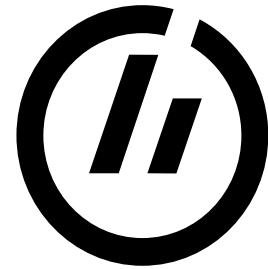


Fredrikstad kommune

Bruker-
og
kompetansesenteret



Høgskolen i Østfold

Delrapport I

Undervisningssykehjem Fredrikstad



*Tilsluttet det nasjonale
undervisningssykehjemsprosjektet*

Sigurd Roger Nilsen og Gunnar Vold Hansen (red.)

**Høgskolen i Østfold
Arbeidsrapport 2003:5**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

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

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Høgskolen i Østfold. Arbeidsrapport 2003:5

© Forfatteren/Høgskolen i Østfold

ISBN: 82-7825-127-4

ISSN: 1503-6677

FORORD

Undervisningssykehjemsprosjektet i Fredrikstad har de siste par årene inngått som en viktig aktør i det nasjonalt omspennende undervisningssykehjemsprosjektet. Undervisningssykehjemsprosjektet har som overordnet mål å bidra til bedret kvalitet på tjenestene til skrøpelige gamle i kommunene. I dette arbeidet har et hovedfokus vært å støtte kommunens og de ansattes egne bestrebelser, ved å styrke forutsetningene for å møte de komplekse behovene for omsorg, pleie og behandling som gamle og syke mennesker har. Viktige satsningsområder har vært å videreutvikle de ansattes kompetanse innen geriatri og andre relaterte felt, arbeide målrettet med faglig utviklingsarbeid i tilknytning til praktiske faglige utfordringer i sektoren og utvikle ny kunnskap om skrøpelige gamle og deres behov for kvalitativt god og tilpasset pleie og omsorg. Et annet meget viktig område har vært å bidra til økt fokus på eldreomsorgen innen sykepleieutdanningen og de andre helsefaglige utdanningene.

Undervisningssykehjemsprosjektet i Fredrikstad har arbeidet med disse overordnede målsettingene med utgangspunkt i lokale forhold og behov som er identifisert i samarbeid mellom Fredrikstad kommune, Fjeldberg sykehjem, Høgskolen i Østfold, Universitet i Oslo og andre aktører. Gjennom prosjektet har man prøvd ut en rekke ulike tiltak som har gitt verdifull erfaring og viktig læring. I foreliggende rapport gis det innsikt i bakgrunnen for dette arbeidet og det gis glimt inn i noen av alle de prosesser som ligger bak et nyskapende utviklingsarbeid av den karakter og omfang vi her har å gjøre med. En viktig erfaring som Undervisningssykehjemsprosjektet i Fredrikstad deler med de øvrige undervisningssykehjemsprosjektene er at forpliktende samarbeid på tvers av vanlige sektorgrenser mellom utdanning, forskning og tjeneste er både krevende, inspirerende og utbytterikt. Men det er ikke noe som kommer av seg

selv. Det krever betydelig investering av tid, energi og ressurser, samt villighet til å kvitte seg med eventuelle kjepphester og full kontroll over etablerte revirer. Det har vært en spennende erfaring i prosjektet at det er mulig å samarbeide godt på tvers av ulike ansvars- og myndighetsområder, konkrete arbeidsoppgaver og faglig bakgrunn om et forent mål om bedre tjenester til syke gamle mennesker. Det har også vist seg at det finnes en rekke ”brennende sjeler” på mange plan som er vanskelig å få øye på i dagens mediedebatt om de tjenestene vi her taler om.

Denne rapporten gir et bilde av noen av de konkrete prosjektene som har vært gjennomført i regi av Undervisningssykehjemsprosjektet i Fredrikstad. Som det fremgår har engasjementet spent vidt. Prosjektene viser både utfordringer og mulige løsninger på vesentlige spørsmål i den kommunale eldreomsorgen. Forhåpentligvis kan flere av modellene overføres til andre sykehjem og kommuner eller inspirere andre til å sette i gang med utviklingsarbeid på nye viktige utfordringer. Erfaringen er entydig, den kommunale eldreomsorgen er et meget rikt felt for fagpersoner som ønsker seg personlige og faglige utfordringer, som ønsker å gjøre en forskjell i livet til meget hjelpetrengende mennesker og som ønsker å stå sammen med andre engasjerte i å løse disse meget viktige og spennende oppgavene.

Oslo, 9. september 2003

Marit Kirkevold,

Professor

Institutt for sykepleievitenskap, Universitet i Oslo

og Nasjonal prosjektleder for Undervisningssykehjemsprosjektet

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	1
1.0 INNLEDNING	11
1.1 Bakgrunn for prosjektet	11
1.2 Samarbeidspartene	12
1.2.1 Fredrikstad kommune	12
1.2.2 Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag	12
1.3 Hva er "bruker og kompetansesenteret" ?	13
1.4 Organisering og styring	15
1.5 Prosjektets evalueringsgrunnlag	15
1.6 Sammendrag av de ulike tiltak/delprosjekt	18
1.6.1 Yrkes- språkopplæring av minoritetsspråklige	18
1.6.2 Fagmøter	19
1.6.3 Kurs i dokumentasjon og pasientretter	21
1.6.4 Faglig veiledning i gruppe	22
1.6.5 Utdanningspost	23
1.6.6 Tverrfaglig studentpraksis	25
1.6.7 Praksis som læringsarena i studenters utvikling av moralsk kompetanse (dr.gradsarbeid)	26
1.6.8 Hva om det hadde vært din mor eller far ? Artikkel med bakgrunn i hovedoppgave.	27
1.6.9 Senter for frivillige organisasjoner	28
1.7 Fremtidig organisering av samarbeidet mellom Fredrikstad kommune og Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag	29

2.0	INTEGRERT YRKES- OG SPRÅKOPPLÆRING FOR MINORITETSSPRÅKLIGE KVINNER	31
2.1	Bakgrunn for prosjektet	31
2.2	Prosjektets målgruppe og valg av læringsarena	32
2.3	Målsettinger	34
2.3.1	<i>Prosjekt mål</i>	34
2.3.2	<i>Mål for opplæringen</i>	34
2.4	Organisering av prosjektet	36
2.4.1	<i>Opplæringstiltakets struktur</i>	36
2.4.2	<i>Utvelgelse av kursdeltakere</i>	36
2.4.3	<i>Kartlegging av deltakernes bakgrunn og realkompetanse</i>	37
2.4.4	<i>Kommunikasjon med praksisstedene</i>	38
2.5	Norsk med samfunnskunnskap for voksne innvandrere	39
2.5.1	<i>Nivåbasert norskopplæring</i>	39
2.5.2	<i>Språkprøver</i>	41
2.5.3	<i>Syn på deltakelse og læring</i>	41
2.6	Yrkesopplæring	43
2.6.1	<i>Språkundervisning eller arbeid ?</i>	43
2.6.2	<i>Pleieassistent</i>	44
2.7	Undervisningens rammer	45
2.7.1	<i>Personellressurser</i>	45
2.7.2	<i>Læremidler</i>	47
2.8	Hovedmomenter i opplæringen	49
2.8.1	<i>Undervisning i helse-norsk</i>	49
2.8.2	<i>Felles ferdighetstrening</i>	51
2.8.3	<i>Tidsbruk og ulike sider av opplæringen</i>	52
2.9	Evalueringer	53
2.9.1	<i>Evaluering av deltakerne</i>	53

2.9.2	<i>Evaluering av prosjektet</i>	55
2.10	Avslutning	58
2.10.1	<i>Måloppnåelse</i>	58
2.10.2	<i>Forbedringsmuligheter</i>	60
2.10.3	<i>Overføringsverdi</i>	61
3.0	FAGMØTER	65
3.1	Bakgrunn og mål	65
3.2	Undervisningssykehjemmet og tiltakskart	67
3.3	Teoretisk utgangspunkt	68
3.4	Hva er prosjekt fagmøter ?	72
3.4.1	<i>Faglunsj</i>	72
3.4.2	<i>Obligatoriske avdelingsvise fagmøter</i>	74
3.4.3	<i>Veiledningstilbud for avdelingslederne</i>	75
3.5	Veien videre	77
4.0	KURS I DOKUMENTASJON OG PASIENTRETTER	81
4.1	Bakgrunn	81
4.2	Faglig begrunnelse for kurset	81
4.2.1	<i>Organisatoriske forhold</i>	82
4.2.2	<i>Rettslige forhold</i>	84
4.3	Nærmere om innholdet i kurset	85
4.3.1	<i>Selvstendig rettslig ansvar</i>	85
4.3.2	<i>Faglig forsvarlighet</i>	86
4.3.3	<i>Bruk av medhjelpere</i>	89
4.3.4	<i>Dokumentasjonsplikten</i>	89
4.3.5	<i>Medvirkning, informasjon og taushet</i>	92
4.3.6	<i>Samtykke</i>	94

4.4	Oppsummering	95
5.0	FAGLIG VEILEDNING I GRUPPE PÅ FJELDBERG SYKEHJEM	99
5.1	Oppbygging av rapporten	99
5.2	Noen konklusjoner	100
5.3	Bakgrunn	101
5.4	Mål	102
5.5	Teoretisk utgangspunkt	103
	5.5.1 <i>Kompetansebegrepet</i>	103
	5.5.2 <i>Kompetanseutvikling</i>	104
	5.5.3 <i>Faglig veiledning i gruppe som tiltak for kompetanseutvikling</i>	106
	5.5.4 <i>Relevant forskning</i>	109
5.6	Forberedelse og gjennomføring	111
	5.6.1 <i>Rammer for veiledningen</i>	111
	5.6.2 <i>Gjennomføring - metoder og arbeidsformer som ble benyttet</i>	114
5.7	Vurdering	118
	5.7.1 <i>Formativ vurdering</i>	119
	5.7.2 <i>Summativ vurdering</i>	120
5.8	Resultater	125
	5.8.1 <i>Presentasjon og drøfting av funn</i>	125
	5.8.2 <i>Oppsummering</i>	135
6.0	PROSJEKT UTDANNINGSPOST	141
6.1	Innledning	141
	6.1.1 <i>Prosjekt utdanningsposts hensikt og mål</i>	141
6.2	Hensikt med og omfang av praksisstudiene	142
6.3	Forberedelsesfasen	144
	6.3.1 <i>Konstituering av prosjektgruppe og mandat</i>	144
	6.3.2 <i>Møteaktiviteten i prosjektgruppa</i>	145

6.3.3	<i>Praktiske forberedelser</i>	147
6.3.4	<i>Studentenes vurderinger før praksisstudiene</i>	149
6.4	Erfaringer med utprøving av metoder	157
6.4.1	<i>Sykepleieklinikker</i>	157
6.4.2	<i>Hospiteringer for de ansatte</i>	158
6.4.3	<i>Lærerrollen og lærernes erfaringer</i>	160
6.5	Erfaringer fra prosjektet	162
6.5.2	<i>Resultater fra ansattes evaluering</i>	174
6.6	Avslutning	183
6.6.1	<i>Publisering</i>	183
6.6.2	<i>Oppsummering</i>	184
6.6.3	<i>Anbefalinger videre</i>	188
7.0	TVERRFAGLIG STUDENTPRAKSIS	193
7.1	Hvorfor en tverrfaglig praksisperiode ?	193
7.2	Pedagogiske prinsipper for tverrfaglig praksis	195
7.2.1	<i>Konkretisering av det pedagogiske opplegg</i>	196
7.3	Planlegging og gjennomføring	198
7.3.1	<i>Fjeldberg sykehjem, våren 2002,</i>	198
7.3.2	<i>Våren 2003, Smedbakken og Glemmen sykehjem</i>	202
7.4	Vurdering	204
7.5	Perspektiver	206
8.0	PRAKSIS SOM LÆRINGSARENA I STUDENTERS UTVIKLING AV MORALSK KOMPETANSE	209
8.1	Innledning	209
8.1.1	<i>Oppbygging av rapporten</i>	209
8.1.2	<i>Bakgrunn</i>	209
8.1.3	<i>Mål</i>	210

8.2	Teoretisk utgangspunkt	211
8.2.1	<i>Moralsk kompetanse</i>	211
8.2.2	<i>Læring i praksis</i>	214
8.3	Metodisk tilnærming	216
8.3.1	<i>Forskningsspørsmål</i>	216
8.3.2	<i>Analyse</i>	217
8.4	Foreløpige funn	218
8.4.1	<i>Studentenes etiske verdier og moralske oppmerksomhet</i>	220
8.4.2	<i>Moralske utfordringer i studentenes praksis</i>	221
8.4.3	<i>Etiske vurderinger og valg av handling</i>	223
8.4.4	<i>Forhold som har betydning for studentens læring</i>	225
8.5	Oppsummering	233
9.	HVA OPPLEVER SYKEPLEIESTUDENTER SOM MORALSKE PROBLEMER PÅ SYKEHJEM OG HVORDAN VELGER DE Å FORHOLDE SEG TIL SLIKE PROBLEMER ?	239
9.1	Bakgrunn	239
9.2	Teoretisk forankring	241
9.3	Metode	244
9.4	Funn	245
9.5	Diskusjon	248
9.5.1	<i>Hvordan handle til pasientens beste?</i>	248
9.5.2	<i>Rettferdig fordeling av pleieressurser</i>	250
9.5.3	<i>Et usynlig sosialt skille – mangel på respekt for pasientens egenverd.</i>	250
9.5.4	<i>Taushetsplikt</i>	252
9.5.5	<i>Mangel på kjennskap til pasienten.</i>	253
9.5.6	<i>Vansker med å si ifra</i>	254
9.5.7	<i>Etikkteorien – knagger å henge det på</i>	255
9.5.8	<i>Hva om det hadde vært din mor eller far?</i>	257

9.5.9 <i>Er det sammenheng mellom pleiekultur og holdninger?</i>	258
9.6 Konklusjon	259
10. AVSLUTNING	265
10.1 Oppsummering av prosjektet	265
10.2 Fremtidig organisering av samarbeidet mellom Fredrikstad kommune og Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag	268

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Fredrikstad kommune og Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag, startet høsten 2000 opp et felles prosjekt ”Bruker- og kompetansesenter”.

Prosjektet var et tre-årig prosjekt som ble avsluttet 30. juni 2003. Innenfor denne tidsrammen har det blitt initiert en rekke aktiviteter.

I denne rapporten skal vi presentere de tiltakene som ble gjennomført som ledd i ”kompetansesenteret” som fra april 2001 fikk betegnelsen Undervisningssykehjem (USP) Fredrikstad. Selv om noen av tiltakene ikke forløp slik som vi hadde planlagt, vil vi med denne rapporten dokumentere at et samarbeid mellom kommunen og høgskolen har vært til gjensidig nytte.

I dette første kapitlet vil vi kort gi en beskrivelse av bakgrunn, de to samarbeidspartene og siden gi en summarisk oversikt over de tiltakene som siden presenteres som egne kapitler. Vi avslutter dette kapitlet med å gi en kort beskrivelse av hvordan vi ser for oss at samarbeidet mellom kommunen og høgskolen kan fortsette. En slik modell for fremtidig samarbeid blir nærmere utdypet i siste kapitlet av denne rapporten.

Prosjektet var begrunnet i et ønske om å se nærmere på i hvilken grad kommunen og høgskolen i fellesskap kunne være til gjensidig nytte for hverandre. For kommunen er det alltid en utfordring ha et personale med oppdatert kompetanse og å legge til rette for at de ansatte er i en kontinuerlig kompetanseutviklingsprosess. For høgskolen er utfordringene først og fremst knyttet til behovet for å ha nær kontakt med praksisfeltet både for å sikre gode læringssituasjoner for studentene og for å etablere praksisnær forskning og

fagutvikling. For begge parter er det grunnleggende at den kompetanse som skal utvikles bygger på en god forståelse av brukerne og deres behov. ”Bruker- og kompetansesenter” har derfor vært et prosjekt der kommunen og høgskolen har samarbeidet om å prøve ut en del samarbeidstiltak med sikte på å ivareta begge parters interesser.

Brukerperspektivet i prosjekt ”Bruker- og kompetansesenter”, ble blant annet søkt ivaretatt gjennom opprettelsen av ”Senter for frivillige organisasjoner”. Denne delen av virksomheten er bare delvis presentert i denne rapporten, men blir nærmere utdypet i en egen rapport (delrapport II).

1.2 Samarbeidspartene

1.2.1 Fredrikstad kommune

Fredrikstad er Norges 6. største by med i alt 67.000 innbyggere. Disse betjenes blant annet av mer enn 1000 årsverk i pleie og omsorgssektoren. For at tilbudet til de som trenger hjelp skal bli så godt som mulig, er det viktig for kommunen å rekruttere og beholde medarbeidere. Kommunen ønsker derfor å være en attraktiv arbeidsplass der forholdene legges til rette for at de ansatte gis anledning til å vedlikeholde og utvikle den kompetansen de har. Dette innebærer at tjenestene må organiseres slik at de ansatte både kan ha fokus på tjenesteyting og på kompetanseutvikling.

1.2.2 Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag

Avdeling for helse- og sosialfag har ca 100 ansatte og mer enn 1300 studenter. Høgskolen har som mål å være et regionalt kompetansesenter. Dette krever et nært samarbeid med praksisfeltet og forståelse for de behov som finnes der. Det betyr at kompetanseutviklingstilbud må utvikles og organiseres slik at de kan ivareta både praksisfeltets og høgskolens behov. Kommunens pleie- og

omsorgstjeneste er også en viktig arena for opplæring av høgskolens studenter, og høgskolen er derfor avhengig av at kommunen opplever samarbeidet om utdanning av studenter som godt.

1.3 Hva er "bruker og kompetansesenteret" ?

Bruker- og kompetansesenteret har bestått av:

- *Undervisningssykehjem Fredrikstad (USP). (delrapport I)*
- *Senter for frivillige organisasjoner . (delrapport II)*

Følgende beskrivelse fremkommer i forstudien:

Med bruker- og kompetansesenter mener vi en arena der virksomheten i den kommunale helse- og sosialsektor, høgskolen og bruker-organisasjonene knyttes nærmere sammen.

Et slikt senter skal være en møteplass der:

- Ansatte i helse- og sosialsektoren kan møte utdannings-, forsknings- og brukermiljøene.
- Brukerne kan møte utdannings- og forskningsmiljøer samt tjenesteytere.
- Høgskolen kan møte praksisfelt og brukere.

Denne møteplassen skal kunne bidra til at man samler både kunnskaper og erfaringer på samme sted, og gjør disse tilgjengelige for hverandre. På denne måten skaper man et miljø der det er grunnlag for å utvikle ny - utvidet kompetanse og virksomhet.

Bruker- og kompetansesenter er også uttrykk for en ny modell for samarbeid hvor målet er å skape et bedre grunnlag for kompetanseheving for alle parter.

(HiØ rapport 2000:3)

I følge den opprinnelige ideen, som fremkom i forstudierapporten

(HiØ rapport 2000:3), var intensjonen å skape en fysisk og organisatorisk samlet enhet hvor både brukerperspektivet og de ulike komponentene ved kompetansesenterideen (USP Fredrikstad) ble ivaretatt. De to hovedprosjektene har vært plassert på ulike steder og dette skyldes i hovedsak at det ikke var egnede lokaler tilgjengelig hvor de to prosjektene kunne samles. Prosjektene ble likevel igangsatt fordi det ble vurdert at mangelen på et egnet sted for fysisk samlokalisering ikke skulle være et hinder for å iverksette tiltaket som et organisatorisk samarbeidsprosjekt.

Prosjektideen var delvis utviklet etter inspirasjon fra det nasjonale Undervisningssykehjemsprosjektet (USP). Satsningsområdene i USP; kompetanseutvikling, fagutvikling, studentundervisning og forskning ble gjennom den formelle tilknytningen til det nasjonale Undervisningssykehjemsprosjektet også de sentrale satsningsområdene for USP Fredrikstad. Intensjonen med opprettelsen av ”Senter for frivillige organisasjoner”, var å gi en generell økt oppmerksomhet på brukervedvirkning og skape nye samarbeidsformer med brukere og deres organisasjoner.

Fjeldberg sykehjem er ”kjerneinstitusjonen” i Undervisningssykehjem Fredrikstad. De første aktivitetene i USP Fredrikstad; fagmøter, faglig veiledning i gruppe, utdanningspost og yrkes-språkopplæring startet ved Fjeldberg sykehjem. En viktig målsetting var å skape aktiviteter og erfaringer som kunne ha overføringsverdi til kommunal virksomhet utover Fjeldberg sykehjem. Våren 2003 ble det iverksatt USP tiltak ved to andre kommunale sykehjem, Smedbakken og Glemmen, i tillegg til at det er etablert samarbeid med åpen omsorg.

1.4 Organisering og styring

Prosjekt Bruker- og kompetansesenter ble formelt etablert gjennom en avtale mellom Fredrikstad kommune og Høgskolen i Østfold våren 2000.

I følge avtalen var det et 3-årig prosjekt som ble avsluttet 30.juni 2003.

Undervisningssykehjem Fredrikstad ble etablert i april 2001 gjennom en avtale med det nasjonale Undervisningssykehjemsprosjektet ved prosjektleder Professor Marit Kirkevold , Institutt for sykepleievitenskap – Universitetet i Oslo. Det nasjonale prosjektet har en foreløpig varighet ut 2003.

Prosjekt Bruker- og kompetansesenter har vært organisert med styringsgruppe og prosjektgruppe. Oppvekst- og omsorgssjef Arne R. Olsen var leder av styringsgruppen frem til årsskiftet 2002/2003. Prosjektledere for Bruker- og kompetansesenteret var Gunnar Vold Hansen og Sigurd Roger Nilsen. Gunnar Vold Hansen var leder av Senter for frivillige organisasjoner.

Undervisningssykehjem Fredrikstad er vedtatt videreført og Sigurd Roger Nilsen fortsetter som prosjektleder. Flere av de aktivitetene som ble igangsatt i løpet av den 3-årige prosjektperioden videreføres høsten 2003 (se 1.6).

Det finnes her ulike organiserings- og styringsformer for de forskjellige aktivitetene, i hovedsak bestemt ut ifra aktivitetens omfang. Avgrensede tiltak har en faglig ansvarlig, mens andre aktiviteter er organisert med egne delprosjektgrupper.

1.5 Prosjektets evalueringsgrunnlag

Før igangsetting av de ulike tiltakene, ble det stilt krav til prosjektmedarbeiderne at det skulle gjøres en skriftlig dokumentasjon av hvert tiltak som skulle resultere i en avsluttende samlet rapport. Dokumentasjon og evaluering er derfor

utført av de samme personer som aktivt har deltatt i gjennomføringen av de ulike tiltakene.

Evalueringen av de ulike tiltakene er knyttet til hovedelementene i prosjektet:

- Brukermedvirkning
- Fagutvikling
- Forskning
- Kompetanseheving
- Studentundervisning

En overordnet målsetting for hovedprosjektet er å gjøre erfaringer med sikte på å utvikle en ny samarbeidsmodell hvor de ulike samarbeidspartners ressurser kan benyttes og utvikles. Den gjensidig avhengigheten er her en bærende ide'. Dette betyr i hovedsak at tiltak hvor betydningen av samarbeid er lite viktig for gjennomføringen og kvaliteten av tiltaket, ble lavt prioritert. Dette er i tråd med det nasjonale USP.

”Det spesielle med USP er utprøvingen av samarbeidsmodeller mellom universitet, høyskoler, kommuner og andre som driver fagutvikling og forskning om eldreomsorg”. (Fafo-rapport 383,s:31)

Et viktig perspektiv på evalueringen vil på denne bakgrunn være å vurdere samarbeidseffekten av de ulike tiltakene.

Fagutvikling og forskning er to av fokusområdene i hovedprosjektet.

I det nasjonale undervisningssykehjemsprosjektet (USP) er prosjektets mål klart definert, noe som legger premisser for hvilke områder som skal prioriteres med hensyn til fagutvikling og forskning.

USP har som overordnet målsetting å bidra til bedret kvalitet på den omsorg, pleie, behandling og rehabilitering som ytes innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Mål for prosjektet er:

1. å bidra til å heve og sikre kvalitet og kompetanse relatert til gamle, med særlig vekt på sykehjemstjenestene;
2. å løfte deler av geriatrik omsorgsarbeid opp på et høyt faglig nivå som et bidrag til å heve omsorgsarbeidets faglige prestige og bedre rekrutteringen. Tanken er ikke å rekruttere folk til administrative funksjoner, men til praktisk virksomhet;
3. å etablere et akademisk miljø på sykehjem for å stimulere til økt interesse for fagutvikling og forskning på praktiske spørsmål knyttet til fysisk, psykisk og sosial helse og funksjonsevne for beboere i norske sykehjem
4. å utvikle gode praksisplasser for helsefaglige og medisinske studenter i grunn- og videreutdanning, for å øke kompetansen knyttet til eldre og bedre rekrutteringen til eldreomsorgen. (Kirkevold og Kårikstad 1999)

Evalueringen av Undervisningssykehjem Fredrikstad vil som følge av den formelle tilknytningen til det nasjonale prosjektet, også være relatert til de ovennevnte mål.

De ulike tiltakene er i rapporten beskrevet utifra en felles disposisjon:

- hensikten med tiltaket
- hva går tiltaket ut på (konkret beskrivelse)
- vurdering (hvor spørsmål om videreføring også drøftes)

Vi har vurdert at for å styrke rapportens nytteverdi med tanke på igangsetting andre steder, har det vært nødvendig å gi en relativ detaljert beskrivelse av de ulike tiltak.

1.6 Sammen drag av de ulike tiltak/delprosjekt

1.6.1 Yrkes- språkopplæring av minoritetsspråklige

Prosjektet var organisert som et ett-årig heldags kurs for kvinner med innvandrerbakgrunn, oppstart 1. februar 2002. I løpet av kursperioden var målsettingen at deltakerne skulle tilegne seg de kunnskaper, holdninger og ferdigheter som bør kreves for å kunne arbeide som pleieassistenter. Kurset skulle gi deltakerne bedre muligheter for ordinær ansettelse som ufaglærte og et grunnlag for senere å kunne gjennomføre kompetansegivende helsefaglige utdanninger på videregående skole og høyskole.

Det meste av norskundervisningen ble gitt i kombinasjon med gjennomgang av aktuelle helse- og sosialfaglige tema og veiledning i pleie- og omsorgsoppgaver. Deltakerne opplevde opplæringen som målrettet og meningsfull i forhold til eget yrkesvalg, noe som medførte høy grad av motivasjon og lite frafall. Tilhørighet til en gruppe kvinner i tilsvarende livssituasjon, gav kursdeltakerne et sosialt nettverk flere tidligere hadde savnet. Sosiale aktiviteter utgjorde en del av kurstilbudet, og likeledes hjelp til å løse problemer knyttet til deres yrkesdeltakelse.

Deltakergruppen var lite homogen når det gjaldt utdanningsmessig og kulturell bakgrunn, alder, botid i Norge og språklige ferdigheter. En del undervisning foregikk derfor i smågrupper og individuelt, og deltakere som ønsket å ta ulike

språkprøver, fikk tilleggsundervisning i norsk tilpasset sitt nivå. De fleste deltakere besto prøvene de meldte seg opp til.

Gjennom hele kursperioden hadde deltakerne praksis ved forskjellige virksomheter i kommunehelsetjenesten. Deltakerne var meget tilfredse med veiledningen de fikk av de ansatte og opplevde med få unntak å bli møtt på en svært positiv måte av beboere, pårørende så vel som kolleger.

Alle deltakerne fikk tilbud om sommerjobb, ledige vakter utover høsten og tilbud om ansettelse i 6-18 måneder ved kursets slutt 31.januar 2003.

Ved avslutningen fikk deltakerne kursbevis og en skriftlig vurdering av sin yrkesutøvelse. Attester og evalueringer viser at alle har tilegnet seg tilstrekkelig fagforståelse, språklige og praktiske ferdigheter til å kunne arbeide som pleieassistenter. 5 av 6 deltakere har planer om å utdanne seg til hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og / eller sykepleiere.

Prosjektet innebar et tett tverrfaglig samarbeid mellom flere statlige og kommunale etater. I tillegg til undervisningssykehjem og høyskole, deltok Aetat, Flyktningekontoret og Lislebyveien skole i prosjektgruppen. Medlemmene i gruppen vurderte prosjektet som meget vellykket og med overføringsverdi til andre grupper og områder i arbeidslivet.

1.6.2 Fagmøter

Målet med *Fagmøter* er å skape en arena der sykehjemmet i samarbeid med høyskolen utvikler en metode for samarbeid, organisasjonsmessig læring og kompetanseheving i den overordnede hensikt å tilby et kvalitativt godt tilbud til beboerne.

Virkemidlene for å nå dette målet er å bruke arbeidsplassen som læringsarena for å kunne skape en attraktiv arbeidsplass med faglige bevisste og dyktige medarbeidere. Den konkrete tilnærmingen var:

- ivareta kvalitetsarbeid i egen virksomhet der den enkelte ansatt ble direkte involvert.
- utvikle konkrete arbeidsmål ved de ulike avdelinger i forhold til faglige prioriteringer.
- lære gjennom erfaringsutveksling.
- avklare kompetansebehov i den enkelte avdeling.
- drøfte egne arbeidsmål relatert til den enkelte beboers behov.
- utvikle økt brukermedvirkning i utarbeidelse av planer, og arbeidsmåter i forhold til dette.

I løpet av prosjektperioden er følgende tiltak iverksatt ved Fjeldberg sykehjem:

- uformelle frivillige faglige møteplasser (faglunsj).
- obligatoriske avdelingsvise fagmøter innplassert i turnus.
- felles fagdager og kurs for virksomheten utformet på grunnlag av de faglige diskusjonene.

Slike fagmøter er begrunnet i at forsvarlig yrkesutøvelse forutsetter at det til enhver tid foregår faglige diskusjoner på egen arbeidsplass. Fokus for diskusjonene er kravene til faglig forsvarlig yrkesutøvelse med sikte å bli enige om en standard (NSF 2003). I tillegg er det et viktig mål med tiltaket å avdekke både individuelle og gruppevise behov for kompetansehevende tiltak.

Fokus på ”omsorg ved livets slutt” er resultat av den faglige diskusjonen våren 2003. Det konkrete resultatet av dette var felles fagdag for hele Fjeldberg sykehjem og nedsetting av en avdelingsovergripende

arbeidsgruppe som arbeider med de nåværende rutinene knyttet til tema ”omsorg ved livets slutt”.

Erfaringene med en felles strategi for virksomheten har vært meget positive. Et viktig virkemiddel har her vært å styrke avdelingssykepleiergruppen ved blant annet å etablere et veiledningstilbud for disse . Dette har bedret den enkeltes forberedthet til å gjennomføre de avdelingsvise fagmøtene og muliggjort arrangering av fagdager for virksomheten som helhet.

De etablerte tiltak i prosjektet anbefales videreført etter prosjektets avslutning.

Det vurderes at veiledningstilbudet for avdelingssykepleierne bør videreføres inntil tiltaket er sterkere etablert i virksomheten.

1.6.3 Kurs i dokumentasjon og pasientretter

Høgskolen gjennomførte et kurs for de ansatte om dokumentasjon og pasientretter de to ukene som studentene overtok en avdeling ved sykehjemmet. Kurset må ses i nær sammenheng med prosjekt fagmøter. Innhold i kurset var i hovedsak initiert fra disse møtene og kurset var ment å skulle skape grunnlag for å fortsette faglige diskusjoner i møtene.

Kurset ble gjennomført over fire dager og la opp til at følgende temaer ble gjennomgått, diskutert og bearbeidet med konkrete arbeidsoppgaver:

- Forsvarlighet. En stor del av undervisningen og diskusjonen knyttet seg til forsvarlighetskravet.
- Øyeblikkelig hjelp. Helsepersonell har plikt til å yte hjelp selv mot pasientens vilje dersom slik hjelp er påtrengende nødvendig.
- Taushetsplikt. Et sentralt spørsmål var å organisere tjenesten, rapportering og oppbevaring av taushetsbelagte opplysninger på en forsvarlig måte.

- Journalforskriften. I denne sammenhengen ble det lagt særlig vekt på hva som skulle være med i en journal og hva som var målsettingen med føring av journaler.
- Rett til informasjon. Plikten til å gi informasjon til pasient og til pårørende ble gjennomgått.
- Rett til medvirkning.
- Rett til journalinnsyn.

Alle ansatte deltok på kurset og dette har siden skapt grunnlag for å fortsette faglige diskusjoner både uformelt og organisert gjennom fagmøtene.

1.6.4 Faglig veiledning i gruppe

Faglig veiledning er gjennomført i perioden august 2001- desember 2002.

Gruppen ble sammensatt på tvers av postene på sykehjemmet og besto av fem hjelpepleiere og omsorgsarbeidere og to sykepleiere. De fleste hadde arbeidet lenge på sykehjemmet. Veiledere var to ansatte fra Høgskolen i Østfold, avdeling for helsefag med kompetanse og lang erfaring i faglig veiledning.

Gruppen hadde samlinger ca hver 14.dag à halvannen klokke. Det ble tilrettelagt for bytte av vakter og deltakelse i arbeidstiden. Deltakere som deltok på sin fridag ble gitt mulighet for avspasering.

Veiledningen tok utgangspunkt i deltakernes eget veiledningsbehov slik det ble presentert i gruppa. Situasjoner som ble tatt opp var knyttet til beboere og deres pårørende, til kollegaer, arbeidsmiljø og samarbeid, og til den enkeltes arbeidssituasjon. Veiledningen var rettet mot å fremme den enkeltes og gruppas felles refleksjon omkring yrkesmessige utfordringer i arbeidshverdagen.

Veilederne hadde ansvar for å styre refleksjonsprosessen i gruppa. Deltakerne bidro over for hverandre med innspill, spørsmål og forslag som utvidet perspektivet på den situasjonen som var i fokus. I tillegg til 'samtalen' ble det

benyttet ulike øvelser og oppgaver for å fokusere på bestemte tema som deltakerne var opptatt av. 'Åpne utfordringer' og 'collage' er eksempler på dette. I tillegg ble det lagt vekt på individuell loggskrivning etter samlingene for å stimulere den enkeltes bevisstgjøring og læring.

Funn dokumenterer både individuell og kollektiv kompetanseutvikling for deltakerne. Deres kompetanseutvikling har positive konsekvenser både for samarbeid og arbeidsmiljø på posten og for kvaliteten i pleie og omsorg for beboerne og deres pårørende. Dette bekreftes av deltakernes ledere og av kollegaer. Kompetanseutvikling som følge av deltakelse i faglig veiledning er imidlertid en individuell og personlig prosess hvor deltakerne utvikler profesjonell kompetanse på sin egen måte og i sitt eget tempo. En videreføring av tilbudet blir derfor viktig for å sikre fortsatt læring og utvikling hos den enkelte og for å utvide tilbudet til å omfatte flere av de ansatte ved sykehjemmet. Veiledningstilbudet til de ansatte på sykehjemmet ble ikke videreført i 2003 på grunn av at sykehjemmet var inne i en omfattende omstillingsprosess som innebar flytting av ansatte til andre kommunale sykehjem.

1.6.5 Utdanningspost

Rapporten beskriver resultatene fra en praksisperiode der 18 studenter hadde praksisstudier i en korttidsavdeling ved Fjeldberg sykehjem i Fredrikstad våren 2002.

I løpet av praksisperioden overtok studentene den daglige driften, samt pleie- og omsorgsoppgavene i avdelingen på dag og kveld i to uker, i nært samarbeid med to lærere (delprosjektlederne). De ansatte ved sykehjemmet var i disse periodene på kompetansehevende kurs i et selvvalgt tema, dokumentasjon, ved Høgskolen i Østfold (se kap.4). Noen hospiterte ut fra faglige interesseområder, både i overtakelsesuken og ellers i løpet av prosjektperioden.

Studenter svarte på et spørreskjema før og etter praksisperioden. Resultatene av undersøkelsen viste at studentene hadde en markert høyere alder enn hva som for tiden er gjennomsnittsalder blant studentene ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold, fulltid. Mange av disse studentene hadde også mer arbeidserfaring og flere var hjelpepleiere før de startet på sykepleierutdanningen.

Resultatene av undersøkelsen etter praksisperioden viste at studentene var spesielt fornøyd med overtakelsesperiodene. Dette gav studentene mulighet til å kunne få stor grad av ansvar i posten. Studentene uttrykte tilfredshet i forhold til å få ansvar gjennom gruppelederfunksjonen.

Resultatene av undersøkelsen viste at planlegging av praksisperioden kunne vært bedre gjennomført. Dette kunne bidratt til å forebygge noen av de utfordringene som dukket opp underveis, spesielt i forhold til samarbeidet mellom studenten og de ansatte i avdelingen. Kommunikasjon gjennom et så omfattende opplegg med så mange aktører er utfordrende. Flere fra avdelingen burde vært deltakere i prosjektplanleggingen.

De ansatte uttrykte ønske om å være bedre forberedt til et så omfattende prosjekt. Resultatene fra undersøkelsen viser at en stor gruppe av de ansatte mente prosjektet hadde vært belastende for avdelingen. Flere pekte på at de hadde fått mulighet til å faglig oppdatere seg og at det hadde vært avlastende å ha studentene i avdelingen.

Formen for prosjekt anbefales. Spesielt positivt er det at studentene føler at de oppøver selvstendighet og ansvar gjennom denne formen for praksisstudier. Studentene lærer veldig mye av hverandre. Lærerollen gir en god mulighet til å

gå sammen med studentene og reflektere sammen over situasjoner som studenter og lærer sammen har erfart.

1.6.6 Tverrfaglig studentpraksis

Dette er en oppfølging av ”prosjekt utdanningspost” og dets hensikt om å utvikle bedre samarbeid mellom høgskole og praksissted. Det spesielle med dette tiltaket var å utvide samarbeid og samkjøring mellom sykepleier- og vernepleierutdanningene i praksisstudiene. Når vi ønsket at studentene også skulle møtes i praksisfeltet, var det ut fra antakelse om at:

- å jobbe i praksis ville gi vel så stor gevinst som å jobbe med teori i grupper på høyskolen.
- de blir bedre kjent og lærer derved lettere av hverandre.
- praksis får fram likheter og ulikheter mellom de to utdanningene, blant annet eventuell ulik tilnærming til et problemområde.

Dette er også i samsvar med politiske krav stilt i ulike dokumenter, deriblant utdanningenes rammeplaner. I følge rammeplanene skal 10 vekttall (30 studiepoeng) være felles. Dette er hittil blitt dekket av tre teoriblokker med felles undervisning. Å samkjøre praksis hvor studenter fra ulike utdanninger jobber tett sammen, synes å være lite utprøvd også på landsbasis.

Tverrfaglig studentpraksis knyttet til prosjektpostene har våren 2003 gått etter planen og fulgte de definerte pedagogiske prinsippene

- en student fra hver studieretning danner par og følger samme turnus.
- kontaktperson i avdeling har ansvar for flere studenter.
- ukentlig veiledning av lærer i samlet studentgruppe.
- mange studenter gir mulighet for frigjøring av tid til kompetansehevende tiltak for de ansatte.

Studentenes tilfredshet støtter våre antakelser om at denne type praksisundervisning er nyttig for å bli bedre kjent med en annen faggruppe og kunne forberede studentene til yrkesliv som stiller krav til tverrfaglighet og tett samarbeid mellom ulike helsefaggrupper.

Ansvar for både egen og medstudenters læring er kanskje det viktigste pedagogiske prinsipp i prosjektet. Erfaringene fra læresituasjoner som stilledag med medstudent og gruppeveiledning har kun vært positive.

Vi vil anbefale at sykepleier- og vernepleierutdanningen benytter modell ”Tverrfaglig praksisstudier ” i deler av praksisstudiene. Dette vil kunne gi mange, kvalitativt gode praksisplasser samlet hvor også det tverrfaglig perspektivet blir ivaretatt.

1.6.7 Praksis som læringsarena i studenters utvikling av moralsk kompetanse (dr.gradsarbeid)

Moralsk kompetanse er en viktig dimensjon ved sykepleieutøvelsen. Evne til medfølelse og til å ta den andres perspektiv, beskrives som sentralt i denne kompetanse. Men også evne til å vurdere og handle slik at pasientens interesser og behov blir ivaretatt, samtidig som respekt for pasientens integritet preger handlingen. Sykepleierutdanningen består av 50% teori og 50% praksis.

Gjennom praksisstudier ønsker man å legge til rette for at studenten tilegner seg yrkets kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er nødvendige for å utvikle sykepleiefaglig kompetanse. Gjennom en longitudinell studie rettes det i dette prosjektet oppmerksomheten mot de læringsprosesser som skjer i studentenes praksis. Det sentrale spørsmål i studien er *Bidrar klinisk praksis til utvikling av moralsk kompetanse hos studentene – og hvordan foregår det?*

Artikkelen beskriver funn fra den første av fem praksisperioder som inngår i prosjektet. Praksisperioden ble gjennomført ved to sykehjem våren 2002.

Utvalget består av åtte studenter som har gitt sitt samtykke til å delta i en studie hvor en tar sikte på å følge studentene gjennom deres praksisstudier i den treårige sykepleierutdanningen. Undersøkelsen gjennomføres som en feltstudie hvor deltakende observasjon, formelle intervju og lesing av studentenes refleksjonsnotat knyttet til praksis inngår som metoder for datainnsamling.

I sin første praksisperiode tilkjennegir studentene en betydelig opptatthet av moralske spørsmål. Vern om pasientens integritet uttrykkes som en sterkt framtrædende verdi. Dette knytter studentene i stor grad til det å vise respekt for pasientens selvbestemmelse. Studentens evne til å vurdere og handle i situasjoner hvor uttrykte verdier står på spill er til tider mangelfull. Veileder bidrar i liten grad til studentens kritiske refleksjon knyttet til slike situasjoner.

1.6.8 Hva om det hadde vært din mor eller far ? Artikkel med bakgrunn i hovedoppgave.

Denne hovedoppgaven er skrevet innenfor rammen av det nasjonale Undervisningssykehjemsprosjektet. Det er en beskrivende studie av hva sykepleiestudenter opplever som moralske problemer på sykehjem og hvordan de velger å forholde seg til slike problemer.

Teoretisk forankring baserer seg på relevant litteratur om moralsk kompetanse, Relevant og ny forskning om moralske problemer i sykehjemsomsorg er også aktualisert i denne studien.

Metoden i undersøkelsen er av kvalitativ art. I datainnsamlingen ble kvalitativt forskningsintervju og refleksjonsrapporter benyttet. 8 sykepleiestudenter i første år av utdanningen deltok.

Funnene viser at sykepleiestudenter ser mange moralske problemer, problemene er delt inn i fire kategorier:

- Å handle til pasientens beste?
- Rettferdig fordeling av pleieressurser.

- Skaper mangel på kjennskap til pasienten et usynlig sosialt skille?
- Taushetsplikt er en utfordring.

Hvordan studentene har valgt å forholde seg til slike problemer er delt inn i tre kategorier:

- Studentene har vansker med å si fra.
- Etikkteorien – knagger å henge det på.
- Hva om det hadde vært din mor eller far?

Konklusjon: Sykepleiestudenter ser mange moralske problemer, men har problemer med å si ifra. De inntar en empatisk holdning ved å tenke ut fra seg selv eller nære pårørende. Refleksjonsrapporter og veiledningsgrupper har vært til hjelp for å bearbeide opplevelsene

1.6.9 Senter for frivillige organisasjoner

En viktig målsetting ved prosjektet var å inkludere brukerne og brukervedvirkning i virksomheten. Dette skulle bidra til kvalitetssikring av tjenestene ved å utvikle disse i samarbeid med brukere, det skulle bidra til bedre brukerperspektiv i utdanninger og forskning, og det skulle bidra til at brukerne og deres organisasjoner styrket sin egen virksomhet. Sentralt i virksomheten var etableringen av et kontorlokale for brukerorganisasjonene ved høgskolen, kalt senter for frivillige organisasjoner,.

Delprosjektet har vært styrt av en prosjektgruppe hvor brukerombudet, frivillighetssentralen og brukerorganisasjonene var representert. Samarbeidet innad i prosjektgruppen har vært fruktbart og bidratt til at det er blitt gjennomført en del tiltak.

Med utgangspunkt i dette kontoret har ca 10 organisasjoner drevet ulike tiltak i høgskolens lokaler. Organisasjonene har brukt kontoret og andre lokaler som de har fått disponere til møtevirksomhet, i hovedsak på kveldstid. I tillegg har

prosjektet satt i gang et kurs i pasientrettigheter, som gikk over seks kvelder. Dette kurset fikk stort sett positiv evaluering fra kursdeltakerne. Det ble også ønsket flere tilsvarende kurs. Det har også vært arrangert et åpent møte med informasjon om individuelle planer.

Det har vært lagt en god del arbeid i å søke om økonomisk støtte til bl.a. koordinering av brukerorganisasjonenes tilbud og til styrking av deres aktiviteter. Dette har ikke gitt særlige resultater, men samarbeidet med Frivillighetssentralen har medført at den har fått kr. 170.000,- fra Stiftelsen Helse og rehabilitering til et prosjekt frivillige hjelpere i eldreomsorgen. Dette prosjektet er nå etablert på Glemmen sykehjem. Vi har dermed også fått en kobling mellom senter for frivillige organisasjoner og kommunens tjenesteyting.

Ambisjonene med denne delen av prosjektet var nok større enn det som lot seg realisere. Likevel viser, etter vår mening, de tiltakene vi har fått realisert, at tanken bak senter for frivillige organisasjoner var riktig. Brukerne og brukerorganisasjonen må ha en sentral plass både i forhold til tjenesteyting, undervisning og forskning. I ettertid ser vi at disse målene trolig kunne blitt bedre ivaretatt dersom Senter for frivillige organisasjoner, organisatorisk og fysisk hadde vært samordnet med Frivillighetssentralen.

1.7 Fremtidig organisering av samarbeidet mellom Fredrikstad kommune og Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag

I følge regjeringens nye handlingsplan "Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006 - Rekruttering for bedre kvalitet" fremheves Undervisningssykehjemsprosjektet (USP) som en interessant strategi for rekruttering og kompetanseheving i helse- og sosialsektoren.

Fredrikstad kommune og Høgskolen i Østfold har vedtatt å videreføre Undervisningssykehjem Fredrikstad som et samarbeidstiltak etter at prosjektperioden ble avsluttet 30. juni 2003 og vi mener dette tiltaket bør være kjerneelementet i samarbeidet.

Et overordnet mål med prosjektet var å ”Sikre kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten til gamle” (prosjektdirektivet). Dette målet er klart i samsvar med nasjonale prioriteringer og kommunens handlingsplan for styrking av eldreomsorgen. Vi mener bestemt at for å møte disse utfordringene stilles det nye krav til samarbeid mellom kommune og høgskole/universitet.

Det er igangsatt opplæringstiltak og forskningsprosjekter som vi vurderer har vært vellykket og som vi mener kan forklares i samarbeidmodellen.

Bruker- og kompetansesenteret har vært nært knyttet til høgskolens virksomhet gjennom prosjektledelse og flere prosjektmedarbeidere fra høgskolen. Dette har vært en styrke spesielt med hensyn til å utvikle fagutvikling- og forskningsaktiviteten i prosjektene.

Vi tror at en viktig forutsetning for å styrke den brukernære aktiviteten, vil være å etablere en organisering der tjenestene ytes. Dette betyr derfor at i fremtiden bør virksomheten sterkere forankres i den kommunale organisasjonen.

En slik faglig ressursenhet bør være nært tilknyttet omsorgsetaten ved at faglige koordinator rapporterer til omsorgssjef i tillegg til avdelingsleder ved Avdeling for helse- og sosialfag.

2.0 INTEGRERT YRKES- OG SPRÅKOPPLÆRING FOR MINORITETSSPRÅKLIGE KVINNER

av Gunvor Bakka, prosjektleder

-med fokus på et fremtidig yrke i helsesektoren

2.1 Bakgrunn for prosjektet

Stortinget vedtok 1. september 2003 et *Introduksjonsprogram* for innvandrere som fra høsten 2004 skal være obligatorisk i alle norske kommuner. Målgruppen for introduksjonsprogrammet er voksne, arbeidsføre personer som i løpet av de siste to årene har fått innvilget asyl eller opphold på humanitært grunnlag samt familiegjenforente med disse.

I forbindelse med utarbeidelsen av Introduksjonsprogrammet gjennomførte Utlendingsdirektoratet (UDI) prosjektet *Helhetlig kvalifiseringstilbud og alternativ inntektssikring for nyankomne flyktninger og innvandrere*. Fredrikstad kommune var en av 26 forsøkskommuner som skulle utvikle heldags opplæringstilbud hvor norskopplæring skulle kombineres med yrkespraksis basert på individuelle kvalifiseringsplaner.

I september 2001 ble en tverretattlig prosjektgruppe konstituert med representanter fra Høgskolen i Østfold, Aetat og Fredrikstad kommune ved undervisningssykehjemmet, flyktningekontoret og etat for voksenopplæring, Lislebyveien skole. Prosjektplan ble ferdigstilt 1. mars 2002, etter utvelgelse og kartlegging av deltakergruppen.

Jeg skal i denne artikkelen gjøre rede for hvordan prosjektgruppen gjennomførte opplæringstiltaket for kvinner med innvandrerbakgrunn og hvilke resultater vi oppnådde.

2.2 Prosjektets målgruppe og valg av læringsarena

Arbeid og egen lønnsinntekt er avgjørende faktorer for å leve et selvstendig og aktivt liv. Tilknytning til arbeidslivet er derfor et viktig ledd i bestrebelser på samfunnsmessig integrering. I februar 2002 var samlet arbeidsledighet i Norge på 3 prosent, mens registrert arbeidsledighet blant innvandrere lå på 7.9 prosent av arbeidsstyrken. Innvandrerkvinner er særlig dårlig representert på det norske arbeidsmarkedet. Som innvandrere regnes utenlandsfødte personer som er fast bosatt i Norge og som har to utenlandsfødte foreldre (KRD, 2002:9-14).

Blant innvandrere er det særlig ”synlige minoriteter” som har problemer på arbeidsmarkedet, det vil si personer som skiller seg fra nordmenn ved utseende, påkledning, språk, fremmedartet navn mm. (Rogstad, 2001: 27). Senter mot etnisk diskriminering (SMED) har i sin årsmelding for 2002, en oversikt som viser at den klart største gruppen som søker deres juridiske hjelp og veiledning, er innvandrere som opplever negativ forskjellsbehandling i arbeidslivet, på grunnlag av hudfarge, rase, etnisk og nasjonal tilhørighet (SMED, 2003:2).

En vesentlig del av forklaringen på innvandrerbefolkningens svake tilknytning til arbeidslivet må søkes hos arbeidsgiverne. Rasistiske holdninger kan være årsaken til at arbeidsgivere velger å ikke ansette innvandrere, men det kan også være et resultat av en legitim, rasjonell vurdering av risiko knyttet til arbeidstakere de har lite erfaring med. Mange innvandrere mangler referanser fra norske arbeidsforhold og har problemer med å dokumentere sin kompetanse. Å

få ansettelse første gang, utgjør ofte den største barrieren mot yrkesdeltakelse (Drøpping, 2002:107-109).

Valg av pleie- og omsorgssektoren som læringsarena var påvirket av erfaringer fra bydeler i Oslo hvor kvinner med innvandrerbakgrunn har vist seg særlig motivert for og egnet til arbeid og utdanning innen helse- og omsorgsrelaterte yrker. Det er viktig at opplæringstiltak er rettet mot sektorer i arbeidsmarkedet hvor det er behov for arbeidskraft (Nilsen, 2001:1).

Tilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i Norge er halvert siden tidlig i 1990-årene og dette har medført en sterk økning i prosentandelen uten fagutdanning, spesielt innen kommunesektoren i en del fylker på østlandet, herunder Østfold. Årsaken til nedgangen i antall faglærte er primært at ungdom i mindre grad søker seg til helse- og sosialfagene i videregående skole. Regjeringens *Rekrutteringsplan for helsepersonell 2003-2006* mener denne utviklingen er alvorlig fordi etterspørselen etter hjelpepleiere og omsorgsarbeider er sterkt stigende framover på grunn av at antallet eldre, pleietrengende nordmenn er økende (SHD, 2002:4).

Samlet søkermasse til høyere utdanning har også gått kraftig ned de siste årene, noe som medvirket til at det fra 2001 ble mulig å søke opptak på grunnlag av realkompetanse; ens samlede kvalifikasjoner. Nye opptaksmuligheter medførte en relativ økning av søkertallet til helse- og sosialfag, spesielt til sykepleierstudiet.

I følge Statistisk Sentralbyrå (SSB), kan det med nåværende utdanningskapasitet bli en underdekning av helsepersonell med videregående utdanning på opptil

30 000 årsverk fram mot 2020. På grunn av det høye opptaksnivået, antas det å være nogenlunde balanse mellom tilbud og ettersørsel av sykepleiere fram mot 2010, mens det etter dette kan gå mot en underdekning (ibid: 10-12).

2.3 Målsettinger

2.3.1 Prosjekt mål

Det overordnede mål for prosjektet var å utvikle og gjennomføre et ettårig, heldags kurs i tråd med UDI sine forventninger til forsøkskommunene.

Målgruppen for kurset var minoritetsspråklige kvinner som hadde kommet til Norge i løpet av de to siste årene. Yrkes- og språkopplæring skulle integreres og rettes mot deltakernes ønske om arbeid innen omsorgssektoren. Opplæringen skulle ta utgangspunkt i og være tilpasset den enkelte deltakers kompetanse. Kursdeltakelse skulle bidra til å fremme deltakernes muligheter for integrering gjennom arbeid og utdanning -og derigjennom øke rekrutteringen av helsepersonell.

2.3.2 Mål for opplæringen

Kortsiktige målsettinger for opplæringen:

- gi innvandrere/flyktninger et opplæringstilbud i tråd med et ønske om arbeid innen helsesektoren, basert på individuell kompetanse
- rekruttere innvandrere/flyktninger til omsorgsykker

Målsetting med opplæringen på lengre sikt:

- rekruttere innvandrere/flyktninger til kompetansegivende utdanning ved helse- og sosialfaglige studieretninger på videregående skole og høyskole.

Kursdeltakernes bakgrunn og kompetanse skulle kartlegges. Opplæringen skulle være differensiert, det vil si tilpasset den enkelte deltakers forutsetninger og behov, basert på individuelle opplæringsplaner (Nilsen 2001:4).

Helse-norsk betegner hoveddelen i opplæringstilbudet; yrkesrelatert opplæring hvor norskundervisning knyttes til grunnleggende helse- og sosialfaglige tema samt veiledet ferdighetstrening. Deltakerne skulle lære tilstrekkelig muntlig og skriftlig norsk til å mestre de kommunikative sidene av arbeidet som pleieassistent, og de skulle tilegne seg tilfredsstillende yrkesfaglige kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Deltakere som ønsket å ta språkprøver, skulle få tilrettelagt norskopplæring i forhold til prøvenes innhold og nivå.

Deltakerne skulle gjennom praksis få arbeidslivserfaring innen pleie- og omsorgssektoren. Kursdeltakelse skulle være økonomisk lønnsomt gjennom utbetaling av kursstønad fra Aetat. Ulike utdanningsalternativer på videregående- og høyskolenivå samt opptaksmuligheter skulle klarlegges.

