



**Høgskulen
på Vestlandet**

Nærregion Sogn og Fjordane

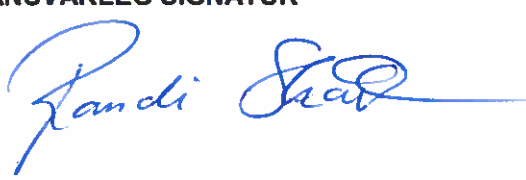
Rapport om tre kvalitetsforbetringsprosjekt

- sjukepleiarstudentar i praksis på medisinsk
sengepost ved Førde sentralsjukehus

Samarbeid mellom Høgskulen på Vestlandet, campus
Førde
og Helse Førde

Irene Aasen Andersen
Hanne Marie Heggdal
Sissel Hjelle Øygard

N-NR 7/ 2017
Høgskulen på Vestlandet,
Nærregion Sogn og Fjordane

TITTEL Rapport om tre kvalitetsforbetringsprosjekt	NOTATNR. 07/2017	DATO 14.08.17
Samarbeid mellom Høgskulen på Vestlandet, campus Førde og Helse Førde	TILGJENGE Ja	TAL SIDER 32
FORFATTAR Irene Aasen Andersen, Hanne Marie Heggdal, Sissel Hjelle Øygard	PROSJEKTLEIAR/-ANSVARLEG Irene Aasen Andersen	
OPPDRAGSGJEVAR	EMNEORD Praksisstudium, kvalitetsforbetring, spesialisthelsetenesta	
SAMANDRAG Tema for rapporten er «Kvalitetsforbetringsarbeid i spesialisthelsetenesta». Rapporten omfattar tre forbetringsprosjekt i spesialisthelsetenesta. Føremålet med rapporten er å presentere bakgrunn for prosjekta; gjennomføring, erfaringar og refleksjonar, for til slutt å drøfte om prosjekta har stimulert til å betre praksisopplæringa, betre kvaliteten i praksis og utvikle sterkare kopling mellom utdanning og fagutviklingsprosjekt i praksisfeltet. Både praksisfeltet og Høgskulen sine erfaringar er at studentar og høgskulelektorar kan vere ein aktiv part og læringsressurs i endringsarbeid i spesialisthelsetenesta. Prosjekta har skapt ei endring i Høgskulen si praksisretteiing gjennom kontinuitet i lærarressursane i praksisfeltet, og utvikling av nye studentprosjekt for å synleggjere teori i praksisfeltet for studentane. Prosjekta fremma ei auka forståing for kvalitetsforbetringsarbeid og tverrprofesjonelt arbeid hos studentar og personale i avdelinga. Samarbeidet har gitt eit godt grunnlag for innføring av «Det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet» i avdelingane.		
PRIS	ISSN 0806-1696	ANSVARLEG SIGNATUR 

Forord

I denne rapporten vert det presentere tre avslutta kvalitetsforbetringsprosjekt som er gjennomført i praksis i spesialisthelsetenesta. Fram til 01.01.17 var prosjekta eit samarbeid mellom Medisinsk sengepost, Helse Førde og avdeling for Helsefag (AHF), Høgskulen i Sogn og Fjordane. Etter 01.01.17 fusjonerte høgskulen med to andre høgskular. Det nye namnet vart då Høgskulen på Vestlandet.

Studentprosjekta er finansert gjennom AHF samarbeidsmidlar. Irene Aasen Andersen var initiativtakar og Høgskulen sin søkjar på samarbeidsmidlar knytt til Ernæringsprosjektet. Sissel Hjelle Øygard var prosjektdeltakar. I prosjektet Trygg Pleie var Sissel Hjelle Øygard søkjar på samarbeidsmidlar medan Irene Aasen Andersen var initiativtakar til prosjektet og prosjektdeltakar. Fagutviklingssjukepleiar Marny Alice Solheim var initiativtakar til Tavlemøte, i samarbeid med Irene Aasen Andersen, som var Høgskulen sin søkjar av samarbeidsmidlar.

Rapporten er utarbeida av Irene Aasen Andersen, Hanne Marie Heggdal og Sissel Hjelle Øygard. Rekkefølga på forfattarane uttrykker grad av deltaking i arbeidet med rapporten.

Målgruppa for denne rapporten er praksislærarar, kontaktsjukepleiarar og leiarar ved ulike praksisplassar i fylket.

Intern fagleg kvalitetssikring er utført av dosent Øyvind Glosvik og førstelektor Aud Berit Fossøy. Ekstern fagleg kvalitetssikring er utført av førsteamanuensis Bente Hasle, Høgskulen i Volda.

Førde, 07. juli 2017

Irene Aasen Andersen Hanne-Marie Heggdal Sissel Hjelle Øygard

Innholdsliste

1 Innleiing.....	1
1.1 Rammer for utdanninga og studentar	1
1.2 Føringer for studentprosjekta	2
1.3 Samarbeidsmidlar og prosjekt	3
1.4 Føremål med rapporten	4
2 Teoretisk utgangspunkt.....	4
2.1 Kvalitetssirkelen	4
2.2 Iverksettingsteori	5
2.3 Læring i praksis.....	8
3 Framgangsmåte.....	9
3.1 Utarbeiding av «Ernæringsprosjektet»	10
3.2 Utarbeiding av «Trygg Pleie»	10
3.3 Utarbeiding av «Tavlemøte».....	11
3.4 Etske vurderingar	12
4 Resultat	13
4.1 Ernæringsprosjektet.....	13
4.2 Trygg Pleie	16
4.3 Tavlemøte.....	19
5 Drøftingsdel.....	22
5.1 Har prosjekta stimulert til betre kvalitet i praksisopplæringa?	22
5.2 Har prosjekta stimulert til betre kvalitet i praksis?.....	25
5.3 Har prosjekta utvikla sterkare kopling mellom utdanning og fagutviklingsprosjekt i praksisfeltet?.....	27
6 Oppsummering.....	28
Litteraturliste.....	30
Vedlegg.....	33
Vedlegg 1. Prosjektplan Ernæring og FoU - med fokus på studentaktive læringsformer.....	33
Vedlegg 2. Oppslag på intranett.....	40
Vedlegg 3. Døme på studentposters.....	42

1 Innleiing

Førsteforfattar har tidlegare jobba ved medisinsk sengepost på Førde sentralsjukehus og har etablert eit breitt kontaktnett. Ho diskuterte med leiinga og enkelte av personalet i avdelinga om kva tema dei hadde behov for å jobbe ekstra med, og som kunne koplast med studentarbeid. Temaet ernæring peika seg ut som eit eigna tema fordi det hadde vore episodar der pårørande hadde stilt spørsmål om pasientar hadde fått god nok oppfølging. Leiinga ønskte derfor ein gjennomgang av praksis for å sikre god ernæring og ha fokus på dokumentasjon. Temaet vart presentert for aktuelle faglærarar ved AHF. Det vart einigheit om å jobbe vidare med å etablere ei gruppe med ulike profesjonar, både frå kommunehelsetenesta, spesialisthelsetenesta og høgskulen. Dette danna grunnlaget for eit tredelt prosjekt: *Ernæring, forskning og studentaktive læringsformer (EFOS- prosjektet)*.

Både Irene Aasen Andersen og Sissel Hjelle Øygard jobbar som høgskulelektor og praksislærar ved Medisinsk sengepost i andre studieår. Hanne-Marie Heggdal er høgskulelektor og har fagansvar knytt til undervisning i forbetningsarbeid i tredje studieår.

Studentar ved AHF kan følge eit treårig bachelorløp i sjukepleie på fulltid eller gjennomføre studiet på fire år på deltid. Studiet er bygd opp av 16 sjølvstendige emne som studentane vert sluttvurdert i. Emna er relatert til dei ulike hovudemna i Rammeplan for sykepleierutdanning 2008 (Kunnskapsdepartementet, 2008). I løpet av studiet skal studentane lære å forstå samanhengar mellom dei ulike fagområda i utdanninga. Dei skal dermed utvikle evne til å forstå og handle på bakgrunn av dei ulike fagområda i møte med pasientar (Høgskulen på Vestlandet, 2017).

1.1 Rammer for utdanninga og studentar

Om lag 600 studentar studerer ved Campus Førde (Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2016a). I løpet av studietida har sjukepleiarstudentar 50 % praksis (90 studiepoeng) ved ulike område i helsetenesta. Desse fordeler seg på emna SK 170 Rettleia praksis i sjukeheim, SK 163 Første rettleia praksis i spesialisthelsetenesta, SK 164 Andre rettleia praksis i spesialisthelsetenesta, SK 157 Observasjonspraksis i førebyggjande helsearbeid, SK 166 Rettleia praksis i psykisk helsearbeid/helsevern, SK 167 Rettleia praksis i heimesjukepleie og SK 159 Fordjupingspraksis (Høgskulen på Vestlandet, 2017). Emna bygger på ein nasjonal rammeplan som har både ein felles innhaldsdel for helse- og sosialfagutdanningane og ein utdanningsspesifikk del (Kunnskapsdepartementet, 2008). Denne rapporten omfattar emna SK 163 Første rettleia praksis i

spesialisthelsetenesta, SK 164 Andre rettleia praksis i spesialisthelsetenesta og SK 159 Fordjupingspraksis.

I følgje Kunnskapsdepartementet (2008) er kompetanseomgrepet todelt. Studentar som har avslutta utdanning skal i følgje rammeplanen ha både handlingskompetanse og handlingsberedskap til å utføre jobben. Rammeplanen nyttar omgrepet handlingskompetanse for å beskrive kva ein kan forvente av ein nyutdanna sjukepleiar. Handlingskompetansen er i hovudsak retta mot å kunne ta i vare grunnleggande funksjonar i sjukepleie hjå pasientar og pårørande. Vidare nyttar rammeplanen omgrepet handlingsberedskap der den nyutdanna sjukepleiaren har kunnskap om feltet, men manglar erfaring eller spesialisert opplæring til å kunne handle sjølvstendig. (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Praksisemna i studiet har læringsutbyttebeskrivingar og er obligatoriske. Det er knytt ei rekke forventningar til både student, praksisstad og høgskulen. Det er også ei rekke kriterium for å få bestått kvar av dei ulike emna (Høgskulen på Vestlandet, 2017). Studentane får trene på samarbeidslæring ved å jobbe med andre sjukepleiestudentar og tilsette i avdelinga, t.d. sjukepleiarar, hjelpepleiarar, fysioterapeutar og legar (Lycke, 2006). Læring kan beskrivast som ein indre mental prosess for å tileigne seg og forstå kunnskap. Denne kunnskapen må så integrerast med det ein kan frå før (Illeris, 2006).

1.2 Føringer for studentprosjekta

Ernæringsprosjektet

I løpet av utdanninga har studentar praksis både i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta (Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2016d). Studentane er i målgruppa til Helsedirektoratet når det gjeld å kunne identifisere risikopasientar som er utsett for underernæring eller som har utvikla underernæring. Helsedirektoratet rår til at ernæringsstatus hjå eldre over 65 år i primærhelsetenesta og i spesialisthelsetenesta vert kartlagt. Dette kan medverke til at risikopasientar vert fanga opp, og at førebyggjande og behandlande tiltak vert sett i verk. Helsedirektoratet hadde gitt ut Nasjonale faglege retningslinjer for ernæring (Guttormsen et al., 2009), men desse var ikkje sett skikkeleg i system på praksisplassar som studentane nytta.

Trygg Pleie

I 2011 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet ein nasjonal kampanje kalla «I trygge hender». Målet med kampanjen var blant anna å redusere pasientskader og forbetre

pasienttryggleikskulturen. Kampanjen valde ut 11 innsatsområder basert på kunnskap om kva som gav flest pasientskader. Det vart også utarbeida tiltakspakkar retta mot kvart av innsatsområda. Kampanjen vart gjennomført i perioden 2011- 2013. Alle helseføretaka i Noreg skulle då implementere innsatsområda i relevante einingar. Arbeidet vart ført vidare i eit nasjonalt program kalla «Det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet», for perioden 2014-2018 (Skjellanger et al., 2014). Program for pasienttryggleik i Helse Vest RHF slo saman innsatsområda førebygging av fall og trykksår med ernæring til «Trygg pleie». Dette var fordi områda i stor grad retta seg mot same pasientgruppe og hadde samanfallande oppfølging (Sjåstad, 2015).

Tavlemøte

For å førebygge pasientskader og sikre god og trygg behandling for pasientar har Helse Førde implementert fleire av tiltakspakkane som er omtala i pasienttryggleiksprogrammet. I samband med dette uttrykte pleiepersonalet i avdelingsmøter at det var behov for å betre kommunikasjonen mellom ulike profesjonar som samarbeida rundt pasientar. Pasienttryggleiksprogrammet har utarbeida ein manual som beskriv korleis ein kan nytte eit møte til å skape aktivitet rundt systematisk oppfølging av pasientar sine risikoområde og medverke til betre tverrfagleg kommunikasjon mellom ulike profesjonar i avdelinga. I dette møtet nyttar ein ei risikotavle, som er eit verktøy der risikoområde som er felles for ei gruppe pasientar er lista opp. Risikotavla skal tilpassast lokale behov og tavlemøte er eit tiltak for å sikre ein systematisk gjennomgang av områda (Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, 2016).

1.3 Samarbeidsmidlar og prosjekt

Kvart år lyser Avdeling for helsefag (AHF) ut samarbeidsmidlar som skal stimulere til auka samarbeid mellom praksisfeltet og AHF. Midlane skal fremje prosjekt som kan bidra til å vidareutvikle kvaliteten i utdanningstilbodet til studentane. Eitt av føremåla er å utvikle eit berekraftig forskning- og utviklingsmiljø (Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2016c). Alle dei tre prosjekta som vert presentert i denne rapporten har fått samarbeidsmidlar.

Ernæringsprosjektet søkte om kr. 376 730. Prosjektet fekk tildelt kr. 250 000. Prosjektet Trygg Pleie søkte om kr. 182 610. Dette prosjektet fekk tildelt kr. 135 000. Prosjektet tavlemøte søkte om kr. 40 800, og fekk tildelt kr. 37 000. I tillegg har Medisinsk avdeling stilt med ekstra personellressursar samt noko utstyr. Ettersom lærar har direkte oppfølging av studentar ved sengeposten har lærarane

organisert arbeidet slik at ein kunne utføre eit meirarbeid samtidig som ein var til stades ved sengeposten. Resten av lærarane sin ressursbruk vart dekkja gjennom fagleg oppdateringstid.

Behova i praksis har vore styrande for val av tema og samarbeidsmidlar har gjort det mogeleg å gjennomføre utviklingsprosjekta. Prosjekta har hatt ein tydeleg start, gjennomføring og avslutning ettersom emna er tydeleg avgrensa i tal veker per kull. Sjølv om studentprosjekta vart avslutta då studentane var ferdig med sine emne, skulle ikkje implementering av faglege prosedyrar bli avslutta for dei tilsette ved sengeposten. Dette er noko som avviker frå krav til eit prosjekt, men som er vanleg ved organisering av ei endring (Orvik, 2015).

1.4 Føremål med rapporten

Rapporten diskuterer om prosjekta har stimulert til å:

1. betre kvalitet i praksisopplæringa
2. betre kvalitet i praksis
3. utvikle sterkare kopling mellom utdanning og fagutviklingsprosjekt i praksisfeltet

2 Teoretisk utgangspunkt

I denne delen ønskjer vi å presentere teoretisk bakgrunn for utviklingsarbeida og den pedagogiske verksemda som har vore relevante for oss i desse tre studentprosjekta.

