. Intensivsykepleieren skal ha et høyt kunnskapsnivå, i tillegg til en varhet for den unike situasjonen. Kunnskapen skal være på flere plan; både bio-medisinsk kunnskap, pasientkunnskap og personkunnskap. Hvor bio-medisinsk kunnskap er hvordan sykdom og behandling virker fysisk på pasienten. Pasientkunnskap er forståelse for den enkelte pasients opplevelse av sykdom og respons på behandling. Og personkunnskap er å ha kjennskap til et individ som privatperson, å ha kunnskap om det livet personen har levd før.

Utøvelse av faglig forsvarlig intensivsykepleie må læres i direkte samhandling med pasienter. Dette vil kreve en klar integrasjon mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Intensivsykepleie erverves gjennom gjentatte handlinger, kyndig veiledning, fremvisning av riktig handlemåte, ledsagende refleksjon og dialog med hverandre. En må ta i bruk kunnskapenes multi-dimensjonale karakter som Johannessen (2009) uttrykker det. I utøvelsen av intensivsykepleie trenger sykepleieren forskjellige former for kunnskap. Profesjonen hviler på ulike, men likeverdige kunnskapssøylar som Alvsvåg (2009, 2010) uttrykker det: Erfaringsbasert kunnskap (techne), teoretisert praksis og vitenskapelig kunnskap (theoria). Mellom kunnskapssøylene er det formidlende instanser som skaper forbindelser mellom de ulike kunnskapsformene og de konkrete situasjonene. Disse er: klokskap, skjønn, dømmekraft (praxis), dannelse og takt. Der et godt skjønn vil si en riktig bedømmelse av hva som er rett og rimelig, det beste i en praktisk situasjon. Teoretisk innsikt ”konkurrerer” ikke med andre kunnskapsformer. Det er i spenningsfeltet mellom de ulike kunnskapsformene at læring skjer (Wittek i Strømsø m. fl.2005). Intensivsykepleieren vil stå overfor komplekse situasjoner. For å mestre disse utfordringene er det nødvendig å stimulere studentene til egenaktivitet, selvstendighet, refleksjon og kritisk tenkning. Studentene har allerede et erfaringsgrunnlag og kunnskaper som hun / han skal oppfordres til å bruke. Det er flere måter å gjøre dette på for å hjelpe studentene med å gripe fagets eller profesjonens spesialiserte kunnskap og konvensjoner. Det er viktig å tilby studentene mulighet for å skape forbindelser mellom de ulike kunnskapsformene, etablere knutepunkter, la erfaringer og fortolkninger belyses og drøftes i forhold til hverandre og i lys av hverandre og i lys av overordnede prinsipper og begreper (Wittek i Strømsø m. fl.2005).

Fag-/veiledningsmøter kan være et forum for å integrere teoretisk og praktisk kunnskap. Her kan studentene selv velge sykepleiefaglige tema til framlegg av case og refleksjonsnotat som presenteres. Her vil inngå faktakunnskaper; forsknings- og erfaringsbasert som er i kontinuerlig endring. Studenten må konstruere sin kunnskap; tilegne seg kunnskap innenfor sin profesjon som intensivsykepleier, den er altså individorientert som i konstruktivismen. Når studentene er i klinisk praksis blir den sosiokulturelle retningen tydelig; kunnskapen blir utviklet sammen med andre intensivsykepleiere i intensivavdelingen. Studentene identifiserer seg som framtidige profesjonsutøvere innen intensivsykepleie; utvikling av en profesjonell identitet. Gjennom erfaringsutveksling fra klinisk praksis på fag-/veiledningsmøtene, der studentene gjensidig kan komplimentere hverandre i forhold til refleksjon over og i teori og praksis lærer studentene av hverandre og bidrar til at de blir kompetente intensivsykepleiere. Når Schön (1983, 2006) omtaler begrepet refleksjon presenterer han to termer som han kaller *refleksjon i handling* og *refleksjon over handling*. Refleksjon-i-handling skjer når handlingen vår blir omformet av refleksjonen vår samtidig som vi utfører handlingen. Refleksjon-over-handling går ut på å tenke tilbake på det en har gjort for å se om den kunnskapen en hadde i handlingen var med på å påvirke handlingen. Schön utviklet en teori for praktisk kunnskap, og var spesielt opptatt av situasjonen praktikerer står i. Han mente at hver situasjon er unik, og opplevelsen er individuell, noe som er særlig tydelig i intensivsykepleien. Schön forklarer ”skjønn” som et innslag av dømmekraft som også peker på det individuelle og spesielle. En måte å hjelpe studentene til å reflektere på er å bruke en refleksjonsmodell, som for eksempel Gibb (1988) sin modell for refleksjon som vi har brukt. Det er seks stadier av Gibb sin reflekterende syklus, det er beskrivelse, følelser, evaluering, analyse, konklusjon og handlingsplan. Hvor en da først beskriver hva som skjedde i situasjonen, så hva du tenkte og følte, for så å vurdere hva som var bra og dårlig med opplevelsen eller erfaringen, for så å se på hva du kan få ut av situasjonen ved å se på hva som hjalp og hva som var til hinder, for så videre å konkludere med hva annet du kunne ha gjort, for så til slutt å tenke igjennom en handlingsplan for hva du ville gjort annerledes hvis det hadde skjedd igjen.

Sentralt i refleksjon ligger et element av gjenkjenningsberedskap som kan hjelpe oss i selve refleksjonen, og skape rom for videre og ny handling. Refleksjon kan således føre til bedre og nye handlinger som gir bedre måloppnåelse for oss selv og pasientene/studentene. I, ved og gjennom refleksjon vil kunnskap bli bevisst for den som reflekterer, og dette kan skape muligheter for å se sammenhenger mellom utførte handlinger og de resultatene en har

oppnådd. Hvorfor reflektere? Spør Sen (2010) og sier det kan være for egenvurdering, personlig utvikling, profesjonell utvikling, for å gjenkjenne behovet for læring, for å forbedre læring eller prestasjoner, problemløsning, prioritering, planlegging, evaluering, forberede framtidig praksis, administrere endringer, forbedre forståelse og stresshåndtering. Alt dette er viktig for at intensivstudentene skal forstå og klare å handle i de komplekse pasientsituasjonene de står i. Ved å øke fokus på refleksjon er formålet at studentene skal vise skjønn og klokskap i handling. At studentene er følsomt til stede og er faglig dyktige - at møtet mellom pasient og student blir optimalt. At studentene **gjennom det faglige skjønnet i sykepleien klarer å ta imot pasientinntrykket og tolke og strukturere uttrykkene**, og gjennom ferdigheter og grep, holdning og handling se, lytte og berøre klinisk på en god måte, slik at pasienten opplever situasjonen som god (Martinsen, 2003b).

Bakgrunn for prosjektet

Bakgrunnen for et prosjekt for å styrke kvaliteten på praksisstudiene til intensivstudentene ved å øke fokuset på refleksjon, var at vi har sett at studentene strever mer og mer med å klare å oppnå handlingskompetanse ved endt utdanning. Fra overføringen til høgskolesystemet i 2000 er praksisstudiene i videreutdanningen i intensivsykepleie redusert med 10 – 12 uker. Timer til oppfølgingstid fra faglærer er i løpet av de siste 10 årene redusert mer og mer, bare de 5-6 siste åra er den mer enn halvert. Kontaktsykepleiernes ansvar har dermed økt. Studentene ønsker en tettere oppfølging fra faglærer. Samtidig øker omfanget av studiet og kompleksiteten i læresituasjonene for studentene for hvert kull. Det er krav om handlingskompetanse i praksis ved endt utdanning. Studentene skal etablere en handlingskompetanse for å kunne fungere selvstendig og opptre som funksjonsdyktige intensivsykepleiere.

Læringsutbytte beskrivelsene er overordna og generelle med tanke på hva studentene skal ha kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse i forhold til for å ha handlingskompetanse i praksis ved endt utdanning. I korte trekk dreier det seg om at studentene skal ha avansert kunnskap innen intensivsykepleie for å kunne møte akutt og/eller kritisk syke pasienter i en sårbar, kritisk og livstruende fase. Videre skal studentene ha inngående kunnskap i observasjon, overvåking og behandling til å forebygge svikt i vitale funksjoner, forebygge komplikasjoner, redusere stress og lindre lidelse, smerte og ubehag, behandle og rehabilitere. Studentene skal kunne observere, vurdere og identifisere pasientens generelle og spesielle behov, ressurser og problemer gjennom kommunikasjon og

samhandling med pasienten og deres pårørende. De skal observere, vurdere, planlegge og evaluere tiltak til intensivpasienten og utøve helhetlig intensivsykepleie. Studentene skal kunne bedømme akutte pasientsituasjoner selvstendig, prioritere og handle raskt og forsvarlig slik at pasientens livsviktige funksjoner opprettholdes eller gjenopprettes. De skal kunne analysere, vise sammenhenger og integrere medisinske og naturvitenskapelige fag som grunnlag for faglig forsvarlig intensivsykepleie og til slutt ha utviklet yrkesidentitet som intensivsykepleiere gjennom en reflekterende holdning til intensivsykepleierens rolle og funksjon. Hvordan kan vi da sammen tilrettelegge den kliniske praksisen til det beste for studentenes læring, slik at de har handlingskompetanse i praksis ved endt utdanning?

Videreutdanningen i intensivsykepleie endrer seg litt fra kull til kull. Kontaktsykepleierne og praksisfeltet har etterspurt et tettere samarbeid og mer innsikt i hva som forventes av studentene og av dem som kontaktsykepleiere og som praksisplass. I klinisk praksis møter videreutdanningsstudentene i intensivsykepleie dyktige fagsykepleiere, de aller fleste har lang yrkeserfaring, men få har lært seg gode refleksjonsverktøy og de er ikke eksperter på å veilede studenter. Intensivstudentene ønsker at kontaktsykepleierne i større grad hjelper dem til å reflektere i praksis. Både studentene og kontaktsykepleierne ønsker opplæring og oppfølging. Kontaktsykepleierne er ansvarlige for den daglige veiledningen i 15 uker. Det er lang tid og kontaktsykepleierne føler stort ansvar, samtidig har de fått lite oppfølging om veilederrolle.

Tema, mål og problemstilling for prosjektet

Prosjektet var et samarbeid mellom Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund (HSH), Avdeling for helsefag, videreutdanning i intensivsykepleie. Målet var å forbedre kliniske studier for intensivstudentene ved å styrke studentenes evne til refleksjon i praksis. **Studentene skulle ta i bruk og kunne håndtere både praktiske-, teoretiske- og generelle kunnskaper sammen med eget skjønn i utøvelsen av intensivsykepleie.** Ved å øke fokuset på refleksjon var formålet **å få studentene til å være følsomt til stede og bli faglig dyktige - at møtet mellom pasient og student blir optimalt.** Vi ønsket å ha undervisning for kontaktsykepleierne før studentene kom i praksis, slik at de hadde en felles forståelse av hva som ble forventet av dem, av studentene og hvordan vi sammen kunne tilrettelegge klinisk praksisen til det beste for studentenes læring.

Akutt kritisk syke pasienter er i en spesielt sårbar situasjon som fordrer ekstra varsomhet i omsorgen. Vi skal **gi** studentene kunnskaper og ferdigheter til å møte og utøve sykepleie i en

kritisk og livstruende fase. Det betyr å kunne gjennomføre ulike medisinske forordninger og tekniske prosedyrer. En skal samtidig ivareta pasientens og pårørendes generelle og spesielle behov i forbindelse med sykdom og behandling i høyteknologiske omgivelser. Studenten skal utvikle ferdigheter til å handle raskt, faglig og etisk forsvarlig i akutte situasjoner.

