



# UDDANNELSESNYT



# FSUS



side **4** Forandringer  
og udfordringer  
– Ny sygeplejerske-  
uddannelse



side **11** Nye begreber  
i sygeplejerske-  
uddannelsen



side **36** **KONFERENCE 2016**  
Nye tendenser  
i sygeplejerske-  
uddannelsen



# Indholdsfortegnelse

- 3 **Leder**  
Af Lisbeth Vinberg Engel
- 4 **Forskellige interessenters udtalelser om deres forventninger til den nye uddannelse**
- 8 **Et klinisk og kritisk blik på Bekendtgørelse (2016)**  
Af Elisabeth Sievers
- 11 **Nye begreber i sygeplejerskeuddannelsen. Klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab**  
Af Katrine Haase m. fl.
- 17 **At uddanne til kompetencer inden for ældreomsorg**  
Af Helene Nielsen og Dorthe Sørensen
- 22 **Krig eller samarbejde? Kommunikation og tværfagligt samarbejde mellem sygepleje- og lægestuderende i relation til information, vejledning og kontakt med patient og pårørende**  
Af Brigitte Sørensen og Jette Cortnum
- 27 **Læringsfyldte laboratorier og psykiatrisk sygepleje**  
Af Helene Helsø
- 31 **ReBUS: Forskning i basal sygepleje Hverdagsrehabilitering til ældre i hjemmesygeplejen i forbindelse med personlig hygiejne**  
Af Britta Hørdam
- 36 **Annoncering af efterårets konference**

# Leder

Af: Lisbeth Vinberg Engel · [lisbeth.vinberg.engel@gmail.com](mailto:lisbeth.vinberg.engel@gmail.com)

---



Sommeren går på hæld, og landet over glæder studerende sig til at komme i gang med deres uddannelse efter sommerferien. I år bliver det særlig spændende, for 1. september træder den nye bekendtgørelse om uddannelse til Professionsbachelor i sygepleje i kraft. Det ser ud til at blive en uddannelse, der fordrer øget samarbejde mellem klinisk og teoretisk undervisning. Redaktionen har spurgt forskellige interessenter om deres forventninger til den nye uddannelse. Hvad bliver de største forandringer og udfordringer? Hvad bliver bedre og hvorfor? I dette nummer af Uddannelsesnyt kan du læse svarene. Endvidere giver Klinisk undervisningsansvarlig Elisabeth Sievers fra Rigshospitalet et kritisk blik på den nye bekendtgørelse.

Især to begreber kommer til at gennemsyre den nye uddannelse. Det gælder klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab. Katrine Haase m.fl. fra Professionshøjskolen Metropol giver et bud på, hvordan begreberne kan defineres og medtænkes i uddannelsen.

Helene Nielsen og Dorthe Sørensen fra sygeplejerskeuddannelsen i Holstebro og Randers peger på fem mulige tiltag, der kan iværksættes under uddannelsen, som kan bidrage til at fremme de nyuddannede sygeplejerskers interesse for beskæftigelse i kommunalt regi og øge kvaliteten af ældreomsorg.

Birgitte Sørensen og Jette Cortnum fra sygeplejerskeuddannelsen i Ålborg sætter fokus på, hvordan sygeplejersker samarbejder med andre sundhedsprofessionelle, og i dette projekt gælder det især samarbejdet mellem læge- og sygeplejestuderende. De giver bud på, hvordan og hvor i uddannelsen, det kan ske.

Helene Helsø, som er klinisk vejleder i Psykiatrisk Center Sct. Hans, skriver om læringsfyldte laboratorier, hvor pointen er, at læringsfyldte laboratorier kan være bindeleddet og samlingspunktet mellem det teoretiske rum og det kliniske rum, og alle tre elementer kan med fordel tænkes ind i udvikling af klinisk lederskab og beslutningstagning i den nye uddannelse.

Den sidste artikel handler om forskning i basal sygepleje og er første del af en række artikler fra forfatterne, som består af Britta Hørdam, sygeplejeforsker, Frederiksberg Kommunes hjemmesygepleje og Uddannelsescenter Diakonissestiftelsen. I første artikel præsenteres et forskningsdesign, som på eksemplarisk vis forener forskning, uddannelse og klinisk praksis og som er et eksempel på, hvordan sygeplejestuderende kan inddrages i dele af forskningsprocessen og på den måde opnå øgede kompetencer til udvikling af sygepleje.

FSUS's efterårskonference, som foregår d. 10.-11. oktober i Kolding, har også fokus på de nye tendenser i sygeplejerskeuddannelsen anno 2016. Læs i bladet hvordan du tilmelder dig konferencen.

Rigtig god fornøjelse med Uddannelsesnyt nr. 3, 2016.

Lisbeth Vinberg Engel  
Ansvarshavende Redaktør

**1. september 2016 starter de nye hold sygeplejestuderende landet over og skal uddannes efter den helt nye bekendtgørelse for sygeplejerskeuddannelse.**

**Redaktionen har spurgt forskellige interessenter om deres forventninger til den nye uddannelse:**

## Hvad bliver de største forandringer og udfordringer i den nye sygeplejerskeuddannelse? Hvad bliver bedre og hvorfor?

**Her kan du læse svarene:**



**Anne Regitze Lind-Holm,  
Uddannelsesleder,  
Sygeplejerskeuddannelsen  
Metropol**

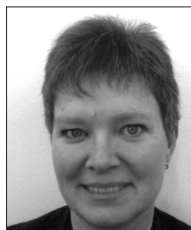
En af de største forandringer i ny bekendtgørelse er det stærke fokus, der er gennem uddannelsen på den studerendes tilegnelse af kliniske kompetencer. Tilegnelse af viden, færdigheder og kompetencer til klinisk beslutningstagning og til at tage klinisk lederskab. Det særligt vigtige her er, at kompetencerne hviler på forskellige centrale vidensformer - viden om patienten/borgeren, professionserfaringsbaserede viden og den forskningsbaserede viden i forskellige organisatoriske kontekster.

Opbygningsmæssigt er en af de største forandringer, at uddannelsen går fra at være modulopbygget med afsluttede moduler á ca. 10 ugers varighed, til semesteropbygget af ca. 20 ugers varighed med afsluttende prøve i semesterets læringsudbytte.

På Sygeplejerskeuddannelsen Metropol vil dette stærke fokus på kliniske kompetencer integreres i den kliniske undervisning som i den teoretiske undervisning og være en væsentlig del af det samlede semesters læringsudbytte. Det forventer jeg vil have stor betydning for den studerendes læring og stor betydning for samarbejdet mellem kliniske undervisningssteder og uddannelsesinstitutionen om den studerendes læringsforløb.

På Sygeplejerskeuddannelsen Metropol har vi valgt, at uddannelsen bygges op med stigende progression fra det enkle til det komplekse. Det betyder, at der fx arbejdes med klinisk beslutningstagning, med sygdomsfaglighed, med medicin håndtering, med teknologi, kvalitet og forskning gennem alle semestre fra det enkle til det komplekse. Det forventer jeg også har betydning for de studerendes tilegnelse og forankring af kompetencer.

Den største udfordring – men også den mest spændende udfordring – er det tætte samarbejde med kliniske samarbejdspartnere, som vi på Metropol ønsker gennemsyrlig læringsforløbene i semestrene. Krav og



**Birgit Hedegaard Møller, Formand for FSUS, Lektor ved UC Lillebælt**

niveau i den kliniske undervisning skal sikres i samarbejdet om den kliniske undervisning. De kliniske samarbejdspartnere vil rigtig gerne samarbejde, men er også pressede i hver deres kliniske praksis.

Der blev ved, kick off seminaret sagt, at sygeplejerskeuddannelsen var bedømt af evalueringscenteret (EVA) til at være en kvalitetsmæssigt god uddannelse - så der var kun brug for mindre revision. En revision defineres som *"at ændre og forbedre ved en kritisk gennemgang"* hvorimod en reform defineres som *"ændring af en eksisterende, fortrinsvis samfundsmæssig, struktur eller ordning med henblik på at gøre denne struktur eller ordning bedre og mere tidssvarende"*.

Nu er det sidste punktum sat for arbejdet med bekendtgørelsen her kort før sommerferien. Set i bakspejlet viser der sig nu et billede af, at det mere blev en reform af BEK med "ændring af eksisterende samfundsmæssig struktur" end en mindre omfattende "kritisk gennemgang". De ni bekendtgørelser er blevet ensrettet på bekostning af de individuelle monofaglige kendetegn. Tidsrammen har betydet, at i takt med at ting blev ændret i BEK, har man måttet lave om på de lokale studieordninger og den konkrete uddannelsesplanlægning af indholdet på semestrene.

Den største forandring jeg tror, der vil ske med den nye uddannelse er, at indholdet og opbygningen bliver meget forskellig på landsplan. Om det bliver godt eller skidt, det vil tiden vise. Sikkert er det, at det bliver en udfordring for mobilitet for de studerende.

Af gode elementer i den nye uddannelse vil jeg fremhæve:

- Semesteropdelt uddannelse og færre prøver – giver mere plads til fordybelse
- Fælles uddannelseselementer de første 2 år – sikrer et minimum af fælles standard for uddannelsen af sygeplejersker på tværs af landet
- ECTS point klinik/teori uændret – fastholder princippet om en vekseluddannelse – stiller dermed også høje kvalitetskrav til både teori og klinik
- Tværfaglige elementer både i teori og klinik – styrker princippet om at det er patienten/borgeren som udgangspunktet for det tværfaglige samarbejde
- Samspil med Patient/borger som omdrejningspunkt – er godt at det tydeliggøres – er grundlæggende for en sygepleje- og omsorgsteoretisk tænkning

### Hvilke udfordringer ser jeg i fremtiden:

Særligt ledernetværkets uddannelsesudvalg har arbejdet på højtryk her i foråret for få BEK for sygeplejerskeuddannelsen færdig – jeg betvivler, at den var blevet færdig uden deres indsats. Udvalgets sygeplejefaglige bidrag har været uvurderlig som fastholdelse af den monofaglige gruppes arbejde. Dette arbejde er i skrivende stund blevet belønnet ved, at det nationale ledernetværk d.d. er blevet nedlagt af professionsskolernes ledelser. Dette finder jeg dybt beklageligt. Hvem der i fremtiden skal sikre fagligheden i uddannelsen på ledelsesplan og være talerør for dette, på tværs af vores lille land, bliver interessant at se – eller kommer vi til at bruge vores tid på at konkurrere indbyrdes på markedsvilkår i stedet for at skabe en kvalitativ god sygeplejerskeuddannelse for alle i DK.

I Danmark har vi tradition for at samarbejde på tværs og lære af hinanden – jeg har som formand for FSUS fået bekymrende meldinger fra FSUS medlemmer, som fortæller at de ikke længere må deltage i landsdæk-

kende netværk og videndele deres ideer og tanker.

Det er ikke lykkedes centralt at få hævet uddannelsesniveaet for kliniske vejledere – jeg håber, at de lokale ledelser i regionerne og kommunerne vil prioritere dette område – set i lyset af, at de har fået opfyldt et stort



berettiget ønske om at bevare den nuværende ECTS fordeling mellem teori og klinik.

Afslutningsvis vil mit råd til alle, der arbejder med eller skal arbejde med at skabe en god sygeplejerskeuddannelse anno 2016 for vores

kommende kolleger være: Hold fast i sygeplejefagets kerneværdier og teorier i valget af indhold – det er så nemt at skylle barnet ud med badevandet.

### Steen Hundborg, Censorformand og Lektor ved VIA UC

Jeg glæder mig til at være med til at implementere en ny uddannelse og studieordning. Jeg er dog meget ærgerlig over, 2008 uddannelsen ikke er blevet evalueret. En kompetent og systematisk evaluering kunne formentlig have tilført den nye uddannelse andre perspektiver. En væsentlig baggrund for 2016 uddannelsen er, at sundhedssektoren de seneste år har gennemgået en stor udvikling med blandt andet kortere indlæggelsesforløb, en større grad af patientinvolvering, opgavelidning og større fokus på samarbejde mellem sektorer m.m. Jeg håber, at vore kliniske samarbejdspartnere i meget høj grad vil være med til at påvirke og tage ansvar for indhold i uddannelsen, idet de besidder en stor viden om det foranderlige sundhedsvæsen. Jeg har haft den glæde at læse og kommentere de syv studieordninger. Det har været en fornøjelse, der er lagt mange kvalificerede kræfter i arbejdet. Jeg er sikker på, at alle de kvalificerede undervisere og ledere på de 22 udbudssteder af sygeplejerskeuddannelsen vil få planlagt en faglig og pædagogisk kompetent uddannelse og undervisning, samt at de kliniske vejledere vil tage medansvar for at give studerende kvalificerede kliniske kompetencer. Internationalisering, informationssøgning og en skarp sygeplejefaglig identitet skal stadig vægtes højt i studiet, da den nyuddannede sygeplejerske vil få et stort behov for disse kompetencer. Jeg kunne ønske mig, at vi bliver bedre til at stille krav til de studerende mht at være aktive i deres studie. Vi skal stille realistiske krav om hele tiden at involvere de studerende i studiet og sende signaler om, at der kræves en arbejdsindsats på 40-45 timer om ugen. Der skal være gennemskuelige sanktioner, såfremt studerende ikke er aktive med deres studie. Desuden kan jeg ønske mig, at vi arbejder mere intenst på at bevare sygeplejefagets høje status. Det er væsentligt for samfundet, at sygeplejersker har anerkendelse og høj status.



**Renée Raijmaekers Kristensen, Sygeplejestuderende på modul 4 ved Professionshøjskolen Metropol**

”Jeg må blankt erkende, at jeg ikke ved noget om den kommende sygeplejerskeuddannelse. Jeg er en studerende, som følger meget med i studienheder, jeg arbejder som studievejleder, og jeg er engageret i udviklingen af muligheder for os sygeplejestuderende. Alligevel er den eneste viden, jeg har kunnet tilegne mig omkring den nye uddannelse, at den træder i kraft løbende efter hvilket modul, du er på og at den vil være semesteropdelt. Det er ganske frustrerende ikke at vide, hvilke muligheder jeg som studerende kan komme til at få glæde af eller komme til at undvære helt. Skal jeg forberede mig på semesterlange klinikophold, mange eksaminer på en gang, ingen mulighed for udveksling? Jeg tror generelt, de studerende mangler svar for at kunne få forståelse og glæde af den nye uddannelse.”



**Margit Schrøder, Lektor Professionshøjskolen Metropol**

I den nye uddannelse ser jeg en glædelig opprioritering af den kommunale sygepleje og det nære sundhedsvæsen.

På Metropol deltager jeg for tiden i udarbejdelse af semesterbeskrivelse for 4. semester, som hedder **Klinisk lederskab af patient og borgerforløb**. Dette semester er opbygget med både klinisk (13 ECTS) og teoretisk (17 ECTS) undervisning. Under den teoretiske undervisning skal der være tværprofessionelle (5 ECTS) og valgfrie forløb (10ECTS). Den kliniske undervisning vil foregå i primær sektor.

**Klinisk lederskab** er et godt og positivt ord og et vigtigt ord i den kommunale sygepleje. Det kan betyde, at den studerende opnår en klinisk ansvarlighed og selvstændighed. Det kræver, at den studerende skaber overblik i forhold til borgeren. Den studerende skal kunne lede sin egen opgave, kunne lede sig selv, kunne lede andre og kunne lede borgens forløb. Det kræver hjælp og refleksion sammen med undervisere, medstuderende og kliniske vejledere. En vigtig pointe her er, at mange studerende på det tidligere modul 6 i klinik i primær sektor oplevede at gå sammen med SOSU-assistenten, og kun sjældent reflekterede sammen med sygeplejersker. Dette skal vi væk fra. At opnå læringsudbytte i relation til klinisk lederskab kræver daglig refleksion med en sygeplejerske.

Vi har på Metropol forsøgt at afspejle nogle af de dilemmaer og udfordringer, der er i det nære sundhedsvæsen, i læringsudbytte på 4. semester. En undersøgelse fra DSR viser, at uddannelsen med fordel kan styrke hjemme-sygeplejerskens orientering mod hele borgerens livssituation, både den plejefaglige og sygdomsfaglige, men også den socialfaglige (Ellegaard og Dybbroe, 2015). Desuden viser undersøgelsen, at hjemme-sygeplejersken skal have færdigheder i at analysere borgerens muligheder og omstændigheder med øget perspektiv på myndiggørelse og brugerinddragelse, og at fokus på læring og supervision af SOSUgruppen og samarbejdet med andre faggrupper (læger) og frivillige er områder, der kan udvikles. Det er forsøgt at indtænke flere af disse resultater i læringsudbytte for 4. semester, især borgerens livsvilkår og livssituation er fremhævet samt viden om pårørende, rehabilitering, sundhedsvæsenets organisering, samfundsmæssige vilkår og tværprofessionelt samarbejde.

Semesteret lægger op til et større samarbejde mellem skole og klinik end tidligere på Metropol, hvilket kun kan være en fordel for uddannelsen. Lige nu samarbejder vi på 4. semester med kliniske uddannelsesansvarlige fra primær sektor og studerende om semesterbeskrivelser samt rammer og vilkår for den studerendes læring. I semesterbeskrivelserne skal aftales om, hvordan skolen forbereder de studerende til klinikken, samt hvordan skolen anvender viden og erfaring fra klinikken, beskrives. Man kan håbe på, at dette vil betyde, at de studerende oplever en øget sammenhæng mellem teoretisk og klinisk undervisning.

