

Hvordan utvikle organisatorisk kompetanse?

– en studie knyttet til sykepleierstudenters siste praksisperiode

**Sigurd Roger Nilsen
Camilla Gjellebæk
Siri Brynhildsen
Inger Tjøstolvsen
Siv Groth Johansen**

**Høgskolen i Østfold
Oppdragsrapport 2015:3**

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. Oppdragsrapport 2015:3

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-439-4

ISSN: 1504-5331

Innhold

Introduksjon og bakgrunn	1
Hensikt	4
Metode	5
Gjennomføring av studien.....	5
Design	8
Etiske implikasjoner.....	10
Presentasjon av funn.....	12
Organisering av praksisstudiet.....	12
Systemforståelse.....	13
Samhandlingserfaring	14
Diskusjon.....	17
Praksisfelleskapet fremmer læring og samhandlingskompetanse.	17
Organisatorisk kompetanse er viktig for kvaliteten på tjenestene	18
Samhandling med andre yrkesgrupper	19
Konklusjon	21
Vedlegg 1:.....	27

Introduksjon og bakgrunn

Det stilles nye krav til sykepleiernes kompetanse. Endringer i kompetansebehov følger av at pasienter, ofte med et betydelig rehabiliteringsbehov, tidligere blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. De fleste pasientene er eldre, har flere diagnoser og stort omsorgsbehov (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). «Mange er avhengig av assistanse og hjelp fra både fastlege, kommunale pleie- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Kvaliteten på tjenestene vil ofte være avhengig av hvor godt dette samspillet fungerer» (Sosial- og helsedirektoratet 2004:35). En studie som undersøkte eldres erfaringer ved overføring fra sykehus til kommunale tjenester bekrefter dette. Studien viste at det er utfordringer med hensyn til å gi de eldre god nok informasjon (Foss, Hofoss, Romøren, Bragstad og Kirkevold 2012).

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) peker på forskning og innovasjon som en forutsetning for en kunnskapsbasert og fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste. Utdanningsinstitusjonenes ansvar for forskning beskrives ved at «det må sikres høy kvalitet og relevans i utdanning og disse må så langt som mulig baseres på forskningsbasert kunnskap» (Helse- og omsorgsdepartementet 2012:8). Målet med å utarbeide en ny modell for organisering av praksisstudier er å bidra til å utdanne sykepleiere med kunnskaper og ferdigheter tilpasset dagens og morgendagens helsevesen. I dette legger vi evnen til samhandling med pasienter og pårørende, samhandling med andre yrkesgrupper, utvikling av kliniske ferdigheter og systemforståelse. I Meld. St. 13 *Utdanning for velferd* refereres det til Stjernø-utvalget som fastslo, blant annet på bakgrunn av NOKUTs evalueringer, at det er behov for tiltak som kan heve kvaliteten i praksisstudiene. En gjennomgående kritikk i evalueringene er dårlig integrering mellom praksisstudiene og undervisningen ved institusjonen (Kunnskapsdepartementet 2012).

Praksismodellen er basert på et sosiokulturelt læringssyn. Dette læringssynet bygger på et konstruktivistisk syn på læring, der interaksjon og kontekst er av avgjørende betydning. Individets evne til å delta i sosiale praksiser er sentralt i det å lære. I stedet for å se på kunnskap som en internaliseringsprosess, ser en på læring som en prosess der kunnskapen blir konstruert i et fellesskap. Mening, kunnskap og forståelse blir skapt gjennom interaksjon og samhandling (Dysthe 2001). I vår studie har praksisfellesskapet blitt vektlagt ved at gruppepraksis (Nilsen, Røising og Brynhildsen 2012) har vært et hovedelement ved organiseringen.

Initiativet til studien kom fra praksisfeltet. Bakgrunnen for initiativet var en vurdering av at praksisstudiene ikke var tilpasset dagens helsevesen. Dette samsvarer med konklusjonene i Meld St 13 (Kunnskapsdepartementet 2012). Meldingen vurderte innholdet i dagens praksisstudier som mangelfullt i forhold til å kunne gi studentene kunnskap om de endrede oppgavene i spesialist- så vel som i kommunehelsetjenesten. Endringene har blant annet medført at kommunehelsetjenesten har fått ansvar for nye pasientgrupper som har et større behov for rehabilitering og behandling sammenliknet med tidligere (Meld. St. nr. 29, 2012-2013). Denne nye situasjonen krever at sykepleiere har kunnskap om ansvarsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og kunnskap om nyetablerte behandlings- og rehabiliteringstilbud.

Orvik (2004) hevder at den administrative sykepleierfunksjonen i sin gamle form er avleggs fordi den opprettholder en yrkesrolle preget av tekniske og praktiske assistentfunksjoner. Framtidens sykepleiere trenger organisatorisk kompetanse. Organisasjonsinnsikt og handlekraft er nødvendig for å takle rollen som koordinerende, helsefaglig person i tverrprofesjonelle team. Kompetanse i å kunne organisere pasientarbeidet, og evnen til å forstå helseorganisasjonen som system, inngår i begrepet organisatorisk kompetanse (Orvik 2004). Allan (2014:136) skriver at sykepleiere gjennom sitt organisatoriske arbeid er «network builders, system

enablers and principal mediators». Samtidig viste studien hennes at sykepleierne først og fremst identifiserte seg med det direkte pasientrettede arbeidet, samt at bevisstheten var mindre når det gjaldt organisatoriske forhold. Kunnskap og ferdigheter relatert til organisatoriske forhold ble utviklet gjennom lang erfaring, noe som i følge Allan (2014) reiser spørsmål ved måten utdanningen av sykepleiere er organisert på.

I tråd med rammeplan har studentene praksisstudier i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, hvor fokus er pasientforløpet på det tjenestenivået de har praksis (Kunnskapsdepartementet 2008). Betegnelsen «et helhetlig pasientforløp» har nødvendigvis ikke samme betydning i kommunehelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten. Pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten kjennetegnes vanligvis av et kortvarig forløp fra diagnose til utskrivelse, og kommunehelsetjenesten er den vanligste samarbeidspartner. I kommunehelsetjenesten har et helhetlig pasientforløp ofte et livslangt perspektiv. Pasienten har flere diagnoser og det er en rekke samarbeidsparter, også utenfor helsevesenet. Pårørende som part i samarbeidet er her mer vanlig (Norsk helserett 2012).

