



Høgskolen
i Innlandet



Marit Berg

Lærings og refleksjonskort Prosjekt. 2008-2009

Gjennomført av Sykehuset Innlandet, Medisin H-1 og H-2 og Høgskolen i Hedmark (nå Høgskolen i Innlandet), avdeling for helse og idrett, institutt for sykepleie.

Skriftserien 15 - 2021



Utgivelsessted: Elverum

© Forfatteren/Høgskolen i Innlandet, 2021

Det må ikke kopieres fra publikasjonen i strid med Åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for høgskolens syn.

I Høgskolen i Innlandets skriftserie publiseres både internt og eksternt finansierte FoU-arbeider.

Skriftserien nr. 15-2021

ISBN digital utgave: 978-82-8380-292-4

ISSN: 2535-5678

Sammendrag

Hovedveiledermodellen for veiledning av sykepleiestudenter er innført på praksisstedene ved sykehuset Innlandet, Hamar. Vi så behov for læringskort for refleksjon for å lette veilederfunksjonen til de daglige veilederne. For å utarbeide kortene satte vi i gang med å finne fagstoff som kunne brukes til innholdet i kortene. Sykepleiestudentene som var i praksis på to av avdelingene ble involvert i prosjektet og var med å velge tema for de ulike kortene. De var med å fant fagstoff også.

Vi gjennomførte to intervju med studenter og ansatte ved sykehuset og vi gjennomførte en spørreundersøkelse blant studentene. Resultatene fra intervjuene og spørreundersøkelsen ble at studentene likte læringskortene godt men at de ansatte ikke helt så nytten av

Bakgrunn: Det er nødvendig å utvikle sykepleierstudentens evne til å reflektere i praksis for å sikre at de som framtidige sykepleiere kan ta selvstendige beslutninger basert på kunnskap sammen med tidligere erfaringer. Det er pr. dato mangler på verktøy for refleksjon i praksis. Av denne grunn ble et slikt verktøy utviklet i samarbeid mellom universitet/ høgskole og et sykehus i Norge.

Mål: Målet med prosjektet var å finne ut hva som er gode læresituasjoner og hvordan skal vi gjennomføre dem. Målet med studien var å finne ut om læringskortene som ble utviklet oppfylte sin hensikt.

Design: Det ble gjennomført en kvantitativ undersøkelse med et evalueringsdesign og i tillegg en kvalitativ undersøkelse i form av to gruppeintervjuer for å innhente ytterligere informasjon.

Resultater: Det var tilfredsstillende svarprosent både på den kvantitative og kvalitative undersøkelsen. De fleste sykepleiestudentene brukte verktøy for refleksjon og syntes det var nyttig. Resultatet av gruppediskusjoner var at daglige veiledere manglet opplæring i bruk av verktøyet.

Konklusjon: Hvis dette verktøyet skal benyttes som en hjelp til sykepleiestudentene for å kunne reflektere i praksis sammen med de daglige veilederne, må verktøyet videreutvikles og forbedres. Det er nødvendig å gi opplæring til de som skal bruke verktøyet.

Emneord: Læresituasjoner, refleksjoner, kliniske studier, sykepleiestudenter, læring, daglige veiledere.

Oppdragsgiver: Høgskolen I Hedmark

Abstract

Background: To ensure independent decision-making as future nurses based on their knowledge combined with previous experiences, it is necessary to develop nursing students' ability to reflect in a practical setting. There are no tools related to practical reflection in nursing practice up to now. Therefore, such a tool has been developed in cooperation between a university/college and a hospital in Norway.

Aim: The aim of the project was to find out what good learning situations are and how we should implement them. The aim of the study was to find out whether the learning cards that were developed fulfilled their purpose. **Design:** It was conducted a quantitative survey with an evaluation design, and a qualitative design to collect additional information.

Results: There was a satisfying response rate of both the quantitative and the qualitative survey. Most nurse students used the tool for reflection and found it useful. The outcome of the group discussions was that the daily supervisors lacked training in using the tool.