2.1 Kvalitetssirkelen

Studentane si opplæring i forbetningsarbeid i praksis har sitt utspring i «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten... Og bedre skal det bli!» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Denne strategien har fem innsatsområder: styrke brukaren, styrke utøveren, forbetre organisasjon og leiing, få kunnskap om forbetring inn i utdanninga av helsepersonell og følgje med og evaluere tenestene.

I dette arbeidet har Høgskulen tatt i bruk forbetringssirkelen frå Kunnskapssenteret (2015).

Forbetringssirkelen er tilnærma lik Demmings-, PDCA-, PUVI- og PUKK-sirkelen (Bjørø og Kirkevold, 2011; Orvik, 2015). Einaste forskjellen er at forbetringssirkelen til Kunnskapssenteret (2015) har fem fasar, medan dei andre sirklane har fire. Årsaka til at Kunnskapssenteret sin sirkel har ei fase meir er

at dei er tydelegare på førebuinga og forankringa av prosjektet/ forbetningsarbeidet før ein planlegg tiltak i praksisfeltet.

I Kunnskapscenteret (2015) sin forbetnings sirkel startar ein i fase ein med å erkjenne behovet for forbetring. Her klargjer ein kunnskapsgrunnlaget knytt til område som skal forbetrast. Dette grunnlaget er knytt både til utfordringar med system, kva som er god praksis på feltet som til dømes forskning og retningslinjer, erfaringar og brukarkunnskap. I denne fasen er det viktig å forankre arbeidet i avdelinga/ organisasjonen og organisere gjennomføringa av arbeidet, dette skjer gjennom god informasjon og opplæring av personalet. I fase to kartlegg ein noverande praksis, dvs. korleis arbeidet som skal forbetrast vert utført. Ein set i fellesskap mål for arbeidet, vel måleverktøy og planlegg korleis forbetningsarbeidet skal gjennomførast. I fase tre skal ein prøve ut og legge til rette for ny praksis. Det er sentralt at alle i avdelinga/ praksisfeltet tar del i dette arbeidet. I den fjerde fasa målar og analyserar ein data i forhold til det som er mål for prosjektet. Eit sentralt moment her er om endringane er tilstrekkelege og om dei har ført til forbetring av praksis. I denne fasa kan det vere naudsynt å korrigere nokre av tiltaka som er sett i verk. I fase fem standardiserer ein den nye praksisen for å sikre ei vidareføring av forbetringane, og ein deler denne kunnskapen med andre til dømes avdelingar.



fig. Forbetningssirkelen, henta frå Kunnskapscenteret (2015)

2.2 Iverksettingsteori

Iverksettingsteoriar set søkelys på kva som skjer etter at vedtak er fatta. I ovanfrå-og-ned ("top down") teoriane (Offerdal, 2014), vil beslutningsorganet pålegge organ lenger nede i organisasjonen å sette i verk forbetningsvedtaket. Denne forma for iverksetting har også fått namn som:

beslutningsorientert (Kjellberg og Reitan, 1995) eller programmert iverksetting (Berman, 1980). I dette ligg det at sentral styring med gjennomføringa av tiltaket er viktig og at dei som har vedtatt tiltaket bør ha kontroll over dei som skal sette i verk det.

I nedanfrå-og-opp ("bottom up") teoriane, vektlegg ein prosessen som skjer nedanfrå-og-opp når vedtaket skal settast i verk framfor vedtaksfestinga og kommandolinjene (Offerdal, 2014). Det er sentralt i desse teoriane at ein får identifisert kven som er iverksettera og iverksettingsstrukturen. Desse teoriane går vert også omtalt som prosessorientert (Kjellberg og Reitan, 1995) eller tilpassa (Berman, 1980) iverksetting. Desse teoriane kom som en reaksjon på styringsiver og styringsoptimisme. Det er hevda at gjennom ein nedanfrå-og-opp modellen får ein betre skildring av kva som faktisk skjer når vedtak skal settast i verk enn når ein brukar ovanfrå-og-ned modellen (Offerdal, 2014).

Fleire forskarar har prøvd å kombinere desse teoriane med utgangspunkt i at det er ikkje eit anten eller, men at iverksetting av vedtak føregår både ovanfrå-og-ned og nedanfrå-og-opp i organisasjonar. Utgangspunktet deira er at situasjonen omkring iverksettinga påverkar prosessen. Berman (1980) bruker omgrepet programmert om iverksetting ovanfrå-og-ned og tilpassa om iverksetting nedanfrå-og-opp. Iverksetting av vedtak er ofte så komplekse at ein finner element av begge typane. Vurderingskriteria for om ei iverksetting lukkast vil vere forskjellig for desse to prosessane. I ein programmert prosess kor beslutningsorganet sitt vedtak skal gjerast effektivt vil vurderingskriteria for om den er vellukka vere at det er samsvar mellom mål og resultat. I ein tilpassa prosess vil vurderingskriteria vere meir samansett, og det vil ikkje være nok at organisasjonen når dei overordna mål i forbetningsarbeidet, men at det også skjer ei læring i praksisfeltet (Heggdal og Bukve, 2014). Dette vert også omtalt som organisatorisk læring (Offerdal, 2014).

Matland (1995) har i sin modell brukt dimensjonane uklårheit og konflikt til å skissere fire ulike perspektiv på iverksettingsprosessen: administrativ, politisk, eksperimentell eller symbolsk. Denne modellen har også situasjonen omkring iverksettinga som en del av forståinga for kva som skjer, men Matland gir det politiske aspektet større fokus enn kva Berman (1980) gjer.

		Konflikt	
		Låg	Høg
Uklårheit	Låg	Administrativ iverksetting - avhengig av tilgjengelege ressursar	Politisk iverksetting – avhengig av makt
	Høg	Eksperimentell iverksetting – avhengig av aktørar og kontekst	Symbolsk iverksetting – avhengig av koalisjonsbygging

Figur 2: Matlands klårheit/konflikt modell (1995:160) (oversett av Heggdal og Bukve, 2014, s. 83).

Den administrative iverksettinga skjer når uklårheit og konfliktnivået er lavt, og er ei form for ovanfrå-og-ned iverksetting. Alle veit kva dei skal gjere og prosessen føregår internt i avdelinga. Det sentrale i denne iverksettinga er at resultatet er avhengig av tilgjengelege ressursar som til dømes kunnskap, personell og økonomi (Heggdal og Bukve, 2014).

Den politiske iverksettinga skjer når uklårheit omkring vedtaket er lav, men konfliktnivået er høgt. Resultatet i dette perspektivet er avhengig av makt. Vedtaket vert gjennomført med makt, og målet er å endre praksis til tross for konflikt og motstand. Matland (1995) beskriv denne prosessen som ein nyare ovanfrå-og-ned modell for iverksetting (Heggdal og Bukve, 2014).

Den eksperimentelle iverksettinga skjer når uklårheita omkring vedtaket er høgt, men konfliktnivået er lavt, denne har likskap med nedanfrå-og-opp modellen. Resultatet her avheng av kva aktørar som er involvert og konteksten vedtaket gjennomførast i. Det er her moglegheit for å skape praksis tilpassa lokale behov, og usikkerheita omkring vedtaket kan føre til ny læring hos aktørane. Offerdal (2014) beskriver dette som en prosess kor prøving og feiling er tillatt, kor lokale forhold verkar inn og at ting kan skje ved rein tilfeldigheit (Heggdal og Bukve, 2014).

Den symbolske iverksettinga skjer når både uklårheit og konfliktnivået er høgt. Resultatet her avheng av koalisjonsbygging i avdelinga. Det som skjer er avhengig av samhandling med aktørar som har ressursar, og profesjonane som spiller ei sentral rolle i iverksettinga. Denne modellen innehar både ein nedanfrå-og-opp og ei ovanfrå-og-ned tilnærming, då lokale aktørar er dominerande for prosessen, medan den formelle delen vert styrt ovanfrå. Dei to aspekta er derimot ikkje kopla saman på en systematisk måte (Heggdal og Bukve, 2014).

2.3 Læring i praksis

Sjukepleiarstudentar som har praksisemna SK 163, SK 164 og SK 159 skal ha kontinuerleg rettleiing av ein sjukepleiar der utgangspunktet for rettleiinga er praksisplassen sin spesialitet og eigenart. Sjukepleiaren bør ha rettleiingskompetanse og ha minst eitt års erfaring som sjukepleiar (Høgskulen på Vestlandet, 2017). I desse emna lærer studentar ved å vere aktiv deltakar i eit praksisfellesskap, og dette kallar Lave og Wenger (1991) for situert læring. Studenten får vere saman med ein meir kompetent utøvar i møtet med ulike pasientar. Dette gjev studenten erfaring med skiftande situasjonar og høve til å trenge djupare ned og handle på ein anna måte enn i teoriemne. Studenten vil då gradvis endre sine handlingar og væremåte på bakgrunn av å ha sett, lytta til av diskusjonar og deltatt i ulike praksissituasjonar saman med sin rettleiar. Rettleiaren bestemmer perspektiv og gyldig kunnskap, og vert då definert til å ha modellmakt (Andvig, 2010). Wittek og Brandmo (2016) viser til Rogoff og Lave (1999) og Rogoff (1990) som skriv at læring av normer for sosialt samspel gjennom deltaking i ein kultur med tale- og handlemåtar, vert ei form for lærlingverksemd. Tanken kring denne type læring er at det studenten klarer å gjere saman med ein meir kompetent rettleiar i dag, vil studenten klare å gjere sjølvstendig seinare. Rettleiaren må då invitere studenten inn i si tenking for å stimulere læring hjå studenten.

Wittek og Brandmo (2016) viser også til Von Tetzchner (2001) som skriv at det har blitt forsøkt å foreine ulike retningar innanfor læring og fordi desse komplimenterer kvarandre. Wittek og Brandmo (2016) viser vidare til Brandsford, Brown og Cocing (2000) som trekk fram følgjande nøkkelaspekt: studentsentrering, kunnskapsentrering, tilbakemelding på og kunnskap om eiga læring. Studentar har ei etablert historie om korleis verden fungerer. Dersom denne forståinga ikkje vert aktivert, vil det vere vanskelegare for studenten å nytte informasjon på ein relevant måte. Det sentrale er å engasjere studenten. Studentar treng tid til å utvikle djup basiskunnskap for så å kunne utvikle kompetanse innan eit fagfelt. Kompetansen omfattar soleis kunnskap om kva tradisjon, historie og kontekst som er knytt til fagfeltet. Eksperten kan då finne mønster og sjå samanhengar slik at dei raskt kan oppdage avvik. Wittek og Brandmo (2016, s. 35) viser til Nicol og Macfarlane-Dick (2006, s. 203) sine sju tilbakemeldingsprinsipp. Desse er:

1. Clarifies what good performance is
2. Facilitate self-assessment
3. Deliver high quality feedback information
4. Encourages teacher and peer dialogue
5. Encourages positive motivation and self-esteem
6. Provide opportunities to close the gap
7. Use feedback to improve reaching

3 Framgangsmåte

I denne delen av rapporten vil vi først beskrive rammefaktorar vi måtte ta omsyn til i planlegginga av prosjekta. Deretter vil vi beskrive planlegginga av prosjekta, som hadde ei målsetting om å betre kvalitet i praksislæringa, betre kvalitet i praksis og utvikle sterkare kopling mellom utdanning og fagutviklingsprosjekt i praksisfeltet.

Kvart år har omtrent 860 studentar og lærlingar praksis/ klinisk undervisning ved Helse Førde. Dei er fordelt på to lokalsjukehus og eitt sentralsjukehus; Lærdal sjukehus, Nordfjord sjukehus og Førde sentralsjukehus. Helse Førde er organisert i to somatiske klinikkar; medisinsk og kirurgisk klinikk, der Medisinsk klinikk består av 10 avdelingar (Helse Førde HF, 2016). Utdanning av helsepersonell er ei av oppgåvene til helseføretaka og studentane som denne rapporten omhandlar, var i praksis ved Medisinsk sengepost 1 og 2. Medisinsk sengepost gjev behandling og pleie til pasientar med bl.a. hjarte- og karsjukdom, lungesjukdom, sjukdom i mage- tarmsystemet, infeksjonssjukdom, nyresjukdom og hormonsjukdom (Helse Førde HF, 2014). Studentane tek aktivt del i dette arbeidet medan dei er i praksis slik at dei utviklar handlingskompetanse til å kunne møte pasienten og samfunnet sine behov for sjukepleie (Høgskulen på Vestlandet, 2017).

Medisinsk sengepost nyttar kontaktsjukepleiarar i rettleiing av sjukepleiarstudentar. Ein student har minimum ein kontaktsjukepleiar. Dersom sjukepleiaren har låg stillingsstorleik, kan han ha to kontaktsjukepleiarar for å få betre kontinuitet i oppfølginga. Å vere kontaktsjukepleiar er ei arbeidsoppgåve som inngår i det ordinære arbeidet og som rullerer mellom dei tilsette for kvar praksisperiode. Sjukepleiarar ved Medisinsk sengepost har tredelt turnusarbeid og studenten lagar turnus som er i tråd med kontaktsjukepleiar sin turnus. Kontaktsjukepleiar skal gje studenten kontinuerleg rettleiing, stille faglege krav knytt til læresituasjonar og vurdere faglege spørsmål. Kontaktsjukepleiar og praksislærar har tett kontakt ved eventuelle problem. Vi som er praksislærar rettleiar også studenten i direkte pasientretta situasjonar (Høgskulen på Vestlandet, 2017). Medisinsk sengepost har peika ut ein fast studentansvarleg sjukepleiar. Denne personen lagar avtale om kven som skal vere kontaktsjukepleiarar, informerer personalet og tek i mot studentane. Studentansvarleg sjukepleiar samarbeider med praksislærarane omkring oppfølging av studentane, er ein intern kontaktperson for studentane og rettleier personalet ved behov.

3.1 Utarbeiding av «Ernæringsprosjektet»

Det var planlagt å gjennomføre eit ernæringsprosjekt studieåret 2012/13 (vedlegg 1). Det var tenkt å nytte kartleggingsskjema NRS 2002 fordi det er eit validert verktøy for å kartlegge underernæring og risiko for underernæring hjå pasientar innlagt i sjukehus (Guttormsen et al., 2009). Det var planlagt å knytte gjennomføringa til studentar frå kull 59 og kull 60 som var i emne SK 163 og SK 164, og prosjektet kunne då vare i fire praksisperiodar. Studentane skulle dagleg risikokartlegge nye pasientar og lage ein individretta behandlingsplan hjå pasientar som hadde ernæringsmessig risiko eller var underernærte.

Det var tildelt ressursar gjennom samarbeidsmidlar til frikjøp av tid, tilsvarande 50 % stilling for to sjukepleiarar i avdelinga. Dei skulle dele på å følgje opp prosjektet og tida skulle fordelast over fire praksisperiodar. Desse sjukepleiarane skulle førebu prosjektet ved å informere personalet og rettleie undervegs i prosjektet. I tillegg skulle dei vere tilgjengeleg overfor studentar ved praktisk gjennomføring. Den praksislærar som var hovudansvarleg skulle informere andre praksislærarar om prosjektet. Det var planlagt å informere studentane skriftleg via Fronter og på ein temadag der ulike ressurspersonar skulle gje ei innføring i tema.