For at kvinner med innvandrerbakgrunn skal ha like muligheter som etniske nordmenn i konkurranse om stillinger, må de kunne dokumentere sin kompetanse. Kursdeltakerne skulle få kursbevis og en skriftlig evaluering av sin yrkesutøvelse som pleieassistent. Deltakerne skulle videre få hjelp etter behov til å løse praktiske problemer som kan være til hinder for yrkesdeltakelse og utdanning, f.eks. anskaffelse av skattekort, utforming av jobbsøknader, oversettelse av attester/ vitnemål mm.

En siste viktig målsetting var at gruppen skulle fungere som et sosialt nettverk for deltakerne, spesielt den første tida. Trygghet og tilhørighet ble vurdert som avgjørende for deltakernes trivsel og evne til å lære, og det skulle derfor avsettes tid til samtaler og til sosiale aktiviteter. Utover i prosjektperioden var det et mål

at tilknytningen til gruppen gradvis skulle bli løsere for å erstattes med mer samarbeid og samhørighet med kolleger på arbeidsplassen.

2.4 Organisering av prosjektet

2.4.1 Opplæringstiltakets struktur

Yrkes og språkopplæringen ble organisert som et ett-årig kurstilbud for 6-8 kvinner med innvandrerbakgrunn fra 1. februar 2002 til 31. januar 2003.

Opplæringen skulle bygge på hovedprinsippene i *Opplæringsplan i norsk med samfunnskunnskap for voksne innvandrere* med tilhørende retningslinjer fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF).

Planer for undervisning i helse-norsk og norsk, samt felles veiledning i praktiske ferdigheter ble utarbeidet for tre måneder av gangen knyttet til felles-, gruppevis og individuell opplæring. Planene ble utformet i samarbeid mellom kursdeltakere, prosjektleder, praksisavdelingene og eksterne lærere. Det var stor fleksibilitet for endring av innhold, rekkefølge og tidsbruk, på grunnlag av erfarte språklige og faglige utfordringer i praksisfeltet.

Kursdeltakerne fikk individuell veiledning av ansatte på sine praksisavdelinger. I eget tempo lærte de stadig nye og mer krevende oppgaver og arbeidet gradvis mer selvstendig i forhold til beboere og kolleger. Tidsbruk knyttet til praksis var økende igjennom året. Siste måned av kurset hadde deltakerne kun praksis, med oppfølgingsbesøk av prosjektleder og sosiale samlinger med gruppen.

2.4.2 Utvelgelse av kursdeltakere

Prosjektgruppen utarbeidet utvelgelseskriterier for deltakelse, og i januar 2002 ble det holdt to informasjonsmøter om forestående kurs. Av de som meldte sin

interesse, skulle etat for voksenopplæring velge deltakere blant sine elever, Flyktningekontoret blant personer med flyktningebakgrunn og Aetat blant arbeidssøkende innvandrere. 7 deltakere startet kurset 1. februar.

To deltakere avsluttet av personlige grunner kurset i løpet av de to første ukene, og to nye ble tatt opp fra ventelista. I slutten av april avsluttet en deltaker kurset for å gjenoppta norskopplæring rettet mot den avsluttende *Språkprøven* (jfr. kap. 2.5.2). I slutten av mai sluttet en deltaker fordi hun skulle flytte fra kommunen, og en ny deltaker ble tatt opp i begynnelsen av juni. Det ble vurdert av prosjektgruppen at hun kunne begynne etter nesten halvgått prosjektperiode, fordi hun hadde bodd lengre tid i Norge, hadde språkferdigheter på nivå med de beste i gruppen og allerede hadde noe praksis fra pleie- og omsorgssektoren.

Kurset hadde nå seks deltakere som alle gjennomførte opplæringen, hvorav fem hadde vært med fra begynnelsen av kurset.

2.4.3 Kartlegging av deltakernes bakgrunn og realkompetanse

Deltakerne fylte ved kursstart ut et kartleggingsskjema med spørsmål om relevante sider ved deres bakgrunn, nåværende liv og framtidsplaner.

Av de seks deltakerne som fullførte kurset, kom tre fra Filippinene, to fra Kosovo og en fra Nepal. Aldersspredningen var fra 24 til 44 år, og utdanning varierte fra barneskole til college-utdanning. Tre deltakere hadde barn, alle var gift, hvorav to med landsmenn og fire med nordmenn. Samtlige menn støttet sine ektefellers ønske om kursdeltakelse. Felles for deltakerne var et begrenset sosialt nettverk i Norge.

Alle kvinnene hadde vært yrkesaktive i sine hjemland. To deltakere hadde fullført en yrkesutdanning og jobbet som henholdsvis lærer og innen et

helserelatert arbeidsfelt. De fire andre jobbet innen servicenæringer. Bare to deltakere hadde hatt noe lønnet arbeid i Norge, mens alle ønsket et yrke innen helsesektoren. Tre deltakere ville utdanne seg til sykepleiere etter yrkespraksis som pleieassistent. To deltakere ønsket å ta deltidsutdanning til omsorgsarbeider i kombinasjon med arbeid rett etter kursslutt. Den siste deltakeren ønsket en stilling som pleieassistent og hadde ingen planer om skolegang eller studier.

Det var fire forskjellige morsmål og religioner representert i gruppa. Fire deltakere snakket godt engelsk, to kunne litt tysk. For de fem deltakerne som gjennomførte hele opplæringen, varierte botid i Norge mellom 6 mnd. og 2 år, mens den sist tilmeldte deltakeren hadde bodd her i 6 år. Med unntak av en deltaker, hadde alle deltatt på norskopplæring. To av kvinnene hadde tatt hele Språkprøven, mens en tidligere kun hadde bestått muntlig del. De øvrige deltakerne spredte seg fra nivå B-1 til A-2 og A-3 (jfr, kap. 2.5.1).

Informasjon om tidligere norskundervisning og avlagte språkprøver, var ikke tilstrekkelig til å få oversikt over den enkelte deltakers språklige ressurser og læringsbehov. Første uke av kurset ble brukt til samtaler om opplæringen, deltakernes bakgrunn og forventninger. Samtidig med at deltakerne slik ble kjent med hverandre og prosjektleder, ble muntlige kommunikasjonsevner kartlagt. Det ble også arbeidet med skriftlige oppgaver individuelt og i grupper for å vurdere skriftlige språkferdigheter og for å få et inntrykk av arbeidsvaner og samarbeidsevner.

2.4.4 Kommunikasjon med praksisstedene

I slutten av november 2001 ble det avholdt et informasjons- og diskusjonsmøte om opplæringstiltaket for de ansatte ved undervisningssykehjemmet.

De to første månedene av kurset hadde prosjektleder daglige samtaler med deltakere, avdelingsledere og veiledere om den enkelte deltaker sin læringsprogresjon. I denne tida oppsøkte prosjektleder avdelingene hver dag til ulik tid og fikk gjennom deltakende observasjon inntrykk av ferdighetsnivå og integrering på avdelingen. Videre i vårhalvåret var det vanlig med 2-3 ukentlige samtaler med lederne og tilsvarende praksisbesøk. Daglige evalueringer med deltakerne fortsatte. Prosjektleder deltok på avdelingsmøter når det var ønsket.

4 deltakere søkte og fikk betalt sommerjobb ved undervisningssykehjemmet og samlokaliserte omsorgsboliger. Under sommervikariat og ved ekstravakter utover høsten mottok deltakerne lønn fra arbeidsgiver fordi de da inngikk i avdelingenes normalbemanning. Ved lønnet arbeid skulle deltakere og ansatte / ledere kun forholde seg til hverandre ved fordeling av arbeidsoppgaver og ved eventuelle problemer, uten prosjektleder som mellomledd.

Fra august og ut kurset var deltakerne fordelt på praksisplasser ved i alt 7 forskjellige virksomheter innen pleie og omsorgssektoren i kommunen. Alle deltakerne hadde i løpet av hele kursperioden praksis ved 2 eller 3 virksomheter. Nye praksissteder fikk tilsendt informasjon om prosjektet og om aktuelle deltakere, og prosjektleder kom på praksisbesøk 2 til 4 ganger i måneden.

2.5 Norsk med samfunnskunnskap for voksne innvandrere

2.5.1 Nivåbasert norskopplæring

Opplæringsplan i norsk med samfunnskunnskap for voksne innvandrere innebærer en nivå- og modulbasert norskopplæring i kommunal regi. Deltakerne skal kunne nå fastlagte læringsmål i ulikt tempo innenfor en fastlagt timeramme. Deltakere med utdanningsbakgrunn minst tilsvarende norsk grunnskole skal

kunne delta i inntil 850 timer (A-løp), og deltakere med begrenset skolegang i inntil 3000 timers undervisning (B-løp).

Både A- og B-løpet er inndelt i avgrensede enheter, *moduler*. Det er kun ett A-løp og det er inndelt i 4 moduler. Deltakere i B-løpet kan etter en felles innføringsmodul velge mellom 2 moduler med grunnskolerettet norsk eller praktisk norsk med vekt på muntlige ferdigheter, 3 moduler.

Departementets retningslinjer og opplæringsplanen framhever begge at overordnet mål for norskopplæring for voksne innvandrere er at de skal få så gode språkferdigheter at de får mulighet til å være yrkesaktive. En tilknytning til arbeidslivet kan også være et middel i norskopplæringen:

”Der det vurderes som hensiktsmessig, vil arbeidsmarkedsetaten kunne delta i kombinerte opplegg (praksisplass kombinert med norskopplæring i kommunal regi) når arbeidspraksis foregår gjennom utplassering hos ordinære virksomheter og innenfor gjeldende regelverk og retningslinjer for arbeidsmarkedstiltakene” (ibid:19).

Når praksis inngår i kurstilbudet, sier opplæringsplanen at norskopplæringen bør relateres til språkkrav og kommunikasjon på arbeidsplassen.

”En vurdering av hvilke språkkrav arbeidet stiller, bør skje i et samarbeid mellom deltakerne, representanten for arbeidsstedet og læreren. I samarbeid med læreren kan deltakerne så sette opp individuelle målsettinger når det gjelder arbeidsrelatert språkutvikling” (Læringscenteret, 2002:15-16).

2.5.2 Språkprøver

Opplæringsplanen foreslår at modultester kan brukes underveis i opplæringen for å gi deltakere og lærer tilbakemelding om målsettingene for den enkelte modul er nådd. Modultester arrangeres av lærestedet. Muntlig del av ulike prøver vurderer kvaliteter og nivå på lytteforståelse og egen språkbruk, mens skriftlig del evaluerer leseforståelse og deltakernes skriftproduksjon (ibid:9).

Språkprøven er en landsomfattende, avsluttende prøve for den offentlig finansierte grunnopplæringen i norsk for voksne, arrangert av Folkeuniversitetet, Norsk språktest. Prøven skal kunne avlegges minst ett sted i hvert fylke 3 ganger i året. Deltakere i A-løpet avlegger prøve i skriftlige og muntlige ferdigheter som nevnt over, mens deltakere i løp B bare testes i forhold til muntlige ferdigheter. De kan eventuelt senere velge å ta skriftlig del av prøven.

Språkprøven skal vurdere norskferdigheter på mellomnivå for deltakere som ”...har tilegnet seg ferdigheter i norsk språk som åpner for deltakelse i videre opplæring eller aktiv deltakelse i samfunns- og arbeidsliv...” (Folkeuniversitetet, 2000:1). *Test i norsk for fremmedspråklige –høyere nivå*, arrangeres 2 ganger i året i de større byene. For å kunne studere ved universitet og høyskole, kreves som hovedregel at en bare tar skriftlig del og oppnår minst 450 poeng på denne.

Alle språkprøver er beheftet med en viss usikkerhet og resultatene er ”...lite egnet som utgangspunkt for å vurdere norskferdighetene” (Drøpping, 2002:72).

2.5.3 Syn på deltakelse og læring

Opplæringsplanen framhever at deltakergruppen her er voksne mennesker med kunnskaper og erfaringer. Mellom deltakerne kan det være stor variasjon når det gjelder alder, interesser og utdanning, sosial, kulturell og språklig bakgrunn.

Norskopplæring skal ta utgangspunkt i deltakernes personlige forutsetninger og behov, deres ulike forventninger til opplæringen og ulike framtidsplaner. Deltakerne skal kunne delta på egne premisser og har krav på individuell tilpasning av undervisningen. Opplæringsplanens nivå- og modulinndeling etterstreber homogene grupper som muliggjør differensiert undervisning i forhold til deltakernes læringsprosess og -mål (Læringscenteret, 2002:5-6).

Voksenpedagogikk skal være deltakersentrert og dialogpreget. Det skal formuleres realistiske delmål for opplæringen, og kursdeltakerne skal få tett oppfølging og tilbakemelding underveis i undervisningsperioden.

Deltakere kan ha lite eller mye erfaring med formell læring. Lærerens metodiske tilnærming må således være variert, slik at kunnskap kan tilegnes på forskjellige måter. I tillegg til tradisjonell undervisning, bør deltakernes egenaktivitet stimuleres gjennom fremlegginger, gruppearbeid og diskusjoner. Deltakerne må få kjennskap til hva det innebærer å skulle ha ansvar for egen læring og de må få kjennskap til ulike læringsstrategier. *Å lære å lære* er også viktig med tanke på fortsatt språktilegnelse etter avsluttet norskopplæring (ibid:7-8).

I prosjektet ble det ansett som viktig at deltakerne selv, lærere og arbeidskolleger er klar over hvordan innvandrere kan oppleve det å ikke lengre kunne gjøre seg forstått på morsmålet og enda ikke mestre språket i sitt nye hjemland.

”Når en voksen person mister sin språklige kompetanse, kan det oppleves som tap av evnen til å fylle sine oppgaver. Det kan gjøre noe med selvforståelsen, selvfølelsen og opplevelsen av tilhørighet, ja, med selve identitetsopplevelsen (Magelssen, 2002:89).

2.6 Yrkesopplæring

2.6.1 Språkundervisning eller arbeid ?

Dårlige norskferdigheter er den faktor som både fagmiljøer og media oftest bruker for å forklare hvorfor innvandrere har lavere deltakelse i arbeidslivet enn etniske nordmenn. Forskningsstiftelsen Fafo setter i rapporten, *Kurs for arbeid*, søkelyset på den kommunale norskundervisningen (Drøpping, 2002).

Rapporten viser at et stor flertall av voksne innvandrere – ni av ti kvinner og åtte av ti menn faktisk har deltatt på norskopplæring. Flere minoritetsspråklige kvinner enn menn starter organisert språkopplæring, men på den annen side viser det seg at de i langt høyere grad uteblir fra og avslutter undervisningen.

Av alle som påbegynner opplæring, er det bare 41% som fullfører, og 2/3 av disse er menn. I 1998 var det bare 1/4 av alle som startet norskkurs som avla de avsluttende Språkprøven (ibid: 57 og 70-72). Undersøkelser tyder på at "...det er lettere å få med kvinnene både i norskundervisning og annen kvalifisering hvis det er økonomisk lønnsomt for henne og familien" (ibid: 169).

De fleste av de 400 innvandrerne som Fafo intervjuet, oppgir å være fornøyd med norskundervisningen. Bare et fåtall av de spurte opplever imidlertid at undervisningen er tilpasset deres fagbakgrunn eller deres yrkesmessige framtidønsker. Kvinnene i undersøkelsen framhever sterkere enn menn et ønske om at språkundervisning utover et grunnleggende nivå bør foregå som en kombinasjon av norskopplæring og praksisplass. Kvinner får i dag i mindre grad enn menn tilbud om å delta i yrkesrelatert norskopplæring (ibid:56). I intervjuundersøkelsen framkommer at hovedmotivasjonen hos både kvinner og menn for å lære norsk er et ønske om (mer) utdanning og yrkesaktivitet.

Rapporten peker på at dagens fordeling av kvalifiseringstilbud kan tyde på at innvandrerkvinnens ønske om et yrkesaktivt liv i Norge undervurderes.

Det framkommer dessuten at kvinner i sterkere grad enn menn også vektlegger sosiale årsaker som begrunnelse for å ville lære seg norsk. Dette ønsket forsterkes der kvinnene har barn. Omsorgsansvar *øker* sannsynligheten for at kvinner fullfører norskundervisningen, fordi de ønsker å følge opp barns skolegang og fritid i Norge. Kvinnene gir uttrykk for at de savner kvinne- og familienettverkene de hadde i sine hjemland (ibid:70).

I rapporten drøftes om gode norskferdigheter er en forutsetning for eller et resultat av yrkesaktivitet. Det framkommer at deltakelse på norskkurs bidrar til å løfte deltakerne opp til et ”noenlunde akseptabelt språknivå”, men at andre forhold er viktigere for å kunne forklare hvem som lærer seg språket godt. Av ikke-personlige faktorer står arbeidslivet i en særstilling, fordi innvandrere der får anledning til å praktisere sine norskkunnskaper. ”Selv ganske få måneders yrkesdeltakelse ser ut til å bety mer for språkkunnskapene enn deltakelse på norskkurs” (ibid:103-105). Konsekvensen dette bør få for tilrettelegging av språkopplæring er utvetydig:

” For norskundervisningen blir dermed implikasjonen –nok en gang- at språkopplæringen i størst mulig grad bør organiseres gjennom å kombinere klasseromsundervisning og praksis” (ibid:106).

2.6.2 Pleieassistent

Pleieassistent er ingen beskyttet yrkestittel, og det eksisterer derfor hverken læreplaner eller noen formalisert opplæring til de arbeidsoppgavene yrkesgruppen forventes å utføre. Vanlig praksis i dag er at nytilsatte, ufaglærte

innen pleie- og omsorgssektoren tilegner seg ferdigheter ved å prøve og feile på egen hånd og ved å observere hvordan kolleger utfører sine arbeidsoppgaver.

Arbeidsoppgavene til en pleieassistent innen omsorgssektoren er mangfoldige og således må også målsettingene for opplæringen være mange og varierte. I tillegg til å kunne utføre praktiske gjøremål tilfredsstillende, bør pleieassistenter, i likhet med annet helsepersonell, kunne reflektere over sine holdninger og gi faglige begrunnelser for sine handlingsvalg.

Pleieassistenter har i stor grad samme arbeidsfelt som faglærte omsorgsarbeidere og hjelpepleiere. Fagopplæring av kommende pleieassistenter bør derfor kunne ta utgangspunkt i *Læreplan for videregående opplæring, studieretning helse- og sosialfag, Opplæring i bedrift*. Mål og innhold i planen må tilrettelegges i forhold til deltakernes nivå og aktuelle yrkeskrav. Ulike loggbøker for videregående elever kan likeledes justeres og anvendes ved læring i praksis.

Begrunnelsen for å utarbeide planer for opplæring av pleieassistenter er å sørge for en kvalitetssikring av deres helsetjenester. En systematisk og oversiktlig opplæring er også viktig med tanke på dokumentasjon av kvalifikasjoner, og ikke minst for deltakernes opplevelse av at opplæringen er forutsigbar, målrettet og meningsfull. ”I opplærings situasjoner som skal forberede til nye yrkesroller, er det viktig å kjenne til hva yrket innebærer av krav, forventninger, oppgaver og arbeidsmåter” (Askjem, 1996:43).

2.7 Undervisningens rammer

2.7.1 Personellressurser

Det første halvåret var prosjektleder tilknyttet prosjektet i 100% stilling og ivaretok da det meste av teoriundervisningen i helse-norsk og den ordinære

norskopplæringen. Prosjektleder var tilstede på undervisningssykehjemmet i løpet av hele arbeidsdagen til deltakernes. Foreberedelse av ny undervisning, retting av oppgaver og administrative gjøremål ble utført i deler av dagen deltakerne var alene på sine respektive avdelinger og etter deres arbeidstid.

I høstsemesteret var prosjektleder ansatt i 50% stilling i prosjektet og 50% stilling som lærer ved høyskolen. Dette halvåret ble en større del av fellesundervisningen i helse- og sosialfag ivaretatt av eksterne lærere; andre høyskolelærere og fagpersoner innen helsesektoren i kommunen. Deltakerne ble samlet til felles undervisning i helse-norsk ved undervisningssykehjemmet og fikk individuell oppfølging i forbindelse med praksisbesøk. Tre personer med interesse og egnethet, ble forespurt om sammen med prosjektleder å være leksehjelpere for hver av de fire deltakerne som ønsket å ta ulike språkprøver. Leksehjelp ble gitt en kveld i uka på høyskolen.

De ansatte veiledet deltakerne i pleie av beboerne ved sine avdelinger og kunne selv avgjøre hvordan de ville fordele denne oppgaven. Ved enkelte avdelinger ble det forsøkt å ha *en* ansvarlig for praksisopplæringen, men dette lot seg ikke gjennomføre på grunn av vaktordningen. De ansatte arbeider i grupper knyttet til bestemte beboere, og den vanlige ordningen ble etterhvert at en gruppe i fellesskap tok hånd om veiledningen. Deltakerne stelte bare en beboer den første tiden, men fikk etterhvert både flere beboere og ansatte å forholde seg til.

Deltakerne underviste hverandre i samlet gruppe og smågrupper. De gjennomgikk teoretiske emner, demonstrerte utførelsen av ulike ferdigheter og brukte rollespill for å illustrere situasjoner i sin praksishverdag. Deltakerne kunne bruke morsmål eller engelsk/tysk dersom det bidro til å forklare et begrep, en sammenheng eller en utførelse, ellers var også her norsk undervisningsspråket.

2.7.2 Læremidler

Helse-norsk

Skriftlige rutiner og prosedyrer for avdelingene og enkeltbeboere ble mye brukt i opplæringen den første tida. I de fleste undervisningstemaene fikk eller laget deltakerne temahefter. Det meste av fagstoffet til heftene ble hentet fra lærebøker i helse- og sosialfag for grunnkurselever i videregående skole og/eller basert på undervisningsnotater. Det ble gitt hjemmeoppgaver i de fleste temaene og disse ble gjennomgått gruppevis eller individuelt.

Det er en utfordring å finne eller selv utforme fagstoff til voksne mennesker som innholdsmessig er tilstrekkelig utfordrende og samtidig enkelt nok språklig sett. Anvendelse av bøker om kropp og helse tilrettelagt for barn kan oppleves nedvurderende, selv om språket her kan være på riktig nivå. Omvendt vil lærebøker som tar utgangspunkt i voksne menneskers allmennkunnskaper ofte stille så store språklige krav at det blir vanskelig å tilegne seg nye fagkunnskaper.

Voksenopplæringsinstituttet har mestret dette dilemmaet i sin lærebok *Kropp og helse. Et temahefte i kosthold og helse for voksne innvandrere* (VOX, 2002). Tekstene er skrevet i samspill med innvandrerkvinner med liten skolebakgrunn, er rikt illustrert og supplert med nyttige oppgaver.

Helsenorsk. Språk og kommunikasjon for fremmedspråklig helsepersonell (Ryen, 2001) er en tekstbok med arbeidsbok som også er egnet til bruk i opplæring av minoritetsspråklige til pleieassistenter. Disse læremidlene er imidlertid beregnet på helsepersonell med fagutdanning fra hjemlandet og med gode forhåndskunnskaper i norsk. Dette innebar for kurset at tekster og oppgaver måtte bearbeides faglig såvel som språklig for de fleste deltakerne.

Norsk

Lærebøker i norsk; tekst- og arbeidsbøker ble utlånt av Lislebyveien skole. Deltakerne fikk låne de læremidlene som brukes ved skolen for det språknivået den enkelte var på og i forhold til forestående språkprøver. Det ble anskaffet grammatikk- og rettskrivingsordbøker til hver av deltakerne, som de også ble oppmuntret til å bruke aktivt etter kurssets slutt. Eksempeltester, CD og video fra Folkeuniversitetet ble brukt som foreberedelse til Språkprøven.

Aviser ble brukt som lesestoff; artikler om relevante emner, bolig- og stillingsannonser samt informasjon om lokalmiljøet. Nyhetssendinger og aktualitetsprogram var en del av deltakernes hjemmearbeid og skulle påfølgende dag refereres og diskuteres. Deltakere som ønsket å ta sertifikat, arbeidet med ”Startpakke” fra Statens vegvesen med teksthefter, oppgaver og video.

Alle deltakerne hadde en arbeidsperm hvor alt de skrev av forberedelser, undervisningsnotater og oppgavebesvarelser ble samlet gjennom hele kurset. Dette gav dem mulighet for å vurdere egen læringsprogresjon og for å gå tilbake å rette opp tidligere feil og mangler. Etter en grunnleggende opplæring i bruk av data, ble IKT brukt i varierende grad i deltakernes egen skriftproduksjon.

Deltakerne hadde en mappe liggende på sine praksisavdelinger hvor beskjeder til og fra deltakerne og avdelingen kunne skrives. Dette gav mulighet for en daglig bruk av skriftspråket med klar nytteverdi.

Deltakere som ønsket det, fikk utstedt lånekort på høyskolens bibliotek og ved Deichmanske bibliotek i Oslo. HiØ har lærebøker til høyskolestudier, men også i helse- og sosialfag for videregående utdanning. I tillegg til lærebøker, lånte deltakerne filmer og tidsskrifter om aktuelle faglige tema. Deichmanske har fag- og skjønnlitteratur på mange språk som også kan bestilles fra lokale bibliotek.

2.8 Hovedmomenter i opplæringen

2.8.1 Undervisning i helse-norsk

Vårsemesteret

Forslag til aktuelle undervisningsemner kom fra deltakerne og lærere, fra praksisavdelingene og veiledere.

Undervisningen la gjennom hele kursperioden hovedvekt på kommunikasjon av meningsinnhold, men formelle sider av språket ble også vektlagt. Prosjektleder forklarte ulike relevante ord og uttrykk underveis i fagundervisningen og deltakerne fikk mulighet for selv å bruke dem muntlig såvel som skriftlig.

Helse- og sosialfaglige tema i helse-norsk:

- taushetsplikt
- helse- og sykdom
- håndhygiene i helsevesenet
- beboernes personlige hygiene
- aldring og døden
- grunnleggende behov
- aktivitet, hvile og søvn
- måltider og fordøyelse
- muntlig rapportering
- stell av døde, begravelse

Rettigheter og plikter i arbeidslivet. Orientering om ulike sider av dette temaet ble gitt av saksbehandlere ved Aetat og ligningskontor, arbeidsgiversiden og lokale og sentrale tillitsvalgte. Hovedtrekk i det norsk lønns- og skattesystemet og familieøkonomi var også emner som ble gjennomgått.

Kommunehelsetjenesten og tjenestetilbudet for hjelpetrequende eldre på institusjon og som hjemmeboende. Besøk på helsestasjon med orientering om primærhelsetjenesten generelt og helsetilbudet for barn spesielt.

Utdanningssystemet i Norge, fra barnehage til høyere utdanning, med vekt på videregående og høyskoleutdanning innen helse- og sosialfag.

Oppvekst med to kulturer og to-/flerspråklighet. I denne forbindelse var også barneoppdragelse, likestilling og arbeidsdeling i hjemmet emner som ble drøftet.

Personlige og kulturelle normer og verdier ble tatt opp i forbindelse med de fleste temaene både i vår- og høstsemesteret.

Høstsemesteret

I høsthalvåret var undervisningen mer todelt i fag og språk fordi det i større utstrekning ble brukt eksterne faglærere. Det ble avsatt hele arbeidsdager til teoriundervisning på høyskolen. Eksterne lærere ble informert om ønsket faginnhold og vanskelighetsgrad, og prosjektleder gjennomgikk aktuelle ord og uttrykk i forkant og etterkant av forelesningene.

Helse- og sosialfaglige tema i helse-norsk:

- skriftlig rapportering
- kosthold og ernæring
- observasjon av funksjonssvikt
- hjerneslag og afasi
- aldersdemens
- smerter, årsaker og behandling

Normale psykiske reaksjoner på tap. Psykiatrisk sykepleier hadde sammen med prosjektleder samtaler med deltakerne om deres erfaringer med å forlate sine hjemland, og om eldre mennesker sine opplevelser av tapt funksjon og identitet.

Jobbsøking. Undervisning hos Aetat med vekt på hvordan ledige stillinger kan oppspores og intervju situasjoner forberedes. Deltakerne fikk øvelse i å forstå innholdet i stillingsannonser og praktisk trening i å utforme egne søknader.

2.8.2 Felles ferdighetstrening

Vårsemesteret

I oppstart av kurset var en uke avsatt til grunnleggende ferdighetstrening med veiledning av sykepleierlærer og prosjektleder:

- hygiene i helsevesenet
- eliminasjon
- kroppsvask i seng
- av- og påkledning
- matlaging, servering og mating
- sykehjemssengers innstillinger
- sengeredning
- forflytning og ergonomi

Tekniske hjelpemidler. Det ble gitt individuell veiledning i bruk av ulike tekniske hjelpemidler i vår- og høsthalvåret, etterhvert som det ble aktuelt i forhold til de beboerne deltakerne skulle ha ansvar for å pleie.

Generell førstehjelp og trening på hjerte-/lungeredning. Før deltakere skulle ha sommerjobb ble en hel arbeidsdag brukt til innledende undervisning og mye praktisk trening med anestesisykepleier.

Ledige pasientrom på undervisningssykehjemmet, bad/toalett, kjøkken, skyllerom og lintøysrom ble tatt i bruk for å lære navn på gjenstander og handlinger samtidig som aktuelle arbeidsoppgaver ble gjennomgått.

På bakgrunn av tilbakemeldinger fra praksisavdelingen, fikk den språklig svakeste deltakeren tilbud om individuell veiledning og evaluering med sykepleierlærer før sommerjobb. Læreren arbeidet sammen med kursdeltakeren i 4 fulle arbeidsdager og gav tilbakemelding om tilfredsstillende jobbutførelse.

Høstsemesteret

I høsthalvåret ble det ikke gitt ferdighetstrening for samlet gruppe. Deltakerne måtte nå i all hovedsak selv være ansvarlige for å etterspørre veiledning i

forhold til arbeidsoppgaver og –situasjoner de følte seg usikre på. Tilsvarende skulle de ansatte og ledelse i størst mulig grad gi tilbakemelding direkte til deltakeren om positive vurderinger av deres arbeidsutførelse og dersom sider ved arbeidet som pleieassistent ikke ble godt nok ivaretatt.

2.8.3 Tidsbruk og ulike sider av opplæringen

Den ukentlige arbeidstid var på 35 timer; 6 timer 5 dager i uka og minst en time hjemmearbeid daglig. Deltakerne kunne til en viss grad sammen med sin avdelingsleder bestemme når den enkelte skulle starte og avslutte arbeidsdagen. Det skulle her tas hensyn til både kvinnenenes behov i deres hjemmesituasjon og til hva som passet med avdelingens rutiner.

Alle deltakerne måtte delta i minst en rapportering, morgen eller ettermiddag. De 3 første månedene arbeidet alle kun dagvakter fordi bemanning da er best og således også muligheten for å få veiledning. Deltakerne kunne senere i begrenset omfang jobbe kveld og helg etter avtale med prosjekt- og avdelingsleder.

Deltakerne sine primære oppgaver om formiddagen var morgenstell av beboere og frokostservering. Om ettermiddagen serverte middag og hjalp beboere som trengte hjelp til ulike aktiviteter eller til å få tatt seg en middagshvil. Utover våren tok deltakerne med seg beboere på formiddagstur i nærområdet rundt sykehjemmet. 2-3 deltakere hadde etter tur ansvar for daglige middagsgrupper for 6-9 beboere i sykehjemmets spisesal. Deltakerne spiste sammen med beboerne og la stor vekt på en hyggelig samtale rundt bordet. Mange måltider utviklet seg til å bli både norsk historieundervisning og gjensidig formidling av ulike kulturelle tradisjoner.

Ut ifra avdelingens rutiner ble det rom for 2,5 timer med undervisning fra klokka 11. To dager i uka hadde samlet gruppe undervisning i helse-norsk. I

tillegg ble deltakerne ut ifra språknivå inndelt i to undergrupper som hver hadde ordinær norsk-undervisning en dag i uka. De andre deltakerne hjalp da til ved bingo, helsedans og andakt for beboerne. Siste ukedag brukte alle deltakerne og prosjektleder midttimene til å prate om hvordan livet var på jobb og privat.

Den språklig svakeste kursdeltakeren fikk i april og mai individuell norsk-opplæring med prosjektleder formiddag og ettermiddag 2 dager i uka. De andre deltakerne hadde tilsvarende undervisning en dag hver 3. uke eller oftere, en ordning også førstnevnte deltaker gikk over til fra juni måned.

2.9 Evalueringer

2.9.1 Evaluering av deltakerne

Praktiske ferdigheter

Deltakernes praktiske ferdigheter og kommunikasjonsevne ble fortløpende evaluert av deltakerne selv sammen med praksisveiledere og prosjektleder. Den første tiden valgte mange ansatte å gi tilbakemeldinger om deltakernes jobb-utførelse til prosjektleder, ofte gjennom avdelingsleder. Etterhvert som kursdeltakere og veiledere ble kjent med hverandre, ble ros og ris stadig oftere formidlet direkte dem imellom. Både deltakere og ansatte gav ofte uttrykk for at de likte å arbeide sammen og misforståelser ble ordnet opp på stedet.

En 4 timers sluttevaluering av den enkelte deltakers yrkesutøvelse ble gjennomført i siste kursmåned på respektive praksisavdelinger. Et evalueringsskjema fastla hvilke arbeidsoppgaver som skulle utføres og etter hvilke kriterier ulike ferdigheter skulle vurderes. Av lærerens helhetsvurdering framgikk at samtlige deltakere var godt skikket til å arbeide som pleieassistenter. Karakteristikk som gikk igjen i sluttevalueringene var imøtekommenhet, god evne til kontakt og samarbeid og ivaretagelse av beboernes integritet og behov.

Språkferdigheter

På grunn av stor arbeidsbelastning var det ikke mulig for skolen som avholdt modultester å tilby kursdeltakerne alle testene de ønsket seg i løpet av året.

Den språklig svakeste deltakeren avla i november 2002 modultest A 1 og besto både muntlig og skriftlig del. Den nest svakeste deltakeren avla samme måned modultest A 2 med tilsvarende resultat og besto i desember hele Språkprøven.

En deltaker som av veiledere og beboere ble framhevet i forhold til svært gode kommunikasjonsevner, besto modultest A3 så tidlig som i juni. Deretter strøk hun både i muntlig og skriftlig del av Språkprøven i desember. Det var her med andre ord ikke samsvar mellom prøveresultater og praksisfeltets erfaringer.

Deltakeren som før kurset bare hadde bestått muntlig del av språkprøven, avla ny skriftlig prøve i desember og besto denne.

Bekreftelser og kursbevis

I forbindelse med søknader om sommerjobb og nye praksissteder fikk arbeidsgivere tilsendt bekreftelse på kursdeltakelse med oversikt over gjennomgått opplæring og oppnådd kompetanse.

Ved kursavslutning fikk deltakerne et kursbevis utstedt av Bruker- og kompetansesenteret. Her ble det redegjort for kurset struktur og målsetting samt hvilke faglige temaer helse-norskopplæringen hadde vært knyttet til. Videre framkom deltakerens praksissteder og varighet av de ulike praksisperiodene. Avslutningsvis ble det gitt en samlet vurdering av deltakeren med vekt på språklige og praktiske ferdigheter, fagforståelse, holdninger og samarbeidsevne.

Nåværende arbeidsgiver fikk tilsendt kopi av kursbevis og evalueringsskjema til deltakerens personalmappe, og deltakerne fikk originalene til bruk ved fremtidige søknader om jobb og opptak til skolegang og studier.

2.9.2 Evaluering av prosjektet

Deltakernes evaluering av kurset

Gjengivelsen av evalueringene baserer seg på svarskjemaene fra de fem deltakerne som gjennomførte hele kursperioden.

I juni besvarte deltakerne individuelt et evalueringsskjema om ”Hva synes du om opplæringen på kurset til nå?” De ble her bedt om å fortelle hva de var fornøyd med og hva som kunne vært bedre i forhold til tre punkter:

- Arbeid og veiledning på avdelingen
- Undervisning i helse-norsk
- Undervisning og veiledning på høyskolen

Det framkom av svarskjemaene at deltakerne var godt fornøyde med opplæringen innen alle tre områdene av opplæringen, men de hadde forslag til forbedringer under de to første. På avdelingene ønsket en deltaker å arbeide mer sammen med en kollega, mens en annen syntes hun hadde for liten tid til hver beboer. Under undervisning i helse-norsk, var det ønske om å lære mer om rapportering og bruk av tekniske hjelpemidler. Det var videre ønske om utdeling av oversikter over ord og uttrykk som er vanlig å bruke i forbindelse med ulike gjøremål innen pleie- og omsorg. Alle kursdeltakerne gav uttrykk for et ønske om mer undervisning ved høyskolen. De fortalte at utover det rent faglige utbyttet av forelesningene der, så likte de å være en del av studentmiljøet.

Ved kursavslutning i januar skulle deltakerne svare på de samme spørsmålene. I tillegg ble de bedt om å vurdere arbeidsmengden på kurset, sin egen motivasjon

og innsats, samt samarbeid og sosialt miljø i deltakergruppen og på avdelingene. Videre ble de spurt om de likte å arbeide som pleieassistent, om de mestret sine oppgaver og om de trivdes med å pleie eldre mennesker. De ble oppfordret til å fortelle om sine framtidsplaner for arbeid og utdanning, og siste spørsmål var om kurset samlet sett hadde gitt dem det utbyttet de hadde ventet seg.

Deltakerne uttrykte stor tilfredshet med opplæringen de hadde fått både i teori og praksis. En deltaker kunne tenkt seg en noe grundigere veiledning i enkelte arbeidsoppgaver på avdelingen i høsthalvåret. En deltaker vektla at hun hadde lært mye norsk av undervisningen i helse-norsk, mens noe fagstoff tidlig i kurset hadde vært vanskelig tilgjengelig på grunn av svake norskferdigheter. En annen mente at enkelte eksterne forelesere snakket litt for fort. Deltakerne vurderte arbeidsmengden som passelig stor. Med unntak av en deltaker vurderte alle sin innsats som meget god, en til tross for at motivasjonen hadde vært noe opp og ned. Den siste deltakeren gav uttrykk for at motivasjon og innsats hadde vært noe varierende gjennom året på grunn av problemer av privat karakter.

Samarbeidet og det sosiale miljøet i gruppen og på avdelingene beskrev deltakerne som bra, meget / veldig bra og perfekt/helt topp. Når det gjaldt gruppen, fremhevet en deltaker at det var positivt at deltakerne hadde lært av hverandre. En annen deltaker fortalte at mens samarbeid og sosialt miljø helt fra kursstart hadde vært meget bra i gruppen, så hadde begge sider blitt gradvis forbedret på avdelingen etterhvert som hun lærte mer norsk og ble sikrere på utførelsen av sine arbeidsoppgaver. Alle deltakerne var blitt invitert med når det var sosiale sammenkomster på arbeidsstedet og etter arbeidstid.

Samtlige deltakere gav uttrykk for at de trivdes veldig godt som pleieassistenter og med å pleie eldre mennesker. Alle deltakerne mente de mestret sine arbeidsoppgaver på en god måte, en med et lite forbehold: ”nesten alle”.

Når det gjaldt deltakernes framtidsplaner, så var disse gjennomgående i samsvar med det som framkom ved kursstart. En deltaker som hadde ønsket å bli sykepleier, ville nå istedet utdanne seg til omsorgsarbeider, de andre fastholdt sine opprinnelige planer med hensyn til arbeid og utdanning (jfr. kap. 2.4.3).

På spørsmålet om kurset hadde svart til forventningene, svarte alle deltakerne bekræftende.

Prosjektgruppens evaluering

Prosjektgruppens medlemmer ble bedt om å vurdere prosjektet i forhold til egen virksomhet, prosjektgruppens samarbeid og prosjektets måloppnåelse sammenholdt med målsettingene i prosjektplanen.

På spørsmål om hvorvidt prosjektet samlet sett kunne vurderes som helt, delvis eller lite vellykket, svarte samtlige ”helt vellykket”. Det ble trukket fram at de kortsiktige målene for prosjektet er nådd, og fra Aetat nevnes det også at det er god måloppnåelse i henhold til etatens egne målsettinger. Sykepleiere ved undervisningssykehjemmet og flyktningekontoret som hadde hatt mest direkte kontakt med kursdeltakerne, framhevet betydningen av personlig oppfølging av den enkelte deltaker. Virksomhetsleder ved sykehjemmet trakk fram de positive erfaringene ledelse og ansatte hadde hatt med å samarbeide med mennesker fra andre kulturer: ”Respekt og verdighet omkring eldre har vært framtreddende”.

Når det gjelder beboerne ved sykehjemmet, ble det framhevet at deltakerne har vært svært tilfredse med kursdeltakerne: ”Språk har ikke begrenset kontakt med beboerne. Her tror jeg deltakernes holdning og evne til å formidle nærhet har hatt større betydning for positiv opplevelse enn språklige ferdigheter”.

Alle prosjektmedlemmene mener det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet i prosjektet samt kursets pedagogisk opplegg bør kunne overføres til opplæring av andre målgrupper og andre områder av arbeidslivet (jfr. kap. 2.10.3).

2.10 Avslutning

2.10.1 Måloppnåelse

De overordnede mål med prosjektet er nådd. En tverrfaglig prosjektgruppe med representanter fra ulike statlige og kommunale etater har utformet og gjennomført et ettårig kurs i tråd med UDI sine forventninger til forsøkskommunene. Alle kursdeltakerne rapporterte at opplæringen hadde svart til deres forventninger, og prosjektgruppen vurderte prosjektet som helt vellykket.

Basert på positive erfaringer med et tverretatlig samarbeid og med oppstarten av kurset, ble det allerede tidlig i prosjektperioden besluttet å igangsette et tilsvarende kommunalt opplæringstiltak i Fredrikstad.

Kurstilbudet ble gitt til kvinner som ønsker å arbeide innen helsesektoren. Yrkes- og språkopplæring ble kombinert i form av helse-norsk, og opplæringen tok utgangspunkt i deltakernes kompetanse. Det ble utarbeidet individuelle opplæringsplaner og undervisning samt veiledning ble i så stor grad som mulig differensiert i forhold til deltakernes forutsetninger og behov. Samtlige deltakere var tilfredse med undervisning, veiledning og praksis. Deltakerne trives med omsorgsarbeid og mener de mestrer sine arbeidsoppgaver. I sluttevalueringen bekreftes at samtlige kursdeltakere er godt skikket til å arbeide som pleieassistenter. Tre deltakere tok modultester på ulike nivå og alle besto. Tre deltakere avla Språkprøven, hvorav to besto.

Fem deltakere gjennomførte hele opplæringsperioden, mens tre deltakere var tilknyttet kurset i 3, 4 og 8 måneder. Syv av disse åtte deltakerne jobber i dag som pleieassistenter innen kommunal omsorgssektor. **Den kortsiktige målsettingen om å fremme deltakernes muligheter på arbeidsmarkedet og øke rekrutteringen av helsepersonell er dermed nådd.** Omfattende praksis og påfølgende ansettelse med lønnstilskudd fra Aetat innebærer at deltakerne vil kunne dokumentere mellom 1 1/2 og 2 ½ års yrkeserfaring i Norge.

Dokumentert yrkeserfaring er viktig ved jobbsøknader, og nødvendig for å få godkjent fagbrev av Yrkesopplæringsnemda i fylket. Relevant arbeidserfaring kan også danne opptaksgrunnlag til høyskolestudier i form av realkompetanse, noe som er aktuelt for to deltakerne som vil bli sykepleiere. Deres college-utdanning er vurdert av Samordnet opptak ved Universitetet i Oslo til ikke å gi generell studiekompetanse, fordi den ikke tilsvarer norsk videregående skole.

Deltakerne støttet hverandre i møte med utfordringer på arbeidsplassen såvel som privat, og de vurderte samarbeid og sosialt miljø i gruppen som veldig bra. Deltakerne rapporterte også om gode mellommenneskelige forhold på avdelingene både i forhold til ansatte og beboere. Vi har i dette prosjektet ikke spurt de ansatte og beboerne selv om deres oppfatninger og holdninger.

Ledelsen ved undervisningssykehjemmet mener at noe skepsis blant ansatte i starten av prosjektet, gradvis ble avløst av velvilje, påvirket av deltakernes væremåte samt positive holdninger hos deres ledere. Beboerne fikk bedre oppfølging i løpet av kursperioden, og det rapporteres at de satte pris på deltakerne. Få tilfeller av samarbeidsproblemer understøtter ikke tidligere erfaringer med liten grad av integrering innen omsorgssektoren og beboere som ofte avviser arbeidstakere med innvandrerbakgrunn (Olsson, 2000:29-30).

2.10.2 Forbedringsmuligheter

Det er viktig at deltakergruppen er stabil, både med tanke på at alle skal få delta i progresjonen i opplæringen og av hensyn til det sosiale miljøet i gruppen. Det burde derfor legges mer vekt på utvelgelse av og informasjon til interesserte deltakere for å øke sannsynligheten for at alle deltakere kan gjennomføre kurset.

Opplæringsplan i norsk med samfunnskunnskap legger med sin nivå- og modulinndeling vekt på homogene deltakergrupper. Store variasjoner i norskkunnskaper vanskeliggjorde individuell tilpasning av gruppeundervisning i helse- norsk og felles veiledning. Ordinær norskundervisning måtte gis i mindre grupper, og dermed ble det mindre undervisning for alle. Grupper bør være noe mer homogene enn i prosjektet, men en viss variasjon i språklig nivå og ikke minst i kunnskapsbakgrunn er ikke til hinder for at deltakere skal ha stort utbytte av å undervise og veilede hverandre.

Når deltakerne har mye praksis og undervisningstiden er begrenset, ville det være mer overkommelig om språkopplæringen bare kunne fokusere på yrkesrettet norsk, ikke også på ordinær norskundervisning og språkprøver. Det er viktig at kursdeltakere har mulighet for å avlegge de modultestene de ønsker.

Når språkferdigheter ved kursstart ikke muliggjør enkel daglig kommunikasjon, kan det være vanskelig for ansatte å gi og for deltakere å motta veiledning. Dette innebærer imidlertid ikke at språklig svake deltakere har lite nytte av integrert yrkes- og språkopplæring. Erfaringen i prosjektet er at nettopp deltakere med begrenset erfaring med skolebasert norskundervisning drar stor nytte av konkret og praksisbasert opplæring. For språklig svake deltakere bør imidlertid språk- og ferdighetstrening tilrettelegges bedre, spesielt den første tiden.

Kursdeltakernes praktiske opplæring var avhengig av veiledning fra de ansatte. Fordeling av oppgaver og ansvar burde vært bedre avklart fra kursstart ved undervisningssykehjemmet. De ansatte burde selv fått veiledning, blant annet fordi flere i begynnelsen uttrykte engstelse for å bli oppfattet som rasistiske dersom de påpekte mangler ved deltakeres ferdigheter, og de var usikre på hvordan det kan sikres at gitt informasjon er forstått.

2.10.3 Overføringsverdi

Regjeringen anbefaler opplæringstiltak for innvandrere innen helsesektoren: ”Ved å kvalifisere innvandrere til arbeid i sektoren vil vi auke rekrutteringen og samstundes nytte den kulturelle kompetansen dei har” (SHD, 2002:4).

De positive erfaringene med og resultatene av kurset underbygger anbefalinger i Opplæringsplanen og i Fafo sin rapport om å bruke arbeidsplassen som læringsarena. Kursets undervisningsrammer var enkle og er overkommelige å overføre til nye opplæringstiltak. Det er imidlertid usikkert om måloppnåelsen vil være like god med en annen sammensetning av deltakergruppen med hensyn til personlige egenskaper, sosial og kulturell tilhørighet. Med andre beboere, ledere, veiledere og lærere kunne også opplæringen utviklet seg annerledes.

En forutsetning for å kunne gi et helhetlig opplæringstilbud er et velfungerende tverretatlig samarbeid med samordning av etatenes ulike virkemidler.

Arbeidssteders vilje til å tilby praksisplasser og veiledning er en betingelse for å kunne integrere teoretisk og yrkesrettet opplæring og likeledes at ulike statlige økonomiske støtteordningene tas i bruk..

Det er prosjektgruppens oppfatning at erfaringene fra prosjektet vil kunne anvendes

- i andre kommuner for samme målgruppe

- for samme målgruppe på andre typer arbeidsplasser
- ved opplæring av andre målgrupper med spesielle behov
- ved kvalitetssikring av ansattes ferdigheter

LITTERATUR

Askjem, Solveig (1996), *Helse- og sosialarbeideres yrkesroller*. Oslo: Tano Aschehoug

Drøpping, Jon Anders og Hanne Cecilie Kavli, Hanne (2002), *Kurs for arbeid? Norskopplæring og yrkesdeltakelse blant ikke-vestlige flyktninger og innvandrere*. Fafo-rapport 387. Oslo: Fafo

Folkeuniversitet, Norsk språktest (2000), *Språkprøven i norsk for voksne innvandrere*. Oslo: Folkeuniversitetet

Magelssen, Ragnhild (2002), *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe Forlag

Olsson, Tor Bjarne, Pedersen, Cathrine og Irene Dahle (2000), *Med sjal på jobb*. Skarnes: Com.pendius AS

Rogstad, Jon (2001), *Sist blant likemenn. Synlige minoriteter på arbeidsmarkedet*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning

Ryen, Else og Lasse Morten Johannesen (2001), *Helsenorsk. Språk og kommunikasjon for fremmedspråklig helsepersonell*. Tekstbok med CD og arbeidsbok. Sandefjord: Læremiddelforlaget AS

Voksenopplæringsinstituttet (2002), *Kropp og helse. Temahefte i kosthold og helse for voksne innvandrere*. Oslo: VOX

RAPPORTER

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1998), *Norsk med samfunnskunnskap for voksne innvandrere. Retningslinjer og informasjon*. KUF

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1998), *Opplæringsplan i norsk med samfunnskunnskap for voksne innvandrere*. Oslo, 2002: Læringscenteret

Kommunal- og regionaldepartementet (2002), *Handlingsplan mot rasisme og diskriminering (2002-2006)*. Oslo: KRD, Innvandringsavdelingen

Nilsen, Sigurd Roger (2001), *Kurstilbud*. Fredrikstad: Bruker- og kompetansesenteret, Undervisningssykehjemsprosjektet

Senter mot etnisk diskriminering (2003), *Årsrapport for 2002*. Oslo: SMED

Sosial- og helsedirektoratet (2002) *Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Avdeling for sosial- og helsepersonell

3.0 FAGMØTER

av Sigurd Roger Nilsen og Leif Nybøle

3.1 Bakgrunn og mål

Offentlige myndigheter har fremmet forslag om at fremtidens sykehjem skal ha andre oppgaver og utfordringer enn det vi ser i dag. I følge Sosial- og helsedepartementet vil sentrale oppgaver for fremtidens sykehjem være:

- et medisinsk behandlingssted for korttidsopphold, dagopphold, og for pleie og omsorg ved livets slutt
- en medisinsk og sykepleiefaglig base og ressurs for pleie- og omsorgstjenesten

Pasienter i sykehjem vil hovedsakelig være pasienter med sykdom som krever behandling eller stort behov for kontinuerlig overvåking og tilsyn (Sosial- og helsedepartementet, 1999).

Sykehjemmene er arbeidsplassen for store yrkesgrupper innen pleie og omsorg. Kravene til de som arbeider i sykehjemmene er under endring. Sektoren må omstilles til å møte samfunnets behov for å gi de mest pleietrengende og syke eldre i befolkningen et kvalitativt godt helsetilbud. Det er utarbeidet retningslinjer som konkret nevner de krav som må oppfylles for å kunne gi et kvalitativt godt helsetilbud (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 2003).

Den største utfordringen i den sammenheng blir å rekruttere og beholde personale med kvalifikasjoner i samsvar med de nye krav.

De endrede kravene er ikke fulgt opp av systematisk kompetanseheving av pleiepersonalet i sykehjemmene. I rapporten ”Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie og omsorgstjenester”, heter det at et område som denne

rapporten ikke berører er hvilke tiltak som bør iverksettes for å styrke fagutvikling, kompetanseheving og rekruttering til sykehjem (Sosial og helsedepartementet 1999).

I regjeringens nye handlingsplan "Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006 – Rekruttering for bedre kvalitet" fremheves Undervisningsprosjektet (USP) som en interessant strategi for rekruttering og kompetanseheving i helse- og sosialsektoren.

Prosjekt Fagmøter som denne rapporten omhandler, er etablert som et delprosjekt under Undervisningssykehjem Fredrikstad, lokalisert til Fjeldberg sykehjem.

Mål:

Målet med *Prosjekt Fagmøter* er å skape en arena der sykehjemmet i samarbeid med høgskolen utvikler en metode for samarbeid, organisasjonsmessig læring og kompetanseheving i den overordnede hensikt å tilby et kvalitativt godt tilbud til beboerne.

Virkemidlene for å nå dette målet er å bruke arbeidsplassen som læringsarena for å kunne skape en attraktiv arbeidsplass med faglige bevisste og dyktige medarbeidere. Den konkrete tilnærmingen vil være å:

- ivareta kvalitetsarbeid i egen virksomhet der den enkelte ansatt blir direkte involvert.
- utvikle konkrete arbeidsmål ved de ulike avdelinger i forhold til faglige prioriteringer.
- lære gjennom erfaringsutveksling.
- avklare kompetansebehov i den enkelte avdeling.
- drøfte egne arbeidsmål relatert til den enkelte beboers behov.

- utvikle økt brukermedvirkning i utarbeidelse av planer, og arbeidsmåter i forhold til dette.

3.2 Undervisningssykehjemmet og tiltakskart

Fjeldberg sykehjem ligger i gangavstand til Fredrikstad sentrum. Sykehjemmet har 65 beboere, fordelt på 3 avdelinger:

Avdeling 1: Langtidsbeboere

Avdeling 2: Kortidsavdeling

Avdeling 3: Aldersdemens

Prosjekt Fagmøter omfatter sykehjemmet som helhet.

Fredrikstad kommune legger stor vekt på et systematisk kvalitetsarbeid. Ved Fjeldberg sykehjem har man definert mange rutiner knyttet til pleie- og omsorg, og har etablert avviksrutiner i forhold til dette. En har med andre ord forsøkt å definere noen standarder og melder avvik i forhold til disse som et ledd i kvalitetsarbeidet. Hva som er avvik er definert i forhold til ulike områder som ernæring, botilbud og privatliv m.m. Ved avvik i forhold til de gitte standardene benyttes det egne avviksmeldinger.

Det er også opprettet et kvalitetsutvalg på tvers av avdelinger som har arbeidet med noen virksomhetsinterne rutiner.

<i>Tiltakskart Prosjekt Fagmøter</i>	<i>Starttidspunkt</i>
Faglunsj, alle ansatte Fjeldberg sykehjem	Januar 2001
4-dagers kurs i dokumentasjon, 1. halvdel av alt personale	Februar 2002
4-dagers kurs i dokumentasjon, 2. halvdel av alt personale	Mars 2002
Turnussendring; obligatorisk fagmøter, 2. timer pr.mnd – Avd. 2	August 2002
Turnussendring; obligatorisk fagmøter, 2. timer pr.mnd – Avd. 1	Januar 2003
Etablering av veiledningstilbud for avdelingsledere med ekstern veileder (HiØ).	September 2002
Definering av ”Omsorg ved livets slutt” som fokusområde for hele sykehjemmet	November 2002
Arrangering av fagdag ”Omsorg ved livets slutt”	Mars 2002
Etablering av arbeidsgruppe for å revidere rutinene ”Omsorg ved livets slutt”	April 2003

3.3 Teoretisk utgangspunkt

1. juli 1999 ble det vedtatt fire nye helselover, som trådte i kraft fra 1.