Vi ønsket å fokusere på god omsorg, holdningsbevissthet og hvordan vi kan innta gode væremåter, være følsomt til stede, slik at intensivstudentene klarer å observere de mest subtile tegn på forverring i pasientens tilstand. Refleksjon i og over praksis, det å knytte sammen teori og praksis var et viktig element og ikke minst refleksjon og praksisveiledning gjennom dagen. Vi ville at studentene skulle øve opp evne til å se små endringer hos pasienten og bli oppmerksomme på hva det kan være tegn på. Kontaktsykepleier skal gjøre studenten oppmerksom på hva hun ser, prøve å verbalisere den tause kunnskapen, det faglige skjønnet som ligger bak handlingene hun gjør.

Det vi gjorde noe med var å styrke informasjonen og undervisningen til studentene om arbeidsmåter med bruk av et refleksjonsverktøy (vi valgte Gibb (1988) sin modell for refleksjon, se vedlegg 1) som styrker studentenes evne til kontinuerlig refleksjon, ikke bare til og på fagmøtene. Vi hadde også fokus på kontaktsykepleiernes veiledningskompetanse for å styrke deres evne til å veilede studentene og vi var opptatt av ivaretagelse av kontaktsykepleierne.

Hovedmålet med praksisutviklingsprosjektet var å utvikle kvalitet i praksisstudier for studentene gjennom refleksjon, med fokus på refleksjon over og i praksis, for at de skulle utvikle handlingskompetanse, slik at de kunne bli gode profesjonsutøvere. Målet med å lære et refleksjonsverktøy, var at studenten kunne oppøve en måte å tenke og møte ulike praksissituasjoner på. De vil møte en kompleks og uforutsigbar praksis i sin yrkesutøvelse der evne til refleksjon vil være avgjørende for måten de håndterer situasjonene. Etter som refleksjonsprosessen blir en del av studentenes måte å tenke på, vil de selv kunne utvikle hensiktsmessige måter å reflektere på.

Delmål for prosjektet var å:

- a) Forankre prosjektet hos ledelsen og å informere medarbeidere
- b) Heve veiledningskompetansen og kunnskapen om refleksjon hos kontaktsykepleierne

- c) Opprette og videreutvikle informasjon og undervisning til studentene om arbeidsmåter med bruk av et refleksjonsverktøy (Gibb (1988) sin modell for refleksjon) som styrker studentenes evne til refleksjon i klinisk praksis
- d) Fokus på de daglige refleksjonene i klinisk praksis
- e) Økt fokus på den gode omsorgen, holdningsbevissthet og hvordan vi kan innta gode væremåter, være følsomt til stede, slik at intensivstudentene klarer å observere de mest subtile tegn på forverring i pasientens tilstand
- f) At kontaktsykepleier gjør studenten oppmerksom på hva hun ser, prøver å verbalisere den tause kunnskapen, det faglige skjønnet som ligger bak handlingene hun gjør

Om videreutdanning innen intensivsykepleie

Rammene i kliniske studier i videreutdanningen i intensivsykepleie¹⁶ slik de var når dette prosjektet ble gjennomført vil vi beskrive her.

Studiet gikk over tre semestre, totalt 60 uker. Kliniske studier var ulikt fordelt i semestrene med henholdsvis syv uker i første semester, åtte uker i andre semester og 15 uker i tredje semester. På dette kullet var det åtte intensivstudenter som var fordelt på intensiv- og hjerteintensiv avdeling med 15 uker på hver avdeling, så hver faglærer hadde ansvar for fire studenter om gangen.

Veiledning av kontaktsykepleier i kliniske studier

Hver student hadde en eller to kontaktsykepleiere på sitt hovedpraksissted. Krav til kontaktsykepleier var videreutdanning i sykepleie innen intensivsykepleie. Kontaktsykepleier hadde medansvar for å gi varierte læresituasjoner i tråd med rammeplanen, bidra til et positivt og støttende samarbeid mellom praksissted og student, og gi kontinuerlig evaluering og veiledning, og også bidra ved gjennomføring av dags-veilednings-/evalueringsskjema¹⁷.

¹⁶ Slik de står i Plan for kliniske studier for videreutdanningen i intensivsykepleie, Høgskolen Stord/Haugesund Kull 2011 - januar 2011 - juni 2012

¹⁷ Hver uke skal dags – veilednings-/evalueringsskjema (+ dagene studenten går med faglærer) fra en pasientsituasjon med evaluering av studenten gjennomføres. Studenten har ansvar for gjennomføringen, avtaler med kontaktsykepleier eller faglærer og velger ut pasient som student og veileder tar ansvar for.

Veiledning og evaluering tar utgangspunkt i kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

Utføres fortrinnsvis sammen med kontaktsykepleier eller faglærer.

Innen de to første ukene på hvert hovedpraksissted skulle studenten ta initiativ til begynnersamtale/forventningssamtale hvor student, kontaktsykepleier og faglærer deltar. Forventningssamtalen skulle kunne ut i en praksisavtale som skulle inneholde studentens personlige mål for perioden, vurderingstidspunkter og vaktplan.

Veiledning av faglærer i kliniske studier

Det blir gitt regelmessig veiledning med faglærer i praktiske studier. Faglærer setter opp plan for veiledningene. Veiledningen i de kliniske studiene innebærer deltagelse i kliniske situasjoner, veiledning, refleksjon og vurdering. Studenten skal ta utgangspunkt i ”sykepleieprosessen” og gi skriftlig presentasjon av pasienten, sin planlagte funksjon, kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

Skriftlige oppgaver ved ulike kliniske studier

Alle skriftlige oppgaver skal følge oppgave tekniske retningslinjer, bruk av forskningsbasert litteratur og selvstendig og kritisk analytisk tenkning. Skriftlige oppgaver ved intensiv og postoperativ seksjon, og medisinsk intensiv og kardiologisk seksjon består av:

Refleksjonsnotat med fokus på sykepleie studenten har utført eller observert, beskrivelse av en situasjon som har gjort inntrykk, beskrivelse av reaksjoner, tanker og følelser, refleksjoner i forhold til relevant teoretisk kunnskap, refleksjoner i forhold til eventuell tidligere erfaring og refleksjoner i forhold til læring. Refleksjonsnotatene skulle presenteres på fagmøter.

Skriftlige oppgaver ved Hjerteovervåkingen består av en individuell studieoppgave om medikamenter og et individuelt pasientcase med valgfritt fokus/tema fra hjerteovervåkingen som presenteres på fagmøter. *Skriftlige oppgaver ved Intensivenheten* består av to individuelle pasientcase/studieoppgaver med valgfritt fokus/tema fra intensivenheten som presenteres på fagmøter. *Studieoppgaver på Nyfødtenheten og Anestesienheten* består av en skriftlig individuell rapport fra nyfødtenheten og en fra anestesienheten hvor studentene skulle velge en pasientsituasjon fra praksis hvor de skulle ta utgangspunkt i pasientens problemer, mål og sykepleietiltak inkludert observasjoner. Det skulle redegjøres for behandling og sykepleietiltak. I tillegg skulle det reflekteres over handlinger og holdninger som var erfart i praksisperiodene.

Fagmøter skulle gjennomføres i praktiske studier ca annenhver uke. Faglærer skulle sette opp oversikt over tider og ansvarlige studenter. Fagmøtene skulle være studentenes forum hvor faglærer var til stede og komplimenterte fagstoff. Studentene skulle velge sykepleiefaglige tema. En skulle tilstrebe fremlegg av ulike pasientkategorier. Tema og disposisjon skulle godkjennes av faglærer i god tid før fremlegg. Det ble forventet at etiske og hygieniske spørsmål ble berørt i hver hovedpraksis.

Vurderingsordninger: Begynnersamtale med målsetting, dags- veiledning med evaluering, midtvurdering og sluttvurdering.

Gjennomføring av prosjektet

Her vil vi beskrive hvem prosjektet involverte, faser i gjennomføringen av prosjektet, selve arbeidsprosessen og valgene vi gjorde undervegs og hvilke utfordringer vi møtte.

Hvem prosjektet involverte

Prosjektet involverte fra videreutdanningene¹⁸ i anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie (AIO) ved HSH: 15 studenter henholdsvis tre anestesistudenter, åtte intensivstudenter som er fordelt på intensiv- og hjerteintensiv avdeling med 15 uker på hver avdeling, så hver faglærer har ansvar for fire studenter om gangen og fem operasjonsstudenter. Fire faglærere, en høyskolelektor, ledelse med studieleder og dekan. Prosjektledergruppen¹⁹ bestod av Anne Marit Skogheim, studentansvarlig intensivsykepleier på intensiv-/overvåkningsenhet ved Haugesund sjukehus og Ingrid Lindaas, faglærer og høyskolelektor ved HSH.

Prosjektet involverte fra Helse Fonna: kirurgisk intensiv/overvåknings post primært (men inkluderte og hjerteovervåknings, anestesi- og operasjonsavdeling) ved Haugesund sjukehus, 30 - 40 kontaktsykepleiere fra respektive avdelinger, andre sykepleiere i avdelingene,

¹⁸ Vi søkte i utgangspunktet om et prosjekt for intensivstudentene, men vi ville at det skulle komme alle studentene til gode, så alle anestesi-, intensiv- og operasjonsstudentene, kontaktsykepleierne og faglærerne har fått mulighet til å delta på den samme informasjonen og undervisningen, men den direkte oppfølgingen i praksis har bare vært på intensiv posten fra Anne Marit Skogheim og Ingrid Lindaas sin side.

¹⁹ Ingrid Lindaas har hatt ansvar for oppfølgingen av 4 intensivstudenter i 15 uker og nye 4 intensivstudenter i nye 15 uker og har hovedansvaret for kontaktsykepleierne til disse studentene. Tilsvarende for en faglærer med hovedansvar for studentene på hjerteovervåkning/medisinsk intensiv enhet og deres kontaktsykepleiere. (Faglærerne for anestesi- og operasjonsstudentene har henholdsvis 3 og 5 studenter og deres kontaktsykepleiere i 30 uker.) Anne Marit Skogheim og Ingrid Lindaas har vært ansvarlig for samlingene med kontaktsykepleierne og av evalueringene de gjorde, og de tiltakene vi satte inn utover den mer studentretta kontakten og under forventningssamtaler, midt- og sluttevalueringer. Hun var også ansvarlig for undervisningen alle studentene, kontaktsykepleierne og faglærerne fikk om refleksjon over og i praksis og av evalueringene de gjorde.

studentansvarlig sykepleier, seksjonsleder, funksjonsleder, pasienter og pårørende mer indirekte. Studentansvarlig sykepleier var daglig kontakt for kontaktsykepleierne. I dette prosjektet var kontaktsykepleierne til intensivstudentene sentrale. Deres veiledningskompetanse skulle også styrkes for å kunne hjelpe og legge til rette for studentens læring i kliniske studier, slik at studentene kunne bli reflekterte yrkesutøvere.

Faser i gjennomføringen av prosjektet

Gjennomføringen av prosjektet våren 2011

Oppstart for prosjektet var i april 2011²⁰. Studentene på dette kullet gikk ut i sin første periode i kliniske studier i mai 2011 og var ferdige intensivsykepleiere i juni 2012. Det var ønskelig at prosjektet skulle gå over to kull, altså til desember i 2013²¹.

Gjennomføringen av prosjektet har vært tredelt med oppfølging både av studenter, kontaktsykepleiere og faglærere.

Vi hadde undervisning for alle studentene i april 2011, før de startet i kliniske studier. Hvor omsorg, etikk samt veiledning og refleksjon over og i praksis hadde hovedfokus, og vektlagt og framlagt på en ny måte, plan for kliniske studier, studiekraav studentene har i kliniske studier, mål for praksisperioden, studieplan og emneplaner, dagsevaluering-/veiledningsskjema, evalueringer med begynnersamtale, midtvurderinger og sluttvurdering etc. ble også gjennomgått som sedvanlig, slik at studentene hadde en felles forståelse av hva som ble forventet av dem og av kontaktsykepleierne. Vi drøftet med studentene hvordan vi sammen kunne tilrettelegge den kliniske praksisen til det beste for deres læring.