Føremål med dette studentprosjektet:

1. Prosjektet kan gje studentar verktøy som betrar samhandlinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta fordi aktuelle pasientar skal ha ein tiltaksplan som skal følgje med ved utskriving/ overflytting
2. Prosjektet kan bidra til kvalitetsforbetring av praksis ved at studentar rettar fokus på ernæring hjå eldre og medverkar til å fange opp risikopasientar
3. Studentar kartlegg ernæringsssituasjonen hjå eldre over 75 år i spesialisthelsetenesta ved hjelp av nasjonale retningslinjer gitt av Helsedirektoratet
4. Studentar og tilsette har grunnlag for å lage behandlingsplan for å sette i verk førebyggjande og behandlande tiltak for risikopasientar

3.2 Utarbeiding av «Trygg Pleie»

Helse Førde starta implementering av risikokartlegging av ernæringssvikt, fall og trykksår i august 2015 for alle aktuelle avdelingar ved FSS. I samband med dette planla helseføretaket og høgskulen å gjennomføre studentprosjektet Trygg Pleie studieåret 2015/2016. Skjemaet «Vurdering av risiko – ernæring, fall og trykksår» i DIPS (helseføretaket sitt dokumentasjonssystem) skulle nyttast til å

kartlegge pasientane sin risiko for ernæringssvikt, fall og trykksår. Studentar frå kull 64 og 65, som var i emne SK 164, skulle delta i prosjektet som skulle vare i to praksisperiodar på ni veker kvar.

Det var søkt samarbeidsmidlar til frikjøp av tid til sjukepleiar ved avdelinga tilsvarende 100 % stilling i veke 1, 60 % stilling i veke 2 og 40 % stilling i veke 3-9 per periode. Denne tida skulle nyttast til å informere personalet om prosjektet, rettleie personalet og studentane i praktisk gjennomføring og deltaking i evalueringsmøter.

Det var også planlagt frikjøp av tid til meirarbeid for høgskulelærarane, til saman 36 timar. 10 av desse skulle nyttast til planlegging, utarbeiding av informasjonsmateriell til studentane og gjennomføring av temadag. Resterande 26 timar skulle nyttast til direkte studentoppfølging i praksis med rettleiing på risikovurdering av pasientar. Det var sett opp ein detaljert plan som viste at lærar skulle vere til stade i avdelinga mellom kl. 09 og 11 tre dagar per veke dei to første vekene. Vidare skulle lærar vere i avdelinga mellom kl. 08 og 09 to dagar per veke dei sju siste vekene. Dei resterande dagane frå måndag til fredag skulle sjukepleiar i avdelinga ha ansvaret for den direkte studentoppfølginga med tilsvarende timeressurs. I tillegg var det planlagt å gje skriftleg informasjon til studentane i Fronter og på ein temadag første dag i praksis. På temadagen skulle ernæringsfysiolog og ressursperson frå fagutviklingsavdelinga i helseføretaket også delta.

Føremål med prosjektet:

Betre praksisopplæringa ved at studentane får omsetje forbetringsteori til praksis.

Betre kvaliteten i helsetenesta ved at studentar er aktive i:

1. Å redusere pasientskader
2. Å bygge varige strukturar for pasienttryggleik
3. Å medverke til å forbetre pasienttryggleikskulturen i helsetenesta

3.3 Utarbeiding av «Tavlemøte»

Leiarane ved Medisinsk sengepost hadde vedteke å innføre tavlemøte på alle tre gruppene på sengeposten. Dei valde å starte implementeringa på den eine gruppa fordi fagutviklar då kunne vere til stades på dei daglege møta. Gruppe to vart vald til dette og studentar som skulle vere ved denne gruppa kunne då knytast til prosjektet. Det vart planlagt å gjennomføre prosjektet for studieåret 2016/17 med studentar frå kull 67, i emne SK 164 og studentar frå kull 65, i emne SK 159. Studentar kunne då få erfaring med å jobbe systematisk med kvalitetsarbeid og forbetre pasienttryggleiken. Studentane kunne også betre kvaliteten på praksis og praksisopplæringa ved å medverke til

tverrfagleg kommunikasjon mellom ulike profesjonar i avdelinga. Prosjektet kunne dermed gje studentane betre innsikt i helsevesenet sin kompleksitet og kontinuerlege endringar.

Fagutviklar, seksjonsleiar for kvalitet og pasienttryggleik, rådgjevar i fag- og utviklingsavdelinga i Helse Førde og praksislærar hadde innleiingsvise møter der ein temadag vart planlagt for studentane i emne SK 164. Studentane skulle få informasjon om pasienttryggleiksprogrammet og korleis dei kunne implementere tiltakspakkar. Dei skulle også få informasjon om intensjonen med tavlemøte og dei einskilde tiltakspakkane innan ernæring, fall, trykksår, førebygging av infeksjon ved perifer venekanyle/ sentral venekanyle og legemiddelsamstemming. For å sikre at studentane skulle vere godt førebudde på sjølve gjennomføringa av tavlemøter, vart det foreslått å dele studentane i grupper slik at dei kunne trene på å gjennomføre tavlemøte. Etter temadagen var planen at studentane skulle vere pådrivarar for å implementere tavlemøte og leie desse møta.

Føremål med prosjektet:

1. vere med å forbetre pasienttryggleikskulturen i helsetenesta
2. betre innsikt i helsevesenet sin kompleksitet og kontinuerlege endringar
3. vere med å redusere pasientskader
4. trening i å leie tavlemøte
5. trening på tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS)
6. handlingsberedskap i å utvikle tenesta og vere med å implementere tavlemøte som verktøy

Studentane vart invitert til å evaluere prosjektet i eit fokusgruppeintervju på slutten av praksisperioden. Det var utarbeida ein intervjuguide med tre hovudtema, med spørsmål under kvart tema. Hovudtema var læreprosessar, samspel med omgjevnadane og psykiske prosessar som føregår. Praksislærar var moderator og fagutviklar var comoderator. Intervjuet vart tatt opp på lydband. Dette vart transkribert til 22 sider med tekst med linjeavstand 1.0, skrift Times New Roman skriftstorleik 12. Teksten vart deretter kategorisert.

3.4 Ethiske vurderingar

EFOS- prosjektet vart godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Pasientvernombodet godkjente lagring av datamaterialet frå kartleggings skjema NRS 2002, som vart gjennomført ved Førde Sentralsjukehus. Prosjektet hadde nr. 2012/3398 - REK ref. 2012/1523. Helse Vest oppretta eit sentralt datalagringsområde for å lagre aidentifiserte funn.

Personvernombodet i helseføretaket godkjende oppretting av IT- tilgang for medansvarleg praksislærar. Dette gav tilgang til pasientdokumentasjonssystemet DIPS for ein avgrensa periode, for å hente data frå elektronisk pasientjournal og pasientadministrative system. Det vart signert teieplikterklæring om å sikre konfidensialitet kring personlege opplysningar.

Studentane innhenta informert samtykke hjå aktuelle pasientar, ev. samarbeida med pårørnde. Terminale pasientar skulle ikkje inkluderast, jf. retningslinjer frå Helsedirektoratet (Guttormsen et al., 2009).

Prosjekta Trygg Pleie og tavlemøte vart gjennomført som ledd i arbeidsstaden sitt arbeid med kvalitetsforbetring og var i tråd med faglege retningslinjer frå Helsedirektoratet. Desse prosjekta var ikkje meldepliktige til REK eller NSD fordi det var implementering av den nasjonale kampanjen.

Elles vert studentar og lærar i praksis vert definert som helsepersonell og er underlagt helsepersonellova (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette betyr at dei har teieplikt om opplysningar dei får kjennskap til i eigenskap av å vere helsepersonell. I tillegg skal studentar følgje etiske retningslinjer for studentarbeid (Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2016b).

Studentane som deltok på fokusgruppeintervjuet har samtykka til at materialet kan brukast i denne rapporten. Studentane fekk informasjon om at praksislærar sletta lydbandet etter transkribering og at det ikkje ville bli referert til namn. Det kan likevel ikkje garanterast for full anonymitet sidan praksisstad og kullnamn er kjend.

4 Resultat

I denne delen av rapporten vil vi presentere korleis dei tre studentprosjekta vart gjennomført og erfaringar vi fekk med dette. Erfaringane bygger på samtalar med tilsette og studentar, tilbakemeldingar frå morgonmøter og personalmøter samt eitt fokusgruppeintervju med studentar.

4.1 Ernæringsprosjektet

Senter for Helseforskning informerte om funksjonen til pasientvernombodet og korleis vi kunne gå fram i søknadsprosessen. Prosjektet vart leiarforankra ved begge institusjonane og professor ved AHF kvalitetssikra prosjektplan og søknadar. Fagutviklingssjukepleiar/ ass. oversjukepleiar og praksislærarar frå AHF samarbeida om gjennomføringa.

Kvar praksisperiode starta med ein temadag for studentane. Klinisk ernæringsfysiolog, sjukepleiarar frå avdelinga, institusjonskokk og praksislærar gav studentane ei fordjuping i tema ernæring og presenterte kartleggingsverktøyet. Dei fekk utdelt kvar sin lommefolder om kartleggingsverktøyet (Irtun, Mowé, Guttormsen, Wøien og Thoresen, 2006). Studentane fekk tips om korleis dei kunne stille gode spørsmål til pasientar og strukturere intervjuet. Det vart også gitt informasjon om etiske retningslinjer og førebuingar på utfordringar. Dei fekk ei innføring i korleis dei kunne lage behandlingsplan med individretta tiltak dersom pasienten hadde ein ernæringsmessig risiko og vart vist døme på dette. Sengeposten har eit eige bemanna postkjøkken. Institusjonskokken informerte om generelle ernæringstiltak og kva ho og anna personale kunne lage til den enkelte pasient. Studentane fekk også ei orientering om omgrepa konfidensialitet og informert samtykke. Dei fekk deretter hjelp til å lage posters til oppslag for pasientar og pårørande i avdelinga. Studentane gav tilbakemelding på at dette var ein god måte å starte prosjektet på og opplegget vart gjennomført etter same oppbygging alle gongane.

Pasientar vart kartlagt alle dagar i veka dei siste fire vekene av kvar praksisperiode. Praksislærar og tilsette hadde dagleg gjennomgang av pasientlister og kvalitetssikra at aktuelle pasientar vart kartlagt. Vi erfarte at vi måtte ha eit system der vi lett kunne sjå kven som var kartlagt og kven som hadde eit ernæringsproblem, og ulike kodingar vart prøvd ut. Når ein ny pasient vart lagt inn på avdelinga, fekk gruppeleiar ansvar for å skrivekodinga: «NRS /» i merknadsfeltet i DIPS. Etter kartlegginga var gjennomført skulle ein fjerne skråstrek hjå dei som ikkje var i risikosone. Dette systemet var alt innarbeida for pasientar som skulle ta avføringsprøvar (hemofec). Pasientar som var kartlagt og som hadde risiko for underernæring skulle kodast med NRS pluss talet for kategori, t.d. NRS 4. Ein visste då at ved kategori 3 eller meir hadde pasienten risiko for underernæring eller var underernært, og skulle ha ein behandlingsplan som alle skulle følgje (Guttormsen et al., 2009).

Ernæringsfysiolog jobba overfor ansvarlege i dokumentasjonssystemet DIPS slik at kartleggingsskjemaet vart lagt inn i valmenyen over elektronisk skjema. Dette tok noko tid, og i første del av prosjektet nytta studentane papirversjon av skjema som vart scanna i pasientjournalen ved utreise. Det vart bestilt inn litteratur tilpassa prosjektet som studentane hadde tilgang til i avdelinga.

Institusjonskokk støtta pasientar, studentar og tilsette i arbeidet med å utarbeide individretta tiltak hjå pasientar som hadde ernæringsmessig risiko eller var underernærte.

I løpet av prosjektperioden kartla femtito sjukepleiestudentar ernæringsstatus til 120 pasientar som var 75 år eller eldre og laga ernæringsplanar til dei som var i risiko for underernæring/ var

underernærte. Pasientane var innlagt på gruppe 1 og 2. Funn vart registrert på vaktlistar og i dokumentasjonssystemet DIPS. Praksislærar aidentifiserte funna og lagra data på Helse Vest sin kvalitetsserver. Studentane underviste vikarar, tilsette i redusert stilling og andre som hadde behov for opplæring om ernæringskartlegging eller i å lage behandlingsplan. Prosjektet vart formidla gjennom fire intervju på HF og HiSF sitt intranett samt på møtedagar til tilsette på Medisinsk sengepost og AHF (vedlegg 2). Posters som studentane hadde laga, hang i avdelinga heile prosjektperioden (vedlegg 3).

Prosjektgjennomføringa var regelmessig tema morgonmøter og enkelte personalmøter i avdelinga med personalet. Personalet jobba tredelt turnus og det var stort behov for informasjonsmøter fordi personalgruppa ikkje kunne bli informert samla. Her drøfta ein til dømes utfordringar med å tolke sjølve skjemaet, utfordringar ved den praktiske gjennomføringa eller haldningar til prosjektet. I morgonmøta og personalmøta vart det uttrykt ulike meiningar. Desse vart notert ned og vert presentert som sitat.

Dei aller fleste tilsette opplevde at risikokartlegging var nyttig, men fleire gav uttrykk for at dei ikkje såg nytteverdien av å kartlegge alle pasientar. Pasientar som var kort tid på avdelinga, t.d. pasientar med brystmerter, vart ikkje risikovurderert. I desse tilfella vurderte personalet behovet for kartlegging ut i frå matinntaket. Enkelte sa at eit klinisk blikk var tilstrekkeleg for å fange opp pasientar som var risikosone.

«Er det nødvendig å risikokartlegge pasientar som er her berre eit døgn eller to, og vi ser at pasienten er oppegående?» «Vi må ikkje gløyme det kliniske blikket.»

Nokre tilsette uttrykte at dei følte at arbeidet var bortkasta viss ikkje tiltaka vart følgt opp etter utskriving.

«Kva med kommunane? Kvifor skal vi gjere dette når kommunane ikkje føl det opp?»

Nokre uttrykte at ein vart så opptatt av å kartlegge pasientane at ein gløymde å lage behandlingsplan i DIPS. Det var også utfordrande å få enkelte av personalet til å lage behandlingsplan og følgje denne. Andre i personalgruppa var svært positive og såg styrken i å drive med ei systematisk kartlegging.

«Mitt inntrykk er at vi screenar pasientar, men eg er usikker på kor godt vi føl opp med tiltak overfor pasienten. Eg er usikker på om pasienten får mellommåltid sjølv om det står i planen at han skal ha det.»

Fleire tilsette opplevde at studentane hadde varierende motivasjon til å lage behandlingsplan. Enkelte meinte dette skuldast at haldningane hjå rettleiarane påverka studentane. Andre tilsette sa at dei trudde kartlegging var noko som berre studentane skulle drive med og tok derfor ikkje initiativ til å utføre dette arbeidet. Etter første gjennomføring hadde praksislærarane derfor ekstra fokus på å gjere det tydeleg overfor studentane at det var særst viktig å lage og følgje ei behandlingsplan dersom det vart avdekka risiko.

Avdelinga hadde ein høgdemålar som var fastmontert på eit rom mellom gruppe 1 og 2. Det viste seg at dei aller skrøpelegaste pasientane som ikkje kunne mobiliserast, ikkje vart kartlagt. Då dette vart avdekka, fann ein fram til ein tabell der ein kunne nytte overarmsmål og halvfamn til å estimere kroppsmasseindeks.