Udfordringerne på semesteret hos både undervisere, kliniske vejledere og studerende kan blive kravet om viden og færdigheder inden for den kvantitative forskning, som der lægges op til i læringsudbyttet på 4. semester på Metropol. Det bliver spændende, hvordan dette kan indtænkes i den teoretiske og kliniske undervisning. Kilde: Ellegaard T, Dybbroe B (2015): Nye Roller i det nære sundhedsvæsen – forandringer i sygeplejerskeroller og brugerinddragelse i det nære sundhedsvæsen. RUC og DSR



**Irene Sommer, Uddannelses- og udviklingsansvarlig sygeplejerske, Afdeling for Hjertesygdomme Aarhus Universitetshospital**

Den nye sygeplejerskeuddannelse - nye begreber siger goddag til klinisk praksis! Det er glædeligt, at den ny Bekendtgørelse om ud-

dannelsen til professionsbachelor i sygepleje fremhæver obligatoriske temaer som observation, vurdering, klinisk beslutningstagning, klinisk lederskab og situationsbestemt kommunikation. Det sætter fokus på indhold og på en særlig udvikling af den sygeplejestuderende i retning af at kunne udøve klinisk sygepleje på højt niveau. Temaerne er i højeste grad relevante i en kompliceret klinisk praksis, hvor sygeplejersken hele tiden må kunne arbejde systematisk, anvende vurderingsmetoder og forskningsbaseret viden i kliniske beslutningstagen under hensyn til patientens særlige situation og præferencer. Sygeplejersken bør på velargumenteret baggrund kunne udøve klinisk lederskab for at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af faggrupper og sektorer. De kliniske undervisningssteder må gribe udfordringen at synliggøre for den studerende - hvad vurderingsmetoder, klinisk beslutningstagning, klinisk lederskab og situationsbestemt kommunikation er, - og særligt hvor det kommer til syne og kan læres i den kliniske hverdag.

Uddannelsen ser fortsat ud til at skulle udvikle den studerende til at arbejde udviklings- og forskningsbaseret. Det hilses velkomment primært i den optik, at nyuddannede sygeplejersker meget gerne skulle kunne højne kvaliteten i den kliniske sygepleje, så plejen udføres på et tidssvarende og evidensbaseret grundlag. Tendensen til at sygeplejestuderende på bachelorniveau arbejder med forskningsproces og -metoder bliver forhåbentlig tonet i en retning, så de bliver i stand til at anvende eksisterende forskningsresultater og bidrage til implementering af resultater til gavn for patienter og pårørende. Nogle vil efter endt bacheloruddannelse forhåbentlig få lyst til at uddanne sig på PhD-niveau, så de kan bedrive forskning.



# Et klinisk og kritisk blik på Bekendtgørelse (2016)



Af Elisabeth Sievers, klinisk undervisningsansvarlig, cand.cur., lektorbedømt, v/Prægraduat team i Hjertecentret

## Det gode ved en ny bekendtgørelse og studieordning er, at DEN GAMLE bliver så god! Og det kan der være noget om!

Da jeg tog imod opgaven med at skrive en artikel, der skulle fokusere på klinikens syn på Bekendtgørelsen (2016), syntes jeg faktisk, det var en udmærket bekendtgørelse. I Prægraduat Team i Hjertecentret blev vi hurtigt enige om, at der ikke var væsentligt nyt i Bekendtgørelsen (2016) - ud over begreberne klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen. Men så skete der noget undervejs! Og disse refleksioner vil vi gerne dele med andre i denne artikel.

Dette indlæg har fokus på den kliniske dimension i Bekendtgørelsen (2016), og de valgte nedslag kommenteres og diskuteres komparativt med Bekendtgørelsen (2008) samt ud fra de refleksioner, vi har gjort os i Prægraduat Team i Hjertecentret ved Rigshospitalet.

Hjertecentrets sygeplejefaglige ledelse har for år tilbage taget strategiske beslutninger om, hvilke pædagogiske og organisatoriske rammer Hjertecentret vil prioritere til uddannelse af sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever. Hjertecentret har organiseret Prægraduat Team med en klinisk undervisningsansvarlig, der er cand. cur og lektorbedømt, 5 kliniske undervisere, som er sygeplejersker med relevante master- og kandidatuddannelser, kliniske vejledere med mindst 1/6 diplomuddannelse i pædagogik på alle afsnit, - samt vejlederteams i næsten alle afsnit.

Når der i uddannelsessystemer og i samfund efterspørges en ny bekendtgørelse, er det fordi fagets inderside og yderside bombarderes af så mange forandringer, at den ministerielle overordnede ramme må omformuleres. Nye visioner for uddannelsen ekspliciteres på ny, vel vidende, at der under udarbejdelsen indgår mange

kompromisser. De valgte ord og begreber 'siger noget om noget', når de afslutningsvis fryser sig fast som tunge sten og flagrende tråde i overordnede ministerielle dokumenter. Ord, begreber og sproglige formuleringer får stor betydning for fortolkninger og formuleringer i efterfølgende studieordninger og semesterbeskrivelser og dermed også for, hvordan vi i den kliniske del af uddannelsen skal planlægge og gennemføre klinisk undervisning og vejledning i klinisk praksis.

## Nye inddelinger i fagområder

I Bekendtgørelsen (2008) er sygeplejefaget et selvstændigt fagområde. I Bekendtgørelsen (2016) er sygeplejefaget slået sammen med det sundhedsvidenskabelige fagområde, hvilket på sæt og vis er underordnet, men alligevel et signal, der ikke ligefrem fremhæver sygeplejefaget som et selvstændigt fagområde. Den nyuddannede skal dog kunne "...forvalte sygeplejefagets og professionens værdier, teorier, begreber og metoder"(2016), så sygeplejefaget er stadig nævnt.

## Omsorg

I Bekendtgørelsen (2016) fremhæves begrebet *omsorg* i den indledende metatekst, hvilket vi finder godt. *Omsorg* stod ikke i Bekendtgørelsen (2008). Nyhedsmedier og forskning påpeger, at befolkningen efterspørger relationer med sygeplejerskerne, der ud over faglige kompetencer til at tage kvalificerede kliniske beslutninger, *også* inkluderer den personlige dimension i relationen. *Er omsorgsdimensionen med i de kliniske beslutninger, som sygeplejersken gør sammen med patienten, eller kan de kliniske beslutninger - trods inddragelse af patientens perspektiv - være uden omsorg?* Vi mener, vi kan styrke sygeplejerskeuddannelsen og dermed fremtidens sygepleje ved at gøre omsorg til et centralt begreb i såvel den kliniske som teoretiske del af uddannelsen.



### Klinisk lederskab og kliniske beslutninger

Klinisk lederskab og kliniske beslutninger er blevet nye buzzwords. Begreberne kan ses som gennemgående tråde i både Bekendtgørelsen (2016) og i Mål for læringsudbytte for uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje (2016). For klinikken er det gode og centrale begreber, som er operationelle at arbejde med i alle kliniske perioder. Det bliver spændende at konstatere, hvilke teoretiske referencer, vinkler og modeller uddannelsesinstitutionerne lægger ned over begreberne, så vi kan arbejde videre med det i klinikkerne.

### Evidens- og forskningsbaseret praksis

Klinisk praksis har forandret sig siden sidste Bekendtgørelse (2008), og Bekendtgørelsen (2016) slår allerede i formålet fast, at den uddannede efter endt uddannelse skal *...intervenere i en evidens- og forskningsbaseret praksis*. Det fordrer nødvendigvis, at de kliniske studier foregår i en sådan praksis!

Dette indlæg er skrevet ud fra en klinisk praksis, der er evidens- og forskningsbaseret, som udvikler og udfører høj faglig kvalitet i pleje og behandling, arbejder analytisk og systematisk, anvender teori og forskning i udførelse af klinisk sygepleje samt arbejder med såvel kvalitativ som kvantitativ evidens (Faglige visioner for sygeplejen i Hjertecentret mod 2020). Hjertecentret har ansat op mod 40 sygeplejersker med master- og kandidatuddannelse, Ph.d.stud, postdoc, seniorforsker og associeret professor, og her foregår klinisk og pædagogisk udvikling og forskning. Jeg er klar over, at sådan ser praksis ikke ud alle steder, men vi er alle på vej. Vi går ikke i takt, men udviklingen går mod en evidens- og forskningsbaseret praksis.

### Klinisk uddannelse (2016) contra klinisk undervisning (2008)

Det er tankevækkende, at begge bekendtgørelser (2008 og 2016) uddyber og præciserer tilrettelæggelse for klinisk uddannelse (90 ECTS), hvorimod tilrettelæggelse af den teoretiske del af studiet ikke præciseres (120 ECTS). Hvordan hænger det sammen? Det kan undre, at bekendtgørelser som overordnede ministerielle dokumenter for en professionsbachelor med kliniske og teoretiske ECTS, - ikke angiver rammer, retningslinjer og tilrettelæggelse for både teoretisk og klinisk uddannelse.

Mens Bekendtgørelsen (2008) overvejende beskriver *klinisk undervisning* med pædagogiske og sygeplejefaglige termer, beskriver Bekendtgørelsen (2016) overvejende *klinisk uddannelse* primært ud fra en organisatorisk ramme. Og det kendetegner måske denne nye bekendtgørelse, at den er meget overordnet og organisatorisk fokuseret. Bekendtgørelsen (2016) påpeger

dog, at *"De kliniske vejledere forestår og har ansvaret for den kontinuerlige daglige kliniske undervisning og vejledning af studerende på et godkendt klinisk uddannelsessted"*, og *"...den kliniske uddannelse foregår under supervision og vejledning"*. Netop "forestår" er et af de ord, der som "en tung sten og flagrende tråd" (jævnfør side 1 i denne artikel) vil blive diskuteret og fortolket, for hvad betyder det helt konkret? Faktisk er det svært at finde andre pædagogiske overvejelser i Bekendtgørelsen (2016), hvilket kan undre, da bekendtgørelsen netop retter sig mod uddannelse.

Uddannelsesinstitutionen, der udbyder uddannelsen, er *"...ansvarlig for uddannelsen i sin helhed"* (2008 og 2016), og det undlader hverken den ene eller den anden bekendtgørelse at gøre opmærksom på. Heldigvis er det kliniske uddannelsessted ansvarlig for gennemførelse af den kliniske undervisning (jeg nægter konsekvent at skrive praktikken!), dette dog i henhold til *"...retningslinjer fastsat af uddannelsesinstitutionen"* (2016). Det er dog vores erfaring, at - ud over retningslinjer fastsat af uddannelsesinstitutionen - har klinikken stort råderum til at planlægge og gennemføre klinisk undervisning, når blot det er pædagogisk velbegrundet.

### Klinisk vejleder med 1/6 diplomuddannelse i pædagogik og kliniske undervisere

Det er beklageligt, at Bekendtgørelsen (2016) opererer med kliniske vejledere med 1/6 diplom i pædagogik. Samme bekendtgørelse fremhæver samtidig en evidens- og forskningsbaseret praksis, mange uddannelsessteder har ansat kliniske undervisere med master- og kandidatgrad og uddannelsesinstitutionerne har mange Ph.d.-uddannede undervisere. Derfor er det visionsløst, at Bekendtgørelsen (2016) opererer med kliniske vejledere med 1/6 diplomuddannelse i pædagogik, og end ikke nævner kliniske undervisere. Her kunne man i det mindste føje kliniske undervisere med master- og kandidatuddannelse til i en efterfølgende parentes. At kliniske undervisere som pædagogisk faggruppe ikke er skrevet ind i Bekendtgørelsen (2016), styrker uddannelsesinstitutionernes hegemoniske positioner og fremmer ulighed i den teoretiske og kliniske undervisning.

Når sygeplejeledelser skal fordele ressourcerne i klinikken, er der naturligvis stor bevågenhed mod varetagelse af klinisk sygepleje og forskning i klinisk sygepleje. Vi, der varetager undervisningen i klinikkerne, må hele tiden gøre opmærksom på vigtigheden af, at en evidens- og forskningsbaseret praksis forudsætter veluddannede kliniske undervisere. Vi uddanner fremtidens sygeplejersker og sikrer fortsat udvikling af en evidens- og forsk-

ningsbaseret praksis! Derfor er det dybt beklageligt, at bekendtgørelsen ikke udfordrer den sygeplejefaglige ledelse og dens generelle kliniske praksis.

### Samarbejde mellem "institution og organisation"

Når vi får ny bekendtgørelse, er det altid spændende at se, hvilke betragtninger der fremkommer vedrørende samarbejde mellem skole/klinik. Det er bemærkelsesværdigt, at ordlyden i de to bekendtgørelser (2008 og 2016) ved første gennemlæsning faktisk er enslydende. I begge bekendtgørelser står f.eks.: "...samarbejder med henblik på at sikre sammenhæng" og "...institutionen søger for, at samarbejdet etableres og vedligeholdes". Men kritisk gennemlæsning får nye facetter frem. I Bekendtgørelsen (2008) er det "Uddannelsesinstitutionen og det kliniske undervisningssted, der samarbejder", hvorimod det i Bekendtgørelsen (2016) er "Institutionen og den organisation, der stiller praktiksted (klinisk uddannelsessted) til rådighed, der samarbejder". Klinikken er blevet en "organisation" fremfor et klinisk undervisningssted, og dette paradigmeskift er gennemgående i hele Bekendtgørelsen (2016). I Bekendtgørelsen (2008) samarbejder vi bare, men i Bekendtgørelsen (2016) er der tale om "et forpligtende samarbejde mellem uddannelsesinstitutionen og praktikinstitutionen (obs. nyt begreb), der skal være beskrevet i forpligtende aftaler, som er udarbejdet i fællesskab, og som skal offentliggøres på institutionens hjemmeside".

Med klinikkens øjne afventer vi spændt, hvilke konkrete pædagogiske overvejelser og rammer, der ligger bag det samarbejde, vi fremover skal have med uddannelsesinstitutionerne. Umiddelbart efterspørger vi fra klinikens side et samarbejde med de samme undervisere fra uddannelsesinstitutionerne over tid, og det samme gør undviserne fra uddannelsesinstitutionerne sikkert også. Samarbejde over tid er forudsætning for at etablere, vedligeholde og udvikle de læringsrum, som bekendtgørelse, studieordning og semesterbeskrivelse påpeger som fælles læringsrum.

### Tekniske retningslinjer

Der er sandsynligvis ikke noget, der hedder tekniske retningslinjer, når det drejer sig om udarbejdelse af bekendtgørelser. Men denne Bekendtgørelse (2016) fremstår umiddelbart visuelt mere rodet end den forrige. Teksten mangler simpelthen inddeling i flere kapitler samt retningsanvisende overskrifter, der kan sætte en ramme for de efterfølgende tekster. Det øger for øvrigt læsevenlighed, overblik og forståelse, når det skriftlige materiale er inddelt i meningsgivende klummer.

### Afsluttende refleksioner

Hvad er så visionen i denne bekendtgørelse? Tone og snit i Bekendtgørelsen (2008) synes mere fokuseret på undervisning, pædagogik, respekt for at klinisk og teoretisk kundskab/undervisning komplementerer hinanden. Derimod synes tone og snit i Bekendtgørelsen (2016) - som tidligere nævnt, at være mere organisatorisk fokuseret, og dermed i virkeligheden fattig på fagligt indhold, pædagogiske refleksioner samt opmærksomhed mod, at sygeplejestuderende er mennesker midt i en faglig og personlig udvikling.

Vi står nu med Bekendtgørelsen (2016) i hånden, og ord, begreber, tone og snit er ikke til at ændre. I den undervisningspraksis, der er vores i Hjertecentret, skal vi på baggrund af *Visioner for prægraduat uddannelse i Hjertecentret 2015-2018* samt bekendtgørelse (2016), studieordning og semesterbeskrivelse i gang med at planlægge og beskrive klinisk undervisning for 1. Semester i Hjertecentret. Vi ser frem til at samarbejde med uddannelsesinstitutionerne og vil være proaktive i udvikling af den kliniske del af uddannelsen. Vi vil udvise kreativitet og opfindsomhed i de utallige læringsrum, der allerede er i praksis, samt udvikle nye læringsrum. Vi vil fortsat arbejde evidens- og forskningsbaseret med udvikling af pædagogik og undervisning i klinisk praksis.

### Litteratur

- Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje (2016)
- Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje (2008)
- Faglige visioner for sygeplejen i Hjertecentret mod 2020
- Visioner for prægraduat uddannelse i Hjertecentret 2015-2018

# Nye begreber i sygeplejerskeuddannelsen. Klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab



**Af Katrine Haase, Adjunkt, cand. cur., Sygeplejerskeuddannelsen Metropol, Tagensvej 86, B216, 2200 København N, Tlf: 72489462, kaha@phmetropol.dk,**

**Helle Barbesgaard, Lektor, cand. cur., Sygeplejerskeuddannelsen Metropol, hlba@phmetropol.dk,**

**Lis Suhr, Lektor, cand. Cur., Sygeplejerskeuddannelsen Metropol, lisu@phmetropol.dk,**

**Marianne Hjortsø, Lektor, cand. mag., Sygeplejerskeuddannelsen Metropol, mahj@phmetropol.dk,**

**Janne Friis Andersen, Lektor, Master of Health Management, Sygeplejerskeuddannelsen Metropol, jafa@phmetropol.dk**

**og Nanna Kappel, Lektor, ph.d., Sygeplejerskeuddannelsen Metropol, naka@phmetropol.dk**

**Keywords: Klinisk beslutningstagen. Klinisk lederskab. Sygeplejerskeuddannelse.**

## Indledning

I udvalgsarbejdet op til den reviderede uddannelse til professionsbachelor i sygepleje fremgik begreberne klinisk beslutning og klinisk lederskab gentagne gange, uden dog begreberne er udfoldet eller defineret. Sygeplejerskeuddannelsen Metropol nedsatte derfor en arbejdsgruppe, der skulle afdække og udfolde begreberne og komme med forslag til, hvordan disse kunne omsættes i en uddannelsesmæssig sammenhæng.

Formålet med denne artikel er at konkretisere og operationalisere begreberne klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab.