Forskning fremhever betydningen av samarbeidslæring i tredje studieår som forberedelse til yrkeslivet. Det er behov for mer forskning i praksisstudier der tverrprofesjonelt samarbeid benyttes som arbeidsmetode. Det er også behov for å utvikle og prøve ut praksismodeller der det legges vekt på erfaringslæring og samarbeidslæring (Furunes og Brattaas 2013:109). Utfordringer i helsevesenet knyttet til komplekse helseproblemer, krever at helsearbeidere må samarbeide annerledes enn før (Nilsen 2010). Sentrale føringer (Kunnskapsdepartementet 2008; 2012) forventer at utdanningene bidrar til å utvikle denne kompetansen hos studenter.

Internasjonal forskning bekrefter at samarbeidslæring bedrer samarbeidspraksisen og gjør helsearbeidere bedre i stand til å håndtere sammensatte helsebehov (Barr 2010).

Pasienter rapporterer at de er mer fornøyd med tilbudet når de opplever at samarbeidet mellom ulike yrkesgrupper fungerer. “After almost 50 years of inquiry, there is now sufficient evidence to indicate that interprofessional education enables effective collaborative practice which in turn optimizes health-services, strengthens health systems and improves health outcomes” (Barr 2010:476).

Hensikt

Hensikten med studien var å prøve ut en ny modell for organisering av praksisstudier for sykepleierstudenter i den siste praksisperioden i studiet. Studiens forskningsspørsmål var følgende:

- Hvordan har praksismodellen bidratt til studentenes opplevde læringsutbytte relatert til organisatorisk kompetanse?
- Hvordan oppfatter veilederne at praksismodellen forbereder studentene til yrkeslivet?

Begrepet organisatorisk kompetanse dekker både systemforståelse og samhandlingskompetanse (Orvik 2004).

Metode

Gjennomføring av studien

En nøyaktig beskrivelse av de fremgangsmåter som er benyttet for gjennomføringen av et prosjekt er et viktig bidrag for at forskningens kvalitet skal kunne vurderes (Kvale 1997). Initiativtaker til prosjektet var Sykehuset Østfold. Studien ble gjennomført som et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Østfold (SØ), Fredrikstad kommune, Halden kommune, Sarpsborg kommune og Høgskolen i Østfold (HiØ). Prosjektet ble finansiert av samarbeidsmidler (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

Prosjektpraksisen ble organisert etter prinsippet om gruppepraksis (Nilsen, Røising og Brynhildsen 2012). To virksomheter innen hjemmesykepleie, en enhet for utskrivningsklare pasienter på sykehjem (USK-avdeling) og en intermediaeravdeling på sykehjem, utgjorde de fire praksisbasene. Base betyr i denne sammenheng den virksomhet hvor studentene hadde sin hovedtilknytning og praksisveileder. Fordelingen av praksisplasser ble foretatt av studentene.

Praksisperioden var på 9 uker, og var studiets siste praksisperiode. 29 studenter gjennomførte prosjektpraksisen. Studentene fikk mulighet til å følge pasienten på tvers av behandlingseenheter og nivåer. På tvers av behandlingseenheter betyr her at

studentene får innsikt i, og erfaring fra ulike behandlingstilbud internt i kommunen og i sykehuset.

Prosjektgruppen bestod av prosjektleder fra Sykehuset Østfold, en praksisrepresentant fra hver base, samt de fire praksislærerne. I prosjektforberedelsene utarbeidet prosjektgruppen en oversikt over aktuelle læresituasjoner ved hver base. Læresituasjonsbeskrivelsene ble deretter organisert i læringskategorier og er en operasjonalisering av læringsutbytter i beskrivelsen av emnet *Sykepleiens undervisende og ledende funksjon* (Høgskolen i Østfold 2013) og sentral teori. Denne tilnærmingen støttes av Meld. St. nr. 13 som vektlegger at utdanningene utarbeider læringsutbyttebeskrivelser og tilrettelegger for tilegnelse gjennom praksisstudier (Kunnskapsdepartementet 2012). Studentene fikk presentert en samlet oversikt over aktuelle læresituasjoner før praksisstart. Det ble definert totalt 11 læringskategorier og 75 læresituasjonsbeskrivelser. Praksislærerne møtte veilederne og studentene i forkant av praksisstart. Hensikten med dette møtet var å skape en felles forståelse av mål for praksisperioden.

Tabell I: *Utdrag fra læringskategori og læresituasjonsbeskrivelse*

Læringskategori	Konkretisering av læresituasjoner
Samhandling om mottak av pasienter:	<ul style="list-style-type: none"> - Mottak av pasienter for type tilbud; korttidsplass, intermediær plass (ø - hjelp) eller utskrivningsklare fra sykehuset - Gjøre seg kjent med og benytte innkomstprosedyrer på avdelingen - Samarbeide med innleggende instans - Mottak av ny/kjent bruker/pasient i hjemmetjenesten
Ø - hjelp innleggelser til sykehus	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakte AMK - Samarbeid med fastlegen - Samarbeid med legevakten og ambulansetjenesten

Overføringer fra SØ eller andre sykehus	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikasjon med SØ - Planlegging og tilrettelegging for mottak av pasient. - Avklare behov for hjelpemidler - Avklare opplæringsbehov av personalet før overflytting til kommunen. F. eks. storbrukere - Evt. delta på kartleggingsbesøk på SØ sammen med pasientkoordinator
Akuttinnleggelser fra hjemmet	<ul style="list-style-type: none"> - Samarbeid med hjemmesykepleie og legevakten - Kjenne til og benytte prosedyrer for innleggelser fra hjemmet
Refleksjon over praksis	<ul style="list-style-type: none"> - Delta i etisk refleksjon på avdelingen - Refleksjon over aktuelle pasientkasustikker - Ukentlig veiledning med studentveileder - Utfordre studentene i siste del av praksisperioden å ha ansvar for gjennomføring av en refleksjon med personalet på avdelingen