Kontaktsykepleierne ble fulgt opp gjennom hele studiet, med undervisning om refleksjon og veiledning i klinisk praksis som det nye. Kontaktsykepleierne fikk informasjon om planen for kliniske studier, studieoversikt over teori og klinisk praksis, studiekraav studentene hadde i kliniske studier, hva studentene hadde fått undervisning om, mål for praksisperioden, studieplan og emneplaner, dagsevaluering-/veiledningsskjema, evalueringer med begynnersamtale, midtvurderinger og sluttvurdering etc. ble gjennomgått på en grundigere måte enn tidligere, i april 2011. Vi la fram studentenes ønsker. Vi prosjektledere og faglærere

²⁰ Offisiell oppstart var høsten 2011, men da studentene startet i kliniske studier i april ønsket vi å starte da selv om prosjektet ikke var godkjent.

²¹ Det ble ikke kull med studenter høsten 2012, så derfor avsluttet selve prosjektet i denne omgang i juni 2012 med rapportskriving høsten 2012.

drøftet så med kontaktsykepleierne hvordan vi sammen kunne tilrettelegge den kliniske praksisen til det beste for studentenes læring. Vi hadde gjort oss en del tanker på forhånd om hva vi ville gjøre, men vi ønsket at det skulle være et felles prosjekt som studentene, kontaktsykepleierne og faglærerne skulle få forme i sterk grad etter deres ønsker og behov, derfor var alle evalueringene og diskusjonene underveis viktige i forhold til valgene av hva vi gjorde videre. Det kom fram at både studenter og kontaktsykepleiere ønsket enda mer undervisning om refleksjon etter at de hadde prøvd det litt selv de første 7 ukene i klinisk praksis. Vi bestemte da at vi skulle ha en temadag med et nytt møte i september 2011, før neste periode for studentene i kliniske studier hvor de fikk ressursforelesing om refleksjon.

Gjennomføringen av prosjektet høsten 2011

Fagdag om refleksjon i september 2011:

Vi delte dagen i tre bolker, den første med studenter og faglærere, selve ressursforelesingen som var for både studenter, kontaktsykepleiere og faglærere for så å ha en del med kontaktsykepleierne og faglærerne. Vi valgte å dele det slik for at det skulle være lettere både for studenter og kontaktsykepleiere å si sin mening om hva som var utfordrene og hva som gikk greit.

Vi startet dagen med undervisning for studentene om prosjektet: Kvalitet i praksisstudier - gjennom refleksjon og hvordan de syntes det gikk. Studentene fikk utdelt og forklart en del spørsmål som de kunne benytte som et arbeidsredskap eller hjelpemiddel når de skulle reflektere muntlig eller skriftlig. Studentene evaluerte så opplegget; skriftlig som de leverte inn etterpå, så muntlig, de valgte selv hvilke tanker de ville dele med de andre. Hvor studentene gav tilbakemelding blant annet på hva de fikk til eller syntes var enkelt når de skulle reflektere, hva som var utfordrende eller vanskelig med refleksjon, hva de trengte hjelp til av kontaktsykepleierne / faglærerne for å øke fokus på refleksjon, når de syntes det var enklest å sette av tid til refleksjon og hva som hindret dem i å reflektere i og over praksis. De la det deretter fram for sine medstudenter og oss faglærere det de ønsket å dele. Videre hadde vi diskusjon / evaluering av hva de ønsket av forbedringer fra faglærerne, kontaktsykepleierne og praksisfelt og hva de selv kunne gjøre noe med.

Så hadde vi ressursforelesing for studentene, kontaktsykepleierne og faglærerne i videreutdanningene AIO med tema: Sykepleierefleksjon – refleksjon over og i praksis.

Deretter hadde vi møte med kontaktskykepleierne om prosjektet og utvekslet erfaringer med å veilede studentene i praksis. Kontaktskykepleierne og faglærerne fikk utdelt og forklart en del spørsmål som de kunne benytte som et arbeidsredskap eller hjelpemiddel når de skulle hjelpe studentene til å reflektere muntlig eller skriftlig. De evaluerte så opplegget; skriftlig som de leverte inn etterpå, så muntlig, de valgte selv hvilke tanker de ville dele med de andre. Hvor kontaktskykepleierne gav tilbakemelding blant annet på hva de fikk til, hva de syntes var enkelt når de skulle veilede studentene. Hva som var utfordrende eller vanskelig i veiledningen av studentene. Hva de trengte hjelp til i veiledningen av studentene. Når det var enklest å sette av tid til refleksjon. Hva som hindret dem i å reflektere i og over praksis med studentene. De la det deretter fram for hverandre og oss faglærere det de ønsket å dele. Vi la så fram det studentene mente var viktig å få formidlet til kontaktskykepleierne. Videre hadde vi diskusjon / evaluering av hva de ønsket av forbedringer fra faglærerne og studentene, og hva de selv kunne gjøre noe med.

Vi reviderte prosjektplanen i september 2011 ut i fra evalueringene og diskusjon med studenter, kontaktskykepleiere og faglærere.

Vi prosjektledere informerte på avdelingsmøte på intensiv om prosjektet. Vi prøvde å innarbeide en refleksjonskultur med økt fokus på refleksjon og veiledning i intensiv- hjerte-, anestesi- og operasjonsavdelingene både hos studenter, kontaktskykepleiere og faglærerne, høsten 2011.

Det ble inngått en forpliktende avtale mellom studentene, kontaktskykepleierne og faglærerne i videreutdanningene i anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie om å sette opp ukeplan for de neste 8 praksisukene og ha samtale om planen for å nå målene mellom student, kontaktskykepleier og faglærer. De skulle sette av tid til refleksjon daglig.

Dagsevalueringsskjemaet skulle vise større grad av refleksjon, det kunne hvis ønskelig byttes ut med et refleksjonsnotat. Det ble satt av tid til en refleksjonssamtale mellom student, kontaktskykepleier og faglærer, der student og kontaktskykepleier valgte i sammen en pasientsituasjon som hadde gjort inntrykk på dem og eller vært ekstra utfordrende. Videre var det oppfølging av faglærerne i videreutdanningene i anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie i forhold til prosjektet og veiledningen til studentene og sporing til refleksjon på alle lærermøtene. Det var oppfølging av kontaktskykepleierne i forhold til prosjektet og veiledningen til studentene og sporing til refleksjon alle praksisukene. Det var

oppfølging av studentene i forhold til prosjektet med hovedfokus på refleksjon i og over praksis på alle fagmøtene²².

Videre hadde vi oppfølging av kontaktsykepleierne, faglærerne etter andre periode med kliniske studier, hvor de gav tilbakemelding på hva de fikk til, hva som var utfordrende eller vanskelig og hva de eventuelt trengte ytterligere hjelp til i veiledningen av studentene videre. Hvordan økt fokus på refleksjon hadde påvirket studentenes læring i kliniske studier. Videre hadde vi også oppfølging av studentene etter andre periode med kliniske studier i januar, hvor de fikk gitt tilbakemelding på hva de fikk til, hva som var utfordrende eller vanskelig og hva de eventuelt trengte ytterligere hjelp til i refleksjonsarbeidet videre i siste praksisperiode. Og hvordan økt fokus på refleksjon hadde påvirket deres læring i kliniske studier så langt.

Gjennomføringen av prosjektet våren 2012

Vi hadde ny undervisning og informasjon til nye kontaktsykepleiere ved hjerteovervåkningen og kirurgisk intensiv/overvåknings post. Videre hadde vi ny ressursforelesing om refleksjon både for studenter og kontaktsykepleiere. Av praktiske årsaker med tanke på når vi fikk det inn på timeplanen for studentene og når det passet best for flest mulig av kontaktsykepleierne hadde vi det vær for seg. Fokus på forelesingen var gjort på bakgrunn av tilbakemeldinger så langt. De fikk undervisning om bruken av Gibb (1988) sin refleksjonsmodell slik at faglærerne og kontaktsykepleierne har bedre redskap til å hjelpe studentene til refleksjon / reflektere med studentene. For studentene er det nye at de skal bruke Gibb sin refleksjonsmodell i refleksjonsnotatene de leverer hver uke og til fagmøtene. Økt fokus på refleksjon i kliniske studier generelt og i alle situasjoner studentene er oppe i.

Ingrid fulgte opp faglærerne AIO i videreutdanningen i forhold til prosjektet og veiledningen til studentene og sporing til refleksjon på alle lærermøtene.

Vi fulgte opp kontaktsykepleierne i forhold til prosjektet og veiledningen til studentene og sporing til refleksjon. Vi hadde ny ressursforelesing/møte i april for kontaktsykepleierne om refleksjon og samtale/diskusjon om hvordan hjelpe studentene til refleksjon over og i praksis. De gav også tilbakemelding på hva de får til, hva som er vanskelig og hva de eventuelt trenger hjelp til i veiledningen av studentene videre. Da fikk de også mulighet til å komme de kontaktsykepleierne som ikke hadde anledning i januar. Videre fulgte Ingrid opp studentene i forhold til prosjektet med hovedfokus på refleksjon i og over praksis på alle fagmøtene.

²² Jeg valgte å ha fagmøte hver uke for studentene i kliniske studier for å klare å ha den nære oppfølgingen.

Studentansvarlig sykepleier Marit Skogheim hadde hovedansvaret for den daglige kontakten med kontaktsykepleierne.

Erfaringer

Studenter og kontaktsykepleiere evaluerte opplegget fortløpende under hver samling og når dette kullet var ferdig i kliniske studier i juni 2012. Ut i fra kontaktsykepleiernes tilbakemelding på hva de fikk til, hva som var utfordrende eller vanskelig og hva de eventuelt trengte ytterligere hjelp til i veiledningen av studentene videre og hvordan økt fokus på refleksjon hadde påvirket studentenes læring i kliniske studier. Og ut i fra studentenes tilbakemelding på hva de fikk til, hva som var utfordrende eller vanskelig og hva de eventuelt trenger ytterligere hjelp til i refleksjonsarbeidet videre og hvordan økt fokus på refleksjon hadde påvirket deres læring i kliniske studier. Planla vi og reviderte framdriftsplanen etter hvilke ønsker og behov studenter og kontaktsykepleiere hadde.

Erfaringer fra våren 2011

Etter den første informasjonen og undervisningen i april 2011. Fikk vi ikke så mange tilbakemeldinger fra studentene, men de opplevde å få en felles forståelse av hva som ble forventet av dem og av kontaktsykepleierne. De syntes det var overveldende, mange ting de skulle forholde seg til, store krav faglig, nye ukjente avdelinger, ukjente folk i avdelingene og kontaktsykepleiere. Studentene visste ikke så mye om hva de ønsket seg fra praksisfeltet og kontaktsykepleierne og faglærerne og alle studiekravene og refleksjonsnotatene de skulle skrive. De fleste studentene både gledet og gruet seg til å ta fatt på en spennende, men krevende praksis. Vi drøftet med studentene hvordan vi sammen kunne tilrettelegge den kliniske praksisen til det beste for deres læring. De var fortsatt nølende, men håpet at praksisfeltet og kontaktsykepleierne og faglærerne ikke krevde for mye av dem i starten, at de fikk lov å være nye og helst ha en progresjon fra de lettere oppgavene til mer avanserte og komplekse oppgaver. Etter informasjonen og undervisningen i april 2011 til kontaktsykepleierne gav de tilbakemelding på at de satte pris på et tettere samarbeid med oss fra høyskolen og få mer innsikt i hva studiet innebar og hva som forventes av studentene og av dem som kontaktsykepleiere og som praksisplass. Vi la fram studentenes ønsker. Vi drøftet deretter med kontaktsykepleierne hvordan vi sammen kunne tilrettelegge den kliniske praksisen til det beste for studentenes læring. Kontaktsykepleierne opplevde å bli sett og hørt og at det å være med å bestemme eller tilrettelegge i fellesskap studentenes læring i klinisk praksis også ansvarligjorde eller forpliktet dem i større grad.