Arbejdsgruppen fandt som udgangspunkt, at klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab allerede er indlejret i sygeplejerskepraksis. Klinisk beslutningstagen leder tanker hen på, at sygeplejersken skal varetage bl.a. klinisk sygepleje, arbejde med sygeplejeprocessen og udøve fagligt skøn. I klinisk lederskab skal sygeplejersken kunne danne sig overblik over plejesituationen, planlægge plejen i den mest hensigtsmæssige rækkefølge og samarbejde med patient, pårørende og tværprofessionelle samarbejdspartnere. Begreberne er imidlertid fremhævet så meget i formål og mål for læringsudbyt-

## Abstract

*I efteråret 2015 kom begreberne klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab gentagne gange frem i forbindelse med revision af "Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje" såvel i debatten som i de skriftlige bidrag, der var oplæg til revision af bekendtgørelsen. Sygeplejerskeuddannelsen Metropol nedsatte en arbejdsgruppe, der skulle beskrive og udfolde begreberne klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab. I artiklen giver arbejdsgruppen et bud på begrebsafklaring af de to begreber. Der gives forslag til, hvorledes begreberne kan indtænkes i curriculumudvikling af sygeplejerskeuddannelsen, så der kommer øget progression og kompleksitet i indholdet af begreberne gennem semestrene i uddannelsen.*

ter, at vi fandt det nødvendigt at undersøge begreberne yderligere.

Alle underviserne i sygeplejerskeuddannelsen Metropol fik på en temadag mulighed for at komme med deres umiddelbare forståelse af de to begreber. Disse forståelser blev samlet og systematiseret og dannede derefter afsæt for arbejdsgruppens videre arbejde. Der blev gennemført litteratursøgning<sup>1)</sup>. Der blev hovedsageligt søgt og udvalgt pædagogisk litteratur i relation til klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab, da formålet med at afklare og beskrive de to begreber var en understøttelse af det videre curriculumarbejde til den reviderede sygeplejerskeuddannelse på Metropol.

Arbejdet mandede ud i en beskrivelse af klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab, der nu danner baggrund for, hvordan begreberne kunne forstås i forhold til den kommende studieordning og semesterbeskrivelser. Gruppen fremkom ligeledes med forslag til, hvorledes begreberne med progression kan udmøntes i undervisningen af sygeplejestuderende.

### Klinisk beslutningstagen

Klinisk beslutningstagen er ikke nyt i sygeplejen. Men måden at tænke klinisk beslutningstagen har udviklet sig over tid fra alene at være synonymt med sygeplejeprocessen til at omfatte noget mere, uden at det har været eksplicit beskrevet.

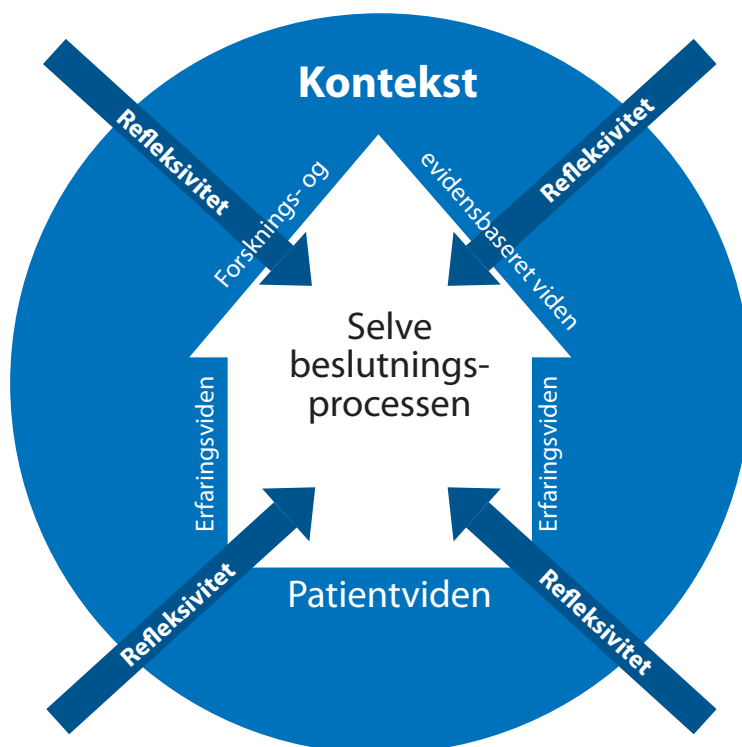
Modellen "Situational Clinical Decision-Making" af Gillespie og Paterson (1) indfanger dette 'noget mere' og danner

derfor rammen om, hvordan vi nu tænker klinisk beslutningstagen.

Formålet med modellen er at understøtte uerfarne sygeplejersker og undervisere i udviklingen af klinisk beslutningstagen. Udover at være et redskab til at træffe konkrete kliniske beslutninger i sygeplejepraksis kan den anvendes som udgangspunkt for refleksion i forbindelse med læringsituationer.

I modellen er indlejret fire elementer: beslutningsprocessen (decision-making processes), grundlæggende viden (foundational knowledge), kontekst (context) og refleksivitet (thinking). Elementerne blev bearbejdet med henblik på at blive anvendt i en dansk kontekst. Den monofaglige gruppe, der på landsplan arbejdede med de første udkast til den nye bekendtgørelse, opererede med patientviden, erfaringsbaseret viden samt forsknings- og evidensbaseret viden (2), hvorfor gruppen i højere grad lagde sig op af disse begreber frem for modellens definition af grundlæggende viden.

Vi blev inspireret af Gillespie (3) til at illustrere klinisk beslutningstagen som et hus. I husets indre foregår selve beslutningsprocessen. Husets vægge og loft udgøres af de forskellige vidensformer, som sygeplejersken benytter sig af i processen. Endelig er huset omgivet af konteksten. Refleksivitet er indlejret både inde i huset, i dets vægge og loft og i dets omgivelser. Se figur 1.



Figur 1. Klinisk beslutningstagen – frit efter Gillespie (3).  
Præsentation af elementerne i klinisk beslutningstagen  
 Her præsenteres elementerne i klinisk beslutningstagen (figur 1).

1) Litteratursøgningsmanual kan fås ved henvendelse til Katrine Haase

## Beslutningsprocessen

Beslutningsprocessen betragter vi som en systematisk proces og/eller en intuitiv proces (4). Den systematiske proces kan fx være sygeplejeprocessen, ABCDE-systematikken og tryksårsscreening, mens den intuitive proces fx kan omfatte det sygeplejefaglige skøn og det kliniske blik. I beslutningsprocessen tages der udgangspunkt i patienten/borgerens livssituation, sundhedsudfordringer og sygdomssammenhæng, og den kan anvendes i stabile, komplekse og/eller akutte pleje- og behandlingsforløb.

Beslutningsprocessen kan foregå som en fælles beslutning (shared-decision). Det indebærer et samarbejde mellem patient/borger og sygeplejersken samt pårørende og andre relevante sundhedsprofessionelle. Patientens/borgerens ønsker og behov for involvering vil være styrende i denne proces (5).

## Vidensformer

Beslutningsprocessen tages på baggrund af en integration af forskellige vidensformer. I bekendtgørelsen beskrives viden som praksis-, udviklings- og forskningsviden (6). Vi vælger dog at bibeholde vidensformerne patient-, erfarings- samt forsknings- og evidensbaseret viden, da vi på baggrund af sundhedsvæsenets dagsorden om bl.a. patientinddragelse vurderer, at patientens perspektiv på denne måde bliver eksplicit medtænkt.

Vores udlægning af disse tre vidensformer er en sammentrækning mellem den norsk inspirerede version af evidensbaseret praksis (7) samt Gillespie's og Patersons grundlæggende viden (foundational knowledge<sup>2</sup>). Fra Gillespie og Paterson (1) er vi særligt inspireret af, at sygeplejerskens kendskab til sig selv både som person og som sygeplejerske er medtænkt, og at patientens baggrund, livssituation og erfaringer med sygdom er vægtet. Til gengæld har vi hos Gillespie og Paterson savnet en mere udtrykkelig forsknings- og evidensbaseret tilgang, som er prioriteret i bekendtgørelsen under formål: "... Intervenere med afsæt i en evidens og forskningsbaseret praksis" (kap. 1 § 1)(6).

Nedenfor præsenterer vi de tre vidensformer:

*Patientviden* handler om den konkrete patient, observationer og data om patienten, patientens oplevelser og viden om sig selv med bidrag fra pårørende/øvrige netværk/andre fagprofessionelle. Det drejer sig om at kende mennesket bag patienten/borgeren og dennes tidligere oplevelser og erfaringer og reaktioner ift. sundhed og sygdom, dennes behov, præferencer, baggrund, situation, levevilkår, værdier og kultur.

*Erfaringsbaseret viden* er den studerendes/syge-

plejerskens egne erfaringer. Det handler om at kende sig selv ift. egne kompetencer, reaktioner, styrker, begrænsninger, værdier, formodninger og fordomme. Det drejer sig også om at kende professionens og andre fagprofessionelles generaliserede og beskrevne erfaringer og praksisser samt have professionsindsigt og indsigt i egen rolle i professionen.

*Forsknings- og evidensbaseret viden* er forskning og evidens inden for sundhedsvidenskab, naturvidenskab, humanvidenskab og samfundsvidenskab. Det handler om kendskab til generaliserede patientforløb og behandlingsformer, som er udviklet på baggrund af forskning/best practice.

## Konteksten

Klinisk beslutningstagen sker altid i en kontekst. Med henblik på at forstå - og evt. korrigere for - forskellige faktorer, der i varierende grad kan påvirke den kliniske beslutningsproces, inddeles konteksten i tre niveauer:

*Mikroniveauet* vedrører sygeplejerskens relation med patient/borger og pårørende. Her spiller etik, omsorg og sygeplejerskens kompetencer ind på den kliniske beslutning.

*Mesoniveauet* omfatter relationer og samarbejde blandt sygeplejersker og andre fagpersoner på klinikstedsniveau. Hvorvidt mesoniveauet bliver en ressource eller en barriere for den kliniske beslutningsproces, afhænger af klinikstedets kultur, ressourcer og organisering samt af teamets evne til at kommunikere indbyrdes.

*Makroniveauet* defineres af sygeplejefprofessionens egne rammer og samfundets vilkår for sundhedsvæsenet.

## Refleksivitet

I forbindelse med klinisk beslutningstagen anvender sygeplejersken en bred vifte af tankeprocesser. I The situated Clinical Decision-Making frame work (1) skelnes mellem kritisk tænkning, systematisk tænkning, kreativ tænkning og fremadrettet tænkning.

*Kritisk tænkning* er kendetegnet ved en åben og undersøgende tilgang til situationen og viser sig i sygeplejerskens evne til at identificere og udfordre antagelser og normer.

*Systematisk tænkning* vedrører evnen til at indsamle, analysere og organisere information med henblik på at intervenere og evaluere.

Kreativ tænkning er en forudsætning i en klinisk hverdag, hvor patienters individualitet, vekslende kompleksitet og begrænsede ressourcer kræver løsninger, der virker, men som ikke nødvendigvis er beskrevet i litteraturen.

*Fremadrettet tænkning* er også en del af sygeplejerskens refleksivitet. Her indgår det at være på forkant med

2) For uddybning se Gillespie and Paterson 2009, Gillespie 2010

situationen og dermed at kunne forebygge forværring og/eller tidligt opdage potentielle problemer hos patienten/borgeren.

Arbejdsgruppen har valgt at kalde de samlede tankeprocesser for refleksivitet, hvilket er i tråd med sprogbrugen i bekendtgørelsen bilag 1 (6). Refleksivitet er indlejret i selve beslutningsprocessen, i vidensformer og i konteksten.

### Hvordan lærer sygeplejestuderende klinisk beslutningstagen?

Klinisk beslutningstagen kan læres gennem hele sygeplejerskeuddannelsen i såvel den teoretiske og simulationsbaserede undervisning som i den kliniske undervisningspraksis. Det læres progredierende at tage kliniske beslutninger fra at have fokus på enkelte af patienten/borgerens sundhedsudfordringer til at omfatte flere af patienter/borgeres samlede sundhedsudfordringer og hele sygdomssituation.

Klinisk beslutningstagen skal således ses som et gennemgående indhold i uddannelsens syv semestre. I nedenstående figur har vi eksemplificeret dette overordnet.

Læring af den kliniske beslutningsproces foregår i trin. I starten af uddannelsen tages der afsæt i et enkelt sundhedsproblem ofte relateret til få data, som analyseres lineært med afgrænset viden. I løbet af uddannelsen inddrages flere af patienten/borgerens sundhedsudfordringer og nuanceres med flere data i en cirkulær proces. Analyse og interventioner vil i stigende grad omfatte patientens hele sygdomssammenhæng og foretages på baggrund af integration af vidensformerne og med øget refleksivitet. Dataindsamling, analyse og interventioner vil kunne ses som elementer med dynamisk indflydelse på hinanden (8).

Konteksten i beslutningsprocessen vil ligeledes progrediere. I starten er der fokus på samarbejdet med en enkelt patient/borger for derefter at kunne favne flere involverede såsom pårørende og andre fagprofessionelle samt medtænke professionens og samfundets rammer og vilkår.

Den kliniske beslutningstagen læres således fragmenteret og udvikles hen imod slutningen af uddannelsen til at kunne rumme et refleksivt helhedsblik på patienten/borgerens sundhedsudfordringer og sygdoms-

1. semester	2. semester	3. semester
<p>Beslutningstagen ift. få udvalgte af patienten/borgerens sundhedsudfordringer i relation til stabile plejeforløb.</p>	<p>Beslutningstagen ift. patienten/borgerens sundhedsudfordringer i stabile plejeforløb og ift. udvalgte elementer af komplekse plejeforløb.</p>	<p>Beslutningstagen i relation til den enkelte patient/borgers sundhedsudfordringer og sygdomssituation på tværs af sektorer.</p> <p>Fælles beslutningstagen (patient, sygeplejerske, pårørende og fagprofessionelle).</p>
<p>Beslutningstagen i relation til den enkelte patient/borger eller grupper af patienter/borgeres sundhedsudfordringer og sygdomssammenhænge på tværs af professioner, sektorer og institutioner.</p> <p>Fælles beslutningstagen.</p>	<p>Beslutningstagen i relation til patient/borgers sundhedsudfordringer og sygdomssammenhænge i akutte og kritiske forløb.</p> <p>Fælles beslutningstagen.</p>	<p>Selvstændig beslutningstagen i forbindelse med stabile, akutte og komplekse patient/borgerforløb på tværs af sektorer.</p> <p>Fælles beslutningstagen.</p>
4. semester	5. semester	6./7. semester

Figur 2

sammenhæng med integration af relevante kundskaber og med blik for hele kontekstens betydning.

### Klinisk lederskab

Klinisk lederskab er kommet ind i uddannelse som et nyt begreb, men det konkrete indhold har altid været indlejret i sygeplejepraksis. Sygeplejersken skal kunne danne sig overblik over plejesituationen, hun skal kunne planlægge plejen i den mest hensigtsmæssige rækkefølge, kunne samarbejde med patient, pårørende og tværprofessionelle samarbejdspartnere. Sygeplejersken skal også kende egne og kollegers faglige kompetencer med henblik på uddelegering og varetagelse af plej opgaver.

Dansk Sygeplejeråd har i 2012 udarbejdet et debatoplæg om 'Sygepleje og sygeplejerskens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen'. Professor Marit Kirkevold har her fremhævet begrebet klinisk lederskab som en væsentlig kompetence, som sygeplejersken skal besidde. Hun opdeler begrebet i to: grundlæggende klinisk lederskab og avanceret klinisk lederskab. *Grundlæggende klinisk lederskab* er 'kompetanse til å veilede andre, organisere og prioritere arbeid oppgaver og bruke pleieteamets samlede ressurser og kompetanse best mulig for å møte patientens behov' (9). *Avanceret klinisk lederskab* defineres som 'kvalifikasjoner til å ivareta kliniske lederoppgaver i forhold til helsevurdering, diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter og lede andre i deres kliniske arbeid' (9). Marit Kirkevold beskriver den færdiguddannede sygeplejerskes lederkompetencer, men for at kunne anvende begrebet til curriculumudvikling i sygeplejerskeuddannelsen, måtte vi/arbejdsgruppen operationalisere begrebet.

Mannix, Wilkes og Daly har med afsæt i et review (10) beskrevet nogle karakteristika i klinisk lederskab. I klinisk lederskab indgår følgende tre områder i dialektisk samspil:

- *Klinisk fokus* kræver viden, færdigheder og kompetencer inden for klinisk praksis samt klinisk beslutningstagning.
- *Fokus på team og samarbejde* fordrer kompetencer i forhold til effektiv kommunikation, at være rollemodel, at støtte og samarbejde med andre sundhedsprofessionelle i forhold til patientforløb og i forhold til sygeplejekvaliteten i afdelingen.
- *Organisatorisk fokus* indebærer analytiske kompetencer, som kræver indsigt i og forståelse af organisationens værdier, mål, strategier og prioriteringer samt relationelle og handleorienterede kompetencer. Det handler om at lede sig selv og andre, både i forhold til koordination, kommunikation, planlægning og uddelegering af arbejdsopgaver.

Klinisk lederskab kræver desuden en række *individuelle karakteristika* (11). Det drejer sig fx om at være dynamisk, ansvarsfuld og målrettet, være modig, være fleksibel og kende sig selv. Dette viser sig i engagement inden for sygeplejefprofessionen, kritisk vurdering af sygeplejepraksis og visioner for sygeplejefprofessionen(12).

### Hvordan lærer sygeplejestuderende klinisk lederskab?

Klinisk lederskab skal ses som et gennemgående indhold gennem uddannelsens syv semestre. Et eksempel på indhold fremgår af figur 3.

1. semester	2. semester	3. semester
Varetage klinisk lederskab ift. enkelte af borgerens/klientens sundhedsudfordringer.	Varetage klinisk lederskab i stabile patientforløb.	Tage ansvar for og initiativ til lederskab af stabile patientforløb.  Refleksion over egen rolle i samarbejdet med patient og pårørende.
4. semester	5. semester	6./7. semester
Klinisk lederskab af korte og lange patientforløb. Grundlæggende overvejelser om delegering, rammedelegation.	Klinisk lederskab i akut og kritiske patientforløb Kende sin egen monofaglighed og uddelegere til andre sundhedsprofessionelle.	Tage ansvar for og initiativ til lederskab af stabile og komplekse patientforløb.  Refleksion over den organisatoriske og samfundsmæssige kontekst.