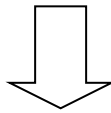
Presentasjon av aktuelle læresituasjoner for studentene før praksisstart var begrunnet i følgende:

- Praksisrepresentantenes aktive deltakelse i definering av læresituasjoner hadde til hensikt å sikre studentenes fokus på det som møtte dem i praksis.
Samarbeidet mellom praksisrepresentanter og lærere hadde til hensikt å sikre integrering av teori og praksis. Jordet og Roland (2012) fremhever viktigheten av samarbeid mellom høgskole og praksisfelt for å utvikle kunnskap relevant for praktisk yrkesutøvelse, noe NOKUT påpekte som mangler ved dagens organisering av praksisstudier (Haugdal 2009).
- Forhåndsdefinering av aktuelle læresituasjoner skulle bidra til at studentene utnyttet praksistiden mer effektivt.

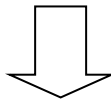
Figur I.

Figur I er et eksempel på hvordan læringskategorien *Samhandlingskompetanse* og de konkrete læresituasjonene er forankret i teori. Utvikling av samhandlingskompetanse er et sentralt element i hovedtema for prosjektpraksis perioden; sykepleiens organisatoriske kompetanse.

Samhandlingskompetanse
Eks. å forstå at å lytte er
viktigere enn å snakke (Orvik 2004)



Læringskategori
Eks. Refleksjon over praksis
(HiØ –studieplan)



Læresituasjoner
Eks. Delta i etisk
refleksjon på
avdelingen

Design

Studien har et beskrivende design (Jacobsen 2010). Hoveddata er kvalitative, innhentet gjennom fokusgruppeintervju med studentene. Utvalgsriteriet var at studenter fra alle basene skulle være representert. Det ble gjort et tilfeldig utvalg, to studenter fra hver base. Læresituasjonene ble definert før praksisstart i samarbeid

mellom praksisrepresentanter og høgskoleansatte. Studentenes beskrivelser av opplevd læringsutbytte fremkom gjennom fokusgruppeintervju og elektronisk emnevaluering.

I følge Wilkinson (2004) består en fokusgruppe av personer med felles erfaringer som samhandler med utgangspunkt i fokuserte tema. Intervju gir mulighet for å gå dypere inn i forskningsspørsmålene, og å avdekke ny kunnskap (Kvale og Brinkmann 2009). Det ble også gjennomført fokusgruppeintervju av fire veiledere, hvor alle basene var representert. Vi ønsket å vite hvordan veilederne oppfattet studentens forberedthet med tanke på fremtidig yrkesliv.

Fokusgruppe er egnet til å få fram synspunkter som ikke vil fremkommet i individuelle intervjuer. I studier der målet er å avklare holdninger og erfaringer på arenaer hvor flere samhandler, er ifølge (Olsson og Sørensen 2006) fokusgruppeintervju en godt egnet metode. Fokusgruppeintervjuene foregikk som en samtale med utgangspunkt i en egenutviklet intervjuguide. To prosjektmedlemmer gjennomførte intervjuet, hvorav den ene hadde moderatorrollen og den andre var co-moderator. Samtalen hadde en uformell form gjennom en ikke-styrende rolle av moderatorene. Rekkefølgen på de spørsmål som ble stilt avvok derfor ofte fra rekkefølgen i intervjuguiden. Utdypende spørsmål ble benyttet. Intervjupersonenes svar gav mer tekst enn nødvendig for å få fram mening, og noen steder halve setninger. Teksten ville flere steder bli uforståelig for andre som leste den, men forståelig for den som har gjennomført og transkribert intervjuet. Dette betyr at ved å etterstrebe og gjøre transkriberingen så korrekt som mulig, kan utsagn fremstå som fragmenterte. Etter som informantenes utsagn skal gi uttrykk for deres meninger og synspunkter, fordres nærmest en omformulering og fortetting slik at meningen kommer tydelig frem (Kvale 1997). «Transkripsjoner er ikke kopier eller gjengivelser av en egentlig realitet, de er abstraksjoner, slik som topografiske kart er abstraksjoner av det opprinnelige landskapet de er hentet fra» (Kvale 1997:104-105). Vi valgte

derfor en transkribering av teksten hvor det i gjengivelsen vektlegges at leseren skal få tak i innholdet. Transkribering og analyse av teksten ble foretatt av de som gjennomførte intervjuene. Direkte utsagn fra intervjuene er ordrett gjengitt i teksten.

Fokusgruppeintervjuene ble analysert gjennom tematisk innholdsanalyse (Malterud 2013). Bearbeiding av data ble gjort manuelt. Tabell nr. II er eksempel på en systematisering av funn i overordnede tema. Gjennom teorigjennomgang og utvikling av forskningsspørsmål ble det på forhånd definert enkelte tema. Dette kan defineres som en deduktiv tilnærming (Jacobsen 2010). Den kvalitative tilnærmingen skal i hovedsak være induktiv; tema skal utvikles fra data. I følge Jacobsen (2010) er det likevel mulig å forene idealet om en induktiv tilnærming og før-definering av kategorier, som i denne artikkelen benevnes som tema. Fokusgruppeintervjuene hadde en åpen tilnærming som gjorde at data som ikke direkte kunne knyttes til de før-definerte temaene ble inkludert i datamaterialet. Denne tilnærmingen gjør det mulig å definere nye kategorier i tillegg til de før-definerte. For å validere studiens kvalitative funn, har vi valgt å supplere med kvantitative data fra studentenes elektroniske emneevaluering i læringsplattformen Fronter (Røising 2009). 27 av 29 studenter (93 %) deltok i emneevalueringen.