1.januar 2001. Helsepersonelloven erstatter de tidligere profesjonslover og skal regulere alt helsepersonells arbeid.

De nye lovene er:

- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om spesialisthelsetjenester

Kravet om faglig forsvarlighet går igjen i alle helselovene.

”Forsvarlighet:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglig kvalifikasjoner, og skal hente bistand eller henvide pasienter videre der det er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell”.

(Helsepersonelloven § 4,1. ledd)

I begrepet faglig forsvarlighet ligger en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan den enkelte bør utøve arbeidet. Utfordringen for helsetjenesten er derfor å utvikle rutiner slik at disse normene hele tiden utvikles i tråd med samfunnets krav til tjenestene og at disse normene oppleves som en felles standard for alle ansatte. Norsk Sykepleierforbund har derfor gitt følgende anbefaling:

”Forsvarlighetskravet forutsetter at vi til enhver tid har fagligediskusjoner på egen arbeidsplass. Snakk om kravene til faglig forsvarlig yrkesutøvelse og prøv å bli å bli enige om en standard ” (NSF – 2003)

Dette utsagnet berører grunntanken i Prosjekt Fagmøter. De omtalte faglunsj var første møteplass hvor sykehjemmets ansatte møttes for å diskutere faglige utfordringer på egen arbeidsplass. Det først konkrete kompetanseutviklingstiltak som fulgte av disse faglige samtalene var etableringen av *faglig veiledning i gruppe*.

Deretter etablering av *fagmøter* og *veiledningstilbud* til avdelingslederne.

Forsvarlighetskravet forutsetter at de ansatte snakker sammen. Den sentrale tanken med prosjekt fagmøter er at det blir noe mer enn en faglig uforpliktende prat. Målet er at den faglige dialogen skal føre til kompetanseutviklingstiltak eller fagutviklingsprosjekter relatert til konkrete utfordringer på Fjeldberg sykehjem. Gjennomgang av rutinene ved livets slutt ved etablering av en arbeidsgruppe som er i tett dialog med sine kollegaer, er et illustrerende eksempel i samsvar med prosjektets hensikt.

Evne til omstilling har blitt et stadig viktigere krav både til private og offentlig virksomheter. Både den kommunale helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten har vært gjenstand for en rekke organisatoriske endringer, med uttalt mål både å øke effektiviteten og bedre kvaliteten på tjenestene. Det skrives en rekke bøker og arrangeres kurs hvor tema er strategi for omstilling. Vår tilnærming i dette prosjektet er å ta utgangspunkt i den enkelte virksomhets egne forutsetninger og muligheter for å lære av egne erfaringer.

Organisasjonsmessig læring beskrives som de kollektive læringsprosesser som finner sted når organisasjonsmedlemmene bearbeider og utvikler sine felles teorier for hva som er riktig og hva som er effektive handlinger (Argyris og Schön 1978).

”Læring innebærer derfor både evne til å oppdage avvik mellom intensjoner og realiteter og til å korrigere handlingsteorien. I slike sammenhenger kan ledelsen spille en viktig rolle som nøkkelaktører som bidrar til å fremme eller hemme utviklingen av nye tenke- og handlemåter” (Espedal, red.Nordhaug 1990:149).

Handlingsteorier kan beskrives å falle i to kategorier. Uttalte teorier er

handlingsteorier som den enkelte eksplisitt og åpent hevder han følger, og som gjerne knyttes til normer og idealer for god atferd. Bruksteorier er handlingsteorier som kan utledes av de handlinger den enkelte utfører og vil være teorier som aktøren har et mer ubevisst forhold til. ”Bruksteorier kan gjøres eksplisitte ved å reflektere over egne og andres handlingsmønstre” (Espedal 1990:151).

Det er mulig å skape situasjoner som gir mulighet for å reflektere over sine bruksteorier. Dersom aktørene i slike sammenhenger opplever at konsekvensene er i samsvar med mål og verdier, blir bruksteorien bekreftet. Er det mangel på samsvar, gir det grunnlag for å revidere eller forkaste bruksteorien. Dette gir opphav til to typer læring: Enkeltkretslæring innebærer at aktøren vil søke etter andre handlingsmønstre når konsekvensene ikke er i samsvar med målet, men uten å problematisere verdigrunnlaget. Dobbeltkretslæring innebærer at aktøren problematiserer og endrer mål og verdigrunnlaget. Dette kan oppleves som truende for de ansatte i en virksomhet.

En virksomhet møter skiftende situasjoner og nye krav (jfr. 5.1). For virksomhetens ledelse er utfordringen å kunne lære av erfaringer slik at korrigeringer kan gjøres. Dette forutsetter at det skapes et fora hvor deltakerne må

- argumentere og samtidig åpent undersøke sine argumenter,
- bringe ”opp på bordet” truende saker
- aktivt søke informasjon som motsier ens antakelser,
- etterprøve egne og andres synspunkter åpent og offentlig

(Espedal 1990).

Denne strategien for endring og utvikling dannet grunnlaget for hvordan Prosjekt fagmøter er organisert i dag.

3.4 Hva er prosjekt fagmøter ?

3.4.1 Faglunsj

I tråd med forannevnte teorier, er strategien for kompetanseheving av de ansatte å ta utgangspunkt i hva de ansatte selv definerer som faglige utfordringer på egen arbeidsplass. Med bakgrunn i denne tenkningen oppsto ”Faglunsj” som det første tiltaket i prosjektet.

Intensjonene med faglunsj var også å etablere en uformell møteplass hvor ansatte ved Fjeldberg sykehjem og deltakere i prosjektet kunne komme sammen for å diskutere faglige spørsmål som begge parter var opptatt av.

Første samling ble arrangert 24. januar 2001. Faglunsj ble presentert som et frivillig tilbud og ble slik et tiltak primært for de som var på jobb den aktuelle dagen. På første faglunsj var det 18 deltakere, hvorav 2 ansatte møtte på sin fridag.

Forut for denne samlingen hadde de prosjektansvarlige pratet med de ansatte ved sykehjemmet for å kunne definere et tema på første samling. Tema på første faglunsj var *veiledning*, både i betydningen faglig veiledning i gruppe for ansatte og studentveiledning . To høgskoleansatte prosjektmedarbeiderne ledet samlingene. Det fremkom under den første faglunsj at de ansatte ønsket et veiledningstilbud. Dette førte til etableringen av det første kompetansehevingstiltaket i prosjektet, *Faglig veiledning i gruppe* (kap. 5).

Første faglunsj ble avsluttet med at tema for neste faglunsj ble avklart.

Det var enighet om at tema skal være ”etikk” denne gang. ”Holdninger” ble også nevnt som et viktig begrep i denne forbindelse. For å få utbytte av å samtale om et så abstrakt og omfattende tema, ble det vurdert at problemer/utfordringer som skulle være utgangspunkt for samlingen burde være mest mulig konkrete.

Deltakerne ble derfor invitert til å ”ta med seg” helt konkrete situasjoner som de opplevde som problematiske til faglunsjen. Med utgangspunkt i en/noen få konkrete situasjoner var målet å utveksle oppfatninger, erfaringer og teoretiske synspunkter.

Følgende stikkord ble definert som aktuelle og fremkom på invitasjonen:

- Hva forstår vi med "etikk" ? Hva er "holdninger" ?
- Hvilke verdier er vi forpliktet på som helsearbeidere ?
- Hvor bevisst er vi våre verdier ?
- Hvordan uttrykker vi våre verdier overfor kolleger ?
- Hva når det er konflikt mellom ulike verdier ?
- Hva gjør vi når vi opplever brudd på folkeskikk ?

Disse spørsmålene ble utarbeidet på bakgrunn av diskusjonen som startet rundt dette tema ved første faglunsj.

Både denne og påfølgende faglunsj som ble en videreføring av samme tema, avdekket en del uheldige situasjoner og mangelfulle rutiner knyttet til muntlig og skriftlig dokumentasjon.

Prosjekt utdanningspost (kap. 6) har som et av sine mål å frigjøre tid for ansatte til kompetansehevende tiltak. Når dette prosjektet hadde to ”overtagelsesuker”, kunne det etterspurte behov for kurs i dokumentasjon gjennomføres for alle ansatte ved sykehjemmet våren 2002 (kap. 4).

Faglunsj var opprinnelig tenkt som et tidsavgrenset tiltak. Hensikten var å skape en aktiv dialog med de ansatte som videre kunne danne grunnlag for ulike kompetansehevingstiltak (eks. faglig veiledning). Den viktigste grunnen til at faglunsjen ikke fortsatte, var at sykehjemmets ledelse vurderte at de kollegiale fagmøtene hadde en så viktig funksjon at de burde innføres som en obligatorisk

del av jobben. Dette ble sikret ved at turnus ble omarbeidet slik at 2 timer hver måned ble avsatt til obligatoriske avdelingsvise fagmøter (se 3.4.2).

Tiltaket faglunsj ble derfor foreløpig avsluttet sommeren 2001.

3.4.2 Obligatoriske avdelingsvise fagmøter

Som ovenfor nevnt ble tiltaket faglunsj erstattet av de obligatoriske avdelingsvise fagmøtene (personalmøtene) . Når møtet er definert som personalmøte, blir det gjort et klart skille mellom den delen av møtet som vektlegger informasjon og fagmøtet.

En viktig side ved delprosjekt fagmøter er å fokusere på områder for forbedring av rutiner og arbeidsmåter. En slik fokusering med felles refleksjon og erfaringsutveksling i grupper er viktig for å avklare behov for arbeidsdeling sett i forhold til kompetanse. Riktig kompetanse til riktig arbeidsoppgave er et stikkord. Med store faglige utfordringer og relativt sett lavt formelt kompetansenivå , er det viktig å bygge kompetanse på ansatte i egen organisasjon. Mange ansatte har stor grad av realkompetanse. Ved at ansatte selv er med på å klargjøre sitt kompetansenivå vil en kunne få en større grad av ressursutnyttelse i egen avdeling.

Sykehjem er i stor grad bygd opp rundt en tradisjon der regelstyring og like rutiner har hatt en stor betydning. Institusjonen er i stor grad bygd etter modell fra sykehus, der effektivitet og lik behandling av brukere har vært fremtredene. I en organisasjon der ansatte vurderer og evaluerer sine egne prioriteringer og arbeidsmåter, vil det være større muligheter for individuelle løsninger og tilpasninger i forhold til den enkelte bruker. Dette delprosjektet vil derfor også ha betydning for graden av brukermedvirkning og åpenhet overfor den enkelte brukers behov. Dette er et kjerneområde i forhold til begrepet kvalitet. Kvalitet har med den enkelte brukers opplevelse av den tjenesten en mottar.

Etablering av obligatoriske fagmøter som et strukturert møtested for faglig diskusjon og refleksjon, er et virkemiddel for avdelingssykepleierne til å ivareta sitt overordnede formelle ansvar for at driften ved avdelingen er forsvarlig. Hensikten er medvirkning og egenaktivitet fra ansatte i forhold til å definere arbeidsmål i avdelingen. Med den kompetansesammensetning sykehjemmet har med en relativ stor andel av bemanning som assistenter uten formell kompetanse, er det avgjørende for kvaliteten at kompetanse i forhold til arbeidsoppgaver er tydelig avklart.

3.4.3 Veiledningstilbud for avdelingslederne

Forut for etableringen av de avdelingsvise fagmøtene, ble det i september 2002 opprettet et veiledningstilbud til de tre avdelingslederne ved sykehjemmet.

Hensikten med dette tiltaket er todelt:

1. Et tilbud om veiledning bygd på de samme prinsipper som prosjektet Faglig veiledning i gruppe (se kap. 4)
2. Gi støtte til gjennomføringen av de avdelingsvise fagmøtene.

Avdelingsledere er i en nøkkelposisjon på et sykehjem. De er sentrale med hensyn til muligheten for å frigjoring av ressurser til faglige initiativ.

Veiledningstilbudet til avdelingslederne har som målsetting å øke ledernes kompetanse i å fremme faglig refleksjon blant egne ansatte. (se kap. 5.4)

Obligatoriske avdelingsvise fagmøter kan illustreres gjennom Fjeldberg sykehjems fokus på ”omsorg ved livet slutt” våren 2003:

- Veiledningstilbud til avdelingslederne hvor fokus var ”hvordan fremme den faglige dialogen i et faglig kollegium ? ”.
- Avdelingsvise fagmøter ledet av avdelingsleder. Alle faggrupper tilstede. Resultatet av den faglige dialogen ble at de ansatte

ønsket å fokusere på ”omsorg ved livets slutt ”, bl.a. ved en gjennomgang av de skriftelige rutinene.

- Veiledningsgruppe med avdelingslederne. Ble her bestemt at det skulle arrangeres en felles fagdag med ”tema omsorg ved livets slutt” ledet av avdelingslederne.
- Fagdag arrangert; prest og representant for begravelserbyrå var blant bidragsytere.
- Veiledningsgruppe med avdelingslederne. Videre oppfølging; nedsetting av en arbeidsgruppe hvor alle tre avdelingene er representert. En av avdelingslederne er med når gruppen konstitueres.
- Arbeidsgruppens mandat er å gjennomgå de skriftelige rutinene ved livets slutt.
- Arbeidsgruppen presenterer sitt arbeid på de respektive avdelingsvise fagmøtene i løpet av arbeidsprosessen.

Prosjekt fagmøter slik det her er vist, søker å styrke kvalitetsutviklingsarbeidet ved Fjeldberg sykehjem gjennom en prosess hvor de ansatte bringer frem sine erfaringer og aktivt deltar i arbeidsprosessen.

3.5 Veien videre

Arbeid med kvalitet og definering av hva som er faglig forsvarlig er en stor utfordring for sykehjemmet. Utfordringen er knyttet opp imot kompetansesammensetning i sykehjemmet, ressursituasjonen med bemanningsfaktorer og brukernes behov for medisinsk behandling og pleie. Betydningen av dette delprosjektet ligger først og fremst i den tilnærming til kvalitetsarbeid som ansatte utfordres til. Det er ikke regelstyring gjennom vedtatte rutiner på ledernivå, men en endring som kommer nedenfra som er utgangspunktet. Innsikt i eget kompetansenivå, og refleksjon på hvordan en identifiserer og møter brukernes behov er en viktig forutsetning for hvordan en prioriterer og utfører arbeidsoppgaver. De økte krav i forhold til mer sammensatte brukergrupper og krav til dokumentasjon forutsetter en generell økning i kunnskap til alle yrkesutøvere i sykehjemmet.

Innsikt i eget kompetansenivå vil også danne grunnlag for tiltak på opplæring.

Avdelingssykepleierne deltar i dette delprosjektet i en felles veiledningsgruppe. Dette gir muligheter for refleksjon på egen lederrolle/atferd og veiledning på hvordan en kommuniserer i faglige samlinger. Tiltaket bidrar til utvikling av felles forståelse i ledergruppa på faglige målsettinger og gir mulighet for utveksling av erfaringer på prosessen i forhold til de ansatte.

En avdelingssykepleier uttaler at veiledningen gir økt grad av opplevelse av fellesskap, og en lærer av andre ledere på samme nivå. Det fremheves også at det er viktig med en impuls utenfra som kan stille åpne spørsmål.

Veiledning i felles ledergruppe er et viktig bidrag til team-bygging i egen organisasjon. Avdelingssykepleierne gir uttrykk for at det er lettere å spørre andre ledere til råds i det daglige arbeid nå enn tidligere.

Relasjonsbygging og samhandling er viktige forutsetninger for å ha et positivt fokus på endring og læring. Det skaper også en ballast i forhold til opplevelse

av å ikke stå alene i en lederrolle. En avdelingssykepleier sier hun opplever større grad av trygghet i ledergruppa, og at dette også innvirker på trygghet i lederrollen i egen avdeling.

LITTERATUR

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis*. Oslo. Ad Notam Gyldendal

K.Nielsen og Kvale, S (1999) (red) *Mesterlære, læring som sosial praksis*. Oslo. Ad Notam Gyldendal AS.

Nordhaug, O. m.fl. (1990) *Læring i organisasjoner. Utvikling av menneskelige ressurser*. TANO.

Nordhaug, O. m.fl. (1990) *Strategisk personalledelse. Menneskelige ressurser i omstilling*. TANO.

Skarcke Bjerknes, og I. T. Bjørk (1994). *Praktiske studier – perspektiver på refleksjon og læring*. Oslo. Tano

Tiller, T. (2002) *Aksjonslæring. Forskende partnerskap I skolen*. Høyskoleforlaget AS

RAPPORTER

Arbeids- og administrasjonsdepartementet. *Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v* (1977).

Helsedepartementet (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (Sykehjemsforskriften).

Fredrikstad kommune (2000). *Virksomhetsplan for Fjeldberg sykehjem 2001 – 2005*

Norsk sykepleierforbund (2001): *Faglig forsvarlighet i sykepleietjenesten,hefte.*

Sintef-rapport (2003). *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie.*

Sosial- og helsedepartementet (1999). *Sykehjemmets rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste.*

Sosial- og helsedepartementet (1997) *Kvalitet i pleie.- og omsorgstjenestene* (Rundskriv I-13/97).

4.0 KURS I DOKUMENTASJON OG PASIENTRETTER

av Gunnar Vold Hansen

4.1 Bakgrunn

I kapitel 5 presenterer vi det første utdanningsposttiltaket. Dette tiltaket medførte bl.a. at studentene overtok denne avdelingen fullstendig i to uker våren 2002. Disse to ukene ble benyttet til å gjennomføre et kurs i dokumentasjon for de ansatte. Kurset ble organisert slik at halvparten av de ansatte deltok på kurs første uken, mens andre halvparten deltok siste uken.

De ansatte ved Fjeldberg sykehjem valgte selv ut hva som burde være tema for dette kurset og ble enige om at temaet dokumentasjon og dokumentasjonsordninger burde være det sentrale i disse kursdagene.

Dette kapitlet er en beskrivelse av en del av de vurderingene som lå til grunn for det kurset som ble gjennomført og innholdet i selve kurset.

4.2 Faglig begrunnelse for kurset

Det var flere begrunnelser for dette kurset. Dette var først og fremst en organisatorisk og en rettslig begrunnelse.

- Den organisatoriske begrunnelsen knyttet seg til behovet for å sikre at organisasjonen som helhet kunne fornye seg og utvikle nye og bedre rutiner. Samtidig var det et mål å skape en felles forståelse av nye rutiner.

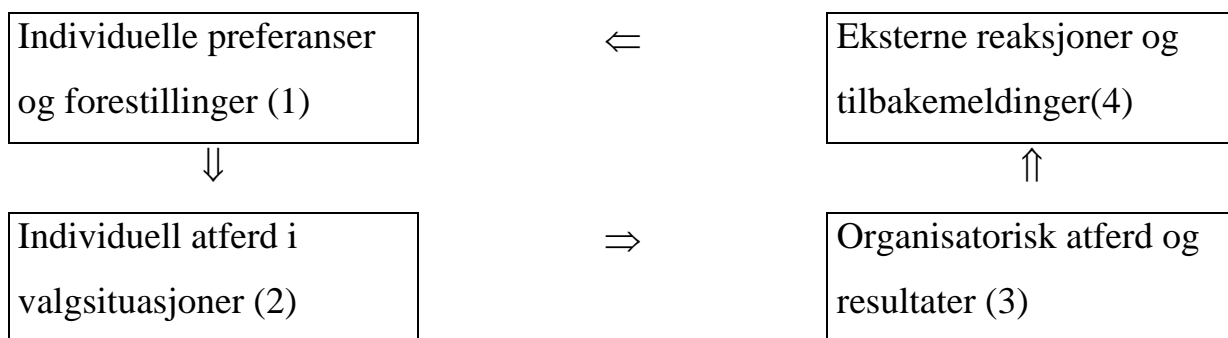
- Nye lover og klarere rettslige krav til helsepersonellens tjenesteutøvelse, var den rettslige begrunnelsen. Disse reglene setter klare rammer for hvordan tjenesten skal utføres og hva som derfor skal dokumenteres.

4.2.1 Organisatoriske forhold

Vi har allerede vært inne på at det ikke er en klar sammenheng mellom økt kompetanse hos den enkelte ansatte og bedret tjenestetilbud. Dette kan skyldes flere forhold; først og fremst så er det ikke nødvendigvis en sammenheng mellom det man sier og tror at man gjør og det man faktisk gjør. Agyris og Schön (1978) skiller mellom bruksteorier og forfektete teorier. Forfektete teorier er teorier man sier at man følger, mens bruksteorier er teorier man faktisk handler i forhold til. Det er langt fra uvanlig at pleie- og omsorgssektoren sier at den legger vekt på brukermedvirkning og individuell tilpasning, mens i praksis så legger man stor vekt på at fordeling av goder skal være så rettferdig som mulig, slik at alle får samme tilbudet. I tillegg er det laget så mange rutiner og regler at det er helt umulig å velge annet enn en standardisert løsning. I et slikt eksempel er brukermedvirkning og individuell tilpasning en forfektet teori, mens rettferdig fordeling av godene gjennom regelstyring og standardisering er bruksteorien. Det er derfor alltid en fare for at ny kunnskap bidrar til at man endrer sine forfektete teorier og ikke følger dette opp med nye bruksteorier.

Det er dessuten ikke en klar sammenheng mellom individuell læring og organisatorisk læring. En klassisk feil i ledersammenheng er å tro på organisasjoner som rasjonelle enheter. Det er sjelden så enkelt at man kan sende en av de ansatte på kurs, la vedkommende formidle sine nye kunnskaper videre til de andre ansatte, og så endrer hele organisasjonen seg.

Dersom organisatorisk læring var en rasjonell prosess mener March & Olsen (1979) at prosessen bør kunne beskrives i følgende modell:



Utgangspunktet skal være at individuelle preferanser og forestillinger som et resultat av individuell læring bidrar til konkrete handlinger. Summen av disse individuelle handlingene gir så den organisatoriske handlingen som legger grunnlag for eksterne reaksjoner og tilbakemeldinger. Slike tilbakemeldinger, enten de innebærer ris eller ros, gir så grunnlag for videre individuell læring og slik går prosessen videre i en spiral.

Problemet er bare at organisasjoner langt fra er så entydig rasjonelle som vi liker å tro. Det er derfor slett ikke sikkert at den prosessen som March & Olsen har beskrevet fungerer. Faktisk så peker de selv på at det kan oppstå brudd i denne spiralen i mellom hver av disse prosessene.

Det første bruddet kan oppstå mellom 1 og 2. Som vi allerede har vært inne på, så er det ikke noen entydighet i at det man har lært faktisk er det man utfører. I tillegg er det ingen garanti at det den enkelte har tilegnet seg av ny kompetanse blir tatt i bruk av organisasjonen. En av problemene som kan oppstå er at den individuelle nye kompetansen strider mot organisasjonens kultur. I så fall må den som endrer sin individuelle atferd, være forberedt på å møte sanksjoner. Man kan derfor få en situasjon der den enkelte velger å gå tilbake til gamle rutiner, selv om vedkommende vet at dette ikke er riktig, fordi kostnadene ved å utfordre den rådende kulturen er for høye. I tillegg kan eksternt press medføre at man velger løsninger som ikke er de beste. Eksempelvis kan det være vanskelig

for ansatte å følge regelen om at det ikke må benyttes tvang overfor senil demente, dersom de pårørende krever at det benyttes slik tvang.

Et sentralt mål med dette tiltaket har vært å fokusere på ny kompetanse og skape forståelse for at slik kompetanse gjør at man må akseptere endringer. Kurset i pasientrettigheter og dokumentasjon var et kurs om de ansatte ba om selv, og ved at alle de ansatte fikk anledning til å delta på kurset, skapte man et grunnlag for at alle kunne ta i bruk nye rutiner sammen. I tillegg skapte dette kurset grunnlag for at de ansatte selv visste hva som var rett og derfor kunne støtte hverandre i diskusjoner med andre som setter frem urimelige krav.

4.2.2 Rettslige forhold

Det er også en rettslig begrunnelse for dette kurset. Denne rettslige begrunnelsen knytter seg til at nye regler og lover setter nye krav til hvordan jobben skal utføres. Jeg skal derfor også peke på hvordan det nye lovverket setter klare krav til de ansattes yrkesutøvelse.

Jeg har allerede vært inne på at en stor del av de ansatte i sykehjem ikke har formell utdanning. Det medfører at mange mangler tilstrekkelig opplæring i hvilke rettslige rammer som foreligger for yrkesutøvelsen. For mange vil derfor forestillingene om hvilke rettslige rammer som gjelder, være bygget på antakelser og tilfeldig informasjon gjennom ulike former for media.

Samtidig mener jeg at de nye lovene også er uttrykk for en utvikling i samfunnet der helsepersonell blir styrt av rettslige rammer i tillegg til faglige. Det betyr at helsepersonell kan komme i situasjoner der de må velge mellom hva som synes faglig hensiktsmessig og hva som er rettslig akseptabelt. Selv om det kan oppleves som hensiktsmessig å gi en urolig beboer noe beroligende medisin, kan dette ikke gjøres mot pasientens vilje (Pasientrettighetsloven § 4-6). En del valg

for ansatte i helsetjenesten må derfor bygge på kunnskap om gjeldende lover og regler. Selv om ansatte mener at de ivaretar en pasients interesser ved tvangsmedisinering, så kan de altså komme i konflikt med et regelverk og risikere sanksjoner dersom de ikke følger disse reglene.

Den største faren ved at helsepersonell ikke kjenner de aktuelle lovene og grensene for disse er at de blir usikre og handlingslammet. Dersom ansatte i sykehjemmene er usikre på når man har rett til å gripe inn, kan man risikere at de ikke tør å gjøre noe i akutte situasjoner, der det for eksempel er klar hjemmel og plikt til å hjelpe mot pasientens vilje fordi hjelpen er ”påtrengende nødvendig” (§7).

4.3 Nærmere om innholdet i kurset

Vi skal i denne delen av artikkelen beskrive nærmere de temaene som ble presentert og diskutert på kurset.

4.3.1 Selvstendig rettslig ansvar

Helsepersonelloven gjelder for alt helsepersonell og pasientrettighetsloven gjelder for alle pasienter. Det betyr at det er klare regler for hvordan ansatte skal forholde seg til pasientene uansett hvilken utdanningsbakgrunn de har. Hver enkelt har dermed et selvstendig ansvar for å yte tjenester i samsvar med gjeldende regelverk. Organisatorisk er det både et faglig og administrativt hierarki i sykehjemmene, men hver enkelt har likevel et selvstendig rettslig ansvar for egen jobbutførelse. Hver enkelt ansatt kan nå stilles til ansvar for det de har gjort, uavhengig av om andre har akseptert og/eller pålagt dem bestemte handlinger.

4.3.2 Faglig forsvarlighet

Dette uttrykkes først og fremst i helsepersonellovens § 4 om faglig forsvarlighet.

Denne paragrafen lyder nå:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.....”

En slik bestemmelse kalles en rettslig standard. Det vil si at det ikke finnes objektive kriterier for hva som er faglig forsvarlig virksomhet, men at dette kravet vil endre seg i tråd med både samfunnets generelle krav og med faglig kompetanse i helsesektoren. For den enkelte helsearbeider innebærer kravet at man har en individuell plikt til å vurdere om de tjenester som til enhver tid ytes er i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet. I noen tilfeller vurderer helsepersonell det som riktig å la være å yte tjenester – også slike vurderinger skal være forsvarlige.

Hovedregelen er at helsepersonell ikke skal gå inn i eller påta seg oppgaver som den enkelte ikke er kvalifisert til å håndtere (ved nødrettssituasjoner kan dette forholde seg noe annerledes). Slik vurdering gjøres i forhold til den enkeltes kompetanse. Det vil si at formell utdanning ikke i seg selv er tilstrekkelig grunnlag for å iverksette tiltak. Den personen som skal iverksette tiltaket må vite at vedkommende faktisk behersker situasjonen, ikke bare skulle ha behersket med utgangspunkt i sin formelle utdanning.

Forsvarlighetsnormen er ikke et krav om at tjenestene skal være optimale. Selv om oppfølgingen av en psykiatrisk pasient i teorien skal være best ved hjelp av en psykiater eller psykolog, kan det være fullt ut akseptabelt og innenfor forsvarlighetsnormen å overlate oppfølgingen til en psykisk helsearbeider. Likevel er det et viktig element i forsvarlighetsvurderinger å ta stilling til når pasienten må vises videre til annet personell. Helsepersonell må derfor sørge for at pasienter som trenger annen behandling enn den man selv kan tilby eller behersker, blir henvist videre til andre. Slik henvisning kan skje både innen organisasjonen eller til personell utenfor organisasjonen. I slike situasjoner skal pasienten få anledning til å medvirke, slik at det i noen situasjoner kan tenkes at helsepersonell mener at den beste løsningen er å henvise pasienten videre, men at pasienten er negativ til dette. Da må helsearbeideren vurdere sine faglige kvalifikasjoner og muligheter for å gi hjelp opp mot pasientens ønsker. Fra helsearbeiderens side er det viktig å legge vekt på at man ikke, selv om det er pasientens ønske, kan påta seg oppgaver man ikke behersker. Videre må man vurdere om det tilbudet som ytes kan sies å være tilfredsstillende selv om det ikke er optimalt.

Ansatte i sykehjem møter gjerne problemstillinger knyttet til at det påfører virksomheten ekstra utgifter å hente inn andre fagfolk. Det er heller ikke uvanlig at beboerne først og fremst ønsker hjelp fra den eller de som de er vant til å omgås og kjenner. For de ansatte er det derfor viktig å vite hvor grensene går.

Sentralt i de nye lovene er kravet om respekt for pasienten. Et viktig element i helsepersonellens kompetanse er derfor deres evne til å omgås pasienter med respekt og handle på grunnlag av forsvarlige etiske standarder. Helsepersonell plikter derfor å forholde seg til pasientene på en hensynsfull og ordentlig måte. Lovverket gir ikke noen føringer på hva slags etisk standard som skal oppfylles og dette endres delvis over tid i tråd med samfunnsutviklingen. Selv om

lovverket gir liten veiledning i etiske standarder, så har mange av yrkesgruppene som kommer inn under loven egne yrkesetiske retningslinjer som kan være gode veiledninger i hvordan man bør oppføre seg.

Kommunikasjon med pasienter handler også om etiske holdninger. I tillegg er det klart at det kan anses i strid med forsvarlighetskravet dersom helsepersonell ikke innhenter nødvendig informasjon om pasienten før man setter i verk behandling. Tilsvarende gjelder også i forhold til plikten om å innhente pasientens samtykke. Behandling som i utgangspunktet er fullt ut i tråd med faglig anbefalte metoder, kan derfor være i strid med forsvarlighetsnormen dersom den ytes uten at pasienten har fått medvirke til behandlingen.

Det individuelle ansvaret hver enkelt helsearbeider har, innebærer at vedkommende alltid må vurdere hvorvidt man er kvalifisert til å gjøre det man blir pålagt. Arbeidsgiver kan derfor ikke pålegge ansatte å utføre handlinger som de ikke føler seg kvalifisert til å utføre og som de mener vil være i strid med forsvarlighetsnormen å gjøre. Pålegg fra arbeidsgiver er derfor ikke grunnlag for å fravike forsvarlighetskravet.

Denne gjennomgangen av helsepersonelloven § 4 viser at helsepersonell har et omfattende individuelt ansvar om å yte forsvarlig helsehjelp. Utfordringen for de ansatte er at de først vet hvilke rettslige føringer begrepet ”forsvarlig helsehjelp” gir, dernest at de avklarer det faglige innholdet i begrepet. Til dette trenger man både kunnskap om rammene og faglig veiledning på de konkrete situasjoner som kan oppstå.

I tillegg til det individuelle ansvaret har også arbeidsgiver et omfattende ansvar. Etter helsepersonelloven § 16 har virksomheter som yter helsehjelp plikt til å organisere tilbudet på en slik måte at helsepersonellet blir i stand til å overholde

sine lovpålagte plikter. Dette innebærer også plikten til faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Arbeidsgiver har derfor en plikt til å sørge for at helsepersonell kan holde seg faglig oppdatert og dette kurset har vært et ledd i å ivareta dette arbeidsgiveransvaret.

4.3.3 Bruk av medhjelpere

Helsepersonelloven har også regler om bruk av medhjelpere (§ 5). Hovedregelen er at man kan overlate en oppgave til andre dersom denne har de nødvendige kvalifikasjoner. Forutsetningen for å kunne overlate en oppgave til en annen er at den som delegerer selv har de faglige kvalifikasjonene til å utføre oppgaven. Dette skyldes bl.a. at den som benytter medhjelpere har en plikt til å ha tilsyn med og kontrollere medhjelperen. Dette krever selvfølgelig at man vet hvordan oppgavene skal utføres. Man kan altså ikke delegere seg fra faglig usikkerhet. Videre vil delegeringen bare gjelde for en bestemt person og for bestemte oppgaver. Man kan altså ikke delegere til en hel yrkesgruppe. Årsakene til dette er at det skal være en individuelle vurdering av hver enkelt medhjelpers kompetanse før vedkommende får overlatt nye oppgaver.

I sykehjem må arbeidsoppgaver både fordeles og delegeres. Hvilke rammer som gjelder for slik arbeidsdeling er det viktig å vite, særlig dersom det formelle kompetansenivået er lavere enn det man forutsetter. I slike tilfeller er det bare der det reelle kompetansenivået er høyt nok at man kan delegere,

4.3.4 Dokumentasjonsplikten

Plikten til dokumentasjon er nå både en selvstendig plikt for alt helsepersonell (§39) og en del av forsvarlighetskravet. Plikten knyttes nå til hjelpen som ytes ikke til enkelte profesjonsgrupper som tidligere. Den som yter helsehjelp skal derfor føre journal for hver pasient. Selv om plikten til å føre journal er individuell, så må opplysningene samles. Det vil si at det ved et sykehjem i

utgangspunktet er en journal for hver pasient, men alle grupper har plikt til å dokumentere de tiltak som blir iverksatt overfor pasienten. Det gjelder også for de grupper som ikke har lært om dokumentasjon og dokumentasjonsordninger i sin formelle utdanning.

Plikten til å føre journal henger nøye sammen med dokumentasjonsansvaret. Med dokumentasjonsansvaret mener vi den plikt helsepersonell har til å nedtegne og dokumentere sin virksomhet og yte tjenester på grunnlag av den dokumentasjon som foreligger.

Utgangspunktet for hva som skal med i en journal er hva som er målene med en journal. Vi kan skissere tre overordnede mål

- Dokumentasjon

Det følger av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell alltid skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet. Journalen er derfor et viktig dokument som skal synliggjøre at de vurderinger som er gjort og de tiltak som er iverksatt, er faglig forsvarlige. Det betyr at journalen skal vise hvilken utvikling som skjer med pasienten og hvilke data man samler inn for å beskrive denne utviklingen. Videre skal journalen vise hvilke vurderinger helsepersonellet har gjort på grunnlag av de data som foreligger og hvilke konklusjoner man har truffet.

- Tilgjengelighet

Et annet poeng med journaler at de skal gi opplysninger videre til annet helsepersonell. Målet er at tilbudet til pasienten skal være så uavhengig som mulig av hvem som yter hjelpen. En journal skal derfor inneholde så gode opplysninger at annet helsepersonell som ikke kjenner pasienten fra før, kan gå inn å fortsette behandlingen på bakgrunn av de opplysninger som finnes i journalen. Ordninger med primærsykepleie etc. bidrar gjerne til at de ansatte følger opp samme pasient over lang tid og dermed blir godt kjent med

pasientens situasjon og utvikling. Likevel er det viktig at journalen føres skikkelig, slik at andre kan ta over ansvaret ved sykdom, ferier eller fordi pasienten blir overført til annen institusjon. Slik dokumentasjon for å gjøre seg uavhengig av den enkelte ansatts innsikt, anses vanligvis som et sentralt kvalitetssikringsprinsipp.

- Innsynsrett

Pasienter og/eller vedkommendes pårørende har innsynsrett i journalen. Dette er en av de sentrale pasientrettighetene. Hensikten er tosidig. Delvis skal denne innsynsretten bidra til sikre pasientens tillit til den helsehjelpen som ytes. Det skjer ikke noe som må holdes hemmelig. Dernest skal denne innsynsretten bidra til at pasienten kan medvirke ved den helsehjelpen som skal gis. Pasienter skal etter pasientrettighetsloven selv medvirke ved valg mellom ulike behandlingsopplegg og har rett til å nekte behandling vedkommende ikke ønsker. Gjennom journalen kan pasienten og/eller pårørende få innsikt i vedkommendes situasjon og få et grunnlag for å delta i de beslutninger som skal tas.

I sykehjem må arbeidet med journaler organiseres slik at det er en bestemt person som har ansvaret for den enkelte journal. Det legges også opp til at det ved institusjoner bare skal være en journal, og ikke avdelingsvise journaler. Dette innebærer at en journal må overføres til annet helsepersonell når disse yter helsehjelp (Helsepersonelloven § 45). Likevel er det bare den som har behov for opplysningene i behandlings- eller pleieøyemed som skal kunne ha tilgang på journalen og opplysningene i den. Det må altså foreligge et konkret behov hos den som yter helsehjelp for å ha tilgang på journalen for at det oppstår rett til å se den.

Journalen skal altså ivareta tre viktige hensyn. Den skal dokumentere at de ansatte :

- har utført jobben sin skikkelig
- har gitt nødvendige opplysninger videre
- har ivaretatt beboernes rettigheter

For at de ansatte skal kunne dokumentere dette, må de vite hva disse kravene innebærer. I tillegg til det vi allerede har pekt på er det derfor også viktig at de ansatte kjenner beboernes rettigheter, slik at de kan dokumentere at disse faktisk er ivaretatt.

Vi skal derfor peke kort på de rettighetene beboerne har etter lovverket.

4.3.5 Medvirkning, informasjon og taushet

Beboernes rettigheter er i hovedsak fastslått i pasientrettighetsloven. Det er derfor denne loven vi skal fokusere på her.

Et sentralt poeng ved pasientrettighetsloven er å komplementere en del av de pliktene som helsepersonellet har, med tilsvarende rettigheter til pasientene. Dette innebærer at loven fastslår at pasientene har rett til å medvirke, til informasjon og til taushet.

Pasienten har etter pasientrettighetsloven § 3-2 rett til informasjon. Det er et krav at informasjonen er tilstrekkelig til at pasienten får nødvendig innsikt i sin helsetilstand og til den hjelpen som gis eller tilbys. Informasjonsplikten gjelder all type helsehjelp som behandling, undersøkelser, prognoser og forebygging. Også informasjon om mulige risikoer og bivirkninger, skal gis. For at retten til medvirkning skal være reell, må pasientene få opplysninger og informasjon om alternative behandlingsformer. Informasjonen skal tilpasses beboeren. Det vil si at dersom beboeren er døv og bruker tegnspråk, så skal informasjonen gis ved tegnspråk. For beboere som er fremmedspråklige må det eventuelt benyttes tolk

for å gi informasjonen. Dersom beboerne har svekket oppfattelsesevne, må også informasjonen tilpasses dette. En diagnose som senil demens gir ikke i seg selv grunn for å la være å informere, det innebærer derimot en enda større utfordring om å tilpasse informasjonen.

Opplysninger og informasjon skal gis automatisk og skal ikke være avhengig av at pasienten etterspør den. Informasjonen skal være så omfattende at pasienten både har muligheter til å medvirke ved ulike behandlingsalternativ og kunne legge planer for hvordan man skal kunne leve med sin sykdom og/eller funksjonshemming.

Retten til informasjon er også en plikt for helsepersonellet (helsepersonelloven § 10), likevel må pasientens ønsker om å ikke blir informert respekteres hvis ikke slik informasjon er nødvendig for å forebygge skadevirkningene av helsehjelpen.

Informasjonsplikten innebærer også at pasientene skal informeres om den skaden og/eller komplikasjonene som pasienten er blitt påført i forbindelse med helsehjelpen. Dette gjelder også etter at behandlingen er avsluttet, for eksempel dersom man i ettertid finner ut at den gitte behandlingsformen kan ha gitt skadevirkninger.

Informasjonen er bl.a. et viktig utgangspunkt for at pasientene selv skal kunne medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen. Retten til slik medvirkning er fastsatt i pasientrettighetsloven § 3-1. Pasienten skal gis anledning til å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasienten kan ikke selv bestemme fritt, men må velge mellom de metoder fagpersonalet anser som forsvarlige. I tillegg er det den begrensningen at metoden må være tilgjengelig, det vil si at man har både de tekniske

hjelpemidler som er nødvendige og har mennesker som behersker disse metodene. Kravet til forsvarlig yrkesutøvelse (helsepersonelloven § 4) innebærer at helsepersonell ikke kan gå inn på metoder de ikke behersker, selv om pasienten ønsker slik behandling.

Taushetsplikten er fastsatt i helsepersonelloven § 21. Denne reglen suppleres nå med en tilsvarende rett i pasientrettighetsloven til vern mot spredning av opplysninger (pasientrettighetsloven § 3-6). Det er opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger som skal vernes mot spredning. Taushetsplikt på sykehjem er i en litt spesiell stilling fordi dette delvis er beboerens hjem og delvis er en behandlingsinstitusjon. Det blir derfor en utfordring for de ansatte å kjenne grensene mellom opplysninger som er belagt med taushetsplikt, hvilke som man har informasjonsplikt i forhold til og hvilke man kan velge å videreformidle eller la være å videreformidle. Det er viktig å legge merke til at pasientrettighetsloven fastslår nå at uansett taushetsplikt så skal opplysninger om en persons legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Selv om pasienten opphever taushetsplikten, gir ikke dette helsepersonellet en opplysningsplikt. Helsepersonell kan derfor nekte å gi videre taushetsbelagt opplysninger selv om pasienten har samtykket til at disse opplysningene kan gis.

4.3.6 Samtykke

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke (pasientrettighetsloven § 4-1). Dette er likevel ikke uproblematisk. I en del tilfeller kommer pasientens ønsker i strid med grunnleggende etiske prinsipper hos helsepersonell og i samfunnet for øvrig. Helsepersonell kan da komme i konfliktsituasjoner som er svært vanskelige å løse. Uklare retningslinjer vil

dessuten kunne medføre at graden av selvbestemmelse vil kunne endres fra tjenesteyter til tjenesteyter. De omfattende reglene om samtykke i pasientrettighetsloven tar sikte på å klargjøre en del av de konfliktene i forhold til pasientens selvbestemmelse som helsepersonell kommer opp i, men heller ikke lovverket kan løse alle disse.

Det sentrale unntaket fra retten til selvbestemmelse er at det foreligger lovhjemmel som gir grunnlag for å iverksette helsehjelp uten pasientens samtykke. De viktigste reglene i denne forbindelse er følgende regler:

- Reglene om nødrett (Straffelovens § 47)
- Reglene om øyeblikkelig hjelp (Helsepersonelloven §7)

Dersom det er ”påtrengende nødvendig”, så kan helsepersonell yte hjelp selv om pasienten motsetter seg dette. Dette kan for eksempel komme til anvendelse overfor senil demente pasienter som nekter behandling selv om dette utsetter dem for overhengende fare for død eller alvorlig sykdom/funksjonsnedsettelse.

I sykehjem er utfordringene knyttet til hvordan man skal forholde seg til for eksempel senil demente og bruk av ulike former for mild tvang, vanskelige. Her oppstår det en viss konflikt mellom rettsregler og omsorgsideologien. Det er derfor viktig at de ansatte har en bevisst holdning til hvordan man løser slike konflikter.

4.4 Oppsummering

Wang og Heimly (1998) viser at en stor del av de sykepleierne som tar etter- og/videreutdanning, ikke får endrete arbeidsoppgaver. Om dette innebærer at ny kunnskap ikke blir tatt i bruk på arbeidsplassen, er det ikke dokumentasjon på, men det er grunn til å frykte det. En sentral målsetting med dette kurset var

derfor at man gjennom å gi alle ansatte kompetanseheving samtidig, legger forholdene bedre til rette for at kompetansehevingen skaper endringer i atferd. Dette tiltaket var også nært knyttet opp mot den aktiviteten og den faglige utviklingen som foregår med utgangspunkt i fagmøtene (se kap. 4). Samlet forventer vi derfor at disse tiltakene er med på å skape en reell kompetanseutvikling ved sykehjemmet.

LITTERATURLISTE

Befring, A K & Ohnstad, B (2001): *Helsepersonelloven – med kommentarer*, Fagbokforlaget, Bergen

Bentsen, E Z m. fl (red) (1999): *Når styringsambitioner møder praksis*, Handelshøyskolens forlag, København

March & Olsen (1979): *The Ambiguity of Choice in Organizations*, U-forlaget Oslo

Peters, B.G. (1999): *Institutional Theory in Political Science. The 'New Institutionalism'*: Continuum. London

Syse, A (2001): *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Gyldendal, Oslo

Wang, I. L. og Heimly, A.: *Etter-/Videreutdanning for sykepleiere*, NF-rapport 9/98, Bodø 1998

5.0 FAGLIG VEILEDNING I GRUPPE PÅ FJELDBERG SYKEHJEM

av Nina J. Kristoffersen og Lillian Lillemoen

Så får vi håpe at dette varer lenge, lenge, lenge, lenge...

Utsagnet kommer fra en av lederne ved sykehjemmet, som har hatt fem ansatte fra sin avdeling i veiledningsgruppe i 1 ½ år. Lederen uttaler seg om de positive forandringene som hun opplever hos deltakere fra sin post. Forandringer som følge av deltakelse i veiledning blir omhandlet under punkt 5.8.

5.1 Oppbygging av rapporten

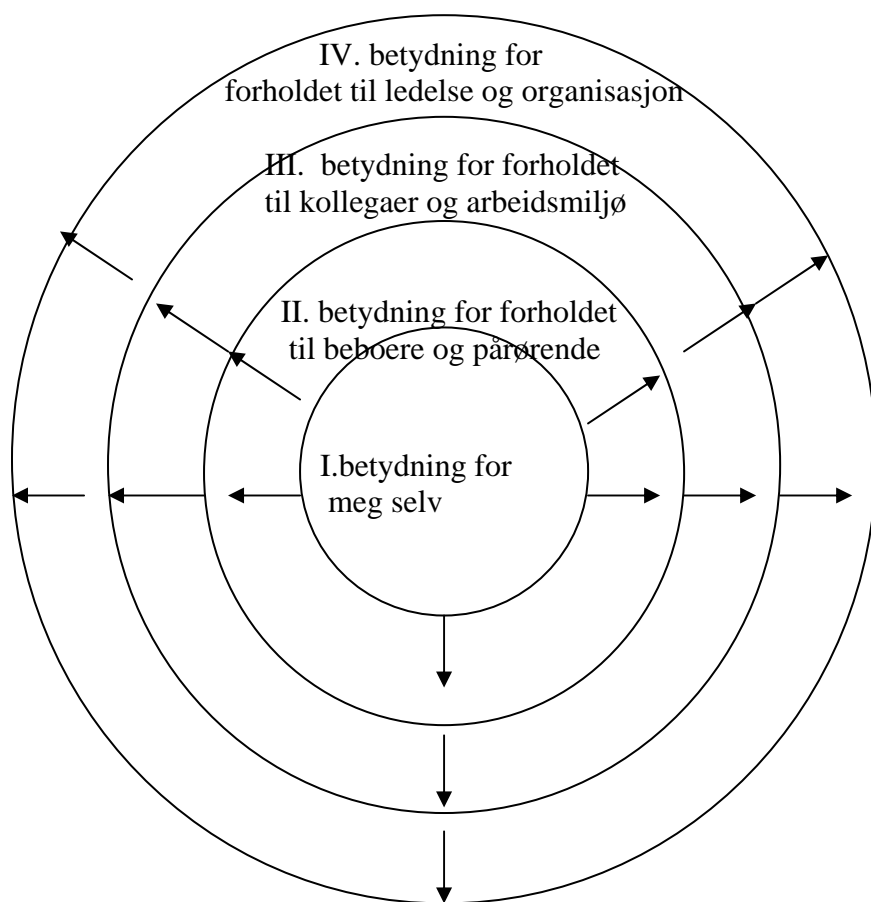
Rapporten beskriver gjennomføring og vurdering av faglig veiledning i gruppe på Fjeldberg sykehjem i perioden august 2001 til desember 2002. Rapporten omfatter fem hovedpunkter. I innledningen beskrives bakgrunnen for prosjektet, mål og noen sentrale konklusjoner. I teoretisk utgangspunkt klargjør vi begrepet 'kompetanse' og lederens ansvar knyttet til kompetanseutvikling for sitt personale. Vi beskriver kort hva faglig veiledning er, og viser til forskning som dokumenterer betydningen av faglig veiledning som tiltak rettet mot kompetanseutvikling. I forberedelse og gjennomføring beskriver vi etablering av gruppa og beskriver hvordan veiledningen ble gjennomført. Arbeidsformer som ble benyttet og veiledningens tematiske innhold blir omhandlet. Punktet om vurdering beskriver hvordan vi har planlagt og gjennomført vurdering av prosjektet. Ulike metoder og kilder for data blir kort beskrevet. I resultater presenterer og drøfter vi de resultater som veiledningen har ført til når det gjelder kompetanseutvikling for deltakerne.

5.2 Noen konklusjoner

Både deltakerne og deres ledere konkluderer med at deltakelse i faglig veiledningsgruppe har medført *forandringer i deltakernes måte å tenke og forholde seg på i sitt arbeid*. I følge deltakerne kan forandringene samles innenfor fire områder: *betydning for meg selv, betydning for beboere og pårørende, betydning for kollegaer, arbeidsmiljø og samarbeid, betydning i forhold til ledelse og organisasjon* (se figur 1).

Utbyttet av å delta i faglig veiledning er skissert som fire sirkler som her er plassert utenpå hverandre. Som prosjektledere er det vår påstand at *den personlige utviklingen* som utgjør den innerste sirkelen i modellen, *er kjernen i og en forutsetning for videre kompetanseutvikling*. Faglig veiledning bidrar til at den enkelte blir bevisst sin egen fungering, både sterke og svake sider. I dette ligger også bevissthet om behovet for teoretisk kunnskap.

KOMPETANSEUTVIKLING



Figur 1: Kompetanseutvikling som følge av deltakelse i faglig veiledningsgruppe. Personlig utvikling utgjør kjernen i modellen og ses som en forutsetning for videre kompetanseutvikling.

5.3 Bakgrunn

Faglig veiledning i gruppe ble satt i gang som et delprosjekt innenfor prosjekt: Undervisningssykehjem, Fredrikstad. Tiltaket var rettet mot kompetanseutvikling for personalet. Forut for oppstart av veiledningsgruppa var det i to-tre måneder gjennomført uformelle åpne faglige møter for alt personale, såkalt "faglunsj", en fast dag i måneden. Her hadde personalet anledning til å ta

opp faglige problemstillinger og utfordringer fra arbeidssituasjonen. I faglunsjen fikk de anledning til å prate med kollegaer fra andre poster.

En viktig erfaring var at kollegaer fra ulike poster ga hverandre innspill mht. hvordan en kan forholde seg i problematiske situasjoner. Med bakgrunn i erfaringene fra faglunsjene og et uttrykt ønske fra personalet om å få tilbud om å delta i faglig veiledning i gruppe, gikk tilbudet ut til alle ansatte i mars/april 2001. Det ble deretter avholdt informasjonsmøter for interesserte ansatte. En klar forutsetning for etablering, var at veiledningsgruppa skulle være tverrfaglig sammensatt og bestå av deltakere fra ulike poster ved sykehjemmet. Hensikten med dette var å bidra til kulturbygging og fagutvikling på tvers av postene. Det var ikke aktuelt for ledere å delta i gruppa.

5.4 Mål

I informasjonsmøtene ble det lagt vekt på at det overordnede målet med etablering av faglig veiledning i gruppe, var en bedre tjeneste til brukerne. Dette overordnede målet kan oppnås ved at personalet gjennom veiledning utvikler større bevissthet om sine egne handlinger og begrunnelsene for disse og at de blir bedre kjent med seg selv – både sine sterke og svake sider. På den måten kan faglig veiledning i gruppe gi kompetanseutvikling for den enkelte ansatte. Overfor interesserte ble det i informasjonsmøtene lagt vekt på at utbytte av å delta i faglig veiledning vil kunne være:

- Å bli mer bevisst og få bedre selvinnsikt
- Å oppleve støtte fra kollegaer
- Å oppleve fellesskap og økt trivsel
- Å bli utfordret faglig
- Å oppleve større mestring i hverdagen

Som det framgår under punkt 2.3 er deltakelse i veiledning ingen garanti for at en oppnår de positive forandringene som målene beskriver. Veiledning *gjør det mulig* for den enkelte deltaker å gjøre viktige oppdagelser om seg selv, men forandringer i måten å tenke og handle på, kommer først som følge av *den enkeltes eget valg*. Ingen type pedagogisk virksomhet kan garantere at læring skjer (Säljö 2001). Læring forutsetter at den enkelte forholder seg aktivt, og i denne sammenheng må personen selv *velge å forandre seg*. *Bevisstgjøring* er det første skrittet i retning av forandring.

Det ble videre lagt vekt på at veiledningsgruppa skal fungere som:

- Et frirom for refleksjon og samtale i hverdagen
- Et sted å få støtte og hjelp til å mestre
- Et sted å gi uttrykk for frustrasjoner
- Et sted å dele sorger og gleder

5.5 Teoretisk utgangspunkt

5.5.1 Kompetansebegrepet

'Kunnskap' og 'kompetanse' er nært beslektede begreper. En presisering av forskjellen er imidlertid at kunnskap kan forstås som allmenn og generell viten, mens kompetanse forstås som personens evne til å benytte generell viten slik at den innebærer en forskjell, i egen atferd og konkrete handlinger.

En kan ha kompetanse på ulike områder, og den spesifikke kompetansen innebærer at en er i stand til å håndtere situasjoner på en hensiktsmessig måte (Rasmussen 1999, Wackerhausen 1999). Med andre ord innebærer kompetanse at kunnskapen kommer til uttrykk som en integrert del av utøverens handlinger i konkrete praksissituasjoner. Kompetanse er en type reflektert og personlig kunnskap som gir seg til kjenne i utøverens handlinger og væremåte (Kirkevold

1996). Faglig skjønn er en viktig side ved utøverens personlige kompetanse, og kan defineres som:

”...en disponibel handlingsberedskap som gjør det mulig å mestre nye og uventede situasjoner i den faglige hverdag. Faglig skjønn er en form for viten der kunnskap er omdannet til viten gjennom kjennskap” (Meyer 1993;s.63).

Når omsorgsutøveren bruker skjønn i egen praksis innebærer det at hun benytter seg av erfaringsbasert kunnskap. Dette er kunnskap som er utviklet i konkrete situasjoner og som ofte bærer preg av å være intuitiv. Faglig skjønn leder en til en innsikt om hvordan en bør handle i en reell situasjon. Dette kan også betegnes som personorientert profesjonalitet (Olsen 1998). Å utøve faglig skjønn innebærer en åpenhet for sansningen av den andres uttrykk, forståelse av situasjonen og handlinger som gis begrunnelse i sansningen og forståelsen av den andres uttrykk, konteksten og situasjonen (Martinsen 1993, Olsen 1998).