Figur 3

I begyndelsen af uddannelsen arbejder den studerende med enkelte elementer af patientens/borgerens sundhedsudfordringer i forhold til at udføre, planlægge, organisere og tage ansvar for opgaver. Herefter varetager den studerende det kliniske lederskab i ét stabilt patientforløb i samarbejde med patienten. Dernæst arbejder den studerende med at organisere og lede opgaver for flere patienter i samarbejde med andre fagprofessionelle for til sidst at kunne tage initiativ til klinisk lederskab af stabile og komplekse patientforløb med inddragelse af viden om den organisatoriske og samfundsmæssige kontekst.

### Samspil mellem klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab

I bekendtgørelsen for sygeplejerskeuddannelsen er et formålene, at den uddannede sygeplejerske selvstændigt kan varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen om sygepleje i samspil med patient, borger og pårørende. Så der er ikke tvivl om vigtigheden af de to begreber og deres synlighed i uddannelsesforløbet. Klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab har overlappende elementer. Dog ses det, at klinisk beslutningstagen er en forudsætning for klinisk lederskab. Klinisk beslutningstagen har fokus på viden i samspil med patient og borger til fx systematisk at observere, vurdere, prioritere og justere på individ-, gruppe- og samfundsniveau. Klinisk lederskab er en måde at udføre klinisk beslutningsproces (figur 1) i forhold til mikro-, meso- og makroniveauet.

Det er dog uafklaret, hvordan de to begreber præcist spiller sammen og adskiller sig fra hinanden. Det videre arbejde med semesterbeskrivelser vil vise, hvordan begreberne konkret vil komplementere hinanden i uddannelsen.

### Afslutning

I Sygeplejerskeuddannelsen Metropol er forståelsesrammen for begreberne klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab nu sat. Det skulle gerne bidrage til at lette det betydelige stykke arbejde, der i øjeblikket pågår i forhold til at få semesterbeskrivelser klar til, at den reviderede sygeplejerskeuddannelse rulles ud fra september 2016.

Med henblik på at klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab skal indlejres i de studerendes praksis og dermed være en synlig faktor i sundhedsvæsenet fremover, er der dog stadig adskillige diskussioner og valg, der skal tages. Et solidt samarbejde mellem de kliniske uddannelsessteder og professionshøjskolerne om ud-møntningen af begreberne er i den sammenhæng centralt. I et forsøg på at skærpe dette arbejde er flere eksperimenter under overvejelse i sygeplejerskeud-

dannelsen Metropol. Fremtiden vil vise, hvorvidt den reviderede bekendtgørelse og de nye begreber, som den bringer i spil, får den ønskede effekt i sygeplejerskepraksis.

### Litteratur

1. Gillespie M, Paterson B. Helping Novice Nurses Make Effective Clinical Decisions: The Situated Clinical Decision-Making Framework. *Nursing Education Perspectives* 2009;30(3):164-170.
2. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Sygeplejerskeuddannelsen L1-L5 samlet. 2015; Available at: <http://sundhed2016.dk/wp-content/uploads/2015/03/Sygeplejerskeuddannelsen-L1-L5-samlet.pdf>. Accessed 22.06.2016, 2016.
3. Gillespie M. Using the Situated Clinical Decision-Making framework to guide analysis of nurses' clinical decision-making. *Nurse Education in Practice* 2010;10:333-340.
4. Suhr L, Winther B. Klinisk beslutningstagen i sygeplejen. In: Suhr L, Winther B, editors. *Basisbog i sygepleje. Krop og velvære*. 2.th ed. København: Munksgaard; 2011. p. 85-98.
5. Bregnballe V, Rodkjær LØ, Ågård AS, Handberg C, Lomborg K. Fælles beslutningstagen. *Sygeplejersken* 2015(12):74-76.
6. Uddannelses- og Forskningsministeriet. BEK nr 508 af 30/05/2016 Gældende (Sygeplejerske) Offentliggørelsesdato: 31-05-2016 2016.
7. Sundhedskartellet. *Kompleks fremtid og reflektive sundhedsprofessionelle. Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne*. 2014.
8. Boyer L, Tardif J, Lefebvre H. From a Medical Problem to a Health Experience: How Nursing Students Think in Clinical Situations. *Journal of Nursing Education* 2015;54(11):625-632.
9. Kirkevold M. *Hvad er sygeplejens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen? Et debatoplæg*. 2012.
10. Mannix J, Wilkes L, Daly J. Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. *Contemp.Nurse* 2013;45(1):10-21.
11. Brown A, Crookes P, Dewing J. Clinical leadership development in a pre-registration nursing curriculum: What the profession has to say about it. *Nurse Education Today* 2016;36:105-111.
12. Pepin J, Dubois S, Girard F, Tardif J, Ha L. A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today* 2011;31:268-273.



# At uddanne til kompetencer inden for ældreomsorg



**Af Helene Nielsen. Adjunkt, Sygeplejerske og Cand.Cur. Via UC, Sygeplejerskeuddannelsen i Holstebro. Heln@via.dk**

**Dorthe Sørensen. Lektor, Cand.pæd.pæd. og Ph.d. Via UC, Sygeplejerskeuddannelsen i Randers. Dsor@via.dk**

**Keywords:** Ældreomsorg, sygepleje, uddannelse, didaktik, bekendtgørelse 2016

## Aktuelle udfordringer i det nære sundhedsvæsen

Visionen om et stærkt og nært sundhedsvæsen, som fulgte med Strukturreformen fra 2007, har betydet, at kommunerne de senere år har haft en stigning i sundhedsrelaterede aktiviteter, og at de i dag spiller en større rolle i det samlede sundhedsvæsen end tidligere. Kommunerne har fået større ansvar i at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, i at bidrage til sammenhængende patientforløb, i at skabe øget fokus på rehabilitering og sundhedsfremme, og i at forebygge sygdom (1). For at imødekomme dette ansvar er der i kommunerne de senere år oprettet akutteams, akutpladser, sygeplejeklinikker og rehabiliteringscentre, samt der er etableret ressource- og specialistfunktioner. Udviklingen i kommunerne synes at fortsætte i årene frem. I udspillet "Sammen om sundhed" fra Kommunernes Landsforening (KL) (2) indskræpes det, at fokus i årene frem skal være på, at sundhedsindsatser løses i samspil mellem kommuner, regioner og praksissektoren. KL peger på en række udfordringer i dette samspil. Blandt andet behovet for at adressere indsatserne økonomisk og politisk. KL's anbefalinger hertil er, at "Indsatsen for den ældre medicinske patient skal løftes" og at "En værdig behandling af de ældre" skal sikres (2). For at imødekomme disse indsatser peges der i udspillet på en bred vifte af tiltag, som bør iværksættes: Afklaring af opgaveplacering, investering i sundhedshuse, bedre lægedækning, udbygning af akutfunktioner, adgang til rammedelegationer, telemedicinske ordninger, fleksibel adgang til regionale kompetencer og forbedring af sundhedsprofessionelles kompetencer gennem specialuddannelse målrettet ældre medicinske patienter (2). Udover disse anbefalinger fokuserer også ét ud af otte nye nationale mål for sundhedsvæsenet

## Abstract

*I denne artikel tager vi problemstillingen vedrørende nyuddannede sygeplejerskers begrænsede interesse for at arbejde i kommunalt regi med fokus på kvalitet i ældreomsorg op, og vi diskuterer, hvordan adjunkter og lektorer ved sygeplejerskeuddannelsen i den didaktiske tilrettelæggelse af 2016 uddannelsen kan stimulere de studerendes interesse herfor. Artiklens budskab er, at kvalitet og interesse skabes igennem påvirkning af de studerendes antagelser om ældreomsorg, af de studerendes teoretiske viden og rollemodellens attitude.*

på en styrket indsats for kronikere og ældre patienter (3). De senere års forandringer i sundhedsvæsenet har konkret betydet øget efterspørgsel på sygeplejersker i kommunerne, og med den aktuelle udvikling i det nære sundhedsvæsen tyder det på, at det øgede behov for sygeplejersker i kommunerne varer ved (4,5). Imidlertid er det tvivlsomt, om det vil være muligt at rekruttere et tilstrækkeligt antal engagerede og kvalificerede sygeplejersker. En analyse foretaget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse viser, at den samlede sundhedsstyrke er steget i perioden 1999-2008, men den viser også et fald i antallet af sygeplejersker beskæftiget i den offentlige sundhedssektor (6). Faldet i sygeplejerskernes samlede arbejdsstyrke i det offentlige har medført større konkurrence i rekrutteringen. En konkurrence som kommunerne umiddelbart ikke ser ud til at kunne vinde, fordi nyuddannede sygeplejersker generelt ikke har kommunerne som deres foretrukne arbejdssted.

Det er i stedet arbejdet i regionerne, der tiltrækker sig de nyuddannede sygeplejerskers opmærksomhed. I særdeleshed specialerne pædiatri, intensivsygepleje, akutsygepleje, operationssygepleje og anæstesi. Arbejdet i kommunerne med fokus på blandt andet omsorg for ældre er et af de absolut mindst foretrukne beskæftigelsesområder blandt nyuddannede sygeplejersker (7-9).

Udviklingen i sundhedsvæsenet skal afspejles i sundhedsuddannelserne. Derfor har Styrelsen for Videregående Uddannelser igangsat en proces med henblik på at udvikle alle de sundhedsfaglige professionsuddannelser med start september 2016. Formålet hermed er, at fremtidens sundhedspersonale kompetencemæssigt er rustet til at tilbyde borgere og patienter den bedst mulige pleje og behandling. I denne artikel diskuterer vi, hvordan adjunkter og lektorer ved professionsuddannelsen i sygepleje, i den didaktiske tilrettelæggelse af 2016 uddannelsen kan styrke de studerendes kompetencer og stimulere de studerendes interesse for at arbejde med kvalitet i omsorgen for de ældre, således vi i Sygeplejerskeuddannelsen bidrager til, at det i de kommende år bliver muligt at rekruttere det nødvendige antal dygtige og engagerede sygeplejersker i kommunerne.

### **Barrierer for ønsket om at arbejde med ældreomsorg**

For at diskutere hvordan det er muligt at kvalificere til og skabe øget interesse for ældreomsorg blandt sygeplejestuderende, er det først og fremmest nødvendigt at belyse, hvilke årsager der kan være til, at beskæftigelse med ældreomsorg hører til blandt de mindst foretrukne beskæftigelsesområder. Flere videnskabelige undersøgelser på området (7,8,10,11) fremhæver, at det er de studerendes antagelser om, hvad ældreomsorg indebærer, der synes at være den væsentligste barriere, idet sygeplejestuderende ofte forbinder ældreomsorg med uheldbredeligt syge mennesker. Ældreomsorg relateres ofte til sygdom, smerte, lidelse og død, hvilket de sygeplejestuderende finder deprimerende og trist og uden perspektiv. Derudover forbindes ældreomsorg ofte med mennesker, der taber funktioner og færdigheder og mister selvstændighed i takt med, at et afhængighedsbehov opstår. Sygeplejestuderende synes at forbinde dette med opgaver, der primært relaterer sig til opretholdelse af ældres grundlæggende behov, hvilket anses som ensformigt og kedeligt med mangel på nuancer, spændring, udfordring og udvikling. Dette får den konsekvens, at ældreomsorg blandt studerende har ry som et beskæftigelsesområde med mangel på prestige og anerkendelse (7,8,10,11). Disse negative an-

tagelser har været identificeret hos studerende og nyuddannede sygeplejersker igennem mange år og synes ikke umiddelbart at være på vej til at ændre sig (9). Dette kan undre, idet disse antagelser ikke harmonerer med det moderne politiske samfundssyn på ældreomsorg, som siden 1980'erne har haft fokus på ældre som aktive og ressourcefyldte, på 'hjælp til selvhjælp' og sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, herunder vejledning, information og motivation, hvorigennem det er forsøgt at fremme de ældre borgeres egen formåen. Siden 1980'erne er dette fokus forstærket, og i dag stilles der krav til ældre om at tage ansvar for egen sundhed og trivsel, ligesom der er en forventning til ældre om, at de genvinder tabte funktioner og færdigheder og vedligeholder det eksisterende (12). De antagelser, som de studerende tilsyneladende besidder i forhold til ældreomsorg, lægger sig op af det syn på ældre og ældreomsorg, som var dominerende igennem 1960'erne og 1970'erne. Her blev aldrig, lig med de studerendes antagelser, opfattet som en uafvendelig og irreversibel svækkelsesproces, der på ingen måde kunne undgås. Ældre blev anset som hjælpeløse, skrøbelige og uden ressourcer. Genoptræning kendte man ikke til, hvorfor funktioner og færdigheder ikke kunne genvindes, hvilket nødvendigvis førte til et behov for pleje. Plejen blev ydet som totalomsorg, der passiviserede de ældre. Målet var at tage sig af de ældre, sørge for deres grundlæggende behov og kompensere for deres mangler og svagheder (12). Det centrale spørgsmål bliver derfor, hvordan det er muligt for os i Sygeplejerskeuddannelsen at påvirke og ændre de studerendes antagelser om ældreomsorg henimod en tidssvarende forståelse, så det ikke er historiske antagelser, der udgør barrieren for beskæftigelse med omsorg for ældre i kommunalt regi efter endt uddannelse.

### **Undervisningstilrettelæggelse som skaber øget interesse for og kvalitet i ældreomsorg**

I tilrettelæggelsen af Sygeplejerskeuddannelsen er vi som adjunkter og lektorer underlagt "Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje". Her står der i formålet med uddannelsen anført: "(...) uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje er at kvalificere den studerende til efter endt uddannelse selvstændigt at udføre sygepleje for og med patient og borger i alle aldre (...) i alle dele af sundhedsvæsenet under hensyntagen til den samfundsmæssige, videnskabelige og teknologiske udvikling samt befolkningens behov for sygepleje og omsorg samt sundhedsfremme og forebyggelse (...)" (13). Derudover er vi underlagt EU's anerkendelsesdirektiv, der sikrer, at sygeplejersker uddannet i Danmark kan søge beskæftigelse i andre europæiske lande og om-

vendt. Her stilles der krav til indholdet af den teoretiske og kliniske undervisning herunder geriatri og geriatrisk pleje (14). Læringsmålene for viden, færdigheder og kompetencer i "Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje" (13,15) er retnings-anvisende for, hvordan formålet med uddannelsen opfyldes, og for hvordan kravet om kendskab til geriatri og geriatrisk pleje, som EU's anerkendelsesdirektiv opstiller, opfyldes. Imidlertid er det adjunkter og lektorer ved Sygeplejerskeuddannelsens udbudssteder, der er ansvarlige for den konkrete didaktiske tilrettelæggelse af undervisningen. Vi vil derfor i det følgende give tre mulige bud på, hvilke forhold der i den teoretiske og kliniske undervisning positivt kan influere på de studerendes interesse for at arbejde med kvalitet i ældreomsorg.

### **De studerendes antagelser**

Det første sted, det synes muligt at påvirke de studerendes interesse for at beskæftige sig med kvalitet i ældreomsorg, er igennem udfordring af de studerendes antagelser herom. Som tidligere skrevet bidrager videnskabelige studier på området (7,8,10,11) til at synliggøre, at mange studerende tilsyneladende sidder med historiske antagelser om, hvad det vil sige at være ældre og af, hvad ældreomsorg indebærer. Dertil kommer viden om, at studerende og nyuddannede sygeplejersker med positive antagelser omkring ældre og ældreomsorg er mere tilbøjelige til at beskæftige sig hermed (9,16,17). Når antagelser skal ændres, er første forudsætning, at man er bevidst om hvilke antagelser, der er på spil. Dette fordrer dialog og refleksion. Undervisningsformer, der åbner op og giver plads hertil, bør derfor vægtes højt. Dette kunne være undervisning på mindre hold med fælles refleksion mellem studerende og mellem studerende og underviser og/eller vejleder over egne antagelser igennem filosofisk praxis eller igennem en hermeneutisk inspireret proces. Det er en måde at træne de studerende i at blive mere bevidste om de værdier og livsmeninger, de måtte have, samtidig med at de opøver evne til at "stå i det åbne" (18). De studerende vil med metoden få mulighed for til at sætte ord på og blive bevidste omkring, hvad de fx tænker om dét at blive gammel, hvad de tænker om ældre og ældreomsorg, hvad de tænker om deres forældres og egen aldringsproces, og hvilke faglige og personlige erfaringer de bærer med sig i deres rygsæk. De studerende får igennem denne proces mulighed for at udvikle og nuancere allerede etablerede antagelser. Ud fra et kendskab til at personlige erfaringer er noget af dét, der flytter allermest på de studerendes grundlæggende antagelser, kan denne proces med fordel suppleres med møder og interaktioner med ældre mennesker i forskel-

lige miljøer, med forskellige ressourcer og forskellige funktionsniveauer (10,16). De studerende bør derfor gennem uddannelsen møde både raske og kronisk- og akut syge ældre mennesker, som bor i eget hjem og på plejecentre og ved indlæggelser; møder der vil vise mangfoldigheden af, hvad dét at være ældre borger og have brug for sygepleje indebærer.

### **De studerendes teoretiske viden**

Studier viser, at et uddannelsescurriculum med signifikant fokus på gerontologi og geriatri øger de studerendes interesse for at beskæftige sig med ældre (9,16,17). Spørgsmålet er, hvilken teoretisk viden der bør vægtes. Traditionelt vægtes ofte teori, der fokuserer på sygdomme og problemer i alderdommen. De studerende undervises derfor typisk i svækkelsesmodeller og skrøbelighed, demenssygdomme, aldersbetingede forandringer i kroppen og atypiske sygdomsbilleder, som relaterer sig til aldring. Det er vigtig viden for at kunne beskæftige sig med omsorg for de ældre. Men det faktum, at de studerende forbinder ældreomsorg med et deprimerende hverv, der primært centrerer sig omkring sygdom, smerte, lidelse og død og med mennesker, der er dybt afhængige af andres hjælp (7) tyder også på, at et fokus der er knapt så problemorienteret, og som vægter en kulturanthropologisk tilgang til aldring, kunne være gunstigt at introducere for de studerende (9,16). De studerende vil herigennem få mulighed for, ud fra et teoretisk perspektiv, at beskæftige sig med hvem nutidens ældre er, deres behov for sygepleje, og hvad det vil sige at være ældre i Danmark og internationalt i dag. Det vil være væsentligt at inddrage viden fra foreninger og forsknings- og videnscentre, som alle arbejder med aktuel og relevant innovation, praksis, forsknings- og udviklingsbaseret viden: Dansk Gerontologisk Selskab, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA), Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI), Center for Fremtidforskning, Center for Sund Aldring, VIA Aldring og Demens (CFAD) og Kommunernes Landsforening (KL) er blot nogle af de mange, som kan nævnes.

I undervisningstilrettelæggelsen må vi forholde os til, at vi ikke har et ubegrænset antal lektioner til brug for undervisning i relation til ældre og ældreomsorg. I 2016 bekendtgørelsen (15) er gerontologi og geriatri ikke selvstændige fag, men emner som hører ind under fagområdet Sundhedsvidenskab og herunder faget sygepleje. Undervisning i gerontologi og geriatri kan derfor, i princippet, foregå i 'alle' lektioner i sygepleje igennem hele uddannelsen. En sådan tilgang kommer til udtryk ved, at man i højere grad, igennem uddannelsen, lægger vægt på at inddrage og ekspliciterer forskelle

og ligheder mellem yngre og ældre i relation til fx fysiologiske tilstande, sygdomme, sygepleje, farmakologi og forskellige psykologiske, sociale og kulturelle behov. Effektueres dette vil de studerende løbende opbygge deres kendskab til ældre og ældreomsorg fra 1. -7. semester frem for i et kort afgrænset forløb.

### **Rollemodellens attitude**

De studerende spejler sig i og tager ved lære af de personer, de omgiver sig med under uddannelsen. Negative holdninger eller en ikke involverende attitude over for ældre kan medføre manglende lyst blandt de studerende til at vælge beskæftigelse inden for ældreomsorg. Derved bliver undervisere og vejlederes holdning til og attitude overfor ældre og ældreomsorg afgørende for den positive interesse blandt de studerende (9,16,17). Uanset om man er teoretisk eller klinisk underviser, må man derfor starte med, igennem refleksion og dialog, at bevidstgøre sig hvilke antagelser man selv har til ældre og ældreomsorg, ligesom man må bevidstgøre sig om, hvilken måde disse antagelser bringes i spil og kan påvirke de studerende. Endvidere må man, når man udøver sin profession i samspil med studerende, være bevidst om hvordan man omtaler, tiltaler og interagerer med ældre. Fremstår man som et godt eksempel, hvor man viser respekt, engagement, og at man arbejder ud fra et opdateret vidgrundlag (9), har det afsmittende effekt, der kan fremme den positive interesse blandt de studerende for beskæftigelse med ældre og øge kvaliteten af ældreomsorgen.

### **Nye tider, nye muligheder**

Som omtalt skal udviklingen i sundhedsvæsenet afspejles i sundhedsuddannelserne. Kommunernes behov for sygeplejefaglig arbejdskraft stiger og stiger, men størstedelen af de sygeplejersker vi uddanner på Professionsuddannelsen i Sygepleje har tilsyneladende ikke interesser i den retning. Med uddannelse 2016 venter nye tider forude. Nye tider giver mulighed for at afprøve nye tiltag. I denne artikel peger vi helt konkret på fem mulige tiltag, der kan iværksættes under uddannelsen, som kan bidrage til at fremme de nyuddannede sygeplejerskers interesse for beskæftigelse i kommunalt regi og øge kvaliteten af ældreomsorg: 1) Udforskning og udfordring af antagelser omkring ældre og ældreomsorg, 2) Nuancering af historiske forforståelser igennem interaktion med alle typer af ældre i både den kliniske og teoretiske undervisning, 3) En kulturanthropologisk tilgang til undervisning i gerontologi og geriatri, som i øget grad fokuserer på nutidens ældre og deres reelle formåen, 4) Kontinuerligt fokus på forskelle og ligheder mellem yngre og ældre i forhold til fysiologiske tilstande, sygdomme og sygepleje igennem hele uddannelsen, 5) Refleksion og udfordring af antagelser mellem teore-

tiske og kliniske undervisere med fokus på italesættelse af egne forforståelser om og attituder til ældre og ældreomsorg. Endnu flere ideer vil formentligt dukke op. Vi håber, flere vil bidrage til at italesætte problematikken og mulige løsninger, så vi sammen kan løfte vores del af ansvaret for, at de sygeplejersker, vi uddanner på professionshøjskolerne, har den fornødne interesse og de nødvendige kompetencer til at søge beskæftigelse i kommunalt regi, og ikke mindst øge kvaliteten af ældreomsorg.

### **Referencer**

- (1) Kommunernes Landsforening. Det nære sundhedsvæsen. 2012; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/~//media/A92CFB652015453FB5E26616C0CDD2BF.ashx>. Accessed 07/04, 2016.
- (2) Kommunernes Landsforening. Sammen om sundhed: udfordringer og anbefalinger : KL-udspil om sundhed. 2015; Available at: [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_75048/cf\\_202/KL-udspil\\_Sammen\\_om\\_sundhed\\_-2015-.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_75048/cf_202/KL-udspil_Sammen_om_sundhed_-2015-.PDF). Accessed 07/04, 2016.
- (3) Sundheds- og Ældreministeriet. Nye Nationale Mål for sundhedsvæsenet skal øge kvaliteten for patienterne. 2016; Available at: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2016/April/Nye-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet-skal-oege-kvaliteten-for-patienterne.aspx>. Accessed 07/04, 2016.
- (4) Kommunernes Landsforening. Fremtidens Hjemmesygepleje. Statusrapport. 2011; Available at: [http://vpt.dk/sites/default/files/Statusrapport\\_Fremtidens\\_Hjemmesygepleje\\_2.pdf](http://vpt.dk/sites/default/files/Statusrapport_Fremtidens_Hjemmesygepleje_2.pdf). Accessed 07/04, 2016.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje. 2014; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/aeldre/aeldre-medicinske-patient/~//media/CEC-B00E1053347A495E9EFF3C27B93F5.ashx>. Accessed 07/04, 2016.
- (6) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsvæsenet i Nationalt Perspektiv. 2010; Available at: [http://www.sum.dk/~//media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2010/Tal%20og%20analyser/Det%20danske%20sundhedsvaesen%20i%20nationalt%20perspektiv/Sundhedsv%C3%A6senet%20i%20nationalt%20perspektiv%20juni2010.ashx](http://www.sum.dk/~//media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2010/Tal%20og%20analyser/Det%20danske%20sundhedsvaesen%20i%20nationalt%20perspektiv/Sundhedsv%C3%A6senet%20i%20nationalt%20perspektiv%20juni2010.ashx). Accessed 07/04, 2016.

- (7) Rognstad MK, Aasland O, Granum V. How do nursing students regard their future career? Career preferences in the post-modern society. *Nurse Educ Today* 2004;24(7):493-500.
- (8) Henderson J, Xiao L, Siegloff L, Et.Al. 'Older people have lived their lives': First year nursing students' attitudes towards older people. *Contemporary Nurse* 2008;30(1):32-45.
- (9) Jöhnemark B, Fagerberg I, Engström G. Swedish nursing students attitudes towards older people and working in care for older people. *Nordisk Sygeplejeforskning* 2012;2(3):210.
- (10) Shen J, Xiao LD. Factors affecting nursing students' intention to work with older people in China. *Nurse Education Today* 2012;32:219-223.
- (11) Larsen C, Schrøder M. Studerende svigter ældreområdet. *Gerontologi* 2005;21(4):8-11.
- (12) H. Nielsen. Italesættelsen af den professionelle plejende omsorg for de ældre i perioden 1968-2014 - En Foucault inspireret diskursanalyse. *Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed Aarhus Universitet*; 275/2015.
- (13) Uddannelses- og forskningsministeriet. BEK nr. 29 af 24/1/2008. 2008.
- (14) EU Parlamentet. EUROPA-PARLAMENTETS OG RÅDETS DIREKTIV 2005/36/EF af 7. september 2005 om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer. 2005.
- (15) Uddannelses- og forskningsministeriet. BEK nr 508 af 30/05/2016. 2016.
- (16) Cozort RW. Student nurses' attitudes regarding older adults: Strategies for fostering improvement through academia. *Teaching and Learning in Nursing* 2008;3(1):21-25.
- (17) Haron Y, Levy S, Albagli M, Et.Al. Why do nursing students not want to work in geriatric care? A national questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2013;50(11):1558-1565.
- (18) Hansen FT. Den sokratiske dialoggruppe : Et værktøj til værdiafklaring. 1. udgave, 1. oplag ed. Kbh.: Gyldendal Uddannelse; 2000.

# Krig eller samarbejde?

## Kommunikation og tværfagligt samarbejde mellem sygepleje- og lægestuderende i relation til information, vejledning og kontakt med patient og pårørende



**Af Brigitte Sørensen, Lektor, Cand. Pæd pædagogisk sociologi, University College Nordjylland, Sygeplejerskeuddannelsen i Aalborg og**

**Jette Cortnum, Lektor, MVO, University College Nordjylland**

Er det krig eller samarbejde, der karakteriserer det, der foregår mellem sygeplejersker og læger, når de mødes om patienternes pleje og behandling? Det spørgsmål må man stille sig efter at have lyttet til oplevelser fra sygepleje- og lægestuderende, der har været i klinisk undervisning. Denne artikel sætter fokus på kommunikation og tværfagligt samarbejde mellem sygepleje- og lægestuderende i relation til mødet med patienter og pårørende.

### Baggrund

Der har ikke i Danmark været større tradition for, at sygepleje- og lægestuderende lærer om hinandens uddannelse og faglighed, selvom lægerne er en af sygeplejerskernes nærmeste tværfaglige samarbejdspartnere. Dog har man i Region Hovedstaden siden 2006 haft en dag med fællesundervisning for sygepleje- og lægestuderende med fokus på videndeling om hinandens uddannelse samt gennemførelse af simuleret udskrivningssamtale med amatørskuespillere og videooptagelse (1). Tiltaget er evalueret og for nuværende obligatorisk for begge uddannelser.

Nationalt som internationalt er der stigende interesse for udvikling af tværfagligt samarbejde inden for de sundhedsfaglige uddannelser for at opnå et bedre behandlingsforløb (2). Fokus er her på tværprofessionelt samarbejde mellem sundhedsfaglige professionsbachelor og netop ikke læger. I bekendtgørelsen om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje fra 2008 er der således et helt modul (15 ECTS) rettet mod tværprofessionel virksomhed (3), og i den nye bekendtgørelse fra 2016 er der 20 ECTS-point til tværprofessionelle elementer (4).

En læges medicinske uddannelse gør ham/hende

specielt i stand til at stille diagnoser og lave behandlingsplaner. Hos hospitalsindlagte patienter er det sygeplejersken, der skal udføre lægens ordinationer, og han/hun skal bidrage med observationer, som lægen skal bygge sine beslutninger på. God kommunikation mellem læge og sygeplejerske er derfor essentielt for et vellykket behandlingsforløb. Erfaringer fra dels litteratur (5) og dels klinisk undervisning viser, at dette samarbejde kan være præget af lægelig dominans, kommunikations- og forståelsesproblemer. Sygeplejersken har kendskab til patientens fysiske, psykiske og sociale problemer og betegner ofte sig selv som patientens advokat, hvilket i sig selv indikerer en ulighed i kommunikationen og samarbejdet. Lægen har sin gang på flere afdelinger og befinder sig derfor kun på afdelingen i forhold til konkrete arbejdsopgaver. Disse arbejdsopgaver er som oftest i forbindelse med stuegang, "den svære samtale", livsstilsændringer og udskrivelser. Samtaler, hvor lægen har en væsentlig og afgørende rolle, og er derfor i sit samarbejde med patienten afhængig af sygeplejerskens viden og observationer, hvilket betinger en god kommunikation og et godt samarbejde.

Internationale studier viser, at fællesfaglig undervisning for forskellige sundhedsfaglige uddannelser giver deltagerne mulighed for at udvikle og styrke deres egen professionelle rolle i det tværfaglige samarbejde (6,7,8). Ligesom et studie viser, at manglende viden og urealistiske forventninger til hinandens professionelle roller skaber spændinger, der modarbejder et reelt fagligt samarbejde (9). Dette bekræfter, at det tværfaglige samarbejde styrkes, når sygepleje- og lægestuderende undervises sammen, og det bliver tydeligt for dem, hvad de kan forvente af hinandens faglighed.

### Formål med projektet

Formålet med projektet var:

- at udvikle og styrke de to faggruppers tværfaglige kommunikation og samarbejde dels i klinikperioder og dels som færdiguddannede til gavn for patienter og pårørende.
- at udvikle en metode, hvor sygeplejestuderende, University College Nordjylland (UCN) og lægestuderende, Ålborg Universitet (AAU) får indsigt i hinandens grunduddannelser samt bliver trænet praktisk i at samarbejde og kommunikere tværfagligt i relation til patient og pårørende.

Calgary Cambridge modellen (10,11) blev anvendt som ramme for kommunikationstræningen i projektet. Calgary Cambridge modellen for kommunikationstræning er evidensbaseret og anvendes på lægestudiet under den kliniske uddannelse i en række lande. Modellen bygger på de såkaldte Calgary-Cambridge manualer udviklet af Kurtz, Silverman og Draper (9,10). Der er således omfattende dokumentation og erfaring for, hvordan man kan undervise og lære kommunikation systematisk og bevidst – f.eks. ved hjælp af kommunikationsprogrammer som Calgary-Cambridge. Der foreligger også evidens for effekten af træning vha. simulerede patienter, videobånd, små grupper og feedback, som det praktiseres i Calgary-Cambridge metoden (10,11).

Ovenstående argumenter for fællesfaglig undervisning og træning af kommunikationsfærdigheder dannede således baggrund for en fælles undervisningsdag for sygepleje- og lægestuderende, som indeholdt både teori og praktisk træning.

Denne artikel bygger på evalueringresultaterne fra et projektforsøg med fokus på kommunikation og tværfagligt samarbejde mellem sygepleje- og lægestuderende. Formålet med artiklen er således en erfarings- og vidensdeling med henblik på implementering i den nye sygeplejerskeuddannelse.

I de følgende afsnit beskrives kort gennemførelsen af projektet og resultaterne af evalueringerne. Disse resultater danner baggrund for vores bud på, hvordan kommunikation og tværfagligt samarbejde kan tænkes ind i den nye sygeplejerskeuddannelse.

### Gennemførelse af projektet

Projektet forløb over 1½ år med deltagelse af sygeplejestuderende på modul 11 og lægestuderende på 9. eller 10. semester, hvor begge faggrupper er i klinisk undervisning.

Projektet blev gennemført som en enkelt under-

visningsdag pr. hold, hvor dagen var delt op i 2 dele. Om formiddagen fik de studerende indsigt i hinandens uddannelser, kompetencer og ansvar, og om eftermiddagen trænede de studerende i sygeplejerskeuddannelsens færdighedslaboratorium, hvor der er mulighed for at etablere autentiske rammer med bl.a. en hospitalsstue. Professionelle skuespillere agerede patienter eller pårørende.

Undervisningen om formiddagen blev varetaget af de to sygeplejeundervisere og projektledere som gennemgående figurer, mens der på lægesiden deltog forskellige undervisere de 3 gange. Kommunikations-træningen om eftermiddagen blev afviklet af de to projektledere, der også er uddannede procesvejledere i Calgary Cambridge modellen.

I projektperioden blev undervisningsdagen afviklet 3 gange med 3 forskellige hold, og der deltog i alt 105 studerende.

### Evaluering

På alle de 3 gennemførte undervisningsdage blev der gennemført en kvantitativ undersøgelse i form af et spørgeskema ved dagens begyndelse og afslutning. Denne blev gennemført dels for at have et umiddelbart indtryk af, hvad de studerende havde fået ud af dagen og dels for at kunne evaluere formativt og dermed justere de efterfølgende projektdage. Spørgeskemaerne blev besvaret af 97 studerende (92%).

Efter sidste undervisningsdag blev der gennemført en kvalitativ undersøgelse i form af to fokusgruppeinterviews – et med de lægestuderende og et med de sygeplejestuderende. De studerende blev interviewet konkret i forhold til dagen, hvor de havde deltaget, men også erfaringer fra de 2 tidligere undervisningsdage samt resultater af spørgeskemaundersøgelserne blev af moderator inddraget i interviewet.

### Projektets resultater

Resultater beskrives i dette afsnit ud fra en analyse af de to fokusgruppeinterview suppleret af relevante resultater fra spørgeskemaundersøgelserne. Ved analysen af fokusgruppeinterviewene fremkom 2 hovedtemaer, disse er valgt som overskrifter i præsentationen af projektets resultater.

### Det kan være svært at samarbejde, og samtidig er der masser af håb

Hovedparten af de deltagende sygepleje- og lægestuderende havde inden undervisningsdagen erfaringer med tværfagligt samarbejde i klinikken, 37 % "i høj grad" og 68 % "i nogen grad"

Uddybende beskriver både sygepleje- og lægestuderende i fokusgruppeinterviewene, hvordan de selv har prøvet at være involveret i eller set andre være i situationer, hvor kommunikationen og samarbejdet ikke har fungeret optimalt.

Det kan handle om fordelingen af arbejdsopgaver, - hvem gør hvad? De lægestuderende finder det svært at tage hensyn til sygeplejerskernes arbejdsgange og forskellige faglige kompetencer, hvis de ikke kender dem, en af de lægestuderende udtaler således *".. der er meget forskel på, hvad sygeplejersker kan. I skadestuen er de virkelig kompetente og har prøvet meget selv. Hvis man så kommer på en medicinsk afdeling, ikke at de ikke er kompetente, det er bare nogle andre ting, de kan. De er måske ikke helt så selvstændige som dem i skadestue"*. De sygeplejestuderende fortæller om lignende oplevelser, hvor udfordringer kan være, hvordan bliver vi klar til eks. operation samtidig? og hvem gør hvad?

Læger og sygeplejersker har forskellige relationer til patienter og pårørende, som spiller ind på samarbejdet. *For os (læger) handler det meget om, hvordan får man den her information ud af patienten, samtidig med at patienten kan føle sig set og hørt"*. Eller set i sygeplejeperspektiv: *"Vi er mere på det menneskelige plan, hvor de (lægerne) er mere på det faglige plan"*.

Endelig beskriver begge faggrupper oplevelser af, at der af og til kan mangle tilstrækkelig gensidig respekt og ligeværdighed *"Der, hvor det går skævest, er der, hvor man ikke taler pænt til hinanden. Altså så holder man op med at lytte til hinanden. Så bliver det hurtigt en krig, hvor man vil have ret"*.

En del af formålet med undervisningsdagen var at udvikle og styrke de to faggruppers tværfaglige kommunikation og samarbejde til gavn for patienter og pårørende. Efterfølgende svarer 39 % af de studerende, at de "i høj grad" og 41 % at de "i nogen grad" har fået større kendskab til den anden faggruppes professionelle rolle, ansvar og kompetencer. 48 % af de studerende har "i høj grad" og 34 % har "i nogen grad" udviklet deres forståelse for det tværfaglige samarbejdes betydning for patientbehandlingen efter den fælles undervisningsdag

Og endelig svarer 39 % af de studerende at de "i høj grad" og 38 % har "i nogen grad" øget deres bevidsthed om deres egen professionelle rolle og ansvar i samarbejdsrelationer efter den fælles undervisningsdag.

De studerende er med andre ord blevet bevidste om, at de har hver deres perspektiv på patienten og situationen, og at begge perspektiver er nødvendige for at sikre en optimal kvalitet i patientplejen.

## Indhold og vilkår på dagen

Formiddagen havde fokus på de 2 uddannelser – til læge og til sygeplejerske. Dette blev afviklet på lidt forskellig vis de 3 gange, hvor den fælles undervisningsdag blev gennemført, dels var der oplæg fra færdiguddannede og studerende, og dels blev der brugt interviewguide, hvor de studerende interviewede hinanden. Der indgik ikke et oplæg om, hvordan en sygeplejerskes eller en læges hverdag og arbejdsgang er. Men i fokusgruppeinterviewene virker dette mindst lige så vigtigt som at vide noget om hinandens grunduddannelser. *"Jeg kunne godt bruge at vide, hvad er sygeplejerskernes arbejdsgange, hvornår møder de? Hvornår gør de det, og hvornår gør de det? Hvornår går de hjem, og hvornår har de vagtoverlevering? Også sådan at man ikke kommer til at spørge, har du tid til det? Nej, det har jeg ikke, for vi skal lave medicinophældning eller noget andet"*. Mens en sygeplejestuderende udtrykker *"Jeg kunne godt have tænkt mig at have hørt lidt mere om lægerne. Der er mange: forvagt, bagvagt, bag-bagvagt, afdelingslæger, reservelæger, 1. reservelæger, overlæger, turnuslæge – hvad kan de forskelligt? Hvad betyder titlerne? Hvad dækker de over?"*

Både læge- og sygeplejestuderende ønsker sig mere tid til dialog mellem faggrupperne, end der har været mulighed for på undervisningsdagen *".. der manglede tid til at sidde i grupperne og diskutere. Når der lige kom en god snak i gang, så skulle vi videre til næste punkt. Nu begyndte det at blive spændende, nu begyndte vi at snakke – måske var der lidt for meget i programmet. Man kunne sidde i grupperne og få en klinisk problemstilling, som man kunne diskutere i grupperne. F.eks. hvordan får vi kommunikeret bedst mellem læge og sygeplejerske? Sådan at man fik snakket sammen om det."*

Eftermiddagen på den fælles undervisningsdag var sat af til at træne kommunikation og samarbejde mellem læge- og sygeplejestuderende. Træningen foregik med skuespillere fra Aalborg teater.

Vi har afprøvet helt faste cases og fuldstændig løse cases, hvor de studerende selv skulle komme med et scenarie, som de havde oplevet i praksis.

I forhold til dette har 47 % af de studerende "i høj grad" og 31 % "i nogen grad" fundet træningen med skuespillere relevant. De studerende har dog flere ændringsforslag i forhold til rammerne for træningen. *"Det kunne godt være mere konkrete ting, f.eks. hvordan laver man en stuegang bedst, og så øver vi det. Og man får rigtig snakket igennem, hvordan kommunikerer jeg bedst med dig, og hvad kan du nu. Hvor man virkelig får øvet den situation. Vi er jo ikke helt færdiguddannet, sådan at man får øvet nogle af de kliniske situationer, som vi oplever i hverdagen. Måske diskuterer først, så øver den, og så diskuterer igen –"*



*simpelthen får dem talt igennem". "det kunne også være i skadestuen".*

På spørgsmålet om dagens placering i uddannelsen har 48 % af de studerende "i høj grad" og 30 % "i nogen grad" fundet den fælles undervisningsdag relevant i forhold til, hvor de befinder sig i deres uddannelsesforløb. Dette bekræftes i fokusgruppeinterviewene "*Det er rigtig relevant at have de her dage, hvor man både finder ud af, hvad kan du, og hvad kan jeg – og hvordan får vi et fælles fodslag for, hvordan vi kan samarbejde også senere". "jeg synes godt det kunne være mere end én dag. ... Det kunne være godt med et tidspunkt i uddannelsen, hvor man havde en længere periode sammen med dem (lægestuderende). Så ville man lære dem endnu bedre at kende".*

36 % af de studerende har "i høj grad" og 36 % har "i nogen grad" gennem den fælles undervisningsdag fået større erfaring med tværfaglig kommunikation og samarbejde.

Kun den første gang var der lægeundervisere med hele dagen, og alle 3 gange har det været sygeplejerskeundervisere, der varetog træningen med skuespillere om eftermiddagen. Dette beror på, at det kun var sygeplejerskeunderviserne, der havde en uddannelse som procesvejleder, som er et krav for at kunne varetage træningen. Om dette siger en studerende "*min erfaring fra tidligere kommunikationsundervisning er, at man opnår væsentlig bedre samarbejde, læring og engagement, hvis undervisningen er tværfaglig, så at begge "parter" føler sig lige mødt og forstået".* Således det tværfaglige samarbejde også praktiseres blandt underviserne.

### **Hvordan kan kommunikation og tværfagligt samarbejde mellem sygepleje- og lægestuderende tænkes ind fremtidens sygeplejerskeuddannelse?**

Resultaterne i projektet viser, at en fælles undervisningsdag for læge- og sygeplejestuderende i høj grad giver de studerende en større forståelse ikke kun for egen profession, men også for den anden faggruppes rolle, ansvar og færdigheder. De studerende oplever også, at de gennem dagen i høj grad har fået større erfaring med tværfaglig kommunikation og samarbejde.

Den fælles undervisningsdag kan således bevidstgøre de studerende om, at de har hver deres perspektiv på patienten og situationen, og at begge perspektiver er nødvendige at medtænke for at sikre en optimal kvalitet i patientbehandlingen.

### **Hvordan kan resultater og erfaringer fra projektet tænkes ind og implementeres i den nye sygeplejerskeuddannelse?**

Sundhedsuddannelserne til ergoterapeut, fysioterapeut, jordemoder, radiograf og sygeplejerske på UCN i Ålborg er samlet på en matrikel, og det tværfaglige samarbejde har hidtil været med afsæt i samarbejde mellem de 5 sundhedsuddannelser. Dette projekt har sat fokus på tværfagligt samarbejde mellem sygeplejesker og læger, to faggrupper, der i klinikken er hinandens nærmeste samarbejdspartnere.

Vi ser en oplagt mulighed for tværfagligt samarbejde de to uddannelser imellem på 6. semester, hvor der netop er tværprofessionelle elementer i den kliniske undervisning svarende til en uges klinisk undervisning (4).

I de studerendes evaluering kom der desuden et tydeligt ønske frem om at få et større kendskab til hinandens hverdag i klinikken for at kunne tage hensyn til og samarbejde med hinanden på en hensigtsmæssig måde. Dette ønske kan ikke indfries på en fælles undervisningsdag på skolen, idet en hverdag i klinikken vil variere fra afsnit til afsnit.

I stedet kunne dette ønske omsættes til et tiltag, som indbefatter både sygeplejerskeuddannelsen, lægeuddannelsen og klinikken. Fælles undervisningsdagen kunne suppleres med en planlagt tværfaglig introduktion i klinikken, hvor faggrupperne får kendskab til hinandens hverdag lokalt på det enkelte afsnit. Ydermere ser vi også et perspektiv i, at der i forlængelse heraf gennemføres tværfaglige refleksionsseancer 2-3 gange i løbet af kliniktiden med fokus på kommunikation og samarbejde, så studerende allerede fra studietiden får indarbejdet gode vaner i forhold til at kommunikere og samarbejde tværfagligt.

**Referencer**

1. Pedersen B, Poulsen I, Schroeder T. Træning af tværfaglig kommunikation og samarbejde omkring stuegang for læge- og sygeplejestuderende: Et pilotprojekt. Ugeskrift for læger. 2006;168/25:2449-51.
2. Kilminster S, Hale C, Lascelles M et al. Learning for real life: patient-focused interprofessional workshops offer added value. Med Educ 2004;38:717-26.
3. Bekendtgørelsen om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. BEK nr 29 af 24/01/2008
4. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje - BEK nr 508 af 30/05/2016
5. Seago, Jean Ann Professional Communication. I: Hugehes, Ronda G., Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, 2008: vol. 2, Rockville, USA, Agency for Healthcare Research and Quality pp. 247-249
6. Ponzer S, Hylin U, Kusoffsky A et al. Interprofessional training in the context of clinical practice – Goals and students' perceptions on clinical education wards. Med Educ 2004;38:727-37
7. Reeves S, Freeth D, McCrorie P et al. "It teaches you what to expect in future...": Interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and physiotherapy students. Med Educ 2002;36:337-44.
8. Roberts C, Howe A, Winterburn S et al. Not so easy as it sounds: a qualitative study of a shared learning project between medical and nursing undergraduate students. Med Teach 2000;22:386-91.
9. Pedersen B, Poulsen I, Schroeder T. Træning af tværfaglig kommunikation og samarbejde omkring stuegang for læge- og sygeplejestuderende: Et pilotprojekt. Ugeskrift for læger. 2006;168/25:2449-51.
10. Kurtz S, Silvermann J, Draper J: Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2005. Oxon, United Kingdom, Radcliffe Publishing Ltd. Second Edition
11. Kurtz S, Silvermann J, Draper J: Skills for communication with patients. 2013, London, United Kingdom, Radcliffe Publishing Ltd. Third Edition

# Læringsfyldte laboratorier og psykiatrisk sygepleje



Af Helene Helsø, sygeplejerske, cand. soc. i socialt arbejde, klinisk vejleder, Retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrisk Center Sct. Hans

Omdrejningspunktet i denne artikel er, hvordan læringsfyldte laboratorier kan være med til at imødekomme en række af de udfordringer, som sygeplejestuderende møder i deres psykiatriske praktik. Læringsfyldte laboratorier anskues som en pædagogisk metode til at håndtere de studerendes udfordringer samt et bindeled mellem det teoretiske rum og praksis, situeret i klinikken. På PC Sct. Hans ses der tre overordnede læringsmæssige udfordringer, som de sygeplejestuderende oplever. For det første ses en bekymring for at begå sig professionelt blandt psykisk syge. For det andet er mødet med begrebet 'psykiatrisk sygepleje', der opleves diffust, og den tredje udfordring er den psykiatriske sygeplejers praksis, der ligner almen hverdagspraksis.

Artiklen skitserer først ovennævnte udfordringer, dernæst beskrives den pædagogiske metode læringsfyldte laboratorier. Herefter præsenteres to pædagogiske tiltag som Læringsrum, PC Sct. Hans har udviklet for at imødekomme de nævnte udfordringer; visualisering af 'psykiatrisk sygepleje' og simuleringsspil. Artiklen afrundes med perspektivering til den nye sygeplejerskeuddannelse.

De pædagogiske tiltag har været planlagt og afviklet 6 gange siden januar 2015 med samlet deltagelse af ca. 130 studerende. Artiklen baserer sig på kvalitative data, der bunder i mundtlige evalueringer med de studerende, der har deltaget ovennævnte pædagogiske tiltag. Efter afvikling af visualisering og simuleringsspil er dagen afrundet med en mundtlig evaluering. De studerendes tilbagemeldinger har efterfølgende ligget til grund for ændringer i materialet og er indgået i den videre udvikling af nævnte pædagogiske tiltag.

## Tre læringsmæssige udfordringer

Når de studerende møder ind i deres psykiatriklinik, er det for langt de flestes vedkommende deres første

møde med det psykisk ustabile og syge menneske i en faglig kontekst. Nyere studier viser, at de studerende finder mødet med psykiatrien overvældende og grænseoverskridende (Bendixen og Mattelson 2013). Andre steder tilkendegives det, at sygeplejestuderende har en negativ forventning til den psykiatriske klinik, samt en forforståelse præget af myter og fortællinger om psykiatrien (Kragelund og Buus 2009). Ovennævnte billede er også genkendeligt på PC Sct. Hans. Centeret modtager årligt over 110 studerende i psykiatrisk klinik. Ved introduktion og under de kliniske forløb fremkommer de studerende med frustrationer og bekymringer for at være omkring patienter, der har en psykiatrisk diagnose og dertil kan have en uhensigtsmæssig adfærd.

En anden udfordring de studerende oplever i deres psykiatriklinik er mødet med 'psykiatrisk sygepleje'. Psykiatrien er et nyt teoretisk felt for de studerende, et felt hvor det umiddelbart ikke er muligt at overføre erfaringer og viden fra somatisk praksis og primærsektoren. Det betyder, at udover mødet med en ny praksis, forbundet med fordomme og bekymringer, skal de studerende også forholde sig til et nyt teoretisk felt, som de alene kender fra skolen. Gildberg og Hounsgaard påpeger, at begrebet 'psykiatrisk sygepleje' er et uklart og mangelfuldt begreb, der ikke har sin egenart og ikke én konkret tilgang til den psykiatriske patient (Gildberg og Hounsgaard 2012). Tværtimod bygger begrebet på en lang række teorier med fokus på relationelle, kommunikative og psykiatriske perspektiver, som den studerende skal inddrage elementer af og afprøve i samarbejdet med patienten. Til trods for at psykiatrisk sygepleje er et svævende begreb er relationsarbejde og kommunikation to helt centrale elementer i den psykiatriske sygepleje, som den studerende i samspil med patienten skal træne og danne sig erfaringer med (Ibid.). At begrebet opleves som uklart af de studerende

ses i refleksionsgrupperne, hvor det ikke er ualmindeligt at høre udsagn som: 'hvad er psykiatrisk sygepleje?', 'hvordan skal jeg nå mine læringsudbytter, når jeg ikke laver noget'. Hertil skal lægges, at begrebet psykiatrisk sygepleje ifølge Kragelund og Buus ikke kun udfordrer de studerende, men også det uddannede personale, hvilket til tider afspejles i den individuelle vejledning (Kragelund og Buus 2009).

En tredje udfordring, de studerende oplever i deres i klinik, er at den psykiatriske sygepleje udmøntes i praksisser og aktiviteter, der ligner almen socialisering, som den studerende kender fra privatlivet, som tøjvask, kagebagning mv. Disse almene aktiviteter bliver i en psykiatrisk kontekst pseudohverdagsaktiviteter, som udfordrer de studerende, idet aktiviteten tillægges en sygeplejefaglig vinkel, der praktiseres gennem færdighed og viden (Ibid.).

Tilsammen udgør de tre udfordringer mødet med psykiatrisk praksis, det svævende begreb 'psykiatrisk sygepleje' samt pseudoaktiviteterne et kompleks, som fagligt og personligt udfordrer de studerende. Et kompleks de studerende gennem den psykiatriske klinik må lade sig frustrere og reflektere over samt træne og arbejde sig ind i for at få indsigt i og en forståelse for den psykiatriske praksis og det psykisk sårbare menneske. En øvelse der er rigtig vanskelig for flere studerende.

### Læringsfyldte laboratorier rum til refleksion og faglig udvikling

En måde at støtte de studerende i at overkomme nævnte kompleks er at anvende tankegangen omkring læringsfyldte laboratorier (Soffer 2014). Soffer påpeger, at hensigten med at bruge laboratorier er at kvalificere den studerendes brug af teori til en praktisk handlekompetence, som sikrer en øget sygeplejefaglig kvalitet i den patientnære pleje (Ibid.). Laboratoriet er kendetegnet ved ikke at være situeret i praksis, men at være sat i et scenarie, der ligner praksis. Men til forskel fra praksis er laboratoriet kendetegnet ved, at de studerende kan holde pauser og tage timeout for at reflektere over den testede praksis. Herved får de studerende mulighed for at afprøve deres teoretiske viden i små scenarier, der afspejler virkeligheden i et rum, hvor tiden ses som en ressource til time out og refleksion (Ibid.). For at give laboratoriet det ønskede læringsudbytte pointerer Høyrup, at det er vigtigt, at de studerende tør udfordre deres handle- og tænkemønster, hertil introducerer han Scheins og Lewins begreb unfreezing (Høyrup 2014). Schein og Lewin anskuer unfreezing som et motivationsbegreb, hvor individet udfordres eller udfordrer sin vante måde at tænke og handle på (Ibid.). Unfreezing skal her forstås som en form for aflæring, hvor den studerende udford-

rer egen viden og handlinger samt frigør sig fra hverdagens rutiner og kommunikation (Ibid.). Det at træde ind i et laboratorium indeholder, ifølge Høyrup, elementer af unfreezing, idet laboratoriet er et socialt system, hvor roller og forventninger er anderledes end dem, der hersker på arbejdspladen, her et psykiatrisk afsnit (Ibid.). Ved at anvende læringsfyldte laboratorier skabes der således et rum, der ikke ligner afsnittets opbygning og roller. At træde ind i dette rum uden kendt kontekst og rammer kan tilføje en grad af angst og usikkerhed hos den studerende. For at imødekomme denne påpeger Høyrup, at det er det vigtigt, at der i laboratoriet etableres en høj grad af tryghed, hvor den studerende tør udforske og afprøve sin viden og færdigheder. Netop angsten og trygheden er centrale elementer i unfreezing, og i dette spændingsfelt skabes, ifølge Høyrup, grobund for læring (Ibid.). Med dette afsæt bliver det centralt at etablere et læringsfyldt laboratorie med rammer, der skubber til den studerende, så denne i konteksten føler sig tryk og tør afprøve og teste sin viden og færdigheder. På PC Sct. Hans har anvendelse af det læringsfyldte laboratorie netop været et pædagogisk tiltag, der har været taget i brug til at imødekomme ovennævnte udfordringer.

