

Hva tilfører denne artikkelen?

Når mange sykepleierstudenter skal ha praksis samtidig kan dette skape utfordringer for høyskolene. Høgskolen i Oslo testet ut en ordning hvor to og to studenter deler veileder og går sammen til pasienter i hjemmesykepleien. Artikkelen presenterer resultatet av evalueringen

av denne såkalte tospannsmodellen. Hovedfunnet er at både studenter og sykepleiere er tilfredse med ordningen.

Mer om forfatterne:

Åshild Slettebø, autorisert sykepleier, professor og Dr.polit ved Høgskolen i Oslo, Vigdis Bryn,

høgskolelektor, MPh, autorisert sykepleier, Kine Cecilie Veitsle, autorisert sykepleier og Anne Lisbeth Syvertsen, fagkonsulent, autorisert sykepleier.

Kontaktperson:

Aashild.Slettebo@su.hio.no.



Foto: Erik M. Sundt

Studiens bakgrunn: I rammeplan for sykepleierutdanning kreves at sykepleierstudenter har 50 prosent av sine studier i klinisk praksis, hvorav en periode skal knyttes til kommunehelsetjenesten, inkludert i hjemmesykepleiepraksis. I Oslo er det stort press på bydelenes hjemmesykepleiesoner om å ta imot sykepleierstudenter.

Hensikt: Å dokumentere hvilke opplevelser studenter og sykepleiere har med bruk av tospannmodell i hjemmebaserte tjenester.

Metode: Prosjektet hadde preg av

aksjonsforskning der en referansegruppe bestående av representanter for praksisfeltet, studentene og høgskolen sammen utformet design, problemstillinger og fulgte opp prosjektet underveis. En evaluering av prosjektet ble gjort via tre fokusgruppeintervjuer: en fokusgruppe med representanter for praksisfeltet og to fokusgrupper hvor studentene deltok. Data ble analysert ved tematisk innholdsanalyse.

Hovedresultat: Både sykepleiere og studenter var i hovedsak for-

nøyd med tospannmodellen. Resultatene ga viktige forståelser for hvordan erfaringene med tospann var tematisert ved «kuskens rolle i tospann», «den planløse hverdag» i praksisperioden og «tidsklemmen i hverdagen».

Konklusjon: For å få ivarett studier med studenttett gruppe i samsvar med sosiokulturelt læringsssyn i hjemmesykepleien anbefales tospannmodell som en viktig forutsetning for gjennomføring av praksisperioden.

>> Hjemmesykepleien: PRAKSISSTUDIER I TOSPANN

Forfattere: **Åshild Slettebø, Vigdis Bryn, Renate Kristine Hovdsveen, Kine Cecilie Veitlsle og Anne Lisbeth Syvertsen**

NØKKELORD

- Hjemmesykepleie
- Sykehjem
- Mestring
- Kvalitativ studie
- Fokusgrupper

INTRODUKSJON

Sykepleierutdanningen anvender to læringsarenaer; høyskole og praksisfelt. Når studentene er i høyskolen gjelder til enhver tid de lover og forskrifter og nasjonale utdanningspolitiske føringer som Kunnskapsdepartementet legger opp til, blant annet Rammeplan for sykepleierutdanningen (1-2). Når studentene er i kliniske studier er de definert som helsepersonell og da gjelder lover og forskrifter og nasjonale helsepolitiske føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (3-8).

I dette prosjektet ønsket vi å se nærmere på hvilke muligheter og hvilke begrensninger for læring som ligger i praksisfeltet i hjemmebaserte tjenester når praksisperioden ble gjennomført med studenttett gruppe. Med studenttett gruppe menes at bydelens hjemmetjeneste tok imot dobbelt antall studenter totalt sett i perioden, det vil si

vårt tilfelle si at de tok imot åtte studenter mot tidligere fire studenter. Forutsetningen var at studentene gikk i tospann som betyr at to og to studenter hele tiden gikk til samme brukere og fikk veiledning sammen av en sykepleier. Hensikten med studien var å dokumentere hvilke opplevelser studenter og sykepleiere har med bruk av tospannmodell i hjemmebaserte tjenester.