5.5.2 Kompetanseutvikling

Utvikling av kompetanse forutsetter først og fremst at den enkelte oppdager noe som er viktig for seg. 'Å lære er å oppdage', sier Grendstad (1986). En fullstendig forståelse av hvordan mennesker lærer, er umulig å gi. Derimot finnes det finnes ulike teorier om det. Noen av disse vektlegger et tradisjonelt syn der skolen og formidling av boklig viten er sentralt for menneskelig læring, mens andre har et videre perspektiv og forstår menneskelig samhandling som det viktigste elementet i læringsprosessen. Et sosiokulturelt perspektiv på læring retter oppmerksomheten på hvordan mennesker tilegner seg kunnskap i samspillet med andre mennesker, innenfor en kultur (Säljö 2001). Det sosiokulturelle læringsperspektivet avviser at kunnskap finnes i objekter eller hendelser som skjer innenfor en bestemt kultur, og hevder isteden at kunnskapen

er våre beskrivelser og analyser – det vil si i våre diskurser om dem (ibid.s.64).

Med dette utgangspunkt for læring og utvikling blir det viktig å legge til rette for å oppdage denne kunnskapen, legge til rette for menneskelig diskurs om hendelser, om objekter og begreper. Den sosiokulturelle forståelse tar utgangspunkt i at læring ikke er en isolert prosess, men finnes innvevd i den lærendes sosiale praksis og at læring derfor må betraktes som kontekstbundet, læring er i sin natur situert (Säljö 2001, Lave 1999). Kunnskapsutvikling skjer i et nært samspill med andre mennesker. Gjennom samspill med mennesker innenfor den kultur vi lever i, får vi hjelp til å tolke og forstå hvordan verden fungerer og hvordan den kan forstås. Læring og utvikling skjer ved at mennesket gjør oppdagelser gjennom aktiv deltakelse innenfor en kontekst. I faglig veiledning er erfaringen utgangspunktet for læring. Slik forstått blir erfaringen og samtalen om det erfarte, en viktig mulighet for læring og utvikling.

De senere års profesjonsforskning har rettet oppmerksomheten nettopp mot denne læringen (Kolb 1984, Schön 1987, Burnard 1987, 1990, 1992). Denne forskningen har pekt på refleksjonens betydning for læring. Med dette utgangspunkt er ikke tilstedeværelse i praksis tilstrekkelig for å lære, slik det situerte læringsperspektiv formidler. Erfaringslæring beskrives som en prosess bestående av minst tre sentrale element, *personlig erfaring, refleksjon og omforming av kunnskap og mening*. *Refleksjonen* er selve nøkkelen til personlig kunnskap og mening.

Flere studier har pekt på at ulike pedagogiske hjelpemidler kan fremme erfaringslæringsprosessen (Bjerknes og Bjørk 1994, Kristoffersen 1998). Bruk av dagbok eller refleksjonsnotat er redskaper som kan hjelpe den enkelte til å gjøre oppdagelser basert på personlige erfaring, samt å reflektere over det som skjedde. I forlengelsen av dette kan samtalen med andre aktører bidra til en

ytterligere bevissthet på og aktualisering av verdier, kunnskaper og ferdigheter knyttet til situasjonen ved at andre synspunkter og forståelser bringes inn.

5.5.3 Faglig veiledning i gruppe som tiltak for kompetanseutvikling

Det pedagogiske begrepet 'veiledning' benyttes i ulike situasjoner og med ulikt innhold. I denne sammenheng er faglig veiledning en pedagogisk arbeidsform hvor man som yrkesutøver får hjelp til å se nærmere på sin egen praksis gjennom samtaler om noe som har skjedd, eller noe man antar vil komme til å skje i nær framtid (Lauvås og Handal 2000, Tveiten 2001) .

Veiledning kan foregå ved hjelp av veileder, eller veilederrollen kan overlates til medlemmene i gruppa slik man ser det i kollegabasert veiledning. Veiledning kan foregå som et individuelt tilbud hvor kun yrkesutøveren og veilederen deltar, eller i kollegiale grupper med eller uten veileder. Veiledningens mål er å fungere som et bidrag i den veilededes læring og utvikling. Dette prosjektet omfatter faglig veiledning i gruppe. Veiledningen er en strukturert og planlagt prosess, hvor veileder har kompetanse til å veilede deltakerne. I veiledningen gis den enkelte hjelp til å reflektere over egen yrkesutøvelse og yrkesfunksjon med utgangspunkt i konkrete praksiserfaringer. Refleksjonen over det konkrete kan bidra til at den veiledede blir oppmerksom på forhold som hun tidligere ikke var bevisst på. Gruppa hjelper den som er i fokus ved å vise interesse for det som tas opp, og ved å komme med innspill som kan ha betydning for den som får veiledning. For eksempel ved å gi uttrykk for støtte, eller ved å bringe inn alternative måter å forstå situasjonen på. Gjennom samtalen om egen praksis, kan den enkelte få hjelp til å stille seg spørrende til om utøvelsen er i overensstemmelse med den kunnskap og de verdier som vedkommende ønsker skal prege yrkesutøvelsen. Faglig veiledning gir muligheter for kompetanseutvikling for alle, men må tilpasses den enkelte deltaker når det

gjelder innhold og tempo. Veilederen har ansvar for å balansere utfordring og støtte overfor den enkelte i gruppa.

Ledelsens ansvar for tilrettelegging for kompetanseutvikling.

Hensikten med denne type (handlings- og refleksjonsbasert) veiledning er at den enkelte skal gis mulighet til å utvikle egen kompetanse gjennom bevisstgjøring av egen praksis (Lauvås og Handal 2000). Arbeidsgivers ansvar for at det legges til rette for at helsepersonell får mulighet for kompetanseutvikling framheves blant annet i Lov om helsetjenesten i kommunene, §6-1. I Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v., §12 står det at *...forholdene skal legges til rette for at arbeidstakerne gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeide..* Også i Kvalitetsforskriften (Rundskriv I-13/97) er kompetanseutvikling og kunnskapsformidling et av punktene som vies oppmerksomhet. Her uttrykkes det kommunens plikt til å gi den nødvendige opplæring for å kunne gjennomføre arbeidet og behovet for at det arbeides for spredning av kompetanse innenfor virksomheten. *..intern opplæring, kurs, veiledning og "på-jobben-trening" må prioriteres og utvikles videre* (s.24). I Sosial- og helsedepartementets rapport om Sykehjemmets rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste pekes det både på behovet for økt tilgang på kvalifisert personell, samt kompetanseheving blant personell som arbeider innenfor eldreomsorgen i kommunene.

Sintef-rapporten Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer dokumenterer at gapet mellom pasientenes behov for helsehjelp og tilgangen på kompetanse er stort. *Manglende kompetanse i personalgruppa* er hovedgrunnen til at pasientene ikke får den nødvendige helsehjelp (SINTEF 2003).

Ledelse innebærer ansvar for å tilrettelegge for at virksomhetens mål skal nås. En, blant flere av lederens utfordringer er ha både den enkelte medarbeider og

avdelingens drift i fokus. Dette er en balansegang som kan by på problemer innenfor en virksomhet hvor både krav om budsjettbalanse er framtreddende i tillegg til en virkelighet preget av manglende tilgang på kvalifisert personell.

I Virksomhetsplan for Fjeldberg sykehjem 2001 – 2005, legges det blant annet vekt på at *...ansatte skal oppleve trygghet og trivsel i arbeidet*, samt at de ansatte *...skal oppleve at det er samsvar mellom de definerte arbeidsmål og tilgjengelige ressurser* (kap.4.3.2 Virksomhetens HMS-mål). Videre heter det i kap. 6.1 om virksomhetens mål at den skal *...ha nødvendig kompetanse for å dekke brukernes behov for praktisk bistand og medisinsk behandling*. For å sikre tilstrekkelig og riktig bruk av kompetanse har man konkretisert at man skal *...gjennomføre kartlegging av kompetanse for alle ansatte*, man skal *...definere kompetansekrav for den enkelte stillingstype gjennom stillingsbeskrivelser* og man skal gjennomføre *..intern opplæringsplan..*(kap.6.3.3).

I Sykehjemsforskriften gitt av Sosialdepartementet 14.11.88, fastslås det § 3-2 at en offentlig godkjent sykepleier skal ha ansvaret for sykepleietjenesten.

Fjeldberg sykehjem har i tillegg til virksomhetsleder på det øverste ledelsesnivå, ansatt avdelingssykepleiere for hver avdeling. Disse er direkte ansvarlig overfor virksomhetsleder samt faglige og administrativt overordnet alt personell som er tilknyttet sykepleietjenesten i avdelingen. I Stillingsbeskrivelsen heter det om stillingens formål at den skal *..Sikre kvaliteten i den direkte sykepleien til brukeren 24 timer i døgnet og ivareta den daglige styringen av de faglige og administrative oppgavene som er knyttet til avdelingen....* Samtidig som avdelingssykepleier også *...er ansvarlig sammen med virksomhetsleder for å planlegge, prioritere og utarbeide virksomhetsplan med handlingsplaner i overensstemmelse med aktuelle brukerbehov og virksomhetens hovedmål og kommunens overordnede mål.*

5.5.4 Relevant forskning

Forskning viser at faglig veiledning er en metode som har positiv innvirkning både på pleiepraksis og administrativ praksis avhengig av gruppas sammensetning (Severinsson 1999). Pleiepraksisens kvalitet er blant annet avhengig av personalets kompetanse. Dette er en kompetanse som omfatter teoretisk forståelse, etisk bevissthet samt praktiske ferdigheter til å handle. Studier av veiledning med sykepleiestudenter, dokumenterer at faglig veiledning i små grupper er et viktig bidrag for den enkeltes kompetanseutvikling (Thidemann 2002, Severinsson 1998). Noe deltakerne selv peker på som betydningsfullt, er at de i veiledningen fikk tid til å snakke om situasjoner de hadde erfart og gjennom samtalen lærte å reflektere. I tillegg opplevde studentene det verdifullt å høre andres synspunkter om samme sak (Thidemann 2002).

Studier viser at faglig veiledning over tid, stimulerer deltakernes evne til refleksjon over egen praksis. Dette fører til forbedring av klinisk praksis og dermed pasientens tilbud (Walsh m.flere 2003). Gapet mellom teori og praksis er en kjent betegnelse, nærmest en konstatering av at dette er to aspekter ved pleie og omsorg som ikke er forenelige. I Severinssons undersøkelse fra 1998 er noe av konklusjonen at faglig veiledning er en viktig brobygger mellom teori og praksis, og at refleksjonen er selve broen. I deltakernes vurderinger av veiledningens betydning trekker de fram forbedret evne til samhandling, forbedret profesjonell evne og forbedret kommunikasjonsevne (ibid).

En intervjuundersøkelse med fire eksperter fra ulike arbeidsområder innenfor helse- og sosialsektoren samt undervisningssektoren, undersøker deres syn på veiledning og effekten av veiledning i et helsefremmende perspektiv (Severinsson og Borgenhammar 1997). Undersøkelsen konkluderer med at veiledning er en integrasjonsprosess hvor deltakerne uavhengig av arbeidsfelt,

gjennomgår en utvikling fra novise til ekspert. Studien indikerer at systematisk faglig veiledning i det kliniske felt både har en positiv effekt på kvaliteten i omsorgsutøvelsen, og på pasientenes bedring. I tillegg bidrar veiledning til at omsorgsutøveren i større grad opplever seg sikker i egen jobb og at risiko for utbrenthet reduseres (ibid).

Å arbeide som omsorgsutøver i sykehjem er utfordrende. *SINTEF rapporten Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer*, viser at pasientene har sammensatte og komplekse lidelser. Hver enkelt pasient i sykehjemmene har i gjennomsnitt fire aktive diagnoser som er under behandling, dette krever en betydelig kompetanse fra pleiepersonalets side. Veiledning er et effektivt bidrag ved at det fungerer som et verktøy for en kontinuerlig lære- og utviklingsprosess for omsorgsutøvere, i tillegg fungerer det som en viktig kilde til profesjonell støtte og utfordring (Rose og Boyce 1999).

I en undersøkelse blant sykepleiere ved et offentlig sykehus i Sverige fant man blant annet en signifikant sammenheng mellom sykepleiernes evne til moralsk sensitivitet og systematisk faglig veiledning. Funn i undersøkelsen peker også på deltakernes behov for støtte i den faglig-personlige utviklingsprosessen (Severinsson og Kamaker 1999).

Erfaringer fra et stort veiledningsprosjekt for helsesøstre i Vestfold fylke viser at det er et stort behov for veiledning. Helsesøstrenes arbeidsdag beskrives som travel, noe som gjør det vanskelig å prioritere tid til refleksjon. De arbeider ofte alene og det er avsatt få tidspunkter for utveksling og utvikling av relevante arbeidsmetoder. I tillegg er det liten tradisjon for faglig veiledning innenfor gruppa. Behovet for bevisstgjøring av egen kompetanse er begrunnelsen for å satse på faglig veiledning i grupper (Krabbe 2003). Denne beskrivelsen av helsesøstrenes arbeidssituasjon virker velkjent og sammenliknbar for sykehjem.

I Thidemanns undersøkelse (2002) er det ingen sykepleiere ansatt i sykehjem som har erfaring med veiledning. Dette støttes av våre egne søk i kjente databaser, hvor det ikke framkommer studier med faglig veiledning fra sykehjem.

Et mangfold av forskningsarbeider dokumenterer at faglig veiledning har en viktig funksjon i lærings- og utviklingsprosesser. Flere studier peker på at veiledningsrelasjonen og veileders kompetanse er av stor betydning for en vellykket veiledningsprosess (Thidemann 2002, Kilminster og Jolly 2000, Sloan 1999, Severinsson 1999). En vellykket veiledningsrelasjonen karakteriseres av at den er prosessorientert, den er utviklingsfremmende og strekker seg over tid (Vance og Olson 1991).

5.6 Forberedelse og gjennomføring

Her beskriver vi kort etablering og gjennomføring av tiltaket. Dette omfatter rammene for gruppas virksomhet og de ulike arbeidsformer som ble benyttet. Til slutt beskriver vi tematisk hvilke typer situasjoner som veiledningen omfattet.

5.6.1 Rammer for veiledningen

Veiledningsgruppa ble etablert høsten 2001 og besto av syv deltakere, derav fem hjelpeleiere/omsorgsarbeidere og to sykepleiere. Den var sammensatt av personale fra to ulike poster. Alle deltakerne i veiledningsgruppa deltok i hele perioden og fraværet var lite. Veiledningen ble gjennomført i arbeidstiden med to timer hver 14. dag i tidsrommet 12.00-13.30. Dette viste seg å være et godt egnet tidspunkt. Det var lagt til rette for bytte av vakter og for avspasering dersom veiledningen falt på fridag. Denne type tilrettelegging ses som svært viktig for å sikre fram møte i gruppa. Gruppa hadde to veiledere som begge var eksterne (fra Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag). Begge var sykepleiere, hadde veiledningskompetanse og lang erfaring med veiledning. At

veilederne var eksterne ble vurdert som svært viktig både av deltakerne og av deres ledere. Interne veiledere ville gjort det vanskelig for deltakerne å ta opp situasjoner som involverte kollegaer og ledere. Gruppen lagde i løpet av sine to første samlinger en kontrakt for arbeidet i gruppa. Her ble normer og ansvarforhold knyttet til arbeidet i gruppa konkretisert. Hensikten med kontrakten var å legge rammer for arbeidet og skape trygghet og forutsigbarhet.

Situasjoner som ble tatt opp.

Veiledningen tok i overveiende grad utgangspunkt i konkrete situasjoner som den enkelte deltaker hadde med seg. Deltakerne tok opp situasjoner som på forskjellig måte utfordret dem. Presentasjonen nedenfor er basert på innholdsanalyse av veiledernes logger. Situasjonene som ble tatt opp i gruppa kan samles i fire hovedgrupper etter sitt tematiske innhold. Disse beskrives nedenfor:

1. Konkrete situasjoner med beboere og pårørende

Dette kunne være beboere og pårørende som de opplevde som spesielt vanskelige og krevende, f.eks beboere som reagerte med å være fysisk voldssomme eller som tilsynelatende ikke ønsket kontakt. Andre situasjoner handlet om beboere som ikke ønsket å være på sykehjemmet og deres rett til autonomi. Problematikk knyttet til beboernes bruk av alkohol, sovemedikamenter etc ble også tatt opp. Deltakerne har vært opptatt av hvordan ulike typer vanskelige situasjoner best kan håndteres og den enkelte har blitt utfordret på sin egen forståelse av situasjonen og begrunnelsen for egne handlinger. Deltakerne i gruppa har bidratt overfor hverandre med viktige innspill og forslag.

2. Situasjoner knyttet til kollegaer, arbeidsmiljø og samarbeid

Dette har vært en viktig hovedgruppe av situasjoner. Deltakerne tok opp situasjoner hvor de f.eks har opplevd å ikke bli møtt med respekt av kollegaer, og har blitt skuffet og såret over det. Situasjoner hvor den enkelte har følt seg 'overkjørt' og dårlig behandlet har vært tatt opp. Hvordan en bør forholde seg til slengbemerkinger og baksnakking, har vært et viktig tema, videre har det å forholde seg til kollegaer som er utbrente, blitt tatt opp. Det å være henholdsvis 'positiv' versus 'negativ' i arbeidssituasjonen har vært viet mye oppmerksomhet, og den enkeltes ansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø, er tematikk som gruppa i fellesskap har brukt tid på. Konkrete situasjoner har også vært knyttet til å ta opp situasjoner med ledelsen, og hvordan en kan forberede seg på å være mer konstruktiv på personalmøter for å nå fram med synspunkter og forslag til endringer. Konflikter mellom ulike personalgrupper (sykepleiere-hjelpepleiere) har vært et viktig tema, aktualisert gjennom flere konkrete situasjoner.

3. Situasjoner knyttet til den enkeltes arbeidssituasjonen

Situasjoner knyttet til den enkeltes arbeidssituasjon og egen fungering har vært viktige tema. Alt fra generelt å ha dårlig selvtillit og å føle seg underlegen, til forholdet til bestemte arbeidsoppgaver (som f.eks medikamenthåndtering) er blitt tematisert gjennom konkrete situasjoner. Det personlige ansvar for selv å vurdere sin egen kompetanse i forhold til arbeidsoppgavene er vektlagt. Tematikk knyttet til det å være fysisk og psykisk sliten av jobben, å ha dårlig samvittighet for det en ikke har fått gjort overfor beboerne osv., har vært gjennomgangstema som har dominert i perioder, men som i andre perioder har vært avløst av optimisme, pågangsmot og tro på forandringer til det bedre.

4. Situasjoner vedrørende ”prosjekt undervisningssykehjem”.

Den siste hovedgruppen av tematikk som har vært tatt opp i veiledningsgruppa har vært knyttet til de øvrige deler av prosjektet. Deltakerne har til tider uttrykt stor frustrasjon som følge av delprosjekt: *Undervisningspost*. Det å ha uvanlig mange studenter på posten, sammen med uklarheter mht. studentenes rolle og ansvar har ført til problemer og frustrasjoner i hverdagen. Deltakerne i gruppa gir uttrykk for mangel på informasjon, manglende muligheter til å påvirke gjennomføringen underveis, og manglende muligheter til å evaluere dette delprosjektet. Ønske om å bli involvert og bli gitt mulighet til å påvirke i planleggingsfasen av prosjekter som innvirker på deres hverdag, har vært stort.

5.6.2 Gjennomføring - metoder og arbeidsformer som ble benyttet

Veiledning er som beskrevet en prosess hvor den enkelte gis tilbud om å stille seg utforskende og undrende til egen praksis. Som mennesker er vi forskjellige og for mange kan det som er viktig for en, komme bedre til syne dersom man spiller på flere strenger. Nedenfor vil vi presentere de metodene som har vært benyttet i denne veiledningsgruppa for å fremme læringsprosessen.

Musikk kan benyttes som en hjelp til å ”lande” i gruppa. Ofte kommer deltakerne hastende til veiledningstimen og har knapt nok fått gjort seg ferdig med situasjonen eller oppgaven de nettopp var en del av. Hverdagen for de fleste er hektisk og mentalt krevende, fordi det er så mange forhold som ber om oppmerksomhet. Forutsetningen for å kunne rette oppmerksomhet mot seg selv og sider ved egen praksis, er at forhold som ikke skal være i fokus plasseres utenfor den tiden veiledningen pågår. Å starte med musikk kan hjelpe oss til å få kontakt med egen pust, egne følelser, egen situasjon og kan på den måten virke som en døråpner, slik at en kommer i kontakt med eget veiledningsbehov. Instruksjonen til gruppa har vært *sett deg godt til rette i stolen, prøv å få kontakt med deg selv og din egen pust. Lukk gjerne øynene*. Vår erfaring er at musikken

har fungert som et verdifullt bidrag for deltakerne til å sentrere oppmerksomheten mot seg selv og veiledningen – her og nå.

Samtalen er det viktigste hjelpemiddelet vi har for å uttrykke egne tanker og følelser. Menneskets språk blir ofte delt inn i verbalt og nonverbalt. Det verbale språket er menneskets kognitive evne til å formidle egen forståelse men også hvilke følelser man gjenkjenner ved hjelp av ord. Ved hjelp av den verbale uttrykksformen kan vi formidle nyanser som vanskelig kan uttrykkes ved kroppsspråk alene. Mens kroppsspråket ofte vanskelig kan klare å skjule vår følelsesmessige tilstand selv om vi verbalt forneker det. Bevissthet på språk som uttrykksform, her både som verbalt og nonverbalt språk, er sentralt i veiledning. Stor ulikhet kommer til uttrykk hos veiledningsgruppas deltakere med hensyn til evne til å uttrykke tanker og følelser verbalt.

Logg er en form for skriftlig refleksjonsnotat om det som ble betydningsfullt for den enkelte ved siste veiledning. Som veiledere har vi stor tro på at skriving hjelper en til å tenke. *Språket er ikke et hylster for den ferdig tenkte tanke*, er en setning som sier noe om den tro vi som veiledere har på viktigheten av at alle disse sider ved menneskets tenkning ivaretas. Læring innebærer bevisstgjøring og skriving kan hjelpe den enkelte i denne prosessen, og føre til at en kommer videre i tankeprosessen. Mange erfarer at skriving bidrar til at flere forhold dukker opp og blir tydelige for en selv. Å skrive en personlig logg fra veiledningen, for så å dele det en ønsker å dele med gruppa neste gang, kan bidra til at man både opplever støtte men også at man oppdager andre forhold som betydningsfulle. Vår erfaring er at noen av gruppas medlemmer har hatt stort utbytte av å skrive logg, samtidig må vi si at flere har opplevd dette med logg som vanskelig. Det å skulle sette ord på egne tanker og følelser er ingen dagligdags foreteelse, og for mange er det forbundet med usikkerhet. Kanskje fordi det minner en om skolens prestasjonskrav. Til tross for at vi som veiledere

stadig har minnet om at logg er noe man primært skriver for seg selv, noe som ikke skal 'karakterbedømmes', har vi erfart at dette til dels har vært meget vanskelig for flere.

Runder til alle deltakerne i gruppa slik at alle får anledning til å komme til orde er viktig når veiledning foregår som et gruppetilbud. Med utgangspunkt i den veiledningsforståelse som preger denne gruppa er det særlig viktig. Som veiledere er vi opptatt av at veiledningen skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov og at fokus må være på det den veiledede bringer med seg som veiledningsbehov. Derfor kan veiledningen lett bli en samtale mellom veileder og den veiledede. Noe av styrken ved å organisere veiledningstilbudet i grupper er at hver og en skal kunne oppleve støtte og kjenne seg igjen i det andre bringer fram. Men også at nye, alternative synspunkter kan rokke ved ens tidligere forståelse. For å ivareta denne fordelene med gruppeveiledning, er det nødvendig at en som veileder styrer aktiviteten i gruppa på en måte som ivaretar både fokus på den veiledede, og samtidig åpner opp for at de øvrige gruppemedlemmene kan komme med innspill. Dette gjøres for eksempel ved spørsmål som, *Hvilke tanker eller reaksjoner gir det NN har fortalt dere? Er det noen som har erfart noe liknende?* Runder kan også benyttes for at alle skal få sagt noe om hva som opptar dem, og sitt eget behov for veiledning. Runder kan også benyttes når en av flere mulige veiledningssituasjoner skal velges, *Hvilken situasjon vil du gi forrang i dag?* Eller som en avslutning av veiledningen, *Hvordan har det vært for deg i dag?*

Åpne utfordringer i form av ufullstendige setninger er en metode som kan hjelpe den veiledede til å gi uttrykk for egne tanker og følelser. Gjennom en påstartet setning om det forhold man har fokus på i veiledningen, utfordres den enkelte til spontant å fullføre setningen med det som er riktig for en selv. Ofte erfarer en at deltakerne gjøre oppdagelser som er betydningsfulle og fungerer som en del av

en bevisstgjøringsprosess. Utfordringene er utarbeidet på forhånd av oss som veiledere på bakgrunn av noe som har vist seg å være sentralt for alle i gruppa. Etter flere veiledningstimer hvor det å være trygg på arbeidsplassen og det å trives var viktige veiledningstema, ble det benyttet åpne utfordringer om *trivsel*. Setninger som *Å trives innebærer for meg..... For at jeg skal trives på jobben, er det særlig viktig at..... Når jeg trives på jobben, uttrykker jeg det ved at..... dersom det skulle være noe som særlig får meg til å mistrives så måtte det være.....* Arbeidet starter med at den enkelte får noe tid til å fullføre de ufullstendige setningene slik det spontant blir riktig for henne. Deretter deler de det de ønsker med en annen fra gruppa. Deling foregår ved å lese opp uten å forklare mens den som lytter ikke kommenterer. Etter at de har lest og lyttet til hverandre, samles gruppa i ring og i fellesskap bruker vi tid på de fullstendige setningene. Sentrale spørsmål da kan være, *Hva var det som ble viktig for deg? Var det andre som sider som ble betydningsfulle?* Som veiledere erfarte vi dette som en verdifull arbeidsform og metoden ble også benyttet til temaer som *Meg selv som fagperson, Verdier som er betydningsfullt å gi uttrykk for overfor pasienter/pårørende og kollegaer*. I tillegg ble metoden benyttet ved veiledningens oppstart for at den enkelte skulle få gi uttrykk for sine forventninger.

Collage er en "lek" hvor man klipper og limer for å sette sammen en mosaikk av bilder slik at den framstår som en meningsfull helhet for en selv. Dette er en metode på linje med de andre der hensikten er bevisstgjøring. For mange kan metoden være en velkommen hjelp i vår verbale verden til å uttrykke noe en kanskje ikke har helt klart for seg når man starter arbeidet. Bildene åpner opp for spontane assosiasjoner. Vi erfarte metoden som ukjent for alle. Mens noen ga uttrykk for at dette var en spennende og kreativ måte å arbeide med egne tanker på. Var andre mer skeptisk og ga uttrykk for at det var vanskelig. Metoden ble

benyttet for å rette fokus mot den enkeltes sterke sider og utviklingsmuligheter for hjelper.

Englekort er små kort hvor hvert enkelt av dem er påført verdiladete begrep. Kortene kan benyttes ved at kortene legges tilfeldig ut, med ordene ned. Deretter velger gruppas medlemmer "vilkårlig" et av kortene, tar til seg begrepet eller ser bort fra det, avhengig om det gir mening eller ikke for en. Deretter gis alle anledning til å si noe om hva ordet betyr for dem, akkurat nå. Da metoden ble benyttet som en avslutning av gruppa før jul trakk for eksempel en et kort med ordet *tålmodighet*. Hennes spontane reaksjon var at ordet var viktig for henne, *det passer, det handler om meg*. Hun fortsetter med å si noe om sin tålmodighet i privatlivet, som kan resultere i at hun selv kommer i absolutt siste rekke, men reflekterer videre over at hun når hun er på jobb nok ikke har den samme tålmodighet.... En annen fikk ordet *lys* og sier spontant at lys er viktig for henne og kanskje særlig nå.... Englekortene kan også benyttes ved at medlemmene for eksempel foran en ferie gir hverandre en gave i form av et englekort som de opplever passer for den andre.

5.7 Vurdering

Under dette punktet beskriver vi kort hvordan vi planla og gjennomførte vurderingen. Begrepet 'vurdering' brukes synonymt med 'evaluering', som her innebærer *en systematisk granskingsprosess hvor en samler inn ulike data for å få svar på om tiltaket har ført til de mål som en hadde*. Dette innebærer at vi må samle inn data som er *relevante* for å få svar på *spørsmål som er avledet fra prosjektets mål*.

Vi begynte tidlig å planlegge vurderingen, og skiller mellom vurdering underveis (formativ vurdering) og vurdering ved avslutning av prosjektet (summativ vurdering). Den formative vurderingen hadde til hensikt å gi informasjon som kunne benyttes underveis i veiledningsprosessen, og som kunne være til hjelp til å utvikle et instrument til bruk ved avsluttende vurdering. Vi tok sikte på å gjøre bruk av ulike tilnærminger og metoder ved innsamling av data. Allerede før oppstart av høsten 2001 planla vi i hovedsak hvilke tilnærminger som skulle benyttes. Nedenfor vises de metodene som vi benyttet både underveis og ved avslutningen av veiledningen. De ulike metodene omtales kort. Først omtales formativ vurdering (se tabell 1).

5.7.1 Formativ vurdering

Hensikten med formativ vurdering er først og fremst rettet mot å kunne korrigere underveis i veiledningsprosessen. Som veiledere vekslet vi på å skrive *logg etter hver veiledningstime*. Loggen omfattet 2-4 sider og beskrev veiledningen, hvem som var i fokus, hva som skjedde, spørsmål vi stilte, innspill fra andre i gruppa osv. Vi beskrev også våre egne tanker og reaksjoner underveis i veiledningstimen. Loggene var utgangspunkt for samtale og videre planlegging mellom veilederne. Loggene var et redskap til å skape kontinuitet i veiledningsforløpet og fungerte som kommunikasjonsredskap mellom veilederne når den ene hadde vært borte. Loggene ble også benyttet som grunnlag for en analyse av det tematiske innholdet i veiledningen. (Jfr. punkt 3.1).

Deltakerne leverte en *metalogg* til veilederne ved slutten av hvert semester. Begrepet benyttes for å skille denne loggen fra de loggene deltakerne skrev etter hver veiledningstime. I metaloggen så deltakerne tilbake på et helt semester når de vurderte gruppas fungering og eget utbytte. Loggene viser deltakernes vurdering av sin egen utvikling over tid. Materialet ble brukt som utgangspunkt for å utvikle et spørreskjema til avsluttende vurdering. (Jfr. punkt 4.2).

Den siste samlingen i hvert semester ble benyttet til *mundlig evaluering* av arbeidsprosessen, gruppas fungering og eget utbytte. Hensikten var primært rettet mot eventuelt å korrigere arbeidsformen. Det som framkom her ble sammenhølt med annen informasjon fra deltakerne.

Formativ vurdering	
Metode	Hensikt
Veilederne skriver logg etter hver veiledningstime	Kommunikasjon mellom veilederne Innholdsanalyse av veiledningstema
Deltakerne leverer en metalogg hvert semester hvor de beskriver eget utbytte og utvikling	Innholdsanalyse – utgangspunkt for utvikling av instrument til avsluttende vurdering
Muntlig evaluering siste time i hvert semester: samtale om gruppas funksjon, arbeidsform og behov for endringer	Utgangspunkt for korrigeringer i veiledningsprosessen

Tabell 1: Metoder benyttet til formativ vurdering

5.7.2 Summativ vurdering

Summativ vurdering (tabell 2) ble gjennomført ved slutten av prosjektperioden ved juletider 2002. På den siste samlingen i veiledningsgruppa ble deltakerne bedt om å fullføre *åpne utfordringer* (se punkt 3.2) om utbytte av deltakelse i veiledningsgruppa. Deltakerne fylte ut de åpne utfordringene individuelt. Disse ble deretter benyttet som utgangspunkt for samtale i gruppa.

Vi utviklet et *spørreskjema* til deltakerne på grunnlag av materiale som var innlevert underveis. Basert på en analyse av innholdet ble konkrete spørsmål i spørreskjema samlet innenfor i fire kategorier:

Veiledningens

- betydning for meg selv
- betydning for mitt forhold til beboere og pårørende
- betydning for mitt forhold til kollegaer, arbeidsmiljø og samarbeid
- betydning i forhold til ledelse og organisasjon

Det samme skjemaet, men med langt færre spørsmål ble benyttet overfor deltakernes kollegaer. Vår intensjon med å samle inn data fra kollegaene var at det ville styrke undersøkelsens validitet dersom deltakernes egne utsagn om kompetanseutvikling kunne verifiseres av kollegaene. Dersom kollegaene kunne bekrefte at de hadde lagt merke til at deltakerne hadde forandret seg på viktige områder ville dette være en styrke. Spørsmål til kollegaene omfattet utelukkende ytre observerbare forandringer. I tillegg fungerte spørreskjemaet også som kartlegging av kollegaenes eget ønske om å delta i veiledning.

En annen viktig kilde til data var lederne ved de postene hvor deltakerne i veiledningsgruppa arbeidet. Vi ønsket å gjennomføre et *fokusgruppeintervju* med disse lederne. Fokusgruppeintervju er en kvalitativ datainnsamlingsmetode som tar sikte på å bringe fram generelle vurderinger, men om personlige erfaringer (Morgan 1988). Fokusgruppemetoden er særlig nyttig for å få folk til å sette ord på opplevelser og meninger, ikke bare får man tak i hva de tenker, men hvordan og hvorfor de tenker på denne måten (Kitzinger 1995).

Summativ vurdering	
Metode	Hensikt
Deltakerne fullfører åpne utfordringer knyttet til sentrale områder	Avsluttende vurdering av gruppas funksjon og eget utbytte når veiledningsforløpet ses under ett
Deltakerne besvarer et spørreskjema	Deltakerne vurderer sitt eget utbytte av å delta i faglig veiledning
Kollegaer besvarer et spørreskjema	Kollegaene vurderer deltakernes utbytte
Fokusgruppeintervju med ledere	Lederne vurderer gjennomføringen Av veiledningen og eventuelle observerbare forandringer

Tabell 2: Metoder benyttet ved summativ vurdering

Vi ønsket å ha en dialog med lederne om deres synspunkter og erfaringer knyttet til faglig veiledning som metode for kompetanseutvikling. I tillegg til å hente inn data, var vi opptatt av å legge til rette for en dialog mellom lederne slik at intervjuet kunne bidra til en klargjøring av deres synspunkter og oppfatninger.

Tre personer hadde til sammen hadde lederansvar på de to postene i ulike perioder. Disse hadde vært/var nærmeste leder for deltakerne. Den fjerde lederen vi inviterte til intervjuet var sykehjemmets virksomhetsleder.

Instrumenter

Vi omtaler kort utviklingen av spørreskjema til deltakerne og intervjuguide til bruk ved fokusgruppe med lederne ved sykehjemmet.

Spørreskjema. Skjema til deltakerne omfattet til sammen 5 hovedområder. Disse er: *bakgrunn (1), deltakelse i faglig veiledning (2), din vurdering av veiledningsgruppas sammensetning og funksjon (3), din vurdering av arbeidsstedets rammer for å delta i faglig veiledning (4), din egen kompetanseutvikling (5).*

Hovedområde fem omfatter deltakernes utbytte av faglig veiledning. Utsagn fra deltakerne er samlet innenfor de fire kategoriene som er angitt i punkt . 4.2. I utsagnene rettes oppmerksomheten mot veiledningens betydning for den enkelte. Det ble formulert 5-7 utsagn innenfor hver av kategoriene. Kategoriene og innholdet i de enkelte utsagn er basert på innholdsanalyse av deltakernes metalogger. Det er formulert utsagn som respondentene kan si seg enig eller uenig på en skala fra 1-5, slik det framgår i det følgende.

Helt enig Delvis enig Vet ikke Delvis uenig Helt uenig

1-----2-----3-----4-----5

Noen eksempler på konkrete utsagn er:

I. Veiledningens betydning for meg selv

Deltakelse i veiledningsgruppa har ført til at

28.... *jeg har blitt mer bevisst min egen kommunikasjon og væremåte*

29. ... *jeg har blitt tryggere på meg selv som fagperson*

30. ... *jeg har blitt mer klar over mine egne sterke sider som profesjonell hjelper*

32. ... *jeg har blitt mer klar over mitt eget ansvar for å videreutvikle meg*

II: Veiledningens betydning for mitt forhold til pasienter og pårørende

Deltakelse i veiledningsgruppa har ført til at

34.... min forståelse for pasientenes situasjon og reaksjoner er økt

35 ... min evne til empati med pasienter og pårørende er økt

III Veiledningens betydning for mitt forhold til kollegaer og arbeidsmiljø

Deltakelse i veiledningsgruppa har ført til at

41. ... min forståelse for kollegaenes situasjon er økt sammenliknet med tidligere

42. ... opplevelsen av mitt eget ansvar for å bidra til et positivt arbeidsmiljø er økt

IV Veiledningens betydning for mitt forhold til ledelse og organisasjon

Deltakelse i veiledningsgruppa har ført til at

44. ... har blitt mer tydelig på egne krav og forventninger overfor ledelsen

45. ... jeg tar i større grad ansvar for å si noe om mine synspunkter til ledelsen

Ved slutten av hvert hovedpunkt er det avsatt plass til kommentarer. Deltakernes kommentarer bidrar til å belyse og begrunne de svarene som er gitt.

Fokusgruppeintervju. Det ble utarbeidet en intervjuguide som utgangspunkt for intervju med lederne. Guiden besto av følgende hovedpunkter :

- Lederens egen erfaring med faglig veiledning
- Syn på faglig veiledning som tiltak for å utvikle kompetanse
- Egen rolle i forhold til å tilrettelegge for deltakelse i faglig veiledning
- Erfaringer med faglig veiledning i perioden 20.08.01 – 12.12.02
- Lederens vurdering av deltakernes utbytte av å gå i veiledning.

5.8 Resultater

Spørreskjema ble besvart av alle deltakerne i veiledningsgruppa (7). *Et forenklet spørreskjema* ble kopiert opp til deltakernes kollegaer (ca. 35) og distribuert i en navnet konvolutt med vedlagt frankert svarkonvolutt. Få kollegaer besvarte skjemaet. Etter purring via virksomhetsleder fikk vi inn syv svar. Vi antar at den lave svarprosenten (ca 20%) har med flere forhold å gjøre, ikke minst at mange av de ansatte på sykehjemmet kun har mindre stillinger (20-40%) eller kun arbeider i helger. Det er derfor ikke urimelig at mange syntes det var vanskelig å svare på spørsmål om eventuelle forandringer hos kollegaer, som de kun sjelden har samarbeidet med. Det er grunn til å tro at de kollegane som har besvart skjema, er de som har best grunnlag for å gi en vurdering.

Det ble videre gjennomført *fokusgruppeintervju med fire ledere*. Intervjuet ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide. Begge veiledere var tilstede og hadde hovedansvar for hver sine deler av intervjuet. Intervjuet varte ca 70 minutter og ble tatt opp på bånd. Innholdet på båndet ble transkribert og blir benyttet som grunnlag for å bekrefte, nyansere og utfylle svar som deltakerne i veiledningsgruppa selv hadde gitt.

5.8.1 Presentasjon og drøfting av funn

Ved analyse av spørreskjema er det gjennomført frekvensfordelinger ved at antall svar er talt opp. Frekvenser belyses med utsagn fra respondentene. Deltakernes formuleringer på 'åpne utfordringer' trekkes også inn. I tillegg benyttes data fra fokusgruppeintervju med lederne for å belyse funn ytterligere. Data fra kollegaer trekkes inn der hvor det har verdi. Presentasjonen organiseres i samme hovedpunkter som spørreskjemaet til deltakerne.

Bakgrunn.

Deltakerne i veiledningsgruppa består av voksne og erfarne pleiere. Alderen spenner fra 30-52 år. Seks av syv deltakere er mellom 47-52 år. De har vært ansatt på sykehjemmet fra 2-17 år, med et gjennomsnitt på omkring 10 år. Seks arbeider mellom 80-100% stilling. En går i 50%. Av sine ledere betegnes flere av deltakerne som sterke og markante personer på posten.

Deltakelse i faglig veiledning.

De fleste hadde ingen eller litt erfaring med veiledning fra før. Om sin begrunnelse for å delta i veiledning nå svarer tre at de ønsket de selv, mens tre ble oppfordret av sin leder. Om sine forventninger, ønsker og behov sier deltakerne at forventningene var knyttet til ønsket om å bli mer trygg på seg selv i utførelsen av eget arbeid”, ”å bli mer bevisst og ta ansvar for egne handlinger”, andre vektla ønsket om å utvikle ”økt forståelse i forhold til kollegaer”.

Deltakerne hadde lite fravær fra veiledningstimene. Dette tyder på at tidspunktet for veiledningstimen var gunstig plassert og muliggjorde deltakelse.

Veiledningsgruppas funksjon og sammensetning

Valget om å sette sammen veiledningsgruppa på tvers av sykehjemmets poster ble gjort før oppstart, i samarbeid med virksomhetsleder. Dette valget var et strategisk valg som ble foretatt for å realisere mål om kulturbygging og læring på tvers av postene. Erfaringene viste at dette var et hensiktsmessig valg, selv om noen ansatte i utgangspunktet hadde ønske om etablering av veiledningsgruppe innenfor sin post, og valgte å ikke delta i veiledning fordi gruppa ble etablert på tvers av poster.

I sin vurdering angir deltakerne selv at sammensetningen av gruppa har hatt stor betydning for deres utbytte. Mulighetene til å lære av hverandre og til å utvikle forståelse for kollegaers situasjon på tvers av yrkesgrupper, framheves som viktige begrunnelser for dette.

Erfaringene med at gruppas sammensetning var utelukkende positiv også sett fra veiledernes og ledernes synspunkt. Sammensetningen har bidratt til å bygge ned skillelinjer mellom de ulike postene, og legge et grunnlag for bedre samarbeid på tvers. Ansatte opplever ikke lenger, som mange gjorde for to år siden, at det er truende å delta i en eventuell ny veiledningsgruppe som blir etablert på tvers av poster.

Alle deltakerne vurderer i sine svar veiledningsgruppa som passe stor (7 deltakere). Alle deltakerne angir videre at veiledningsforløpet har vært for kort! Dette tolkes som et ønske om å fortsette i veiledning. Ved vurdering av klima i veiledningsgruppa, angir alle at det i stor grad har vært preget av trygghet og respekt. Alle mener at gruppa har fungert meget godt, og at gruppedeltakerne har hatt meget stor/stor betydning for hverandres utbytte. Veilederne vurderes som meget viktige for læringsutbyttet. Dette samsvarer med funn i andre studier (Thidemann 2002, Kilminster og Jolly 2000, Sloan 1999, Severinsson 1999).

Arbeidsstedets rammer

Om arbeidsstedets rammer uttrykker deltakerne at det ikke alltid har vært like greitt å forlate posten for å gå til veiledning. På åpne utfordringer angir de fleste av deltakerne at postens ledelse og kollegaene i stor grad har vært positive, men at det av og til har vært vanskelig å gå ifra.

De fleste angir derimot at det har vært greitt å avspasere tid når de har deltatt på fridag. Alle lederne bekrefter at de har en sentral rolle mht. å tilrettelegge for deltakelse i faglig veiledning. Dette gjelder både mht. å motivere ansatte for deltakelse og for å tilrettelegge praktisk, slik at deltakelse blir mulig. Valg av ukedag og tidspunkt for veiledningen har vært viktig, sier lederne. Likeledes deltakernes muligheter til å bytte vakter og til å avspasere når de har kommet til veiledning på fridag.

I intervjuet angir en av lederne at det ikke har vært helt uproblematisk at så mange fra hennes post har deltatt i samme gruppe (5 deltakere). Ved en eventuell senere anledning ville det vært en fordel for postens øvrige personale og beboere, om deltakerne var fordelt på forskjellige grupper. Dessuten blir det feil hvis de som skal gå, får dårlig samvittighet for å gå til veiledning, sier denne lederen.

Deltakernes kompetanseutvikling

Hva slags kompetanseutvikling?

Hovedformålet med etablering av faglig veiledning i gruppe er *kompetanseheving*. I fokusgruppeintervjuet med lederne avdekkes ulike forventninger til tiltaket. Forventninger som i varierende grad er innfridd. Noen av lederne innleder med å si noe om sine forventninger til utbytte av faglig veiledning. Blant annet uttrykker en av lederne at hun hadde hatt håp om at ”veiledningen skulle vært til mer hjelp i hverdagen.” En annen skiller mellom ”personlig utvikling” og ”faglig utvikling” når hun skal vurdere deltakernes utbytte, og hun mener at utbyttet for den enkelte har vært mer av personlig, enn av faglig karakter. Hun sier dette med et spørsmål, og legger til at ”dersom det faglige utbyttet skulle vært større, måtte kanskje veiledningen vært mer styrt enn ønskelig ved at den tok utgangspunkt i mer spesifikke hendelser, case eller tema med relevans for postene?” Hun legger til at personlig utvikling er viktig og nok

vil ha konsekvenser for faglig utvikling i neste omgang.. ”Men at de sånn faglig har lært noe eller kommet styrket ut, vet jeg ikke om jeg ser?”, sier hun.

En annen av lederne uttrykker sitt syn på formålet med veiledning ”som å bli kjent med mulighetene og begrensningene en har i seg selv.” Det gjelder både de personlige og de faglige. ”Å bli kjent med seg selv som person og få større selv innsikt, både i muligheter og begrensninger fører til at den enkelte forholder seg til behovet for faglig utvikling og påfyll på en annen måte”, sies det. Deltakernes vurdering av eget utbytte bekrefter at veiledningen har ført til at de har blitt kjent med egne sterke og svake sider. Som veiledere erfarte vi at flere av deltakerne tok imot utfordringer som første til faglig og personlig utvikling. Andre deltakere gir klart uttrykk for at de har behov for lenger tid i veiledningsgruppa. Kirkevold (1996) beskriver kompetanse som personlig og reflektert kunnskap som kommer til uttrykk i den enkeltes handlinger og væremåte. Mange omtaler denne typen kompetanse som utøverens faglige skjønn. Som vi tidligere har pekt på er hensikten med faglig veiledning rettet mot bevisstgjøring av denne kompetansen. I dette ligger både en bevisstgjøring av hvilken kunnskap en innehar som yrkesutøver og en oppmerksomhet på hvilken kunnskap en mangler. Dette kan være teoretisk kunnskap knyttet til aktuelle pasientgrupper og problematikk på den enkelte post. Faglig veiledning kan på denne måten bidra til å avdekke behov for kunnskap. Formidling av teoretisk kunnskap har derimot ikke fokus i veiledningssammenheng.

Med utgangspunkt i ledernes forventninger i betydningen teoretisk oppdatering må faglig veiledning suppleres med tiltak som vektlegger formidling av aktuell kunnskap. Dette kan for eksempel skje ved at ansatte følger undervisning, kurs eller tar Videreutdanning i Aldring og eldreomsorg på høgskolen. Det vises i denne sammenheng til delrapporten ”prosjekt fagmøter” som også er et tiltak rettet mot personalets kompetanseutvikling.

Som prosjektledere er det vår oppfatning at faglig veiledning er et viktig tiltak for å øke kvaliteten i pleien til beboerne. Det er vår oppfatning at veiledning bør kunne danne et grunnlag og utgjøre en basis for annen faglig kompetanseheving for personalet.

Kompetanseutvikling innenfor ulike områder.

Deltakerne blir i spørreskjema bedt om å angi sin egen kompetanseutvikling innenfor fire områder. Når det gjelder *betydning for meg selv* angir alle deltakerne at *de er helt enige i* at de har blitt mer klar over sin egne svake sider som profesjonell hjelper. Alle angir også at de har blitt mer bevisst sin egen kommunikasjon og væremåte ved å angi helt enig (6) og delvis enig (1). Fem angir med helt enig at de har blitt mer bevisst sitt eget ansvar for å videreutvikle seg som fagperson. Deltakernes utsagn samsvarer her med vår vurdering slik det framkommer ovenfor. Lederne sier om dette at noen av deltakerne har forandret seg på flere måter. Det sies om enkelte deltakere at ”det syns at hun har vokst på det”. Når lederen blir bedt om å konkretisere hva hun legger i å ”vokse” sier hun: ”hun har fått mer selvtillit, mer tro på seg selv og tar mer initiativ.” Forandringen var synlig for lederen og ga seg utslag i det daglige arbeidet ved at denne personen viste mer selvtillit og trygghet ved å påta seg andre arbeidsoppgaver og mer ansvar enn tidligere. Om andre forandringer på det personlige planet, sies det om flere av deltakerne at ”de klarer i større grad enn tidligere, og å se en sak fra flere sider.” ”Erkjennelsen av at noe kanskje ikke er svart eller hvitt, er økt. De viser en økt evne til å se ulike variasjoner og så reflektere og ta stilling.” Dette samsvarer med funn fra annen forskning (Thidemann 2002, Severinsson 1998, Walsh m.fl. 2003).

Om sitt *utbytte i forhold til beboer og pårørende* angir alle deltakerne at de er helt enige i at evnen til empati med pasienter og pårørende, er økt. De fleste er

også helt enige at deres forståelse for pasientenes situasjon og reaksjoner er økt, og at de reflekterer mer over sine erfaringer med beboere og pårørende enn de gjorde før. Videre angir fire at de er helt enige i at de takler ”vanskelige” beboere på en annen måte enn de gjorde før. Fem er helt enige i at de er mer tålmodige, og at de oftere tenker før de handler. Dette er meget positive resultater som i så fall helt klart er indikasjoner på bedre kvalitet i omsorgen for beboerne og deres pårørende.

I sine kommentarer sier deltakerne ”jeg skjønner nå at veiledning har gjort noe positivt med meg. Jeg er på riktig vei, men mer veiledning vil hjelpe meg til å komme i mål.” ”Veiledning er et viktig redskap for å bli mer bevisst sine egne handlinger.” ”Jeg har fått mer empati for andre mennesker. Tenker og utfører arbeidsoppgaver på en annen måte”.

På spørsmål til lederne om de har merket seg endringer i deltakernes måte å forholde seg på til beboere og pårørende, uttrykkes det først noe usikkerhet. Det pekes på at forholdet til brukerne ofte utspiller seg i enrom. En leder bruker ordet empatisk forståelse og understreker at deltakere som har hatt denne evnen fra før, fortsatt har den. Hos andre er det vanskelig å se en eventuell endring.

En annen leder uttrykker at veiledningen trolig har bidratt til økt forståelse for pasientens og pårørendes reaksjoner og økt evne til å reagere og opptre på en mer hensiktsmessig måte. En av lederne forteller at hun har lagt merke til at en deltaker forholdt seg til pårørende på en annen måte enn tidligere. ”At kritikk ikke ble tatt personlig opp, og at den ansatte trakk seg ut av situasjonen istedenfor å gi pårørende svar på tiltale”. Det vises også til at deltakerne i flere situasjoner har vist at de reflekterer mer enn før, og at de gir uttrykk for andre holdninger til beboere enn de gjorde tidligere.

En av lederne viser til at hun kan registrere endringer i ”måten deltakere tiltaler eller snakker om pasienter på” . Dette utspiller seg i det offentlige rom, på vaktrommet og i tilknytning til rapporter. At deltakere ”har utviklet sin evne til å beskrive situasjoner uten å legge inn min følelse eller opplevelse i det,” dvs uten å ”betegne pasienten som umulig, vanskelig eller håpløs”, vurderes som positivt.

De positive hovedtrekkene som rapporteres både fra ledere og deltakere samsvarer med studier som viser at faglig veiledning fører til at deltakerne gjennomgår en utvikling fra novise til ekspert, og at faglig veiledning har en positiv effekt på kvaliteten i omsorgutøvelsen (Severinsson & Borgenhammar 1997).

Om sitt *utbytte i forhold til kollegaer og arbeidsmiljø* angir de fleste (5) av deltakerne at de er helt enige i at de har blitt mer tålmodige overfor kollegaer enn før, at forståelsen for kollegaers situasjon er økt, og opplevelsen av eget ansvar for å bidra til et positivt arbeidsmiljø er økt.

I sine kommentarer sier deltakerne ”Jeg har blitt mer åpen for andres tanker og ideer. ”Ser i dag saken fra flere sider. Er også mer bevisst på hvordan min væremåte er og hvordan jeg ordlegger meg. Tenker mer før jeg handler” ” Ser heller lenger ikke alt i svart/hvitt”.

Fra fire av syv kollegaer angis det som positivt at deres kollegaer har deltatt i faglig veiledning. De angir at de nå erfarer sine kollegaer som mer positive og at det tverrfaglige samarbeidet har blitt styrket. ”Kollegaer som har deltatt på veiledning er blitt mer positive i jobb og holdninger. De kommer ikke med negative kritiske spørsmål eller slengbemerkinger som noen av dem kunne

gjøre tidligere”, sies det. Vi vurderer det som en styrke at dette bekreftes av deltakernes kollegaer.

Også lederne bekrefter her at mange viktige forandringer har funnet sted som kan knyttes til samarbeid og arbeidsmiljø. Lederne beskriver at deltakelse i veiledningsgruppe har ført til ”man viser mye mer forståelse for hverandre” i arbeidsmiljøet. Dette er særlig tydelig i forholdet mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Man har i dag en positiv innstilling til å hjelpe hverandre. Det er en forandring i forhold til tidligere hver en var raskt ute med å kritisere. I dag er holdningen ”hvordan kan vi hjelpe hverandre og sammen få ting til å gli lettere?” Det sies videre at deltakerne har blitt flinkere til å ta opp situasjoner på en direkte måte og å skille mellom sak og person. Den enkelte ser i større grad sin egen rolle og sitt ansvar for arbeidsmiljøet, for å ta opp saker og ta ansvar selv, framholder flere ledere.

Samtidig understreker lederne at endringene er ”svært personavhengig”, og at ikke alle har forandret seg på samme måte. Fra deltakernes side understrekes betydningen av at de fortsatt gis mulighet til å delta i faglig veiledning. Vance og Olson (1991) beskriver veiledning som prosessorientert, utviklingsfremmende og understreker betydningen av at den strekker seg over tid. Faglig veiledning innebærer en personlig og faglig oppdagingsprosess hvor den enkelte må få anledning til å oppdage og utvikle seg på sin egen måte og i sitt eget tempo (Grendstad 1986).

Om sitt utbytte *i forhold til ledelsen på posten og på sykehjemmet* angir alle deltakerne at de er helt enige i at de har blitt mer oppmerksom på at måten de uttrykker seg på har betydning, likeledes uttrykker de fleste at de er blitt mer oppmerksom på hvordan de ønsker å bli møtt av ledelsen og at de reagerer sterkere på ikke å bli møtt med respekt enn de gjorde før.