### To pædagogiske tiltag på PC Sct. Hans

De pædagogiske tiltag til at imødekomme ovennævnte tre udfordringer afvikles på en temadag, hvor det læringsfyldte laboratorie anvendes. Det læringsfyldte laboratorie udmøntes konkret i to tiltag: visualisering af psykiatrisk sygepleje og simuleringsspil. Intentionen med temadagen er at give de studerende en mulighed for at få en større indsigt i begreberne bag psykiatrisk sygepleje. Videre er intentionen at give de studerende mulighed for at træne sygeplejefaglige begreber i form af simuleringsspil i et laboratorie, hvor tiden er en ressource til fordybelse. Det er her vigtigt at nævne, at temadagen skal ses som en del af det samlede klinikforløb, de studerende har på centeret. Læringsfyldte laboratorier har ikke en værdi alene, men i kobling med den psykiatriske praksis får det læringsmæssig værdi, der udfordrer og udvikler de studerendes relationelle og kommunikative evner, der er helt centrale i den psykiatriske praksis.

### Visualisering af psykiatrisk sygepleje

Formiddagen på temadagen har fokus på den psykiatriske sygepleje gennem visualisering. Her stilles spørgsmålene: hvad er psykiatrisk sygepleje? og hvilken viden skal sygeplejersken have for at passe den psykiatriske patient? De studerende skriver deres svar i begreber på et whiteboard og skriver bud på teori og relevant pensum. Øvelsen er et konkret forsøg på at nedbryde begrebet psykiatrisk sygepleje i mere specifikke kategorier, som kan støtte de studerende til at forstå psykiatrisk

sygepleje samt gøre begrebet mere operationaliserbart. Ved at visualisere begreberne i psykiatrisk sygepleje ønskes det at afgrænse og gøre psykiatrisk sygepleje mere håndgribeligt ud fra et teoretisk perspektiv, samt give teoretiske indfaldsvinkler på de pseudohverdagsaktiviteter, der finder sted i afsnittene, der således kan kvalificere den studerendes handlinger i afsnittet.

### **Simuleringsspil som læringsfyldt laboratorie**

Efter visualisering af psykiatrisk sygepleje placeres de studerende i deres refleksionsgrupper, gruppen forbliver sammen resten af dagen og udfører to simuleringsspil. Rollerne i simuleringsspillene, som de studerende spiller, er patient, sygeplejerske og observatører. Patienten og sygeplejersken er de aktive i spillet, hvorfor der til deres roller er en dybdegående introduktion. Observatørerne har en inaktiv rolle i form af alene at observere og introduceres derfor ikke til patient- eller sygeplejerskerollen. Hvert spil har en sygeplejerske- og en patientbeskrivelse. Patienten har en psykiatrisk diagnose med forskellige problemstillinger, f.eks. en angst- og misbrugsproblematik med dertil hørende isolation. Sygeplejersken informeres kort omkring patientens diagnose, tilstand og de sygeplejefaglige opgaver, denne skal løse hos patienten.

Sygeplejersken og patienten læser deres egne cases, observatørerne læser ingen af delene. Når patienten er klar, besøger sygeplejersken og observatørerne patienten og udfører simuleringsspillet. Efter spillet udfylder sygeplejersken, patienten og observatørerne i stilhed et refleksionsskema omkring oplevelser, observationer samt refleksioner. Til sidst mødes gruppen og diskuterer erfaringer fra spillet med brug af formiddagens teori og faglige begreber.

### **Erfaringer med læringsfyldte laboratorier**

Erfaringerne med læringsfyldte laboratorier på PC Sct. Hans bygger på mundtlig feedback over 1½ år. De mundtlige feedback er foretaget ud fra en række spørgsmål, der alle har haft fokus på læringsproces og de studerendes oplevelser, det skal nævnes, at der ikke har været en stringens i udformning af spørgsmålene. De studerendes tilkendegivelser er diskuteret i plenum og noteret. Overordnet tilkendegiver de studerende, at de er rigtig glade for at få nedbrudt begrebet psykiatrisk sygepleje samt teste færdigheder og afprøve viden i simuleringsspillene. De finder spillene udfordrende, det er en overvindelse at spille teater for medstuderende. Samtidig tilkendegiver de studerende, at simuleringsspillene ses som en spændende og lærerig mulighed for at træne i et trygt rum, hvor det er legitimt at blive handlingslammet og sige time out. Videre tilkendegiver de

studerende, at det har haft positiv betydning, at de har haft mulighed for at fordybe sig i den efterfølgende diskussion og refleksion. Ydermere tilkendegiver de studerende, at det er lærerigt at indtage patientrollen og få det patientologiske perspektiv fremhævet. Den samlede erfaring er, at temadag tager brodden af de studerendes frustrationer og giver elementer til et teoretisk og praktisk fundament, som kan videreudvikles i afsnittene samt ved den efterfølgende fastlagte studieaktivitet og interne kliniske prøve.

### **Afrunding**

Brug af læringsfyldte laboratorier gennem visualisering af psykiatrisk sygepleje samt brug af simuleringsspil synes at være med til at gøre de studerende bevidste omkring forskellige aspekter ved den psykiatriske praksis. Dog er det uvist, hvor vidt visualiseringen og simulationsspillene øger de studerendes handlekompetencer i praksis. Det kan dog antages, at de studerendes evne til at reflektere over praksis bedres, idet de er i et trygt rum, hvor der er tid til at træne og gøre sig konkrete erfaringer gennem sparring og fælles refleksion. Erfaringer der i et vist omfang kan tages med i klinikken og overføres mere eller mindre direkte i den studerende kliniske beslutninger. Begrebet unfreezing får her en central funktion, idet det er med til at bevidstliggøre, hvilke processer der er på spil i en læringssituation, som et simuleringsspil. Måske er det netop unfreezing der er på spil, når de studerende ser det som en overvindelse at agere overfor hinanden. Unfreezing får her en dobbelt betydning, idet de studerende både udfordres i en psykiatrisk kontekst og i en læringssituation, hvor der skabes mulighed for refleksivitet og læring, i det omfang de studerende tør teste og afprøve deres viden.

### **Ny sygeplejerskeuddannelse og læringsfyldte laboratorier**

Tilgang og brug af læringsfyldte laboratorier har i flere forhold vundet indpas i den somatiske del af sygeplejen både på det præ- og postgraduate område, billedet ser desværre noget anderledes ud for det psykiatriske speciale. Her er simulering og brug af læringsfyldte laboratorier i sin spæde vorden, og med en ny uddannelse i horisonten er der gode muligheder for at tænke dette læringsaspekt endnu mere ind i udvikling af nye sygeplejersker både i det kliniske og teoretiske rum.

I formålsbeskrivelsen for den nye sygeplejerskeuddannelse skal nyuddannede sygeplejersker varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagning i samspil med patienten (Bekendtgørelse 2016). Videre skal den nyuddannede sygeplejerske anvende og vurdere situationsbestemt kommunikation samt reflektere over klinisk lederskab og beslutningstagning (Ibid.). Netop i

denne sammenhæng kunne læringsfyldte laboratorier og unfreezing i en psykiatrisk kontekst skabe læring og refleksion i trygge rum, hvor studerende i større grad afprøver relationelle og kommunikative teorier i situationsbestemte kontekster med inddragelse af patient-cases. Pointen her er, at læringsfyldte laboratorier kan være bindeleddet og samlingspunktet mellem det teoretiske rum og det kliniske rum, og alle tre elementer kan med fordel tænkes ind i udvikling af klinisk lederskab og beslutningstagning. Dette er i tråd med en undersøgelse udarbejdet på vegne af Sundhedskartellet, der påpeger, at det er essentielt, at der ikke kun arbejdes på af fremme transfer mellem det teoretiske og praktiske rum, men at der bør arbejdes på at acceptere, at hvert rum har sin egen pædagogik, som fremmer den studerendes læring (Sundhedskartellet 2014).

Med afsæt i den nye bekendtgørelse og nævnte rapport samt evalueringer med studerende fortsætter PC Sct. Hans det læringsfyldte laboratorie som en mulighed for de studerende til at træne og reflektere i et parallelt rum i klinikken. For at styrke de studerendes forståelse af klinisk lederskab og beslutningstagen kan det pædagogiske tiltag på PC Sct. Hans med fordel præciseres og tunes ind på de nye elementer i uddannelsen, og måske skal det læringsfyldte laboratorie bredes ud til andre pædagogiske tiltag i klinikken. Et fremtidsscenario kunne således være, at læringsfyldte laboratorier bliver en større del af den pædagogiske praksis i psykiatrisk klinik, hvor laboratoriet ses som en understøttelse af klinik og inddragelse af det teoretiske rum ud fra sit eget pædagogiske udgangspunkt. Med andre ord et laboratorie hvor tid og refleksion giver mulighed for at overkomme udfordringer med praksis, teoretiske begreber og pseudohverdagsaktiviteter og styrke klinisk beslutningstagning og lederskab i den situationsbestemte kommunikation med patienten.

## Kilder

- Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje (2016) fundet den 10.6.2016 på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=180542>
- Bendixen C. og Mottelson M. (2013): 2. statusrapport-praksisbaseret evidens i en komparativ undersøgelse af studieforløb i 2 professionshøjskoleers sygeplejerskeuddannelser
- Gildberg F. A. og L. Hounsgaard (2010): Ved kanten af eget felt i 'Gjallerhorn' nr. 12 s. 107-114
- Høyrup S. (2014): Læringslaboratorier og – arenaer i D. Staunæs mfl. (red.): Læringslaboratorier og- eksperimenter
- Kragelund L. og Buus N. (2009): Sygeplejerske studerende i psykiatrien: forventninger, oplevelser og læring i N.Buus (red.): Psykiatrisk sygepleje
- Soffer A. K. B. (2014): Sygeplejerskeuddannelsens skills labs- en produktiv idioti i D. Staunæs mfl. (red.): Læringslaboratorier og- eksperimenter
- Sundhedskartellet (2014): 'Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne- Afrapportering af Sundhedskartellet uddannelsesprojekt', fundet den 15.6.2016 på: [http://www.sundhedskartellet.dk/dsr/upload/7/46/917/Afrapportering\\_Sundhedskartellet\\_uddannelsesprojekt\\_-\\_endelig.pdf](http://www.sundhedskartellet.dk/dsr/upload/7/46/917/Afrapportering_Sundhedskartellet_uddannelsesprojekt_-_endelig.pdf)

# ReBUS: Forskning i basal sygepleje

## Hverdagsrehabilitering til ældre i hjemmesygeplejen i forbindelse med personlig hygiejne

Af Britta Hørdam, Sygeplejerske, PhD., KU, Jette Honorè, Klinisk vejleder SD, Rikke Volmer Brandsen, Klinisk vejleder SD, Heidi Næsted Stuhaug, Chef, Frederiksberg hjemmesygepleje, Hanne Krogager, Lektor, cand.scient san., Kim Petersen, Rektor, UC Diakonissestiftelsen

Formålet med denne artikel er at præsentere og beskrive et forskningsdesign, som på eksemplarisk vis forener forskning, uddannelse og klinisk praksis. Forskningsprojektet gennemføres som et interventionsprojekt i et samarbejde mellem ekstern sygeplejeforsker, Frederiksberg Kommunes hjemmesygepleje og Uddannelsescenter Diakonissestiftelsen (UCD).

### Baggrund

Ifølge "Bekendtgørelsen om uddannelsen til professionsbachelor af 24/01-2008" (BEK 2008) til sygeplejerske er målet, at de studerende opnår kompetencer til at "udvikle sygepleje, skabe fornyelse og anvende kendt viden i nye sammenhænge samt følge, anvende og deltage i forskningsarbejde inden for sundhedsområdet" (BEK 2008). På UCD er der i 2015 formuleret en strategi for forskning og udvikling frem til år 2020. Et af indsatsområderne er at styrke praksisnære forsknings- og udviklingsaktiviteter i samarbejde med aftagerne. Det betyder, at sygeplejestuderende inddrages i dele af forskningsprocessen og dermed har mulighed for at udarbejde deres BA-projekt med afsæt i egne oplevede erfaringer fra praksis (1-2). I "Studieordning for professionsbachelor 2016 for Professionshøjskolen Metropol og Diakonissestiftelsen" fremgår det endvidere under "Krav til samarbejdet mellem godkendte kliniske uddannelsessteder og uddannelsesinstitutionen", at der er fokus på eksempelvis "Samarbejde mellem undervisere og kliniske vejledere med henblik på at nyeste viden om centrale tendenser i profession og forskningsresultater inddrages i undervisningen" (<http://www.phmetropol.dk/Uddannelser/Sygeplejerske/Uddannelsen/Studieordning>)

### Det kliniske forskningsspørgsmål undersøges

Hvordan de ældre brugere af hjemmesygeplejen vurderer og oplever hjælp til personlig hygiejne ved brug af traditionelt bad med vand og sæbe versus brug af nyeste teknologi i form af badeservietter?

### ReBUS

Projektet benævnes ReBUS, som er et akronym for **R**ehabilitation **B**ath **U**ser **S**atisfaction.

### Forskning i basal sygepleje

Behov for hjælp til personlig hygiejne har været indbegrebet af grundlæggende sygepleje, siden Florence Nightingale grundlagde den moderne sygepleje midt i 1800-tallet (3). Hjælpen er traditionelt blevet udført med vand, sæbe, vaskeklud og håndklæde. Der eksisterer imidlertid også en ny teknologi med engangs(bade) servietter, der er fugtet med renscreme og lidt alkohol, hvilket betyder, at aftørring med håndklæde er overflødig (4-6). Badeservietterne fremstilles i pakker med 8 stykker, der dækker behovet til ét (senge)bad. Pakken varmes i en mikrobølgeovn i 30 – 40 sekunder, hvorefter badeservietterne er klar til brug. Badeservietter blev udviklet og introduceret i 1994 af en amerikansk sygeplejerske, da hun på baggrund af et observationsstudie med 30 patienter kunne publicere, at badeservietter er mere skånsomme for huden end bad med vand og sæbe. Siden teknikken med badeservietter blev beskrevet første gang (7), har den vundet stor udbredelse også på danske sygehuse, plejehjem og i hjemmesygeplejen, men der er kun sparsom forskning, der sammenligner teknikken med brug af vand og sæbe i forhold til både patienternes og sygeplejerskernes vurdering af kvaliteten af den personlige hygiejne, hudens tørhed, patientens velvære samt økonomi (7-9). De få studier, der findes på området, er gennemført på hospitaler eller plejehjem.

Der mangler både viden om, hvordan borgere i eget hjem vurderer dette alternativ til brug af vand, sæbe og håndklæder i forbindelse med personlig hygiejne samt yderligere forskning, der kan styrke evidensen (5).

### Hverdagsrehabilitering

I hjemmesygeplejen visiteres de ældre borgere til behovsrelateret pleje eksempelvis til hjælp til hel eller delvis personlig hygiejne. I hjemmesygeplejen mod-

tager de ældre ydelser efter individuel visitation, velvidende at de også er forpligtet til at deltage i nye tiltag om hverdagsrehabilitering, der vil kunne forbedre deres egenomsorg helt eller delvis (10-11).

Ifølge Serviceloven § 16 og 83a skal borgerne have mulighed for at få indflydelse på tilrettelæggelsen og udnyttelsen af de ydelser, de bliver tilbudt (10). Det forekommer derfor oplagt at undersøge borgernes vurdering af et alternativ til den traditionelle udførelse af hjælp til personlig hygiejne. I pressen har der eksempelvis været kritik af brug af badeservietter til ældre på plejehjem/ hjemmesygeplejen (12). Badeservietter kunne af nogle tolkes som både uetisk og en spare-manøvre fra kommunernes side, idet personalets tidsforbrug til at hjælpe borgerne med personlig hygiejne typisk reduceres ved brug af badeservietter sammenlignet med traditionel brug af vask med vand, sæbe og håndklæder. Det kunne imidlertid tænkes, at der set fra både et borger- og personaleperspektiv kunne frigøres kræfter til, at borgernes egenomsorg kan styrkes ved at blive inddraget i at prioritere hverdagens aktiviteter samt selv vælge metode til den daglige personlige hygiejne, som muligvis kan udføres mere skånsomt og med bedre velvære for borgeren. Der er netop brug for undersøgelser, der kan vise borgernes og de professionelles oplevelse af den ny teknologi.

Projektet gennemføres således inden for rammerne af hverdagsrehabilitering, som er en indsats, der foregår i borgerens hjem eller nærmiljø med henblik på, at borgeren skal udvikle, genvinde, bibeholde eller forebygge forringelse af sine funktioner og evner (11,13).

### Planlægning af projektet

I efteråret 2015 etablerer en styregruppe forskningsprojektet ReBUS. Styregruppen er chefen for hjemmesygeplejen i Frederiksberg kommune, rektor på UCD og ekstern sygeplejeforsker med ansvar for projektet. Der blev der nedsat en projektgruppe bestående af forskningsleder, to kliniske vejledere i hjemmesygeplejen, en lektor på UCD og en underviser på SoSu-skolen.

Styre- og projektgruppen udarbejdede inden for rammerne af bekendtgørelserne for studiet til sygeplejerske samt for sosu-uddannelsen forskningsdesign og plan for deltagelse i den kliniske del af forskningen (1-2). Projektbeskrivelse, design og plan for de studerende og eleverne var således forberedt til deres klinik i ugerne 17-21 i 2016.

### Etik

De ældre borgere deltager efter skriftlig informeret samtykke, hvor de er orienteret om, at det er frivilligt at deltage, og de når som helst kan trække sig ud af projektet uden konsekvenser for den hjælp, de er visiteret

til. Data anonymiseres og opgøres både kvantitativt og kvalitativt efterfølgende. Hvert skema er nummereret med en kode, der opbevares efter gældende regler. De to kliniske vejledere havde ansvar for at informere de ældre, sikre sig at de forstod invitationen til at deltage i projektet samt indhente samtykke hos de borgere, der deltager i projektet. Projektet er godkendt af datatilsynet (J.nr. 2016-55-0804).

### Inklusion

I alt 20 borgere gav skriftligt informeret samtykke og deltog i projektet.

### Eksklusion

De ældre, der ikke ønsker at deltage, ikke forstår dansk eller er kognitivt svækkede, dvs. ikke er i stand til at give informeret samtykke.

Den kliniske intervention og dataindsamlingen havde i den denne periode fokus på, at de sygeplejestuderende på modul 12 bl.a. kunne opnå følgende læringsudbytte:

- At anvende udvalgte analysemetoder ud fra forskellige perspektiver i bearbejdning af generelle og specifikke sygeplejefaglige problemstillinger
- At anvende specialiserede dataindsamlingsmetoder knyttet til sygeplejefprofessionen og analysere empiriske data ud fra forskellige teoretiske perspektiver
- At redegøre for muligheder og barrierer knyttet til kvalitets- og udviklingsarbejde
- At beherske gældende dokumentationspraksis, administrative procedurer samt forholde sig kritisk til kvaliteten af den udførte sygepleje
- At deltage i implementering af resultater fra udviklings- og forskningsarbejde i sygeplejevirkosomhed (BEK. 2008).

UCD uddanner både professionsbachelor i sygepleje og social- og sundhedsassister, som gennemfører praktik i Frederiksberg hjemmesygepleje samtidig med de sygeplejestuderende. De sygeplejestuderende deltog i forskningsprojektet i relation til opnåelse af aktuelle læringsmål. SoSu-assistenteleverne deltog som led i forberedelse til deres aktuelle funktionsområde samt det tværfaglige samarbejde omkring hverdagsrehabiliterende indsatser til ældre borgere i eget hjem (11).

### Rekruttering og forberedelse af studerende og elever

Til at gennemføre projektet inden for den fastsatte tidsramme var der behov for 12 medarbejdere fordelt på 6 sygeplejestuderende og 6 SoSu-elever.

Det pågældende hold studerende blev på modul 10 orienteret om projektet, så de kunne indgive ønsker om



linikplads på modul 12. Personlig og faglig motivation for aktiv deltagelse i faser af forskningsprocessen i klinisk praksis kunne realiseres. Alle seks sygeplejestuderende havde således aktivt prioriteret Frederiksberg Hjemmesygepleje som kliniksted og dermed valgt at indgå i projektet. Modul 12 afsluttes med en intern klinisk prøve, der tager udgangspunkt i en selvvalgt sygeplejefaglig problemstilling. De studerende var opmærksomme på, at de ikke var forpligtede til at vælge en problemstilling inden for projektets problemfelt til modul 12 opgaven. Der er to eksaminatorer til den interne prøve på modul 12, her er den ene kliniske vejleder fra projektets arbejdsgruppe, mens den anden eksaminator er den lektor fra sygeplejerskeuddannelsen, som kontinuerligt er tilknyttet hjemmesygeplejen, men ikke er tilknyttet projektet. Denne prioritering er foretaget bevidst for ikke at lægge pres på de studerende, hvis de ønsker at arbejde med andre problemstillinger fra klinikperioden.

De seks SoSu-elever blev også informeret om projektet forud for deres klinikperiode, men af logistiske og tidsmæssige årsager havde de ikke mulighed for at vælge projektet til eller fra.

### Studiedesign

**Uge 17: 1. Projektdag:** De sygeplejestuderende introduceres til praktikperioden. De modtager en kuvert med navnet på deres teampartner samt en plan over de ældre borgere, de skal følge i de 3 uger, interventionen gennemføres, hvilket for alle 6 teams betyder, at de to dage i hver uge assisterer de ældre til personlig hygiejne med vand og sæbe og to dage med badeservietter. Alle de sygeplejestuderendes kuverter indeholder en dansk artikel om brug af badeservietter til patienter på en medicinsk afdeling (5) samt otte forskellige engelske artikler, publiceret i internationale journals (6-9, 14-17). Der udleveres til analyse af artiklerne en skabelon, som de studerende kan anvende som redskab til review af artiklerne. De studerende orienteres om, at forskningen er inspireret af både Florence Nigthingales (3) og Virginia Hendersons tilgang til basal sygepleje (18). De studerende inddeler sig til at gennemføre systematiske reviews af artiklerne i tre grupper. Præsentation planlægges som en journal club ved afslutningen af deres praktik.

**2. Projektdag.** En temadag med introduktion til det konkrete forskningsprojekt ved sygeplejeforsker (1-3, 18-23).

En forskningssygeplejerske har oplæg om et tilsvarende forløb med fokus på sine erfaringer i klinisk praksis i sygehusregi fra medicinsk afdeling (4-6). Orientering om juridiske og formelle pligter og ansvarsområder for både ledere og dataindsamlere i processen. I skill lab afprøver

vi efterfølgende brug af badeservietter. De studerende drøfter og interviewes om deres holdninger og forventninger til deltagelse i projektet af en repræsentant fra DSR ([www.dsr/nyheder](http://www.dsr/nyheder) 21-06-2016).

Dagen afrundes i plenum med dialog om forventninger til at deltage i forskning og erfaringer fra tidligere praksis.

**3. Projektdag.** Studiebesøg hos virksomheden Apodan for de sygeplejestuderende, sosu-assistenteleverne og projektgruppen. Apodan er en af leverandørerne af badeservietter til de danske sygehuse, plejehjem og kommuner. Efter introduktion til produktet var der debat og erfaringsudveksling om brugen af badeservietter i klinisk praksis.

**Uge 19-21: 3 ugers intervention.** De deltagende ældre borgere får hjælp til personlig hygiejne 2 dage med badeservietter, 2 dage med vand og sæbe. Spørgeskema udfyldes efter hver besøg.

### Intervention

De inkluderede ældre deltager i et cross-over forløb, hvor de er deres egen kontrolgruppe, og hvor de på skift anvender vand og sæbe til personlig hygiejne i to dage efterfulgt af to dage med badeservietter. Denne proces gentages i 3 fortløbende uger. De samme sygeplejestuderende og sosu-assistentelever gennemfører planmæssigt hjælp til begge badetyper hos de samme ældre i de 3 uger, hvor studiet gennemføres. Borgerne tilbydes deres ugentlige bad som vanligt i projektperioden. De sygeplejestuderende på modul 12 i deres uddannelsesforløb er i team med sosu-assistentelever i praktik, der er således 6 teams. Eleverne udfører personlig hygiejne, mens de studerende er observatører og forestår interview og dataindsamling med både kvantitative og kvalitative spørgsmål i forhold til:

- De ældres tilfredshed
- Hudens beskaffenhed
- Tidsforbrug
- Selvvurderet velvære med brug af vand og sæbe
- Selvvurderet velvære med brug af badeservietter
- Borgernes vurdering af de to badetyper
- Faglig vurdering af personlig hygiejne med vand og sæbe versus badeservietter
- Sygeplejefaglig anbefaling/borgernes anbefaling af de to badetyper.

### Perspektiver

Den kliniske del af sygeplejeforskningen er gennemført planmæssigt i de sygeplejestuderendes klinik i modul 12. Formålet med denne artikel er som nævnt indledningsvis at præsentere og beskrive et forskningsdesign, som på eksemplarisk vis forener forskning, uddannelse og klinisk praksis. Næste fase er indtastning af data

samt statistisk analyse og fortolkning af både kvantitative og kvalitative data, som de sygeplejestuderende har indsamlet gennem interviews udformet specifikt til denne intervention. Forskningsspørgsmålet er omdrejningspunkt for analyse, fortolkning, diskussion og præsentation af resultaterne, som de studerende har genereret ved at deltage i forskningsarbejde i basal sygepleje inden for sundhedsområdet. Efterfølgende er der gennemført studiekreds med deltagelse af de sygeplejestuderende samt repræsentanter fra styre- og projektgruppen med det formål at drøfte, hvordan de studerende kan anvende denne nye viden som inspiration og afsæt til kliniske problemstillinger i deres kommende bachelorprojekter.

Der er planlagt artikelskrivning efterfulgt af præsentation af proces og resultater både regionalt og på landsplan.

”Studieordning 2016 for Professionsbachelor” understøtter således det gennemførte projekt, idet ”Sygeplejerskens kernekompetencer” i de 7 beskrevne semestre blandt andet er, at

- Foretage selvstændig klinisk beslutningstagen i stabile, akutte og komplekse pleje- og behandlingsforløb ved at inddrage viden fra patient/borger og pårørende samt forskningsbaseret viden.
- Anvende og vurdere national og international professions- og forskningsbaseret viden, metoder og teknologi til at udvikle sygepleje på individ-, gruppe- og samfundsniveau.

De studerendes deltagelse i basal sygeplejeforskning afventer evaluering både i relation til bekendtgørelsen (BEK. 2008) og den interne strategi for UC Diakonissestiftelsens plan frem til 2020 samt nye muligheder for studerendes deltagelse i basal sygeplejeforskning med afsæt i ”Studieordning 2016”.

## Referencer

1. Hørdam B, Overgard D, Pedersen PU (2008). Klinisk Sygeplejeforskning. Gads forlag.
2. Hørdam B, Hundborg S & Christiansen RB (2011). Eksamen og censur i profession bachelor uddannelserne. Forlaget Unge pædagoger UP. 1 udg.: Indledning, kap 1, 2, 3 og 12
3. Lyngaa J. et al. (2007). Sygeplejeleksikon, 1. Udgave, 1 oplag. Munksgaard Danmark.
4. Nøddeskou L. (2010). Traditionelt versus engangsengebad – et klinisk kontrolleret studie. Masterafhandling I klinisk sygepleje. Afdeling for Sygeplejevidenskab. Institut for Folkesundhed, Århus Universitet. [www.folkesundhed.au.dk/masterprojekter](http://www.folkesundhed.au.dk/masterprojekter)
5. Nøddeskou L., Hemmingsen L., Hørdam, B (2014). Evidensbaseret sygepleje – et ledelsesansvar. I: [www.TFDS.dk](http://www.TFDS.dk) nr 4 (pp 35-41).
6. Nøddeskou L., Hemmingsen L., Hørdam B (2015). Elderly patients’ and nurses’ assesment of traditional bath compared to prepacked single units – randomized clinical trial. I: Scand J Caring SCI: 29 (347-352).
7. Skewes SM (1994). No more bed baths!... bag bath... a technique that lessens the risk of skin impairment. I:RN; 57: 34-5.
8. Carruth AK, Ricks D, Pullen P (1995). Bag baths: an alternative to the bed bath. Nurs Manage 1; 26: 75.
9. Collins F, Hampton S (2003). Product focus. The cost-effective use of BagBath: a new concept in patient hygiene. Br J Nurs; 12: 984.
10. Serviceloven (2016) § 16 (Brugerinddragelse), § 83a (Hverdagsrehabilitering).
11. [www.Frederiksberg.dk/Borger/Aeldre/Hverdagsrehabilitering](http://www.Frederiksberg.dk/Borger/Aeldre/Hverdagsrehabilitering) (2016).
12. Jerichow A (2015). Skal børn bade – skal voksne, skal ældre? Politiken Debatindlæg 11-11.
13. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Marselisborgcentret 2004/ [http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF\\_er/Hvidbog.pdf](http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF_er/Hvidbog.pdf)
14. Greaves A (1985) We'll just freshen you up, dear.. a bed bath can often leave the patient dirtier. Nurs Times; 81: 3.

15. Larson EL, Ciliberti T, Chantler C, Abraham J, Lazaro EM, Venturanza M, Pancholi P (2004). Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. *Am J Crit Care*; 13: 235–41.
16. Sheppard CM, Brenner PS. (2000). The effects of bathing and skin care practices on skin quality and satisfaction with an innovative product. *J Gerontol Nurs*; 26: 36.
17. Lentz J (2003). Daily baths: torment or comfort at end of life? *J Hosp Palliat Nurs*; 5: 34–9.
18. Henderson V (2012). *Sygeplejens grundlæggende principper*, 7th edn. Dansk Sygeplejeråd; Nyt Nordisk Forlag, Kbh.
19. Glasdam, S (2015). *Jura og etik. I: Glasdam, S (red.): Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder. 2. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Side 27-36*
20. Kvale S. et al. *InterView* (2016). Hans Reitzels Forlag. København.
21. Lund H, Røtgind H (2004). *Statistik i ord*, 1. oplag. Munksgaard Danmark,
22. Maindal, HT (2015). *Interventionsstudier. I: Glasdam, S (red.): Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder. 2. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Side 265-277*
23. Canavagh SJ (1999). *Orems model i praksis*. 1 udg. 1 oplag. Munksgaard



*Nurse Assisted Bath to Elderly Men and Women in Home Care Settings!*

## ReBus:

**Rehabilitation:**

Nurse assisted bath is an activity of daily living and a need for elderly men and women to support their daily rehabilitation and quality of life.

**Bath:**

There are two types of baths: the traditional basin used with water and soap, and the disposable bath, which is prepacked in single-use units and heated before use.

**User:**

Involvement based on elderly men and womens' selfrated health status, measurements, experiences and evaluation of traditional bath with water and soap versus prepacked.

**Satisfaction:**

Participants:  
Facilities at home (bathroom)  
Skin observation  
Use of time  
Self-rated wellness using traditional bath with water and soap vs. single-units



Britta Hørdam  
Senior Researcher  
PH.D., MScN, R.N.  
britta@hordam.dk  
bho@ifs.ku.dk



Rikke Volmer Brandsen  
R.N., S.D. Clinical Supervisor



Jette Honoré  
R.N., S.D. PHC



Hanne Krogager  
Senior Lecturer,  
R.N MScSan.

# KONFERENCE

**10. og 11. oktober 2016**

## **Nye tendenser i sygeplejerske-uddannelsen anno 2016**

Den nye sygeplejerskeuddannelse har opstart i september 2016. Bekendtgørelsen er harmoniseret med de øvrige 9 sundhedsuddannelser, så de såkaldt generiske kompetencer er tydeliggjort. I udgangspunktet var der lagt op til en justering af bekendtgørelserne. Om det er lykkedes, eller om det i stedet har fået karakter af en grundlæggende reform, kunne være spændende at diskutere. Når konferencen afholdes, er uddannelsesinstitutionerne godt i gang med planlægning og afvikling af 2016 uddannelsen. Der er mange strukturelle forandringer og begreber i den ny bekendtgørelse, som kliniske og teoretiske undervisere skal forholde sig til. Vi vil tilstræbe at sætte perspektiv på et udvalg af de nye begreber samt de tendenser i tiden, som den nye bekendtgørelse er et udtryk for. F.eks. fremhæves patient-/borgerinvolvering, klinisk beslutningstagen, klinisk lederskab, tværprofessionelt/tværasektorielt samarbejde, refleksivitet m.v. Vi tilstræber at sammensætte et program på denne conference, som både kan give inspiration til vores fremadrettede arbejde med den nye uddannelse samt kan styrke vores drøftelser og argumentation i forhold til, hvad vi mener fremover skal kendetegne vores profession.

### **Vi har foreløbig lavet aftaler med:**

■ **Kirsten Lomborg.**

Hun er professor i patientinvolvering, ph.d., cand.cur. og sygeplejerske. Hun forsker i patientinvolvering med særligt fokus på fælles beslutningstagen, brugerstyret behandling og andre indsatser, der har til formål at styrke patienters og pårørendes egenomsorg og helbredsrelaterede livskvalitet.

■ **Siri Lygum Voldbjerg**

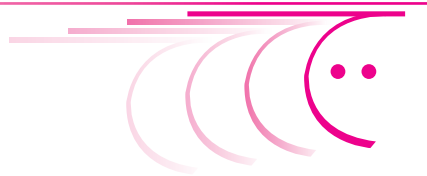
Hun er Ph.d.-studerende, Cand.cur., sygeplejerske, lektor. Hendes Ph.D. omhandler: Nyuddannede sygeplejerskers kliniske beslutningstagen: en etnografisk undersøgelse af de vidensformer, der ligger til grund for den kliniske beslutningsproces.

■ **Katrin Hjort**

Dr.phil. Professor i Uddannelsesforskning. Institut for Kulturvidenskaber Syddansk Universitet samt Professor II i Professionsforskning, Universitetet i Agder, Kristiansand, Norge.

Tilmelding: Elektronisk via vores hjemmeside.

**Konferencen afholdes på  
Hotel Kolding Fjord, Fjordvej 164, 6000 Kolding**



# Redaktionen



**Ansvarshavende redaktør,  
Lisbeth Vinberg Engel**

Professionshøjskolen Metropol  
Institut for sygepleje  
Tagensvej 86, 2200 København N  
Tlf: 72282920  
email: lisbeth.vinberg.engel@gmail.com



**Redaktør  
Héléne Kelly**

UC Sjælland  
Slagelsevej 7, 4180 Sorø  
Tlf: 72482747  
email: hke@ucsj.dk



**Redaktør  
Camilla Bernild**

Roskilde Universitet  
Nordsjællands Hospital  
Tlf. 31624930  
e-mail: bernild@ruc.dk



**Redaktør  
Marianne Eilsø Munksgaard**

UC Sjælland  
Ingemannsvej 17, 4200 Slagelse  
Tlf.: 72482168  
mem@ucsj.dk

**Indlæg til 'Uddannelsesnyt' skal  
være redaktionen i hænde senest:  
15. januar, 15. april, 15. juli og 15. oktober.**

Bogammeldelser samt bøger modtaget i redaktionen se: [www.fsus.dk](http://www.fsus.dk)  
Bestyrelsesmedlemmer i F.S.U.S: se: [www.fsus.dk](http://www.fsus.dk)