BAKGRUNN OG LITTERATUR- GJENNOMGANG

Det har vært hevdet at mange kommuner og bydeler i Oslo har et sykepleiefaglig minimumsnivå i primærhelsetjenesten (9-11). Tross denne manglende sykepleiefaglige bemanning er praksisfeltet lovpålagt å ta imot studenter for opplæring (7). Dette skaper spesielle utfordringer for veilederrollene sykepleierne skal ha og for studentenes sosialisering til sykepleieryrket. Gjensidig kompetanseheving som resultat av endret praksisveiledning og utvikling av veiledningsmodell for sykepleierutdanningens kliniske studier i hjemmesykepleie er tidligere utført ved Høgskolen i Vestfold (12, 13). En studie fra Dia-konhjemets høyskole studerte gjensidig kompetanseutvikling i helsetjenesten hvor både tjenesten forbedres og studenter, lærerveileder og ansatte utviklet seg og lærte (14). Hovedfokus for studenter i hjemmesykepleie-

praksis er primærsykepleie til hjemmeboende personer med behov for pleie, rehabilitering og omsorg. Pasienter har store behov for informasjon og oppfølging i både behandlings- og rehabiliteringsprosessen, etter at de er rammet av sykdom eller en annen livskrise. Mange har gjennomgått behandling på sykehus og har behov for videre oppfølging etter utskrivning. Pasientene trenger informasjon om sykdommen, prognose, hvordan de kan forebygge tilbakefall og unngå kompliserende faktorer. Pasientene er mennesker med kroniske sykdommer, ofte med sammensatte behov. Det er rehabiliteringspasienter, eldre med store pleie og omsorgsbehov og psykiatriske pasienter. I en studie av sykepleierstudenters læring ved å delta i kommunehelsetjenestens tilbud (15) fikk studentene større forståelse for servicetilbudet og i tillegg ønsket halvparten å starte med å jobbe i kommunehelsetjenesten etterpå. Med økende behov for sykepleiere i kommunehelsetjenesten synes dette å være et viktig funn og viser betydning av godt tilrettelagte praksisstudier i kommunehelsetjenesten i utdanningen. Læringsmodellens betydning for betingelser for og faser i læring via praktisk veiledning er studert (16). Studier (17) viser betydningen av veilederes rolle i praksisstudiene og hvordan både et konstruktivistisk og et sosiokulturelt

læringssyn fremmer læring og utvikling av ekspertkunnskap i praksis. De mest vellykkede læringssituasjoner er preget av en teoretisk forståelse ut fra sosiokulturelt læringssyn der student og veileder deltar i et fellesskap fokusert på lærings-situasjonene (18).

TEORETISK RAMMEVERK

Høgskolens teoretiske tilnærming til læring er et sosiokulturelt læringssyn hvor samhandling mellom mennesker er det primære utgangspunkt for læring. Studentene ansees som ressurspersoner og medarbeidere i læringsprosessen (19). Kunnskap skapes ved at en forståelse av situasjoner blir «konstruert» i en sosial kontekst der studenter, sykepleiere og høyskolelektorer i samarbeid skaper den kunnskapskroppen som utvikles ved teoritilfang og erfaring (20). Dette innebærer en høy grad av ansvar for egen læring. I denne sammenheng er tospannmodellen, der studentene arbeider to og to og går til pasientene i fellesskap og kommenterer hverandres arbeid, en modell for læring. De får også felles veiledning og evaluering av sykepleier og høyskolelektor. Her er felles læring utgangspunkt for tilbakemeldinger og videre konstruksjon i praksislæringen.