I etterkant av prosjektet har institusjonskøkk ført vidare ordninga med å oppsøke pasientar som har ernæringsmessig risiko eller er underernærte. Medisinsk sengepost og kreftavdelinga deler på 50 % av stillinga til direkte pasientarbeid. Ho kartlegg og motiverer pasientane, lagar tilpassa kostplan og tilbyr dei frukt og mellommåltid. Ho lagar individuelle notat i DIPS med kostråd, som skal følgje pasienten ved utskriving. Ho er også ein støttespelar overfor tilsette. Einingsleiarane og sjukepleiarar i avdelinga uttrykte at ernæringsprosjektet la eit godt grunnlag for innføring av pasienttryggleiksprogrammet, som kom etter dette.

4.2 Trygg Pleie

Gjennom søknad om og tildeling av samarbeidsmidlar vart prosjektet leiarforankra ved begge institusjonane, og starta som planlagt i august 2015. Det vart ytt noko mindre midlar enn det ein søkte om, men ein fekk likevel gjennomført den direkte studentoppfølginga som planlagt. Fagutviklingsjukepleiar og praksislærarar frå HiSF samarbeida om gjennomføringa.

For kull 64 starta prosjektet med at studentane deltok på helseføretaket sin «Screeningskule». Dette var eit innføringskurs på 45 minutt som var obligatorisk for alle tilsette. Fagutviklingsavdelinga ved FSS var ansvarleg for innhaldet og gjennomføringa. Innhaldet i kurset var gjennomgang av pasienttryggleiksprogrammet, opplæring i utfylling av nytt journaldokument i DIPS (BL Trygg Pleie) og informasjon om praktisk gjennomføring av risikokartlegginga og bruk av tiltakspakkar dersom ein avdekka risiko.

For kull 65 vart det arrangert ein eigen temadag første dagen i praksis. Innhaldet denne dagen var gjennomgang av pasienttryggleiksprogrammet, innføring i kvalitetsforbetringsteori, opplæring i

gjennomføring av risikovurdering og utfylling av «Trygg Pleie». Vidare gjekk ein nøye gjennom tiltakspakkane som skal nyttast dersom pasienten er i risikosona, og øvde på å lage behandlingsplan som viser individretta tiltak for å førebygge denne risikoen. Avslutningsvis vart det laga posters til oppslag i avdelinga. Planlegging og gjennomføring av denne temadagen vart gjort av praksislærarar ved høgskulen og fagutviklingssjukepleiar. Konsulent ved fagavdelinga, klinisk ernæringsfysiolog, fagutviklingssjukepleiar og praksislærarar stod for undervisninga.

Risikovurdering (RV) omfattar kartlegging av ernæringsvikt, fall og trykksår og utfylling av journaldokumentet «Trygg Pleie». Risikovurdering for trykksår skal utførast innan fire timar etter innlegging, medan risikovurdering for ernæringsvikt og fall skal gjennomførast innan 24 timar. Ved endring i pasienten sin tilstand eller innan ei veke skal ein vurdere pasienten på nytt. Risikovurdering har dermed vore tema på alle vakter i begge prosjektperiodane. Gruppeleiar ved sengeposten hadde ansvaret for å skrive kode «RV/» som planlagd aktivitet på sengepostlista til nye pasientar som kom til avdelinga. Dette var ei vidareføring frå ernæringsprosjektet, presentert i del 4.1, men no vart koden endra frå «NRS» til «RV». Når risikovurderinga var gjennomført, vart skråstreken fjerna slik som tidlegare. Opplysningar om pasienten sin risiko var då å finne i skjemaet BL Trygg Pleie, og ved risiko vart det laga behandlingsplan i tråd med tiltakspakkane i pasienttryggleiksprogrammet. Vidare vart tiltaka gjennomførte og informasjon vart dokumentert og overført til andre når pasienten vart utskreven. Studentane var med på dette daglege arbeidet, og vart rettleia av praksislærar og tilsette. Vidare var studentane medverkande i å undervise vikarar, tilsette i små stillingsstorleikar og andre i å utføre risikovurdering og lage behandlingsplan. Prosjektet har vore formidla på HF og HiSF sine nettsider gjennom intervju av studentar og praksislærarar (vedlegg 2). Posterane som studentane hadde laga, var oppslått i korridorane ved dei tre gruppene og i arealet ved inngangen til kantina (vedlegg 3). Prosjektet var også presentert på Fjordkonferansen 2016, 21.06-22.06.16 i Loen med temaet: «Studentar som aktive deltakarar i kvalitetsforbetring».

Gjennom prosjektperioden var 17 studentar aktivt deltakande i å implementere «Trygg Pleie». I første perioden, der risikovurderinga var ny for alle, vart det kartlagt færre pasientar enn i andre perioden. Første perioden gjekk det også noko lengre tid før risikovurderinga vart utført, slik at tidsfristane oftare ikkje vart overhaldne. Det var også ein skilnad i gjennomføringsgrad mellom dei tre ulike gruppene ved avdelinga. Fagutviklingssjukepleiar gav jamleg tilbakemelding til tilsette og studentar på korleis ein låg an i høve til målet om at alle pasientane skulle vurderast innan tidsfristen. I tillegg var prosjektet gjennomgåande tema på morgonmøter og fleire personalmøter i avdelinga. Repetisjon av informasjon og tilbakemelding på gjennomføring er særskilt krevjande og såleis sær viktig når personalet jobbar i tredelt turnus sju dagar i veka.

I starten av prosjektperioden vart det både av tilsette og studentar oppgjeve dårleg tid som årsak til at ein ikkje gjennomførte risikovurdering i det heile eller at den ikkje vart gjennomført innan fristane. Nokon av dei tilsette gav uttrykk for at dei ikkje skjønna «vitsen» med å gjere ei arbeidsoppgåve som dei allereie utfører meir tungvint. Dei hevda at tida vart tatt bort frå direkte pasientkontakt til meir kontorarbeid. I morgonmøter og personalmøter vart det uttrykt ulike meiningar som vart notert ned og som er presentert som sitat.

«Dette har vi jo alltid gjort, skjema, rapportar og målingar fører berre til at vi fokuserer på det vi blir målte på, og fokuset på det som pasienten opplever som viktigast kjem i andre rekkje. Skulle ønskje at dei stolte på at vi gjer jobben vår.»

Det vart også rapportert om at studentane ikkje var særleg initiativrike til å utføre risikovurdering.

«Vi hadde kanskje trudd at studentane var litt meir aktive. At vi slapp å mase på dei – det er jo trass alt eit studentprosjekt.»

Trass i at det vart beskrive som tungt å kome i gang med implementeringa av risikovurdering, vart det sagt at fokus framleis var til stade, og at ein særskilt frå leiarsida ivra for å halde trykket oppe. Det vart påpeika at tidlegare studentprosjekt, der ein starta med ein temadag for studentane første dagen i praksis og samstundes informerte dei tilsette på personalmøtet nærast i tid med praksisstart, hadde hatt betre effekt. I tillegg vart det gitt tilbakemelding om at tidspunkta praksislærar var i avdelinga burde endrast frå kl. 08-09 til kl. 10-11.

Personalet sa i personalmøter at andre delen av prosjektperioden fungerte betre. Dei sa at studentane var flinke til å følgje opp risikovurderinga og det var positivt at dei lærde opp personale som ikkje hadde delteke på «screeningskulen». Årsaka til at dei ikkje hadde fått intern opplæring var at dei var nytilsette eller hadde vore i permisjon. Studentane vart derfor oppfatta som ein læringsressurs i avdelinga.

«Det er ekstra motiverande at vi kan noko som dei som jobbar her ikkje kan. Då føler eg meg til nytte på ein måte. I staden for at det er eg som må spørje heile tida, er det eg som kan svare. Det er kjekt.»

Vidare melde avdelinga at det hadde vore hjelpsamt, særleg i starten, at praksislærarane var tilgjengelege i avdelinga. Det vart også framhalde at fagutviklingssjukepleiar, gjennom å gje kontinuerleg tilbakemelding om resultatata per gruppe, haldt motivasjonen oppe. Den gruppa som var

dårligast på ei måling, ønskte å gjere det betre neste gong. Vi praksislærarar tenkjer også at prosjektet har «identifisert» motstandarane, og såleis har gjeve moglegheit til å gje desse ekstra opplæring og oppfølging. Det vart også avdekket at ein årsak til mangelfull/sein risikovurdering skuldast mangel på utstyr, og det var kjøpt inn to nye vekter i prosjektperioden.

4.3 Tavlemøte

Fire studentar frå kull 67 i emne SK 164 og tre studentar frå kull 65 i emne SK 159 deltok i prosjektet. Praksisperioden for studentane i emne SK 164 var på ni veker og seks veker for studentane i emne SK 159. Studentane starta på ulike tidspunkt i praksis, og dette medførte ulik introduksjon.

Rådgjevar i fag- og utviklingsavdelinga i Helse Førde, fagutviklar ved Medisinsk avdeling og praksislærarar samarbeida om gjennomføring av temadagen for kull 67. Det var tolv studentar i praksis på heile sengeposten og alle desse deltok på temadagen. Dei evaluerte temadagen munnleg etterpå. Her sa dei at tavlemøte verka som eit flott tiltak for å få orden. Alle studentane sa at temadagen var lærerik og at dei fekk mykje nyttig informasjon som var interessant for deira jobb framover. Det var også fint å få praktisk trening i korleis dei skulle gjennomføre eit tavlemøte. Studentane diskuterte måtar dei burde spørje på slik at ikkje personalet ville føle seg hengt ut dersom det var tema som ikkje var kartlagt. Då dei skulle finne dokumenterte opplysningar om pasientane, fekk dei erfare at det var utfordrande viss ikkje alle dokumenterer på same måte/ på same stad. Dei erfarte også at det var mangelfulle datasamlingar ved pasienten sin innkomst. Dei sa dei no såg kor viktig dette er for å systematisere behandling og pleie. Studentane sa dei ønskte å forbetre sin eigen dokumentasjon i pasientjournal ved å lage behandlingsplanar i DIPS, og ønskte praktisk opplæring i korleis dei kunne lage gode planar.

Tavlemøter vart gjennomført fem av sju dagar i veka gjennom heile praksisperioden. Den studenten som var på vakt, leia møtet og dei fordelte leiaransvaret mellom seg om morgonen. Legar, fysioterapeut, ergoterapeut, studentar og pleiepersonalet deltok i møta der data om pasientar som var innlagt ved gruppe 2 vart gått gjennom for å identifisere risikoområder. Fagutviklar deltok på møta og støtta gjennomføringa ved behov. Praksislærar deltok på enkelte tavlemøte og nokre morgonmøter på sengeposten. På morgonmøta fekk personalet ta opp aktuelle tema og praksislærar hadde rettleiing på rettleiing overfor pleiepersonalet. Prosjektet vart formidla gjennom intervju på intranet i HVL og lenka til intranet i HF. Det vart også formidla på TPS-nettverket sin samling på Os, 07.06- 08.06.17 med temaet: «Sjukepleiarstudentar sine erfaringar med forbetningsarbeid ved hjelp av tverrprofesjonelle møter- studentprosjekt på ein medisinsk sengepost i Helse Førde».

Seks studentar deltok på fokusgruppeintervjuet. Dette var siste dag i praksis for studentane i emne SK 164 medan studentane i emne SK 159 hadde to veker att av praksisemnet. To studentar sa dei hadde grua seg til leiaransvaret i dei tverrprofesjonelle møta og syns det hadde verka som ei stor utfordring. Men då dei kom i gong endra dei oppfatning og sa det hadde gått over all forventning fordi dei erfarte at det ikkje var dei som skulle kome med alle svara, berre leie fram til desse. Det hadde vore ei god erfaring å vere med å implementere ein ny arbeidsform og det var lærerikt å få leiarerfaring. Dei hadde erfart at dei måtte vere litt bestemt, direkte og våge å seie i frå, men at det vart lågare terskel for alle å ta ordet sidan det var studentar som leia møta. Dei hadde også kunna påverka kva tema som skulle takast opp på møtet, og tavla hadde endra seg undervegs i prosjektet. Studentane hadde då fått tilbakemelding om at dei hadde gode idear.

«Og det at det er vi studentar som leda dette syns eg i alle fall er med å senke terskelen for å i det heile tatt ta ordet. Når du sitte på ein sånn...altså opp mot ein klassisk previsitt så det jo litt sånn; «okei no har eg noko eg har lyst å sei, tørr eg å liksom komme i gang eller avbryte legen.. eller å sei noko då». Mens her så har du ordet og kan smette inn og du får liksom ut det du har lyst å sei. Og det på ein veldig enkel og grei måte.»

Dei sa også at dei hadde fått nyttig erfaring om korleis sjukepleiarar samarbeida med andre yrkesgrupper i ei avdeling. Samarbeidet i tavlemøtet vart annleis enn t.d. ein previsitt, fordi studentane opplevde at previsitt hadde eit hierarkisk mønster der legen var leiar og sette premissane. Sjølve samarbeidet var premissen i tavlemøta og heile personalgruppa vart inkludert og bidrog med informasjon. Det vart då lettare å sjå kva alle jobba med og diskusjonar mellom ulike profesjonar vart løfta meir fram. Dette gjorde at fleire fekk ei forståing av kva slags argumentasjon som låg bak ei avgjersle. Både legar, fysioterapeutar og ergoterapeutar har vore aktive og synt stor interesse ved å gje innspel om pasientane. Studentane uttrykte at dei var særskilt overraska over at legane var så pliktoppfyllande.

I starten hadde studentane erfart at mange av pleiepersonalet var negativ til tavlemøta. Enkelte jobba direkte imot møta. Fire veker etter prosjektet starta, opplevde studentane at fleire av personalet hadde akseptert tavlemøta, såg nytten av møta og tok medansvar for å endre tavla. Dette tolka dei til at personalet hadde endra seg og hadde fått eit eigarforhold til tavla der dei kom med konstruktive innspel. Personalet var førebudde til møta, møtte presis og var ei drivkraft.

«Når eg tenker på det så er det eigentleg heilt tåpeleg å jobbe mot noko sånt og ikkje har lyst å innføre det for det er jo snakk om pasientsikkerheit og det å redde liv og hindre skade og at

pasientar skal ha det bra, og så er det likevel motstand. Men no har dei kanskje kome til det punktet har dei har begynt å tenke litt.»

«Eg føler at når personalet har snakka om tavlemøte, eller viss dei kjem og snakkar om det sånn... det er kanskje ikkje tavlemøte direkte dei er negative til, men det er frykten for så mykje forandringar; det skjer så mykje, det er så mykje forandringar, det er liksom det der. Og dei er veldig opptatt av at dei må bli høyrte. Det er liksom det eg syns tyngda ligg på når dei snakkar om det nye som skjer.»

Det hadde vore vanskeleg å vere student saman med negative rettleiarar som ikkje var motivert for prosjektet. Studentane opplevde då at kontaktsjukepleiar ikkje var ein ressursperson, men ein som arbeida i mot dei.

«Nå du skal ha veiledere som også er negative til det så blir det vanskeleg å engasjere seg sjølv i det fordi ein får ikkje det rommet i din egen praksis til å ha fokus på det heller.»