Etiske implikasjoner

Utgangspunktet for forskningsetikken i Norge i dag er tre grunnleggende krav knyttet til forholdet mellom forsker og de det forskes på; informert samtykke, krav til privatliv og krav til å bli korrekt gjengitt (Jacobsen 2010). Faren for brudd på privatlivets fred oppstår først og fremst «når det er mulig for utenforstående å

identifisere enkeltpersoner i datamaterialet» (Jacobsen 2010:48). Emneevalueringen inneholdt ikke spørsmål som kunne identifisere enkeltstudenter eller praksissted. Elektroniske spørreskjemaundersøkelser defineres likevel som ikke-anonyme. Prosjektet ble meldt NSD, prosjektnummer 34587. Data fra fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og slettet. I artikkelen er utsagn fra respondentene nøyaktig gjengitt og skrevet i kursiv.

Presentasjon av funn

Organisering av praksisstudiet

I prosjektet var det flere studenter på samme praksissted enn det som er vanlig, noe som stilte ekstra krav til organiseringen. En av de to hjemmesykepleiebasene vurderte at *det som funka så bra hos oss var at vi var tre uker på lister, så hadde vi tre uker med saksbehandling og så hadde vi tre uker med hospitering. Og da var jo ikke alle syv på samme sted. Derfor funka det veldig bra der da.*

Studentene gjennomførte to arbeidskrav før praksisperioden. Det ene arbeidskravet bestod i å intervju en annen yrkesgruppe enn sykepleiere. Intensjonen var å få kunnskap om denne gruppens funksjon og ansvarsområde. Det andre arbeidskravet var å skrive en oversiktsartikkel relatert til sykepleierens organisatoriske kompetanse. Funn fra fokusgruppeintervju og emneevalueringen viste at begge arbeidskravene ble vurdert som en meget god forberedelse til praksisstudiet. Tema for hjemmeksamen i praksisstudiet var også relatert til sykepleierens organisatoriske kompetanse. Oppgaven var å bruke en erfart samhandlingssituasjon i praksis, definere en problemstilling og teoretisk belyse denne. 70,4 % av studentene vurderte at denne eksamen i stor/svært stor grad bidro til å fremme deres læringsutbytte i praksis.

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

På spørsmålet om erfaringen med tospann, ble det svart at *jeg gikk jo nesten helt lik turnus som min medstudent. Vi gikk jo på en måte i tospann – og vi hadde samme veileder – og det var egentlig ålreit. Men samtidig så – dette er overhodet ikke noe negativt i forhold til min medstudent – samtidig var det veldig deilig kanskje to – tre, fire vakter som vi ikke hadde likt – også være litt for meg selv.*

Data fra fokusgruppeintervjuet med veilederne samstemte med studentenes vurdering. På spørsmål om studentene brukte praksisfellesskapet til å veilede og undervise hverandre svarte en veileder: *Ja, de kjørte sammen og. De kjørte sammen på en liste da, hvor den ene skulle fungere som / ha det ledende ansvaret og så bytta dem om en annen dag, da. De fikk god erfaring med det.*

Emneevalueringen viste at hele 92,5 % av studentene opplevde i svært stor grad/stor grad medstudenter som støtte under praksisperioden. 7,5 % av studentene svarte i noen grad.

Utarbeidelse av en informasjonsmappe med informasjon om praksisstedet, turnus og aktuelle læresituasjoner var et sentralt tiltak i prosjektforberedelsene. En student uttrykte sin opplevelse av praksisforberedelsene ved å si at *turnus var på plass. Navnet på veileder var på plass, det var egentlig mange ting som var på plass før vi gikk ut i praksis denne gang.* En annen student beskrev at *praksisstedet var veldig godt forberedt. De hadde hele opplegget klart.*

Systemforståelse

Et eksempel på læresituasjoner hvor målet var å få systemforståelse, var at studentene hospiterte på legevakten, fulgte opp pasienter i overgangen til intermediaæravdeling og tilslutt forberedte overføring til hjemmesykepleie. En student beskrev

praksiserfaringen ved at *jeg tenker at hjemmesykepleien er helt ideell i forhold til det med samhandling – det å få den kompetansen.*

På spørsmål om de kunne tenke seg å gjennomføre samme praksismodell på nytt, svarte en av veilederne at *alle sykepleierne opplevde at praksisen og målene var veldig bra, og at de er bedre rustet i organisatorisk kompetanse. Vi har fått mange sykepleiere som ikke har hatt den praksisen som skal jobbe hos oss i sommer og vi merker at de ikke har vært gjennom denne praksisen.*

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

Samhandlingserfaring

Samhandling med andre yrkesgrupper

Fokusgruppeintervjuet etterspurte studentenes vurdering av måloppnåelse knyttet til læringsutbyttebeskrivelsen hvor det står at «studentene skal ved avsluttet emne kunne samarbeide på alle nivåer i organisasjonen og delta i tverrprofesjonelt og tverretatlig samarbeid». En student svarte at *jeg har jo fått innblikk i samarbeidet med kommunen, i forhold til ambulerende team, pasientkoordinator. Den kommunen jeg var i, var enormt flinke til å samhandle, med hverandre da i hvert fall, innad i kommunen, veldig bra kommune.*

Funn fra emneevalueringen viste at 59,2 % av studentene svarte at de i svært stor/stor grad hadde utviklet kompetanse i å samhandle med andre yrkesgrupper.

Samhandlingen med de ulike yrkesgruppene varierte. Studentene erfarte flest samarbeidssituasjoner med fagarbeider (77,7 %) og lege (55,5 %). Funn fra fokusgruppeintervju underbygger legen som en viktig samarbeidspartner. *Vi hadde tre leger faktisk, som var der hele dagen, og de var jo hele tiden inne – en hadde kanskje øyeblikkelig hjelp, en hadde USK og en hadde korttids plassene. De også samarbeidet godt med oss sykepleierne. Særlig den ene legen var veldig mye sammen med oss sykepleierne. Hvis vi satt i en telefon med hjemmesykepleien, kunne hun komme med en kommentar. Jeg følte samhandling tverretattlig og tverrprofesjonelt fikk vi.* Positive erfaringer fra samarbeid med lege ble bekreftet fra flere studenter. *Det med legene, og det var jo veldig godt å ha dem der når vi lurte på noe. De var alltid tilgjengelig på telefon – som regel en av dem på kveldene også. Så selv om de hadde fri – så sa de ofte at dere kan jo ringe meg.*

En av studentene beskrev sine samarbeidserfaringer ved at *jeg har opplevd god samhandling. God samhandling er når hjemmesykepleien har god kjennskap til sin pasient. Ja da vet vi at han har vært på sykehuset – og vi vet at han kommer hjem – og vi er forberedt på å ta han i mot. Det er nesten som en pølsefest på trappa når de kommer.*

Studentene erfarte gode samhandlingssituasjoner. To studenter på intermedieravdeling valgte som arbeidskrav å lage en veileder for ansatte i hjemmesykepleien. Hensikten var å gi ansatte i hjemmesykepleien kunnskap om intermedieravdelingens organisering og tilbud. Studentene søkte råd hos ansvarlig lege på intermedieravdelingen, som engasjert gikk inn i en veilederrolle. Resultatet ble, i følge praksislærer, meget bra og studentene uttrykte at det hadde vært en god læresituasjon.