Om dette punktet uttaler flere av lederne at deltakerne ”har en helt annen holdning enn før.” I stedet for å komme med små stikk dersom noe er galt, tar flere ansvar for å si i fra på en mer ok måte. En av lederne viser til personalmøtet de hadde i går. ”jeg tror aldri vi har hatt det så hyggelig på et personalmøte noen gang”. Fra en av deltakerne ble det sagt: ”Vi må greie å sortere sak og person dere!. Vi må også være villig til å gå i oss sjøl..” Lederen viser at hun var glad for denne støtten. Jeg har opplevelsen av at deltakerne ”i større grad tar ansvar for at arbeidsmiljøet skal være bra, det er ikke bare overlatt til meg å rydde opp”, sies det. Med utgangspunkt i et sosiokulturelt perspektiv på læring betraktes samspeillet og diskursen mellom mennesker innenfor en kultur som utgangspunktet for læring (Säljö 2001). I denne situasjonen viser deltakerne hvordan de gjennom samtalen kommer fram til en god løsning på en problematisk arbeidssituasjon. Lederen trekker fram denne måten å forholde seg til en konflikt, som helt ny. Vi ser her at de i sin håndtering av konflikten overfører og anvender en arbeidsmåte som de har blitt kjent med fra sin deltakelse i veiledningsgruppa. Dette er en måte å håndtere utfordringer i arbeidssituasjonen på som både kan forebygge utbrendthet (Severinsson og Borgenhammar 1997) og fungere som en kilde til profesjonell støtte mellom kollegaer (Rose og Boyce 1999).

I kommentarene til dette punktet i spørreskjema angir deltakerne blant annet at ”faglig veiledning er viktig for alle yrkesgrupper”. ”Veiledning er et tilbud som alle burde ha krav og rettigheter til”. ”Veiledning gir styrke til egne meninger om ulike konflikter”. ”Veiledning styrker selvtilliten”. ”Det tok tid før jeg skjønnte at veiledning er et så positivt tiltak for meg. Nå føler jeg at jeg har fått opp øynene, og at jeg er på riktig vei til å bli mer positiv overfor andre mennesker” ”Trenger mer veiledning”. Dette er kommentarer som understreker at veiledning er en prosess og at faglig og personlig utvikling tar tid.

5.8.2 Oppsummering

I tråd med andre undersøkelser dokumenterer denne studien at faglig veiledning i gruppe har betydning for ansattes kompetanseutvikling. Deltakerne angir selv at de har blitt mer bevisst sine egne sterke og svake sider som fagpersoner og egen kommunikasjon og væremåte. De angir at deres evne til empati med pasienter og pårørende er økt, og de reflekterer mer over sine erfaringer enn de gjorde tidligere. De fleste angir at de takler 'vanskelige' pasienter på en annen måte enn før, og at de er blitt mer tålmodige. Det bekreftes av deltakernes ledere at flere kan registrere endringer i måten som deltakerne omtaler pasienter og pårørende på, f.eks på personalrommet og i rapporter. Det gis eksempler på at personale forholder seg til pårørende på en annen måte enn før, og sies at flere deltakere har utviklet evnen til å beskrive situasjoner, uten å legge inn sine personlige følelser eller opplevelser. Det synes også som deltakerne i større grad kan forholde seg til kritikk uten at den tas personlig opp, og at det synes som om de reflekterer mer enn før. Vi tolker disse funn som en bekreftelse på at deltakerne har gjennomgått en kompetanseutvikling og at kvaliteten i omsorgsutøvelsen er økt.

Også når det gjelder betydningen for samarbeidet og arbeidsmiljøet på postene viser deltakerne økt evne til refleksjon og til å håndtere problematiske situasjoner med kollegaer. De angir selv at de har blitt mer positive og tålmodige enn de var før. Opplevelsen av eget ansvar for arbeidsmiljøet er styrket og åpenheten overfor kollegaenes tanker og ideer er økt. De angis av flere at de er blitt mer bevisst på hvordan de ordlegger og uttrykker seg, og hvordan egen væremåte innvirker på andre. Lederne bekrefter at de legger merke til at deltakerne har blitt flinkere til å ta opp situasjoner på en direkte måte, hvor en skiller mellom sak og person, og at forståelsen mellom ulike yrkesgrupper er økt. Kollegaene til deltakerne angir at flere av disse er blitt mer positive i jobb

og holdninger, og at de ikke på kommer med kritiske kommentarer og slengbemerkinger slik noen tidligere kunne gjøre. Det angis også her at det tverrfaglige samarbeidet er blitt styrket.

Vi konkluderer derfor med at faglig veiledning i gruppe i stor grad har gitt kompetanseutvikling i samsvar med prosjektets mål og intensjoner. Det må allikevel understrekes at den læring som skjer i faglig veiledning er en personlig utviklingsprosess som tar tid og som ikke kan 'tvinges' fram. Det er derfor vesentlig å ha forståelse for at den enkelte deltaker utvikler seg i sitt eget tempo og på sin egen måte. Faglig veiledning er således ikke et tiltak som man etablerer for en kort periode og deretter avvikler. Deltakelse i faglig veiledningsgruppe bør derimot være et kontinuerlig tilbud til personalet ved institusjonen. Som følge av den bevisstgjøringen som skjer over tid, og en endret måte å oppleve, reagere og forholde seg på, vil utviklingen av den enkeltes kompetanse, bedret samarbeid og trivsel i personalgruppen og økt kvalitet i omsorgen for pasient og pårørende, spre seg som ringer i vannet.

Likeledes må det understrekes at faglig veiledning ikke har kunnskapsformidling som fokus. Faglig veiledning kan således ikke være det eneste tiltaket som iverksettes for å øke fagkompetansen i en organisasjon. Faglig veiledning vil utvikle den personlige kompetansen og bidra til å avdekke et behov for ny teoretisk kunnskap hos den enkelte og hos personalgruppen samlet. Deretter må målrette undervisningstiltak settes inn for å tilføre den kunnskap som personalet mangler, enten dette er knyttet til konkrete pasientgrupper eller bestemt problematikk.

LITTERATUR

Burnard, P. (1992). *Learning from experience: nurse tutors and student nurses perceptions of experiential learning in nurse education: some initial findings.*

International Journal of nursing studies. 29: 151-161

Burnard, P. (1992). *Student nurses`perceptions of experiential learning.* Nurse Education Today. 12: 163-173

Burnard, P. (1987). *Towards an epistemological basis for experiential learning in nurse education.* Journal of Advanced Nursing. 12: 189-193

Kilminster, S.M. og B.C. Jolly (2000) *Effective supervision in clinical practice settings: a literature review.* Medical education. 34: 827-840

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis. Oslo.* Ad Notam Gyldendal

Kitzinger, J. (1995). British Medical Journal. 311:299-308.

Kolb, D. (1984). *Experiential learning, experience as a source of learning and development.* New Jersey: Prentice-Hall. Inc.

Krabbe, M. (1998). *Helsesøsterveiledning i Vestfold.* Fagtidsskriftet Sykepleien. Nr. 9

Kristoffersen, N.J. (1998). *Motivasjon og kompetanse... viktigere enn tid og penger for sykepleiere som veiledere?* Høgskolen i Østfold. Rapport 1998:3

Lave, J. (1999) *Læring, mesterlære, sosial praksis*. I: Kvale, S. Og K.Nielsen (1999) (red) *Mesterlære, læring som sosial praksis*. Oslo. Ad Notam Gyldendal AS.

Lauvås, P. og G. Handal (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo. Cappelen Akademisk forlag.

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup*. Otta. Tano as.

Meyer, K. (1993) *Nyanser og utfordringer i det faglige skjønn*. I: K.Martinsen (red). *Den omtensomme sykepleier*. Bergen. Tano as.

Morgan, D.L. (1988). *Focus Groups as Qualitative Research*. Newbury Park. London. Sage Publications.

Olsen, R. (1998). *Klok av erfaring*. Oslo. Tano Aschehoug.

Rasmussen, J. (1999). *Mesterlære og den allmenne pedagogikk*. I: Kvale, S. og K.Nielsen (1999) (red) *Mesterlære, læring som sosial praksis*. Oslo. Ad Notam Gyldendal AS.

Rose, D.M. og P.M. Boyce (1999). *Clinical supervision and its effects on the quality of practice of qualified practitioners*. *Australasian Psychiatry*.

Vol 7.No 1

Schön, D. (2001). *Den reflekterende praktiker : hvordan professionelle tænker, når de arbejder* / Donald A. Schön ; oversat af Steen Fiil. Århus. Pædagogiske linjer, Klim.

Severinsson, E. (1999). *Ethics in clinical nursing supervision – an introduction to the theory and practice of different supervision models*. Collegian. Vol. 6. no.3

Severinsson, E. og D. Kamaker (1999). *Clinical nursing supervision in the workplace effects on moral stress and job satisfaction*. *Journal of Nursing Management*. 7: 81-90

Severinsson, E. (1998). *Bridging the gap between theory and practice; a supervision programme for nursing students*. *Journal of Advanced Nursing*. 27: 1269-1277

Severinsson, E. og E.V. Borgenhammar (1997). *Expert views on clinical supervision: a study based on interviews*. *Journal of Nursing Management*. 5: 175-183

Skanche Bjerknes, og I. T. Bjørk (1994). *Praktiske studier – perspektiver på refleksjon og læring*. Oslo. Tano

Sloan, G. (1999). *Good characteristics of clinical supervisor: a community mental health nurse perspective*. *Journal of Advanced Nursing*. 30: 713-722

Säljö, R. (2001). *Læring i praksis*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag

Thidemann, I.J. (2002). *Vi bare tar oss av hverandre*. *Fagtidsskriftet Sykepleien*. Nr.19: 42-46

Tveiten, S. (2001). *Veiledning mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vance, C.N og R.K. Olson (1991). *Mentorship*. Annual review of nursing research.

Wackerhausen, S. I: Kvale, S. (red) (1999) *Mesterlære* (1999). Oslo. Ad Notam Gyldendal AS.

Walsh, K. m.flere (2003). *Development of a group modell of clinical supervision to meet needs of a community mental health nursing team*. International Journal of Nursing Practice. Vol 9. Issue 1.

RAPPORTER

Arbeids- og administrasjonsdepartementet. *Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø* m.v (1977).

Helsedepartementet (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (Sykehjemsforskriften).

Fredrikstad kommune (2000). *Virksomhetsplan for Fjeldberg sykehjem 2001 – 2005*

Sintef-rapport (2003). *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie*.

Sosial- og helsedepartementet (1999). *Sykehjemmets rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste*.

Sosial- og helsedepartementet (1997) *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (Rundskriv I-13/97).

6.0 PROSJEKT UTDANNINGSPOST

av Ingrid Femdal og Mariann Fossum

6.1 Innledning

6.1.1 Prosjekt utdanningsposts hensikt og mål

Hensikten med prosjektet var å utvikle et samarbeid mellom ansatte ved avdelingen, studenter og lærere som kunne komme beboere, studenter og ansatte til gode. Tanken var at en stor gruppe studenter skulle få gode praksisplasser ved samme avdeling, og de ansatte få mulighet til å heve sin kompetanse og beboere skulle få enda bedre pleie og omsorg.

Målene for Prosjekt utdanningspost kan sammenfattes i tre hovedmål:

1. Ansatte ved Korttidsavdelingen, helsefagstudenter og lærere fra HiØ samarbeider om å skape gode og flere praksisplasser
2. Samarbeidet resulterer i bedre omsorg for avdelingens beboere
3. Ansatte ved Korttidsavdelingen utvikler sin kompetanse med utgangspunkt i konkrete behov på egen arbeidsplass

Som prosjektledere ønsket vi å utarbeide en rapport med bakgrunn i erfaringene fra prosjektperioden. Til dette arbeidet benytter vi egne feltnotater, samt informasjon som fremkommer av spørreskjemaer studentene besvarte før praksis startet. Det bygger også på spørreskjemaer som ansatte og studenter har besvart etter at praksisperioden var avsluttet.

6.2 Hensikt med og omfang av praksisstudiene

Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen er fastsatt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Den er hjemlet i § 46, nr. 2 av lov av 12. mai 1995 nr. 22 om universiteter og høyskoler. Formålet med praksisstudiene er at studentene skal

- Studere, lære og praktisere sykepleie i medisinske og kirurgiske avdelinger, innen psykisk helsevern, eldreomsorg og hjemmesykepleie som en del av den totale behandling pasienten har behov for.
- Ha kunnskaper om og oppnå sykepleieerfaringer og erfaringer med sykepleiens samarbeid med andre fagområder i forebyggende helsearbeid og i svangerskaps- og barselomsorg (Rammeplanen, 2000)

Innholdet i sykepleierutdanningene utgjør til sammen 60 vekttall.

Praksisstudiene skal totalt utgjøre 30 vekttall, det vil si en studieinnsatstid på 60 uker. For 1. års studentene i vårt prosjekt utgjorde praksistiden i sykehjemmet 8 uker. For 3. års studentene ved 4-årig deltidsutdanning utgjorde praksistiden 12 uker. At praksisstudiene var av 12 ukers varighet skyldes at dette var en fordypingspraksis.

Teoretisk og praktisk kunnskap utvikles gjennom studentens refleksjon over de erfaringene han eller hun får i praksissituasjoner. Uten denne refleksjonen blir erfaringen bare en "episode" (Fagermoen, 1993). Gjennom refleksjonen setter studenten erfaringene inn i en meningssammenheng, og den får mening ut over den aktuelle situasjonen. Slik refleksjon blir lettere om læreren deltar og tenker høyt sammen med studenten, hevder Fagermoen (1993). I dette prosjektet ønsket vi en lærerrolle der læreren var sammen med studenter i ulike praksissituasjoner.

Praksisstudier er sentrale i utdanningen av sykepleiere, blant annet for at studenten skal få ferdigheter innen sykepleiefaget: ”Ferdigheter læres gjennom utprøving og egen erfaring. Ferdighetene lar seg ikke alene formidle teoretisk, men krever øvelse basert på holdninger, til yrkesutøvelse og lærings situasjonen. Ferdighetstrening innebærer at studenten øver på og reflekterer over sentrale ferdigheter for yrkesutøvelsen” (Rammeplanen, 2000, s. 50).

Av Rammeplanen (2000, s. 49) går det frem at ”Veiledede praksisstudier innebærer at høgskolens undervisningspersonell skal veilede og tilrettelegge gode læresituasjoner. Det er således høgskolen som har hovedansvaret for veiledningens kvalitet; et ansvar som krever jevnlig veiledning og tilstedeværelse i praksis”. Dette passet godt overens med lærerrollen prosjektlederne kunne ønske seg – en lærerrolle der læreren kunne være til stede i klinisk praksis 4-5 dager per uke.

I følge Rammeplanen (2000, s. 47) skal studenten gjennom praksisstudiene:

1. Studere, lære og utvikle sykepleiefaglig kompetanse ved ulike sykdomstilstander og i ulike pasientsituasjoner både i spesialist- og kommunehelsetjenesten
2. Under veiledning praktisere, reflektere over og videreutvikle kunnskaper, ferdigheter og holdninger i direkte samhandling med pasienter, pårørende og andre yrkesgrupper
3. Utvikle sykepleiefaglig kompetanse i samarbeid med erfarne yrkesutøvere, lære å se egne begrensninger og andres kvalifikasjoner
4. Reflektere over og diskutere etikk, omsorg og sykepleieutøvelse
5. Utvikle kompetanse og vilje til å samarbeide med andre yrkesgrupper
6. Undervise og veilede pasienter og pårørende
7. Oppøve kompetanse i å kommunisere med ulike pasientgrupper og deres pårørende

8. Vurdere og innhente erfaring med helse- og sosialtjenestens oppbygging og organisering
9. Samle erfaringer som kan drøftes på høgskolen og brukes som grunnlag for videre læring

Dette var læresituasjoner/muligheter som prosjektet måtte sørge for å legge til rette for. Slik at alle studentene i prosjektet fikk de læresituasjoner som er nødvendig for å møte de krav utdanningen stiller til den enkelte i praksisstudiene.

6.3 Forberedelsesfasen

Dette kapitlet omhandler forberedelsene til prosjektet. Prosjektlederne hadde det overordnede ansvaret for at forberedelsene ble tilfredsstillende slik at det var mulig å gjennomføre prosjektet til planlagt tid.

6.3.1 Konstituering av prosjektgruppe og mandat

Før prosjektet var prosjektlederne sammen med hovedprosjektleder på omvisning ved Fjeldberg sykehjem våren 2001.

Konstituering av arbeidsgruppa

Første møte i prosjektgruppa ble avholdt den 13.08.2001. Her ble prosjektgruppa konstituert. Prosjektgruppa har bestått av:

Mariann Fossum	Høgskolelektor, leder for Prosjekt utdanningspost
Ingrid Femdal	Høgskolelektor, leder for Prosjekt utdanningspost
Alice Kristiansen	Avdelingssykepleier ved Korttidsavdelingen ved Fjeldberg alders- og sykehjem

Anne Kristin Martinsen	Høgskolelærer ved vernepleierutdanningen, HiØ
Janne Tyreng Tryggeset	Student ved kull 98/4
Stefan Løvaas	Student ved kull 98/4
Anne Britt Gustavsen	Student ved kull 98/4
Sigurd Roger Nilsen	Prosjektleder USP Fredrikstad

Mandat

Det overordnede mandatet var planlegging og gjennomføring av prosjektpost på Fjeldberg sykehjem våren 2002 med totalt 18 studenter. Det ble gjort en detaljering av mandatet;

- Planlegge utdanningspost for 15 studenter fra kull 98/4 og 3 studenter fra kull 2001/3.
- Samarbeide med studenter, prosjekt; Undervisningssykehjem og kortidsavdelingen ved Fjeldberg sykehjem før, under og etter prosjektperioden.
- Vurdere hvordan prosjektet skal organiseres og gjennomføres i 15 uker våren 2002.
- Gjennomføre prosjekt utdanningspost på Fjeldberg sykehjem våren 2002.
- Evaluere prosjekt utdanningspost.

6.3.2 Møteaktiviteten i prosjektgruppa

Prosjektgruppa har til sammen avholdt 8 møter. I tillegg har prosjektgruppa samarbeidet i mindre enheter med saksforberedelser til samarbeidsmøtene. Arbeidet ble organisert etter milepælsplan. Prosjektlederne og de tre studentene i prosjektgruppa hospiterte i avdelingen før praksisperioden startet.

Studentenes møter

Studentene har hatt møter utenfor prosjektgruppa der de blant annet har arbeidet med forslag til godkjenning av turnusplanen. De utarbeidet en liste over områder

de som studenter ønsket å vite mer om ved avdelingen, som ble overrakt avdelingsleder. Denne listen resulterte i et informasjonsskriv studentene fikk utdelt ved informasjonsdagen før praksisperioden startet.

Prosjektledernes møter

Gjennom hele prosjektperioden hadde prosjektlederne jevnlig formelle og uformelle møter. Møtene omfattet både forberedelse til møtene i prosjektgruppa og utarbeidelse av forslag til gjennomføring av praksisperioden. Under gjennomføringen av praksisperioden ble det behov for flere møter enn planlagt.

Informasjonsdag i skolen for studentene før praksis startet

Informasjonsdagen var tredelt. Innledningsvis informerte hovedprosjektleder Sigurd Roger Nilsen om hovedprosjektet og de ulike delprosjektene som inngikk i hovedprosjektet. Deretter informerte avdelingsleder fra Korttidsavdelingen om praktiske forhold i avdelingen og delte ut en informasjonsbrosjyre med utgangspunkt i studentenes ønsker om informasjon. Informasjonen omhandlet organisering, avdelingsrutiner, døgnrytme, stillingsbeskrivelser, aktiviteter ved sykehjemmet og andre praktiske forhold.

Informasjonsmøte for avdelingen før praksis startet

Det ble avholdt møte med avdelingen for å informere om prosjektet. Virksomhetsleder Leif Nybøle informerte om sykehjemmets tilknytning til Undervisningssykehjemsprosjektet. Videre informerte prosjektlederne om prosjekt utdanningspost. Her var det åpent for spørsmål og kommentarer til prosjektet. Det ble vist stor interesse for prosjektet.

Prosjektgruppas ekskursjon til Ryenhjemmet, Høgskolen i Oslo

Prosjektgruppa mente det kunne være nyttig å trekke med seg erfaringer fra andre skoler med erfaring fra lignende måte å organisere praksisstudie.

Ekskursjonen ble foretatt til Ryenhjemmet den 01.11.01. Samtlige deltagere i prosjektgruppa deltok på ekskursjonen.

6.3.3 Praktiske forberedelser

Ved Fjeldberg sykehjem fikk vi tilbud om å disponere et stort grupperom med kjøkkenkrok. Rommet ble benyttet som garderobe, lunsjrom, steder for veiledning, klinikkarbeid m.m.

Et stykke ut i praksisperioden ble det plassert tre pc-er i grupperommet som studentene kunne disponere fritt. Det var også muligheter til å benytte undervisningssykehjemets kontor i 1. etasje. Der var det blant annet telefon og internett tilkobling.

Turnus, som samtlige studenter skulle få utdelt, var et større arbeid enn først antatt. Det var mange detaljer som skulle føres inn i turnusplanen. Studentene i prosjektgruppa var med på å bestemme antall senvakter, nattevakter og helger hver student skulle ha. De deltok aktivt i turnusskrivingen og ”godkjente” den endelige turnusen for de 18 studentene som skulle delta i prosjektet. For å skille ulike typer vakter ble det brukt fargekoder. Koder for ulike typer vakter, datoer for samlinger, sykepleieklinikker, refleksjonsgrupper og evalueringene. Det var også viktig at studentene var fordelt på de to gruppene som avdelingen var delt inn i. Det maksimale antall studenter på kveld og dagtid var fire. Alle studentene skulle ha en turnus som var mulig å arbeide etter i tillegg til at de skulle ha det timetallet som praksisperioden er regulert av.

Videre ble det ut fra turnusen utarbeidet ukeplaner som ble plassert i en perm tilgjengelig for studentene og de ansatte i avdelingen.

For å forberede de to ukene studentene og lærerne skulle ha overtakelse av avdelingen ble det holdt forberedelsesmøter. På disse to møtene var alle studentene tilstede, samt lærerne. Hensikten med møtene var å sammen diskutere de utfordringene som kunne oppstå i forbindelse med overtagelsen.

Det var et ønske fra 4. års studentene om å ha et visst veilederansvar for 1. års studentene. Dette ble organisert ved at to 4.års studenter hadde et spesielt ansvar for en første års student de to første ukene. Det var et ønske fra avdelingen at studentgruppen var samlet til lunsj slik at de ansatte fikk litt tid for seg selv. Dette var mulig fordi det var et spiserom ved sykehjemmet som lå i nær tilknytning til avdelingen.

Det ble utarbeidet en liste med navn og telefonnummer til samtlige studenter som ble lagt i permen sammen med turnusen og ukesoversiktene. Lærerne la en lapp med telefonnumre i avdelingen, inkludert privat mobiltelefonnummer, slik at det var mulig å treffe oss utenom de tidspunktene vi var i avdelingen.

Erfaringer fra lignende prosjekter

Flere høgskoler har prøvd ut praksismodeller som ligner den som er benyttet i dette prosjektet. Praksismodellene har vært prøvd i ulike typer praksisinstitusjoner. Stavanger sykepleierhøgskole opprettet i samarbeid med Sentralsjukehuset i Stavanger i 1991 en prosjektpost der studentene var en del av bemanningen (Sand m.fl., 1992). Lignende prosjekter er prøvd av Diakonhjemmets høgskolesenter (Prosjekt "U3", 1993), Sogn og Fjordane Sykepleiehøgskule (Midtbø og Schei, 1993), Høgskolen i Akershus (Onstad, 1997), Høgskolen i Oslo (Hasle og Biermann, 1999; Hasle, 2001), og Høgskolen i Vestfold (Horntvedt og Kyrkjebø, 2000). I tillegg har det vært utprøvd ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold, i Halden. Erfaringene fra prosjektene varierer, og mange faktorer vil kunne ha betydning for hvilke erfaringer pasienter, studenter, ansatte og lærere sitter igjen med etter endt prosjekt og praksisperiode. De fleste av prosjektene er evaluert som et aksjonsforskningsprosjekt.

Vi har valgt å legge vekt på de erfaringene som rapportene til Hasle (2001) og Horntvedt og Kyrkjebø (2000) redegjør for. Rapportene er av nyere dato, og

bygger på flere av de erfaringene som en del av de andre tidligere prosjektene har oppsummert. Ut fra rapportene kan det se ut til at studentene har opplevd at de har hatt/fått økt selvstendighet og ansvarlighet gjennom prosjektene, noe studentene har opplevd som positivt. Prosjektene trekker også frem at alle de involverte har opplevd vekst. Bedre læringsmiljø for studentene og læreren er blitt mer synlig i praksis er også trukket frem, selv om det er vanskelig å slå endringene fast med sikkerhet. Flere studenter på en og samme tid i avdelingen understrekes også som positivt for læringsmiljøet (Horntvedt og Kyrkjebø, 2000; Hasle, 2001). Vårt prosjekt har mye til felles med begge disse prosjektene spesielt i forhold til;

1. Flere studenter i samme avdeling.
2. Øke studentenes ansvarlighet og selvstendighet.
3. Forbedre veiledning i kliniske studier.
4. Øke og bedre kontakten mellom høgskolen og det kliniske praksisfelt.

6.3.4 Studentenes vurderinger før praksisstudiene

I dette kapittelet presenteres resultatene av et spørreskjema studentene besvarte forut for praksisperioden. Det var 14 studenter fra 4. studieår som besvarte spørreskjemaet. Studentene fra 1. studieår besvarte ikke dette spørreskjemaet.

Dataene som fremkommer er i hovedsak kvantitative og er analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS. I tabellene fremstilles fordelingene både i frekvens og prosent. Prosenten fremstilles hovedsakelig i parentes etter frekvensen. I tillegg vil det være noen skriftlige kommentarer i tilknytning til tabellene.

Bakgrunnskunnskap om studentene

De demografiske dataene eller bakgrunnsdataene forteller hvordan studentene fordeler seg i forhold til alder, tidligere utdanning og arbeidserfaring.

Tabell 1, Studentenes alder

Alder	Antall studenter
21- 25 år	1 (7%)
26- 30 år	6 (43%)
31- 35 år	4 (29%)
36- 40 år	3 (21%)
41 år og over	0

Absolutte tall og prosent (n=14)

Tabell 1 viser at mer enn 90% av studentene var 26 år eller eldre ved inngangen til praksisperioden. Dette er en markert høyere alder enn hva som for tiden er gjennomsnittsalder blant studentene ved fulltidsutdanningen. At gjennomsnittsalderen her er høyere kan ha sammenheng med at kull 98-4 er et deltidskull med sykepleierstudenter.

Tabell 2 , Utdanning før du startet på sykepleierutdanningen.

Utdanning før sykepleierutdanning	Antall studenter
3 årig- videregående	3 (21%)
3 årig- videregående og hjelpepleierutdanning	9 (65%)
3 årig- videreg, hj.pl.utd. og annen utdanning	1 (7%)
Hjelpepleierutdanning	1 (7%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Nærmere 80% av studentene var utdannet hjelpepleiere før de startet sin sykepleierutdanning, går det frem av tabell 2. Dette kan ha sammenheng med at studentene tar sykepleierutdanningen på deltid, og at flere har avtale med arbeidsgiver om finansieringsordning mot bindingstid etter endt utdanning.

Tabell 3 Arbeidserfaring fra helsevesenet før du startet på spl.utdanningen.

Arbeidserfaring fra helsevesenet	Antall studenter
2-3 år	2 (14%)
6-7 år	4 (29%)
8 år eller mer	8 (57%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Når det gjelder arbeidserfaring fra helsevesenet svarte hele 86% av studentene at de hadde arbeidet i helsevesenet i 6 år eller mer før de startet sin sykepleierutdanning.

Tabell 4 Arbeidserfaring fra eldreomsorgen før du startet på spl. utdanningen.

Arbeidserfaring fra eldreomsorg	Antall studenter
Ingen	1 (7%)
1 uke til 1 år	1 (7%)
2-3 år	2 (14%)
6-7 år	3 (21%)
8 år eller mer	7 (51%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Studentene ble videre spurt om de hadde erfaring fra eldreomsorg før de startet sykepleierutdanningen. Tabellen viser at 45% hadde arbeidet fra 2-7 år, og hele 51% hadde arbeidet 8 år eller mer innen eldreomsorgen.

Studentenes motivasjon for eldreomsorg og organisering av praksisperioden

Vi ønsket å få kjennskap til studentenes motivasjon for å arbeide innen eldreomsorg. Prosjektgruppa hadde planlagt en organisering av praksisstudiene som skilte seg fra studentenes erfaringer fra tidligere praksisstudier. Dette ønsket vi å få frem studentenes vurderinger av i forkant av praksisperioden.

Tabell 5 , Før jeg startet min sykepleierutdanning var min motivasjon for å arbeide innen eldreomsorgen som utdannet sykepleier:

Motivasjon	Antall
Meget god	1 (7%)
God	11 (79%)
Mindre god	2 (14%)
Vet ikke	0

Absolutte tall og prosent (n=14)

Hele 86% av studentene oppga at deres motivasjon for å arbeide innen eldreomsorgen som utdannet sykepleier var god eller meget god, før de startet sin sykepleierutdanning.

Under dette spørsmålet hadde studentene mulighet til å gi en begrunnelse for sitt svar. Flere av studentene begrunnet at deres motivasjon var ”god” eller ”meget god” med at de hadde erfaring fra dette arbeidsområdet, og at de trivdes i arbeidet med eldre mennesker. Flere oppga at de ønsket økt kunnskap for å kunne gjøre en bedre jobb. Noen pekte på at de syntes arbeid med eldre var variert og spennende, ut fra tidligere erfaring.

Erfaringer med lav bemanning, lite ressurser og at han/hun ikke opplevde å få utført en tilfredsstillende jobb for pasientene, ble oppgitt som begrunnelse av

studentene som vurderte sin motivasjon før de startet sin sykepleierutdanning som ”mindre god” for å arbeide innen eldreomsorg etter endt utdanning.

Tabell 6 , Min motivasjon for å ha praksis i sykehjem er:

Motivasjon	Antall
Meget god	5 (36%)
God	9 (64%)
Mindre god	0
Vet ikke	0

Absolutte tall og prosent (n=14)

Samtlige studenter svarte at deres motivasjon for å ha praksis i sykehjem var ”god” eller ”meget god”. Noen begrunnet det med ”Dette kan jeg”. Andre hadde ikke erfaring fra sykehjem. ”Spennende å prøve noe nytt”, ”Dette blir en ny utfordring” og ”Dette skal jeg få noe positivt ut av”, var blant studentenes kommentarer. Det var også flere som opplevde det som et pluss at avdelingen var liten, med god bemanning. Noen oppga at det var motiverende at avdelingen skulle være en utdanningspost under praksisperioden.

Tabell 7 , Jeg vurderer egen læresituasjon med 15 studenter i avdelingen samtidig ved praksis i sykehjem som:

Motivasjon	Antall
Meget god	7 (50%)
God	6 (43%)
Mindre god	0
Vet ikke	1 (7%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Studentene var positive når de ble bedt om å vurdere sin egen læresituasjon i en avdeling med 15 studenter. Hele 93% oppga sin motivasjon til å være god eller meget god. Muligheten til å lære av hverandre, og til å bruke hverandre i refleksjon og veiledning var blant begrunnelsene for den positive innstillingen. En av studentene påpekte at avdelingen var liten til å romme så mange studenter, mens andre oppga at de hadde god erfaring med å være mange studenter ved en avdeling under en praksisperiode.

Tabell 8 , Læresituasjonene med målsamtale, halvtidsvurdering og avsluttende vurdering i grupper vurderer jeg som:

Motivasjon	Antall
Meget god	8 (58%)
God	3 (21%)
Mindre god	0
Vet ikke	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Nær 80% av studentene vurderte læresituasjonene med målsamtale, halvtidsvurdering og avsluttende vurdering i grupper som god eller meget god. De begrunnet det med at det kunne være nyttig å få innspill fra medstudenter, at de kunne lære av medstudenters vurderinger og at dette var spennende å prøve. Ingen av studentene hadde krysset av for å ha vurdert det som en mindre god læresituasjon. Tre av studentene hadde krysset av for kategorien ”vet ikke”. De begrunnet avkrysningen med at de ikke hadde erfaring fra å gjennomføre målsettingssamtale, halvtidsvurdering og avsluttende vurdering i grupper.

Tabell 9 , Min motivasjon for arbeid innen eldreomsorgen etter endt sykepleierutdanning er:

Motivasjon	Antall
Meget god	2 (14%)
God	7 (50%)
Mindre god	0
Vet ikke	2 (14%)
Ikke besvart	2 (22%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Fire studenter krysset av for rubrikken ”vet ikke” eller har ikke besvart spørsmålet. De øvrige 10 oppga at de vurderte egen motivasjon for å arbeide innen eldreomsorgen etter endt sykepleierutdanning som god eller meget god. ”Eldreomsorg er noe jeg trives med!”, var blant kommentarene fra studentene. Ingen oppga egen motivasjon innen eldreomsorgen etter endt sykepleierutdanning som mindre god. Noen ga som kommentar at dette var vanskelig å svare på før praksisstudiene begynte. Ikke alle studentene hadde erfaring fra eldreomsorg, og det kunne kanskje gjøre det vanskelig å svare.

Avslutningsvis fikk studentene et åpent spørsmål: Er det spesielle forhold som må være tilstede på arbeidsplassen for at du skal velge å arbeide i eldreomsorgen- og i så fall hva/hvilke?

Ut fra en gjennomgang av studentenes svar, har vi valgt å kategorisere svarene i fire grupper: 1. Psykisk og fysisk arbeidsmiljø, 2. Tid og bemanningssituasjon, 3. Fagutvikling og å benytte sin kunnskap, samt 4. Ledelse og ansvar.

1. Psykisk og fysisk arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø, både psykisk og fysisk, var en viktig faktor for at studentene skulle velge å arbeide innen eldreomsorg. Et positivt og fagutviklende arbeidsmiljø, samt samarbeidsvillige medarbeidere var det mange av studentene som oppga som sentrale faktorer. I tillegg til det kollegiale arbeidsmiljøet ble det påpekt at trivsel i forhold til pasientene var viktig.

Det fysiske arbeidsmiljøet var videre av betydning, som at det var tilrettelagt for bruk av hjelpemidler i avdelingen.

2. Tid og bemanningssituasjon

To andre sentrale faktorer for å velge arbeid innen eldreomsorg etter endt utdanning var bemanningssituasjonen og tidsfaktoren. Flere påpekte betydningen av å kunne ta seg tilstrekkelig tid til å gi tilfredsstillende omsorg for pasientene.

En god grunnbemanning og en tilfredsstillende bemanningssituasjon - også ved sykefravær - var videre av stor betydning for arbeidsvalget.

3. Fagutvikling og å benytte sin kunnskap

”For meg er det viktig at jeg får lov til å benytte meg av kunnskap jeg har tilegnet meg somatisk og psykisk”, skrev en av studentene. Flere pekte på behovet for fagutvikling både personlig og i avdelingen. Sentrale tiltak for fagutvikling, kunne være:

- Fagutvikling i team med både sykepleiere og andre faggrupper
- Mulighet for sykepleiefaglig veiledning

4. Ledelse og ansvar

For noen studenter var økt ansvar for sykepleieren og flere sykepleieoppgaver av betydning for at de skulle velge å arbeide innen eldreomsorg. Svarene viser videre at ledelsen var viktig for valget, og at de hadde ”gode ledere”.

6.4 Erfaringer med utprøving av metoder

I dette kapittelet presenteres noen av de metodene som prosjektlederne hadde et ønske om å prøve ut i forbindelse med praksisperioden.

6.4.1 Sykepleieklinikker

Et mål med sykepleieklinikkene var at studentene i samarbeid med avdelingens ansatte, skulle få fordype seg i et område eller en problemstilling ved avdelingen. Gruppeinndelingen og tidspunkt for når studentene skulle arbeide med klinikk var planlagt og markert i turnus/ukeplan. Studentene ble oppfordret til selv å ta initiativ til å invitere med dere en eller flere av de ansatte som har interesse for temaet de ønsket å arbeide med dersom arbeidssituasjonen i avdelingen tillot det. Det var en gruppe studenter som hadde med representanter fra de ansatte på sykepleieklinikk.

Det var reservert et egnet rom på sykehjemmet. De kunne også benytte et kontor med PC med internett- tilkøpling, som prosjektene disponerte. De fikk videre tilbud om å benytte høgskolens lokaler eller andre egnede steder.

Studentene/de ansatte ble oppfordret til å avklare hvilken tematikk de ønsket å arbeide med før klinikkdagen. Hensikten var at de fikk definere og fordype seg i et klinisk problem knyttet til en bestemt pasient/rutine i avdelingen.

- Hva er problemet?

- Hva har evt blitt prøvd for å forbedre situasjonen?
- Hva sier litteraturen/forskning om temaet?
- Hvilke vurderinger gjør dere? Hvilke tiltak kan iverksettes og hvordan?

Det ble forventet at resultater og erfaringer fra arbeidet ble formidlet til avdelingen. For å kunne dele denne kunnskapen med avdelingen var det ønskelig at studentene avtalte en dag hvor de som hadde arbeidet sammen om sykepleieklinikk la frem resultater fra sykepleieklinikkene, gjerne i forbindelse med rapporten midt på dagen. Det var også mulig å legge frem/diskutere resultatene med avdelingssykepleier.

Følgende temaer var fokus i sykepleieklinikkene;

Tema 1. Medisindokumentasjon.

Tema 2. PEG- sonde del 1.

Tema 3. PEG- sonde del 2.

Tema 4. Oksygenbehandling.

Tema 5. Diabetes.

Tema 6 Førstehjelp.

Resultatet av samtlige sykepleieklinikker ble permer som er samlet i avdelingen tilgjengelig for alle ansatte. Kort informasjon om innholdet ble gitt til avdelingens ansatte og medstudenter. Oversikt over livreddende førstehjelp ble hengt opp flere steder i avdelingen slik at den var tilgjengelig for avdelingen ved behov.

6.4.2 Hospiteringer for de ansatte

I studentenes praksisperioder var det på det meste 18 studenter i avdelingen. Denne situasjonen ønsket vi å benytte på en konstruktiv måte som både kunne skape gode læresituasjoner for studentene, samtidig som den frigjorde tid for de ansatte.

Avdelingssykepleier samlet inn ønsker fra de ansatte i forhold til ønsker for hospitering/fordypning. Det var i utgangspunktet tenkt at de ansattes hospiteringer skulle foregå i overtakelsesukene. Ut fra de ansattes ønsker og med bakgrunn i at det var mange studenter i avdelingen, ble en rekke av tiltakene gjennomført i tiden utenom overtakelsesukene.

Følgende tiltak ble gjennomført av de ansatte i praksisperiodene fra 07.01.02 til 19.04.02:

* Kurs i dokumentasjon	17 ansatte deltok
* Hospitering ved diabetes poliklinikken	3 ansatte
* Hospitering, hjemmesykepleien	1 ansatt
* Hospitering ved peg- poliklinikken	2 ansatte
* Hospitering ved lungepoliklinikken	2 ansatte
* Hospitering ved kreftpoliklinikken	1 ansatt
* Hospitering, Sunnås sykehus	2 ansatte

I tillegg ble det frigjort tid til

- * Innkjøp til avdelingen
- * Fest for beboerne (koldtbord i festsalen)
- * Forelesninger ved Høgskolen i Østfold (8 ansatte)
- * Kurs i sårbehandling
- * Kurs (5 ansatte)
- * Kurs om hudsykdommer (3 ansatte)
- * Undervisning fra hjelpemiddelsentralen, med vekt på synshemming, for alle ansatte
- * Heldags- personalmøte for alle ansatte

6.4.3 Lærerrollen og lærernes erfaringer

Ut fra tidligere erfaringer og egne ønsker var det viktig for lærerne å følge studentene nært i avdelingen – å gå sammen med studentene. Bakgrunnen for dette var et ønske om å prøve ut en annen type lærerrolle i klinisk praksis, enn den man tradisjonelt anvender i oppfølging av studenter i praksisstudier.

Hornstvedt og Kyrkjebø (2000) hadde prøvd ut en lignende lærerrolle, men ikke så omfattende som dette prosjektet ønsket. Turnusarbeidet for studentene og lærerne var en av de arbeidsoppgavene som tok mye mer tid enn planlagt i forberedelsene til prosjektet.

Milepælsplanen ble brukt som arbeidsredskap gjennom hele planleggingsperioden. Som lærere var det en stor fordel å være to som samarbeider godt. Vi hadde formelle og uformelle møter underveis, i tillegg til den lille gule boka som vi brukte som beskjedbok. Lærerne og studentene i prosjektgruppa hospiterte forut for praksisperiodens oppstart.

I prosjektet ønsket man også å prøve ut alternative former for gjennomføre evaluering. Evalueringen skulle foregå i grupper av studenter.

Prosjektperioden skulle ha to overtakelsesuker. Det var studentene sammen med lærerne som hadde ansvar for avdelingen på kveld- og dagtid i disse to periodene. Lærerne skulle være tilstede både på dag- og kveldstid. Lærerne gikk i turnusarbeid i hele denne delen av perioden. Det ble derfor et omfattende turnusopplegg rundt denne delen av prosjektet. Ellers i prosjektperioden gikk lærerne i vakter på dagtid, to til tre dager i uken.

Det å være to lærere sammen har vært av stor betydning. Studentene fra 4. år skulle forberede mottakelsen av 1 års studentene. Grupper på to og to av studentene hadde ansvar for å ta imot de ”nye” studentene. Studentene tok oppgaven og de ”nye” studentene fikk en god mottakelse i avdelingen.

Studentrepresentantene var svært aktivt med i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet. Studentrepresentantene tok mye ansvar. Deres deltakelse var en sentral suksess- faktor.

Avdelingslederne ble sykemeldt i den første delen av praksisstudiene. Her mistet vi et viktig bindeledd i avdelingen de første ukene som blant annet medførte at noe informasjon gikk tapt. Dersom det hadde vært flere representanter fra avdelingen kunne dette hindret den situasjonen som oppstod med at bindeleddet mellom avdelingen og prosjektgruppa ble borte i den første delen av oppstarten på prosjektperioden. Virksomhetsleder tok kontakt med studentene for å avhjelpe studentene i avdelingsleders fravær. Samarbeidet med virksomhetsleder har vært godt og viktig for prosjektet gjennom hele prosjektperioden.

Da prosjektperioden startet ønsket studentene å organisere hospitering blant annet i hjemmesykepleien, onsdagsmøtene (samarbeidsmøter mellom hjemmesykepleien, fysioterapeut, ergoterapeut og avdelingen), samt hos fysioterapeuten.

Rammeplanen (2000) åpner for at studenter kan ha observasjons- og hospiteringsstudier. Hensikten er at studenten skal oppnå erfaring fra ulike og betydningsfulle deler av sykepleietjenesten. Studentens erfaringer skal danne handlingsberedskapsom kan videreutvikles til handlingskompetanse ved opplæring og etter- og videreutdanning (ibid). Hospiteringen ble organisert av virksomhetsleder sammen med studentrepresentantene. Studenten uttrykte at de var godt fornøyd med tilbudet.

Prosjektet ga mulighet for lærerne til å gå i avdelingen sammen med studentene. Dette ga mulighet for å gjennomføre førveiledning, etterveiledning i aktuelle pleiesituasjoner sammen med studentene. Å sammen undre seg over situasjoner og finne ut av ting sammen gav en flott mulighet for å reflektere høyt sammen i

forbindelse med situasjoner i den direkte sykepleieutøvelsen. Det å ”være i avdelingen” for lærerne ga også en mulighet for kontakt med de ansatte som vi som lærere opplevde som viktig i gjennomføringen av prosjektet. Dette var den delen av prosjektet som vi lærere så på som veldig inspirerende og utviklende i forhold til lærerrollen i høghskolen.

Refleksjonsgruppene ble også holdt i nærheten av avdelingen, på det røde rommet. Det røde rommet var et rom i nær tilknytning til avdelingen. Dette rommet ble veldig mye brukt gjennom hele prosjektperioden. Studenten brukte det til blant annet til sykepleieklinikker, som spiserom, arbeidsrom, garderobe. Samarbeid med de andre delprosjektene og storprosjektet var også veldig viktig for dette prosjektet. Dette førte til at vi kunne utveksle viktig informasjon og fortløpende vurdere vårt eget prosjekt.

6.5 Erfaringer fra prosjektet

Studentene fra 4. årig deltidsutdanning skulle arbeide med ledelse og administrasjon av sykepleietjenesten i denne praksisperioden.

Gruppelederfunksjon var derfor en av de oppgavene som studentene hadde på omgang i løpet av praksisperioden. Studentene var med på å utarbeidet stillingsbeskrivelse for gruppeleder.

På morgenmøte mellom kl. 08.00-08.10 var det gruppeleders ansvar å fordele arbeidsoppgaver. Det var også studentenes ansvar å ta opp problemstillinger til faglige diskusjoner.

Studentene laget lister for medisinansvar som studentene fordelt mellom seg. Lister for når hvem av studentene skulle delta på legevisitten, hospitering i hjemmesykepleien, være med laborant på blodprøvetaking og delta i samarbeidsmøte mellom Korttidsavdelingen og hjemmesykepleien ble også

studentenes ansvar. Studentene var aktive med på planlegging og gjennomføring av overtakelsesukene. De tok ansvar for at det var tilstrekkelig antall studenter i avdelingen. Alle var engasjerte og uttrykte positiv samarbeidsvilje i den forbindelse. Studenten uttrykte at de var positive til den rollen lærerne hadde i forbindelse med gjennomføringen av overtakelsesukene. Studenten ble spurt gjennom et strukturert spørreskjema om noen av de erfaringen som ble gjort i prosjektperioden.

Bakgrunnskunnskap om studentene

De demografiske dataene eller bakgrunnsdataene forteller hvordan studentene fordeler seg på alder, tidligere arbeidserfaring og tidligere utdanning. Av de 18 studentene som startet praksistudiene var det 17 som fullførte og en som ble sykemeldt. Av de 17 studentene har 14 besvart spørreskjemaet. Viser til kommentarer når det gjelder bakgrunnsdata i tabell 1, 2, 3 og 4.

Tabell 10, Alder.

Alder	Antall studenter
21- 25 år	1 (7%)
26- 30 år	5 (37%)
31- 35 år	2 (14%)
36- 40 år	3 (21%)
41 år og over	0
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Tabell 10. viser at over 70% av studentene er 26 år og eldre. Se kommentarer tabell 1.

Tabell 11 , Utdanning før du startet på sykepleierutdannelsen.

Utdanning før sykepleierutdanning	Antall studenter
3 årig- videregående	3 (21%)
3 årig- videregående og hjelpepleierutdanning	8 (57%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

En stor gruppe av studentene hadde hjelpepleierutdanning. Se kommentarer tabell 2.

Tabell 12 , Arbeidserfaring fra helsevesenet før du startet på spl. utdanningen.

Arbeidserfaring fra helsevesenet	Antall studenter
1 uke til 1 år	1 (7%)
2-3 år	1 (7%)
4-5 år	1 (7%)
6-7 år	4 (29%)
8 år eller mer	4 (29%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Mange av studentene hadde lang erfaring fra helsevesenet. Se kommentarer tabell 3.

Tabell 13 , Arbeidserfaring fra eldreomsorgen før du startet på spl. utdanningen.

Arbeidserfaring fra eldreomsorgen	Antall studenter
1 uke til 1 år	2 (14%)
2-3 år	1 (7%)
4-5år	1 (7%)
6-7 år	4 (29%)
8 år eller mer	3 (21%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

En stor gruppe av studentene hadde lang erfaring fra eldreomsorg. Se kommentarer tabell 4.

Forberedthet til praksis

Tabell 14 , Undervisningen i skolen ga en god teoretisk forberedthet til praksis.

Utsagn	Antall studenter
Helt enig	1 (7%)
Enig	8 (57%)
Uenig	2 (14%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Over halvparten av studentene var helt enig eller enig at undervisningen i skolen ga en god teoretisk forberedthet til praksis. Gruppen ikke besvarte er relativt stor i forhold til utvalget som helhet.

Tabell 15 , Informasjonen om praksis som jeg fikk i forkant av praksisperioden var tilstrekkelig.

Utsagn	Antall studenter
Helt enig	1 (7%)
Enig	8 (57%)
Uenig	2 (14%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

I prosjektet ble det lagt vekt på, at studentene som skulle delta i prosjektet, skulle få tilstrekkelig informasjon i forkant av prosjektet. Derfor ble studenten spurt om deres opplevelse av informasjonen i etter gjennomført prosjektperiode. 64% av studentene var helt enig eller enig om at informasjonen var tilstrekkelig.

Læreprosessen i praksis

Ved alle spørsmålene nedenfor kunne respondentene velge mellom helt enig, enig, uenig, og helt uenig.

Tabell 16 ,Jeg har arbeidet med egne læringsmål.

Utsagn	Antall studenter
Helt enig	6 (43%)
Enig	5 (36%)
Uenig	0
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Studentene måtte legge frem læringsmål for hverandre og for lærerne. Nær 80% av studentene var helt enig eller enig at de hadde arbeidet med egne læringsmål.

Tabell 17 , Jeg har lest aktuelt pensum.

Utsagn	Antall studenter
Helt enig	6 (43%)
Enig	5 (36%)
Uenig	0
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

9 % av studentene hadde også lest aktuelt pensum i forkant av praksisperioden.

Tabell 18 , Avdelingen var kjent med høgskolens mål for studentenes praksis.

Utsagn	Antall studenter
Helt enig	1 (7%)
Enig	7 (50%)
Uenig	3 (21%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Avdelingen hadde vært kjent med høgskolens mål en tid i forkant av praksisperioden. Helt enig eller enig var 57 % av studentene i forhold til at høgskolens mål var kjent for avdelingen.

Tabell 19 , Avdelingen var godt forberedt til å ta i mot studentene.

Utsagn	Antall studenter
Helt uenig	2 (14%)
Enig	5 (50%)
Uenig	3 (21%)
Ubesvart	4 (15%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

I kommentarene trakk en student frem at de første ukene følte jeg meg ”overflødig” som student på avdelingen. Noen hevdet også at de trodde avdelingen ikke var helt forberedt på så mange studenter. Noen av studentene hevdet også at noen av de ansatte var negative til prosjektet, mens andre var positive. Hele 64% av studentene var helt enig eller enig at avdelingen var godt forberedt til å ta imot studentene.

Tabell 20 , Min læreprosess i praksis vurderer jeg som meget god.

Utsagn	Antall studenter
Enig	10 (71%)
Uenig	1 (7%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Over 70% av studentene er enig i at egen læreprosess i praksis var meget god.

Tabell 21 ,Veiledning fra ansatte i avdelingen underveis i praksisperioden ga god støtte i nye og vanskelige situasjoner.

Utsagn	Antall studenter
Enig	7 (50%)
Uenig	4 (29%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Tabell 22 , Veiledning fra lærerne underveis i praksisperioden ga god støtte i nye og vanskelige situasjoner.

Utsagn	Antall studenter
Helt enig	8 (58%)
Enig	3 (21%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Tabell 23 , Praksisperioden ga gode muligheter for å arbeide med min individuelle målsetting.

Utsagn	Antall studenter
Enig	7 (50%)
Uenig	4 (29%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Tabell 24 , Hospitering har gitt godt læringsutbytte.

Utsagn	Antall studenter
Helt enig	4 (29%)
Enig	6 (43%)
Uenig	1 (7%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Tabell 25

Mine muligheter for å arbeide med administrasjon og ledelse har vært gode.

Utsagn	Antall studenter
Helt enig	2 (14%)
Enig	7 (50%)
Helt uenig	2 (14%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Tabell 26 , Organiseringen med målsettingssamtale, halvtidsvurdering og avsluttende vurdering i grupper vurderer jeg som god.

Utsagn	Antall studenter
Helt enig	5 (36%)
Enig	5 (36%)
Helt uenig	1 (7%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Noen studenter trakk frem at å være gruppeleder i overtakelsesukene var lærerikt. Det var mindre lærerikt å gå sammen med avdelingsleder. En nevnte at administrasjon og ledelse fikk en best mulighet til i de studentstyrte ukene i avdelingen.

Generelle vurderinger

Tabell 27 , Forholdet til de ansatte ved avdelingen i praksisperioden har vært.

Utsagn	Antall studenter
Godt	9 (64%)
Mindre godt	2 (14%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Studentene kommenterte at forholdet til de ansatte varierte. Noen ansatte opplevde prosjektet og studentene som positive, mens andre uttrykte negative holdninger til studentene. En av studenten beskriver det på følgende måte; ”En del av de ansatte hadde en oppriktig interesse av at studentene skulle ha gode læremuligheter og trives i avdelingen.”

Tabell 28 , Forholdet til lærerne i praksisperioden har vært.

Utsagn	Antall studenter
Meget godt	10 (71%)
Godt	1 (7%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Studentene kommenterte at de opplevde støtte og ”back-up” underveis. Lærerne forsto vår/min situasjon og ikke minst frustrasjon i noen situasjoner i forbindelse

med praksisperioden. Noen synes det var flott å bli støttet underveis. Lærerne prøvde også å gjøre noe med situasjonen på avdelingen for oss studenter. Lærerne har vært tilgjengelige, gode på å lytte til studentene, tatt studentene og evt. problemer på alvor, og prøvd å gjøre noe med det, gitt klar og grei veiledning og evt. tilbakemeldinger.

Tabell 29 , Forholdet til mine medstudenter i praksisperioden har vært.

Utsagn	Antall studenter
Meget godt	9 (64%)
Godt	2 (14%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Kommentarene var at man opplever ikke like godt samarbeid med alle. Noen studenter følte seg mer sammensveiset enn de tidligere har opplevd i praksisperioder. Det var svært få/ingen problemer mellom oss hevdet noen. En studenten opplevde at de hadde en åpen dialog når det gjaldt fag, drøftet en del problemstillinger med respekt for hverandre og hverandres meninger.

Tabell 30 , Jeg vurderer egen læresituasjon med 18 studenter i avdelingen samtidig ved praksisen i sykehjem som.

Utsagn	Antall studenter
Meget godt	2 (14%)
Godt	6 (43%)
Mindre godt	3 (21%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Kommentarene var at enkelte opplevde at det var for lite sykepleieroppgaver til så mange studenter. Overtagelsesukene var spesielt lærerike. Det var fint at de kunne bruke hverandre svært aktivt både med tanke på veiledning og støtte. Noen mente at 18 studenter er for mange, fra tidligere praksis har det vært 10 studenter, og det synes jeg fungerte bedre. Uoversiktlig med for mange studenter, samt at enkelte læresituasjoner da blir begrenset. Andre mente at det var spennende å jobbe sammen så mange studenter. Mange faglige drøftinger, felles interesser, lett å finne støtte og motivasjon, føle fellesskap. Første års studentene følte seg godt ivaretatt av 4 års studentene.

Tabell 31 , Min motivasjon for å arbeide innen eldreomsorgen etter endt sykepleierutdanning er.

Utsagn	Antall studenter
Meget godt	2 (14%)
Godt	7 (50%)
Mindre godt	2 (14%)
Ikke besvart	3 (21%)

Absolutte tall og prosent (n=14)

Noen mente at det var for få veiledere pr. sykepleierstudent, men man lærer å samarbeide på en effektiv måte. Det er viktig at avdelingen er forberedt på at studentene kommer, og hvilke oppgaver de kommer til å ha. Noen studenter nevnte at det var et stort læringspotensiale for studenter i siste studieår å ha overtagelsesuker. Fra tidligere praksisperioder hadde alle studentene vært samlet den første uken med undervisning, informasjon og omvisning på praksisstedet, dette savnet noen.

Studentene ble også etter praksisperioden spurt om det er spesielle forhold som må være tilstede på arbeidsplassen for at de skal velge å arbeid i eldreomsorgen – og i så fall hva/hvilke?