Rettleiarane argumenterte med at elektroniske system tek personalet vekk frå direkte pasientarbeid og at tida saman med pasientane forsvinn. Studentane var ikkje einige i dette fordi gode system kan gje ein effektivitetsgevinst. Studentane opplevde at det var raskt å dokumentere og at dei ikkje brukte meir tid framfor datamaskina ved å risikokartlegge pasientar. Fleire av personalet lærte studentane til å leite i gamle journaldokument etter informasjon. Studentane sa dei heller brukte pasienten som kjelde. Det var betre å ta eit grundigare inkomstintervju fordi dei då fekk svar på alt.

«Men dei har trua på at dei gjer det dei skal gjere. Det er det som er så fasinierende, at dei har den trua på at dei gjer pasientretta arbeid og er «på golvet», men så sit dei på vaktrommet og drikk den kaffien og diskuterer «strikketøyet» sitt i staden for.»

Studentane erfarte at personalet hadde jobba meir med risikokartlegging i prosjektperioden, men at det mangla fokus på å lage behandlingsplanar og dokumentere tiltak som vart gjort på dei ulike risikoområda. Studentane opplevde at journalsystemet DIPS var lite brukarvennleg og ikkje fungerte godt. Dei opplevde også at mange i pleiegruppa ikkje var trygg på å lage planar. Avdelinga hadde akkurat tatt i bruk Meona, og dette opna for å lage tiltak som måtte kvitterast for utført. Studentane sa at det vart mykje dobbeltføring, men at det var lett å lage tiltak i Meona.

Studentane i emne SK 159 opplevde det var flott å kome inn i eit forbetningsarbeid som alt var sett i verk, før dei skulle skrive oppgåva si. Dei kunne då fokusere på å evaluere tiltaket. Dei sa det var lærerikt å sjå den prosessen og følte dei derfor hadde kome lenger enn dei andre som gjekk i kullet deira. Studentane i emne SK 164 sa det hadde vore gøy å ha vore med på prosjektet og gjere noko annleis. Dei følte dei fekk innblikk i forbetningsarbeid og at dette hadde vore gode erfaringar som dei kunne ta med seg.

«Eg føler eg har blitt ein betre student fordi eg har fått strukturert litt korleis ein skal være når ein skal møte ein pasient fordi du har tavla, du veit kva du skal ha og det gjere det litt enklare å innhente informasjon og implementere det i måten eg er på med pasientane, mykje meir enn kva eg har gjort tidlegare då det ikkje har vore noko ramme på det..., litt meir heilheitleg sjukepleie. Tavlemøte har definitivt hjulpet på det.»

I denne delen har vi funne at leiarforankring og ein strukturert plan for gjennomføring har vore viktig både for personalet og for studentane, slik at det ikkje vart usikkerheit rundt gjennomføringa. Ved å bruke ressursar på opplæring av studentar i starten av kvar praksisperiode, kunne dei vere ein ressurs tilbake overfor pasientar, pårørande, vikarar og nytilsette. Studentane har kartlagt risiko hjå mange pasientar og har utarbeida behandlingsplanar hjå dei som var i risikosone. I desse tre prosjekta har studentane fått praktisk erfaring med å gjennomføre forbetningsarbeid. Praksislærarar har deltatt regelmessig i direkte gjennomføring av prosjekta og har rettleia både tilsette og studentar. Dette har gitt førstehandskjennskap til korleis prosjekta har blitt gjennomførte. Enkelte i personalgruppa såg ikkje nytteverdien av å kartlegge alle pasientar som vart innlagt for å kunne identifisere dei som var i risikosone og gav uttrykk for motstand mot å implementere Helse Vest sitt pasienttryggleiksprogram. Kartlegginga synte også at avdelinga mangla utstyr for å kartlegge dei aller skrøpelegaste pasientane. Prosjekta vart formidla gjennom posters i avdelinga samt intervju på Helse Førde og Høgskulen sine nettsider. Prosjekta vart også formidla i TPS-nettverket og på Fjordkonferansen.

5 Drøftingsdel

I denne delen drøftar vi i kva grad prosjekta har ført til auka kvalitet i praksisopplæringa og i praksis, og om dette har styrka koplinga mellom utdanninga og praksisfeltet. Vi presenterer derfor nokre pedagogiske perspektiv som har vore relevante for arbeida våre. Dette knyt vi til dei tre studentprosjekta og koplar det med føremålet med samarbeidsprosjekta, som var å auke studentar sin kompetanse (kunnskap, ferdigheiter og haldningar) knytt til autentiske oppgåver.

5.1 Har prosjekta stimulert til betre kvalitet i praksisopplæringa?

I følge Halland (2004) vert kvalitet vurdert ulikt frå person til person fordi omgrepet delvis er knytt til forventningar og tilfredsstilling av den enkelte sine behov. I tillegg kan standarden for praksis vere ulik for studentane ettersom dei møter ulike kontaktsjukepleiarar og har praksis ved ulike einingar i helseføretaket. Kvalitet er derfor knytt til studenten sin samla oppleving. For å analysere kvalitet må

ein derfor ha kunnskap om studentar sine føresetningar for å lære individuelt og i grupper. Desse opplevingane må haldast opp mot faglege målsettingar (Halland, 2004).

Eit ferdigheitsmål i læringsutbyttebeskrivinga er at studentar skal kunne «*fremme læringsprosessar som bidreg til pasienttryggleik, kvalitet og tillit i helsetenesta*» (Høgskulen på Vestlandet, 2017). Den første tida på ein ny praksisplass har studentar behov for å bli kjend og få opplæring i avdelinga sitt arbeidsfellesskap (Wittek og Brandmo, 2016). I denne perioden har studentar og tilsette eit utprega asymmetrisk forhold (Boge, Markhus, Moe og Ødegaard, 2005). Ved å gje studentane opplæring og ansvar for noko som dei tilsette ikkje har like stor kjennskap til, kan ein endre litt av forholdet mellom partane. Studenten vart på denne måten ein læringsressurs overfor tilsette. Dei fekk tidleg ansvar for å undervise vikarar, tilsette i reduserte stillingar og andre som hadde behov for opplæring noko som er i tråd med modellen for forbetningsarbeid frå Kunnskapsenteret (2015). Ved å vere gjort ansvarleg, vart studenten forplikta til å gjennomføre. Studenten vart ein meir aktiv part, og aktivitet i seg sjølv er ein føresetnad for å lære (Halland, 2004). Ved å trene på å undervise tilsette, fekk studentar trene på den pedagogiske funksjonen og fekk auka rettleiingskompetanse.

Det kunne vere utfordrande for studentar å inneha ei rolle som aktiv part i samarbeidet. Enkelte studentar var stille og forsiktige medan andre var meir utåtvente. Studentane hadde derfor behov for varierende grad av støtte. Mange studentar hadde praksisplass samtidig på sengeposten. Studentane kunne då finne støtte i kvarandre ved å diskutere saman (Tveiten, 2013). Dei kunne dele synspunkt og utvikle kunnskap (Lycke, 2006). Praksislærar kunne også støtte studentane i arbeidet fordi dei var meir til stades i avdelinga. Praksislærar var ikkje ein del av ordinær bemanning og var meir uavhengig av dagleg drift. Dei hadde derfor tid til å rettleie studentar. Dette gjeldt også ressurspersonar i avdelinga som hadde frigjort tid til å følge opp.

På ei anna side kan endra rettleiingspraksis og forskyving av modellmakt, føre til uro hjå rettleiarar i praksisfeltet. Ein kontaktsjukepleiar uttrykte i samtale med praksislærar: «*Ja, vi får vel gjere risikovurderinga då, slik at vi pleaser fagutviklingssjukepleiar og kjem med i statistikken.*» Dette kan vere eit uttrykk for at kontaktsjukepleiar ikkje følte eigarskap og lojalitet til innføring av ny praksis, sjølv om det er initiert av Helsedirektoratet og forankra i alle ledd i organisasjonen. Dette skapar eit auka konfliktnivå. Ein kan sjå at iverksettinga ligg meir i retninga av ei politisk iverksetting som vert styrt ovanfrå og ned der vedtaket vert gjennomført til tross for konflikt og motstand hjå personalet (Matland, 1995). Når rettleiarane gjev uttrykk for ei slik haldning er det fare for at studentar kan oppfatte og tolke dette som motstand mot deira prosjektoppdrag og prioriterte oppgåver.

Eit ferdigheitsmål i læringsutbyttebeskrivinga til studentar er at dei skal kunne «*utøve sjukepleie basert på forskning, erfaring og fagleg skjønn*» (Høgskulen på Vestlandet, 2017). Under utdanning har studentar behov for prosedyrar og standardisering fordi dei må lære minimumstiltak. Ei prosedyre hjelper derfor studenten til å sikre at det som skal gjerast vert gjort. Det tek tid å utvikle skjønn der dei får innsikt i heile situasjonen til ein pasient (Alvsvåg, 2007). Ved å lage individretta behandlingsplan og sette denne i verk, kunne studentar trene på å tilpasse tiltaka til den enkelte pasient. Studenten fekk då overføre teoretisk kunnskap til handling (Blåka og Filstad, 2007). I møtet med pasienten kunne studenten og kontaktsjukepleiar diskutere aktuelle tiltak og på denne måten trene på å utvikle skjønn. Å ta del i praksisfellesskapet sine fortellingar om skjønn og klinisk blick gav studentar ei innsikt som dei ikkje kan få same tilgang til på høgskulen. Fortellingane kan seie studentane noko om korleis ein sjukepleiar bør handle i ein gitt situasjon, og korleis han kan handle i ein ny situasjon som kan vere tilsvarande, men likevel føre til anna handling (Alvsvåg, 2007).

Vidare har studentane gjennom opplæring i forbetningsarbeid og å bruke kvalitetssirkelen. På denne måten har dei fått trene på å sette teori ut i praksis (Kunnskapsenteret, 2015). Studentane i emne SK 159 uttrykte at dei hadde særleg godt utbytte av å ha teoriundervisning tett opptil praksis og koplinga vart då ekstra tydeleg for desse. Dessutan trekte dei fram at det var nyttig å få bruke trinna i kvalitetssirkelen.

«Samanlikna med dei andre i kullet som måtte starte på skrætsj har vi vore heldige. Sidan tiltaka var bestemt på førehand, fekk vi vere med å sette dei i verk. Dei andre har stort sett berre fått kome til planleggingsfasa.»

Nokre tilsette gav uttrykk for at dei ikkje såg nytteverdien av å kartlegge alle pasientar fordi dei opplevde at eit klinisk blick var tilstrekkeleg for å fange opp pasientar som var risikosone. Erfarne rettleiarar gav uttrykk for at dei «nye tiltaka» som studentane skulle sette i verk, alltid har vore gjort som ein del av sjukepleiepraksisen. Dei meinte at det derfor ikkje var naudsynt å innføre ein praksis med å kartlegge alle pasientar. Motstand mot å innføre desse endringane vil påverke organisasjonen si læringsevne og praksisopplæring for studentar (Offerdal, 2014).

Det er grunn for å tru at det kan vere ein samanheng mellom haldningar hjå rettleiarar og enkelte studentar sine haldningar, og at dette var noko som påverka motivasjon i arbeidet hjå studentar. Det er mogeleg at kontaktsjukepleiar sine vurderingar var rette ut i frå det samla arbeidet i avdelinga og pasienten sin situasjon ut i frå å kunne utøve eit skjønn, men studenten fekk truleg ikkje tilstrekkeleg argumentasjon til å kunne få innsikt i vurderingane. Det kan vere ulike årsakar til motstand og det

kan vere utfordrande for studentar å vurdere korleis dei skal gjere seg nytte av ein erfaren sjukepleiar sine kritiske spørsmål. Studentane vart ikkje intervjuet om deira haldningar så vi kan ikkje forklare denne varierende motivasjonen. Kontaktsjukepleiar er rollemodell for studentar og deira haldningar kan bli lagt merke til og vere grunnlag for studenten si uformelle læring (Skagen, 2000). Studentane har derimot ikkje denne vurderingsevna og treng ei analytisk arbeidsform og ei klar oppgåveorientering (Nortvedt og Grønseth, 2016). Vi ser at dette er eit spenningsfelt og kan skape uro mellom rettleiar og student når rettleiar på den eine sida ber om å bli stola på i arbeidet dei gjer. På den andre sida er studentane opptekne av å få ei oppskrift på korleis dei skal utføre sjukepleieoppgåvene.

Eit kunnskapsmål i læringsutbyttebeskrivinga er at studentar «*kjenner til forskning og utviklingsarbeid relevant for sjukepleie*» (Høgskulen på Vestlandet, 2017). Det vert hevda at studentar lærer betre ved å trene i autentiske situasjonar enn å få forelesing om desse tema (Raaheim, 2016). Ved å ta i bruk nasjonale faglege retningslinjer og få kjennskap til forbetningsmetodikk kunne studentar trene på å gjennomføre utviklingsarbeid (Kunnskapsenteret, 2015). I prosjekta fekk studentane formidla eige utviklingsarbeid direkte til pasientar, pårørande og helsepersonell blant anna gjennom undervisning, posterpresentasjonar i avdelinga og gjennom medieoppslag. Pasientar og tilsette kunne då gjere ei vurdering av korleis dei gjennomførte arbeidet og studenten kunne få direkte tilbakemelding (Kunnskapsenteret, 2015). Dei fekk også erfaring ved å møte eventuelle utfordringar hjå ulike pasientar (Raaheim, 2016). Sjølv om ikkje studentane var med å utvikle ny forskning, formidla dei eige fag med eit forskingsbasert innhald og nytta forskingsbaserte metodar i utøvinga av faget (Strømsø, 2016).

5.2 Har prosjekta stimulert til betre kvalitet i praksis?

Høgskulelektorane og ressurspersonane hadde fokus på at studentane skulle meistre verktøya, jobba med å stimulere studentane til å ha eit eigarforhold til prosjekta og syne anerkjenning for arbeidet dei utførte. På denne måten vart det jobba med å auke motivasjonen deira i arbeidet (Bjørndal, 2016).

Leiinga hadde uttrykt behov for å betre standarden innan kvalitetssikring av pasientar. I løpet av prosjektida vart det synleg at til dømes dei aller skrøpelegaste pasientane ikkje vart kartlagt fordi avdelinga ikkje hadde tilstrekkeleg utstyr til å gjennomføre vektmåling hjå dei som ikkje kunne mobiliserast. Ved å få innsikt i kva materielle ressursar betyr for jobben, fekk studentane erfare ein kritisk dimensjon ved organisasjonen og kunnskap om kva rammefaktorar betydde for arbeidet. Studentane kunne på denne måten sette arbeidet med pasienten inn i ein større organisatorisk

samanheng. Det er viktig at studentar får kjennskap til arbeidet før dei vert utdanna. Dette er med på å redusere realitetssjokket som studentar kan oppleve som nyutdanna, og kan gjere det lettare å påpeike rammefaktorar som må vere tilgjengelege for å kunne utføre jobben (Orvik, 2015).

Organisasjonskulturen vil også kunne påverke organisasjonane si læringsevne (Offerdal, 2014). Dei kulturelle vilkåra for læring avheng av organisasjonen si evne til å lytte til det som føregår i organisasjonen. Dei må også ha evne til å ta både positive og negative hendingar på alvor. Vedtak om forbetningsarbeid i praksisfeltet og i undervisninga vil påverke og gjere dei tilsette ansvarleg når arbeidet skal settast i verk. Dersom vedtak ikkje vert sett i verk eller det oppstår avvik i forhold til vedtaket, må dette meldast tilbake til leiinga og tilsette. Regelmessige informasjonsmøter vil då vere ein viktig arena for å gje tilbakemelding om implementeringsprosessen. Dei tekniske vilkåra for læring er avhengig av informasjonen som «flyt» oppover i organisasjonen (Offerdal, 2014). Eit eksempel på teknisk tilrettelegging for læring er at leiarane både i praksisfeltet og på høgskulen får tilbakemeldingar om prosjektet gjennom til dømes rapportar. Informasjon om manglande rammefaktorar som vert gjort synlege kan vere med å påverke framtidige vedtak eller gjere om på tidlegare vedtak.