Da vi spurte studentene og kontaktsykepleierne om hvordan det gikk med refleksjonen i og etter praksis var det flere både studenter og kontaktsykepleiere som opplevde det som utfordrende i den praktiske hverdagen. Det kom fram at både studenter og kontaktsykepleiere ønsket enda mer undervisning om refleksjon etter at de hadde prøvd det litt selv de første ukene i klinisk praksis. Vi bestemte da at vi skulle ha en temadag med et nytt møte i september 2011, før neste periode for studentene i kliniske studier hvor de fikk ressursforelesing om refleksjon.

Erfaringer fra høsten 2011

Når kontaktsykepleierne ble spurt hva de fikk til, hva de syntes var enkelt når de skulle veilede studentene svarte de at praktiske ting som hva studentene konkret skulle gjøre var noe de behersket godt. Det som var utfordrende eller vanskelig i veiledningen av studentene var å få inn teoretiske begrunnelser for hvorfor de gjorde prosedyrer og tiltak overfor pasientene slik de gjorde. Det kontaktsykepleierne trengte hjelp til i veiledningen av studentene var blant annet å få en bedre forståelse av hvordan veilede. Når de syntes det var enklest å sette av tid til refleksjon avhang av pasientsituasjonen, om det var en intensivpasient eller mange postoperative pasienter. Det som hindret dem i å reflektere i og over praksis med studentene var stort sett mangel på tid og krav om effektivitet, spesielt når de hadde veldig dårlige pasienter eller mange pasienter.

Studentene gav tilbakemelding på at det de fikk til eller syntes var enkelt var når det var lettere pasientsituasjoner de skulle reflektere over, de syntes det var lett å beskrive hva som faktisk skjedde. Det som var utfordrende eller vanskelig med refleksjon var når pasientsituasjonene var utfordrende med veldig dårlige pasienter med mange sykepleietiltak de klarte ikke å se hva som var viktigst for pasienten, det ble for overveldende nå i starten av praksisperioden, de syntes også det var vanskelig å sette ord på følelsene sine og de syntes mangel på tid kunne være utfordrende. Hva studentene trengte hjelp til av kontaktsykepleierne / faglærerne for å øke fokus på refleksjon varierte, noe av det de trakk fram var at de trengte hjelp til å forstå hva som kan skje med pasientene, de ønsket å dra nytte av kontaktsykepleierens kunnskaper og erfaringer for å kunne være i forkant av situasjoner og vite hvordan og når de skulle handle raskt. De poengterte også viktigheten av at veileder og lærer gav dem trygghet og en følelse av mestring, det ville lette refleksjonen. Studentene syntes det var enklest å sette av tid til refleksjon på slutten av dagen. Noe som hindret

studentene i å reflektere i og over praksis var utrygghet, dårlig bemanning, travelhet eller mangel på kunnskap om prosedyrer eller behandling.

Samtale om ukeplanen for å nå målene mellom student, kontaktsykepleier og faglærer gjorde at studentene ble mer bevisste på hva de trengte mer trening i for å nå sine mål og for noen var det helt avgjørende for at de skulle klare å bestå denne praksisperioden.

Refleksjonssamtalen mellom hver enkelt student, deres kontaktsykepleier og faglærer, der student og kontaktsykepleier valgte i sammen en pasientsituasjon som hadde gjort inntrykk på dem og eller vært ekstra utfordrende, var veldig nyttig. Det kom opp ting både som kontaktsykepleier og student hadde opplevd som utfordrende, de utfylte hverandre og begge parter opplevde at de fikk en økt forståelse for situasjonen og at tilsvarende situasjoner ville være noe enklere å takle i framtiden. Det som overrasket meg var at behovet for denne refleksjonssamtalen kanskje virket størst fra kontaktsykepleierne sin side og at de brukte mye av tiden på egne opplevelser og beskrivelser. Kanskje det er fordi at studentene har muligheter for å ta slike situasjoner opp på fagmøter, mens kontaktsykepleierne ikke har noe fora for veiledning.

Erfaringer fra våren 2012

Da intensivstudentene byttet praksisplass fra intensiv til hjerteovervåkning eller motsatt og de fikk nye kontaktsykepleiere, hadde vi ny undervisning og informasjon til de nye kontaktsykepleiere ved hjerteovervåkingen og kirurgisk intensiv/overvåknings post i januar, tilsvarende den vi hadde i april 2011. Også disse kontaktsykepleierne gav tilbakemelding på at de satte pris på et tettere samarbeid med oss fra høyskolen og få mer innsikt i hva studiet innebar og hva som forventes av studentene og av dem som kontaktsykepleiere og som praksisplass. Vi la fram studentene sine ønsker for denne siste praksisen og deres behov for veiledning og hjelp til refleksjon. I hovedsak gikk det ut på at studentene ønsket åpenhet for refleksjon med flere åpne spørsmål om hvorfor vi gjør som vi gjør og at det blir diskusjon over hvordan ting gjøres og hvorfor endringer (for eksempel lav Natrium eller lav pH) skjer hos pasienten, bedre tid til refleksjon, reflekterte, åpne og engasjerte kontaktsykepleiere. Vi drøftet deretter med kontaktsykepleierne hvordan vi sammen kunne tilrettelegge den kliniske praksisen til det beste for studentenes læring. Kontaktsykepleierne opplevde å bli sett og hørt og at det å være med å bestemme eller tilrettelegge i fellesskap studentenes læring i klinisk

praksis også disse kontaktsykepleierne poengterte at det også ansvarligjorde eller forpliktet dem i større grad.

Videre hadde vi ny ressursforelesing om refleksjon både for studenter og kontaktsykepleiere. Fokus på forelesingen var gjort på bakgrunn av tilbakemeldinger så langt at det kunne være lettere for studentene, faglærerne og kontaktsykepleierne å reflektere når de hadde et bedre redskap å bruke og også på bakgrunn av at våre veiledere mente at en refleksjonsmodell ville hjelpe dem. De fikk derfor undervisning om bruken av Gibb (1988) sin refleksjonsmodell slik at faglærerne og kontaktsykepleierne har bedre redskap til å hjelpe studentene til refleksjon / reflektere med studentene. Kontaktsykepleierne gav tilbakemelding på at Gibb sin refleksjonsmodell var visuell og lett å forstå. For studentene var det nye at de skulle bruke Gibb sin refleksjonsmodell i refleksjonsnotatene. Studentene gav tilbakemelding på at Gibb sin refleksjonsmodell var visuell, lett å forstå og grei å bruke. Ellers skulle studentene fortsatt ha økt fokus på refleksjon i kliniske studier generelt og i alle situasjoner studentene var oppe i.

Ingrid fulgte opp faglærerne i AIO i videreutdanningene i forhold til prosjektet og veiledningen til studentene og sporing til refleksjon på alle lærermøtene. Faglærerne syntes det var positivt å ha en arena for å diskutere hvordan de kunne være med å bedre tilretteleggelsen for refleksjon både ved å hjelpe kontaktsykepleierne og studentene. De poengterte også at det var positivt å ha en arena å diskutere hvordan en kunne tilrettelegge spesielt for sykepleiere som var kontaktsykepleiere for første gang og også for studenter som hadde utfordringer med å klare å komme i mål.

Vi fulgte opp kontaktsykepleierne i forhold til prosjektet og veiledningen til studentene og sporing til refleksjon. Vi hadde ny ressursforelesing/møte i april for kontaktsykepleierne om refleksjon og samtale/diskusjon om hvordan hjelpe studentene til refleksjon over og i praksis. Når kontaktsykepleierne ble spurt hva de fikk til, hva de syntes var enkelt når de skulle veilede studentene svarte de at det var enklest der de er mest kjent selv, konkrete prosedyrer, planlegge dagen og hvilke oppgaver studenten skal ha, interesserte målbevisste studenter som følger med og som har en plan for dagen. I tillegg vil gode læresituasjoner med stabile pasienter, ro på rommet og god tid hjalp til å gjøre det enklere å reflektere. Det som var utfordrende eller vanskelig i veiledningen av studentene var gjerne mest i forhold til studenter som sliter litt i praksis, når framgangen går seint. De syntes også det kunne være vanskelig å

vite når de eventuelt skulle ta kontakt med læreren. Det som også kunne være utfordrende var hvis de ikke hadde gått så mye med studenten, å vite hvor mye de kunne, de syntes da det var ekstra viktig at studenten selv sa hva hun behersker og hva hun trenger veiledning i da. Ellers syntes flere av kontaktsykepleierne at når de er vant til å gjøre ting selv og mye går på automatikk, kan det være utfordrende plutselig å stå og forklare ting, hva du gjør og hvorfor. Videre syntes de det kunne være vanskelig å få til en god veiledning når mye skjedde med pasienten og det var travelt, samtidig som de skulle være effektive. Det at de selv var usikre på prosedyrer og behandling fremhevet også noen kontaktsykepleiere som noe som vanskeliggjorde deres veiledning. Det kontaktsykepleierne trengte hjelp til i veiledningen av studentene var blant annet å få en bedre forståelse av hvordan veilede, de sa at dette ”kurset” hadde vært til stor hjelp for å se viktigheten av å reflektere og hvordan reflektere. Når de syntes det var enklest å sette av tid til refleksjon avhang av pasientsituasjonen, om det var en intensivpasient eller mange postoperative pasienter. Det som hindret dem i å reflektere i og over praksis med studentene var stort sett mangel på tid og krav om effektivitet, spesielt når de hadde veldig dårlige pasienter eller mange pasienter.

Vi fulgte opp studentene i forhold til prosjektet med hovedfokus på refleksjon i og over praksis på alle fagmøtene. Studentene gav uttrykk for at det var nyttig og positivt for deres læring, men at det var krevende. Etter hvert som våren gikk opplevde studentene et økende press med tanke på å nå alle målene, få nok og varierte læresituasjoner samtidig som mange oppgaver skulle gjøres. Studentene så da nytten av å planlegge alle dagene og ha gode ukeplaner for å komme i mål. Vår oppgave ble i enda større grad i sammen med kontaktsykepleier å gi dem trygghet, engasjere dem og motivere hver enkelt student til å være bevisste og målretta med tanke på å nå sine egne konkrete mål.

Samlet vurdering

Det vi lærte er at det er viktig at ikke vi som lærere og høyskolerepresentanter holder på med ”vårt” uten å la praksisfeltet ta del i det, vi må ta utgangspunkt i hver enkelt students behov, ressurser, ønsker og mål og spille på lag mot felles mål for tilrettelegging av hver enkelt students læring. For å kunne legge til rette for læring for at videreutdanningsstudentene og intensivsykepleiere i praksis kan bli trygge, samarbeidende og opptre profesjonelt i akutte situasjoner ved hjelp av refleksjon. Bør vi fremme et sterkere samarbeid mellom utdanning og praksisfelt gjennom opplæring, kompetanseutvikling og formidling av gode praksiserfaringer

for framtidige studenter og sykepleiere basert på kunnskapsbasert praksis og forskning på feltet.

Med tanke på at veiledningen av studentene som er i klinisk praksis ikke alltid er like lett å få til i en travel hverdag for kontaktsykepleieren og er minimal fra faglærerne var det viktig at vi **styrket, forbedret og hadde et økt fokus på** den veiledningen de fikk. Et viktig hjelpemiddel her er studentenes egen refleksjon. Prosjektet var og nyttig blant annet for å styrke veiledningskompetansen til kontaktsykepleiere og læringsmiljøet til studentene. Da det ble lagt til rette for og økt fokus på studentenes læring i kliniske studier. Ved å øke fokuset på refleksjon var formålet at studentene skulle vise skjønn og klokskap i handling. **Videre at studentene var følsomt til stede og var faglig dyktige - at møtet mellom pasient og student ble optimalt.** Og at vi skulle klare å heve nivået også til de ”flinke” studentene.

Det var **viktig å styrke studentenes evne til refleksjon i praksis. At studentene selv oppdaget hvordan de kunne** relatere tidligere kunnskap for å etablere ny forståelse og nye perspektiver og at de koblet teoretiske perspektiver til hverdagens kliniske erfaringer. Slik at studentenes læring kunne føre til en relativt varig atferdsendring, hvor de klarte å utøve skjønn og klokskap i handling.