Det er to kategorier som er av spesiell betydning for flere av studentene.

Faglige utviklingsmuligheter på arbeidsplassen

I dette legger studentene at det bør være mulighet for kontinuerlig veiledning/veiledningsgrupper. Internundervisning/kurs/ videreutdanning.

Arbeidsmiljø

Godt arbeidsmiljø/Samarbeid. Samarbeid, gode rutiner og kontinuitet i pleien. En ok avdelingsleder. God sykepleierdekning, gruppeledere. God og stabil grunnbemanning. Tverrfaglig samarbeid. God lønn. Mindre enheter så kvalitet kan prioriteres.

6.5.2 Resultater fra ansattes evaluering

For å vurdere prosjektet ønsket vi å få kjennskap til de ansattes synspunkter og erfaringer fra prosjektet. De ansatte ved avdelingen som arbeidet 25% eller mer ble bedt om å besvare et spørreskjema etter praksisperiodene var fullført. Det var 17 ansatte som besvarte spørreskjemaet, og vi vil nå presentere svarene de ansatte ga.

Bakgrunnskunnskap om de ansatte

De demografiske dataene (bakgrunnsdataene) forteller hvordan de ansatte fordeler seg i forhold til alder, yrke og tidligere arbeidserfaring.

Tabell 32, De ansattes alder

Alder	Antall ansatte
21 – 25 år	2 (12%)
26 - 30 år	3 (18%)
31 - 35 år	1 (6%)
36 - 40 år	3 (18%)
41 år og over	8 (47%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

De ansatte hadde en alderspredning fra kategorien 21-25 år til kategorien fra 41 år og over. Av dem som besvarte skjemaet var det nesten like mange i gruppen fra 41 år og over, som i gruppen fra 21-40 år.

Tabell 33, Yrke

Yrke	Antall ansatte
Assistent	6 (33%)
Hjelpepleier	2 (11%)
Omsorgsarbeider	3 (17%)
Sykepleier	6 (33%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

Omtrent 1/3 av de som besvarte spørreskjemaet var sykepleiere, 1/3 var hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere og 1/3 var assistenter.

Tabell 34, Arbeidserfaring fra helsevesenet

Arbeidserfaring fra helsevesenet	Antall ansatte
1 uke til 1 år	0
2 - 3 år	2 (12%)
4 - 5 år	3 (18%)
6 - 10 år	3 (18%)
11 år eller mer	9 (53%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

Ingen av de ansatte hadde mindre enn 2 års arbeidserfaring fra helsevesenet. Omtrent halvparten av dem som besvarte skjemaet hadde fra 2-10 års erfaring fra helsevesenet. Fordelingen på de tre midterste kategoriene (2-3 år, 4-5 år og 6-10 år) var nokså jevn. Den andre halvparten av de ansatte hadde 11 års erfaring eller mer.

Tabell 35, Arbeidserfaring fra eldreomsorg

Arbeidserfaring fra eldreomsorg	Antall ansatte
1 uke til 1 år	2 (12%)
2-3 år	1 (6%)
4-5år	1 (6%)
6-10 år	8 (47%)
11år eller mer	5 (30%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

Tabell 36, Stillingsprosent ved avdelingen.

Stillingsprosent ved avdelingen	Antall ansatte
100 %-75%	6 (35%)
74%- 50%	7 (41%)
Mindre enn 50 %	4 (24%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

Omtrent 1/3 av de ansatte som besvarte spørreskjemaet arbeidet fra 75-100% stilling. De øvrige 2/3 mindre enn 75%, men mer enn 25%.

Forberedthet til praksis

Vi ønsket videre å få kjennskap til hvor godt forberedt de ansatte opplevde at de hadde vært i forhold til denne praksisperioden.

Tabell 37, Informasjon fra avdelingsleder om avdelingens ansvar før studentene kom var meget god

Utsagn	Antall ansatte
Helt enig	2 (12%)
Enig	9 (53%)
Uenig	5(29%)
Helt uenig	1 (6%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

11 av de ansatte svarte at de var ”enig” eller ”helt enig” i at informasjonen fra avdelingsleder om avdelingens ansvar før studentene kom var meget god, mens 6 var ”uenig” eller ”helt uenig” i det.

Tabell 38, Avdelingen var godt forberedt til å ta imot studentene

Utsagn	Antall ansatte
Helt enig	1 (6%)
Enig	7 (41%)
Uenig	6 (35%)
Ubesvarte	3 (18%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

Når de ansatte ble spurt om de mente at avdelingen var godt forberedt til å ta imot studentene, svarte 8 at de var ”helt enig” eller ”enig” i det, 6 var uenige i det, mens 3 ikke hadde besvart spørsmålet.

Tabell 39, Studentenes praksisperiode har vært belastende for avdelingen

Utsagn	Antall ansatte
Helt enig	1 (6%)
Enig	5 (29%)
Uenig	7 (41%)
Helt uenig	2 (12%)
Ubesvarte	2 (12%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

5 av de ansatte at de var helt enig eller enig i at praksisperioden hadde vært belastende for avdelingen, mens 10 av dem var uenige eller helt uenige i denne påstanden.

Tabell 40, Avdelingen var kjent med høgskolens mål for studentenes praksisperiode

Utsagn	Antall ansatte
Helt enig	1 (6%)
Enig	10 (59%)
Uenig	3 (18%)
Helt uenig	1 (6%)
Ubesvarte	2 (12%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

På spørsmålet om avdelingen var kjent med høgskolens mål for studentenes praksisperiode, svarte 11 av de ansatte at de var enige eller helt enige i det. Fire av de ansatte var uenige eller helt uenige i dette, mens 2 ikke hadde besvart spørsmålet.

I den åpne rubrikken, kom det frem ulike begrunnelser for svarene de ansatte hadde gitt. Noen mente at det i ettertid viste det seg at de ikke var godt nok forberedt og at det ble for mange studenter på en gang. Noen savnet informasjon om hva praksisperioden skulle bestå av.

Studentene har bidratt til mye positivt, eks.: temahefter, fest for pasientene, gitt mye av sin tid til pasientene. En av de ansatte svarte: "Jeg satte stor pris på deres engasjement og kunnskap til avdelingen. Avdelingen trenger mye av nytt 'input'!"

Samarbeid

Vi ønsket videre å få vite mer om de ansattes erfaringer fra samarbeid med studenter, lærere og hvordan samarbeidet hadde vært mellom de ansatte i praksisperiodene.

Tabell 41, Forholdet til studentene vurderer jeg som meget godt

Utsagn	Antall ansatte
Helt enig	7 (41%)
Enig	7 (41%)
Uenig	1 (6%)
Ubesvarte	2 (12%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

Hele 14 av de ansatte svarte at de var ”enige” eller helt enige” i forholdet til studentene hadde vært meget godt. Bare en av de ansatte sa seg uenig i dette. Det var også to ubesvarte skjemaer i forhold til dette spørsmålet.

Tabell 42, Forholdet til lærerne vurderer jeg som meget godt

Utsagn	Antall ansatte
Helt enig	2 (12%)
Enig	8 (47%)
Uenig	2 (12%)
Ubesvarte	5 (29%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

Når det gjaldt samarbeidet med lærerne svarte 10 av de ansatte at de var enige eller helt enige i at samarbeidet hadde vært meget godt. To ansatte var uenige i at samarbeidet med lærerne hadde vært meget godt, og 5 skjemaer var ubesvart på dette området.

Tabell 43, Samarbeidet i avdelingen under praksisperioden mellom meg og mine kollegaer vurderer jeg som meget godt

Utsagn	Antall ansatte
Helt enig	6 (35%)
Enig	6 (35%)
Uenig	2 (12%)
Ubesvarte	3 (18%)

Absolutte tall og prosent (n=17)

Det var 12 ansatte som svarte seg enige eller helt enige i forhold til at samarbeidet mellom dem selv og de andre i avdelingen under praksisperioden hadde vært meget godt. Kun to var uenige i påstanden, mens tre ikke hadde besvart spørsmålet.

I den åpne rubrikken kom det frem at samarbeidet med studentene hadde vært bra. Noen skrev at de ikke fikk like god kontakt med alle, men *”de som jeg fikk det med følte jeg at samarbeidet gikk bra”*.

Når det gjaldt kontakten med lærerne, var det noen som mente at de så lærerne sjelden. En av dem skrev *”Lærerne fikk jeg liten tid sammen med, men det lille var positivt”*.

Noen hadde ønsket bedre kommunikasjon i forhold til arbeidsfordeling og andre gjøremål. En av de ansatte skrev at *”Mine kollegaer (hjelpepleierne + omsorgsarbeiderne) følte seg etter min mening truet av studentene som ”tok fra dem” litt styring”*.

Et åpent spørsmål til slutt i spørreskjemaet: Er det spesielt positive eller negative forhold ved denne formen for praksisstudier som du vil trekke frem?

Flere pekte på at det *”å få så mange dyktige sykepleierstudenter får en til å skjerpe seg selv.”* *”Jeg personlig liker å ha studenter i avdelingen, fint med ”ny” kunnskap, og muligheter til å kunne oppdateres faglig + ha mer overskudd i avdelingen”*. Det var også flere som mente at det var avlastende for personalet i forhold til pleien av pasientene når studentene var i avdelingen: *”Får mer tid til hver enkel pasient enn vi får ellers, for eksempel aktiviteter.”* Mer frigjort tid for de ansatte hadde også medført at de ansatte oppdaget og utvekslet kunnskap, var det en som skrev.

Flere mente studentantallet var for høyt. Noen beskrev det som uoversiktlig med så mange mennesker i avdelingen samtidig, og at det kunne bli mange å forholde seg til for pasientene. Det kunne lett bli ansvarsfraskrivelse dersom det ikke kom tydelig nok frem hvem som hadde ansvar for hva, skrev en ansatt. En annen svarte at hun var usikker på sitt ansvar i forhold til studentene. En skrev at det var vanskelig å veilede studentene – de styrte seg selv i stor grad.

En av de ansatte skrev at det var *”Kjempebra at noen har oppdatert pleieplanene!”*

Noen mente at det kunne være en nyttig erfaring for studenter som snart er ferdig med utdannelsen sin å ta på seg ansvaret for avdelingen.

En av de ansatte pekte på at i alle fall en til i stor stilling burde vært med i prosjektgruppa. *”Studentene er en kjemperessurs – avdelingen trenger hjelp til å se og forstå hvilken kjempemulighet dette er!!”*

Hvis det skulle være noe jeg ønsker endret måtte det være:

Noen mente studentene burde ha kontaktpersoner i avdelingen, og en ønsket sterkere deltakelse ift evalueringen av studentene.

Noen ønsket å fordele antall studenter utover året, og færre studenter pr. vakt.

Det var viktig med god kommunikasjon og tydelig ansvarsfordeling. Her ble det spesielt trukket frem betydningen av at alle var tydelige ift når de skulle på andre aktiviteter, ta pause, på møter osv.

Noen ansatte ønsket en tydeliggjøring ift praksisperiodens innhold for studentene (hvilke oppgaver studentene skal ha).

En mente studentene burde ta fullstendig ansvar – også til oppfølging utover hele vekten.

En mente det var viktig at studentene ikke tar pause når avdelingen trenger dem mest, spesielt ved matsituasjoner.

En annen foreslo at det burde utarbeides et sluttskjema til studenten slik at de anonymt kan si sin mening om det de vil.

6.6 Avslutning

6.6.1 Publisering

Som en del av Prosjekt bruker- og kompetansesenter i Fredrikstad tok prosjektleder, Sigurd Roger Nilsen, kontakt med lokalpressen i Fredrikstad. Her ble det rettet en forespørsel mot avisen om de var ville dekke de ulike delprosjektene med presseomtale i avisen. Dette resulterte i to oppslag i avisen lokalavisen Fredriksstad Blad. Det første intervjuet var hentet fra planleggingsperioden, da studentene som deltok i prosjektet i desember 2001 hospiterte før den avsatte praksisperioden tok til (06.12.01). Det andre intervjuet i avisen ble foretatt mens studentene hadde sin første overtakelsesuke (16.02.02). Videre har prosjektet blitt omtalt på Høgskolen i Østfolds intranettsider.

I oktober 2001 sendte vi et abstract til Norsk sykepleierforbund med forespørsel om prosjektet vårt var av interesse for Sykepleierkongressen 1.- 4. oktober 2002. Vi fikk positive tilbakemelding. Det resulterte i at vi deltok ved

Sykepleierkongressen med en poster som gjengir erfaringer fra prosjektet og en brosjyre til mulige interesserte . I ettertid har vi fått henvendelser med spørsmål om prosjektet fra personer som har arbeidet med lignende prosjekter andre steder i landet.

I April 2003 ble erfaringer fra prosjektet formidlet til noen av de ansatte ved Høgskolen i Agder på faglig forum.

Vi, som delprosjektledere, har også utarbeidet denne rapporten, for å samle og fortelle om våre erfaringer fra Prosjekt utdanningspost ved Fjeldberg sykehjem i Fredrikstad våren 2002. Vi vil med dette få takke alle som har fattet interesse for vårt prosjekt og de erfaringene vi har fått lov å formidle!

6.6.2 Oppsummering

De av studentene som besvarte spørreskjemaet hadde en aldersspredning innenfor kategoriene mellom 21-40 år. Nesten halvparten av de ansatte som besvarte spørreskjemaet var i kategorien over 41 år og over.

Mer enn halvparten av studentene hadde hjelpepleierutdanning fra før. Blant de ansatte var omtrent 1/3 sykepleiere, 1/3 hjelpepleiere/omsorgsarbeider og 1/3 assistent. Samtlige 3. års studenter hadde erfaring fra helsevesenet og eldreomsorg før de startet sin sykepleieutdanning.

Når det gjelder **forberedthet til praksis**, svarte 2/3 av de ansatte at de hadde fått meget god informasjon fra avdelingsleder før studentene kom. Litt over halvparten svarte at de var godt forberedt til å ta imot studentene, mens kun 14% av studentene var enige i dette.

2/3 av de ansatte hadde ikke opplevd praksisperioden som belastende for avdelingen. Mens 65% av de ansatte oppga at avdelingen var kjent med høgskolens mål for studentenes praksisperiode, var 57% av studentene var enige i det.

Blant studentene var det kun 14% som var uenige i at **informasjonen** de fikk om praksis i forkant av praksisperioden var tilstrekkelig. Alle som besvarte oppga at de hadde arbeidet med egne læringsmål og hadde lest aktuelt pensum. Over 70% av studentene vurderte sin egen læreprosess i praksisperioden som meget god, mens bare 7% krysset av i rubrikken ”uenig”.

Det ser ut til at studentene hadde hatt **utbytte av veiledning** fra både ansatte og lærere. 10 studenter mente hospitering hadde gitt godt læringsutbytte, mens 1 var uenig i dette. Av studentene vurderte 9 at hans/hennes muligheter til å **arbeide med administrasjon og ledelse** var gode, mens 2 studenter var uenig i det. 10 av studentene vurderte **organiseringen med målsamtale, halvtidsvurdering og avsluttende vurdering** i grupper som god, mens 1 var uenig i det.

Samarbeid. Studenter og ansatte svarte at de vurderte forholdet til den andre gruppen som godt (80-90%). Blant de ansatte som hadde besvart spørsmålet var det 2 som ikke vurderte forholdet til lærerne som meget godt, mens studentene oppga at det hadde vært godt eller meget godt. Ca 80% av de ansatte vurderte forholdet mellom seg og sine medarbeidere som meget godt under praksisperioden.

Det var samme antall studenter (14%) som ikke hadde **motivasjon for å arbeide innen eldreomsorg** etter endt sykepleierutdanning både før og etter praksisperioden.

Lærererfaringer

Som lærere og delprosjektledere har vi god erfaring med en aktiv studentdeltakelse i planlegging, gjennomføring og evaluering av prosjektet. I enda større grad enn tidligere har vi positive erfaringer med at studenter får og tar ansvar for det de skal lære – både ift å definere hva de ønsker å lære og

hvordan de kan oppnå dette. Erfaringene med å gi studentene friere tøyler til å ta del i organiseringen av praksisstudiene er også svært gode.

I forkant av praksisperioden ble prosjektet presentert i klassen – både av hovedprosjektleder, avdelingsleder for sykehjemsavdelingen, studentene og lærerne i prosjektgruppa. Vi har gode erfaringer med dette + diskusjonene det skapte i klassen. For oss var det nyttig at studenter og lærere hospiterte i avdelingen før praksisstudiene.

Vi har erfart at det å gi tilstrekkelig informasjon til alle involverte parter før en praksisperiode kan være vanskelig. Informasjonen har blitt gitt fra avdelingsleder både skriftlig og på avdelingsmøter for avdelingen. I tillegg ble avdelingens ansatte innbudt til et diskusjons- og informasjonsmøte før praksisperioden. Informasjonen kunne vært bedre både i forkant og ved gjennomføring av prosjektet. Det hadde vært nyttig for prosjektet at de ansatte hadde hatt en representant til i prosjektgruppa.

Studentenes og de ansattes vurderinger av praksisperioden har vært svært nyttige. Det har også vurderingene studentene ga før praksisperiodens start vært.

Vi opplevde at dette var en annerledes lærerrolle i praksis enn det vi var vant til fra før, der vi har samarbeidet tettere med studentene - både i planlegging, gjennomføring og evaluering av prosjektet. En rekke valg har blitt foretatt underveis i nært samarbeid med studentene. Vårt inntrykk som lærere er at studentene tok utfordringen og håndterte den godt – selv om det tidvis kunne være uvant for dem å ikke få presentert ”ferdige løsninger”. Samtidig tok de ansvar for valgene sine når situasjonen kanskje ikke ble helt som forventet.

Som lærere la vi vekt på å gå sammen med studentene i avdelingen, slik at vi kunne se dem i aktuelle situasjoner. Gjennom samhandlingen kunne vi stille spørsmål ved fremgangsmåte/be om begrunnelser. Det ga rom for å diskutere aktuelle sykepleiespørsmål, og til å utfordre den enkelte.

Noen erfaringer av metoder anvendt i praksisperioden:

1. Sykepleieklinikker

Her hadde vi et ønske om at dette skulle være et samarbeid mellom avdelingen og studentene. De ansatte har definert områder de mente det var nyttig for avdelingen at det ble arbeidet mer med. Tanken om at ansatte og studenter kunne samarbeide om dette ble ikke fulgt i tilstrekkelig grad. Her kunne det vært nyttig dersom f.eks et par ansatte hadde blitt frigjort til slikt arbeid innen et område de selv var opptatt av, sammen med studenter som var opptatt av å arbeide med same tema. For øvrig har vi god erfaring med å sette av tid til å arbeide med sykepleieklinikker, og vi ser også at avdelingen har ”fått noe igjen” i form av skriftlig/muntlig informasjon og noe internundervisning fra studentene innen de ulike områdene.

I løpet av praksisperioden har de ansatte fått tilbud om et firedagers kurs innen et selvvalgt område/tema. I tillegg har vi tilrettelagt for hospitering ut fra områder de ansatte selv har ønsket og hatt behov for. I tillegg har de fått mulighet for møteaktivitet og frigjort tid til pasienter, småkurs og undervisning. Dette har mange ansatte gitt god tilbakemelding på .

Vi har også hatt refleksjonsgrupper for studentene. Disse har vært aktivt brukt av studentene.

Erfaringene fra studentveiledning av 1. års studenter har også gitt mange gode tilbakemeldinger. Her prøvde vi en ordning der to og to 3. års studenter delte ansvar som ”veiledere” for en 1. års student under veiledning/hjelp fra

avdelingens ansatte og oss som lærere. 1 års studentene ga god tilbakemelding om at de hadde blitt godt mottatt, og fått god veiledning underveis.

2. Gruppelederfunksjonen

Studentene i 3. år hadde fokus på gruppelederfunksjonen i denne praksisperioden. Vi erfarte at studentene i større grad enn ved ordinære studier tok ansvar for og fikk prøvd seg som gruppeledere. De tok ansvar for å fordele gruppelederfunksjonen mellom studentene i samarbeid med avdelingen.

3. Overtakelsesuker

Evalueringen viste at overtakelsesukene var svært vellykkede. Studentene opplevde at de virkelig fikk ansvaret for avdelingen, og at dette var en spennende erfaring de mestret. Som lærere opplevde vi at studentene gjerne ville yte sykepleie i tråd med fagets idealer, og at de gjorde sitt ytterste for å yte god sykepleie til beboerne. Videre opplevde vi at studentene tok ansvar og samarbeidet meget godt, og at vi som lærere kunne være diskusjonspartnere og medarbeidere de kunne delegere arbeidsoppgaver til.

Overtakelsesukene ga dette rom for at avdelingens ansatte fikk et firedagers langt kurs innen et selvvalgt tema (dokumentasjon) ved Høgskolen i Østfold.

Vi har to kommentarer til slutt i forhold til utbytte for pasientene og de ansatte. Pasientene fikk mulighet til blant annet bollebaking avislesning, fest og turer ut. Noe både studenter og pasienter så ut til å trives med. Vi vil også hevde at de ansatte fikk bedre tid til beboerne og oppdatering faglig som hverdagen i sykehjemmet i dag gir lite rom for.

6.6.3 Anbefalinger videre

Vi betegner dette som et vellykket prosjekt. Studentene får en annen form for praksis, hvor de får stor grad av ansvar. Dette tror vi kan være gode

læresituasjoner for studentene. Denne studentgruppen var utypisk for studenter ved grunnutdanningen ved Høgskolen i Østfold, fulltid og det er derfor vanskelig å trekke en konklusjon. Likevel velger vi å fremholde at noen av metodene kan anvendes i tradisjonelle kliniske praksisperioder. Dette gjelder gruppeveiledning, tettere oppfølging med lærer i avdelingen og sykepleieklinikker hvor ansatte og studenter samarbeider om temaområder.

Kan denne formen for praksis lettere få studentene til å se sammenhenger mellom teori og praksis? Dette har vi ikke fått svar på gjennom vår undersøkelse, med dette har vært refleksjoner lærerne har gjort deg underveis. I overtakelsesperiodene gav studentene ikke uttrykk for at de følte seg som arbeidskraft, men at de følte at de hadde mye ansvar og utfordringer f.eks gjennom planlegging av turnus, hospitering, ansvarsfordeling i løpet av dagen. Vi vet godt at det er ressurskrevende å være så tilgjengelig for studentene i klinisk praksis, men vi opplevde at det nyttig for oss som lærere i de andre situasjonene hvor vi møtte studenten eks. veiledningssamtaler, evalueringer og stellesituasjoner. Hvilken lærerrolle skal læreren ha i klinisk praksis bør, slik vi ser det, variere i forhold til de ulike typene praksis, praksisteder og organisering. En stor utfordringer i denne type prosjekter er samarbeidet mellom de ansatte og lærere/ skolen. At de ansatte er godt representert i planlegging før oppstart og i samarbeidsorganer underveis er en forutsetning for å lykkes.

Å bruke andre metoder for å kunne gjøre flere erfaringer gjennom forskning på ulike typer praksisformer i sykepleierutdanningen er nødvendig for å kunne si noe mer om denne måten å organisere praksis på. Vi ser at dataene våre gjerne skulle vært fulgt opp av en intervjuundersøkelse for å komme lengre på de erfaringene vi har gjort oss. Det ville være nyttig med komparative studier hvis formen fortsetter, gjerne med andre steder i landet.

Til slutt vil vi fremheve betydningen av at alle prosjektets ledd er viktige. Vi har gjort oss nok en erfaring med at kommunikasjon er helt sentralt i planlegging og gjennomføring av prosjekter.

LITTERATURLISTE

Fagermoen, M.S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis: Et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hasle, K. og Biermann, K.U. (1999). *Studentdrevet post på sykehjem. En annerledes form for praksisstudier i eldreomsorgsperioden*.

HiO-notat 1999,nr. 1.

Hasle, K. (2001). *Studentdrevet post på sykehjem. Evaluering av formen på kliniske studier etter tre års gjennomføring når studiene er organisert som "studentdrevet post"*. HiO- notat 2001, nr. 17.

Hornstvedt, R. og Kyrkjebø, V. (2000). *BLÅTT + GULT= GRØNT*, Samarbeidsprosjekt for Ramnes sykehjem, Vestfold og Høgskolen i Vestfold, Avdeling for helsefag.

Kirkevold, M. og Kårikstad, V. (1999). *Undervisningssykehjem. Nasjonal plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten*. Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Rapport nr. 1/99.

Midtbø, T. og Schei, B. (1993). *Studentansvar i praksis – den eldre i sentrum*, Sogn og Fjordane Sykepleiehøgskole. Rapport nr. 1-93.

Onstad, R.F. (1997). *Økt ansvar og selvstendighet for sykepleierstudentene i praksis på et bo -og behandlingssenter : Er dette med på å øke studentenes læring i praksis? Er dette en måte å gi pleiepersonalet muligheter for fagutvikling?* Lørenskog: Høgskolen i Akershus.

Prosjekt "U3". (1993). *Et samarbeidsprosjekt mellom Diakonhjemmets sykehus, Diakonhjemmets sykepleierhøgskole og Betanien sykepleierhøgskole*. Rapport fra prosjektperiode I, januar - juni 1993. Oslo : Diakonhjemmets sykehus.

Rammeplan og forskrift for 3 årig sykepleierutdanning. (2000). Fastsatt av kirke-, utdannings-, og forskningsdepartementet, 7. januar 2000. Utgitt av Norgesnettrådet.

Sand, Å, Tollaas, T, Halseth, Å.R., og Ottesen, R. (1992). *Utprøving av ny alternativ modell for praksisstudier i utdanning av sykepleiere : et samarbeidsprosjekt mellom Sentralsykehuset i Rogaland (S.I.R.) og Stavanger sykepleierhøgskole (S.S.H.)*. Stavanger: Stavanger sykepleierhøgskole.

7.0 TVERRFAGLIG STUDENTPRAKSIS

av Anne Kristin Martinsen

Dette er fase II av prosjekt utdanningspost i Fredrikstad. Denne rapporten omhandler tre praksisperioder. Den første ble gjennomført ved Fjeldberg sykehjem, avdeling Korten II våren 2002. De to andre som avsluttes i juni 2003, er ved Glemmen sykehjem – avdeling Regnbuen og Smedbakken sykehjem – avdeling Smia Nord. Ved Fjeldberg sykehjem var det 4 sykepleier- og 4 vernepleierstudenter, mens ved de to andre avdelingene er det 3 studenter fra hver utdanning.

7.1 Hvorfor en tverrfaglig praksisperiode ?

I de siste 20 – 30 årene har ulike politiske dokument gitt pålegg om at helse- og sosialfag- utdanningene må vektlegge tverrfaglighet og samarbeid (Bjørnsons kom. 1972). Dette pålegget kom som et mottiltak til det mangelfulle samarbeidet mellom fagpersoner som man mente preget helsesektoren. Samarbeidsvanskene kunne ses i sammenheng med den spesialisering og sektorisering som foregikk gjennom 60 –årene ved utbygging av en institusjonsbasert omsorg. Sektoriseringen av yrkesarenaen, av mange også benevnt som teigdeling (Abbott 1988 i Ramsdal 1994; Erichsen 1996) medfører et funksjonsdifferensiert utdanningssystem. Den enkelte yrkesgruppe utvikler en ideologi, en tenkningsramme, et fagspråk og et faglig innhold som legges til grunn for utdanningen. Dette medfører at den spesifikke yrkesfunksjonen og den spesifikke yrkeskompetanse kommer i fokus, og modellen innbyr lite til samarbeid mellom yrkesgrupper. Gjennom 1970- til 1990 kommer det derfor en rekke utdanningspolitiske reformer som berører både utdanningenes innhold og struktur, og som vil forskyve yrkesgruppenes kvalifikasjons- og kompetanseprofil (Blåka Sandvik 1997:314).

Arbeidsarenaen kan forstås som ulike områder eller teiger hvor de ulike yrkesgruppene konkurrerer om å sikre kontroll, eller myndighet og ansvar, ved å oppnå gjennomslag for sin kunnskap og sine verdier (Erichsen 1996:46; Tepstad Utvær 1995). Profesjonalisering handler generelt om å maksimere kontrollen over eget yrkesfelt eller teig. Det skjer gjennom utvikling av fag som omgivelsene anerkjenner, og som bidrar til at yrkesgruppen oppnår tillit fra brukerne og allmennheten. 60-årenes særomsorg gav gode muligheter for teigdeling. For eksempel ble Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) sett på som vernepleiernes teig (Tepstad Utvær 1995).

80-årene innebar en redefinering av relasjonene mellom profesjonene gjennom desentraliseringsreformer. Nye lover medførte ansvarsoverføring fra stat og fylke til kommuner. Dette gjaldt blant annet ansvar for primærhelsetjenesten, sykehjemsbasert eldreomsorg og psykiatri. For mennesker med utviklingshemming ble den fylkeskommunale særomsorg – HVPU- erstattet med kommunale desentraliserte tilbud. Dette innebar en redefinering av arenaen for vernepleiernes yrkesutøvelse (Tepstad Utvær 1994).

Ved overføring av ansvar til kommunene, fikk de mulighet til å prøve andre former for inndeling av helse- og sosialsektoren. Dette medførte store forandringer for relasjonene mellom profesjonene, ettersom kommunene bestemte hvilke profesjoner de ville ansette til å utføre ulike arbeidsoppgaver, og dermed hvilke som skulle være sentrale (Erichsen 1996). Resultatet er større samordning av tjenestene, som stiller krav til økt samarbeid mellom yrkesgruppene.

Disse føringer er nedfelt i rammeplanene for helse- og sosialarbeiderutdanningene. De gir dessuten anledning til å definere

profesjonenes kjerneområder og gir dermed et grunnlag for standardisering av profesjonell kompetanse og til markering av revir (Ramsdal 1994).

Betydningen av tverrfaglig samarbeid vektlegges flere steder i fellesdelen i rammeplanen og utdanningene skal tilrettelegge arbeidsformene slik at studentene oppøver evne til samarbeid og økt forståelse for andres fagfelt. (1999:15). Videre skal studentene tilegne seg nødvendig kunnskap og forståelse i en felles referanseramme for yrkesutøvelsen innen offentlige tjenester (s.17)

Ut fra rammeplanene er sykepleier- og vernepleierutdanningen pålagt å ha 10 vekttall (30 studiepoeng) med felles innhold. Dette blir i dag ivaretatt med fellesundervisning i 3 teoriblokker, henholdsvis innen kommunikasjon, etikk og vitenskapsteori.

7.2 Pedagogiske prinsipper for tverrfaglig praksis

Rammeplanene sier ikke noe om samarbeid gjennom felles praksisundervisning. Når vi ønsket at studentene også skulle møtes i praksisfeltet, var det ut fra antakelse om at:

- å jobbe i praksis ville gi vel så stor gevinst som å jobbe med teori i grupper på høyskolen
- de blir bedre kjent og lærer derved lettere av hverandre
- praksis får fram likheter og ulikheter mellom de to utdanningene, blant annet eventuell ulik tilnærming til et problemområde
- denne organisering av praksisundervisning bør kunne lette senere samarbeid som yrkesaktive fagpersoner

Sykehjem er godt egnet for en felles praksis fordi begge utdanningene benytter sykehjem som læringsarena hvor studentene skal tilegne seg ferdigheter i å

identifisere, vurdere og imøtekomme brukernes behov for pleie og omsorg (Rammeplan for sykepleierutdanningen, delemne 2B, - for vernepleierutdanningen, delemne 3B).

For sykepleierutdanningen er denne praksisperioden lagt i 1. - og for vernepleierutdanningen i 2. studieår. Dette medfører at praksisundervisningen er tilnærmet sammenfallende i tid for 3-årig sykepleier- og 4-årig vernepleierutdanning. Forholdene ligger derfor organisatorisk til rette for å samkjøre denne praksisundervisningen.

For vernepleierutdanningen er det et behov for å få mer kompetanse i forhold til eldreomsorgen for i nåværende rammeplan er det presisert at sykdom og funksjonshemminger i tilknytning til høy alder skal vektlegges (s. 38). Dette medfører at vernepleiere er ønsket inn på et område som tradisjonelt sett har vært sykepleiernes teig. Derfor er det viktig at vernepleierne kan være med å definere sitt bidrag innen disse tjenestene. Det må være et mål om å oppnå en samlet større bredde i tilbudet til brukerne, og ikke kjempe om eiendomsrett til bestemte funksjoner.

7.2.1 Konkretisering av det pedagogiske opplegg

”Læring gjennom ansvar” vektlegges ved at studentene skulle ta ansvar for hverandre gjennom tett samarbeid i praktisk arbeid med beboere og i miljøet ved gjensidige tilbakemeldinger. Mester – svenn modellen nedtones.

Studentene får et mer utvidet ansvar for beboerne enn de vanligvis har i praksisstudiene. Dette betyr at alle pleie- og aktivitetsrelaterte gjøremål er fokus for læresituasjonen.

Blanding av studenter fra ulike nivå: 1. års studenter i første praksisperiode fra sykepleierutdanningen og 2. års studenter i andre praksisperiode fra vernepleierutdanningen. De siste følger 4-årig utdanningsforløp.

Turnus. I turnusen skal det i tillegg til dagvakter på hverdager, være en senvakt hver uke og en helgevakt. Det skal være tre parvise studenter (vernepleier og sykepleier) på hver avdeling. Det betyr at to studenter følger samme turnus. Studentene får velge blant tre turnuser. Turnusene skal også ta høyde for at personalet kan frigjøres halve og hele dager de siste 2-3 ukene av studentenes praksisperiode.

Kontaktpersoner med ansvar for hele studentgruppa erstatter den tradisjonelle individuelle veileder: Kontaktpersonens rolle og ansvar er:

- gi innføring i avdelingen ved oppstart
- gi støtte, rettleiing i daglige oppgaver
- gi muligheter for samtaler og veiledning ved etterspørring fra studentene
- bidra i studentenes arbeid med mål
- bidra med informasjon til sine medarbeidere angående prosjektet

En av kontaktpersonene deltar i målsamtaler, i den ukentlige veiledningen og i evalueringen sammen med lærer.

Lærerne og veiledning. Lærerne i prosjektet skal ha veiledning med studentene i gruppe en gang pr. uke. I denne gruppa får studenten veiledning på sine mål og på refleksjonsrapporter/ veiledningsgrunnlag. Lærerne veileder ikke under stell eller annen aktivitet/sykepleieutøvelse. Studentene skal ha avtale om dager hvor de sammen med en annen student: planlegger, gjennomfører og gir tilbakemeldinger til hverandre på konkrete situasjoner. Etter gjennomføring av situasjonen deltar lærer i tilbakemeldinger og drøftinger (refleksjon/ etterveiledning).

Fellesprosjekt: Avdelingens ansatte og studentene oppfordres til å komme fram til ønsker om faglig utvikling som de kan samarbeide om. De ansatte har

utspillet her og skal forberede dette slik at studentene kan ta dette inn i sine målsettinger. For de ansatte betyr frigjøring av tid mulighet for mer aktivitet for beboerne, faglig fordypning i og utenfor avdelingen eller mulighet til å trekke seg ut av avdelingen for ulike gjøremål.

Evaluering. Evalueringssamtalene gjøres med en kontaktperson, en lærer og de to studentene som har gått i samme turnus. Bakgrunnen for evalueringen skal være studentens egen vurdering, evaluering fra medstudent, personalets observasjoner og tilbakemeldinger og lærerens evaluering.

Informasjon fra studenter og HiØ. Avdelingene vil ha en egen informasjonstavle. Studentene skal informere hele personalet om sine mål og ukeplaner. Her vil også de ansatte bli informert om høgskolens kurstilbud og åpne forelesninger.

7.3 Planlegging og gjennomføring

Tverrfaglig studentpraksis ved utdanningspost er knyttet til 2 praksisperioder. Den første perioden ved Fjeldberg sykehjem våren 2002 kan beskrives som et ”pilotprosjekt”. Erfaringene fra denne gjennomføringen har vært avgjørende for gjennomføringen av det nåværende prosjektet.

7.3.1 Fjeldberg sykehjem, våren 2002,

Det ble avholdt et planleggingsmøte før praksisperiodens oppstart mellom 3 representanter for avdelingen, hvorav den ene var avdelingsleder, og 3 fra høgskolen, lederne for forrige studentprosjekt som var ved samme post, og undertegnede. Her ble det avklart at avdelingen skulle utpeke 4 kontaktpersoner. Av disse var 2 sykepleiere og 2 omsorgsarbeidere/-hjelpepleiere. På grunn av rammeplankrav for vernepleierne om opplæring og trening i medikament-

håndtering, skulle vernepleierstudentene forholde seg til sykepleierne. I begynnelsen av perioden skulle studentene mest mulig følge kontaktpersonens turnus. I den sammenheng ble det ytret ønske om å planlegge turnusen slik at det ble enkelte dager med mange studenter tilstede samtidig for å gi muligheter for felles aktiviteter for studentene, eventuelt sammen med personalet, eller frigjøring av personalet. Det ble dessuten ytret ønske om jevnlig møter mellom avdelingsleder, kontaktpersoner og lærer, og eventuelt andre fra avdelingen. I tillegg ble det informert om praksisperioden i forhold til de to utdanningene og ulike forhold i tilknytning til praksisperioder generelt ble avklart. Det ble holdt et eget informasjonsmøte mellom kontaktpersonene og undertegnede.

Utvelgelsen av studenter foregikk som ved ordinære praksisperioder ved de to utdanningene. På vernepleierutdanningen setter studentene opp ønsker i prioritert rekkefølge som praksisansvarlig lærer prøver å imøtekomme. Ved sykepleierutdanningen fordeles praksisplassene av praksiskonsulent, men også her kunne studentene ønske å få være med i prosjektet.

I forhold til tidligere utdanning og yrkeserfaring så var 4 studenter – likt fordelt fra utdanningene - utdannet hjelpepleier/omsorgsarbeider. Alle disse hadde erfaring fra sykehjem. 2 øvrige vernepleierstudentene hadde erfaring fra andre deler av kommunal helse-/sosialtjeneste.

1 sykepleierstudent hadde mange års yrkeserfaring, men ikke fra helse- eller sosialtjenesten. 1 sykepleierstudent hadde begrenset yrkeserfaring.

Det var 7 kvinner og en mann. Til sammen utgjorde de en sammensatt studentgruppe.

Av ulike grunner ble få av intensjonene som lå til grunn for perioden våren 2002, oppnådd. Prosjektet var på flere områder for dårlig planlagt. Fra høgskolens side så ble det for sent avklart hvem som skulle være prosjektansvarlig. Dette medførte at det ble for dårlig kontakt mellom

avdelingen og skolen, noe som resulterte i mangelfull informasjon til personalet. Fastbundne arbeidsoppgaver som undervisning, veiledning og eksamensavvikling medførte at lærer fikk for liten tid sammen med studentene i avdelingen.

Sykepleierstudentene begynte en uke før vernepleierstudentene, og da vernepleierstudentene kun er på skolen to dager pr. uke, klarte vi ikke å oppfylle intensjonen om at alle studentene skulle møtes før praksisperiodenes oppstart slik at de skulle kunne danne en gruppe fra starten av. Dette bar praksisperioden preg av idet studentene ble enkeltpersoner eller par innen de to utdanningene, og det ble minimalt med samarbeid mellom de to studentgruppene.

Disse forholdene kan man i stor grad unngå ved bedre planlegging. Verre er det med forhold man ikke kan påvirke. Allerede fra praksisperiodens begynnelse var avdelingen sterkt preget av mange sykmeldinger blant det faste personalet, deriblant avdelingsleder og to av kontaktpersonene hvorav den ene sykepleieren. Den andre "kontaktsykepleieren" ble beordret inn i lederfunksjonen og fikk derved mindre tid til studentene enn på forhånd antatt. Avdelingsleder er heller ikke med i daglig stell av beboerne, så studentene kunne ikke følge henne som planlagt. Kun en kontaktperson kunne utføre denne funksjonen som planlagt. Hun fulgte godt opp sine to sykepleierstudenter, men som utdannet omsorgsarbeider/hjelpepleier ble det begrenset hva hun rent faglig kunne tilføre studentene som selv var omsorgsarbeider. Dette hadde antakelig ikke fått så store konsekvenser om studentene hadde hatt en sykepleier å diskutere yrkesgruppens funksjon i avdelingen.

Manglende kontaktpersoner medførte at bindeleddet mellom studentene og personalet ble sterkt svekket, og studentene ble værende for seg selv. Personalet hadde lite overskudd til å ta seg av studentene, og hele miljøet ble preget av at

det var mange ufaglærte vikarer på jobb som hadde lite kunnskaper om hva studentrollen innebærer.

Personalet syntes å være slitne av å forholde seg til så mange studenter i avdelingen. Dette prosjektet kom for nært det forrige i tid, og misnøye eller vansker i forhold til enkelte sider av forrige prosjekt ble overført til de nye studentene. Personalet syntes ikke å se og benytte ressursene som lå i studentgruppa, og med fravær av avdelingsleder var det ingen til å gripe tak i denne problematikken.

Ca. halvveis i perioden var personalsituasjonen så prekær at studentene ble tilbudt nye praksisplasser. Dette var det kun en vernepleierstudent som benyttet. De øvrige ønsket å bli i avdelingen først og fremst fordi de hadde valgt seg primærpersoner som de hadde god kontakt med.

Studentene savnet kontaktpersoner og veiledning. De uttrykte at de til tider følte seg lite velkommen i avdelingen og mistet overskuddet til å gjøre noe ekstra som å gå sammen om å sette i gang trivselstiltak for beboerne. Det begrenset seg til at de brukte mye tid sammen med primærpersonene sine og fint vårvær medførte mange turer ut av avdelingen. Min påstand er at de alle var dyktige studenter, noe gode evalueringer kan bekrefte.

Det ble mange negative erfaringer gjennom dette prosjektet, men vi gjorde noen positive erfaringer. Vi lyktes med å etablere en studentgruppe som møttes noen ganger for å diskutere og reflektere over hverandres erfaringer. Sigurd Roger Nilsen og jeg hadde felles veiledning med hele studentgruppen noe som ble svært godt mottatt av dem. I slutten av perioden gikk sykepleier- og vernepleierstudenter sammen i daglig pleiesituasjoner. Det ble også

imøtekommet ønsker fra studentene om å hospitere ved andre enheter ved institusjonen.

7.3.2 Våren 2003, Smedbakken og Glemmen sykehjem

Etableringen av prosjektet ved disse sykehjem kom i stand etter en henvendelse fra sykehjemmene som ønsket en prosjektetablering ved virksomhetene.

Det er etablert en arbeidsgruppe bestående av flere ansatte ved prosjektavdelingene samt virksomhetslederne ved de to sykehjemmene. Arbeidsgruppen hadde i alt tre møter før praksisundervisningens oppstart, og kontaktpersonene var med på det siste møtet.

Fra utdanningene er to lærere med i prosjektet i tillegg til prosjektleder. En sykepleier; Anne Grete Gregersen, som etter eget ønske er tilknyttet Smedbakken og undertegnede som er vernepleier har ansvar for utdanningsposten ved Glemmen sykehjem.

Det er i alt 12 studenter fordelt med 6 fra første året ved sykepleierutdanningens 3-årige studieforløp og 6 fra andre året ved vernepleierutdanningens 4-årige studieforløp. Studentene ønsket selv å delta i prosjektet. Studentene hadde to fellesmøter med lærerne for å få informasjon og bli litt kjent med hverandre. Vernepleierstudentene valgte selv praksissted, mens sykepleierstudentene var allerede plassert. Alle valgte selv turnus og derved hvem de skulle jobbe mest sammen med. Studentene dannet tre par ved hvert sted med en sykepleier- og en vernepleierstudent i hvert par. Studentturnusene bygget på kontaktpersonenes turnus og innebar en arbeidshelg og en senvakt i uka. De fleste dagene er det 4 studenter på dagvakt og to på kveldsvakt. En dag i uka er alle på dagvakt. Vernepleierstudentenes praksisundervisning ble framflyttet slik at alle studentene startet samtidig.

Da studentene kom til Regnbuen¹ første praksisdag, fikk de en godt planlagt velkomst og de har gitt uttrykk for at de følte seg svært velkomne. De var blitt plassert i ulike grupper i forhold til beboerne, noe som medførte at de første dagene ble enklere for alle parter idet alle fikk færre personer å forholde seg til. Dette var godt planlagt også fordi kun én av studentene har praksis fra sykehjem fra før.

Personalet hadde planlagt og gjort avtaler for hvordan de skulle benytte de dagene i praksisperioden da studentene skal kunne ta mer ansvar i avdelingen. I denne sammenheng ble det gjennomført en fagdag 13. mai på høgskolen i tråd med personalets ønske. 31 av de ansatte ved to sykehjemmene deltok på fagdagen.

Avdelingen hadde etablert i alt seks kontaktpersoner, hvorav fire er omsorgsarbeider/hjelpe-pleiere og to er sykepleiere. Hver fredag har en sykepleier en oppsummering av uka med alle studentene. Denne kommer i tillegg til den ukentlige veiledningen med undertegnede hvor sykepleieren også deltar når hun kan. Veiledningsmøtene foregår i en romslig ”krok” som er ordnet for studentene. Der er det også hengt opp korktavler for lærekontrakter, målsettinger, ukeplaner og annen informasjon.

Hittil har jeg vært med under studentenes målsamtaler og utarbeiding av lærekontrakt, og jeg har hatt en veiledning. Alle studentene uttrykker stor trivsel med hverandre og ikke minst med personalet, som fremdeles er svært positive til å ha såpass mange studenter og er veldig bevisste på å ta de med i ulike situasjoner som de mener er lærerike. På et direkte spørsmål fra meg om studentene trodde de mistet læringsmuligheter ved å jobbe så tett med andre studenter, antok de at læringsmulighetene heller var større.

¹ Heretter er det Regnbuen som blir beskrevet i og med det er der jeg er skolekontakt.

Fagdagen 13. mai hadde også en ”dialogtime” relatert til prosjektet.

Tilbakemeldingene fra begge prosjektpostene var kun positive.

Vernepleierstudentene har en periode praksisundervisning å sammenligne med. Ved praksisundervisningens start ble det ytret ønske om at det enkelte par kunne skrive oppgave sammen. Vernepleierutdanningen åpner for denne type samarbeid, men for sykepleierstudentene må dette avgjøres av fagutvalget. Retningslinjene for oppgavene i disse to periodene ser ut til å gi muligheter for felles oppgave, med det tillegg for vernepleierstudentene at deres oppgave må inneholde et tiltak overfor en bruker, noe det ikke er krav om for sykepleierstudentene. Det ser imidlertid ut som om studentene ønsker å samarbeide, men ikke levere felles oppgaver.

7.4 Vurdering

Tverrfaglig studentpraksis ved utdanningspost er knyttet til 2 praksisperioder. Den første perioden ved Fjeldberg sykehjem våren 2002 kan beskrives som et ”pilotprosjekt”. Erfaringene fra denne gjennomføringen har vært avgjørende for gjennomføringen av det nåværende prosjektet.

Vi er ikke kjent med at andre syke- eller vernepleierutdanninger har forsøkt en tilsvarende form for tverrfaglig praksisundervisning.

Det som fremkommer i denne rapporten er basert på prosjektledelsens erfaringer, uttalelser fra studentene og ansatte i tillegg til praksisevalueringen av den enkelte student. Det vil etter prosjektets avslutning bli presentert en endelig evalueringsrapport basert på mer systematisk datainnsamling.

Erfaringene fra Fjeldberg (8.3.1) viste at selv om det var lagt opp til at studentene ikke skulle følge en mester – lærling modell, men ha en kontaktperson til å gi informasjon om avdelingens beboere og rutiner, bør det være minst en person med syke- eller vernepleierutdanning blant kontaktpersonene. Dette har blitt gjennomført ved Smedbakken og Glemmen med positivt resultat. Særlig sykepleierstudentene savnet en identitetsperson i miljøet, og de syntes at de fikk lite innblikk i hva sykepleierfunksjonen er i denne type sykehjemsavdeling. For vernepleierstudentene må behovet for denne personen ses i sammenheng med rammeplanens krav om at denne praksisperioden skal være organisert slik at studentene oppnår nødvendige ferdigheter i medikamenthåndtering (1999:47).

Studentene møtte hverandre før oppstart av inneværende periode slik at en tidlig gruppedannelse ble sikret. Det var forut for møtet med studentene utarbeidet turnus som sikret at en sykepleier- og en vernepleierstudent jobber parvis. Dette er en av grunnprinsippene i prosjektet og ble ikke gjenstand for diskusjon. Studentene ved de to utdanningene har samarbeidet nært om læremål for praksis. Begrunnelsen for dette er at de definerte mål fra høyskolene er tilnærmet like på sykepleier- og vernepleierutdanningen. Kravet om trening i medikamenthåndtering for vernepleierstudentene , har ikke skapt problemer ved en blanding av parene.

Med bakgrunn i erfaringene fra første del av prosjektet, har det spesielt blitt vektlagt å sikre en god informasjon overfor de ansatte på prosjektpostene. Dette har blitt sikret ved at to ansatte fra hver avdeling var representert i arbeidsgruppen som planla prosjektperioden. En av avdelingens kontaktpersoner møter i den felles ukentlige veiledningsgruppen. Dette sikrer en umiddelbar toveis kommunikasjon.

For at denne typen prosjekt skal lykkes for alle tre parter – beboere, personal og studenter – må det være godt forankret i personalgruppa. Høgskolen må forsikre seg om at dette er noe som oppleves som positivt for alle blant annet gjennom rikelig informasjon og ved at representanter for ansatte er med i planleggingen. Erfaringene fra Fjeldberg hvor kun leder deltok var uheldig, noe som tydelig kom til syne da vedkommende ble sykmeldt.

Høgskolen må legge til rette for at de som jobber med prosjektet får tid til å være til stede på praksisplassen, både for å følge opp studentene og for å bidra til et godt samarbeid.

7.5 Perspektiver

Tverrfaglig studentpraksis knyttet til prosjektpostene har våren 2003 gått etter planen og fulgte de definerte pedagogiske prinsippene (se kap. 8.2).

Studentenes tilfredshet støtter våre antakelser om at denne type praksisundervisning er nyttig for å bli bedre kjent med en annen faggruppe og kunne forberede studentene til yrkesliv som stiller krav om tverrfaglighet og tett samarbeid mellom ulike helsefaggrupper.

Ansvar for både egen og medstudenters læring er kanskje det viktigst pedagogiske prinsipp i prosjektet. Erfaringene fra læresituasjoner som stilledag med medstudent og gruppeveiledning har så langt kun vært positiv.

Vi har erfart at forutsetningene for å skape gode praksisplasser ligger betydelig bedre til rette i virksomheter hvor de ansatte er motivert til å ta imot studenter. Betydningen av god planlegging og informasjon kan ikke overvurderes.

Samarbeid om kompetanseheving og utprøving av alternative modeller for godtgjøring av studentoppfølging, er et av målene i hovedprosjektet. Det har ikke blitt overført midler fra høgskolen til virksomhetene slik det skjer ved

vanlig praksisorganisering. Arrangeringen av fagdagen 13. mai uten kostnad for kommunen, er eksempel på en alternativ gjenytelse. Det finnes flere områder hvor kommunale virksomheter etterspør kompetansen hos høgskolens ansatte. Veilederkompetanse til å gjennomføre ”faglig veiledning i gruppe” for kommunalt ansatte er et slikt eksempel (se kap. 3 og 6). Vi vil oppfordre kommunen og høgskolen om å bruke disse erfaringene når en intensjonsavtale om gjennomføring av praksisstudier i kommunal virksomhet skal utarbeides.

Vi mener bestemt at for å kunne tilby studentene kvalitative gode praksisplasser, vil det være behov for ulike typer organisering avhengig av type praksisfelt. Tverrfaglig studentpraksis egner seg etter vår oppfatning meget godt innenfor kommunal eldreomsorg. De pedagogiske prinsippene tror vi kan overføres til flere typer praksis.

LITTERATUR

Erichsen, V. (1996) Profesjonenes forhold til hverandre, I Erichsen, V. (red) *Profesjonsmakt, på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, Tano Aschehoug, Oslo

Kirke- Utdannings- og Forskningsdepartementet (1999) *Rammeplan og forskrift, Vernepleierutdanning*, Norgesnettrådet, Oslo

Kirke- Utdannings- og Forskningsdepartementet (2000) *Rammeplan og forskrift, Sykepleierutdanning*, Norgesnettrådet, Oslo

Ramsdal, H. (1994) *"Krigen i hvitt – og den lilla revolusjonen som ble vekk*, Stiftelsen Østfoldforskning, Fredrikstad

Sandvik, G. B. (1997) Utdanning og yrkeskvalifisering av helseprofesjonene i velferdsstaten i Alvsvåg, H. M.fl. (red) *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*, ad Notam Gyldendal, Oslo

Repstad Utvær, K. (1995) *Yrkesutvikling og omsorgsutvikling, en profesjonsteoretisk analyse av vernepleieryrkets framvekst 1949 – 1990*, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, UiB, Bergen

8.0 PRAKSIS SOM LÆRINGSARENA I STUDENTERS UTVIKLING AV MORALSK KOMPETANSE

av Lillian Lillemoen

Jeg må faktisk trå varsomt... Ja, ikke krenke...

8.1 Innledning

8.1.1 Oppbygging av rapporten

Rapporten beskriver gjennomføringen av første del av en longitudinell studie hvor fokus er læring i praksis. Denne delen av studien omhandler sykepleiestudenters første kliniske praksisperiode i sykehjem. I innledningen beskrives helt kort studiens bakgrunn og mål. I teoretisk utgangspunkt er det bare kort gjort rede for to av de sentrale begrep i prosjektet, moralsk kompetanse og læring i praksis. I metodisk tilnærming presenteres de valgte metoder for datainnsamling helt kort. I punktet om resultater blir studiens foreløpige funn presentert. Rapporten inneholder ikke presentasjon av relevant forskning, eller analyse og drøfting av data.

8.1.2 Bakgrunn

Studien har sin bakgrunn i et mangeårig engasjement i å bidra til utdanning av sykepleiere som har høy faglig, etisk bevissthet og handlingskompetanse. I mitt yrke som lærer for sykepleiestudenter har jeg alltid vært opptatt av den læring som skjer i studentenes praksisstudier. Jeg har ofte hørt fra både sykepleiere som veileder studenter i praksis og fra studentene selv at det er i praksis sykepleien læres. Men jeg har også hørt studenter som sier at de ikke har lært noe i løpet av praksisperioden.

Helsevesenet har behov for dyktige omsorgsutøvere, som kan sin teori men som også mestrer handlinger og har en væremåte som er i samsvar med fagets

grunnleggende verdier. Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanning forutsetter at utdanningen sikrer at studentene etter endt utdanning har utviklet handlingskompetanse til *”å møte pasienter og pårørende med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet”* og *”utøve sykepleie ut fra et menneskesyn som bygger på respekt, likeverd og ansvar for svake grupper”*. Det store spørsmål for oss som arbeider med utdanning av framtidige sykepleiere er hvordan vi best kan legge til rette for at studentene i møte med kliniske utfordringer, har en tilstrekkelig moralsk sensitivitet, samt evne til å vurdere og handle slik at praksis blir moralsk. Hvilke læreprosesser påvirker utviklingen av denne kompetansen?