Det vart gjennomført jamlege møter mellom tilsette, leiing og praksislærarar. I møta vart det gitt informasjon om måloppnåing og status for prosjekta, samt fanga opp eventuelle vanskar. I ein systematisk oversiktsartikkel vert det framheva at slik måling og tilbakemelding om korleis eit prosjekt innfrir, er viktig for at implementeringa skal bli vellykka (Ivers et al., 2012). Vidare vert det også lagt vekt på at repetisjon av opplæring av tilsette er naudsynt for innføring av nye tiltak/ system (Kunnskapssenteret, 2015).

Iverksetting av nye arbeidsmetodar i praksisfeltet reiser også etiske spørsmål (Offerdal, 2014). Dette kjem særleg til uttrykk når det er problematiske sider ved gjennomføringa. Spørsmålet blir korleis ein tek tak i dette og kva type læring slike situasjonar gjev. I følgje Solvoll og Sagen (2010) kan det å seie ifrå føre til både positive og negative reaksjonar. Ein må vere fintfølande dersom det kjem fram kritikk eller respektlause ord. Å ha respekt for den andre parten sin integritet, aukar tilliten og samarbeidsviljen. Gjensidig respekt fører då til større openheit og toleranse for eventuell kritikk. Nettopp slik respekt har studentane synt då dei uttrykte audmjukheit i møte med personalet då dei diskuterte måtar å spørje på for å hindre at personalet kunne føle seg hengt ut dersom dei ikkje hadde gjort pålagt kartlegging.

Studentar utarbeida behandlingsplan i dei tilfelle dei avdekka underernæring eller risiko for underernæring. Vi kan ikkje seie om tiltaka hadde effekt for helsa til pasienten då dette ikkje er studert. Vi kan likevel antyde ein effekt då tiltaka vi har vore med å implementere nettopp er valde ut i pasienttryggleiksprogrammet fordi dei har dokumentert effekt (Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, 2016).

5.3 Har prosjekta utvikla sterkare kopling mellom utdanning og fagutviklingsprosjekt i praksisfeltet?

Det er eit mål å få til samarbeid mellom høgskule og praksisfeltet for å redusere kommunikasjonsproblem og for å styrke samanhengen og heilskapen mellom teori og praksis (Høgskulen på Vestlandet, 2016). Kontinuitet i lærarressurs ved same praksisplass har gjort det enklare å trekke erfaringar og utvikle nye studentprosjekt på bakgrunn av dei føregåande prosjekt. Slik kontinuitet har ført til at vi som er praksislærarar har utvikla eit eigarforhold til praksisplassen. Det stimulerer til å bruke ekstra tid og rette fokus på forbetningsområder. Engasjement fører også til at ein investerer meirressurs inn i arbeidet og får eit eigarforhold til forbetningsområda. Ei slik prioritering kan i følgje Offerdal (2014) vere vilkår for læring av politisk art då det syner seg i dei prioriteringar som organisasjonane gjer.

I desse studentprosjekta har det blitt tildelt samarbeidsmidlar som har lagt føringar for prioriteringane som vart gjort både i helseføretaka og i høgskulen. Medisinsk sengepost har då kunna kopla eksterne midlar frå høgskulen saman med studentarbeid slik at dei har fått hjelp til å kome i gang med ulike forbetningsarbeid som er etterspurt av Kunnskapsdepartementet. I følgje Offerdal (2014) ligg læringsperspektivet i at ein gjennom vedtak og erfaringar med forbetningsarbeid skapar ein moglegheit for å auke kompetansen både i avdelinga og ved høgskulen. På denne måten kan praksisfeltet for sjukepleiarstudentane og dei tilsette bli en læringsarena for iverksetting av politiske vedtak.

Einingsleiarar og andre har uttrykt at ernæringsprosjektet la eit godt grunnlag for innføring av pasienttryggleiksprogrammet. Både tilsette i praksisfeltet og praksislærarar har erfart at studentar kan vere ein læringsressurs. Studentane kan derfor vere ein aktiv part i endringsarbeid der dei kan spele ei rolle i innføringa av utvalde innsatsområde av pasienttryggleiksprogrammet. Studentar og høgskulelektorar har vore aktive partar i Helse Førde sine krav til endring og innovasjon og dette kan vere med på å redusere gapet mellom utdanningsinstitusjonane. På denne måten kan ein vere gjensidig delaktig i å gjennomføre organisasjonsmessige endringar (Blåka og Filstad, 2007).

Praksislærer har erfart at vi kan vere brubyggjar og ein diskusjonspartnar (Høgskulen på Vestlandet, 2017). Gjennom samarbeidsmidlane har ein kunne vore meir til stades direkte i praksisfeltet og på avdelingsmøter. Tilsette har uttrykt at denne deltakinga har vore oppklårande. Dei har særskilt trekt fram at det har vore nyttig å ha blitt minna på at mange tiltak allereie har vore innarbeidd, men at dei no vert systematiserte og dokumenterte i tråd med faglege retningslinjer. Ut av dette kan vi då tenkje at vi har vore med på å bygge miljø på sengeposten gjennom å vere synlege.

6 Oppsummering

I denne rapporten har det overordna temaet vore «Kvalitetsforbetringsarbeid i spesialisthelsetenesta». Rapporten har beskrive planlegging og gjennomføring av tre forbetringsprosjekt der sjukepleiarstudentar har vore involverte. Desse prosjekta er kalla Ernæringsprosjekt, Trygg Pleie og Tavlemøte.

Føremålet med prosjekta har vore 1) å betre kvalitet i praksisopplæringa for sjukepleiarstudentar som er i praksis i spesialisthelsetenesta, 2) å betre kvalitet i praksis og 3) å utvikle sterkare kopling mellom utdanning og fagutviklingsprosjekt i praksisfeltet.

Personalet og studentar har evaluert prosjekta på fleire måtar blant anna gjennom avdelingsmøter, sluttvurderingar og fokusgruppeintervju. Gjennomføring av prosjekta syner at studentane vart meir ansvarlege i sin eigen læringsprosess. Dei hadde også auka fokus på formidling av sjukepleiefaget, mellom anna til tilsette og pasientar. Dermed vart dei tryggare på sin eigen kompetanse og i at dei kunne delta både i organisatorisk og pedagogisk arbeid. Både praksisfeltet og høgskulen si erfaring er at studentar og høgskulelektorar kan vere aktive partar og læringsressursar i endringsarbeid i avdelingane.

Kontinuitet i lærarressursar vart trekt fram som eit kriterium for sterkare kopling mellom praksisfeltet og høgskule. På denne måten har ein jamleg utvikla nye studentprosjekt der ein har omsett teori til praksis. For studentane har dette resultert i ei auka forståing for kvalitetsforbetringsarbeid og tverrprofesjonelt arbeid. Likeins har også personale i avdelinga fått kjennskap til kvalitetsforbetringsarbeid. Personalet har vore positiv til prosjekta, men vist ulik entusiasme og til dels stor motstand til innføring av pasienttryggleiksprogrammet kor programmet legg for detaljerte føringar for utøvinga av sjukepleia. Likevel har samarbeidet mellom høgskulen og

praksisfeltet gjeve eit godt grunnlag for innføring av pasienttryggleiksprogrammet i avdelinga. Dette arbeidet vert no systematisert og dokumentert i tråd med faglege retningsliner.

Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (2007). Læring av sykepleie - gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I H. F. Alvsvåg, Oddvar (Red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 205-232). Oslo: Akribe.
- Andvig, E. (2010). Når forskningsmakten utfordres. I J. K. Hummelvoll, E. Andvig & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 63-76). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berman, P. (1980). Thinking about programmed and adaptive implementation: Matching strategies to situations. I H. M. Ingram & D. E. Mann (Red.), *Why Policies Succeed or Fail* (s. 205-227): SAGE Publications.
- Bjørndal, C. R. P. (2016). *Konstruktive hjelpesamtaler : mestringsfremmende perspektiver og redskaper i veiledning, rådgivning, mentoring og coaching*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørø, K., & Kirkevold, M. (2011). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. ed., Vol. B. 1, s. 343-380). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blåka, G., & Filstad, C. (2007). *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo: Cappelen.
- Bøge, M., Markhus, G., Moe, R., & Ødegaard, E. E. (2005). *Læring gjennom veiledning : meningsskapning i grupper*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., . . . Smedshaug, G. B. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring Nasjonale faglige retningslinjer, Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>
- Halland, G. (2004). *Læring gjennom stimulerende samspill : veiledning, vurdering og ledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Heggdal, H. M., & Bukve, O. (2014). Reguleringsstrategier og kvalitetsarbeid. I O. Bukve & G. Kvåle (Red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (s. 77-97). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Henta 14.11.2016, 2016, frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Helse Førde HF. (2014). Meir om oss. Henta 29.07.2014 2014, frå http://www.helse-forde.no/no/OmOss/Avdelinger/medisinsk/forde_sentralsjukehus/Sider/meir_om_oss.aspx
- Helse Førde HF. (2016). Utdanning og kompetanse. Henta 07.11.2016, 2016, frå <https://helse-forde.no/utdanning-og-kompetanse>
- Høgskulen i Sogn og Fjordane. (2016a). Avdeling for helsefag. Henta 07.11.2016, 2016, frå <https://www.hisf.no/nn/avdeling-helsefag>
- Høgskulen i Sogn og Fjordane. (2016b). *Etiske retningslinjer for studentarbeid*. Upublisert manuskript. Avdeling for Helsefag.
- Høgskulen i Sogn og Fjordane. (2016c). Samarbeidsmidlar ved Avdeling for helsefag. Henta 07.11.2016, 2016, frå <https://www.hisf.no/nn/samarbeidsmidlar-ved-avdeling-helsefag>

- Høgskulen i Sogn og Fjordane. (2016d). Sjukepleie, bachelorstudium, heiltidsstudium. Henta 07.11.2016, 2016, frå <http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/15607>
- Høgskulen på Vestlandet. (2016). Samarbeidsmidlar ved Avdeling for helsefag. Henta 11.01.2017, 2016, frå <https://www.hisf.no/nn/samarbeidsmidlar-ved-avdeling-helsefag>
- Høgskulen på Vestlandet. (2017). *Studieplanar 2016-17*. Henta frå <http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/15607>.
- Illeris, K. (2006). *Læring* (2. rev. udg. utg.). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Irtun, Ø., Mowé, M., Guttormsen, A. B., Wøien, H., & Thoresen, L. (2006). God ernæringspraksis- vurdering av ernæringsmessig risiko [brosjyre]: Fresenius Kabi Norge AS.
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., . . . Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*(6), Cd000259. doi: 10.1002/14651858.CD000259.pub3
- Kjellberg, F., & Reitan, M. (1995). *Studiet av offentlig politikk : en innføring*. Oslo: TANO.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning : fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet*. Kunnskapsdepartementet Henta frå https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf.
- Kunnskapscenteret. (2015, 18.12.2015). Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Henta 28.05.2015, 2015, frå <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid>
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning : Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge : Cambridge University Press.
- Lycke, K. H. (2006). Å lære i grupper. I H. I. Strømsø, K. H. Lycke & P. Lauvås (Red.), *Når læring er det viktigste : undervisning i høyere utdanning* (s. 141-155). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, 5(2), 145-174.
- Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. (2016). I trygge hender 24-7. 2011, frå <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender>
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg. ed., Vol. 1, s. 17-37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Offerdal, A. (2014). Iverksettingsteori – resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel. I H. Baldersheim & L. E. Rose (Red.), *Det Kommunale laboratorium : teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (3. utg. ed., s. 219-238). Bergen: Fagbokforl.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Raaheim, A. (2016). *Eksamensrevolusjonen: råd og tips om eksamen og alternative vurderingsformer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sjåstad, W. B. (2015, 10.09.15). Status pasienttryggleiksarbeidet i Helse Førde. Henta 08.11.2016, 2016, frå <http://www.ushtognogfjordane.no/Handlers/fh.ashx?MIId=11569&FilId=12436>

- Skagen, K. (2000). Modellering og veiledning. I K. Skagen (Red.), *Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning* (s. 105-121). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skjellanger, A., Deilkås, E., Sørensen, R., Advocaat-Vedvik, J., Brudvik, M., Schreiner, M., . . . Nikolaisen, J. (2014, 04.02.2015). Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24-7» 2011–2013. Henta 08.11.2016, 2016, frå <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-i-trygge-hender-24-7-2011-2013>
- Solvoll, B.-A., & Sagen, A. (2010). Forskningsmorske utfordringar ved feltmetodisk arbeid i egen organisasjon. I J. K. Hummelvoll, E. Andvig & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringar i praksisnær forskning* (s. 77-89). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). -og bedre skal det bli! : en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. frå <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>
- Strømsø, H. I. (2016). Forskningsbasert undervisning. I H. I. Strømsø, K. H. Lycke & P. Lauvås (Red.), *Når læring er det viktigste* (s. 40-53). Oslo: Cappelen Damm.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning: mer enn ord* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Witteck, L., & Brandmo, C. (2016). Om undervisning og læring. I H. I. Strømsø, K. H. Lycke & P. Lauvås (Red.), *Når læring er det viktigste : undervisning i høgere utdanning* (2. utg. ed., s. 19-39). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1. Prosjektplan Ernæring og FoU - med fokus på studentaktive læringsformer

Prosjektplan

Ernæring og FoU - med fokus på studentaktive
læringsformer



Bakgrunn

Det har vorte aukande nasjonalt fokus (1) på å kartlegge ernæringsstatus og behandle underernæring. Underernæring vert definert som ein ernæringsstatus med mangel på energi, protein og/ eller andre næringsstoff. Konsekvensar av å vere underernært, er at pasientar har auka risiko for å få komplikasjonar, dei får fleire infeksjonar, og den fysiske og mentale funksjonen vert dårlegare. Det gir og redusert livskvalitet, forlenger rekonvalesenstida og gir auka dødelegheit. Dersom ein kan identifisere pasientar som er i ernæringsmessig risiko, kan ein sette i verk tiltak før pasienten vert underernært. Helsedirektoratet har laga anbefalingar om korleis ein skal identifisere, førebygge og behandle underernæring (1).

Det er gjort kartlegging av ernæringsstatus både av heimebuande og pasientar på institusjon, og det syner at det er mange som er i risikosone for underernæring. Det er stipulert at 10 % av dei sjuke heimebuande er underernærte, medan ein prevalensstudie synte at det var 46 % av dei heimebuande som var underernærte eller var i risiko for å utvikle underernæring. Ved ein kirurgisk avdeling i Oslo var 39 % av pasientane moderat eller alvorleg underernærte, medan ein studie ved St. Olavs hospital synte at 2/3 av alle kreftpasientar som vart innlagt for lindrande behandling var underernærte. 60 % av pasientar over 70 år som vart innlagt ved medisinsk avdeling i Oslo synte at dei hadde risiko for underernæring. Det er fleire risikogrupper, som er ekstra utsette. Eldre, demente, einslege, funksjonshemma, psykiatriske langtidspasientar, rusmisbrukarar og pasientar med kroniske lidningar som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesjukdom (1).