Informasjonen om studiet gav studentene og kontaktsykepleierne en felles forståelse av hva som ble forventet av dem. Kontaktsykepleierne satte pris på et tettere samarbeid med oss fra høyskolen og få mer innsikt i hva studiet innebar og hva som forventes av studentene og av dem som kontaktsykepleiere og som praksisplass. Kontaktsykepleierne opplevde å bli sett og hørt og at det å være med å bestemme eller tilrettelegge i fellesskap studentenes læring i klinisk praksis også ansvarligjorde eller forpliktet dem i større grad. Refleksjonen i og etter praksis opplevde både studenter og kontaktsykepleiere som utfordrende i den praktiske hverdagen, de ønsket enda mer undervisning om refleksjon. Kontaktsykepleierne ønsket hjelp til veiledningen. Det som hindret dem i å reflektere i og over praksis med studentene var stort sett mangel på tid og krav om effektivitet. Det som var utfordrende eller vanskelig i veiledningen av studentene var gjerne mest i forhold til studenter som sliter litt i praksis, når framgangen går seint, de ikke kjenner studenten og hva hun/han kan. Når studenter og kontaktsykepleiere syntes det var enklest å sette av tid til refleksjon avhang av pasientsituasjonen, om det var en intensivpasient eller mange postoperative pasienter. Studentene poengterte viktigheten av at veileder og lærer gav dem trygghet og en følelse av

mestring, det ville lette refleksjonen. De ønsket åpenhet for refleksjon med flere åpne spørsmål om hvorfor vi gjør som vi gjør og at det blir diskusjon over hvordan ting gjøres og hvorfor endringer skjer hos pasienten, bedre tid til refleksjon, reflekterte, åpne og engasjerte kontaktsykepleiere.

Læreprosessen er viktig for at studentene skal kunne tilegne seg ny kunnskap. For å hjelpe studentene til å få med seg det som skal læres må vi gi ryddig utgreiing om det som skal læres. Veiledning og evaluering skjer i forhold til rammeplanens, studie- og emneplanens og studentens egne mål. Som utgangspunkt for veiledning i praksis må vi som kontaktsykepleiere og lærere skape trygghet og tillit til studentene, vi må engasjere dem og motivere hver enkelt student til å være bevisste og målretta med tanke på å nå sine egne konkrete mål. Under begynnersamtalen er det viktig at student, kontaktsykepleier og lærer blir kjent og at de klargjør forventninger til hverandre. Både studenter og kontaktsykepleiere gav uttrykk for at det var lettere å tilegne seg kunnskap, veilede, evaluere og reflektere når de kjente hverandre og arbeidet mot felles mål. Det var da også lettere for kontaktsykepleieren å hjelpe til slik at studenten fikk varierte læresituasjoner i tråd med rammeplanen, bidra til et positivt og støttende samarbeid mellom praksissted og student, og gi kontinuerlig evaluering og veiledning, og også bidra ved gjennomføring av dags-veilednings- /evalueringsskjema. Midtevalueringen hjalp til å konkretisere hvor langt i læreprosessen studenten var kommet og hva som var viktig å jobbe videre med for å nå målene. Vi erfarte at refleksjon i forbindelse med utførte tiltak overfor pasienter i praksis hadde en klart positiv effekt på læringsutbyttet, noe også både studenter og kontaktsykepleiere poengterte. Men for at det skulle få en positiv effekt på læringsutbyttet var det viktig at student og kontaktsykepleier gikk mye sammen og kjente hverandre godt, både lærere, kontaktsykepleiere og studenter trengte å oppleve at de ble sett og hørt og at de samarbeidet godt.

Det å få felles informasjon og teoretisk undervisning om refleksjon opplevde kontaktsykepleierne og studentene som nyttig. Kontaktsykepleierne og studentene gav tilbakemelding på at Gibb sin refleksjonsmodell var visuell, lett å forstå og grei å bruke for å fremme refleksjon. Både studenter, kontaktsykepleiere og lærere hadde utfordringer ved sporing til refleksjon, men lettere når alle hadde samme fokus og spilte på samme laget til det beste for studentenes læring. Faglærerne syntes det var positivt å ha en arena for å diskutere hvordan de kunne være med å bedre tilretteleggelsen for refleksjon både ved å hjelpe kontaktsykepleierne og studentene. Studentene lærer på ulike måter; de har ulike

læringsstrategier, som veiledere må vi være bevisst på hvilken læringsstrategi vi selv har og også bevisstgjøre studentene på hvilke måter de best lærer på. Hva vi gir studentene er ikke bare avhengig av hva som står i emneplanen og planene for gjennomføring, men også evnene og kunnskapene vi har som lærere ikke bare som fagpersoner men også som pedagoger, men ikke minst rammene vi får til å legge til rette for det vi mener er best for studentenes læring.

Konklusjon

Praksisutviklingsprosjektet har ført til et godt samarbeid mellom ulike aktører på HSH og Haugesund sjukehus og som igjen har hatt en klar positiv effekt på læringsutbyttet til intensivstudentene i kliniske studier.

Kontaktsykepleierne opplevde å bli sett og møtt på sine behov. De syntes det var veldig nyttig, spesielt de som var nye i sine roller. Møtene var en viktig arena for å ”luften” utfordringene de opplevde, spesielt siden ikke studentene var til stede.

Lærerne opplevde møtene som nyttige og at det gjorde samarbeidet med praksisfeltet og kontaktsykepleierne letter og bedre. Kliniske studier ble dermed i større grad et fellesprosjekt mellom studentene, kontaktsykepleierne og lærerne.

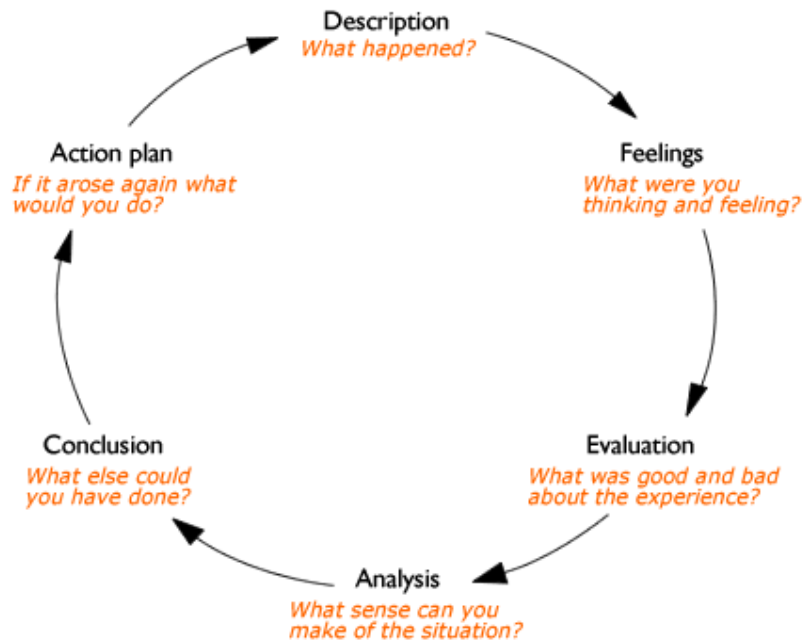
Studentene fikk utbytte av tryggere kontaktsykepleiere. Studentene fikk hjelp til sporing til refleksjon, kontaktsykepleierne utfordret studentene i større grad, noe studentene syntes var nyttig for egen læring. Studentene og kontaktsykepleierne var i større grad samkjørte mot felles mål.

Vi trenger derfor midler og tid til å videreføre tilsvarende opplegg for neste kull, for å hjelpe studenten til å ta i bruk og kunne håndtere både praktiske-, teoretiske- og generelle kunnskaper sammen med skjønn i utøvelsen av intensivsykepleien. Det blir fortsatt **viktig å styrke nye studenter sin evne til refleksjon i praksis, slik at studentene selv oppdager hvordan de kan** relatere tidligere kunnskap for å etablere ny forståelse og nye perspektiver og at de kan koble teoretiske perspektiver til hverdagens kliniske erfaringer. Vi må fortsatt ha fokus på integrasjonen mellom teoretisk og praktisk kunnskap i kliniske studier til intensivstudentene, for at de skal utvikle handlingskompetanse, slik at de kan bli gode profesjonsutøvere.

Referanser

- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen: nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe
- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. *Sykepleien Forskning*, 4(3):216-220
- Gibb, G. (1988) *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit. Oxford Polytechnic: Oxford. Read more:
http://distributedresearch.net/wiki/index.php/Gibbs_reflective_Cycle#ixzz1wvBoJdpq
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I *Profesjonsstudier*. Molander, A. & Terum, L. I. (red.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hiim, H. og Hippe, E. (2009) *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere.*, 3. utg. Oslo : Gyldendal akademisk forlag. - ISBN 978-82-05-39163-5, h.
- Johannessen, K.S. (2009) Praktiske kunnskaper og epistemologiens arroganse. I Måseide, A. og Skirbekk, G. (red.) *Filosofi i vår tid. Festskrift til Jon Hellesnes*. Oslo: Det norske Samlag.
- Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utgave av 1989 utgaven). Otta, Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utgave av 1993 utgaven). Otta, Oslo: Universitetsforlaget.
- Schön, D. A. (1983) *The Reflective Practitioner - How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (2006) *Den reflekterende praktiker. Hvordan profesjonelle tenker når de arbeider*. 1. utgave, 3. opplag. Århus: Forlaget Klim
- Sen, B. (2010). Reflective Writing: a management skill. *Library management*. (1/2): 79-93.
- Wittek, L. (2006). Om undervisning og læring. In H. I. Strømsø, K. H. Lycke & P. Lauvås (Eds.), *Når læring er det viktigste: undervisning i høyere utdanning* (pp. 250 s.). Oslo: Cappelen akademisk forlag

The reflective cycle (Gibbs 1988)



Gibbs G (1988) *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit. Oxford Polytechnic: Oxford.

Læringsopplegg innen orto-geriatri på kirurgisk avdeling, med fokus på ernæring og bedre pasientflyt for pasienter med lårhalsbrudd

Ida Asmussen, Ingrid Fagerland og Gunn Marit Bakken Koldal

Bakgrunn for prosjektet

Tema for dette praksisutviklingsprosjektet er å videreutvikle og forbedre sykepleien som tilbys til den orto-geriatriske pasient med lårhalsbrudd, innlagt på Kirurgisk midtblokk, Haugesund sykehus.

Utgangspunktet for praksisutviklingsprosjekter er å forbedre praktiske studier, skape gode læresituasjoner for studentene og å styrke kvaliteten på sykepleie. Prosjektet er et samarbeid mellom Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund (HSH), sykepleierutdanningen.

Ettersom sykepleie til øyeblikkelig-hjelp-pasienter og spesielt pasienter med lårhalsbrudd ikke har vært optimal, var det et ønske fra avdelingen sin side om å forbedre dette, både fra fagsykepleier og seksjonsleder/seksjonssykepleier sin side. I denne perioden ble det også planlagt fem orto-geriatriske senger i avdelingen hvor nyansatt geriater har spesielt fokus på pasientgruppen etter henvisning fra kirurg. Dette var sammenfallende og gunstig for prosjektets engasjement.

Det er ukentlig ca 2-10 øyeblikkelig-hjelp-pasienter som har tilknytning til seksjon for ortopedi, ved Kirurgisk midtblokk. Pasientene trenger et koordinerende system innen sykepleie og behandling, ikke minst pga at en stor andel av pasientene er eldre og har andre fysiske og mentale problemer. Sykepleierne i avdelingen bruker i dag mye tid og ressurser på å innhente opplysninger fra pasientene for å sørge for hjemmesykepleien, sykehjem eller andre ordninger i kommunen etter utskrivelse.

Forbedringspotensialet synes å være å få større grad av kontinuitet i sykepleien med blant annet primærsykepleie, datasamlingsguide, forbedre pasientflyten med å være ute i god tid

med å forberede til utskrivelse, utvikle enda bedre samarbeidsordninger innad i avdelingen og bedre ordninger rundt rutiner med oppgaver knyttet til bestillerkontorene.

Initiativtaker til å forbedre systemet har vært fagsykepleier og seksjonsleder ved Kirurgisk midtblokk.

Hensikt og mål med prosjektet

Som nevnt, var det et behov for bedre kontinuitet og omorganisering av sykepleien til pasienter med lårhalsbrudd, og økt fokus på forløpet til pasienten fra innleggelse til utskrivelse.

Målet med prosjektet var i utgangspunktet å forbedre pasientflyten, og å lage verktøy som forbedret og forenklet arbeidsdagen. Forbedring av rutiner som gjør oppholdet tryggere og mer forutsigbart for pasient og pårørende var sentralt, bestillingen var også å utarbeide en bedre mal for inkomstsamtale med pasientene og utarbeiding av en såkalt "utreisekonvolutt". Dette var viktige momenter prosjektet ønsket å ta tak i. Samtidig trengtes det å legge til rette for at studentene fikk større fokus på øyeblikkelig-hjelp-pasientene. Dette kunne gi studentene flere og gode læresituasjoner og større mulighet til å følge opp pasientene over lengre tid enn de hadde med elektive pasienter.

Hovedmålet for prosjektet var å

- videreutvikle og forbedre sykepleie til den orto-geriatriiske pasient med lårhalsbrudd, i både pre- og postoperativ fase
- bedre læresituasjoner for studenter
- bedre kontinuitet og pasientflyt for øyeblikkelig-hjelp-pasienter med lårhalsbrudd
- gjøre arbeidssituasjonen for de ansatte mer meningsfull, rasjonell og gi følelse av tilstedeværelse for både student og pasient.

For å nå hovedmålene ble det satt opp følgende delmål:

- utarbeide verktøy
- gjøre studentene medansvarlige for oppfølging av sykepleie til pasientgruppen ved bl.a. i samarbeid med kontaktsykepleiere informere ansatte om prosjektet, aktuelle gjøremål og forbedringer som skulle gjennomføres,

- samarbeide med fysioterapeut, det nye ”fallteamet” og med geriater, som er ansatt for de planlagte fem orto-geriatiske sengene i avdelingen

I et informasjonsskriv til ansatte om prosjektet ble det presisert at det var et ønskemål å

- Bedre rutiner og kontinuitet i avdelingen, for å gi bedre pasientflyt
- Gi bedre, flere og mer utfordrende læresituasjoner for studentene.
- Utarbeide arbeidsverktøy:
 - Veileder for inntakssamtalen
 - Infoskriv om
 - Opptrening
 - Brudd (FCF)
 - Ernæringsstatus
 - Vekt og høydemåling ved screening skjema
 - Utskrivingskonvolutt

Rammene prosjektet inngår i

Lovverket , reform og modell

Pasientrettighetsloven, hvor målet med loven er å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet er sentralt når vi ønsker å forbedre kvaliteten til øyeblikkelig-hjelp-pasienter med god flyt og gode rutiner.

Samhandlingsreformen krever at en endrer noen rutiner i sykehusene. Målet med samhandlingsreformen er å svare på pasientens behov for koordinerte tjenester, og svare på de store samfunnsøkonomiske utfordringene

Prosjektet kan tenkes som et viktig bidrag til Helsetorgmodellen hvor kirurgisk avdeling er representert. Helsetorgmodellen *Rett behandling på rett sted, til rett tid* peker på at HSH får en sentral rolle i innføring av samhandlingsreformen i Helse Fonna regionen. Det henvises til Utvikling av helsetjenesten som læringsarena og skal en lykkes med reformen blir det sentralt med tett samhandling, mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og høgskolen (Helsetorgmodellen, side 36). På erfaringskonferansen 27. april 2011 i regi av Helsetorgmodellen ble den geriatiske pasient presentert med temaene fallrisiko, ernæring og kognitiv svikt. Fokuset på denne pasientgruppen i Helsetorgmodellen inspirerer oss også. I tillegg kjenner vi til det nyopprettede Fallteamet, et samarbeidsprosjekt i regi av Helse Vest,

der sykehusene Helse Fonna, Haraldsplass Diakonale sykehus og Helse Bergen er involvert. At studenter i sykepleierutdanningen får kjennskap til og kan være knyttet til disse oppgavene, ser vi som utviklende. Dette nevnes for å belyse at vårt tenkte prosjekt er i sammenheng med andre nærliggende tiltak.

1. april 2011 ble det ansatt geriater som er tilknyttet de fem orto-geriatiske sengene ved avdelingen. Legen er nær samarbeidspartner for både sykepleiere og studenter. Ordningen med geriater er ny, og fokuset på den orto-geriatiske pasient som avdelingen skulle ha fremover passet godt å kombinere med prosjektet.

Om ernæring

Haugan (2010) skriver i sin artikkel at det er viktig at helsepersonell fokuserer mer på ernæring på sykehuset, ettersom fokus på å gi pasienter som er innlagt på sykehus god og riktig ernæring vil føre til redusert liggetid, redusere komplikasjoner, redusere infeksjoner, gi redusert dødelighet og vil også derfor bidra til å gi pasienten et bedre opphold og følelse av å ha det bedre.

Hervik og Nortvedt (2009) skriver i sin litteraturstudie om viktigheten av å ha fokus på riktig ernæring hos postoperative pasienter, da spesielt for pasienter som har blitt operert for lårhalsbrudd. Å få tilført de nødvendige næringsstoffene kroppen trenger er en viktig forutsetning for at pasienter som er operert for lårhalsbrudd skal kunne få en god rehabilitering. Forskningen viser at fokus på god protein- og næringsrik kost har stor betydning for den postoperative sårtilhelingen for pasienter med lårhalsbrudd, det vil også bidra til redusert komplikasjoner og redusert liggetid. Imidlertid sier de også at dette er et tema som må forskes mer grundig på, men at deres forskning viser til viktigheten av å øke fokus på sykehuset og at pasienter også trenger ernæringsveiledning for å kunne opprettholde en god ernæringsbalanse i etterkant.

En artikkel av Hansen (2001) viser at klare mål for ernæring og mobilisering postoperativt vil kunne gjøre pasienten mer motivert for å innta næring og hurtigere mobilisere seg. Skriftlige mål for egeninnsats, god informasjon om hvorfor det var viktig med næring og tidlig mobilisering og en opplevelse av støtte og engasjement fra personalet hadde innvirkning på pasientens vilje til å komme seg. Hesso (2003) sier at moderne behandling av sykdom i stigende grad innbefatter pasientens aktive medvirkning i behandling og rehabilitering. Den nyopererte skal ut av sengen tidlig, innta næring og ekstra proteintilskudd i form av

næringsdrikker og tilpasse seg avdelingens rutinger selv om lysten ikke er tilstede på grunn av tretthet, kvalme etc. Forutsetningen for dette er i følge Hesso (2003) at pasienten har fått både skriftlig og muntlig informasjon om avdelingens forventninger og krav til pasientmedvirkning samt kunnskap som gir forståelse for opplegget. Det forutsetter også at sykepleiere og leger selv har kunnskaper om blant annet klinisk ernæring for å kunne være en rådgiver og motivator for pasienten.

Studentene i prosjektet

Studentene i de tre praksisperiodene som er fra januar til juni 2012, à 8 uker, har deltatt aktivt, og det er lagt til rette for at de kan ha fokus på ernæring og bedre pasientflyt for pasienter med lårhalsbrudd fra første dag i praksis.

I prosjektet har sykepleierstudentene vært sentrale i arbeidet med inkomstsamtaler, ernæringscreening og aktuelle tiltak som skulle følges opp. De har også hatt en unik mulighet til å få innblikk i hvordan samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten fungerer. Hvordan samhandlingen på tvers av avdelinger innen helseforetak og mellom ulike forvaltningsnivå kan bli til det beste for pasienten.

Læresituasjoner for studentene ble forbedret ved at det ble lagt til rette for at de fikk delta aktivt i arbeidet. Studentene ble en ressurs i arbeidet med å forbedre sykepleien, dette ble utført ved systematikk og planer i prosjektets utvikling.

I praksisprosjektet ville vi sikre at 4 - 8 studenter i hver praksisperiode i prosjektiden ville få delaktighet i helhetlig sykepleie til pasienter med lårhalsbrudd. Målet var at studentene deltok aktivt i prosjektet med planlegging, gjennomføring og evaluering. Pasientgrunnlaget var stort og behovet for bedre flyt og pasientsentrert sykepleie var til stede for pasientgruppen.

Prosjektdeltakere

Fra høgskolen involverer prosjektet fra fire til åtte studenter i hver praksisperiode, en lærer, ledelse med studieleder og dekan. Fra Haugesund sjukehus, Kirurgisk midtblokk, ortopedisk seksjon involverer prosjektet seksjonssykepleier, fagsykepleier, kontaktsykepleiere, andre sykepleiere og hjelpepleiere i avdelingen, studentansvarlig sykepleier, nyansatt geriater, pasienter og pårørende. Prosjektgruppen har bestått av fagsykepleier Ingrid Fagerland, kontaktsykepleier Ida Asmussen og høgskolelektor Gunn Marit Bakken Koldal.

Ressurssykepleier i prosjektet var Solveig Stensland. 19 studenter fordelt på tre praksisperioder har deltatt i prosjektet, som ble gjennomført våren 2012.

Ressurser

Høgskolen Stord/Haugesund bidrog med praksisutviklingsmidler for å gjennomføre prosjektet, det ble tildelt kr 20.000,- til sykepleierne i prosjektet og kr 5000,- til driftsmidler og 20 % tid for lærer til å delta. Lærer ble langtidssykemeldt og har kun deltatt i 10 % av det som var planlagt. Haugesund sykehus, Kirurgisk midtblokk har bidratt med samme sum som HSH, foruten driftsmidler. Seksjonsleder og seksjonssykepleier har godkjent prosessen og har vært med å tilrettelegge.

Uten prosjektmidler ville det vært problematisk for deltakerne å møtes til planleggings-, vedlikeholds- og evalueringsmøter. Midlene ble også brukt til å dekke utgifter til vikarer de gangene det ble arrangert prosjektsamlinger.

Driftsmidlene har vært et motiverende beløp for å gjøre prosjektarbeidet enda mer meningsfullt enn det kunne ha blitt. Midlene har gitt prosjektgruppen rom til å ordne og bestemme enkle, men viktige tiltak i prosjektet som enkel servering og innkjøp av gevinster til to loddtrekninger som ble gjennomført. Planer for to av prosjektdeltakerne om å hospitere på aktuell praksisplass for å få innspill og næring til prosjektet, ble lagt på vent, men tanken var å bruke resten av driftsmidlene til det formålet. Dette ble ikke gjennomført.

Tidsrammer

Oppstart var tenkt september 2011, men på grunn av sykemeldinger ble prosjektet først startet opp januar 2012. Målet var at prosjektet gikk over i drift etter ca to semestre, dette prosjektet fikk kun et semester til utprøving og en enkel fremdriftsplan er utarbeidet for høst 2012, uten driftsmidler.

Prosjektsamlinger med veileder på HSH

Prosjektgruppen har deltatt i samlinger tilrettelagt ved HSH hvert semester. Her har framdrift i prosjektet blitt lagt fram og sentrale felles spørsmål omkrings utviklingsprosjekter har vært tatt opp.

Gjennomføringen av prosjektet

Rammer

Prosjektet hadde oppstart september 2011 og formell avslutning juni 2012 når studentene avsluttet praksisperioden. Fremdriftsplanen tok utgangspunkt i konkrete oppgaver som skulle utføres, hvilket tidspunkt dette skulle foregå og hvem som har hatt hovedansvar for oppgaven.

Fremdriftsplanen hadde som mål at prosjektet skulle gå over i drift etter ca to semester, juni 2012, men aktiviteten høsten 2011 var veldig lav ettersom to i prosjektgruppen ble langtidssykemeldt. Aktiviteten har vært bra i prosjektet i to av tre praksisperioder på vårsemesteret 2012.