DESIGN OG METODE

Gjennomføring av studien

Prosjektet ble gjennomført etter et modifisert aksjonsforskningsdesign (21). Aksjonsforskning er en metode der man ikke forsker på personer, men sammen med dem. Schei (22) sier at aksjonsforskning har karakter av en samhandlende, syklisk prosess ved at forskeren i samhandling

med aktørene planlegger, gjennomfører og deretter evaluerer handlinger. For så på nytt å planlegge og gjennomføre de endringer som er fokus for prosjektet. I dette prosjektet var aksjonen en tilrettelegging av læring ut fra tospannmodell. Eikeland (23) betegner aksjonsforskning som en viktig læringsprosess, der forskeren er «utenforstående» i forhold til den praksis som endres, slik at forskeren beholder det analytiske blikket til det som skjer i organisasjonen.

Praksisarenaens faglige forutsetninger

Bydelen (28 656 innbyggere per desember 2006) hvor prosjektet ble gjennomført, har to sykepleiegrupper for hjemmesykepleie. Fra 1. september 2006 ble det innført brukervalg på praktisk bistand. Praktisk bistand, som for eksempel vaktmestertjenester og hjemmetjeneste, ble skilt ut som en egen gruppe. Den øverste sykepleiefaglige ansvarlige i hjemmesykepleien er resultatansvarlig leder, med blant annet en fagkonsulent (sykepleier) og to spesialsykepleiere. En av spesialsykepleierne arbeidet med fokus på lindrende

nistrerer brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Fagkonsulenten skal sikre opplæring for de ansatte og for studenter og elever i pleiesektoren som har sin praksis i tjenestestedet. Den totale arbeidsstokken består av sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, hjemmehjelpere og ufaglærte.

Bydelen har innført bestiller-/utførermodellen (BUM). BUM innebærer at en egen gruppe med sykepleiere vurderer pasientens behov og fatter vedtak om hvor stor tidsressurs og hvilke tiltak brukeren har rett til, mens en annen gruppe pleiepersonell har ansvar for å utføre de tjenestene brukeren har fått vedtak på. Begge hjemmesykepleiegruppene ledes av sykepleier. Gruppen for praktisk bistand ledes av en hjelpepleier. Budsjetterte stillinger for de to gruppene: cirka 24 stillingshjemler for fagpersoner som sykepleiere og hjelpepleiere i hver gruppe. Det har vært fire studenter i hver gruppe, dobbelt så mange som tidligere perioder, såkalt studenttett gruppe.

Forberedelse av praksisarena

Det ble gjennomført ett inn-



Studentene har læringsutbytte av å gå sammen to og to og diskutere faglige spørsmål med hverandre.

behandling og den andre spesialsykepleieren var psykiatrisk sykepleier og ble benevnt «psykiatri i stab». Enheten har en hjelpepleier som koordinator for demensomsorgen. Enheten har også ansvar for tilrettelagte boliger og dagtilbud og admi-

ledende styringsgruppemøte i vårsemesteret. Deltakere på møtet var bydelens ledelse for hjemmesykepleiedistriktet og representanter fra høgskolen. Ingen studenter deltok på dette møtet. Det ble nedsatt en referansegruppe for prosjektet

bestående av de prosjektansvarlige fra høyskolen, sykepleieleder, fagkonsulent, samt sykepleierveileder fra hjemmetjenesten og representanter for sykepleierstudentene. Referansegruppen utarbeidet endelig design for prosjektet, og har hatt kontinuerlige prosessmøter hver fjortende dag i prosjektets operative fase. Det sammenfaller med studentens kliniske studieperiode; totalt åtte uker våren 2007. Det ble skrevet referater fra møtene.

Utvalg og datasamling

På slutten av perioden ble det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer (24-27). En fokusgruppe bestående av involverte sykepleiere, inkludert fagkonsulent og avdelingsledelse. Og to fokusgrupper bestående av alle studentene som hadde hatt kliniske studier i distriktet i den aktuelle perioden. Til sammen var det fire sykepleiere og seks studenter (to studenter hadde forfall). Det var tre menn og syv kvinner i utvalget. Alle fokusgruppesamtalene varte cirka en time og ble tatt opp på lydband og transkribert ordrett. En forsker ledet fokusgruppene og høyskolelektoren tilknyttet prosjektet var assistent.

Analyse

Transkripsjoner fra fokusgruppeintervjuene ble analysert ved tematisk innholdsanalyse (28). Analysen fulgte Malteruds (29) anbefaling for innholdsanalyse ved at utsagnene ble kondensert til meningsfortattede utsagn og kategorisert og deretter tematisert ut fra hovedtema i intervjuene.

Etiske overveielser

Studenter og sykepleiere fikk skriftlig informasjon og ga sitt

skriftlige samtykke til deltakelse i prosjektet og i fokusgruppeintervjuer. Ledelsen i distriktet godkjente gjennomføringen av prosjektet før igangsettelse. Prosjektet falt utenfor mandatet til Regional Etisk Komité fordi ingen pasienter ble inkludert som forsøkssubjekter og ingen helse- eller pasientopplysninger ble innsamlet. Studentene fungerte som studenter i ordinære praksisstudier overfor pasientgruppen. Prosjektet ble forhåndsgodkjent av Personvernombudet for forskning hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

RESULTATER

Hovedfunnet er at både studenter og sykepleiere er tilfredse med ordningen med tospannmodell. Det er arbeidsbesparende for sykepleierne når det er mange studenter og disse jobber tett sammen. Også studentene erfarer at de har støtte i hverandre og får rom for refleksjoner sammen. På spørsmål om det å gå i tospann svarer studentene: «Kjempefint, men jeg har savnet individuell oppfølging. Ellers synes jeg at det har fungert veldig, veldig godt. Student 2: Det er stort utbytte faglig av å gå to og to sammen. Student 3: Det er mye enklere å diskutere med en på samme nivå» (studenter).

«Kusk for tospannet?»

Studentene gir alle uttrykk for at de opplevde det som en styrke å gå to og to studenter sammen i tospann. De følte at de kunne spille på hverandre og de hadde hele tiden en medstudent som de var trygge på og som de kunne diskutere aktuelle problemstillinger med: «Hvis du har en å diskutere med, så blir du mye mer klar over alt som kan diskuteres også, på en

måte». De mente imidlertid at det forutsatte «god kjemi» mellom studentene. Et dilemma som både studentene og sykepleierne reflekterte rundt var utfordringer som kunne oppstå i de tilfellene hvor en student var «sterk» og den andre studenten i tospannet var «svak», teoretisk og praktisk. Da er det viktig at både sykepleiere og studenter ser at å være svak innen et felt kan være en styrke i andre sammenhenger og vice versa. Det vil si at man må skifte på å være «kusken» for tospannet. Dette synet ble støttet av sykepleiernes erfaringer. De erfarte i tillegg at studentene arbeidet mer selvstendig. En av sykepleierne sier: «Jeg mener at tospannmodellen har mye for seg, fordi studentene kan bruke hverandre som ressurser. Men jeg mener at det skorter veldig mye på betingelsene for sykepleierne på praksisstedet».

Studentene utfylte hverandre og søkte sammen for å finne svar på problemstillinger de møtte ute hos pasientene. Det synes som studentene i noen situasjoner ønsket at sykepleieren skulle vært delaktig som «kusken» for tospannet, mens de andre ganger selv delte på rollen med å lede tospannet. En positiv opplevelse var at «medstudentveiledning» var mulig. Sykepleierne var noe usikre på i hvilken grad de følte de hadde fått fulgt studentene godt nok opp, når studentene var «selvforsynte» med refleksjonsmuligheter seg imellom. Studentene var uenige om muntlige refleksjoner, med og for sykepleierne, kunne erstatte skriftlige oppgaver: «Student 1: Jeg synes det er greit å ha refleksjonsnotater. Student 2: Det ble veldig, veldig, veldig halvhjertet, de siste oppgavene. Student 3: Jeg synes det

er altfor teoretisk. For eksempel refleksjonsnotatene. Vi kunne mye heller møttes i gruppa og reflektert muntlig. Det tror jeg vi hadde fått mye mer ut av». Også sykepleierne diskuterte nytten av alle skriftlige oppgaver som studentene måtte gjøre mens de hadde praksisstudier: «Jeg har tatt opp med lærer tidligere, at skolen pålegger studentene for mange oppgaver, og det går på bekostning av praksisen» (sykepleier). Studentene reflekterte over egeninnsatsen og reflekterte selvkritisk over manglende innsats. Dette gjaldt spesielt når det var gitt mange studieoppgaver uten rom for å gå i dybden. Studentene var imidlertid enige om at det var viktig med tilbakemeldinger fra høgskolelektor og sykepleiere på de skriftlige oppgavene. De savnet den faglige dybden som de mer erfarne sykepleiere kunne bidra med til refleksjonene.

«Den planløse hverdag»

Noen studenter erfarte at sykepleierne og pasientene var forberedt på at det kom studenter. Andre studenter savnet dette: 1) Det var ingen plan når studentene kom for hvilke pasienter de kunne gå til. Det kunne for eksempel vært en idé å ha en oversikt over pasienter som var informerte om studentenes tilstedeværelse, og hadde sagt seg villige i forkant til å være disponible for studenter i praksis. Som studentene formulerte det: «De kunne jo hatt faste studentlister med noen (pasienter) som synes at det var greit». 2) Det manglet adgang for studentene til dataprogrammet Gerica som praksisstedet brukte som blant annet rapportsystem. 3) Det manglet plan for veiledningstider mellom studenter og sykepleierne.

4) Det var dårlig planlegging fra høyskolens side. Studentene var så vidt innom praksisstedet før de hadde en lengre periode inne på høgskolen i forbindelse med påskeferie og diverse kurs: «Det var ikke noe kontinuitet, du fikk ikke flyt i praksisperioden. Vanskelig å bli kjent med brukerne, vekk en uke, og så tilbake igjen den neste. Det tok tid å komme i gang».

Studentene etterlyste også muligheten til å gå alene og arbeide selvstendig i slutten av praksisperioden. Enkelte av studentene fikk anledning til dette, men det var mer tilfeldig enn planlagt. Det var imidlertid positivt for studentene som erfarte det fordi de fikk mulighet til å prøve seg på egen hånd. Det ble anbefalt som en del av opplegget at studentene måtte gå alene en ukes tid i praksisperioden: «Det kan være positivt det, å gå alene på slutten av praksisperioden (student)». Sykepleierne på sin side mente studentene ikke søkte veiledning så ofte og så mye som studenter som gikk alene. Dette var både positivt og negativt. Det avlastet sykepleierne, men samtidig ble sykepleierne til tider usikre på hva og hvor mye studentene kunne om ulike funksjoner i hjemmesykepleien.

Et annet tiltak som ble påpekt av sykepleierne, var å bli forberedt på at det kom mange studenter og hva tospannmodellen innebar for både sykepleiere og studenter. De ønsket å bli bevisstgjort hvilket ansvar som lå på både sykepleiere og studenter, i forbindelse med at studentene gikk i tospann. Studentene var der for å lære og for å få veiledning av sykepleierne, ikke for å avlaste praksis ved ressursmangel. Avlastning av mer akutte situasjoner var imid-

lertid en del av praksisperioden, fordi det manglet en plan om hvilke læresituasjoner som var aktuelle og hvordan studentene best kunne utnytte tiden til egen læring fremfor «brannslukking» for praksis.

«Tidsklemme i praksisfeltet»

Praksisfeltet var preget av mangel på sykepleierressurser i den perioden prosjektet varte: «Det var mangel på sykepleiere på praksisstedet, så jeg føler at vi kunne blitt tatt bedre hånd om. Vi var litt usikre på hvor mye vi kom til å lære i begynnelsen, men vi lærte vel mer enn det vi trodde vi skulle gjøre» (student). Grunnbemanningen var tilstrekkelig, men på grunn av sykmeldinger og sykepleiere i permisjon var det likevel en større mangel på sykepleiere i praksisfeltet enn forutsatt før prosjektet startet. Studentene erfarte sykepleiere som «løp» og som var dyktige i sin jobb, men som hadde for liten tid både til pasienter, rene sykepleiefunksjoner og til veiledning av studentene. Ifølge sykepleierne kunne dette avhjelpes ved at det ble satt av mer tid til systematisk veiledning underveis i praksisperioden: «Jeg tror det er større behov for planlagt veiledning når det er to. Jeg tror ikke nødvendigvis at man er mer aktiv når man er alene, men jeg tror man må planlegge det på en helt annen måte når det er to stykker» (sykepleier). Det ble presisert av sykepleierne, inkludert ledere, at det var et ledelsesansvar å organisere sykepleierens tid på en slik måte at de fikk muligheter til systematisk veiledning med studenten. Og at det ble satt av tid til dette i sykepleierens arbeidsplaner: «Jeg som leder måtte inn og sette av tid. For

det er helt nødvendig, man må organisere det på et vis» (sykepleier).

DISKUSJON

Tospannmodellen er diskutert i litteraturen ut fra erfaringer i sykehjem (30). Vi har tilsvarende erfaringer fra hjemmesykepleie: studentene har læringsutbytte av å gå sammen to og to og diskutere faglige spørsmål med hverandre. Dette kan relateres til det sosiokulturelle læringsynet som høgskolen funderer sin utdanningsfilosofi på (19, 31). Læring skjer i et fellesskap der kunnskap utvikles og forstås i sammenheng ved at den utveks-

det er satt av tid på ukeplanen til samtaler mellom sykepleieveileder og studenter. Dette fordrer tilrettelegging fra ledelsen i hjemmesykepleiedistriktet og nok ressurser til at sykepleierne faktisk kan prioritere å ta seg av studentene. Det var en erfaring som ble tydeliggjort gjennom de avsluttende fokusgruppeintervjuene, og som kan være en anbefaling der tospannmodell skal brukes i praksisveiledning andre steder. I tillegg kommer den veiledning høgskolelektor gir, og eventuell samling studentene imellom for utveksling av felles erfaringer og utfordringer i praksisperioden. Dette er i tråd med internasjonal

nærhet til praksisfeltet og referansegruppens styring med gjennomføringen av prosjektet. Referansegruppen har utformet problemstillinger og hatt løpende møter i hele prosjektperioden. Praktisk har det betydning at man underveis har forsøkt å møte utfordringer ved å tilrettelegge for flere læresituasjoner. Samt øke deltakelse fra høgskolelektors side i refleksjonsprosessene til studentene. En etisk refleksjon knyttet til pasientene var relatert til at studentene gikk to og to og ikke alene. Det kunne virke «overveldende» på pasienter at de kom flere. En slik refleksjon ble gjort kontinuerlig og der pasienten ga uttrykk for at studentene ikke var velkomne, ble dette respektert ved at studentene trakk seg tilbake.

Svakheter ved opplegget er at det har vært kort tid til gjennomføring og bare en praksisperiode som har vært grunnlag for gjennomføring av prosjektet. Erfaringene er ikke udelt positive. Det var positivt med medstudentveiledning og medstudentrefleksjon i tospannet. Likeledes var det positivt med felles evaluering og tilbakemeldinger. Ulempen var mindre mulighet for selvstendig arbeid og tett oppfølging av sykepleier. Ut fra et sosiokulturelt læringsyn er imidlertid en slik ulempe mindre relevant fordi læringen skal skje i et fellesskap og i samarbeidet med andre (17-19).

KONKLUSJON

Erfaringer med å ha studenttettgruppe i hjemmesykepleien hvor studentene går etter tospannmodell er i hovedsak positive. Til tross for ressursmangel i den perioden prosjektet ble gjennomført. Prosjektets resultater tyder på at det er en fordel om

” Ulempen var mindre mulighet for selvstendig arbeid og tett oppfølging av sykepleier.

les og diskuteres. Studentene vektla at de var mer bevisste på problemstillinger til refleksjon og drøfting når de gikk sammen enn når de arbeidet selvstendig. Samtidig er det et paradoks at både studentene og sykepleierne ønsket at studentene skulle ha en periode på slutten av praksistiden der de skulle gå alene til pasientene for å lære å arbeide selvstendig. Dette synes å tale imot sosiokulturelt læringsyn der medlæring er viktig og der læring ses på som en forståelse som utvikles i samarbeid med andre.

Studentansvarlig sykepleier for studentgrupper i tospann er anbefalt (20). Det er viktig at forholdene legges til rette også i praksis slik at sykepleierne har tid og mulighet til å følge opp. Dette kan med fordel skje ved mer systematisk veiledning der

forskning som anbefaler studenter å samarbeide i partnerskap i kommunehelsetjenesten. Slik kan man bedre utvikle lederskapsevner og sosialt ansvar i kliniske studier i sykepleierutdannelsen (15-18). Vektleggingen av betydningen av det å motivere studenter og bidra med veiledning blir ansett som sentralt for egeninnsats og studentdrevet læring (31, 32). Studentenes egeninnsats var stor i forhold til oppfølging av pasientene, men mer halvhjertet når det gjaldt studieoppgaver. Studentene mente selv det i stor grad skyldtes mangel på tilbakemeldinger og lite rom for å gå i dybden. Sett ut fra sosiokulturelt læringsyn (19) er tilbakemeldinger og samrefleksjon over praksis viktig for læring, noe studentene og sykepleierne i dette prosjektet bekreftet.

Prosjektets styrke har vært

sykepleierne får avsatt tid til systematisk veiledning av studentene underveis i perioden. Og at ledere støtter sykepleiernes veilederfunksjon. Jevnlig oppfølging av høgskolelektor er også av betydning for verdien av tospannmodell i hjemmesykepleiepraksis. Konklusjonen er at ved bruk av tospannmodellen ivaretas sosiokulturell læring der kunnskapen fra hjemmesykepleiepraksis konstrueres i

samspillet mellom studentene i tospannet, sykepleieren og høyskolelektoren og møtet med pasienten.

TAKK

Takk til førstelektor og studieleder Gry Opsahl for støtte underveis i prosjektet. Takk også til sykepleierne Ann-Kristin Knutsen og Elsebeth Mørkøre for viktige bidrag i prosessen. Takk til første-

lektor Mette Karoliussen, førsteamanuensis Betty-Ann Solvoll og professor Dagfinn Nåden for verdifulle kommentarer til tidligere utkast av artikkelen.