Høgskulen i Sogn og Fjordane (HISF), avdeling for Helsefag skal gje sjukepleiestudentar kompetanse innan forskingsmetode. Etter at studiet er avslutta skal dei bl.a. kunne arbeide systematisk med fag- og kvalitetsutvikling. Dei skal også medverke til klinisk utviklingsarbeid og klinisk forskning. Studentar skal etter avslutta utdanning ha handlingsberedskap til å arbeide systematisk med fag- og kvalitetsutvikling. Dette er viktig for å kunne vidareutvikle eiga yrkesrolle, kunne delta i klinisk forskning og formidle forskingsresultat. I tillegg skal dei kunne delta i planlegging og utvikling av framtidig helseteneste og sette i gang fagutvikling (12).

Det eit mål om at studentar skal få tettare kontakt med FoU- miljø. I tillegg er det ønskjeleg at studentar skal lære korleis FoU-basert kunnskap vert produsert. Ein ønskjer og at studenten er aktiv og kan delta som ein kunnskapsprodusent. Det er eit mål om at studentar får høve til å utføre forskning eller forskingsliknande oppgåver eller utviklingsarbeid i løpet av studiet (11). Det er også eit ønskje om å utvikle nye læringsmodellar som knyt utdanning og FoU tettare saman. Eit kjenneteikn på profesjonsutdanningane er at dei både skal vere FoU- baserte og

praktiske. Det har ikkje vore sterk tradisjon for korleis desse to kan koplast utan at den praktiske tenkemåten vert svekka, men det bør leggast vekt på opplæring i metode (11).

Føremål og problemstilling

Studentar ved avdeling for Helsefag, HISF har eit treårig studieløp med ulike praksisperiodar. Denne prosjektplanen består av tre delprosjekt, og er tilpassa studentar sin progresjon i studiet. Det overordna føremålet vil vere felles for alle delprosjekta, men kvar av delprosjekta kan praktisk gjennomførast uavhengig av kvarandre.

Føremål:

1. Ernæringsstatus hjå eldre over 75 år i primærhelsetenesta og i spesialisthelsetenesta vert kartlagt, jf. nasjonale retningslinjene frå Helsedirektoratet. Dette kan medverke til at risikopasientar vert fanga opp, og at førebyggjande og behandlande tiltak vert sett i verk. Kartlegginga kan føre til at studentar og tilsette aukar fokuset på problemområde som per i dag ikkje er godt nok teke i vare. Dette kan også medverke til å styrke samhandlinga mellom primærhelsetenesta og i spesialisthelsetenesta.
2. Studentar tar aktivt del i praksisstaden sitt utviklingsarbeid medan dei er i praksis. Studentar får praktisk læring og kunnskap om utviklingsarbeid. Dette kan bidra til ei kvalitetsforbetring av praksis.

Metode

Design, tidsperspektiv og utval

Delprosjekt 1- sjukeheim

Studentar som er i praksis ved Førde Helsetun, kartlegg ernæringsstatus til pasientar som er 75 år eller eldre. Kartlegginga vert gjort som ledd i kommunehelsetenesta sitt arbeid med kvalitetsforbetring. Pasientane (ev. pårørande) vert orientert om kartlegginga. Begge kjønn vert inkludert. Pasientar i terminalfase (døyande) vert ikkje inkludert. Ein nyttar kartleggingsskjema Mini Nutritional Assessment (MNA) (1).

MNA er eit grundig validert verktøy for å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hjå geriatriske pasientar over 65 år som er underernærte eller er i risiko for å bli det (1,2,4,5).

Det originale MNA skjemaet består av 18 spørsmål med basis i vekt, vektutvikling og høgde, og inneheld i tillegg spørsmål om matinntak, fysisk og mental funksjon (3). MNA-SF (Mini nutritional assessment – short form) består av 6 spørsmål, og er et enklare og raskare skjema, men beheld validiteten og nøyaktigheten til det originale skjemaet med tanke på identifisering av underernæring av eldre pasientar (6).

Skjemaet klassifiserer risiko for underernæring i 3 klasser, og kan gi en verdi mellom 0 og 14 poeng;

0-7 poeng underernært

8-11 poeng i risiko for underernæring

12-14 poeng normal ernæringsstatus

Ved en MNA score under 11 har pasienten ein ernæringsmessig risiko. MNA vil raskare enn andre kartleggingsverktøy identifisere risiko for underernæring eller underernæring sidan det inkluderer fysiske og mentale aspekt som påverkar ernæringsstatus til eldre pasientar (3, 7). MNA tek mindre enn 10 minuttar å gjennomføre og er eit praktisk verktøy (2).

Delprosjekt 2- sjukehus

Studentar som er i praksis ved medisinsk sengepost, ved Førde Sentralsjukehus kartlegg ernæringsstatus til pasientar som er 75 år eller eldre. Kartlegginga vert gjort som ledd i sjukehuset sitt arbeid med kvalitetsforbetring. Pasientane (ev. pårørande) vert orientert om kartlegginga. Begge kjønn vert inkludert. Pasientar i terminalfase (døyande) vert ikkje inkludert. Ein nyttar kartleggingskjema NRS 2002 (1).

NRS 2002 er et validert verktøy for å kartlegge underernæring og risiko for underernæring hjå pasientar innlagt i sjukehus (1, 2, 8, 9, 10). NRS 2002 er anbefalt å bruke i sjukehus fordi den kartlegg både ernæringsmessig risiko og grad av sjukdomsmetabolisme (1, 2).

NRS 2002 består av to deler. Ein innleiande screening består av fire spørsmål, der pasienten får kartlagt vekt, høgde (KMI) og må svare på spørsmål om ernæringsstatus og vekttap over dei siste veker. Informasjon om pasienten sin sjukdom vert også tatt med. Dersom pasienten svarer ja på et av spørsmåla, eller har KMI under 20,5 skal det utføres ein hovudscreening. Hovedscreeningen identifiserer om pasienten er i ernæringsmessig risiko ved at det blir satt ein score for grad av vekttap over de siste månader, ein score for grad av sjukdom og for alder over 70 år. Ved score lik 3 eller høgare skal pasienten få oppretta adekvate ernæringstiltak ved hjelp av målretta ernæringsplan. Ved score under 3 skal det gjennomførast ny screening etter ei veke (1). NRS 2002 er eit praktisk verktøy, som tar kort tid å bruke (9, 10).

Delprosjekt 3- heimesjukepleie

Studentar som er i praksis i heimesjukepleie i Sogn og Fjordane kartlegg ernæringsstatus til pasientar som er 75 år eller eldre. Pasientane får heimesjukepleie kvar 14. dag eller oftare. Kartlegginga vert gjort som ledd i kommunehelsetenesta sitt arbeid med kvalitetsforbetring. Pasientane (ev. pårørande) vert orientert om kartlegginga. Begge kjønn vert inkludert.

Pasientar i terminalfase (døyande) vert ikkje inkludert. Ein nyttar kartleggings skjema MNA, likt som delprosjekt 1 (1).

Prosjektorganisasjon

Professor Maj-Britt Råholm (Prosjektleder)

Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for Helsefag

6800 Førde. Telefon: 57 72 25 49. E-post: maj-britt.raham@hisf.no

Høgskulelektor Irene Aasen Andersen (Prosjektansvarleg)

Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for Helsefag

6800 Førde. Telefon: 57 72 25 40/ 909 88 659. E-post: irene.aasen.andersen@hisf.no

Høgskulelektor Joanna Galek

Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for Helsefag

6800 Førde. Telefon: 57 72 25 71. E-post: joanna.galek@hisf.no

Høgskulelektor Bente Gunn Melheim

Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for Helsefag

6800 Førde. Telefon: 57 75 25 39. E-post: bente.gunn.melheim@hisf.no

Fagutviklingssjukepleiar/ ass. oversjukepleiar Greta Gard Endal

Førde Sentralsjukehus. Medisinsk avdeling

6807 Førde. Telefon: 57 83 93 06. E-post: greta.gard.endal@helse-forde.no

Utviklingskoordinator Marta Strandos

Utviklingssenter for sjukeheimar og heimetenester

6800 Førde Kommune. Telefon: 57 72 58 05. E-post: marta.strandos@forde.kommune.no

Klinisk ernæringsfysiolog/ seksjonsleiar Camilla Laukeland

Førde Sentralsjukehus. Seksjon for klinisk ernæring

6807 Førde. Telefon: 57 83 16 72. E-post: camilla.laukeland@helse-forde.no

Førsteamanuensis/ FoU- koordinator Geir K. Resaland

Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for Lærarutdanning og Idrett/ Senter for helseforskning i Sogn og Fjordane

6856 Sogndal. Telefon: 57 67 60 97 / 416 21 333. E-post: gk@hisf.no

Personell, utstyr, ressursar, kostnadar og finansiering

Ein ser for seg å nytte studentar, lærarar og tilsette som ressursar knytt til datasamling. Det vil derimot vere behov for ekstra ressursar knytt til oppretting av datalagringsystem, informasjon/ undervisning til studentar og personale, dataanalyse og skriving av artiklar.

Prosjektet har fått midlar frå HISF til gjennomføring av prosjekta. Det må søkast om andre midlar seinare til dataanalyse og skriving av artiklar.

Publisering

Data kan nyttast som ledd i avdelingane sitt arbeid med fagutvikling og på forskingsdagane.

Etikk/ datasamling

Kartlegging av ernæringsstatus er i samsvar med anbefalingar i faglege retningslinjer frå Helsedirektoratet (1), og kan medverke til høgare kvalitet i pasientarbeidet. Pasientar vert informert om innsamling av data. Alle data vil bli behandla konfidensielt.

Data vil bli lagra på den praksisstaden pasienten er knytt til. Det er ein prosjektansvarleg frå praksis, for kvart av delprosjekta. Pasientdata vert gitt eit kodennummer som er særeige for kvar pasient. Det er berre prosjektansvarleg for dei ulike prosjekta som har tilgang til kodenumra. Svara på spørsmåla vert gitt talkode og lagt i ein database på den praksisstaden data er samla inn.

Referansar

1. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet, 06/09. Nr 1 Trykk Grefslie.
2. Kondrup J, Allison SP et al (2003) ESPEN Guidelines for nutritional screening 2002. *Clinical Nutrition*; 22: 415-421.
3. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. *J Nut Health Aging* 2006; 10: 456-465.
4. Beck AM, Ovesen L, Osler M. The 'Mini Nutritional Assessment' (MNA) and the 'Determine Your Nutritional Health' Checklist (NSI Checklist) as predictors of morbidity and mortality in an elderly Danish population. *Br J Nutr* 1999, **81**, 31-36
5. Griep MI, Mets TF, Collys K, Ponjaert-Kristoffersen I, Massart DL. Risk of Malnutrition in Retirement Homes Elderly Persons Measured by the "Mini-Nutritional Assessment" *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000, 55;2: 57-63
6. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001; 56: 366-377.
7. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 466-487.
8. Kondrup J, Højgaard Rasmussen H, Hamberg O, Stanga OZ, ESPEN working group Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials *Clinical Nutrition - June* 2003; 22: 3: 321-336
9. Kyle, M., Kossovsky, V., Karsegard, C. & Pichard. (2006). Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study. *Clinical Nutrition*, (25), 409 – 417
10. Bauer, J., & Capra, S. (2003). Comparison of a malnutrition screening tool with subjective global assessment in hospitalised patients with cancer – sensitivity and specificity. *Pacific journal of clinical nutrition*, 12(3), 257-60
11. UOH. Utdanning+ FoU=sant. 2010(cited 2012 18.05.12); Available from: http://www.uhr.no/documents/utdanningogfou_ferdigrappport_260810.pdf
12. Rammeplan for sykepleieutdanning: fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet2008: Kunnskapsdepaartementet. 15s.

Vedlegg 2. Oppslag på intranett

Ernæring, forskning og studentaktive læringsformer (EFOS- prosjektet)

Praksissjukepleiarar vil skaffe ernæringsdata

Medisinsk avdeling vil kartlegge status for ernæring for eigne pasientar. Det auka fokuset på ernæring skal praksissjukepleiarane frå Høgskulen i Sogn og Fjordane hjelpe avdelinga med.

Av Finn Ove Njosen, Helse Førde

- Vi har eit auka fokus på dette og det er flott at vi no kan kome i gang, fortel Kathrine Personbråten, fagutviklingssjukepleiar på medisinsk avdeling ved Førde sentralsjukehus.

Prosjektet skal praksissjukepleiarane jobbe med dei i vekene dei er på medisinsk avdeling.

- Kreftavdelinga har tidlegare hatt eit liknande prosjekt, men då i eigen regi utan bruk av studentar. No vil vi kartlegge om medisinske pasientar får for lite næring i seg, seier Personbråten.



- Mange eldre har nedsett matlyst, ikkje minst dei som er sjuke. Kronisk sjukdom påverkar matsituasjonen til den enkelte og mange treng hjelp og rettleiing med ernæring. Vi vil difor også ha eit samarbeid med kjøkkenet og ernæringsfysiolog i det arbeidet som skal gjerast. Personalet er i gang med sine førebuingar der avdelinga mellom anna har temadagar knytt til emnet. Arbeidet med å betre ernæringa til eldre vil halde fram også etter vi har fått god draghjelp av studentane, fortel fagutviklingssjukepleiaren.



Studentane skal intervjuje pasientane og systematisk vege dei og finne deira BMI.

- Dei skal samle data i fire veker av dei ni praksisvekene sine. Data blir lagra i eigen database. Dette legg til rette for arbeid med kvalitetssikring for avdelinga sitt utviklingsarbeid, fortel høgskulelektor Irene Aasen Andersen som er koordinator for studentane som er på Førde sentralsjukehus.

Publisert av eining

Medisinsk

Les prosjektplanen her

Ernæring og FoU - med fokus på studentaktive læringsformer

(EFOS-prosjektet)

Prosjektplan



Studentar som aktive deltakarar i kvalitetsforbetring - implementering av tiltakspakke for førebygging av fall på medisinsk sengepost ved Førde Sentralsjukehus

[til innhold](#)

FOR TILSETTE



 HØGSKULEN I SOGN OG FJORDANE



søk

[EKSTERNE SIDER](#) [FINN TILSETT](#) [SITEMAP](#)

For tilsette

- HMS (Helse- miljø og sikkerheit) i HiSF
- Eige arbeidsforhold
- Dokumentsamling
- IT-støtte
- Styre, råd og utval
- Studieadministrasjon
- Kvalitetssystem
- Internasjonalisering
- Undervisning og e-læring
- Personal
- Forskning og utvikling
- Økonomi og bygg
- Informasjonsarbeid

Hovedmeny

- Om høgskulen
- For studentar
- Biblioteket
- Forskning

For tilsette / Arkiv: Informasjon til... / Studentar set lys på lårhals og liggesår

Studentar set lys på lårhals og liggesår

Sjukepleiestudentane Aleksandra Tefre og Sindre Grotle er sentrale i prosjekt «Trygg pleie» på medisinsk sengepost på sentralsjukehuset i Førde. Sjukehuset og høgskulen samarbeider om å utføre risikovurdering i samband med pasienttryggleik.

Aleksandra understrekar at dei er særleg årvakne på emna fall og beinbrot – les lårhalsbrot, underernæring og trykksår – les liggesår.