Det ble planlagt en større prosjektsamling i hver praksisperiode, det vil si hver åttende uke ble både prosjektgruppen, ressurspersonen, studentansvarlig sykepleier og studenter samlet en dag fra kl. 12-14. I første samlingen ble ernæringsfysiolog invitert til å ha en innledning om ernæringsrik kost hos pasienter som innlegges med FCF, og betydningen av individuell behandling. Det var også viktig for prosjektet å få kontakt med aktuelle personer vi kunne knytte oss til og som hadde god erfaring med det aktuelle fokuset. Vi så det nyttig å trekke andre inn i prosjektet av flere grunner. Prosjektet trengte å bli markedsført, vi trengte samarbeid med ulike aktører og vi trengte innspill for å vite at veien vi gikk var fornuftig. Å dra nytte av andres erfaringer ble viktig, både i startfasen av prosjektet, men også for å vedlikeholde motivasjonen.

Studentenes involvering

Syv studenter startet i praksisperiode 4 som er i 5 semester i utdanningen, høst 2011. Dette var første studentgruppen som vi forsiktig startet prosjekt med medio oktober. Avdelingen har plass til 36 pasienter og er delt inn i fire grupper, gruppe 1, 2 3 og 4. Pasienter med FCF blir hovedsakelig fordelt på tre av disse gruppene. Av syv studenter fikk seks av dem mulighet til å ha praktiske studier med fokus på pasientgruppen. Den ene studenten som skulle være på gruppe 4 deltok også i prosjektet, men for å gjøre det beste ut av hennes praksis valgte vi å ha fokus på kreftpasienter og ernæring.

Studenter i alle praksisperioder i 5. og 6. semester i utdanningen deltok på ordinær innføring om ernæring og betydningen i postoperativ fase. Etter hvert gav studentene selv informasjon til andre studenter og ansatte om tema. Første dag i praktiske studier ble kort informasjon om

prosjektet gitt av lærer. Andre dagen fikk de mer detaljert innføring av prosjektskykeleier, samtidig mottok de aktuell informasjonsmateriale om ernæring fra ernæringsfysiolog som det ble gitt mulighet til å lese i praksistiden. Ukentlige møtesamlinger ble tilstrebet, varigheten varierte fra korte samlinger til ca en time. Begge prosjektskykeleierne fra prosjektgruppen var ansvarlige, og det ble satt opp faste datoer. Studentene ble veiledet og det ble valgt ut aktuelle pasienter studentene kunne arbeide med. Et av temaene på møtesamlingene i starten av praksisperiodene var innføring, konkrete planer og om ernæring. Målet var at studenten skulle oppsøke pasienter med FCF, gjøre inntakssamtale med dem og screene spesielt på ernæring. I tillegg skulle studenten gjennomføre ulike skriftlige studiekrav og ble styrt til å ha fokus på pasientene med FCF ettersom de automatisk ble viktige deltakere i prosjektet i kraft av å være student på denne praksisplassen. Studentene var en del av ressursgruppen i avdelingen som bestod av faste personer mens det i hver ny praksisperiode kom nye studenter. Målet i løpet av praksisperiodene var å få følge minimum 1- 2 mulige pasienter med FCF.

Prosjektsamlinger med studenter

Før ankomst av nye studenter til avdelingen laget prosjektgruppen en plan for de åtte ukene studentene var i praksis. For hver uke var det satt opp tema og hvem fra prosjektgruppen som var ansvarlig for gruppesamlingen. I første møte med studentene i praksis informerte den ene prosjektskykeleieren om bakgrunnen for prosjektet, og hva vi forventet av studentene i prosjektet. De fikk utdelt planen for prosjektet for de neste 8 ukene.

I begynnelsen av hver praksisperiode fikk studentene en gjennomgang om hvorfor det var så viktig og fokusere på ernæring, hva det har og si for pasienter både i pre- og postoperativ fase at tiltak blir fulgt opp. Studentene ble informert om hvordan tiltak ble utført på kirurgisk midtblokk, og hvilke hjelpemidler som ble brukt. Matkortene ble presentert, og forskjellen på utfylte matkort som kan brukes for den enkelte pasient. En plansje med kostoversikt ble vist, og studentene ble i denne sammenheng oppfordret til å bruke dette aktivt med pasientene. I tillegg ble de oppfordret til å få oversikt/kartlegge pasientens ernæring ved innleggelse, viser til mal for inntakssamtalen (vedlegg nr 6).

Etter hvert som studentene hadde vært på avdelingen en stund, tok vi opp ulike utfordringer på de forskjellige gruppesamlingene, som f.eks. pasienter som er kvalme postoperativt og hvilke tiltak kan en sette i gang for at pasienten får i seg næring, det kan være pasienter som har vært inneliggende lenge og er matlei, eller eldre pasienter som spiser generelt lite for og

nevne noe. Under disse samlingene lot vi studentene ha ordet og tok opp det de ønsket ift. temaet som var satt opp for dagen, lot de selv komme med forslag til spørsmålene som ble tatt opp. Etter hvert kom prosjektskykeleier med innspill dersom studentene selv ikke så løsning på utfordringer som oppstod. Det varierte i stor grad hvor mye studentene selv kom med, og hvor ofte prosjektskykeleier måtte ta ordet og få studentene inn på rett spor.

Studentene møtte utfordringer ift. at de følte de var de eneste i perioder som veide pasienter, hvorfor skal studentene veie, når kontaktskykeleier og andre ansatte ikke veier, var en av undringene deres. Ved og sette fokus på veiing og ernæring, merket avdelingen etter hvert oppsving i antall pasienter som ble veid, og enkelte kontaktskykeleiere ble flinkere til og veie. Ved alle nye ting, så trenger man en innkjøringsperiode, og det ble studentene informert om.

Ernæringsfysiologen var med på en prosjektsamling i hver praksisperiode, dette var veldig positivt, og studentene gav gode tilbakemeldinger på det. Noen av studentene tok selv kontakt med ernæringsfysiolog for og få tips og tilbakemeldinger på tiltak som gjaldt enkelte pasienter.

Gjennomførte tiltak rettet mot pasienter

Måling av høyde og vekt på alle pasienter. Studenten har tatt initiativ til dette, og på slutten av praksisperioden opplevde studenter at også kontaktskykeleieren var mer opptatt av å gjennomføre den oppgaven. Studentene har vært en ressurs med å innføre den rutinen, men fortsatt er studenter de som tar mest initiativ til å sørge for at $h+v$ blir målt. Høyde og vekt har betydning for utregning av KMI, og betydning for anestesimedikamenter ved det kirurgiske inngrepet. Erfaringer var at noen pasienter ble veid, og noen ble glemt. I tillegg så en også at noen pasienter ble veid etter noen dager for å følge med om tiltakene om ernæringstett kost virker, dette var veldig positivt og studentene refererer til gode erfaringer med god oppfølging av pasienter. Selve vekten var lett tilgjengelig, den fantes både i ekspedisjonen og på rommet som brukes til journalopptak.

En av studentene erfarte at det kun var han som målte $h+v$ på den aktuelle gruppen, på hans vakter hadde han ikke observert andre pleiere som hadde gjennomført det tiltaket.

Servering av ernæringsshotter daglig. En kanne med konsentrert ernæringsdrikk ble bestilt fra kjøkkenet og administreres i forbindelse med medikamentrundene, kannen står på medikamenttrallen og pasientene tilbys en liten shot servert i et pent lite stetteglass

(engangsglass) med isbiter. Denne shotten var veldig smakfull, og ble populær blant pasientene, den ble etter hvert etterspurt. Innholdet i denne konsentrerte ernæringsdrikken er en frukt smoothie hvor blender blir brukt for oppmosing.

Shotten må ellers oppbevares kaldt i kjøleskapet. Studenter tok ansvar for bestilling for en hel uke om gangen. Alle pasientene ble tilbudt uansett innleggelsesdiagnose, selv om prosjektet hadde ekstra fokus på pasienter med FCF. Dette tiltaket var det en av studentene som hadde idèen til, derfor ble den oppkalt etter studentens navn, ”Patricioshotten”, med stor suksess.

Ønskekost var også et av tiltakene det ble satt mer fokus på, og sammenlignet med tidligere perioder fikk flere pasienter mulighet til å ønske seg mat som de spesielt likte, det ble bestilt på kjøkkenet og registrert på pasientens matkort. Pasienter som fikk dette tilbudet var i ernæringsmessig dårlig tilstand, eller at pasienter i postoperativ fase trengte ekstra for å få tilbake matlysten. Allerede i innkomstsamtalen ble ernæring tatt opp som tema, en snakket med pasienten, både om kartlegging og forslag til alternativer. Dette var forbedringer fra tidligere da ernæring ikke har vært berørt i samme grad. Matkortene fikk en hyppigere kontroll av personalet og det var sjeldnere at ”normal kost” ble bestillingen til kjøkkenet, i denne perioden ble bestillingen i større grad ernæringstett kost, proteinrik kost og ønskekost. På slutten av praksisperioden fremførtes et studiekrav for personalet hvor de la frem et undervisningsopplegg for pasienter om ernæringsrik/proteinrik kost og hvilken betydning det har for raskere rehabilitering. Det var mye aktivitet med aktuelle plansjer på kjøkkenet og informasjon til hverandre og til personalet.

Pasienter som innlegges med FCF er øyeblikkelig hjelp- pasienter. Ikke alle blir operert for bruddet samme dagen, noen faster flere dager og etter det er bestemt at pasientene ikke blir operert likevel, så kan de spise, og som regel er det sent på dagen. Dette er en uverdigg situasjon for pasientene som både har smerter, er sengeliggende og delvis hjelpeløse og i tillegg trenger god ernæring. Kald havresuppe er et av tiltakene som er gjennomført, i tillegg brukes «God morgen- yoghurt» for det er lett å svelge for eldre med svelgvansker. Et annet tiltak som en av studentene fremmet var å ha mer fokus på eldre som ble innlagt fra sykehjem som daglig fikk servert brød uten skorper. Dersom en pasient på sykehjem vanligvis ikke klarer å spise skorper, er det desto vanskeligere i sykehussituasjon med et brudd og som nyoperert. Slike data trenger personalet få overført til sykehuset via en sykepleierapport om en skal få gitt helhetlig sykepleie.

Informasjon: Studentene har brukt tid med pasientene, de har informert og motivert om ernæringens betydning for at sår skal kunne gro, og betydning av god ernæring for i det hele tatt å få energi til å mobilisere seg. En enkel konklusjon blir at god ernæring har stor betydning for at pasienten skal få rask rehabilitering og unngå postoperative komplikasjoner.

Utfordring videre til prosjektgruppen fra studentene var å få de ansatte mer med i prosjektet slik at det ikke bare ble studenter som hadde fokus og ordnet med de aktuelle tiltakene som var utarbeidet og praktisert i 2.praksisperiode.

Studentenes skriftlige studiekraft

I praksisperiode 5 skulle studentene gjøre en kartlegging i den skriftlige temafokusoppgaven, dette gjaldt uavhengig av prosjektet. Studentene utarbeidet et spørreskjema med spørsmål til sykepleierne og helsefagarbeiderne på avdelingen. De ønsket å gjennomføre en spørreundersøkelse for å prøve å kartlegge hvordan det var med fokus på sårtilheling og betydning av næringsinnhold i kosten hos nyopererte pasienter med FCF. I tillegg ble det lagt spørsmål som ble rettet mot den gruppen som hadde cancer mamma pasienter. Med kartleggingen håpet de på å få større fokus på bedre energinivå som trengs hos pasienter for å forebygge komplikasjoner og et langt sykehusopphold. Spørsmålene ble kvalitetssikret av prosjektgruppen.

Studenter i praksisperiode 6 hadde fokus på administrasjon og ledelse. For praksisperiode 6(fra 30.04.) bestemte vi å starte tidlig med å informere studentene om fokuset som er på ØH pasienter med FCF. Oppfordre studentene til å ha fokus på denne pasientgruppen med oppfølging over flere dager. Vedlikehold av alle ernæringstiltak som studenter i praksis 4 og 2 denne vinteren hadde vektlagt, ble viktig å fortsette med, i tillegg måling av høyde og vekt.