8.1.3 Mål

Spørsmålet om hvordan mennesker lærer er komplekst og handler om langt mer enn spørsmål om teknikk og metode (Säljö 2001). Studiens hensikt er å utvikle kunnskap om den læring som skjer i praksis. Læringsprosesser påvirkes av flere forhold og kan skje både på individuelt og kollektivt nivå. Troen på at enhver handling eller hendelse inneholder en mulighet for læring gjør det spennende å rette oppmerksomheten på studentenes praksisstudier. Dette er studier hvor studentene *skal erfare arbeidsfellesskapet* og formålet med studiene er at de skal *utvikle sykepleiefaglig kompetanse i samarbeid med erfarne yrkesutøvere* (Rammeplan og Forskrift 2000:47). I et slikt arbeidsfellesskap åpnes det opp for at studentene lærer og utvikler sin sykepleiekompetanse gjennom en vekselvirkning mellom indre psykologiske prosesser og ytre aktivitet. Säljö (2001) beskriver at læring i en mer grunnleggende betydning handler om hva mennesker tar med seg fra sosiale situasjoner og bruker i framtiden (s.13). Spørsmålet blir hva er det studentene tar med seg fra sine praksisstudier som bidrag til deres sykepleiekompetanse?

En av problemstillingene for studien er: *Bidrar klinisk praksis til utvikling av moralsk kompetanse hos studentene – og hvordan foregår det?*

8.2 Teoretisk utgangspunkt

Mye viktig læring foregår i studentenes praksis (Kvale 1999). Læring skjer innenfor sosiale rammer og mye av det vi lærer, lærer vi av andre (Vygotskij 2001). Kristin Heggens bok (1995) *Sykehuset som klasserom*, viser at pleiefellesskapet legger viktige føringer for studentenes læring og utvikling. Studentenes kunnskapsutvikling påvirkes av den posisjon de har innenfor pleiefellesskapet. Å stå i samme situasjon og å stå i felles situasjon innebærer en vesensforskjell i følge Heggen. Også Ida Torunn Bjørks forskning med fokus på nyutdannede sykepleieres utvikling av praktiske ferdigheter (1999) retter også oppmerksomheten på læreprosesser i praksis. Hennes forskning viser at det skjer liten utvikling av kompetanse som har form av forandring. Funn i denne studien viser at den utvikling av kompetanse som skjer hos nyutdannede sykepleiere innebærer *å gjøre mer av det samme*. Med andre ord en kompetanseutvikling som innebærer at man gjør det samme som man alltid har gjort, bare mye raskere og dermed mer av det samme.

All læring vil være et bidrag i studentenes utvikling fram mot en kompetent sykepleier, men det er samtidig viktig å erkjenne at ikke all læring er å betrakte som god læring. Dette er også en av de oppsummeringer Kristin Heggen (1995) gjør i sin studie. *"Dette kunnskapsreservoaret har delvis urent vann, byr på dårlige læresituasjoner og sprer vranglære. Den kritisk reflekterte selvpoppmerksomhet mangler tidvis både hos studenter og deres læremestere – sykepleierne"* (ibid;s.192).

8.2.1 Moralsk kompetanse

Kunnskap og kompetanse er som sagt nært beslektede begreper. En presisering av forskjellen kan imidlertid være at kunnskap kan forstås som generell viten,

mens kompetanse forstås som evne til å benytte generell viten slik at den innebærer en forskjell i atferd og konkrete handlinger. Man kan besitte kompetanse på ulike områder, men kompetansen innebærer at en er i stand til å håndtere problemer på dette aktuelle området (Rasmussen 1999). Moralsk kompetanse innenfor sykepleiens område innebærer blant annet evne til å kunne vurdere etiske spørsmål, og at en er i stand til å utføre faglig-moralske handlinger (Martinsen 1993, Kirkevold 1996). Handlinger som sikrer at praksis blir moralsk. Kloke handlinger innebærer at praksis blir moralsk, uttrykker Martinsen (1993) når hun omhandler begrepet phronesis. Dette er kunnskap som innebærer at sykepleieren har evne til å handle riktig i konkrete situasjoner, evnen beskrives som skjønn og utvikles gjennom erfaring (Martinsen 1993). Skjønn beskrives som en viten, eller handlingsberedskap som erverves gjennom deltakelse i praksis. Den kjennskap sykepleieren tilegner seg gjennom å være delaktig i praksissituasjoner omdannes til en viten som gjør det mulig for sykepleieren å mestre nye situasjoner (ibid).

Når sykepleieren bruker skjønn i sin praksis innebærer det at hun benytter seg av erfaringsbasert kunnskap. Kunnskap som er utviklet i konkrete situasjoner og som ofte bærer preg av å være intuitive. Faglig skjønn leder en til en innsikt om hvordan en skal handle i en reell situasjon. Når Martinsen (1993) skal beskrive det faglige skjønn så benytter hun Aristoteles uttrykk praktisk-moralsk handlingsklokskap. En form for klokskap som også kan uttrykkes som personorientert profesjonalitet (Olsen 1998). I faglig skjønn inngår både evne til følsomhet og åpenhet for den appell som utgår fra den andre, og evnen til å bruke fagligheten for å forstå og for å handle godt for og sammen med den hjelpetrengende (Martinsen 1993;s. 141). Å utøve faglig skjønn innebærer en åpenhet for sansningen av den andres uttrykk, forståelse av situasjonen og handlinger som gis begrunnelse i sansningen og forståelsen av den andres uttrykk, konteksten og situasjonen (Martinsen 1993, Olsen 1998). Men hvilken

sammenheng er det mellom det faglige og det moralske i sykepleien? Er det mulig å skille faglige og moralske aspekt, eller er all sykepleie både faglig og moralsk?

Moral, en basis for sykepleiepraksis.

Sykepleie innebærer relasjoner mellom sykepleieren og mennesker som har behov for hjelp. Hva sykepleieren gjør i sin sykepleieutøvelse er basert på faglige vurderinger (Fagermoen 1995, Nortvedt 1998). Faglige spørsmål og vurderinger har sin egen logikk, for eksempel hvordan sykepleieren skal utføre skiftningen på pasientens leggsår. Men i enhver relasjon mellom sykepleieren og pasienten vil det være et hvordan. Her ligger det et klart moralsk aspekt. Det moralske er knyttet til hvordan sykepleieren utøver et hva, hvordan sykepleieren utøver den planlagte skiftning på pasientens leggsår. Det betyr at man i den praktiske utøvelse av sykepleie, i relasjonen mellom sykepleier og pasient vanskelig kan skille det faglige og moralske fra hverandre. Sykepleieutøvelsen kan billedliggjøres gjennom en vevning, hvor trådene i veven består av sykepleierens faglige kunnskap og vurdering, samt hennes etiske kunnskap og vurdering. Vevningens styrke består av trådenes inngripen og nærhet til hverandre. I sykepleieutøvelsen er det faglige og moralske vevd i hverandre (Nortvedt 2001, Fagermoen 1999, Benner, Tanner og Chelsa 1996). I Løgstrup`s uttrykksform kan man si at våre liv er forbundet med hverandre. Som mennesker kommer vi ikke utenom det moralske i våre liv. ”Moral er å ville den andre vel, ut fra den appell om å bli tatt imot som utgår fra den hjelpetrengende” (Martinsen 1993;s.14). Det moralske er tilstede i enhver mellommenneskelig relasjon, eller slik Martinsen uttrykker det ”Det skapte liv ytrer seg som en suveren livsytring som går ut på å ta vare på sine medmenneskers liv. Denne livsmuligheten er gitt oss” (ibid.;s.21). Vi kan altså innfri det moralske gjennom å være aktivt deltagende i menneskers liv og stille oss åpne for våre medmenneskers appell om hjelp og ivaretagelse. Slik sett kan moralsk

kompetanse og moralsk ansvarlighet forstås som sammenfallende. Moralsk kompetanse er evner og egenskaper som innebærer noe mer enn gjengivelse av etisk teori, dette er atferd og handlinger som også kommer til uttrykk som en integrert del av utøverens handlinger i konkrete praksissituasjoner.

8.2.2 Læring i praksis

Læring er et komplekst fenomen og et av de mest særpregede trekk ved mennesket. Spørsmål om hvordan mennesket lærer er gitt ulike forklaringer innenfor de forskjellige teorier om menneskelig læring og utvikling. Grovt kan man skille mellom et kognitivt, et sosialt og et sosialt-kognitivt perspektiv på hvordan læring skjer (Bråten 2002). Den kognitive forståelsesrammen er opptatt av enkeltindividets tilegnelse av kunnskap og forståelse. Det individet tilegner seg blir deretter individets egen eiendom som han kan anvende og overføre også til andre kontekster (Bråten 2002, Säljö 2001). Mens det sosiale perspektiv, som av mange betegnes som situert læring er opptatt av hvordan læring skjer gjennom deltakelse i et praksisfellesskap. Lave og Wengers (1991) studie av skredderlærlingers læring og tilegnelse av kompetanse gjennom en gradvis deltakelse i virksomheten, har i den senere tid blitt vist betydelig oppmerksomhet. Blant annet beskriver de hvordan den lærende beveger seg fra å ha en posisjon som *legal perifer deltaker* til å bli en kompetent medarbeider innenfor praksisfellesskapet. Læringen skjer gjennom tilstedeværelse og deltakelse i praksis (Lave 1999).

I boken *Tenkning og Tale* (2001) presenterer Lev S.Vygotsky (1986-1934) et alternativ til den tids sterke betoning av en kognitiv og behavioristisk læringsforståelse. Et av de mest framtrede trekk ved hans tilnærming er ideen om at *tenkning og språkbruk utgjør en enhet, og at denne enheten er et resultat av menneskelig utvikling* (side 9). Vygotskys tenkning har fått sin renessanse i det dagsaktuelle sosiokulturelle fokus på læring. Dette er en

læringstilnærming hvor man forstår læring som noe som skjer gjennom et samspill mellom de tilgjengelige ressurser for tenkning og handling som er en del av kulturen og enkeltindividets læring (Säljö 2001). Læring er med andre ord ikke en prosess som skjer uavhengig av kulturell påvirkning og isolert fra de omgivelser mennesket er en del av. Som del av en kultur lærer vi gjennom vår deltakelse i kulturen, gjennom å erfare og fortolke våre omgivelser. Våre observasjoner og tolkninger resulterer i vår forståelse av hvordan omgivelsene, eller i en videre forstand hvordan virkeligheten fungerer. Men ikke bare basert på vår egen observasjon og fortolkning. Også omgivelsenes fortolkning har betydning for vår forståelse. Vi lærer og utvikler oss innenfor samspillet med våre omgivelser. Vi lærer av og sammen med de andre som kulturen består av.

Vi lærer oss ganske enkelt å observere, beskrive og handle i virkeligheten på den måten omgivelsene tillater og oppmuntrer oss til det. Litt annerledes uttrykt lærer vi innenfor rammen for de tolkningene og tankemønstrene – eller i en mer eksotisk språkdrakt: de semantiske ressursene – som omgivelsene tar i bruk og har til rådighet (ibid.;s.67-68).

Læring blir forstått som en del av den menneskelige virksomhet og at den er basert på en interaksjon mellom mennesker og deres omgivelser. En kontinuerlig gjensidig samhandling mellom personlige og omgivelsesmessige faktorer. Innenfor dette synet på læring er begreper som *redskaper* og *mediering* sentrale. Mennesket benytter redskaper som for eksempel språket for å strukturere eller konstruere sin omverden. Derfor er språket særlig viktig for menneskets tilegnelse av kunnskap (Bråten 2002, Säljö 2001).

8.3 Metodisk tilnærming

Studien er av longitudinell karakter ved at en tar sikte på å følge en gruppe studenter gjennom alle praksisperiodene i løpet av deres treårige grunnutdanning i sykepleie. Metodisk benyttes det en kvalitativ tilnærming og datainnsamling skjer ved deltakende observasjon, formelle intervju samt lesing av studentenes refleksjonsnotater knyttet til den aktuelle praksis. Feltobservasjonene inkluderer både observasjon og uformelle samtaler med studentene. Disse er alle datainnsamlingsmetoder som beskrives som relevante for etnografiske studier (Roper & Shapira 2000).

Utvalget bestod opprinnelig av åtte studenter som våren 2002 ble innlemmet i studien. Utvelgelse av studenter ble gjort på bakgrunn av hvor de skulle gjennomføre sin første kliniske praksis. To sykehjem ble valgt ut som praksissted for studien. Det ene fordi det var innlemmet i det nasjonale undervisningssykehjemsprosjektet og det andre som en tradisjonell sykehjemspraksis for studenter ved høgskolen. Denne delrapporten baserer seg på data fra studentenes første praksisperiode i de to utvalgte sykehjemmene.

8.3.1 Forskningsspørsmål

Feltstudier innebærer at man som forsker står midt oppe i et hav av informasjon som tilflyter en. En slik rikdom på data kan føre til at en ikke blir oppmerksom på de små fiskene man opprinnelig hadde planlagt å finne. Det har vært en lang prosess å komme fram til spørsmål som kunne fungere som en hjelp til å orientere seg i dette havet som både har vist seg fra en smul og myk side, men også med en voldsom og opprørt kraft. Følgende forskningsspørsmål er konkretisert:

- Hvilke etiske verdier er framtreddende i studentenes sykepleiepraksis?
- Hvilke moralske forhold er studentene opptatt av i sin praksis?
- Hva får studenten til å bli oppmerksom på det moralske aspekt i det dagligdagse?
- Hvilke etiske vurderinger foretar studenten?
- Hvordan velger studenten å handle i slike konkrete situasjoner?
- Hvordan virker omgivelsene inn på studentens handlinger?
- Er studentens handlinger* i overensstemmelse med de grunnleggende verdier sykepleiefaget uttrykker? * her forstått både som handlingens *hva* og *hvordan*

8.3.2 Analyse

Analysearbeidet av feltobservasjonene foregår parallelt med datainnsamlingen. Feltarbeid innebærer at data skapes i en kontinuerlig prosess mellom å se, snakke med og forstå. Dette står i kontrast til den forskningstradisjon hvor man tar ett trinn i gangen: samler data for så å trekke seg tilbake og analyserer data. Feltstudier innebærer en betydelig nærhet til det felt som studeres. Gjennom denne nærheten får man tilgang til det virkelige liv, reelle hendelser.

Ethnography claims and is granted by many if not most of its readers a kind of documentary status on the basis that someone actually goes “out there”, draws close to people and events, and then writes about what was learned in situ (Van Maanen, 1995;s.3).

Feltarbeid forutsetter feltnotater. ...feltnotatene består derfor av relativt konkrete beskrivelser av sosiale prosesser og den konkrete konteksten de foregår i (Hammersly & Atkinson, 1996;s.203). Mine feltnotat er rike på detaljer og omfatter mange av de forhold studenten befatter seg med i sin praksis. Å gjøre nedtegnelser som favner bredt, men samtidig inneholder konkrete beskrivelser

fører til en betydelig mengde data. Som en hjelp i bearbeidelsen av både materialet og min egen evne til å se og delta i feltet har jeg delt feltnotatene inn slik Polit og Hungler (1999;s.369) anbefaler.

Observasjonsnotat - hvor jeg noterer ned så nøyaktig og fullstendig som mulig det jeg ser og hører, og i den rekkefølgen det skjer.

Teoretiske notat – som er mine forsøk på å tolke det jeg ser og hører for å tillegge det mening.

Metodologiske notat – som er instruksjoner og påminnelser til meg selv om hvordan de påfølgende observasjoner bør gjennomføres.

Personlige notat – som er stedet hvor mine egne reaksjoner og følelser knyttet til forskningsprosessen uttrykkes.

8.4 Foreløpige funn

Datamaterialet fra studentenes første praksisperiode er innholdsrikt og har et betydelig omfang. Både feltstudien og de formelle intervju ble en positiv erfaring. Studentene ville gjerne snakke med meg og jeg oppfattet ingen negative reaksjoner fra dem, tvert imot. En av studentene uttrykte spontant på spørsmål fra meg om hvordan det hadde vært å ha meg tilstede, at hun hadde opplevd det positivt ...*disse samtalene har vært noe av det mest lærerike i hele praksisperioden....* Selv om noen av spørsmålene i det formelle intervjuet kunne inneholde faglig kompliserte forhold, er mine erfaringer at studentene ikke opplevde spørsmålene mine som kontrollerende. Noen av de gav uttrykk for at spørsmålene var utfordrende og at de noen ganger ikke helt visste hva de skulle svare. Det kunne være forhold relatert til sin praksis som de ikke hadde tenkt nok over, som var overraskende eller det kunne være faglige forhold de opplevde at de ikke hadde nok kunnskap om.

Mennesker flest ønsker å framstå mest mulig positivt i relasjon til andre. I dette prosjektet viser studentene fram både sin kompetanse og mangel på sådan. Å stille seg disponibel for andres observasjon slik denne gruppen studenter har gjort er beundringsverdig. Selvfølgelig kan man si at de ble påvirket av at en person de vet er ansatt som lærer ved høyskolen, skulle følge dem og se på det de gjorde. At denne kjennskapen kunne påvirke studentenes handlinger og væremåte og at mine data derfor vil kunne gi et skjevt bilde i positiv retning av studentene. Dette er et forhold som må diskuteres og tas hensyn til slik at en ikke skaper et fordreid bilde av virkeligheten. Erfaringer jeg sitter igjen med etter å gjennomført første feltobservasjon av studentenes praksis har imidlertid gitt meg en bevissthet på at studentene kun kan framvise det beste av hva de mestrer, noe mer enn det kan de faktisk ikke vise fram. Både på det språklige, tenknings- og handlingsmessige plan.

I min studie har jeg valgt å se på mange ”hendelser” av moralsk karakter i den enkelte students praksis. Gjennom dette har jeg en forventning om å se den utvikling som skjer hos den enkelte student, samt de mønster av utvikling som danner seg på tvers av studentene som gruppe. Så tidlig i prosjektet er det kun små glimt av det siste aspekt det er mulig å si noe om. Feltnotatene, intervjuene og studentenes refleksjonsnotater fra denne første praksisperioden vil fungere som en baseline beskrivelse av den enkelte student.

Samtlige studenter har bidratt med et rikt datamateriale, både gjennom våre uformelle samtaler, formelle intervju, men også gjennom observasjoner i løpet av praksisen deres. Jeg har sett sykepleieutøvelse som har fått meg til å tenke *hennes sykepleie må det oppleves godt å være mottaker av*, men jeg har også sett studenter som har forsøkt å gjennomføre stell de ikke mestrer og hvor jeg spontant har tenkt at *dette er vondt både for studenten og pasienten*. I denne presentasjonen har jeg valgt å bruke noen eksempler fra datamaterialet fra

studentenes første praksisperiode i sykehjem. Det sier seg selv at det er vanskelig for meg å presentere funn så tidlig i prosjektet men når jeg allikevel gjør et forsøk på det blir det kun som små glimt inn i studentenes praksis i denne første praksisperioden i sykehjem.

8.4.1 Studentenes etiske verdier og moralske oppmerksomhet

Det kan se ut som om studentene er meget opptatt av det personlige ansvar de har i møte med pasient og pårørende og at de ser at sykepleie i sitt vesen innebærer moralske utfordringer.

Egentlig er jo nesten alt det en kommer borti en form for moralsk utfordring. Det å ikke kjenne pasienten, ikke vite hvordan pasienten vil stelles, hva pasienten er opptatt av.....(Agnes)

En annen student uttrykker eksplisitt sine tanker om pasientens sårbarhet og det ansvar hun føler i møtet med han. Hun gir ved flere anledninger uttrykk for en bekymring for hvilken skade hun kan komme til å påføre pasienten dersom hun ikke trår varsomt. Vern om pasientens integritet og egenverd er framtrедende verdier når denne studenten skal si noe om ansvaret forbundet med å skulle utøve sykepleie. Denne studenten uttrykker også et stort savn av en veileder som kan hjelpe henne og rettlede henne både med hensyn til vurderinger og sykepleiehandlinger.

Nesten alt her har gjort inntrykk, bare det å se eldre mennesker som er syke og sengeliggende... det har vært spesielt å få møte eldre mennesker på denne måten her...hjelpetrengende mennesker.. og at de behøver min hjelp, liksom. Jeg føler at det må være veldig rart å trenge såpass mye hjelp.. av personer man ikke kjenner.. Stadig noen nye som kommer og faktisk skal kle deg helt naken, ...og som vet mye om deg.. Jeg føler at jeg må være forsiktig og ikke krenke personen,

eller gjøre noe moralsk uverdigg... Det at jeg er var på... at nå kommer jeg inn i et annet menneskes liv og jeg må faktisk trå varsomt...Ja, ikke krenke...(Tordis)

I feltobservasjonene ser jeg at denne studenten får problemer med å håndtere situasjoner i relasjon med en aldersdement pasient når pasientens atferd kan tolkes som at hun ikke ønsker å stelles, eller å delta i aktiviteter. I disse situasjonene blir studenten forvirret og usikker på hva hun skal gjøre. Ved en anledning velger hun for eksempel å avslutte morgenstellet fordi pasienten holder hardt på klærne sine og strammer armene og beina inntil kroppen sin. Når studenten avslutter stellet har hun ikke fått vasket pasienten nedentil slik hun på forhånd hadde planlagt. Etter hendelsen gir studenten uttrykk for at hun ikke visste hvordan hun skulle håndtere situasjonen. Selv om hun er misfornøyd og bekymrer seg for om dette kan påføre pasienten urinveisinfeksjon så vet hun ikke hvordan hun kunne handlet annerledes. Hun gir eksplisitt uttrykk for at det ville vært uetisk av henne å fortsette når pasientens atferd tydet på at hun ikke ønsket å bli vasket og stelt.

Disse to studentene eksemplifiserer studentenes opptatthet av hvordan sykepleie innebærer en integrasjon av faglige og moralske aspekt som vanskelig kan skilles (Nortvedt 2001, Fagermoen 1999). Samtidig viser den siste hendelsen at denne nære sammenhengen krever at omsorgspersonen i tillegg til sin opptatthet og bevissthet på moralske verdier må ha faglig kunnskap for å kunne handle til beste for pasienten, slik at respekten for pasientens verdighet preger handlingen.

8.4.2 Moralske utfordringer i studentenes praksis

Både gjennom uformelle samtaler med studentene i mine feltobservasjoner, i de skriftlige refleksjonsnotatene og i de formelle intervjuene kommer det fram konkrete situasjoner som studentene reflekterer mye over. De erfarer praksis som krevende og at de dagligdagse hendelsene er innvevd med moralske

utfordringer. Blant annet opplever de det særlig vanskelig når de står overfor situasjoner hvor

- de må **foreta valg på vegne** av pasienten
- **bruk av tvang** aktualiseres
- de kjenner **egen uvilje** overfor pasienter, for eksempel når de står overfor pasienter som møter dem med sinne, ukvemsord og utagering
- de observerer **uakseptabel handling** fra personalets side, enten det er i form av ord, væremåte eller gjøremål

Flere av studentene bruker seg selv som referansepunkt når de skal si noe om hva det er som gjør at de blir oppmerksom på de moralske utfordringer. Men også når de skal beslutte hvilken handling de skal velge. Eksempler på utsagn fra studentene er: *slik ville ikke jeg hatt det* (Tordis), eller: *jeg ville ikke at mine foreldre skulle blitt behandlet slik, og: jeg prøver å sette meg inn i hennes situasjon*, samt: *ville ikke likt å spise maten min under slike forhold...* (Solveig).

Pasientens ansiktsuttrykk og kroppsspråk er viktig for at studentene skal forstå om de handler riktig eller galt i en konkret situasjon. Gjennom sin **tolkning av pasientens signaler** blir de oppmerksom på sider ved situasjonen som ikke uttrykkes i ord. For eksempel hva pasienten ønsker eller kanskje aller mest hva han ikke ønsker i stell- og spisesituasjoner. Seks av åtte studenter gir eksplisitt uttrykk for at dette er en viktig informasjonskanal for dem. Tolking av pasientens signaler bruker de blant annet for å validere eller korrigere seg selv med hensyn til hvilken handling som er i overensstemmelse med pasientens vilje og ønske.

...det vanskelige er at det ikke alltid er like lett å forstå svarene hennes og mange ganger svarer hun ikke. Når jeg spør studenten om hva hun da gjør sier

studenten at hun som regel forstår henne likevel fordi hun (pasienten) har et tydelig kroppsspråk. Studenten sier at hun forsøker å tolke hva som er pasientens ønske ved å se på ansiktsuttrykket og på kroppsbevegelsene. Sier at det ikke er vanskelig å se når pasienten stivner eller stritter imot og det mener studenten ikke kan tolkes annerledes enn at pasienten ikke vil... ..Sier videre at hun forsøker å avvente slik at pasienten får anledning til å gi signal om hva hun vil...(Tordis).

Fordi pasienten i liten grad uttrykker seg verbalt er studenten opptatt av å tolke pasientens signaler. Dette er viktig for studenten blant annet fordi hun er opptatt å vise respekt for pasientens integritet. Det kan synes som om studenten i stor grad knytter dette til respekt for pasientens ønsker og retten til å velge selv, noe som fører til problemer med å mestre små hverdagssituasjoner i praksis.

...Studenten spør pasienten om de skal gå en tur etter frokosten. Når pasienten smiler og nikker reiser studenten seg og skal hjelpe pasienten opp av stolen. Pasienten som er en dement kvinne reagerer imidlertid ikke på studentens forsiktige forsøk på å hjelpe henne opp. Pasienten sitter på stolen, ser seg litt omkring i rommet og smiler. Studenten forsøker enda en gang uten å lykkes og hun ser seg litt hjelpeløst rundt i rommet. Uten at studenten ber om det kommer en ung kjøkkenhjelp, uten helsefaglig utdannelse, henne til hjelp. Hun går fram til kvinnen, stiller seg rett foran henne slik at pasienten ser henne, sier... skal du gå en tur du da..., hvorpå hun tar pasienten i hånden og drar henne opp i stående stilling. Etterpå går hun tilbake til arbeidet sitt og studenten går tur med pasienten...(Tordis).

8.4.3 Etiske vurderinger og valg av handling

Med bakgrunn i uformelle og formelle intervju med studentene kan det se ut som om de er opptatt av at sykepleien de utøver skal bære preg av:

- at de viser respekt for pasienten som enkeltmenneske
- vennlighet, godhet
- hensynsfullhet
- toleranse og tålmodighet
- at de viser interesse for mennesket
- at de kan sitt fag

Dette er normer som de fleste fagpersoner innenfor pleie- og omsorgsykker vil kunne slutte seg til som viktige kjennetegn ved god sykepleieutøvelse. Samtidig som studentene gir uttrykk for at dette er viktige sider ved sykepleieutøvelsen er dette også i noen grad synlig i deres utøvelse. Den største utfordringen er ikke unaturlig knyttet til det siste punktet. En av studentene er særlig opptatt av egen faglighet og uttrykker eksplisitt ønsket om å framstå som en sykepleier som kan sitt fag ... *men jeg ønsker også å vise at det her det kan jeg faktisk. Det her er mitt spesialområde, på en måte... så du må stole på meg, jeg vet hva jeg gjør* (Agnes)

Flere av studentenes utsagn kan tolkes i lys av **den gyldne regel**. En av studentene gir uttrykk for dette ved at hun bruker seg selv som referanseperson når hun skal si noe om hvordan hun mener man skal forholde seg til pasientene. Hun trekker blant annet fram etikkundervisningen i skolen som vesentlig i den bevisstgjøringen hun selv har gått igjennom på dette området.

...studenten presiserer at respekt er en viktig verdi for henne. Hun er kanskje blitt mer bevisst på det de siste årene etter at hun har flyttet hjemmefra. Det å måtte forholde seg til andre mennesker ute i samfunnet, men ikke minst undervisning på skolen har påvirket bevisstheten hennes. Kanskje særlig etikkundervisningen og undervisningen i øvingsavdelingen. Sier at

undervisningen har gitt henne begreper som hun kan koble tankene sine på... Fortsetter med å si at hun gjerne vil at andre skal behandle henne med respekt og da vil hun gjerne gjøre det samme mot andre – sier eksplisitt ”gjøre mot andre det du vi at de skal gjøre mot deg” ... (Tordis).

8.4.4 Forhold som har betydning for studentens læring

Fire ulike avdelinger ved to sykehjem var praksisarena i denne første del av prosjektet. Dette innebar en ulikhet både med hensyn til personalsituasjon og antall studenter på den enkelte avdeling. Pasientgrunnet syntes ikke å bære preg av stor forskjell. Tre av studentene vurderer praksisperioden som **lite lærerik** og sier eksplisitt at dersom de har lært noe så er det i hovedsak hvordan sykepleie ikke skal utøves. De gir uttrykk for at de hadde store forventninger forut for praksisperioden og stor frustrasjon etter kort tid i praksis, fordi forventningene på ingen måte innfris. Dette kobler studentene til mangelfull eller manglende oppfølging fra veileder i praksis. I tillegg til sterke reaksjoner på både handlinger og holdninger personalet viser overfor pasientene i avdelingen.

Studenten beskriver sin frustrasjon med å si at hun blir litt ”fanden-i-voldsk”. Sier at her må man bare klare seg selv og at hun har bestemt seg for å forholde seg til pasientene slik hun mener det er riktig. Hun skal sørge for å tilby dem det hun mener de har krav på så lenge hun er der. Når det gjelder mangelen på oppfølging fra veilederen ”gidder” hun ikke bruke mer tid på det. ”Nå får det være som det er, jeg er opptatt med pasientene og meg og mitt”, sier hun (Solfrid).

Fem av studentene i utvalget har erfaring fra arbeide innenfor pleie- og omsorgssektoren, men i varierende grad. Fire av dem har utdanning som hjelpepleier eller omsorgsarbeider, men de har ikke arbeidet mer enn

gjennomsnittlig ca. 1 år. To av dem har i tillegg liten erfaring med pleie. Tre av studentene har minimal erfaring fra feltet.

Materialet viser at det er ulik oppfatning av læringsutbytte mellom studenter som har hatt praksis på samme avdeling. Heller ikke alle studenter tilkjenner at de oppfatter at omgivelsene har betydning for deres læring, selv om mine feltobservasjoner kan tyde på det. Tre av studentene beskriver forholdet til kontaktsykepleieren som godt. At de ofte snakker sammen eller går sammen i stell eller når andre sykepleieoppgaver skal utføres. Samtlige av disse trekker fram kontaktsykepleier som betydningsfull for deres læring. Både ved at kontaktsykepleier stiller spørsmål og at studentene observerer hva kontaktsykepleier gjør og sier og hvordan hun utfører sykepleie.

Veilederen min har for eksempel sagt til meg at det er veldig fint at jeg er høflig, men at jeg må prøve å være mer bestemt, og da ser jeg på veilederen min, for eksempel hvordan er hun bestemt. Når spør hun og når spør hun ikke, når bare sier hun at ...nå skal vi gjøre...(Agnes).

For eksempel det å bruke vi...når jeg og pasienten,... eller egentlig pasienten skal gjøre noe.. Det sa veilederen min til meg helt i starten... at vær bevisst på det. Og da, den tilbakemeldingen fikk meg til å tenke veldig over hver gang...(Agnes).

Det med å vise respekt for pasienten. Gjøre ting slik at det blir bra for dem, ikke bare feie over dem om morgenen i en fart, men bruke god tid. Sier at veilederen hennes legger veldig vekt på det, ...bruker god tid inne hos pasienten, virker aldri som om hun har det travel... (Bente).

En av studentene som sier at hun lærer mye sykepleie av sin kontaktsykepleier, men også av å se på andre, har erfart hvordan omgivelsene også kan påvirke henne negativt. I en konkret hendelse merker hun hvordan hun bevisst må arbeide med sin mentale innstilling i møte med en pårørende som hun har negativ forhåndsinformasjon om. Hendelsen beskriver hun som lærerik og tankevekkende.

Flere av studentene gir uttrykk for at de ikke har et veiledningstilbud i sin praksis. Samtlige av dem savner det sterkt og ville ønsket at tilbudet var annerledes. En av studentene sier at hun kjenner seg alene og at hun reagerer på at hun som er så fersk får lov til å arbeide så alene med mennesker som har behov for så mye hjelp.

Nøler litt når hun sier at hun kanskje lærte mye av det å bli kastet ut i det, men fortsetter med at hun savner veldig veiledning og kanskje spesielt tilbakemelding på det hun gjør. Blir sterk og tydelig i stemmen sin når hun sier at det er ganske skremmende at hun faktisk kan gå inn og gjøre hva hun vil. Fortsetter med å si at hun aldri har fått tilbakemelding verken på om det hun gjør er riktig eller galt. Føler seg overlatt til å finne på ting selv, noe hun ikke alltid synes er like lett... Det er blant annet grunnen til at hun var så ivrig etter å få gått sammen med læreren i dag...(Tordis).

Jeg tenker veldig mye på, gjør jeg dette riktig nå eller er det riv ruskende galt eller..... Det blir veldig mye sånn.. å gjøre det rette, på en måte. Når man ikke helt vet hva som er det rette... Du blir helt fortvilet...kan nok si at det berører meg følelsesmessig,... blir helt sånn desperat etter... råd....kanskje... (Tordis).

Denne studenten gir allikevel uttrykk for at hun har lært mye og at omgivelsene har hatt betydning for hennes læring. Hun har lært mye sykepleie ved å se på

hvordan de andre pleierne på avdelingen gjør det. Men hun lærer også av å se hvordan sykepleie ikke bør utføres.

Det blir jo gjort forskjellig, av noen... enn det jeg har lært, i forhold til bøker og teori. Og det har jeg tatt imot også.. andre måter å stelle på, kle på, avkledning. Så da har jeg tenkt på,.. vurdert.. Ja kanskje det er andre måter å gjøre ting på som er like riktig.. Men hensynet til pasienten, ...egentlig pasientens velvære er det som blir øverst styrende (Tordis)

Denne studenten sier at hun lærer når hun blir følelsesmessig involvert. Når hun observerer noe eller deltar i situasjoner som berører henne, fester dette seg på en helt annen måte enn alle andre hendelser. Som eksempel på at egen læring ikke bare handler om å se hva andre gjør for så å gjøre det samme trekker hun fram stellesituasjonen denne morgenen.

Studenten sier at hun lærer av å erfare og fortsetter at i dag lærte hun for eksempel noe nytt. Fortsetter med at hun lærte hvordan hun ikke skal stelle primærpasienten sin. Konkretiserer dette med at hun ikke skal kle av henne alle klærne så hun blir sittende helt naken. Sier at hun tidligere har observert at pasienten ser trist og lei seg ut når hun skal på badet for å stelles. Tenker at det kanskje handler om at hun ikke vil blotte seg. Studenten synes hun ser det allerede når hun ligger i senga og de skal ta av henne dyna, - hun tvholder på den. Og videre når man skal ta av henne klærne, må man nesten slite for å få dem av. Selv pleier hun å stelle pasienten ovenfra og nedover, men passer på at hun får klær på seg etter hvert, så hun aldri blir sittende naken. I dag ble det ikke slik på grunn av den pleieren som var med. Avslutter med ...”de gjør det forskjellig” (Tordis)

Når jeg har fulgt disse studentene i avdelingen har jeg som sagt brukt øyne og ører og sett god praksis og mindre god praksis. Jeg har sett studenter i vanskelige pleiesituasjoner, situasjoner hvor det var umulig for studenten å mestre situasjonen. Jeg har sett hvordan studentene opplever seg hjelpeløse når de befinner seg i situasjonen, samtidig som de kan oppleve det problematisk å be om hjelp på grunn av forestillinger om forventninger. I en stellesituasjon observerer jeg studenten som denne dagen skal stelle primærpatienten sin alene. Veilederen hennes har fri og under fordelingen av arbeidet gis det ikke beskjed om hvem studenten skal gå sammen med i stellet, derimot forutsetter man at studenten steller sin primærpatient. Studenten spør heller ikke om det er noen som skal hjelpe henne, eller hvem hun kan spørre om hjelp dersom hun trenger det.

Jeg ser ganske raskt at det å skulle mestre denne situasjonen, stelle denne kvinnen, som er lam i den ene kroppshalvdelen, alene, kan bli for vanskelig for studenten. Etter at hun har stelt en stund ser hun (studenten) rådvill på meg og sier at hun ikke helt vet hva hun skal gjøre. Sier at hun aldri har gjort dette alene før. Jeg spør henne om det er noen som kan hjelpe henne. Når hun går ut for å spørre en av de andre om hjelp, ser hun usikker ut og det virker som om hun må ta mot til seg for å be om hjelp... (Hanna).

Dette er novisen som er ute i virkelighetens verden for å lære, en læring som skal bidra til at hun utvikler den kompetansen samfunnet forventer at hun skal ha som sykepleier. Lave og Wengers studier om læring i praksis og deres teori om situert læring legger vekt på den betydning aktiv deltakelse i et praksisfellesskap har for den studerendes læring. Som en del av denne teorien påpekes det betydningen av at den studerende aksepteres som mindre kompetent og derfor naturlig skal ha en mer perifer posisjon enn de andre aktørene i

fellesskapet. Betegnelsen **legal perifer deltakelse** sier noe om den posisjonen studenten bør ha.

Studenten går ut av rommet og banker på døren til rommet ved siden av hvor en av de unge hjelpepleierne på gruppa er i gang med morgenstellet på en av de andre pasientene. ”Hvordan pleier dere å gjøre det med... (primærpasientens navn)?” spør studenten. Jeg hører at hjelpepleieren svarer henne. Når studenten kommer inn på rommet igjen sier hun halvt henvendt til meg og halvt ut i luften, ”Der var det ikke mye hjelp å få,... vi gjør bare slik og så...”(Hanna).

Denne studenten har en veileder som helst ikke vil være veileder men er blitt pålagt oppgaven. Til tross for sin unge alder, 21 år, har studenten utdanning som omsorgsarbeider og hun har klare forestillinger om hvilke forventninger personalet i avdelingen har til hennes funksjonsdyktighet. Det kan synes som om disse forestillingene gjør det vanskelig for studenten å gi til kjenne sin usikkerhet og manglende pleieerfaring. Kanskje er det hennes forestillinger om pleiepersonalets forventninger som fører til at hun i stedet for å be om hjelp spør hvordan de pleier å gjøre det?

Studenten snakker om det ubehaget hun opplever ved å være sykepleierstudent. Hva er det som får henne til å uttrykke ”det er ekkelt å være sykepleierstudent”? Når studenten uttrykker sine forestillinger om de andres forventninger til henne er de blant annet basert på erfaringer hun har fra egen arbeidsplass. Hun vet hvordan nye, studenter og sykepleiere blir omtalt og tenker at det samme gjelder her. Synes derfor det er vanskelig å be om hjelp. Vil ikke bli betraktet som lat, vet hva hjelpepleiere sier om late sykepleiere som ikke er med i pleien (Hanna).

En av studentene knytter faglighet til det moralske. Moralsk kompetanse innebærer blant annet at en ikke gjør noe en ikke føler seg kompetent til. Feil pleie og behandling kan påføre pasienten komplikasjoner, derfor må man vite og kunne, ikke bare anta, sier studenten. I sin praksis har hun ved flere anledninger vært vitne til feil i pleien som hun har reagert sterkt på. Den situasjonen hun imidlertid har reagert mest på er når en pleier sitter og mater en aldersdement kvinne. Når pasienten spiser dårlig sier pleieren med barnslig stemme ...*nå må du spise så du blir stor og sterk...* Dette reagerer studenten sterkt på

Hadde jeg kommet borti samme situasjonen så hadde jeg kommet til å sagt i fra, garantert... Tror jeg ville sagt det direkte, at vet du, denne pasienten er faktisk ikke fem år... da tror jeg vedkommende hadde skjønt...det er sikkert bare det at dem ikke er klar over det sjøl...(Anna).

Selv om situasjonen opprører studenten og hun inni seg kjenner sterkt behov for å si i fra, velger hun å ikke si noe. Studenten gir uttrykk for at hun opplever personalet ved avdelingen som negative til studentene. Kanskje kan det være noe av årsaken til at studenten, til tross for flere erfaringer med pleiesituasjoner hun reagerer på, velger å ikke si noe.

Det brant inni meg, jeg ville si det, men...Vi studentene på avdelingen har pratet en del om ting vi har opplevd, vi er flinke til å prate oss i mellom...(Anna).

Flere andre studenter trekker fram personalets holdninger og handlinger som moralsk utfordrende. Usikkerheten knyttet til hvordan de som studenter skal forholde seg til slike situasjoner beskrives som vanskelig. En av studentene tror hun ville reagert annerledes dersom hun ikke hadde vært student, men ferdig utdannet sykepleier. Som student velger hun å ikke si, eller gjøre noe.

Det har jo vært litt, sånne ting som jeg har observert mellom pasient og andre ansatte som jeg har reagert på..., som jeg kanskje burde grepet inn i, ...på en måte. men jeg vet ikke hvor..., det har vært litt vanskelig å vite hva jeg som student kan tillate meg overfor andre kollegaer...Jeg synes det er leit å se hvordan pasientene blir behandlet. Hadde jeg vært ferdig sykepleier da synes jeg at jeg på en måte har lov til å ta tak i ting, ... hvis de ikke er som de skal være. Men som 1.års student, så synes jeg liksom at jeg må være litt ydmyk...(Solfrid).

En av studentene uttrykker sterke reaksjoner på personalets handlinger overfor pasientene. Til tross for disse reaksjonene som blant annet innebærer at hun blir lei seg på pasientenes vegne, men også kjenner sinne, velger også hun å ikke si eller gjøre noe. Når studenten reflekterer rundt negative reaksjoner hun har fått fra noen av pleierne ved avdelingen så kobler hun disse til et mulig konkurranseforhold mellom ulike utdanningsgrupper.

Og når det er ufaglærte assistenter, eventuelt hjelpepleiere, så har jeg den følelsen at når vi kommer som sykepleiestudenter..., de føler seg litt undertrykt fordi vi er på vei til en utdanning som sykepleiere. Men så føler de at de har jobba i så mange år at vi må ikke tru at vi er noe bedre enn dem...da har de et veldig stort behov for å bevise det liksom...Jeg føler nok veldig at jeg har vært sykepleiestudent her, ...og jeg er blitt motarbeidet noe. Litt sånn...småspydige kommentarer...(Mona).

Studenten sier at hun, kanskje også fordi hun er hjelpepleier fra før, er veldig bevisst på at hun som ferdig sykepleier ikke skal opptre på en måte som gjør at andre yrkesgrupper skal føle seg mindreverdige. Med bakgrunn i erfaringen hun har gjort i denne praksisperioden undrer hun seg over hva det er som fører til et slikt misforhold mellom yrkesgrupper.

...da jeg var hjelpepleier så følte jeg kanskje at det var noen sykepleiere som så ned på hjelpepleierne. Men nå så føler jeg liksom at det er en slags bitterhet hos hjelpepleierne. De føler seg..., jeg vet ikke..., de føler seg litt mindre verdt, at sykepleierne har sett ned på dem og at det er bygd opp en slags bitterhet hos enkelte...(Mona).

Studenten gir uttrykk for at praksisperioden har vært vanskelig. Når hun summerer perioden sier hun at hun har lært lite av å være i praksis og at hun har mistet motivasjonen. Hvis det allikevel skal være noe hun kan trekke fram som positivt må det være at hun er blitt mer bevisst på egne holdninger i møte med den enkelte pasient og at hun har sett det som sin oppgave å fungere som en slags motvekt til det hun opplever at personalet har stått for.

8.5 Oppsummering

En tydelig bevissthet på etiske verdier som grunnleggende for sykepleieutøvelse kommer til uttrykk i både uformelle og formelle intervju med studentene.

Verdier som vern om pasientens integritet og respekt for pasientens selvbestemmelse er framtrødende. Dette er verdier som særlig aktualiseres når de står i relasjon til aldersdemente pasienter. Å skulle handle på vegne av den aldersdemente og foreta valg på vegne av han oppleves som moralsk utfordrende. Ved å tolke pasientens kroppsspråk forsøker studentene å utøve sykepleie som ikke krenker pasienten.

Studentene viser stor evne til refleksjon over situasjoner de har stått i, samt evne til å bli oppmerksom på det moralske aspekt knyttet til situasjonene. I situasjoner hvor uttrykte verdier står på spill blir studenten opprødd og usikker. Dette er unge studenter i sin første kliniske praksis, studenter med liten eller ingen erfaring fra pleie og omsorgssektoren. Det er ikke overraskende at evnen

til å koble kunnskap sammen i liten grad kommer til uttrykk. Ofte er det allmennkunnskap studentene peker på når de skal begrunne sine handlinger. Ved noen anledninger kan det synes som om studentenes sterke oppmerksomhet på etiske verdier og bevissthet på ikke å krenke pasienten, resulterer i at pasienten ikke får hjelp til å dekke sine nødvendige grunnleggende behov. Selv om studentene viser stor evne til refleksjon savnes den kritiske refleksjon hvor hendelsen analyseres og kobles sammen med teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. Trolig ville dette bidratt til større forståelse og økt klinisk kompetanse.

Mange av studentene opplever enten at de ikke har veileder eller at relasjonen til veileder er dårlig, noe som innebærer at studenten stilt overfor mange av situasjonene i praksis er helt alene og blir overlatt til å bruke *prøve og feile metoden*. Studentene uttrykker et sterkt ønske om faglig veiledning i sin kliniske praksis og uttrykker ved flere anledninger fortvilelse over at de ikke har en sykepleier de kan støtte seg til. De studentene som opplever en god relasjon til sin veileder framhever veileder som betydningsfull i sin læring og utvikling. Veileder gir råd og fungerer som læremester gjennom sin egen sykepleieutøvelse. En av studentene trekker også fram hvordan veileder utfordrer studenten faglig ved for eksempel å stille henne spørsmål om pasienter med diabetes mellitus. Det faglige innholdet av den samtalen sier studenten at hun alltid vil huske ... *en vil jo gjerne kunne svare, så det svaret jeg ikke kunne det husker jeg veldig godt...*

Studentene reagerer sterkt på det de vurderer som negative holdninger og handlinger fra personalets side. Blant annet opplever de det som krenkende overfor pasienten når pleieren snakker til de som om de skulle være barn som ikke vet sitt eget beste. Manglende faglighet i gjennomføring av prosedyrer som for eksempel sårbehandling, blir av studentene beskrevet som dårlig praksis og

dermed ikke moralsk. Den nære koblingen mellom det faglige og det moralske understrekes. Når sårbehandlingen påfører pasienten en økt risiko for infeksjon, smerte og lidelse vurderer studenten handlingen som umoralsk. Iaktakelse av slike situasjoner opprører studentene, de reagerer og opplever en usikkerhet i hvordan de skal forholde seg til det de reagerer på. På den ene siden har de lyst å si ifra, fordi det de ser strider mot det de har lært og det de rent intuitivt vurderer som moralsk. På den andre siden opplever flere at det ikke er en åpenhet i avdelingen til å si i fra om dette. De opplever seg som personer som står på siden av et pleiefellesskap og at de må passe seg for ikke å ...*komme her og komme her...*

LITTERATUR

Benner,P., C.A.Tanner, C.A.Chelsa (1996). *Expertise in nursing practice, caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer Publishing Company

Bråten, I. (2002) (red). *Læring i sosialt, kognitivt og sosialt-kognitivt perspektiv*. Oslo: Cappelen Forlag.

Bjørk, I.T. (1999). *Hands-on-nursing: New graduates` practical skill development in clinical setting. Avhandling for Dr.polit. graden*. Oslo: Institutt for Sykepleievitenskap

Fagermoen, M.S. (1999). *Humanism in Nursing Theory: A Focus on Caring. I: H.S.Kim og I.Kollak (red) Humanism and Caring as the Philosophical Focus*. Springer-Verlag

Fagermoen, M.S. (1995). *The Meaning Of Nurse`s Work: A descriptive study of values fundamental to professional identity in nursing*. Doktorgradsavhandling ved College Of Nursing, University Of Rhode Island, USA. UiO, Institutt for Sykepleievitenskap. Publikasjonsserie 7/1995.

Hammersley,M. og P.Atkinson (1996) *Feltmetodikk*. Oslo: ad Notam Gyldendal

Heggen,K. (1995) *Sykehuset som "klasserom" Praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Oslo: Universitetsforlaget

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kvale,S. (1999). *Forskere i lære. I: K.Nielsen og S.Kvale (red) Mesterlære, læring som sosial praksis.* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Lave,J. (1999). *Læring, mesterlære, sosial praksis. I: : K.Nielsen og S.Kvale (red) Mesterlære, læring som sosial praksis.* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Lave,J. og E.Wenger (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation.* Cambridge University press

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien.* Otta: Tano AS.

Nortvedt,P. (2001). *Clinical sensitivity: The Inseparability of Ethical Perceptiveness and Clinical Knowledge.* Scholarly Inquiry for Nursing. Vol.15, No.1

Nortvedt,P. (1998). *Sykepleiens grunnlag – Historie, fag og etikk.* Otta: Tano Aschehoug.

Olsen,R. (1998). *Klok av erfaring? Om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie.* Otta: Tano Aschehoug.

Polit, D.F. og B.P.Hungler (1999) *Nursing Research. Principles and Methods.* Philadelphia: Lippincott.

Rasmussen,J. (1999). *Mesterlære og den allmenne pedagogikk. I: K.Nielsen og S.Kvale (red) Mesterlære, læring som sosial praksis.* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Roper, J.M. and J.Shapira (2000). *Ethnography in Nursing Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Säljö, R. (2001). *Læring i praksis. Et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Van Maanen,J. (1995). *And End to Innocence. The Ethnography of Ethnography*. I: Van Maanen,J. (red) *Representation in Ethnography*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Vygotskij,L.S. (2001). *Tenkning og tale*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

9. HVA OPPLEVER SYKEPLEIESTUDENTER SOM MORALSKE PROBLEMER PÅ SYKEHJEM OG HVORDAN VELGER DE Å FORHOLDE SEG TIL SLIKE PROBLEMER ?

av Guri Rummelhoff

Artikkel med utgangspunkt i hovedoppgave i sykepleievitenskap

9.1 Bakgrunn

Jeg har skrevet hovedoppgave i sykepleievitenskap, ved medisinsk institutt på Universitetet i Oslo. Hovedoppgaven er skrevet innenfor rammen av det nasjonale Undervisningssykehjemsprosjektet. Et sentralt mål for Undervisningssykehjemmene er:

- Å utvikle gode praksismiljøer for helsefaglig og medisinske studenter i grunn- og videreutdanning, og gjennom dette å øke kompetansen knyttet til eldre og bedre rekrutteringen til eldreomsorgen (Kirkevold, Kårikstad, 1999).

I kap.8 i rammeplanen (2000) står det at grunnutdanningen skal utdanne selvstendige, ansvarsbevisste, endrings- og pasientorienterte sykepleiere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning i utøvelse av sykepleie. Studenten skal etter endt utdanning ha utviklet handlingskompetanse til å

- møte pasienter og pårørende med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet.

Dette målet fra rammeplanen ser jeg som sentralt for min hovedoppgave. Elisabeth Hagemann uttrykker dette slik:

Det er ikke nok å lære de tekniske ting som hører sykepleien til. Man må samtidig arbeide på sin egen personlighet, arbeide for å bli god. Det vil med andre ord si at eleven – om hun ikke har gjort det før – nu må begynne et pløyningsarbeide inne i sin egen karakter (Hagemann 1936, s.12)

Hensikten med studien er å oppnå en forståelse av hva sykepleiestudenter opplever som moralske problemer på sykehjem og hvordan de velger å forholde seg til slike problemer.

Hvilke moralske problemer ferske sykepleierstudenter ser på sykehjem, vil gi kunnskap om hvilke moralske problemer som eksisterer på sykehjem, og det kan bidra til faglige diskusjoner blant ansatte. Det er et mål for sykepleierutdanningen å utdanne moralsk kompetente yrkesutøvere.

Derfor er det vesentlig å få kunnskap om hvilke moralske problemer ferske sykepleiestudenter ser i sin første praksisperiode, og hvordan de velger å forholde seg til slike problemer. Jeg tror det er viktig at sykepleieutdanningen tar studentenes frustrasjon på alvor. Dette er avgjørende for hvilke pedagogiske intervensjoner sykepleierutdanningen skal satse på for å utdanne moralsk sensitive yrkesutøvere med handlingskompetanse. Det er ikke nok at studentene ser problemene, de må få mot til å handle, tørre å si ifra. Hvis vi lykkes i å utdanne slike moralsk ansvarlige sykepleiere, som også vil engasjere seg i eldreomsorgen, vil framtidens sykehjemspasienter få et bedre omsorgstilbud.

I hovedoppgaven er jeg ikke primært opptatt av vanskelige etiske problemstillinger, dilemmaer eller overgrepssituasjoner. Jeg er opptatt av ”de små situasjonene”, dilemmaer og moralske problemer som kommer til uttrykk i relasjonen mellom pasient og pleier/student. Jeg ønsker å oppnå en forståelse av hvordan sykepleiestudentene arbeider med seg selv for å bli gode omsorgutøvere.

9.2 Teoretisk forankring

Nortvedt (1996) skriver i sin doktoravhandling om tre nivåer av moralsk handling. Denne inndeling av moralsk handling er brukt i oppgaven. De moralske problemene studentene ser på sykehjemmet kan deles inn i disse tre nivåene.

På det første nivået har etiske prinsipper en direkte funksjon og influerer på kompetent argumentasjon og dømmekraft. Dette er et nivå hvor moralske prinsipielle spørsmål er viktige å diskutere, for eksempel tillatelse/ikke tillatelse av eutanasi, riktighet av autonomi versus paternalistiske handlinger på bakgrunn av velgjørenhet. På det andre nivået er kyndig situasjonell og praktisk moralsk dømmekraft i funksjon. Man løser moralske problemer mer eller mindre i situasjonen på grunnlag av profesjonell erfaring og moralsk sensitivitet. Til slutt er det tredje nivå som ikke viser direkte moralske konflikter, men hvor menneskelig involvering og holdninger er i fokus. Det er situasjoner som av natur både er kognitive og emosjonelle (s.89-90).

Studentene har fått informasjon om at jeg er spesielt opptatt av de ”små situasjonene” som utspiller seg i relasjonene mellom pleier-pasient, Derfor vil det siste nivået være spesielt aktuelt. I disse ”små situasjonene” er menneskelig involvering og holdninger viktige, og det er avgjørende hvilke menneskesyn studenten viser i sin sykepleieutøvelse.

Vetlesen (1996) sier at moralsk opptreden er en sekvens bestående av tre ledd, der *persepsjon* er første ledd. Videre følger *dømmekraft* og *handling*.

Moralsk opptreden

Nivå:	Persepsjon	Dømmekraft	Handling
Evner:	Emosjonelle og kognitive	Emosjonelle og kognitive	

Figur fra Vetlesen/Nortvedt 1996, s.62

I følge Nortvedt (1996) er det fire faktorer som er viktig for å få et helhetlig bilde av moralsk persepsjon . De to første komponenter handler om betydningen av internaliserte etiske prinsipper og erfaring for å se og tolke moralske situasjoner. Disse refererer hovedsakelig til kognitive dimensjoner ved moralsk persepsjon. De to andre elementer Nortvedt omtaler er betydningen av den affektive dimensjonen i slik persepsjon: Reseptivitet/berørthet og empatisk forståelse.