Conclusion: If this tool is to be used as a support for nursing students to reflect in practice, the tool has to be developed and improved. It is necessary to provide training for those who will use the tool.

Keywords:

Learning situations, reflections, clinical studies, nursing students, learning, daily supervisors.

Financed by: Høgskolen I Hedmark

Forord

Dette prosjektet kom i gang etter at Medisinsk avdeling ved Sykehuset innlandet søkte Høgskolen i Innlandet om utlyste samarbeidsmidler til å støtte et prosjekt. Midlene ble innvilget og Høgskolelektor Marit Berg ble åprosjektleder fra skolen. To sykepleiere fra sykehuset innlandet, Hamar ble oppnevnt som prosjektansvarlige fra Sykehuset. Prosjektet startet med et planleggingsmøte hvor de ansvarlige for prosjektet deltok. Studentene som hadde praksis i avdelingen var prosjektmedarbeidere. Metoden var et litteraturstudie og studentene søkte etter forskning sammen med sykepleiere og prosjektleder.

Elverum 10.01.09

Marit Berg

Høgskolelektor

Høgskolen i Innlandet, Fakultet for helse og sosialvitenskap.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Forord	5
Innholdsfortegnelse	6
1. Innledning	8
1.1 Hensikt med prosjektet	8
1.2 Prosjektgruppens sammensetning	9
1.3 Problemstilling:	9
2. TEORI	10
2.1 Kunnskapsbasert praksis	10
2.2 Kolbs læringssirkel	12
3. Metode	14
3.1 Arbeidsprosessen for prosjektet	15
3.1.1 Prosjektmøter	15
3.2 Utvalg	16
3.3 Utarbeiding av eget spørreskjema	16
3.4 Datainnsamling	17
3.5 Data-analyse	18
3.6 Gjennomføring av undersøkelsen	18
3.7 Ressurser	18
3.8 Etske refleksjoner	18
3.9 Data-analyse	18
3.10 Resultat	19
4. Evaluering	22
5. Resultat av artikkelsøk	24
5.1 Smerter	24
5.1.1 Kroniske smerter og livskvalitet	24
5.1.2 Kroniske smerter og krav til mestring	24
5.1.3 Hvor gjør det vondt?	24
5.1.4 Smertefulle sår	24
5.2 Ernæring nedprioriteres ofte	25
5.3 Terminalpleie	25
5.4 Gruppelederfunksjonen	26
5.5 Personlig hygiene	26
5.6 Sorg og sorgreaksjoner	26
5.7 Sosial kontakt	26
5.8 Aktivitet	27
5.9 Livsstil	27
5.10 Søvn	28
5.11 Sirkulasjon	28
5.12 Temperatur:	29
5.13 Obstipasjon fra lavstatus til satsingsområde i sykepleie	29
5.14 Tøm urinblæra i tide	30
6. Læringskort	31
6.1 Smerter	31
6.2 Væske og ernæring	31

6.3	Respirasjon.....	32
6.4	Terminalpleie	32
6.5	Stell av døde.....	32
6.6	Gruppeledersfunksjonen	33
6.6.1	På baksiden av kortet:	33
6.7	Personlig hygiene	34
6.8	Sorg	34
6.9	Sosial kontakt	34
6.10	Livsstil og aktivitetsmønster	35
6.11	Søvn/hvile.....	35
6.12	Sirkulasjon	35
6.13	Temperatur.....	36
6.14	Avføring	36
6.15	Urin	36
7.	Diskusjon.....	38
7.1.1	Metodiske overveielser	39
8.	Læringskortene	41
8.1	Gjennomføring av prosjektplanen	42
8.2	Veien videre	42
	Litteraturliste.....	43
	Vedlegg.....	46