God økonomi

Sindre legg vekt på at prosjektet fører til færre sjukehusdøgn og betre livskvalitet for mange pasientar. - Pasientar kan få det betre og det vert billigare for alle parter, avsluttar han.

Samarbeid

Dette er eit samarbeid mellom Helse Førde og HiSF der målet er å betre kvaliteten i helsetenesta og betre praksisopplæringa. Prosjektet er i tråd med eit satsingsområde i Det nasjonale pasientsikkerheitsprogrammet «I trygge hender 24-7». - Studentane har fått informasjon om og opplæring i gjennomføring av kartlegginga på ein fagdag, der dei også laga posterar for å promotere dette viktige arbeidet, seier prosjektleder Sissel Hjelle Øygard ved Høgskulen.

Systematisering

Marny Pettersen er fagutviklar og sjukepleiar i Helse Førde. - Arbeidet med risikovurdering har alltid hatt prioritet, men prosjektet gir oss ekstra trykk i arbeidet. Vi får systematisert det vi gjer, fortel ho. - Statistikken syner at talet på risikovurderte pasientar aukar monaleg ettersom prosjektet skrid fram, seier prosjektmedarbeidar Irene Aasen Andersen ved Høgskulen.

Sist endra: 19. februar 2016 09:38:04



Studentane henger posterar ved inngangen til kantina på sjukehuset. Frå venstre Marny, Aleksandra, Sindre, Irene og Sissel.

Høgskulen i Sogn og Fjordane, Postboks 133, 6851 SOGNDAL.

Tlf +47 57 67 60 00

post@hisf.no

Vedlegg 3. Døme på studentposters



HØGSKULEN I
SOGN OG FJORDANE



Helse Følge

Rett mat til rett pasient til rett tid

Studentprosjekt på Medisinsk sengepost

Anne Sæle Barlund
Heidi Soleim
Lars A. Jensen
Marie Bodholt
Nina-Mari Instebø
Siri Aamot

Risiko ved underernæring

- Tap av kroppsmasse
- Svekket muskulatur
- Redusert immunforsvar
- Misnøye
- Nedsett allmentilstand
- Psykisk forandringar
- Tap av funksjon
- Forlenga sjukehusopphald

Opp til 60 % av pasientane har risiko for underernæring ved innleggning i sjukehus, og opptil 70% har risiko for underernæring ved utskrivning



Kva gjer vi?

- Måle høgde og vekt
- Registrere kva pasienten et og drikk
- Vurdere pasienten sitt behov
- Dialog med pasient og pårørende
- Individuell ernæringsplan til kvar enkelt pasient
- Dokumentere ernærings tiltak som er sett i verk
- Samhandling med kommunehelsetenesta



«Uten mat og drikke, duger helten ikke»

Kartlegging av ernæringsstatus hos pasienter på medisinsk avdeling



HØGSKULEN I
SOGN OG FJORDANE

Henriette Holden, Kine Sørhaug Træet, Beathe Lygren,
Rita Tyse, Camilla Sjøberg og Caroline Sandvik



Helse Førde

Føremål

Kartlegge omfanget av underernæring blant pasienter innlagt på medisinsk avd. for å redusere ytterligere underernæring ved hjemreise.

Bakgrunn

Underernæring er et heilt vanlig fenomen hos eldre, statistikken viser at 70% av innlagte pasienter har dårligere ernæringsstatus ved hjemreise enn ved innleggelse.

Fremgangsmåte

Ved hjelp av samtale med pasienten, screening, individuell kostholdsplan og dokumentasjon vil vi kartlegge underernæring på medisinsk avdeling. Ut fra informasjonen som blir innhentet blir det satt i verk tiltak for å redusere ytterligere underernæring og redusere pasientens ernæringsmessige risiko.

Metode

Som metode blir det brukt screening. Screening kartlegger pasientens ernæringsmessige status. Først tar vi for oss innledende screening som omfatter spørsmål om pasientens BMI, vekt, næringstak og sykdom. Ut fra den første screeningen får man kartlagt om pasienten er i en ernæringsmessig risiko. Dersom pasienten er i en ernæringsmessig risiko går man videre og utfører en hovedscreening, hvor pasienten får poeng, basert på vekt, den siste tiden, sykdom og alder. Dette er for å vurdere hvilken risikograder han er i.



Det er viktig å få i seg rikelig vitaminer og mineraler, smoothie er et godt alternativ til dette. Det er viktig med delikat mat for en vær sjel.



Ernæringstrappen viser steg for steg hvordan tiltak man kan sette i verk for pasienten. Det er viktig å ikke hoppe over et eller flere steg før man har vurdert helsestatus til pasienten.

Arsaker til underernæring

- Sykdom
- Nedsett matlyst
- Gripe/ bevegelsesproblematikk
- Tygge / svelge vanskeligheter
- Pusleproblemer
- Redusert muskeltkraft
- Kvalme
- Smerte
- Dårlig tannstatus

Konsekvenser ved underernæring

- Lengre liggetid på sykehus
- Tappt muskelmasse
- Dårlig sårhelning
- Redusert fysisk og psykisk funksjonsevne
- Redusert muskeltkraft
- Nedsett infeksjonsforsvar
- Nedsett lungefunksjon
- Slapphet, misstrivsel, redusert mobilisering

42

Ernæring som betrar livskvalitet

Føremål

Forbedre ernæringsstatus under sjukehusoppholdet. God informasjon og oppfølging er viktig etter utskrivning frå sjukehus. Føremålet vårt er å betre livskvalitet.



Metode

Ernæringscreening ved innkost og kvar veke. Dersom pasienten er i ernæringsmessig risiko så vil vi lage ein individuell plan for pasienten. Vi vil tilpasse maten etter spesielle behov (eks: kultur).

Vi kan for eksempel tilby ønskekost, hyppige appetittvekkande måltid, smoothie, frukt og grønt osv. I somme tilfeller vere viktig å Det er viktig å ha eit tverrfagleg samarbeid alt etter pasientens behov.



Smoothie er ein forfriskande og næringsrik som kjekketilbyr.

Bakgrunn

Mange pasientar kjem inn på sjukehus av ulike årsakar med allereie redusert ernæringsstatus. Vi opplever at dette ofte forblir eit problem under sjukehusoppholdet på grunn av manglande kunnskap og oppfølging frå helsepersonell.

Resultat

Pasientens livskvalitet og livsglede blir forbetra:
Betre sårtilheling, meir energi til rehabilitering og raskare mobilisering.
Styrka immunforsvar, kortare liggetid og sjukehusopphald.

Ernæringskartlegging -Mat er medisin

Et prosjekt der studenter kartlegger ernæringsstatusen til de over 75 år.

Viktigheten av god ernæring

- God sårtilheling
- Kortere sengeleie
- Forebygge sykdom
- Mer energi
- Velvære



Underernæring på sykehus

- Vanlig hos over 60% av eldre >70år.

Årsaker

- Sykdom
- Mangel på kunnskap
- Rutiner
- Nedsatt matlyst

Tiltak ved underernæring

- Regelmessig vekt
- Tilpasset kost
- Små og hyppige måltider
- Registrere matinntak
- Informasjon om god ernæring



Elise, Espen, Iris Beate, Karim, Katrine ☺

Forebygging av underernæring hos pasienter i sykehus

HØGSKULEN I SOGN OG FJORDANE

Formål

For å styrke ernæringsarbeidet i og utenfor helseinstitusjonen er det viktig med kompetanse, ledelsesforankring, definert ansvarforhold og samhandling.

Føve enkle tiltak:

1. Vurdere ernæringsmessig risiko.
2. Gi pasienter i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling.
3. Dokumentere ernæringsstatus og – tiltak i pasientens journal og epikrise.
4. Videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå.



Metode

Kartlegging av pasienter sin ernæringsstatus i sykehus vil hjelpe til med å forebygge og styrke behandlingen av underernæring. I kartleggingen blir det brukt NRS-skjema som vurderer ernæringsmessig risiko hos innlagte pasienter over en tidsperiode på 3 uker.

Pasienter som er 75 år eller eldre, er de som skal vurderes. For å vurdere den ernæringsmessige risikoen undersøker vi vekt, høyde og sykdomstilstand knyttet til næringsinntak. Studiet vil være santynn med samtykke fra pasientene som er involvert. Vi vil også sette i gang tiltak mot underernæring i helsehold til ernæringsstrappen.

Bakgrunn

Opptil 30% av pasienter i sykehus er i ernæringsmessig risiko, og flere studier har vist at ernæringsstatus ofte forverres under sykehusoppholdet. Dårlig ernæringsstatus er assosiert med økt sykkelighet og dødelighet, redusert livskvalitet og flere liggedøgn i sykehus. I 2006 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant sykehuspersonell i de skandinaviske landene som viste at ernæringspraksis i norske sykehus ikke var tilfredsstillende i forhold til Europarådets anbefalinger.



Studenter ved medisinsk avdeling, gruppe 1.
- Marthe F. Christiansen, Torunn Ruvødal, Karoline Solvik,
Jonette Hansen, Torill Hammervæth, Henrik Midtboen, Birgit
Marie Tjøntveit

Mat er mer enn næring og skal skape trivsel og glede!
- Mat er medisin

Kartlegging av ernæringsmessig risiko for pasienter innlagt på sykehus

HØGSKULEN I SOGN OG FJORDANE

Ingerid Selvevold, Ann Helen Ryland, Bjørg J. Kornellussen og Bente Jøger
Sykepleierstudenter i 1. sykehuspraksis, medisinsk avdeling

Formål

Få en oversikt over ernæringsstatusen til pasienter som blir innlagt på sykehus, og ut i fra dette kunne sette i gang tiltak til forbedring. Målet er å forbedre livskvalitet og overlevelse, raskere rekonvalesens og kortere liggetid på sykehus.

Bakgrunn

God ernæring har mye å si for kroppens tilhelsningsprosess ved sykdom, og det er derfor viktig å ta ernæringsstatusen til pasienten med i en helhetsvurdering for behandling.



Resultat

Forekomsten av underernæring hos pasienter på sykehus varierer mellom 15% og 60% ved innleggelse, og over halvparten av disse går tyngre ned i vekt under oppholdet. Liggetiden i sykehus kan reduseres med minimum 20% for dem som blir vurdert og behandlet for underernæring.

Metode

I dette prosjektet vil vi bruke NRS 2002 for kartlegging av ernæringsmessig risiko. Dette er et screenings-verktøy med en innledende screening på 4 "JA/NEI" spørsmål, der man vil gå videre til en hovedscreening om man svarer "JA" på et eller flere spørsmål i den innledende screeningen.



Alle pasienter skal gjennom denne screeningen ved innleggelse, og den skal gjennomføres ukentlig under pasientens sykehusopphold for å fange opp eventuelle endringer i ernæringsstatusen.



Konklusjon

I norske sykehus er omtrent 30% av pasientene i ernæringsmessig risiko, og det viser seg at ernæringsstatusen ofte forverres under sykehusoppholdet.

Råd til praksis

- Innføre gode rutiner for screening av pasienter ved innleggelse
- Sørg for at resultatene av screeningen blir fulgt opp med nødvendige tiltak
- Evaluere tiltak som er blitt satt i verk gjennom samtale med pasientene og dokumentasjonssystemet.

MAT ER EN DEL AV BEHANDLINGEN



Samarbeid mellom pleier og Kjøkkenet.

Her på medisinsk avdeling har vi et godt samarbeid med kjøkkenet. Det finnes alltid mat tilgjengelig dersom pasienten blir sulten til tider utenom de faste måltidene.

Kjøkkenpersonalet er fleksibel med matensker av pasient. Pårørende kan ta kontakt med personalet i kantinen eller pleierne i avdelingen ved spørsmål og informasjon angående ønske.

Formål:

Å fremme god livskvalitet og forbygge underernæring hos pasienter over 75 år.

Bakgrunn:

Flere og flere eldre som blir innlagt på sjukehus er underernært. Det er da viktig å kunne kartlegge pasientenes ernæringsstatus tidlig for å kunne forebygge underernæring og mangesykdommer.

Gjennomføring:

Vi som er sykepleierstudenter ved medisinsk avdeling, har i perioden 09. sep. til 04. okt. fokus på ernæringsstillingen til pasienter over 75 år, som er innlagt på avdelingen. Ved å stille enkle spørsmål vil vi kunne kartlegge pasientenes ernæringsstatus. Vi ser da på pasientens vekt, høyde, sykdomstilstand og næringsinntak.



Viktig å skape en god og trivselssituasjon.

Råd til pleier og pårørende:

Det er viktig å kunne skape en god og koselig matsituasjon for pasienten, dette får du ved å:

- Passer på at pasienten sitter godt
- Har det rent og ryddig rundt seg.
- Det er frikk luft i rommet.
- Maten er i passende porsjon og ser innbydende ut.
- Maten er tilpasset pasientsituasjon.

Laget av: Astrid Mjelde, Besmellah Samim, Hilde Fio, Marit Oma, Morsal Mohammadi, Solgunn Røyrvik sykepleierstudenter ved Høgskolen i Sogn og Fjordane.

God ernæringspraksis

- vurdering av ernæringsmessig risiko



Karlanne Berg, Natasha Auøstad Hicks, Ingrid Tølgen Nøstøe
Sjkepleierstudenter ved Høgskolen i Sogn og Fjordane



Føremål

HelseDirektoratet har komme med nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, der del anbefaler å utføre ernæringsmessig screening av alle pasienter for å kartlegge ernæringsmessig risiko.

Som studenter skal vi delta i ett prosjekt i samarbeid med Helse Førde, der vi skal sortere alle pasienter over 75 år. Formålet blir då å kartlegge om det foreligger ernæringsmessig risiko og eventuelt sette i verk tiltak.



Presentasjon av mat er ein av mange faktorar som kan ha betydning for appetitt og matinntak.



Ein god atmosfære rundt eit måltid kan vere med på å forebygge underernæring.

Bakgrunn

Opptil 30% av pasientar i sjukehus er i ernæringsmessig risiko, og fleire studiar har vist at ernæringsstatus ofte vert verre under sjukehusopphaldet.

Dårlig ernæringsstatus har samanheng med auka antall sjukdomstilfelle og dødsfall. På bakgrunn av dette kom Europarådet med ein rapport der dei lanserte eit program for å identifisere pasientar i ernæringsmessig risiko.

Gjennomføring

Prosjektet blir gjennomført i perioden 9. september til 4. oktober 2013.

Ved innleggelse vil det innan 24 timar bli utført ei screening. Screeninga blir innleia med 4 spørsmål om vekt, høgde, næringsinntak og almenntilstand. Vidare vil pasienten sin ernæringsmessige risiko bli vurdert ut i frå ernærings- og sjukdomstilstand.

Til slutt vil det bli sett i verk tiltak som er tilpassa pasienten sine behov.

Vilste du at..

- 10-50% av pasientane er underernærte ved innleggelse
- Underernæring fører til lengre sjukehusopphald og behov for meir hjelp etter utskrivelse
- 70% av pasientane som blir utskrivne har lågare vekt enn ved innkomst.

Råd til pasient og pårørende

-Lette tiltak som kan auka næringsinntaket kan t.d. være små hyppige måltid som smoothie, næringsdrikk, frukt eller voughudt.
-I graut, voughudt og suppe kan ein tilsette olje, flayte eller tilsette for å auka næringsinntaket.
-Kontakt gjerne personalet i kantina om teine råd.

Kjelde: «Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring».