



STUDENTER TRENGER Å LÆRE ORGANISERING

Utdanning. Praksis med vekt på samarbeid kan øke studentenes organisatoriske kompetanse.

PRAKSISSTUDIE:

Artikkelen bygger på
60% praksis
40% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55668



Sigurd Roger Nilsen, Førstelektor, Høgskolen i Østfold

Det stilles nye krav til sykepleiernes kompetanse. Endringer i kompetansebehov skyldes at pasienter, ofte med et betydelig rehabiliteringsbehov, tidligere blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. De fleste pasientene er eldre, har flere diagnoser og stort omsorgsbehov (1).

kunnskap» (4:8). Hensikten med å utarbeide en ny modell for organisering av praksisstudier er å utdanne sykepleiere med kunnskaper og ferdigheter tilpasset dagens og morgendagens helsevesen. Stortingsmelding nr. 13 «Utdanning for velferd» refererer til Stjernø-utvalget som fastslo, blant annet på bakgrunn av NOKUTs evalueringer, at det er behov for tiltak som kan heve kvaliteten i praksisstudiene (5).

i begrepet organisatorisk kompetanse (6). Allan (7, s. 136) skriver at sykepleiere gjennom sitt organisatoriske arbeid er «network builders, system enablers and principal mediators». Samtidig viste studien hennes at sykepleierne først og fremst identifiserte seg med det direkte pasientrettede arbeidet, samt at bevisstheten var mindre når det gjaldt organisatoriske forhold. Kunnskap og ferdigheter relatert til organisatoriske forhold ble utviklet gjennom lang erfaring, noe som ifølge Allan (7) reiser spørsmål ved måten utdanningen av sykepleiere er organisert på.

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Artikkelen er basert på et studie hvor hensikten var å revidere innholdet i sykepleierstudentenes siste praksisperiode, sykepleierens undervisende- og ledende funksjon, ved å vektlegge utviklingen av studentenes organisatoriske kompetanse. Organisasjonsinnsikt og handlekraft er nødvendig for takle rollen som koordinerende helsefaglig person i det tverrprofesjonelle team.

NYE KRAV. Orvik (6) hevder at den administrative sykepleierfunksjonen i sin gamle form er avleggs fordi den opprettholder en yrkesrolle preget av tekniske og praktiske assistentfunksjoner.

PRAKSISMODELLER. Det er behov for mer forskning på praksisstudier der tverrprofesjonelt samarbeid benyttes som arbeidsmetode. Det er også behov for å utvikle og prøve ut praksismodeller der det legges vekt på erfaringslæring og samarbeidslæring (8, s. 109). Internasjonal forskning bekrefter at samarbeidslæring gjør helsearbeidere bedre i stand til å håndtere sammensatte helsebehov (9). Studiens forsknings spørsmål var følgende: Hvordan har praksismodellen bidratt til studentenes opplevde læringsutbytte relatert til organisatorisk kompetanse? Begrepet organisatorisk kompetanse dekker både systemforståelse og samhandlingskompetanse (6).

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Praksisstudie
- Fokusgruppe
- Samhandling
- Tverrfaglighet

«Vi reflekterer og tenker og lærer av hverandre.»

Framtidens sykepleiere trenger organisatorisk kompetanse. Organisasjonsinnsikt og handlekraft er nødvendig for å takle rollen som koordinerende, helsefaglig person i tverrprofesjonelle team. Kompetanse i å organisere pasientarbeidet, og evnen til å forstå helseorganisasjonen som system, inngår

SAMMENSATT BEHOV. «Mange er avhengig av assistanse og hjelp fra både fastlege, kommunale pleie- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Kvaliteten på tjenestene vil ofte være avhengig av hvor godt dette samspillet fungerer» (2). En studie som undersøkte eldres erfaringer ved overføring fra sykehus til kommunale tjenester bekrefter dette. Studien viste at det er utfordrende å gi de eldre god nok informasjon (3).

FORSKNING. Helse- og omsorgsdepartementet (4) peker på forskning og innovasjon som en forutsetning for en kunnskapsbasert og fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste. Utdanningsinstitusjonenes ansvar for forskning beskrives ved at «det må sikres høy kvalitet og relevans i utdanning, og disse må så langt som mulig baseres på forskningsbasert



Camilla Gjellebæk, Høgskolelektor, Høgskolen i Østfold



Siri Brynhildsen, Høgskolelektor, Høgskolen i Østfold



Inger Tjøstolsen, Førstelektor, Høgskolen i Østfold



Siv Groth Johansen, Rådgiver, Sykehuset Østfold



Samarbeid: Praksis i tospann er en av modellene som har vist seg å øke sykepleierstudentenes samarbeidskompetanse. Arkivfoto: Stig M. Weston

GJENNOMFØRING. Prosjektpraksisen ble organisert etter prinsippet om gruppepraksis (10). To virksomheter innenfor hjemmesykepleie, en enhet for utskrivningsklare pasienter på sykehjem (USK-avdeling) og en intermediær-avdeling på sykehjem, utgjorde de fire praksisbasene. Base betyr i denne sammenheng den virksomheten hvor studentene hadde sin hovedtilknytning og praksisveileder. Studentene fikk mulighet til å følge pasienten på tvers av behandlingseenheter og nivåer.

Prosjektgruppen besto av representanter fra spesialist- og kommunehelsetjeneste og lærere fra høyskolen. Gruppen utarbeidet en oversikt over aktuelle

Tabell 1. Utdrag fra læringskategori og læresituasjonsbeskrivelse

Læringskategori	Konkretisering av læresituasjoner
Samhandling om mottak av pasienter:	<ul style="list-style-type: none"> - Mottak av pasienter for type tilbud; korttidsplass, intermediær plass (ø-hjelp) eller utskrivningsklare pasienter fra sykehuset - Gjøre seg kjent med og benytte innkomstprosedyrer på avdelingen - Samarbeide med innleggende instans - Mottak av ny/kjent bruker/pasient i hjemmetjenesten
Refleksjon over praksis:	<ul style="list-style-type: none"> - Delta i etisk refleksjon på avdelingen - Refleksjon over aktuelle pasientkasustikker - Ukentlig veiledning med studentveileder - Utfordre studentene i siste del av praksisperioden å ha ansvar for gjennomføring av en refleksjon med personalet på avdelingen

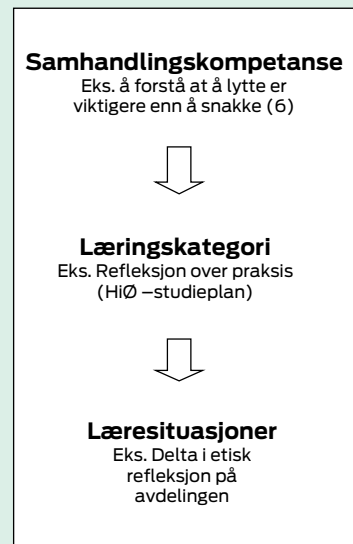
læresituasjoner ved hver base. Denne tilnærmingen støttes av Stortingsmelding nr. 13 som vektlegger at utdanningene utarbeider læringsutbyttebeskrivelser og tilrettelegger for at studentene tilegner seg disse gjennom praksisstudier (5). Studentene fikk presentert en samlet oversikt over aktuelle læresituasjoner før praksisstart. Praksislærerne møtte veilederne og studentene i forkant av praksisstart. Det ble definert totalt 11 læringskategorier og 75 læresituasjoner.

METODE. Studien har et beskrivende design (12). Hoveddataene er kvalitative, innhentet gjennom





Figur 1. Et eksempel på hvordan læringskategorien Samhandlingskompetanse og de konkrete læresituasjonene er forankret i teori. Utvikling av samhandlingskompetanse er et sentralt tema i praksisstudiet; sykepleiens organisatoriske kompetanse.



fokusgruppeintervjuer med studentene. Utvalgskriteriet var at studenter fra alle basene skulle være representert. Ifølge Wilkinson (13) består en fokusgruppe av personer med felles erfaringer som samhandler med utgangspunkt i vektlagte temaer. Intervju gir mulighet for å gå dypere inn i forskningsspørsmålene, samt å avdekke ny kunnskap (14).

Fokusgruppeintervjuene ble analysert gjennom tematisk innholdsanalyse (15). Bearbeiding av data ble gjort manuelt. For å validere studiens kvalitative funn, valgte vi å supplere med kvantitative data fra studentenes elektroniske emneevaluering i læringsplattformen Fronter (16). 27 av 29 studenter (93 prosent) deltok i emneevalueringen.

MODELLER. Kvaliteten i praksisstudiene fikk økt oppmerksomhet etter NOKUT's gjennomgang av sykepleierutdanningen (17). Ulike modeller for organisering av praksisstudier er prøvd ut. Flere studier er forankret i et sosiokulturelt læringssyn (18) gjennom

vektleggingen av praksisfelleskapet (10,19,20). Studien som ligger til grunn for vår artikkel, hvor gruppepraksis med tospann inngår, bekrefter tidligere forskning som viser at medstudenters støtte og tilbakemelding er viktig for hvordan studenter opplever læringsutbyttet.

Mange utsagn fra fokusgruppeintervjuene viste at deltakerne opplevde medstudenter som en støtte i praksisperioden. «Vi var to på den sona jeg var – og det fungerte veldig godt de gangene vi kjørte sammen – vi hadde mye glede av hverandre. Man snakker mye sammen – diskuterer fag.» En annen student responderte på dette ved følgende utsagn: «Ja du gjør det – vi reflekterer og tenker og lærer av hverandre.»

Gjennom gruppepraksis og tospann bidrar praksisfelleskapet til å gjøre studentene trygge i studiesituasjonen. Nilsen et al. (10) beskriver hvordan refleksjon i gruppe fremmer læringen. I dette prosjektet har studentene erfart at medstudentene er en ressurs for læringen deres. Dette vurderer vi som en viktig holdningsskape erfarings som kan overføres til studentenes fremtidige yrkesfunksjon og forhold til fremtidige kollegaer.

SYSTEMFORSTÅELSE. Studentene fulgte pasientene på tvers av behandlingssenheter. Et eksempel på læresituasjoner hvor målet var å forstå systemet, var at studentene hospiterte på legevakten, fulgte opp pasienter i overgangen til intermediæravdeling og til slutt forberedte overføring til hjemmesykepleie.

I fokusgruppeintervjuene refererte studentene til utsagn fra pasienter som ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til kommunale virksomheter. Pasientene formidlet at de trodde de skulle få et annet behandlingstilbud etter utskrivelsen enn det de fikk. Eksempler er at pasienter og pårørende ved utskrivelse fra sykehus til sykehjem, helsehus eller intermediæravdeling, har trodd og

håpet at de skulle få et korttidsopphold på tre uker før de kom tilbake til sitt eget hjem. Oppholdet på institusjon varte bare i få dager og de opplevde ikke å være klare for hjemreise (21). En annen student bekreftet at utskrivelse fra sykehus skjedde for tidlig.

«Så var det jo noen pasienter som ble skrevet ut fra sykehuset for tidlig også, som kom til USK-posten og som måtte tilbake igjen til sykehuset.»

Studiens hensikt var ikke å

evaluere kvaliteten på tjenestene i kommunene eller spesialisthelsetjenesten. Gjennom studentenes erfaringer kom det likevel fram beskrivelser av situasjoner som ikke fungerte optimalt. «Jeg tenker på meldeskjemaer og slike ting – det syntes jeg man er ganske dårlige på. Både når det gjelder hjemmesykepleien og fra sykehuset egentlig. Det kommer liksom i siste rekke hele tiden – det merka jeg også der jeg var også. Nei må liksom skyve bort den bunken litt – har ikke tid til det nå liksom – men det er jo ganske viktig – men de tar jo heller en telefon og sier noe om det i stedet for å sende meldeskjemaet.»

TVERRFAGLIG SAMARBEID.

Studentene hadde ulik erfaring med hvordan samarbeidet med andre yrkesgrupper fungerte. «Når det gjelder legene – det er avgjørende hvem som gidder å ta seg en tur.» Noen av studentene stilte seg kritiske til kvaliteten på samarbeid med fysioterapeutene: «Ikke følt at det var mye samhandling. Har blitt vist noe av fysioterapeutene – og så legger de igjen skjemaer. Fysioterapeuter lager plan som blir hengt opp – blir nesten aldri fulgt opp». En av dem refererte til utsagn fra en fysioterapeut som hadde uttalt at «Sykepleiere bør helst ikke blande seg fordi de kan gjøre feil – mot sin hensikt».

«Jeg følte vi fikk oppleve samhandling tverretatlig og tverrprofesjonelt.»

På spørsmål om hva studentene tenkte var forklaringen på mangelfullt samarbeid, svarte en: «Det at man ikke skal trække i hverandres bedd hindrer samarbeid. Holdninger handler mye om hvordan lederen fungerer. Nye arbeidsoppgaver kan være et hinder fordi man antar at samarbeid tar mer tid. Det må et generasjonsskifte til».

ERFARINGER. En av studentene beskrev sine samarbeids erfaringer ved at «Jeg har opplevd god samhandling. God samhandling er når hjemmesykepleien har god kjennskap til sin pasient. Ja, da vet vi at han har vært på sykehuset – og vi vet at han kommer hjem – og vi er forberedt på å ta ham imot. Det er nesten som en pølsefest på trappa når de kommer».

Funn fra emneevalueringen viste at 59,2 prosent av studentene svarte at de i svært stor eller stor grad hadde utviklet kompetanse i å samhandle med andre yrkesgrupper. Studentene erfarer flest samarbeidssituasjoner med fagarbeider (77,7 prosent) og lege (55,5 prosent). Funn fra fokusgruppeintervju underbygger legen som en viktig samarbeidspartner. «Vi hadde tre leger faktisk, som var der hele dagen, og de var jo hele tiden inne. De samarbeidet godt med oss sykepleierne. Jeg følte vi fikk oppleve samhandling tverretattlig og tverrprofesjonelt». Positive erfaringer fra samarbeid med lege ble bekræftet fra flere studenter.

FORDOMMER. I den sosialiseringsprosessen som en profesjonsutdanning innebærer, identifiserer studentene seg med sine fremtidige profesjoner, deres verdi, kultur, rolle og ekspertise. Det kan skje at studentene kommer inn i utdanningen med negative oppfatninger om andre yrkesgrupper (22). Flere forutsetninger har blitt beskrevet som nødvendige for å redusere fordommer eller stereotyper blant yrkesutøvere så vel som studenter fra ulike

profesjoner. Felles læring gir grunnlag for lagarbeid, å kunne arbeide sammen som et team. Areskog (23) hevder at økt forståelse og kunnskap om andre yrkesgrupper, kombinert med forståelse av seg selv som framtidig yrkesutøver, vil utvikle holdninger preget av respekt og tillit. Dette betyr at samhandling ikke kan læres gjennom teori alene, det forutsetter erfaring med andre yrkesgrupper.

VURDERING. Studentene vurderer følgende hovedelementer ved praksismodellen positivt for sitt læringsutbytte og elementene anbefales implementert i praksisstudier:

- Klargjøre mål med praksisperioden gjennom forhåndsdefinering av læringskategorier og læresituasjoner.
- Studentene tar ansvar for å følge pasienter på tvers av behandlingssenheter og nivåer.
- Felles forberedelse av praksisveileder, student og lærer gjennom etablering av møteplasser for praksisstart.
- Gruppepraksis bidrar til å utvikle trygghet og læring i praksisfellesskapet.

PASIENTNÆRT. Tidligere har læringsutbyttebeskrivelsen i emnet *Sykepleiens undervisende og le-*

«Når det gjelder legene – det er avgjørende hvem som gidder å ta seg en tur.»

dende funksjon (11) i stor grad vært rettet mot sykepleielederens administrative funksjon. I vår studie har vi vektlagt å utvikle kunnskap knyttet til det pasientnære; kliniske kunnskaper og organisatorisk kompetanse. Studien viser at studentene har

utviklet god systemforståelse, både ved organisering av tjenestene innad i de aktuelle kommunene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Studentene har erfart flere situasjoner de mener påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet negativt. Dette gjelder både negative holdninger til samarbeid og svakheter ved dokumentasjonssystemene. Dette tyder på at studentene har utviklet organisatorisk kompetanse gjennom å bli bevisste på hva som påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet. Studien viser at studentene har erfart gode samhandlingssituasjoner med andre yrkesgrupper.

Studien tyder på store individuelle forskjeller i viljen til å samarbeide med andre yrkesgrupper, og at dagens organisering av tjenestetilbudet gjør det mulig å praktisere sin motvilje. Vi vurderer at det ikke vil være mulig å skape tilfredsstillende samhandling mellom ulike yrkesgrupper, kun gjennom politiske vedtak og nye samarbeidsrutiner. Samhandling kan ikke læres gjennom teori alene, det forutsetter erfaring med andre yrkesgrupper i studiene. Dette vil være i tråd med Stortingsmelding nr. 13 som anbefaler møteplasser for ulike yrkesgrupper (5).

KONKLUSJON. Vi vurderer at det er behov for mer fagutvikling og forskning på å utvikle pedagogiske metoder som fremmer samarbeidslæring. Det vil være en praktisk utfordring å legge til rette for at alle studenter innenfor helse- og sosialfag møter og samhandler med studenter fra en eller flere andre utdanninger i studiene. Vi foreslår å prøve ut bruk av digitale læringsressurser som et supplement til fysiske møter, for eksempel utprøving av en «pedagogisk verktøykasse» som består av case og digitale historier. Slik kan samarbeidslæring oppnås, både gjennom praktiske gjennomføring i tverrfaglige grupper og tematikken som verktøye- ne belyser. ●

REFERANSER:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo, Departementenes servicesenter; 2009. St.meld. nr. 47 (2008–2009).
2. Sosial- helsedirektoratet. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Veileder IS-1201. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet, 2004. IS-1201 Veileder.
3. Foss C, Hofoss D, Romøren TI, Bragstad LK, Kirkevold M. Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus. Sykepleien Forskning, 2012 Apr;7(4):324–33.
4. Forskning og innovasjon for bedre samhandling. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi 2012–2015.
5. Kunnskapsdepartementet. Utdanning for velferd: Samspill i praksis. Oslo, Departementenes servicesenter; 2011. St.meld. nr. 13 (2011–2012).
6. Orvik A. Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid. 1. utgave. Oslo: Cappelen Forlag; 2004.
7. Allen D. Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organizational relationships. Social Science & Medicine. 2014 Aug;119(8):131–38.
8. Furunes KA, Brataas HV. Nyutdannede sykepleieres oppfatninger om tverrprofesjonell og tradisjonell studentpraksis som arena for tilegnelse av trygghet, på rolle og ansvar. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 2014;9(2):98–111.
9. Barr H. The WHO Framework for Action: Commentary. Journal of Interprofessional Care. 2010. <http://informahealthcare.com/toc/jic/24/5> (28.01.2014).
10. Nilsen SR, Raising H, Brynhildsen S. Erfare, skrive, dele, diskutere og lære: om strukturerte, planlagte refleksjonsprosesser og tverrprofesjonelle møteplasser. Uniped. 2012. http://www.idunn.no/file/pdf/66753489/erfare_skrive_dele_diskutere_og_laere_om_strukturerte.pdf (20.03.2012).
11. Studieplan for Bachelorstudium i sykepleie, deltid. Fredrikstad: Høgskolen i Østfold. <http://www.hiof.no/studieinformasjon/studieplaner/?function=dumpBeskrivelse&module=studieinfo&type=studiem&key=743> (17.02.2013).
12. Jacobsen DI. Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2010.
13. Wilkinson S. Focus group research. I: Silverman D, redaktør. Qualitative Research: Theory, method and practice. Ca: Thousand Oaks, 2004:177–99.
14. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
15. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
16. Røising H. Bedre med enkel bruk av elektronisk læringsplattform enn ingen bruk? Uniped. 2009. <http://hdl.handle.net/11250/147903> (17.04.2010).
17. Haugdal BK. Revidering av akkrediterte sykepleieutdanninger: Kvaliteten i praksisstudiene. Oslo: NOKUT; 2009.
18. Dysthe O. Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring. I: Dysthe O, redaktør. Dialog, samspill og læring. Oslo: Abstrakt forlag; 2001.
19. Slettebø Å, Bryn V, Hovdsveen RK, Veitsle KC, Syvertsen AL. Praksisstudier i tospenn. Sykepleien Forskning, 2009;1(4):44–50.
20. Flateland S, Kristiansen A, Söderhamn U. Sykepleierstudenters læring: Læring i praksis gjennom deltakelse i refleksjonsgrupper. Nordisk Sygeplejeforskning, 2011;1(1):5–18.
21. Nilsen SR, Andersen KL, Karlsen H, Johansen SG. Helsehus, MLMS, USK eller intermedieavdeling? Sykepleien, 2013. <https://sykepleien.no/2013/10/helsehus-mlms-usk-eller-intermedieavdeling> (15.12.2013).
22. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth DS. Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption & Evidence. London: Blackwell Publishing; 2005.
23. Areskog NH. Multiprofessional education at the undergraduate level. I: Owen P, Carrier J, Horder J, redaktører. Interprofessional issues in community and primary health care. London: Macmillan Press, 1995.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no