Prosjektsykepleier samlet studentene etter 2-3 uker i praksis 6 for å planlegge og informere studentene om bruken av ”utskrivelses-konvolutten”. Dette var et av punktene som ble planlagt skulle være et hjelpemiddel eller et verktøy som kunne avhjelpe sykepleierne ved utskrivelse av den pasientgruppen.

En del av problemstillingene som ble reist i fjor ved prosjektets oppstart var ikke aktuelle lenger i og med innføring av dokumentasjonssystemet DIPS(se tidligere beskrevet). I tillegg så vi etter hvert at planen om å ha fokus på temaet forvirring hos nyopererte pasienter med FCF var så stort og omfattende, at det starter vi ikke på.

Ernæringsfysiolog var på tilbud siden og ønsket å bli aktivt brukt i pasientarbeid, det ble studentene orientert om og gjorde aktive grep for å bedre ernærings situasjonen for pasienter det gjaldt.

Ulike verktøy/skjema ble utarbeidet og dette ble utarbeidet av studenter og godkjent av prosjektsykepleier. I utarbeidelsen av de forskjellige verktøyene har prosjektgruppen, fallteamet, ressurs sykepleier i prosjektet og studenter vært involvert. Vi har blant annet utarbeidet *informasjonsskriv til studenter og ansatte* vedlegg nr. 5, *mal til inntakssamtale* vedlegg nr. 6, *utreisekonvolutt* vedlegg nr. 9, *retningslinjer for ernæring* vedlegg nr. 7, *retningslinjer for delir* vedlegg nr. 8

Sykepleiestudenten som ressurs

Sykepleierstudentene har vært sentrale i prosjektet, de har fått en unik mulighet til å få innblikk i hvordan samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten fungerer og ikke minst betydningen av ernæringsstett og proteinrik kost og hva det har betydning for denne pasientgruppen som ofte har et utgangspunkt med nedsatt almenntilstand.

Intensjonen med prosjektet var for det første å prøve ut et opplegg der studentene fikk anledning til å arbeide aktivt med tema for pasientgruppen med FCF, og at fokuset skulle gjennomsyre alle skriftlige oppgaver de hadde i praktiske studier. Det har også krevd at studentene er i dialog med de aktuelle yrkesgruppene, som går på tvers av egen profesjon, og slik vi erfarte det, var det utviklende både for studenter og personale. En utfordring var å involvere studentene med å ta kontakt og å etablere samarbeid med ernæringsfysiolog, men det bedret seg for hver praksisperiode hvor også personalet fikk mer erfaring.

Pasientgrunnlaget har ukentlig vært til stede og dermed har studentene i 2011 fått skaffet seg erfaringer med å ha fokus på god ernæring til nyopererte pasienter med FCF.

Evaluering av prosjektet

Evaluering av prosjektet er foregått ved å skrive logg/referat fra prosjektsamlinger med studenter og prosjektsamlinger med prosjektgruppen. I tillegg er det ført logg over erfaringer fra studentaktivitet, og fra kommentarer fra studenter og uttrykk fra personalet, dette siste er gjort i liten grad. I to ulike praksisperioder deltok studenter som var i 5. praksisperiode og temafokusoppgaven deres bestod av å gjøre en kartlegging.

Studentene utformet spørreskjema for å se hvor mye kjennskap sykepleierne og helsefagarbeiderne i avdelingen på Kirurgisk midtblokk hadde til betydningen av god ernæring til den aktuelle pasientgruppen. Kartleggingen stilte spørsmål på hva de ansatte hadde lært om god ernæring til pasienter med lårhalsbrudd i både pre- og postoperativ fase, og hva de hadde lært om ernæring som var nytt ved å delta i prosjektet. I tillegg hvilke aktuelle ernæringsrike tiltak som ble gjennomført og tilbudt pasientene, og om de eventuelt ønsket mer informasjon om det. Gjennom svarene til spørreskjemaet, kunne en få et lite innblikk i hvilke resultater prosjektet hadde gitt. En kunne også få en liten pekepinn på om det hadde skjedd en positiv utvikling i avdelingen fra den ene praksisperioden til den andre ettersom det ble brukt spørreskjema i to påfølgende praksisperioder. Spørsmålsstillingen var ikke helt lik, men tema var det samme.

Spørreskjemaet ble gitt til flest mulig sykepleiere og helsefagarbeidere på avdelingen med til sammen 4 grupper, to dager i første periode og over 3 dager neste periode. Spørreskjemaet ble gitt til de som var på jobb de dagene uavhengig av fast stilling eller vikariater. Svarprosenten ble registrert på begge kartleggingene, og de ble informert om at de var med i en trekning av et gavekort på blomster dersom de deltok. Trekningen ble utført den dagen studentene la frem temafokusoppgaven for personalet og medstudenter siste uken i praksisperioden.

Evaluering fra studenter

I løpet av første del i praksisperioden gjennomførtes en større prosjektsamling hvor mange ble invitert. Det var studentene, prosjektgruppen, ressurspsykeleier, studentansvarlig sykepleier, seksjonssykepleier og ernæringsfysiolog spesielt. Hun fikk invitasjon til å innlede med faglig innspill om ernæringens betydning hos pasienter med FCF. Hennes innlegg har studentene evaluert meget godt, god nytteverdi og nye viktige tanker for hvordan ivareta ernæringsproblemet på en bedre måte. De erfarte også at hun var både villig og hjelpsom når de så henne i avdelingen. Oppmerksomheten rundt funksjonsområde ernæring og pasienter som er innlagt for FCF har blitt større enn vi hadde erfart uten prosjektet, og det har høynet nivået på sykepleien slik vi kan se til denne pasientgruppen som krever mye sykepleie. Studentene har utført det de er utfordret på i prosjektet, samtidig har de evaluert og etterspurt et større engasjement fra de fast ansatte som ikke har vært med i selve prosjektgruppen.

Evaluering fra sykepleiere og prosjektgruppen

Det har vært både interessant og krevende å ha vært delaktig i dette prosjektet. Det begynte med et ønske om å endre på rutiner og dårlige vaner på avdelingen, vi hadde store forventninger til prosjektet, og var veldig engasjerte. På grunn av sykemeldinger så ble prosjektet utsatt, og rett etterpå ble fokuset endret pga tilsyn fra helsetilsynet hvor to avvik ble påvist. Dette medførte at vi fikk en forespørsel fra seksjonsleder om å sette fokus på nevnte avvik. Det ble utfordrende å snu midt i prosjektet, samtidig følte vi at prosjektet ble overflødig pga innføring i DIPS. Prosjektgruppen mistet litt av engasjementet, det ble derfor vanskelig og engasjere studentene og nå fram med budskapet. Vi vurderte på dette tidspunkt å avslutte prosjektet. Vi ble på nytt engasjert da ressurs-sykepleier Solveig Stensland, påpekte at prosjektet var viktigere enn noen gang. DIPS var nytt for alle på avdelingen, og vi kunne derfor bruke prosjektet som en del av innføringen til DIPS systemet. Som følger av dette har avdelingen fått mange nyttige verktøy, som nå blir brukt regelmessig.

I kartleggingsoppgaven som studentene utførte første gang kom det frem at de fleste sykepleierne ønsket mere kunnskap og undervisning om ernæring til pasienter i postoperativ fase, i tillegg var det nyttig med en oppfriskning av temaet ernæring hvor riktige tiltak har betydning postoperativt og bør prioriteres. Studentenes konklusjon var at ved å vektlegge et økt energinivå i kosten sammen med god smertebehandling, vil det å mobilisere bli lettere for pasientene og personalet. I andre kartlegging som ble utført et par måneder senere ble det i svarene viktig med opprettholdelse av fokuset på ernæring blant de ansatte. I tillegg ønsket de fokus på veiledning og å gi god informasjon om optimal ernæring hos postoperative pasienter både med tanke på god sårtilheling og for å få energi til mobilisering ved hjelp av protein- og ernæringstett kost. Resultatet fra kartleggingen viste videre at personalet hadde kunnskap om ernæring og hadde mange gode tiltak for å sikre god ernæring hos de postoperative pasientene. Konklusjonen vi kom frem til er at fokuset på ernæring for ansatte og studenter er økt.

Avslutning og videreføring av prosjektet

Planen videre for prosjektet er å følge opp det vi har kommet godt i gang med, med fokus på studentene som kommer i hver praksisperiode. Vi kommer til å gjøre studentene godt kjent med prosjektet og de områdene det har vært fokusert på, og med ønske om oppfølging av dette. Studentene som hadde administrasjon i siste praksisperiode utformet og lagde en

«utskrivningskonvolutt» for så å ta den i bruk under administrasjonsuken, dette ble vellykket og er i bruk ukentlig.

Vi ønsker fortsatt å bruke fagsykepleier, Ingrid Fagerland, sin stilling til å informere studentene om prosjektet og arbeidet som er utført, og følge opp videre ved å fortsette å ha fokus på ernæring ved å måle høyde og vekt, tilby næringsdrikker, gi «næringsshotter» gi smoothies osv. Studenten vil også fremover bli utfordret til å ha fokus på ernæring i sine studiekraav.

Litteratur

Hansen, Henriette Vind. (2001) "Viden, vilje og et lille skub" I: Sygeplejersken blad nr 17/2001

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=6002>.

Haugan, B. (2010). Riktig ernæring gir kortere liggetid. *Sykepleien Forskning*, 5(2) 129-129

Hervik, S. W. & Nortvedt, M. (2009). Ernæringens betydning for postoperativt sårtilheling. *Sykepleien Forskning*, 4(4) 258-267 <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=9684>

Helsetorgmodellen (2010). *Rett behandling på rett sted, til rett tid. Helsetorgmodellen - Fra idé til prosjekt*

Hessov, I. (2003): "Kirurgi og ernæring". I Ugeskrift for læger 2003;165(51):495.

http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TI

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 2 juli 1999 nr. 63*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>

St. meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse og Omsorgsdepartementet. Hentet fra 30.04.11 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND
STORD/HAUGESUND UNIVERSITY COLLEGE

Denne rapporten gir ei framstilling av dei praksisutviklingsprosjekta som har vorte gjennomførde i 2011-2012, som samarbeidstiltak mellom Høgskolen Stord/Haugesund og praksisstader som er knytt til sjukepleierutdanninga ved høgskolen. Prosjektarbeidet har vore knytt saman gjennom fellesseminar to-tre gonger pr. semester, leia av dosent Gerd Bjørke og professor Anna Løfmark.

Innleiingsvis blir det gitt ein oversikt over intensjonar og organisering av arbeidet med praksisutvikling ved avdelinga. Deretter følgjer ei framstilling av kvart av prosjekta.

Eksempla på praksisutvikling vi møter her viser stor breidde. Høgskolelærarar og praksisansvarlege yrkesutøvarar har saman utvikla opplegg der det blir sett lys på:

- utskrivingsproblematikk – overgangar frå institusjon til kommunehelseteneste eller heim
- tverrprofesjonell samarbeidslæring – der studentar frå ulike profesjonsutdanningar får fellesoppgåver i si praksislæring
- miljøterapi og brukarmedverknad i psykisk helsevern
- bruk av individuell plan innan kreftomsorg
- kunnskapsbaserte praksisstudiar i sjukehus
- tospann som veiledningsmodell i sjukeheim
- førsteårs praksis i sjukeheim

Dette er sentrale område i dagens helse- og sosialtenester. Prosjektleiinga for kvart prosjekt har vore sett saman av representantar både frå høgskolen og frå ein eller fleire praksisstader. Det er ei fellesoppgåve å bidra til studentars læring. Difor er det også studentars læring som er fokus praksisutviklingsprosjekta.

Samarbeidsprosjekta byggjer bruer mellom teori og praksis, og det understrekar at den praksis som studentane deltek i gjennom sine praksisstudiar, er ein viktig del av utdanningsopplegget.