Det er viktig at sykepleiestudentene i praksisstudier utvikler sin evne til å tolke og vurdere det de sanser ved å bruke sin faglighet. Moralsk dømmekraft/faglig vurdering har fokus i veiledningssamtaler med studenter, hvor opplevelser fra praksis diskuteres, og man forsøker å knytte teorikunnskaper til situasjonen for bedre å forstå og lære av det som skjedde. Veiledningsgrupper kan bidra til økt etisk bevissthet hos studenten (Nylund, 1999).

Vetlesen/Nortvedt (1996) hevder at dømmekraft refererer til vår mer nøyaktige tolkning av en aktuell situasjons karakter for å avveie hva som er den moralsk riktige måten å forholde seg til, og eventuelt gripe inn i, situasjonen på. Slik legger dømmekraften grunnlaget for vår respons på situasjonen i form av en intendert (overveid) handling.

Et møte mellom sykepleierstudent og pasient er en forutsetning for og et utgangspunkt for moralsk opptreden. Det er noe i situasjonen som berører begge parter, som gjør at vi kan kalle dette en moralsk situasjon. Hvordan sykepleierstudenten tolker og vurderer situasjonen, og hvilke moralske og faglige vurderinger hun gjør, får betydning for handlingen. I mange av de hverdagslige

pleiesituasjonene studentene står i, er de tvunget til å handle, og de får ikke god tid til å vurdere situasjonen. Studenten er ofte alene i slike situasjoner og har ingen å spørre. Dette kan gjøre studenten frustrert og handlingslammet.

Livet er grunnleggende moralsk fordi mennesker står i relasjon til hverandre, derfor er moral og sykepleie en enhet. Moral har sitt utspring i erfaringen, i inntrykket – som bærer en appell i seg om å ta vare på den andres liv (Martinsen 1993,s.19). ”Sykepleien er direkte utsprunget av den kristelige barmhjertighet, Jesu enkle ord i liknelsen om den barmhjertige samaritan: ”Plei ham!” – det er budet og befalingen som ligger til grunn for all sykepleie” (Hagemann 1936, s.8).

Det har vært mange artikler i Aftenposten den siste tiden om manglende kvalitet på sykehjem i Oslo. Sykepleiestudenter har avdekket uverdige forhold på et sykehjem. Dette viser at studenter ser moralske problemer og våger å si ifra. Malmedal (1999) hevder at i mange sykehjem blir ikke beboernes grunnleggende behov som normal døgnrytme, personlig hygiene og naturlige funksjoner tilfredstillende ivaretatt. Tingliggjøring, tvang og overgrep er en del av institusjonskulturen mange steder.

Sykehjemspasienten har ofte kognitiv svikt og forstår derfor ikke sitt eget beste. Dette er utfordrende pasienter for en førsteårs sykepleiestudent. Moralske problemer i forhold til en senil dement pasient handler ofte om man skal utføre handlinger mot pasientens vilje eller ikke. Beck (1996) fant i sin studie at omsorg for senil demente pasienter var en nærmest uoverkommelig utfordring for studenter i sin første praksisperiode.

Brandbu (1994) hevder at sykepleie utøves i et felt der ulike verdier støter sammen. Institusjonens krav om effektivitet og produktivitet støter sammen med profesjonens omsorgsverdier. I dette spenningsfeltet har sykepleieren sin hverdag. For en nyutdannet sykepleier kan møtet med en slik virkelighet være traumatisk, og konsekvensene høyst forskjellige.

Jeg vil påstå at for en førsteårstudent vil møte med denne virkeligheten være enda mer traumatisk enn for en nyutdannet, og at det er avgjørende å få bearbeidet disse inntrykkene. Dette kan både skole og praksis hjelpe til med gjennom planlagt veiledning.

Det er store moralske utfordringer i sykehjemsomsorg, hvor man skal stelle og pleie pasienter som ikke har innsikt i sin egen situasjon. Disse pasientene forstår ikke sitt eget beste, de trenger pleiere som viser omsorg. Hvilke relasjon som skapes mellom pleier og pasient avgjør om man får utført pleien på en god måte.

9.3 Metode

Undersøkelsen har et beskrivende fenomenologisk-hermeneutisk design. I følge Kvale (1999) har vi det fenomenologiske idealet om å lytte på en fordomsfri måte, og la de intervjuede fritt beskrive sine erfaringer uten å forstyrre med intervju spørsmål og de forutantakelser disse måtte innebære. En hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervju personens uttalelser, med særlig vekt på muligheten for stadige omtolkninger innenfor intervjuets hermeneutiske sirkel. I denne studien fortolker jeg ulike fenomener slik de framstår som moralske for sykepleiestudenter i sykehjemspraksis.

Datainnsamlingsmetoden er det kvalitative forskningsintervju. Jeg har intervjuet 8 førsteårs sykepleiestudenter, rett etter deres første praksisperiode på sykehjem. Intervjuet tar utgangspunkt i sykepleierstudentenes egne fortellinger. Jeg har fått 10 skriftlige refleksjonsrapporter fra informantene, og de har fortalt de samme historiene i intervjuene. En intervjuguide ble benyttet som et hjelpemiddel for å komme inn på de temaene som jeg ønsket å innhente data om.

Jeg har gått gjennom hvert enkelt intervju og tolket det på selvforståelses-, common-sense- og teoretisk nivå. Kvale (1999) vurderer tekstens betydning i tre

ulike tolkningskontekster: selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft, og teoretisk forståelse.

Informantenes bakgrunnsopplysninger:

<i>Kjønn</i>	<i>Alder</i>	<i>Helseprofesjon fra før</i>	<i>Erfaring fra helsevesenet</i>
♀	20 år	Ingen	Arbeidet i ferier på sykehjem
♀	21 år	Omsorgsarbeider	3,5 år medregnet lærlingstid
♀	31 år	Ingen	9 år i psykiatrien
♀	21 år	Ingen	Ingen
♂	19 år	Ingen	Ingen
♀	21 år	Ingen	2 år på sykehjem
♀	20 år	Ingen	Ingen
♀	20 år	Ingen	Ingen

Ut fra dette ser man at det er stor overvekt av unge studenter uten erfaring.

9.4 Funn

Studentenes erfaringer danner grunnlaget for en matrise, som inneholder en meningsfortetning av intervjuene. Denne matrisen viser 49 moralske problemer som studentene har opplevd. Av plasshensyn kan jeg ikke presentere alle de 49 moralske problemene. Derfor vil jeg hovedsakelig legge vekt på de 10 historiene som studentene har skrevet refleksjonsrapport om. Andre historier som studenten har fortalt i intervjuet vil presenteres etter deres relevans i forhold til de identifiserte kategorier. Ut fra disse historiene har jeg funnet 4 kategorier som jeg vil gruppere de moralske problemene under.

En tekstmatrise over studiens funn representert ved noen typiske utsagn og en kort beskrivelse av funnene

Hva opplever spl.studenter som moralske problemer i sin første praksisperiode på sykehjem?

<p>Hvordan handle til pasientens beste? 9 historier handler om dilemma tvang-autonomi, 5 refleksjons-rapporter, 4 historier fra intervjuer. 1 historie handler om tvangsmedisinering. 4 historier handler om å dekke grunnleggende behov. 3 historier handler om å hindre pasienten i fri bevegelse. 1 historie handler om passiv dødshjelp. Dilemmaet handler om pasienten skal bestemme selv eller ikke. Studentene vurderer den moralske utfordringen slik: "Man handler til pasientens beste, men selvbestemmelsesretten forsvinner." "Å ikke tvinge folk til å gjøre det som er mer enn høyst nødvendig. At man ikke misbruker makt." "Skal vi la være å bruke denne tvangen under stellet og gjøre som pasienten vil, vil hun for det første bli skitten og hun vil pådra seg infeksjoner og sykdommer."</p>	<p>Rettferdig fordeling av pleieressurser. 3 historier handler om dette. 2 refleksjons-rapporter, 1 historie fra intervju. Dilemmaet handler om prioritering av pasienter – rettferdighet. Studentene vurderer den moralske utfordringen slik: "Når en har med så mange folk å gjøre, kan en ikke bare tenke på en og en. Da må en se alt." "Der jeg sto og tok vurderingen på hvem som skulle være på badet, der følte jeg at det først troppet inn. Det var to veier å gå. Da følte jeg at det moralske kom inn."</p>	<p>Skaper mangel på kjennskap til pas. et usynlig sosialt skille? 22 historier handler om uforsvarlig praksis. 3 refleksjons-rapporter 4 historier handler om mangel på kjennskap til pasienten. 7 historier handler om mangel på tilfredsstillelse av grunnleggende behov. 11 historier handler om sosialt skille-mangel på respekt. En student uttrykte det slik: "Det er et usynlig sosialt skille. Det er pasientgruppe og det er en ansatte gruppe." "Hvis personalet har lunsj, eller skal ut å røyke, og det er en pasient som spør om noe, så sier de; "Nei, nå skal vi ha litt fri", og da tenker jeg: "Nå er vi faktisk på jobb." "Du skal prate ordentlig med dem, de er faktisk voksne mennesker. Du skal ha denne respekten, uansett."</p>	<p>Taushetsplikten er en utfordring. 3 historier handler om dette. 1 refleksjonsrapport, 2 historier fra intervju. Å overholde taushetsplikten er en forutsetning for at praksis skal være juridisk og moralsk forsvarlig. En student beskriver møte med taushetsplikten. "Det ble taushetsplikten mitt i "tryne". Det var en sånn vekker. Jeg har fortsatt lyst til å si det til noen, men kan ikke si det til noen."</p>
--	---	--	--

Hvordan velger de å forholde seg til slike problemer?

Studenten har vansker med å si ifra.	Etikkteorien – knagger å henge det på	Hva om det hadde vært din mor eller far?
<p>Alle 8 studentene forteller at de har vansker med å si ifra om de moralske problemene de opplever. De tør ikke kritisere avdelingen.</p> <p>”Jeg er redd for å virke ”bitchy”, kanskje, litt sånn hurpe...”</p> <p>”Det som hindret meg er at jeg er student og har ikke erfaring. Det er hele forholdet mellom meg som student og veilederen.”</p> <p>”Jeg er ikke så tøff til å ta konfrontasjoner ennå.”</p>	<p>De fleste studentene svarte benektende på om etikkundervisningen hadde hjulpet. De ville ha sett det samme uten undervisning.</p> <p>”Vanlig så ser man jo hva som er rett og galt. Ja, for det er sånn man kan tenke med seg selv.”</p> <p>”Etikkblokken var mer teoretisk. Jeg har følelsen at det er mer sykepleieundervisningen som har gått ut på hvordan du skal være overfor en pasient.”</p> <p>”Jeg synes at det å se moralske problemer kommer ut av oppdragelsen din og egen følelse med hvor sensitiv du er med signalene fra omgivelsene”.</p>	<p>Mange av studentene tenker ut fra seg selv: ”Hvordan ville jeg selv, mor eller far hatt det?” De bruker den gyldne regel: ”Alt dere vil at andre skal gjøre mot dere, skal også dere gjøre mot dem.” (Matt. 7.12)</p> <p>”Jeg tror den beste måten er å si: ”Hva om det hadde vært din mor eller din far?” du ville jo ønske det beste for dine egne. Jeg har også tenkt ut i fra meg selv.”</p> <p>Verdier og normer. ”Det at man har respekt for pasienten. Det at man er glad i pasienten.” ”Ha nok med empati” ”Faglig oppdatert. Snakke godt med pasienten.”</p> <p>Arbeide med seg selv. ”Det er viktig å reflektere. Det hjelper veldig. Å få satt ord på ting og rett og slett tenke over hva du gjør. Refleksjonsgruppe har vært til hjelp.” ”Jeg har faktisk lært veldig mye av å skrive refleksjonsrapport.”</p>

9.5 Diskusjon

Følgende spørsmål er diskutert i oppgaven:

- Hvilke moralske problemer er mest sentrale på sykehjem?
- Hvilken betydning har kunnskap, kjennskap til pasienten, erfaring i å takle moralske problemer?
- Hvilken sammenheng er det mellom kunnskap og holdninger hos studenten?

Jeg har valgt ut disse tre spørsmålene fordi funnene viser at sykepleiestudenter ser mange moralske problemer på sykehjem, de ser avdelingen med ”friske” øyne. Det kan tenkes at de ser problemer som pleiere ikke ser. Men ut i fra funnene og tidligere forskning synes jeg det er meget sentrale problemer disse studentene ser. Når det gjelder hvordan studenten takler disse problemene viser funnene at mangel på kunnskap, spesielt kjennskap til pasienten og erfaring hindrer studenten i å si fra om de problemene de ser. Studenten mangler kunnskap og erfaring, men de viser en empatisk holdning ved å sette seg inn i pasientens situasjon. Studenten befinner seg i randsonen av pleiefellesskapet, og pleiekulturen har ikke fått farget holdningene deres.

Hvilke moralske problemer er mest sentrale på sykehjem?

9.5.1 Hvordan handle til pasientens beste?

Malmedal (1999) hevder at det med alderdommen følger økt fysisk og psykisk sårbarhet. Konsekvensene av overgrep er alvorlige og kan føre til framskyndet aldringsprosess. En stor andel eldre blir demente og kan bli aggressive. Dette øker faren for overgrep, både fra og mot den demente.

I de fleste historiene som studentene fortalte var pasienten dement. I de historiene hvor det var spørsmål om å bruke tvang, var alle pasientene demente. De hadde ikke innsikt i egen situasjon og forsto antagelig ikke hva situasjonen

dreiet seg om. Disse pasientene er ikke kompetente til å ta avgjørelser på egne vegne, dette er årsaken til at de er på sykehjem, og at de er avhengig av sine pleiere for å få dekket sine grunnleggende behov.

En annen form for krenkelser og verdiforsømmelse ser en også i forhold til bruk av tvang. Det er et dilemmaet mellom tvang på den ene siden og autonomi, selvbestemmelse, på den andre siden. Fem av ti refleksjonsrapporter handler om dette, det betyr at studentene ser dette som et betydelig problem på sykehjem. Hvordan skal man forholde seg til en pasient som ikke forstår sitt eget beste, og som ikke vil samarbeide for å få dekket sine grunnleggende behov? Dette er ofte en dement pasient som ikke har konsekvensinnsikt. Pleierne vet hva som er det beste for pasienten, og vil utføre dette i den beste hensikt. Det kan være en stor utfordring å tilfredstille pasientens grunnleggende behov når pasienten ikke har innsikt i sin egen situasjon og ikke klarer å samarbeide. Det blir et etisk dilemma mellom hygiene og velvære på den ene siden og pasientens autonomi på den andre siden. Denne utfordringen er ekstra stor for uerfarne sykepleiestudenter, de har ingen erfaringskunnskap å støtte seg til. De har andre pleiere som rollemodeller, men studentene reagerer ofte på at disse pleierne opptrer krenkende. Som en student sier: *”Man handler til pasientens beste, men selvbestemmelsesretten forsvinner” (i 2).*

I studentenes historier som handler om tvang – autonomi, har pasientene nedsatt evne til å handle autonomt, de er demente, og de har ikke full innsikt i sitt eget beste. Dette gjelder ofte sykehjemspasienter, de mangler innsikt i egen situasjon, de er ikke kompetente. Hvis de skal få bestemme selv, kan det være til skade for dem. En student sier: *”Hvis han sitter i en vanlig stol, kan han reise seg, falle og kanskje brette lårhalsen” (i 1).*

En student sier: *”Jeg har lagt merke til at ”Olga” stritter mindre imot når pleieren er myk, forsiktig, vennlig og behagelig” (i 8).* Hun har gjort en viktig oppdagelse av hvordan vi kommuniserer med kroppen. Hvordan vi

kommuniserer med den demente er avgjørende for å få stelt pasienten på en god måte, kanskje uten tvang.

9.5.2 Rettferdig fordeling av pleieressurser

Tre studenter forteller historier som handler om hvilken pasient de skal prioritere. Dilemmaet dreier seg om prioritering av pasienter og rettferdighet. Men ressurs spørsmålet går også igjen i flere andre funn i denne studien, f.eks pleiemangel og mangel på tid. Er det rettferdig at en dame får ekstraserivise mens to andre pasienter må vente med frokost til kl.11? Etter mitt syn må en tilstrebe å behandle pasienten mest mulig likt i forhold til de omsorgsbehov de har, men det er problematisk om *andre skal lide pga. at en skal få litt ekstra* (i 2). Tranøy (1999) hevder at når vi ikke kan gjøre alt det vi ønsker og er i stand til å gjøre, må noe "velges bort". Å prioritere er å si *nei* til noe. Hvem velger man bort? Dette blir et stort problem på en avdeling hvor alle pasientene er i samme situasjon, ingen kan velges bort, alle har krav på å få tilfredstilt sine grunnleggende behov på en god måte. Hva er moralsk relevante grunner for å behandle pasienter forskjellig?

Et annet spørsmål er om det er rettferdig at en pasient alltid blir stelt først. Noen pasienter er kravstore, de skal stelles først, de blir forfordelt. Hvordan rette på denne skjevheten? "De synes de blir urettferdig behandlet, hvis de ikke blir tatt først" (i 5). Det blir et etisk dilemma å velge hvilken pasient du skal ta mest hensyn til.

Den pleie og den behandling som en pasient med en spesiell lidelse får, må også en annen pasient ha rett til, gitt at graden av lidelse, tilstanden er noenlunde lik. Forskjellsbehandling skal være begrunnet, kriterier for forskjellsbehandling skal være moralsk relevante (Nortvedt 1998).

9.5.3 Et usynlig sosialt skille – mangel på respekt for pasientens egenverd.

Mange studenter forteller historier som viser mangel på respekt for pasientens egenverd. En student kaller dette et sosialt skille, noe som har gjort sterkt

inntrykk på meg. Det synes å være tatt for gitt at det er et sosialt skille mellom pleiere og pasienter. Det er en asymmetrisk relasjon, og pleierne sitter med makten.

Pasienten som roper om melk til sin medpasient får kjeft i offentlig rom. Det skal være rolig på spisesalen. I spisesituasjonen kan pleiere bli opptatt av å snakke med hverandre, de overser pasientene. Dette er et hverdagslig moralsk problem på sykehjem, som dreier seg om pleieres holdninger til pasienter. Dersom pleierne går to og to i stellet kan det lett bli til at de samtaler med hverandre i stedet for med beboeren, eller hvis flere pleiere sitter sammen ved matbordet eller i stua, kan også beboeren bli oversett. Dette forteller mange av studentene om i min studie. Pleiere snakker privat over pasientens hode. En student sier: *”Det viser rett og slett mangel på forståelse, mangel på empati”* (i 2).

Hva skjer med beboere som føler seg oversett? Voldshandlinger kan inntreffe som en reaksjon på mangel på respons, og dette er ”[...] i desperation efterlämnade spår, de siste försöken att påminna om sin existens och att bokstavligen frambringa en skillnad” (Asplund 1987 s.150). Kan det være slik at mye av uroen og aggresjonen i sykehjem kan være et forsøk på å bli sett?

Tingliggjøring betyr en påstand om at verden og en selv ikke lenger synes for bare ting og penger, at en blir blind for hva ting og mennesker egentlig ”er” og kunne være, til fordel for ”hva de koster” i penger eller tidsinnsats (Brinkmann 1991 s.50).

Flere av studentene sier at pasienten blir sett på som ting, ikke som et menneske. Dette har med menneskesyn å gjøre, man ser på pasienten som et objekt som skal stelles. Denne tingliggjøringen fordrer at pleierne har en distansert holdning til beboerne. Med en distansert holdning kan en ha bedre kontroll over og forutsigbarhet i tidsbruken. Når tjenesten er fokusert på selve handlingen og ikke

pasienten, er det mulig å regne ut hvor lang tid det tar å utføre f.eks sårskift, lage mat, utføre morgenstell og lignende. I et slikt system skapes avstand mellom omsorgsutøver og mottaker (Thorsen 1998).

Mennesker som ikke får bekreftelse, blir sett eller tatt hensyn til, opplever seg selv som usynlige for omverdenen. De teller ikke med lenger, tas ikke med i regnestykket over det som er verdifullt. En beboer ved et sykehjem sa: ”Sånn er det å være null ut” (Hovdenes 1997).

Dersom pleierne blir kjent med beboerne, vil beboerne kunne bli *noen* og ikke *noe*? Hvis en kjenner til beboernes historie, vet hva de er opptatt av, hva som betyr noe for dem, hva de har utrettet i livet eller stridd med, vil en lettere kunne se på beboerne som enkeltindivider. Ved å være åpen risikerer en å komme i berøring med den andres fortvilelse, angst og resignasjon. ”Men vi kan også risikere å møte nærhet og ærlighet, underfundighet, humor, tapre mestringsforsøk og dyp menneskelighet” (Solheim 1996 s.53).

En student sier:

Det er viktig å huske at det er mennesker. Jeg synes det ofte hjelper, hvis jeg blir kjent med de pårørende. Hvis de kommer ofte på besøk, for da skjønner du at det er en mor som har betydd masse eller en far eller bror. Da skjønner man at det her er et menneske som er verdsatt (i 6).

9.5.4 Taushetsplikt

Tre studenter forteller om utfordringer i forhold til taushetsplikt. For den ene studenten har dette blitt en sterk opplevelse, en vekker, som har gjort stort inntrykk på henne. Hun får dårlig samvittighet for å invadere privatlivet, og det problematiske er hvor mye hun skal si. Studenten sier: ”Jeg sa det til veileder og lærerveilederen. Men akkurat det var jeg litt usikker på hvor mye jeg kunne si” (i 7).

Det å overholde taushetsplikten er en forutsetning for at praksis skal være moralsk og juridisk forsvarlig. To studenter forteller at fortrolige opplysninger, som ikke har med pleie å gjøre, blir tatt opp på rapport. En pasient må være trygg på at fortrolige opplysninger om han ikke kommer til uvedkommende, i et slikt tilfelle er en annen pleier en uvedkommende.

”Fra taushetspliktens synspunkt, den moralske så vel som den juridiske, representerer en kollega en uvedkommende tredje person så sant det ikke er medisinsk begrunnet ut fra pasientens interesser at legen informerer sin kollega” (Tranøy, 1999, s.134).

Studenten sier at det å gi fortrolige opplysninger på rapport viser mangel på respekt for mennesket. Det er mangel på respekt for pasientens integritet og brudd på taushetsplikten.

”Det er vår bevissthet om anonymitet og taushetsplikt som uttrykk for en respekt for pasientens integritet som gjør sykepleieren spesielt oppmerksom overfor situasjoner hvor disse prinsipper blir krenket” (Nortvedt, 1998,s.137).

Hvilken betydning har kunnskap, kjennskap til pasienten, erfaring for å takle moralske problemer?

9.5.5 Mangel på kjennskap til pasienten.

Hva slags kunnskaper trengs for å bli en moralsk kompetent yrkesutøver?

Det er en forutsetning å kjenne pasienten, ha kunnskaper om pasientens sykdomstilstander, for eksempel demens, for å dekke pasientens grunnleggende behov, og at praksis skal bli moralsk forsvarlig. Kjennskap til pasientens livshistorie vil gi økt forståelse for pasienten, og mulighet til å møte pasienten individuelt. Flere av studentene uttrykker frustrasjon fordi de ikke kjenner pasientene.

En student sier at vi må vite hvorfor pasientene er der. Hun sier videre at pleiere må ha kunnskaper for å se pasientens behov. Mangel på kunnskaper kan gjøre at du overser pasientens behov.

Slettebø (2002) hevder at sykepleierne avgjør ut fra egen *kunnskap, kjennskap til pasienten* og tidligere *erfaringer* hva de mener er det beste for pasienten i denne situasjonen. Disse tre faktorene er egenskaper ved kjernevariabelen og kan sies å være *sykepleierens kompetanse*.

Kjennskap til pasienten innebærer å lære noe om pasientens interesser og ønsker. Her kommer sykepleiernes vektlegging av det individuelle aspekt ved pleien heller enn det regelbundne.

Erfaringer vil si at sykepleieren har vært i liknende situasjoner tidligere.

Erfaringene gir et større handlingsrepertoar og ofte bedre forståelse for situasjonen.

Det interessante er at sykepleierne som Slettebø intervjuet sier at de baserer seg på tidligere erfaringer for å vite hva som er den beste løsningen for pasienten.

Studenter har lite kunnskap, lite kjennskap til pasienten og heller ikke erfaring i hvordan de skal løse slike moralske problemer. Dette vil gi dem lite handlingsrepertoar, og det kan gjøre dem frustrerte og handlingslammet.

Studentene er empatisk berørt av situasjonene de ser, men de har lite etikk-kunnskaper og heller ingen erfaring å bygge på. Det blir da vanskelig å vurdere situasjonen og enda mer problematisk å handle.

9.5.6 Vansker med å si ifra

Alle de 8 studentene jeg har intervjuet sier at de har vansker med å si ifra om de moralske problemene de ser. Dette er et betydelig funn. Studentene reagerer på moralske problemer, men tør ikke å si ifra, fordi de er redd for å kritisere avdelingen. De bruker noen ganger kontaktsykepleier, ofte lærer, og synes det er godt å ta opp slike situasjoner i refleksjonsgrupper.

”Jeg er student og har ikke erfaring. Det er hele forholdet mellom meg som student og veilederen” (i 8). Forholdet mellom studenten og veilederen innebærer veiledning og vurdering, evaluering. Det kan tyde på at dette forholdet er utrygt og det gjør at studenten ikke tør å si noe. Det er naturlig å tenke seg at studenten er redd for negative sanksjoner hvis hun sier i fra, slike sanksjoner kan gi seg utslag på evalueringsresultatet. Det kan tenkes å være nær sammenheng mellom det å ikke tørre å kritisere avdelingen for at det ikke skal gå utover evalueringen. En annen student sier: *”Det som hindret meg i å ta opp situasjonen var vel egentlig for å skåne pleieren, for hun jobber der. Jeg hadde lyst til å si det, gjorde det nesten og noen ganger. Jeg ombestemte meg, fordi jeg tok det opp med læreren som er utenforstående” (i 7).* Det virker som det er lettere for studentene å ta opp situasjonene med lærer eller i veiledningsgrupper enn med praksisveileder.

9.5.7 Etikkteorien – knagger å henge det på

Studentene sier at etikkundervisningen har bevisstgjort dem, men de vet hva som er rett og galt fra før. *”Vanlig så ser man jo hva som er rett og galt. Det er sånn man kan tenke med seg selv” (i 1).* Studenten skal øve seg i systematisk gjennomtenkning av yrkesrelaterte situasjoner(jmf.mål), dette bør skje i kombinasjon med teori og praksis. De opplever de yrkesrelaterte situasjonene i praksis, og kan reflektere over dem i ettertid ved å koble teori og praksis. Derfor er det naturlig at studenter uten erfaring synes etikkteorien er teoretisk og problematisk å overføre til praksis.

En student sa at etikken var ganske tung. Da hun var i praksis, tenkte hun ikke på hva hun leste eller lærte på skolen. Studenten mener at hvis hun hadde hatt etikkundervisning etter praksisperioden hadde hun kanskje tenkt mer på det. Dette er en student som ikke har erfaring fra før. Mange av studentene sier at undervisningen burde være mer konkret, at man burde lage en del caser og diskutert det etterpå. Dette kan tyde på at praksiserfaringer er viktig for å forstå

hva etikkteorien dreier seg om. Studentene kan bruke etikkteorien i ettertid for å reflektere over praksiserfaringer.

Alle studentene sier at det er viktig å reflektere for å bli en moralsk kompetent yrkesutøver. De har stor hjelp av veiledningsgrupper, av å skrive refleksjonsrapporter og av veiledning med lærer. Dette kan hjelpe studenten til å koble sammen teori og praksis i konkrete praksissituasjoner.

Studentene nevner ikke praksisveileder i forhold til dette, det virker som de ikke tør å ta opp kritikkverdige forhold med praksisveileder.

Hvilken sammenheng er det mellom kunnskap og holdninger hos studenten?

En student mener at rapporten farger holdningene, og at det er viktig med bevisstgjøring av holdninger, reflektere fra dag til dag.

”Det blir en sånn holdning at en nesten har følelsen av at pasientene ikke er takknemlige nok med det de gjør. Men de jobber jo i et serviceyrke. Sånn som jeg sa en gang, at de som er her, det er jo en årsak til at dem er her. Og veldig mange av dem har jo ikke valgt det selv” (i 3).

Studenten mener at det bør holdes kurs for alle ansatte om mellommenneskelighet, samhandling og kommunikasjon. Studenten tror at kunnskaper om kommunikasjon er vel så viktig som kunnskaper om etikk. Det henger sammen. Etikk og kommunikasjon er uløselig knyttet sammen. Måten du kommuniserer på, uttrykker holdningen din. ”Og hele den du er, mye av den moralen du utstråler kommer til uttrykk gjennom det du sier” (i 3).

Det moralske ligger i den måten sykepleiestudenten møter sykehjemspasienten på. Blikket, tonefallet og væremåten til studenten vil prege dette møte, og er avgjørende for om det skapes trygghet og tillit i situasjonen. Mange

sykepleiestudenter har en evne til å skape en slik relasjon med pasienten som preges av studentens empatiske holdning.

Phronesis er en praktisk kunnskapsform hvor vi lærer å kjenne det riktige og det gode, og hvor vi forholder oss til det foranderlige, det mangfoldige, kompliserte og nyanserte i situasjonen. Den er moralsk, og den er orientert mot handling hvor vi inngår i relasjoner med hverandre (Martinsen, 1993, s.94-95)

Kunnskapen viser seg i menneskets handlemåter, det Kari Martinsen (1993) kaller sykepleieholdninger. I sykepleieholdningene er den faglige kunnskapen integrert i sykepleierens være- og handlemåte.

9.5.8 Hva om det hadde vært din mor eller far?

Min antagelse om at sykepleiestudenter er sensitive mennesker som har empatisk omsorgsevne, synes å stemme godt med funnene i min studie. Den naturlig empatiske evnen viser seg ved at de sier at de har dette i seg fra før, de inntar en empatiske holdning. Det oppløftende i denne studien er at samtlige studenter tenker ut fra seg selv, de prøver å sette seg inn i pasientens situasjon når de skal vurdere moralske situasjoner. ”*Hva om det hadde vært din mor eller far?*” (i 3) De bruker den gyldne regel: ”Alt dere vil at andre skal gjøre mot dere, skal også dere gjøre mot dem” (Bibelen, Matteus 7.12). Denne reglen framhever en handlingsretning i relasjonen. Det å handle til den andres beste er moralens kjerne og utgangspunkt. ”Den gyldne regel” har blitt kritisert for at den legger opp til at en kan anvende egen målestokk for hva som er godt inn i andres livssituasjoner, uten å ta hensyn til hva andre mener.

Løgstrup imøtegår kritikken når han hevder at det er en regel for vår fantasi.

den forlanger at vi skal fantasere os til, hvordan vi ville ønske der blev handlet imot os, hvis vi var i den andens sted – for så aktuelt at handle imod den anden på den måte. Altså er den så radikal som den kan være (Løgstrup, 1976, s.19).

I Lillemoens (1997) studie kommer sykepleierne med utsagn som gjør det naturlig å trekke fram den gyldne regel som rettesnor for deres arbeid. De beskriver ønsket om å verne om pasientens ettermæle, og de ser det som sin plikt å skjerme pasienten slik at hun ikke viser en adferd som hun ville opplevd som upassende dersom hun hadde vært frisk. Den gyldne regel tvinger en til å være tilstede i situasjonen og åpner opp for de menneskelige relasjoner (Martinsen, 1993: s.88).

9.5.9 Er det sammenheng mellom pleiekultur og holdninger?

Et interessant spørsmål er hvorfor sykepleiestudenter ser moralske problemer som pleiere ikke ser. Det kan virke som pleiere blir ”blinde” for en del av de moralske problemene som eksisterer. Er det slik at pleiere som har arbeidet en stund, blir påvirket av en pleiekultur som gjør at de mister den moralske sensitiviteten? Det usynlige sosiale skille kan tyde på dette. Pleiere er mer opptatt av å dekke egne sosiale behov og kan dermed overse pasientens behov. Å snakke privat over pasientens hode er også uttrykk for dette. Hvem er pleierne her for, sin egen del eller pasientens?

I følge Heggen (1995) befinner sykepleiestudenter seg i randsonen av pleiefellesskapet, de ser avdelingen utenfra. Det virker som studentene i denne studien føler seg utrygge, de føler seg på utsiden av avdelingsmiljøet, de deltar ikke i pleiefellesskapet. Det er mulig at denne distanserte rollen studentene har i forhold til pleiefellesskapet, gjør at de får et skjerpet syn på kritikkverdig adferd. De har også lært mye om omsorgsidealer på skolen. Brandbu (1994) kaller sykepleiepraksis en konfliktfylt virkelighet, sykepleie utøves i et felt der ulike

verdier støter sammen. Institusjonens krav om effektivitet og produktivitet støter sammen med profesjonens omsorgsverdier.

9.6 Konklusjon

Sykepleiestudenter ser mange moralske problemer i sin praksisperiode på sykehjem, men de har vansker med å si ifra om de problemene de ser. Etikkteorien har bevisstgjort dem, men de bruker ikke denne teorien i de konkrete situasjonene. Studentene inntar en empatisk holdning ved å tenke ut fra seg selv eller nære pårørende. Sykehjemspasienter har komplekse pleieproblemer, og det er utrolig krevende for førsteårs studenter, som ikke har erfaring å skulle stelle og mate de mest hjelpetrengende pasienter. Det kan virke som om sykehjem er tøft å ha som første praksisperiode. Det krever god veiledning fra kontaktsykepleier, og på sykehjem er det mangel på sykepleiere. Refleksjonsrapporter og veiledningsgrupper har vært til hjelp for å bearbeide opplevelsene. Disse studentene bruker i liten grad praksisveileder til å reflektere sammen med, det kan ha sammenheng med at de har vansker med å si ifra. Studentene blir ofte overlatt til seg selv og kan oppleve læringsmiljøet som lite stimulerende.

En viktig oppgave for undervisningssykehjemmene blir å utvikle et stimulerende læringsmiljø gjennom å utforme og prøve ut nye undervisnings- og veiledningsmetoder, knytte undervisningsoppgavene nærmere til faglige utfordringer i det daglige arbeid, samt bidra til berikende mentor-relasjoner mellom sykehjemmets personale, lærere og studenter. Økt tilstedeværelse og aktiv deltagelse av lærerne i sykehjemmet er en forutsetning for å lykkes i dette (Kirkevold, Kårikstad, 1999).

Sykepleieutdanningen må satse mer på å knytte teori og praksis sammen ved bruk av veiledning. Gjennom veiledningsgrupper bør læreren støtte og utfordre

studenter slik at de får mot til å si ifra om de problemene de ser, og i større grad tør å utnytte praksisveileders ressurser. Siden studenten får lite veiledning av kvalifisert personale, bør lærerens tilstedeværelse i praksis økes. Det er også en mulighet å tenke egne praksislærere inn i slike stillinger, sykepleiere fra praksis som er ansatt av høghskolen for å veilede studenter.

Jeg tror at sykepleiestudenten må arbeide med seg selv gjennom hele utdanningen og hele sin yrkeskarriere for å utvikle moralsk bevissthet og kompetanse. Dette er en livslang prosess. Enhver pasientrelasjon er unik og krever at pleieren er moralsk bevisst og har evne til å handle til beste for pasienten.

LITTERATURLISTE

Aftenposten 06.05.02

Asplund, J. (1987): *Det sociale livets elementära former*. Gøteborg: Bokförlaget Korpen.

Beck, Cheryl Tatano (1996): *Nursing students`experiences caring for cognitively impaired elderly people*. Artikkel i Journal for Advanced Nursing. 23(5):992-998, Mai 1996.

Bibelen

Brandbu Elsehill (1994): *Sykepleiepraksis – en konfliktfylt virkelighet*. Vård i Norden 1/1994

Brinkmann, J. (1991): *Sosiologiske grunnbegreper*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Hagemann, E. (1936):. *Sykepleieskolens etikk* 2.utgave Oslo. H.Aschehoug& Co.

Hamram, T. (1992): *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Heggen K (1995): *Sykehuset som klasserom*. Oslo. Universitetsforlaget
Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag. Oslo. Universitetsforlaget.

Hovdenas, G.H. (1997): ”*Vennlighet først og sist*” *Om sykehjemsbeboeres opplevelse av mening i livet*. Hovedoppgave i helsefag.. Bergen. Universitetet i Bergen. Senter for etter- og videreutdanning.

Kirkevold M. og Kårikstad V. (1999): *Undervisningssykehjem*. Nasjonal plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forsknings i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Oslo Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Rapport nr. 1/99.

Kvale Steinar (1999): *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.opplag. Oslo. Ad Notam Gyldendal.

Lillemoen Lillian (1997): *Sykepleieren som moralsk aktør*. Hovedoppgave, Institutt for sykepleievitenskap. Oslo.

Løgstrup K.E (1956,1991): *Den etiske fordring*. København. Gyldendalske boghandel, Nordisk Forlag A.S.

Malmedal Wenche (1999): *Sykehjemets skyggeside*. Når beboere i sykehjem utsettes for krenkelser og overgrep Kommuneforlaget AS,

Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup, om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo : Tano

Nortvedt P. (1996): *Sensitive Judgement. Nursing, Moral Philosophy, and an Ethics of Care*. Doktoravhandling. Institutt for sykepleievitenskap. Medisinsk Fakultet, Universitet i Oslo.

Nortvedt P. (1998):*Sykepleiens grunnlag*. Oslo. Tano-Aschehoug

Nylund L., Lindholm L. (1999): *The importance of ethics in the clinical supervision of nursing students.* Artikkel i Nursing Ethics. 6(4):278-86, 1999 Juli.

Rammeplan og forskrift, for 3-årig sykepleieutdanning. Fastsatt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 7. januar 2000

Solheim, K. (1996): *Demensguide.* Oslo: Tano Aschehoug.

Slettebø Åshild (2002): *Strebing mot pasientens beste.* En empirisk studie om etisk vanskelige situasjoner i sykepleiepraksis ved tre norske sykehjem. Doktoravhandling. Det samfunnsvitenskapelige institutt. Institutt for sykepleievitenskap.

Thorsen, Aa. (1998). *Pårørende – Den glemte samarbeidspartner i eldreomsorgen.* Trondheim: Hovedoppgave i Helsefag, NTNU.

Tranøy, K.E.(1999): *Medisinsk etikk i vår tid.* Bergen. Fagbokforlaget,

Vetlesen, A.J. og P.Nortvedt (1996) *Følelser og moral.* 2.utgave Oslo: Ad Notam Gyldendal

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2001)

10. AVSLUTNING

10.1 Oppsummering av prosjektet

De faglig ansvarlige for de ulike aktiviteter/tiltak har selv gjennomført evalueringen (se 1.5). Som det vil gå frem av denne artikkelsamlingen har disse evalueringene vært av ulik karakter. Noen har bygget på omfattende og systematisert datainnsamling, mens andre først og fremst bygger på en beskrivelse av de erfaringer de har gjort. I denne oppsummeringen vil vi også gjøre en vurdering av prosjektet som helhet.

I utgangspunktet var Bruker- og kompetansesenteret tenkt som et fysisk og organisatorisk samlet prosjekt. En samlokalisering lot seg imidlertid ikke gjennomføre og de to delprosjektene fikk etter hvert betegnelsene Undervisningssykehjem Fredrikstad og Senter for frivillige organisasjoner. Den organisatoriske enheten ble opprettholdt gjennom prosjekt- og styringsgruppen og felles prosjektmedarbeidermøter.

Fjeldberg sykehjem er det opprinnelige undervisningssykehjemmet i prosjektet og har til tross for spredning av aktivitet til Glemmen og Smedbakken sykehjem, fungert som ”kjerneinstitusjon” i Undervisningssykehjem Fredrikstad.

Aktivitet spredt til de tre nevnte sykehjem og frivillighetsarbeid til høgskolens lokaler, svekket bindingen mellom de to grunnelementene i prosjektet. I en lang periode av prosjektet levde derfor de to delprosjektene forholdsvis uavhengig av hverandre. Først i prosjektets avslutningsfase har vi klart å få aktiviteter som er bundet opp i begge grunnelementene. Tiltaket Frivillige hjelpere i eldreomsorgen er initiert og satt i gang som en del av virksomheten i frivillighetsarbeidsdelen, men er blitt iverksatt ved Glemmen sykehjem. Ved

Glemmen sykehjem er det dessuten nå blitt et samarbeid knyttet til organiseringen av pårørende grupper.

Vi registrerer likevel at denne samordningen ikke har tatt utgangspunkt i den fysiske lokaliseringen av Senter for frivillige organisasjoner på Kråkerøy. Som vi har pekt på foran (kap. 1.6.9) synes det i fortsettelsen ikke hensiktsmessig å satse på et senter for frivillige organisasjoner i høgskolens lokaler på Kråkerøy. Dette vil utdypes i en egen rapport.

Aktivitetene i undervisningssykehjemsprosjektet har i hovedsak hatt fokus på studentenes læring i praksis og kompetanseheving av ansatte med utgangspunkt i arbeidsplassen som læringsarena.

Det å bruke arbeidsplassen som læringsarena skaper spesielle utfordringer. Dette er særlig knyttet til at samtidig med kompetanseutviklingen, skal den ordinære tjenesteytingen skje mest mulig uberørt. Vi har gjort den klare erfaring at det ikke bør igangsettes for mange tiltak på en arbeidsplass samtidig.

Betydningen av god informasjonsplanlegging hvor de ansatte er direkte involvert, kan ikke overvurderes. Vi ser i ettertid at de negative erfaringene ved gjennomføringen av ”tverrfaglig studentpraksis” våren 2002 var både knyttet til mengden av tiltak på den aktuelle avdeling og manglende informasjon.

Dette bekreftes av den svært positive evalueringen av ”tverrfaglig studentpraksis” ved Glemmen og Smedbakken våren 2003 hvor planlegging og gjennomføringen hadde tatt hensyn til de negative erfaringene.

Undervisningssykehjemsmodellen har blant annet som mål at det ved institusjonene skal utvikles et aktivt undervisnings- og kompetanseutviklingsmiljø. Det kan ikke være tvil om at denne artikkelsamlingen dokumenterer en omfattende aktivitet.

Vi mener bestemt at disse aktivitetene har skapt økt bevissthet og interesse for fagutvikling innen kommunal eldreomsorg og at dette på sikt kan bidra til å nå det overordnede målet om å sikre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten til gamle.

Det har i denne forbindelse vært benyttet to strategier; For det første å skape gode læringssituasjoner for elever/studenter, i dette tilfellet språkelever og sykepleier- og vernepleierstudenter, og for det andre å tilby systematisk kompetanseheving av de ansatte på arbeidsplassen for å sikre utvikling av personalet som helhet.

Strategien med kompetanseheving av de ansatte bygger ikke på en tradisjonell ”sende en på kurs – strategi”, men på utvikling av personalet som helhet.

Et viktig mål for prosjektet var å bidra til at den kommunale eldreomsorgen fremsto som en attraktiv arbeidsplass med faglig spennende utfordringer, både for studenter/elever og utdannet helsepersonell.

Studentenes evaluering av tiltaket *utdanningspost* som er gjennomført i tre faser, tyder på at intensjonene her er nådd for studentenes vedkommende. Det bekreftes også av yrkes- språkopplæringen hvor 6 av 7 elever arbeider i hel stilling som pleieassistenter etter avsluttet opplæring.

Det er vanskelig å bekrefte at prosjektet har ført til en umiddelbar bedring av kvaliteten på tjenestene. Vi er likevel sikker på at prosjektet har hatt flere viktige og positive konsekvenser.

- Det blitt en økende bevissthet om kompetanseutvikling som et organisatorisk spørsmål og ikke bare som et individuelt ansvar.
- Det er blitt aksept for at faglige spørsmål kan diskuteres både i smågrupper og i personalet som helhet .
- Det er blitt engasjement om kompetanseutvikling.

- Man er blitt villige til å se på sine egne rutiner med kritiske øyne og ser det ikke som et nederlag at disse eventuelt må endres.
- Den kommunale eldreomsorg fremstår som et interessant arbeidsfelt.
- Den kommunale eldreomsorg er i økt grad blitt en arena for fagutvikling og forskning.

Vi er derfor ikke i tvil om at de to grunntankene i prosjektet er riktige. Et tettere samarbeid mellom høgskole og praksis er en fordel for begge parter, og at det er viktig å knytte kompetanseutvikling i helsesektoren nærmest mulig arbeidsplassen.

10.2 Fremtidig organisering av samarbeidet mellom Fredrikstad kommune og Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag

I følge regjeringens nye handlingsplan ”Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006 - Rekruttering for bedre kvalitet” fremheves Undervisningssykehjemsprosjektet (USP) som en interessant strategi for rekruttering og kompetanseheving i helse- og sosialsektoren.

Selv om regjeringen ikke ønsker å trekke noen konklusjoner før Undervisningssykehjemsprosjektet er endelig evaluert, tyder beskrivelsen likevel på at dette ses på som en modell for fremtidig samarbeid mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner.

Prosjekt Bruker- og kompetansesenter er som navnet uttrykker en prosjektorganisering. Intensjonen med prosjektet var å igangsette nye tiltak basert på en ny samarbeidsmodell med mål både å etablere permanente opplæringstiltak og et varig samarbeid knyttet til fagutvikling og forskning.

Det videre samarbeid mellom Fredrikstad kommune og Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag bør legge til grunn at USP Fredrikstad som er vedtatt videreført, også skal være kjerneelement i organisasjonen.

Et overordnet mål med prosjektet var ”Sikre kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten til gamle” (prosjektdirektivet). Dette målet er klart i samsvar med nasjonale prioriteringer og kommunens handlingsplan for styrking av eldreomsorgen. Vi mener at for å møte disse utfordringene stilles det nye krav til samarbeid mellom kommune og høgskole/universitet.

Hovedprosjektlederne var i prosjektperioden ansatt i hovedstillinger ved høgskolen og hadde totalt 50% stilling til å lede hovedprosjektet og deltakelse i enkelte tiltak. I tillegg har benyttet høgskolen en del av de ansattes fou-tid til å gjennomføre de delprosjektene som er beskrevet i denne rapporten. Mange kommunalt ansatte har også lagt inn en omfattende arbeidsressurs i prosjektet, men dette er stort sett gått inn som en del av det daglige arbeidet og er ikke synliggjort som egne ressurser.

Tiltakene som beskrives i rapporten er i hovedsak rettet mot kompetanseheving av kommunalt ansatte, høgskolens ansatte og studentundervisning.

Vi tror at en viktig forutsetning for å styrke den brukernære aktiviteten, bør virksomheten sterkere forankres i den kommunale organisasjonen. Samtidig bør samarbeidet med undervisningssykehjems prosjektet og høgskolen opprettholdes.

Vi ser for oss USP Fredrikstad som en samarbeidende faglig ressursenhet med ansvar for både kompetanseutvikling og fou-virksomhet. Den veiledningen som det nasjonale undervisningssykehjemprosjektet har bidratt med ønskes opprettholdt og dersom undervisningssykehjemprosjektet videreføres som en del av departementets strategi for kompetanseheving i sektoren, bør et slikt

samarbeid kunne skape grunnlag for tildeling av statlige kompetansemidler. Høgskolen har allerede opprettet en stipendiatstilling som kan knyttes opp mot en slik kommunal ressursenhet. I tillegg er høgskolen fortsatt innstilt på å bidra med andre fou-ressurser inn i samarbeidet og på å yte konstruktive gjenytelser for den praksisoppfølging ansatte i kommunen bidrar med overfor studentene. (jfr. Utdanningspost)

En slik løsning vil medføre at man kan fokusere sterkere på kompetanseutvikling for de kommunalt ansatte. I tillegg står kommunen friere til også å trekke inn andre samarbeidsparter, for eksempel den videregående skole og Sykehuset Østfold, i virksomheten.

Vi tror en faglig ressursenhet bør være nært tilknyttet omsorgsetaten. Med bakgrunn i erfaringene fra prosjektperioden, mener vi en 50% faglig administrativ stillingsressurs er nødvendig. I tillegg ser vi muligheter for at stipendiatstillingen fra høgskolen kan få en viktig funksjon.

Utgangspunktet for å etablere ”Senter for frivillige organisasjoner” som en del av prosjektet, var et ønske om å koble kunnskapen om brukernes behov og ønsker sammen med målene for de kompetanseutviklingstiltakene som ble gjennomført. Denne koblingen har det vært vanskelig å få til. Likevel er vi overbevist om at en styrking av samarbeidet innen frivillighetsarbeid og brukerorganisasjonene, vil både være en rasjonell utnyttelse av ressursene og et viktig bidrag til å styrke brukerinnflytelsen overfor tjenesteyterne.

Forutsetningen for å få til en slik virkning, er at brukerorganisasjonene får gode nok arbeidsvilkår. Et samarbeid med utgangspunkt i den organisasjonen som allerede finnes i Frivillighetssentralen kan etter vår mening ivareta disse forutsetningene . Vi ser derfor for oss følgende modell:

Undervisningssykehjem Fredrikstad

Fredrikstad kommune og HIØ - Avdeling for helse- og sosialfag

- En faglig koordinerende ressurs (Fredrikstad kommune og HiØ)
- Praksisplasser (Fredrikstad kommune)
- Studenter som ressurs (HiØ)
- Stipendiatstilling (HiØ og UiO)
- FoU-ressurser (HiØ ansatte)

Naturlige samarbeidsparter:

- Det nasjonale nettverk (USP)
- Sykehuset Østfold
- Annen kommunal virksomhet (bla. brukerombud)
- Andre kommuner
- Andre utdanningsinstitusjoner

Hvorfor videreføring av USP Fredrikstad - en faglig samarbeidende ressursenhet?

- En videreføring av Undervisningssykehjem Fredrikstad under ledelse av Universitetet i Oslo forutsetter et fortsatt samarbeid mellom kommunen og Høgskolen. Dette gir mulighet for:
 - Deltakelse i og veiledning fra et nasjonal fagmiljø med mål å utvikle kvaliteten på tjenestene innen kommunal eldreomsorg.

Det unike med Undervisningssykehjemsprosjektet er integreringen av undervisning, kompetanseheving, forskning og fagutvikling i praksis i hverdagen, og at helsefagutdanningen på flere nivåer inkluderes.

(Fafo 2002:34)

- Samarbeidsmodellen kombinerer høgskoleansattes Forsknings- og utviklingsarbeider til kommunale ansattes behov for kompetanseheving. Dette gir mulighet for:
 - Kompetansehevingen relatert til de ansattes arbeidsplass. Høgskoleansatte får mulighet til å gjøre praksisnære arbeider.
 - Kompetanseheving av begge parters ansatte muliggjøres til en lav økonomisk kostnad.

Prosjekt Bruker- og kompetansesenter ble avsluttet den 30.06.2003. Det betyr ikke at det samtidig ble satt sluttstrek for de tiltakene og de initiativene som ble satt i gang i løpet av prosjektperioden. Vi skal derfor avslutningsvis peke på noen av de tiltakene som nå videreføres som selvstendige prosjekter:

Fagmøter. Dette er et tiltak som nå er fast etablert ved Fjeldberg sykehjem. Dette inkluderer også videreføring av veiledningsgruppen med avdelingslederne. En ansatt ved høgskolen leder gruppen.

Faglig veiledning. Både ansatte og ledelsen ved Fjeldberg sykehjem har etterspurt om videreføring av dette tiltaket. Sykehjemmet ønsker at høgskolen i stedet for å tilby økonomisk kompensasjon til praksisveiledere, heller bidrar med veiledere til slike veiledningsgrupper. Dette er en modell som også andre deler av kommunen har ønsket om å få ta i bruk.

Utdanningsposter. Erfaringene med å etablere utdanningsposter har vært så positive at avdelingen nå benytter denne formen for praksisorganisering ved flere institusjoner. Dette gjelder også "tverrfaglig studentpraksis" som det planlegges ny gjennomføring våren 2004.

Yrkes- og språkopplæring av minoritetsspråklige. Allerede mens denne opplæringsformen ble prøvet ut, valgte kommunen å la en av sine egne ansatte få delta som observatør i tiltaket. På bakgrunn av dette gjennomfører kommunen tilsvarende tiltak som et ordinært kommunalt tilbud overfor minoritetsspråklige.

Frivillige hjelpere i eldreomsorgen. Dette er et tiltak som er finansiert med kr. 170.000,- gjennom Stiftelsen Helse- og rehabilitering etter at man som ledd i prosjektet søkte om midler derfra. Tiltaket vil høsten 2003 bli gjennomført ved to kommunale sykehjem. Høgskolen har påtatt seg ansvar for å evaluere prosjektet og utforme rapport til kommunen og til Stiftelsen Helse- og rehabilitering.

FOU-prosjekter. Et mål med prosjekt Bruker- og kompetansesenter var etablering av FOU-virksomhet i samarbeid med praksis. Hele prosjektet har i så måte vært en interessant ramme for både forskning og utvikling. I tillegg det vi så langt har nevnt så fortsetter også følgende fou-prosjekter:

- Praksis som læringsarena i studenters utvikling av moralsk kompetanse (dr. gradsarbeid)
- Veiledning av pårørende grupper (mastergrad)
- HiØ har tildelt av stipendiatstilling rettet mot kommunal eldreomsorg (lyses ut høsten 2003).

Vi mener derfor at det prosjektet har satt i gang viktige prosesser og lagt til rette for et utvidet og mer konstruktivt samarbeid mellom høgskolen og kommunen, enn det vi hadde hatt uten dette prosjektet.

På bakgrunn av dette vedtok styringsgruppen for "Prosjekt Bruker og kompetansesenter" følgende anbefaling på sitt siste møte:

Styringsgruppen går inn for å videreføre samarbeidet bygget på følgende prinsipper:

- Prosjektperioden avsluttes, men samarbeidet fortsetter.
- Både kommunen og høgskolen forplikter seg til å sette av egne ressurser til videre samarbeid. Høgskolen har foreløpig satt av en 20% stillingsressurs til koordinering (Sigurd Roger Nilsen). Kommunen vil knytte sin ressurs til omsorgsetaten og avklarer siden navn og omfang. Nærmeste overordnede for høgskolens koordinator er avdelingsleder, nærmeste overordnede for kommunens koordinator er omsorgssjefen.
- Tilknytningen til undervisningssykehjemsprosjektet videreføres i den grad det nasjonale prosjektet opprettholdes.
- Samarbeidet om organisering av praksisstudier ønskes videreført med bakgrunn i erfaringene fra prosjektet. Dette gjelder blant annet i forhold til videreføring av utdanningsposter og i forhold til å ta i bruk alternative former for gjenytelser.

UTGITTE OG PLANLAGTE PUBLIKASJONER

Publiserte arbeider:

Nilsen, Sigurd Roger og Hansen, Gunnar Vold. *Økte personalressurser – bedret tjenestetilbud ?* Høgskolen i Østfold, Rapport 2002:1.

Rummelhoff, Guri K. Røsseland. *Hva om det hadde vært din mor eller far ? Hva opplever sykepleierstudenter som moralske problemer på sykehjem og hvordan velger de å forholde seg til slike problemer ?*
Hovedoppgave, Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 2003.

Hansen, Gunnar Vold og Nilsen, Sigurd Roger (red). *Senter for frivillige organisasjoner. Delrapport II, Bruker- og kompetansesenter Fredrikstad. HiØ Rapport.*

Planlagte utgivelser (høst 2003).

Bakka, Gunvor. *Integrert yrkes- og språkopplæring for minoritetsspråklige kvinner.*

Femdal, Ingrid og Fossum, Mariann. *Prosjekt utdanningspost.*