REFERANSER

1. Kirke-, Undervisnings- og Forskningsdepartementet (KUF). Rammepplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning, 2004.
2. Kirke-, Undervisnings- og Forskningsdepartementet (KUF). Rapport 99: Tiltak for å styrke sykepleierutdanning.
3. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lov om pasientrettigheter [av 2. juli 1999 nr 63], 1999: <http://www.lovdato.no/>
4. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lov om helsepersonell [av 2. juli 1999 nr 64], 1999: <http://www.lovdato.no/>
5. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lov om spesialisthelsetjenesten [av 2. juli 1999 nr 61], 1999 <http://www.lovdato.no/>
6. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern [av 2. juli 1999 nr 62], 1999 <http://www.lovdato.no/>
7. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Lov om helsetjenesten i kommunen (1982-11.19. nr. 66), 1982 <http://www.lovdato.no/>
8. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. 2003; <http://www.lovdato.no/>
9. Østby BA. Satsingsområde med mange lovbrudd. Sykepleien, 1999; 13:10-15.
10. Hernæs N, Østby BA. Tilfeldighetenes omsorg. Sykepleien, 2002; 2: 10-17.
11. Østby BA. Sykehjem praktiserte tilnærmet fri medisinflyt. Sykepleien, 2003; 8: 25.
12. Horntvedt R, Kyrkjebø V. Blått + Gult = Grønt: gjensidig kompetanseheving- et resultat av endret praksisveiledning

innen sykepleierutdanningen: sluttrapport fra et samarbeidsprosjekt for Ramnes sykehjem, Vestfold og Høgskolen i Vestfold, avd. for Helsefag. 2001.

13. Fermann T. Prosjekt klinisk lektor: et utviklingsprosjekt i samarbeid mellom Vestfold avdeling Helsefag og Nøtterøy og Sandefjord kommuner. 2001.

14. Brunborg B, Opsahl G. Sluttrapport FoU-prosjekt vår 2003: Individrettet læring og systemrettet forbedring i helsetjenesten – to sider av samme sak? Hvordan utvikle og sikre helsetjenestetilbudet til pasienter i hjemmesykepleien? Oslo: Diakonhjemmets høyskole, Avdeling for sykepleierutdanning, 2003.

15. Narsavage GL, Batchelor H, Lindell D, Chen YJ. Developing personal and community learning in graduate nursing education through community engagement. *Nursing Education Perspective*, 2003; 24: 300-305.

16. Alutu, ANG. The guidance role of the instructor in the teaching and learning process. *Journal of Instructional Psychology*, 2006; 33: 44-49.

17. Field, DE. Moving from novice to expert – the value of learning in clinical practice: a literature review. *Nurse Education Today*, 2004; 24: 560-565.

18. Spouse, J. Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 2001; 33: 512-522.

19. Dysthe O. Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring. I: Dysthe O. (red.): Dialog, samspill og læring. Oslo: Abstrakt forlag, 2000.

20. Pettersen RC. Kvalitetstlæring i høgere utdanning. Innføring i problem- og praksisbasert didaktikk. Oslo, Universitetsforlaget, 2005.

21. Reason P, Bradbury, H. (eds). *Handbook of Action Research – Participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications, 2001.

22. Schei B. Aksjonsforskning. I: Lorentsen M. (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden – forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.

23. Eikeland O. Action Research as the Hidden Curriculum of the Western Tradition. I: Reason P, Bradbury H. (eds). *Handbook of Action Research – Participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications, 2001: 145-155.

24. Hummelvoll JK. The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2008; 10: 3-14.

25. Maunsbach M, Dehlholm-Lambertsen B. Det fokuserte gruppeinterview og deltagerobservasjon. *Nordisk Medicin*, 1997; 112: 126-128.

26. Morrison RS, Peoples L. Using Focus Group Methodology in Nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 1999; 30: 62-65.

27. Tillgren P, Wallin E. Fokusgrupper – historik, struktur och tillämpning. *Societärsmedicinsk Tidsskrift*, 1999; 4: 312-321.

28. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

29. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

30. Gregersen AG, Nilsen SR. Lærer av hverandre. *Sykepleien*, 2005; 15: 56-57.

31. Hallett CE. Learning through reflection in the community: the relevance of Schon's theories of coaching to nursing education. *International Journal of Nursing Studies*. 1997; 34: 103-110.

32. Regan JA. Motivating students towards self-directed learning. *Nurse Education Today*, 2003; 23: 593-599.