Studentene hadde ulik erfaring med hvordan samarbeidet med andre yrkesgrupper fungerte. *Når det gjelder legene – det er avgjørende hvem som gidder å ta seg en tur.* Noen av studentene stilte seg kritiske til kvaliteten på samarbeid med fysioterapeutene. *Ikke følt at det var mye samhandling. Har blitt vist noe av fysioterapeutene – og så legger de igjen skjemaer. Fysioterapeuter lager plan som blir hengt opp – blir nesten aldri fulgt opp.* En av dem refererte til utsagn fra en fysioterapeut som hadde uttalt at *sykepleiere bør helst ikke blande seg fordi de kan gjøre feil – mot sin hensikt.* På spørsmål om hva studentene tenkte var forklaringen på mangelfullt samarbeid, svarte en at *det at man ikke skal trække i hverandres bedd hindrer samarbeid. Holdninger handler mye om hvordan lederen fungerer. Nye arbeidsoppgaver kan være et hinder fordi man antar at samarbeid tar mer tid. Det må et generasjonsskifte til.*

Samhandling med pasient og pårørende

Studentene erfarte at pasienter ble utskrevet for tidlig til hjemmet. *De likte seg jo der, de hadde det veldig bra der. De ville gjerne bli lenger, men det kunne de jo ikke, fordi det var jo ikke lagt opp til at de skulle få bli.* Studentene la vekt på at pasienter og pårørende ikke var godt nok informert. *Veldig mange av dem som kom til oss hadde jo ikke noe langt tilbud – men veldig mange trodde at de hadde fått et korttidsopphold på tre uker. Nesten samtlige måtte forklares, pårørende også, at dette tilbudet var 2-7 dager, 2-5 egentlig.* Et annet utsagn fra en student viser studentens forståelse av situasjonen: *jeg tenker i mange tilfeller er det en prosess og – for pasienter og få de eldre til – hvis de trenger å flyttes – trenger andre tilbud – se det på forhånd da. Jeg tror nok mange må fordøye ting og tenke på ting og kanskje snakke om ting flere ganger. Det er ikke bare å dure inn og si at sånn her skal det bli.* En annen student hadde erfart at utskrivelse fra sykehus skjedde for tidlig. *Så var det jo noen pasienter som ble skrevet ut fra sykehuset for tidlig også, som kom til USK posten og som måtte tilbake igjen til sykehuset.*

Tabell II viser hvordan identifiserte funn fra innholdsanalysen er systematisert i overordnede tema. De overordnede temaene i tabellen vil danne struktur for drøfting av funn relatert til forskningsspørsmålene.

Tabell II. *Systematisering av funn*

Organisering av praksis	Systemforståelse	Samhandlingserfaring
Forhåndsdefinerte læringskategorier	Deltakelse i pasientforløpet gir systemforståelse	Har erfart mange situasjoner med god samhandling.
Rullering sikret varierte og tilstrekkelige læresituasjoner	Hjemmesykepleien som ideell læringsarena	Nok informasjon om pasienten er god samhandling
Informasjon før praksis gjennom informasjonsmappe	Veilederne opplever studentene som godt rustet	Individuelle forskjeller i viljen til å samhandle
Arbeidskrav og eksamen relatert til praksis	Erfart svikt i og mangler ved overflytningsprosedyrer	Utilstrekkelig informasjon til pasientene
Gruppepraksis opplevdes verdifullt	For tidlig utskrivelse til hjemmet	Legen viktigste samarbeidspartner
Tospann	Ulik begrepsbruk og forståelse hos ansatte	Medstudenter en ressurs

Diskusjon

Praksisfelleskapet fremmer læring og samhandlingskompetanse.

Kvaliteten i praksisstudiene fikk økt oppmerksomhet etter NOKUT's gjennomgang av sykepleierutdanningen (Haugdal 2009). Ulike modeller for organisering av praksisstudier er prøvd ut. Flere studier er forankret i et sosiokulturelt læringsyn (Dysthe 2001) gjennom vektleggingen av praksisfelleskapet (Nilsen et al.2012, Slettebø, Bryn, Hovdsveen, Veitsle og Syversen 2009, Flatland, Kristiansen og

Söderhamn 2011). Studien som ligger til grunn for vår artikkel, hvor gruppepraksis med tospann inngår, bekrefter tidligere forskning som viser at medstudenters støtte og tilbakemelding er viktig for studenters opplevde læringsutbytte.

Gjennom gruppepraksis og tospann bidrar praksisfellesskapet til å gjøre studentene trygge i studiesituasjonen. Nilsen et al. (2012) beskriver hvordan refleksjon i gruppe fremmer læring. I dette prosjektet har studentene erfart at medstudentene er en ressurs for deres læring. Dette vurderes som en viktig holdningsskapende erfaring som kan få overføringsverdi til studentenes fremtidige yrkesfunksjon og forhold til fremtidige kollegaer.

Organisatorisk kompetanse er viktig for kvaliteten på tjenestene

Studentene i prosjektet hadde praksis i fire virksomheter i tre bykommuner. I fokusgruppeintervjuene refererte studentene til utsagn fra pasienter som ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til kommunale virksomheter. Pasientene formidlet at de trodde de skulle få et annet behandlingstilbud enn det de fikk etter utskrivelse. Eksempler er at pasienter og pårørende ved utskrivelse fra sykehus til sykehjem/helsehus/intermediæravdeling, har trodd og håpet at de skulle få et korttidsopphold på tre uker før de kom tilbake til eget hjem. Oppholdet på institusjon ble få dager og de opplevde ikke å være klar for hjemreise (Nilsen, Andersen, Karlsen og Johansen 2013).

Helsehus eller lokalmedisinske sentra er opprettet i de fleste kommuner, men tjenesteinnholdet varierer noe fra by til by. Pasientene anses som ferdigbehandlet av spesialisthelsetjenesten, men behov for oppfølging av helsevesenet gjør at de ikke kan utskrives til eget hjem. Det kan for eksempel være fysisk opptrening/rehabilitering, medisinsk behandling eller også noe utredning. I vår studie

fremkommer opplysninger som tyder på at ulik begrepsbruk og forståelse kan svekke kvaliteten på tjenestene. Veilederne opplevde at studentene hadde tilegnet seg systemforståelse som er viktig for å kunne gi pasientene et sammenhengende helsetilbud.

Tiltak for å øke ansattes kompetanse om hvordan helsevesenet er organisert vil styrke kvaliteten på helsetilbudet. En felles begrepsbruk vurderes å være viktig for å redusere misforståelser og uklarheter. Samhandlingskompetanse er et nøkkelord som har gjort seg gjeldene etter Samhandlingsreformens ikrafttredelse, og her har spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten en vei å gå. Pasienter og pårørende kan i enkelte situasjoner oppleve å være en «kasteball» i systemet, og feilinformasjon kan fort oppleves belastende.

Samhandling med andre yrkesgrupper

Teorien skiller mellom samhandling og samarbeid. Orvik (2004:257) skriver at “samhandling er mer konkret og mer forpliktende enn samarbeid. Samhandling inneholder derfor en norm om handling; å gjøre noe sammen. Pasienter formidler at de er mer fornøyd med tilbudet når de ulike yrkesgruppene samhandler”. “In both acute and primary care settings, patients report higher levels of satisfaction, better acceptance of care and improved health outcomes following treatment by a collaborative team. Research evidence has shown a number of results” (Barr 2010: 476).

Vår studie viser at studentene har erfart at samarbeidet mellom ulike yrkesgrupper har fungert meget forskjellig på sammenlignbare praksissteder. Utviklingen i helsevesenet kjennetegnes av økt spesialisering, og en profesjon har i prinsippet yrkesmonopol. Faren er at hver profesjon dyrker frem det spesielle i sin kunnskapsbase, på bekostning av generell kunnskap. En slik underkjenning av generelle kunnskaper og kompetanser, altså av det som profesjonsutøverne deler med andre, kan ha uheldige konsekvenser (Thornquist 2011). Dette kan forklare intervjuutsagn om en fysioterapeut som formidlet at sykepleiere ikke burde delta i fysisk rehabilitering/trening. Utsagnet viser betydningen av å utvikle både det fagspesifikke og kunnskaper om andre yrkesgruppers funksjons- og ansvarsområde (Orvik 2004).

Samhandlingskompetanse betyr ifølge Orvik (2004:264) blant annet “å vite hva de andre kan, og hva som er de andres rolle og funksjon”. Dette var intensjonen med arbeidskravet hvor studentene i prosjektet innhentet kunnskap om andre yrkesgrupper gjennom intervju. Studentene fikk gjennom dette arbeidet kunnskap om andre yrkesgruppens ansvars- og funksjonsområder og slik økt forutsetning for god samhandling.

I den sosialiseringprosessen som en profesjonsutdanning innebærer, identifiserer studentene seg med sine fremtidige profesjoner, deres verdi, kultur, rolle og ekspertise. Det kan skje at studentene kommer inn i utdanningen med negative oppfatninger, stereotypier, om andre yrkesgrupper og dette vil kanskje forandres lite underveis (Barr, Reeves, Hammick og Freeth 2005). Flere forutsetninger har blitt beskrevet som nødvendige for å redusere fordommer eller stereotypier blant yrkesutøvere så vel som studenter fra ulike profesjoner. Det pekes på at interaksjon må finne sted for å lære å samarbeide må studenter lære *om, av og sammen med hverandre* (Barr et al. 2005). En hovedtese er at kontakt vil redusere fordommer.

Felles læring gir grunnlag for lagarbeid, å kunne arbeide sammen som et team. Areskog (1995) hevder at økt forståelse og kunnskap om andre yrkesgrupper, kombinert med forståelse av seg selv som framtidig yrkesutøver, vil utvikle holdninger preget av respekt og tillit. I sosialpsykologiske kretser kalles dette kontakthypotesen (Hewstone og Brown 1986; Dickinson og Carpenter 2005). Dette betyr at samhandling ikke kan læres gjennom teori alene, det forutsetter erfaring med andre yrkesgrupper.

Konklusjon

Følgende hovedelementer ved praksismodellen ble vurdert positivt for studentenes læringsutbytte og anbefales implementert i praksisstudier:

- Klargjøre mål med praksisperioden gjennom forhåndsdefinering av læringskategorier og læresituasjoner.
- Skape en felles forberedthet hos praksisveileder, student og lærer gjennom etablering av møteplasser før praksisstart.
- Gjennomføre arbeidskrav forut for praksisperioden, og eksamen i løpet av perioden som fokuserer på sykepleierens organisatoriske kompetanse.
- Gi studentene ansvar for å organisere og følge pasientene gjennom behandlingsløpet.
- Utvikle praksisfellesskapet organisert gjennom gruppepraksis.

Tidligere har læringsutbyttebeskrivelsen i emnet *Sykepleiens undervisende og ledende funksjon* (HiØ 2013) i stor grad vært rettet mot sykepleielederens administrative funksjon. I vår studie har det vært vektlagt å utvikle kunnskap knyttet til det pasientnære; kliniske kunnskaper og organisatorisk kompetanse.

Studien viser at studentene har utviklet god systemforståelse, både på organisering av tjenestene innad i de aktuelle kommunene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Veilederne trekker frem studentenes systemforståelse som en viktig forutsetning for å kunne gi et sammenhengende helsetilbud. Dette er en viktig forberedelse til yrkeslivet.

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

Studien tyder på at det er store individuelle forskjeller i viljen til å samarbeide med andre yrkesgrupper, og at dagens organisering av tjenestetilbudet gjør det mulig å praktisere sin motvilje. Vi vurderer at det ikke vil være mulig å skape tilfredsstillende samhandling mellom ulike yrkesgrupper kun gjennom politiske vedtak og nye samarbeidsrutiner. Samhandling kan ikke læres gjennom teori alene, det forutsetter erfaring med andre yrkesgrupper i studiene. Dette vil være i tråd med Meld. St. nr. 13 hvor møteplasser for ulike yrkesgrupper anbefales (Kunnskapsdepartementet 2012).

Vi vurderer at det er behov for mer forskning på å utvikle pedagogiske metoder som fremmer samarbeidslæring. Det vil være en praktisk utfordring å legge til rette for at alle studenter innen helse- og sosialfag møter og samhandler med studenter fra en eller flere andre utdanninger i studiene. Bruk av digitale læringsressurser foreslås utprøvd som et supplement til fysiske møter. I den sammenheng kan utprøving av en "pedagogisk verktøykasse" bestående av for eksempel case og digitale historier. Samarbeidslæring kan slik oppnås både gjennom den praktiske gjennomføring i tverrfaglige grupper og tematikken som verktøyene belyser.

Litteratur

Allen, D. (2014) Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organizational relationships. *Social Science & Medicine* 119 (2014) 131-138.

Areskog, N.H. (1995) Multiprofessional education at the undergraduate level. I P.Owen, J. Carrier og J. Horder (red), *Interprofessional issues in community and primary health care*. London: Macmillan Press.

Barr, H. (2010) Commentary. The WHO Framework for Action. *Journal of Interprofessional Care*, 24 (5), 475-478. <http://informahealthcare.com/toc/jic/24/5>

Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. & Freeth, D.S. (2005) *Effective Interprofessional Education. Argument, Assumption & Evidence*. London: Blackwell Publishing.

Dickinson, C. & Carpenter, J. (2005) "Contact is not enough": An inter-group perspective on stereotype change in Interprofessional Education. I H. Colyer, M. Helme & I. Jones (red), *The Theory-Practice Relations in Interprofessional Education*, (p.23-30). London: Higher Education Academy. Health Science & Practice network.

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

Flateland, S., Kristiansen, A., og Söderhamn, U. (2011) Sykepleierstudenters læring. Læring i praksis gjennom deltakelse i refleksjonsgrupper. *Nordisk Sykeplejeforskning*, 1, 5-18.

Foss, C., Hofoss, D., Romøren, T.I., Bragstad, L.K. og Kirkevold, M. (2012) Eldres erfaring med utskrivelse fra sykehus. *Sykepleien forskning* 2012;7:324-33.

Furunes, K.A. & Brataas, H. V. (2013). Nyutdannede sykepleieres oppfatninger om tverrprofesjonell og tradisjonell studentpraksis som arena for tilegnelse av trygghet på rolle og ansvar, *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 9 (2), 98 - 111. <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2824>

Haugdal, B.K. (2009) Revidering av akkrediterte sykepleieutdanninger. Kvaliteten i praksisstudiene. *Rapport, NOKUT*, Oslo: 16.11 2009.

Helsedirektoratet (2011) Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for «samfunnskompetanse» i kurs og utdanningstilbud. *Rapport* 09/2011, IS-1931.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006) Brev til de regionale helseforetakene vedrørende praksisundervisning for helse- og sosialfagstudenter – omlegging fra «praksisveiledningsmidler» til «samarbeidsmidler», 15.09.2006.

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

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Meld. St.29, (2012-2013)*. Morgendagens omsorg.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) Forskning og innovasjon er en forutsetning for en kunnskapsbasert og fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste. *Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi 2012–2015*.

Hewstone, M. & Brown, R. (1986) Contact is not enough: An intergroup perspective on the 'contact hypothesis'. I M. Hewstone, M. & Brown, R. (red), *Contact and conflict in intergroup encounters*. Oxford, Blackwell.

Høgskolen i Østfold. (2013) Studieplan for Bachelorutdanningen i Sykepleie. Hentet 17.02. 2013,
<http://www.hiof.no/studieinformasjon/studieplaner/?&function=dumpBeskrivelse&module=studieinfo&type=studieme&key=743>

Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jordet, H. og Roland, L. R. (2012) Hvordan skape meningsfulle sammenhenger mellom «læring inne» og «læring ute» i sosialfaglig profesjonskvalifisering? *Uniped*, 2012;2:32-42.

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Fastsatt 25. januar 2008.

Kunnskapsdepartementet (2012) *Meld St. nr 13* Utdanning for velferd; Samspill i praksis, hvor møteplasser for ulike yrkesgrupper anbefales i praksisstudiene.

Kvale, S. (1997) *Den kvalitative forskningsintervjuen*, Lund: studentlitteratur.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*, (2.utg.), Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nilsen, R. (2010). Er tverrprofesjonell samhandling noe annet enn utøvelse av fag? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 6 (1), 93-100.
<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/812/778>

Nilsen, S.R, Andersen, K.L, Karlsen, H og Johansen, S.G (2013) Helsehus, MLMS, USK eller intermediæravdeling ? *Sykepleien* 2013;12:75.

Nilsen, S.R., Røising, H. og Brynhildsen, S. (2012) Erfare, skrive, dele, diskutere og lære – om strukturerte, planlagte refleksjonsprosesser og tverrprofesjonelle møteplasser. *Uniped*, 2012;2: 54-66.

Norsk helserett (2012) *Veien fram til et helhetlig pasientforløp*,
<http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep>

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Olsson, H. og Sørensen, S. (2006) *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Orvik, A.(2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig arbeid*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Røising, H. (2009) Bedre med enkel bruk av elektronisk læringsplattform enn ingen bruk? *Uniped*, 2009;1:63-69.

Slettebø, Å., Bryn, V., Hovdsveen, R.K., Veitsle, K.C. og Syvertsen, A.L. (2009) Praksisstudier i tospann. *Sykepleien Forskning* 2009;4:44-50.

Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*

Thornquist, E. (2011) *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal.

Wilkinson, S. (2004) Focus group research. I Silverman, D. (red) *Qualitative Research: Theory, method and practice*. Thousand Oaks, s. 177-199.

Vedlegg 1:

Forslag til læresituasjoner. Praksisstedets organisering og behandlingstilbud vil avgjøre hvilke læresituasjoner som er aktuelle.

Læringskategori	Konkretisering av læringssituasjoner
Samhandling med pasient og pårørende i hjemmet/avdeling	<ul style="list-style-type: none"> - Delta i praktisk sykepleie overfor pasienter - Delta i samarbeidsmøter med pårørende - Delta i samarbeidsmøter med hjemmesykepleien/sykehjem - Observere behov for sykepleie - Dokumentere i Gericca/gjeldende dokumentasjonssystem - Gjøre bruk av helsenett, meldingsutveksling - Følge pasient til polikliniske konsultasjoner og us ved SØ - Følge pasient til primærlege/sykehus, LV - Innføring i LCP, iverksette og følge opp tiltaksplan for døende

Læringskategori	Konkretisering av læringssituasjoner
Samhandling med andre yrkesgrupper i behandling av pasienten	<ul style="list-style-type: none"> - Fysioterapeut i rehabilitering - Ergoterapeut, ADL ferdigheter, hjelpemidler - Lege - Legevakt - Andre sykehjem/sykehjemsavdelinger - Rehabiliteringsavdelingen - Kreftkoordinator - Lindrende enhet, SLB - Hjemmesykepleien - Kartleggingsteam - Ambulerende team fra SØ - Trivsels og frivillighetskoordinator - Saksbehandler - Delta på inntaksmøter for innsyn i plassadministrasjon og pasientflyt

Læringskategori	Konkretisering av læringssituasjoner
Planlegge hjemreise/overføring til annet omsorgsnivå	<ul style="list-style-type: none"> - Avklare hjelpebehov - Avklare forventninger fra pasient og pårørende - Informere om de kommunale helsetjenester - Få kunnskap om <i>Kriterier for tildeling av hjemmesykepleie/omsorgsbolig</i> - Samhandling med pasientkoordinator - Kartlegging via IPLOS/ADL og forslag til vedtak - Muntlig og skriftlig overføringsrapport - Anskaffelse av hjelpemidler - Bestilling av pasienttransport - Samarbeidsmøte med pasient, pårørende og hjemmesykepleie, for en god overføring til hjemmet.

Læringskategori	Konkretisering av læringssituasjoner
Ø - hjelp innleggelser	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakte AMK - Samarbeid med fastlegen - Samarbeid med legevakten og ambulansetjenesten - Sikre overføring av informasjon om pasienten

Læringskategori	Konkretisering av læringssituasjoner
Samhandling om mottak av pasienter	<ul style="list-style-type: none"> - Gjøre seg kjent med sykepleierens rolle og benytte innkommstprosedyrer på avdelingen. - Samarbeide med innleggende instans. - Avklare opplæringsbehov av personalet

Læringskategori	Konkretisering av læringssituasjoner
Planlegge hjemreise/overføring til annet omsorgsnivå	<ul style="list-style-type: none"> - Avklare hjelpebehov - Avklare forventninger fra pasient og pårørende - Informere om de kommunale helsetjenester - Få kunnskap om <i>Kriterier for tildeling av hjemmesykepleie/omsorgsbolig</i> - Samhandling med pasientkoordinator - Kartlegging via IPLOS/ADL og forslag til vedtak - Muntlig og skriftlig overføringsrapport

Læringskategori	Konkretisering av læringssituasjoner
Utvikle ferdigheter i akuttprosedyrer	<ul style="list-style-type: none"> - Bruk av pegsonder - EKG - CVK, PVK - Hjemmerespirator - Bipap - Blodtransfusjoner - Laboratorievirksomhet - Blærescanning - Bruk av hjertestarter

Læringskategori	Konkretisering av læresituasjoner
Få kunnskap om "klinisk blikk"	<ul style="list-style-type: none"> - Gjøre seg kjent med og evt benytte prosedyrer "klinisk blikk" - Bruk av MEWS. Få opplæring i bruk av Alert til vurdering av akutt kritisk syk pasient.

Læringskategori	Konkretisering av læringssituasjoner
Refleksjon over praksis	<ul style="list-style-type: none"> - Delta i etisk refleksjon på avdelingen - Refleksjon over aktuelle pasientkasustikker - Ukentlig veiledning med studentveileder - Skrive refleksjonsnotater som forberedelse til refleksjon i gruppe - Lese medstudenters refleksjonsnotater

Læringskategori	Konkretisering av læringssituasjoner
Få kjennskap til organisering av tjenesten	<ul style="list-style-type: none"> - Bli kjent med samarbeidsavtale mellom sykehus og kommunene - Bli kjent med samhandlingsprosedyrer mellom SØ og kommunene - Få kjennskap til kommunens organisering - Få innsyn i hvordan enheten/avdelingen er organisert: Slik at personell og kompetansesammensetning er i overensstemmelse med oppgaver, brukerbehov og lovverk. For å sikre kvaliteten i den direkte tjenesteytingen, samt sykepleiedokumentasjon. For å sikre at forskrifter for legemiddelhåndtering overholdes - Bli kjent med avdelingens mål

	<ul style="list-style-type: none"> - Få innsyn i lovverk/brukerhåndbøker avdelingen arbeider etter - Funksjons og stillingsbeskrivelser i enheten - Statistikk - Evaluering - Internkontrollsystem
--	---

Læringskategori	Konkretisering av læringssituasjoner
Økt bevissthet på hva som er sykepleieledelse	<ul style="list-style-type: none"> - Organisere arbeidsdagen i avdelingen/gruppa i tråd med sykepleierens faglige ledelsesansvar - Delegere og fordele oppgaver - Kjenne til lederansvar som sykepleier har på kveld, natt og helg - Sykepleieledelse i form av veiledning og samarbeid med medarbeidere