1. Innledning

Den nye hovedveiledermodellen for sykepleiestudenter i praksis har blitt innført i de fleste avdelingene på Sykehuset Innlandet HF Hamar sykehus nå og i den forbindelse opplever noen avdelinger andre utfordringer i forhold til det å skulle veilede sykepleiestudenter enn ved den gamle modellen med kontaktsykepleiere. De daglige veilederne kan oppleve at de ikke føler noen tilhørighet til studentene og kan oppleve at det er vanskelig å skulle veilede dem på en god måte. Kunnskapsdepartementet(2008) sier at ferdigheter er personlig kunnskap som den enkelte utvikler gjennom utprøving og egen erfaring. Dette innebærer at studentene øver på og reflekterer over sentrale ferdigheter for yrkesutøvelsen. Ferdighetstrening og øvelser kan gjennomføres i utdanningsinstitusjonens øvingsposter, demonstrasjonsrom eller i forbindelse med praksisstudier utenfor utdannings-institusjonen. Praksisstudiene skal være veiledet og praksisstedets sykepleiere har ansvar for daglig veiledning og opplæring.

Etter endt utdanning sier Kunnskapsdepartementet at:

Den nyutdannede sykepleier skal ha handlings-kompetanse til å ivareta og utøve oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. Kompetansen er hovedsakelig rettet mot pasienter og pårørende og mot ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleie (Kunnskapsdepartementet, (2008). Rammeplan for sykepleieutdanningen) .

For å kunne oppfylle Kunnskapsdepartementets intensjon er det viktig at de sykepleierne som skal veilede sykepleiestudentene. I fagplanen for Høgskolen i Hedmark (2007) heter det:

Skolens oppgave vil være å tilrettelegging og stimulering slik at læring kan skje. Instituttet tilstreber en læringskultur som preges av nysgjerrighet, undring og arbeidsinnsats (Høgskolen i Hedmark 2007).

1.1 Hensikt med prosjektet

Hensikten med prosjektet var å finne gode læringssituasjoner i medisinsk avdeling og å se om læringskort kunne gjøre det lettere for daglige veiledere og studenter å få til en refleksjon saman i forkant og etterkant av en prosedyre eller pasietmøte.

Vi skal finne viktige læresituasjoner og se på hva som er viktig i 3. semester og 6. semester. Målet er å få en helhet i studiet for alle studentene og å gjøre arbeidet til daglige veiledere mer forutsigbart. Fokus er på egenomsorgsbehov og hvordan sykepleiestudenten kan opparbeide sitt klinisk blikk. Læringskortene ble utarbeidet og disse ble tatt i bruk på begge avdelingene september 2008. Evalueringen av kortene har blitt gjennomført i 2008 og skal gjennomføres en runde til i 2009 for å få et bredere grunnlag for evalueringen. Vi ønsket også å evaluere læringskortene kortene høsten 2008 og våren 2009. Det var et ønske om å se hvordan kortene fungerte og hvordan de ble brukt som lå bak evalueringene. Man ønsket å bruke evalueringene til å forbedre læringskortene.

Vi ønsket med dette prosjektet å bevisstgjøre hovedveileder, daglig veileder og studenter på hvor viktig det er å ha en god strategi-plan på hvordan dagen til studenten skal se ut allerede fra begynnelsen av vekten for å oppnå optimal læring for studenten og en mer ryddig og oversiktelig vakt for daglig veileder. Når både studenten og daglig veileder har planlagt læringen sammen, blir det bedre for begge å følge med hvor den andre er på vekten. Daglig veileder vet hva studenten skal gjøre og slipper å føle seg forpliktet til å finne gode læresituasjoner til studenten hele tiden. Studenten vet

hva hun skal gjøre hele vekten og slipper å miste verdifull studietid ved å gå å lete etter gode læresituasjoner.

I vedlegg 1 heter det at:

”Daglig veileder har ansvar for å gi studenter veiledning og evaluering i forhold til de situasjoner hvor sykepleieren går sammen med studenten. Daglig veileder skal utfordre studentene til å reflektere og begrunne sine sykepleiehandlinger” (Høgskolen i Hedmark, 2007).

1.2 Prosjektgruppens sammensetning

Ane Melbye fra medisin H1 , Anne Bente Hoelseth fra medisin H2, høgskolelektor Marit Berg fra Høgskolen i Hedmark og sykepleiestudenter fra begge avdelingene i to praksisperioder, til sammen 22 studenter.

1.3 Problemstilling:

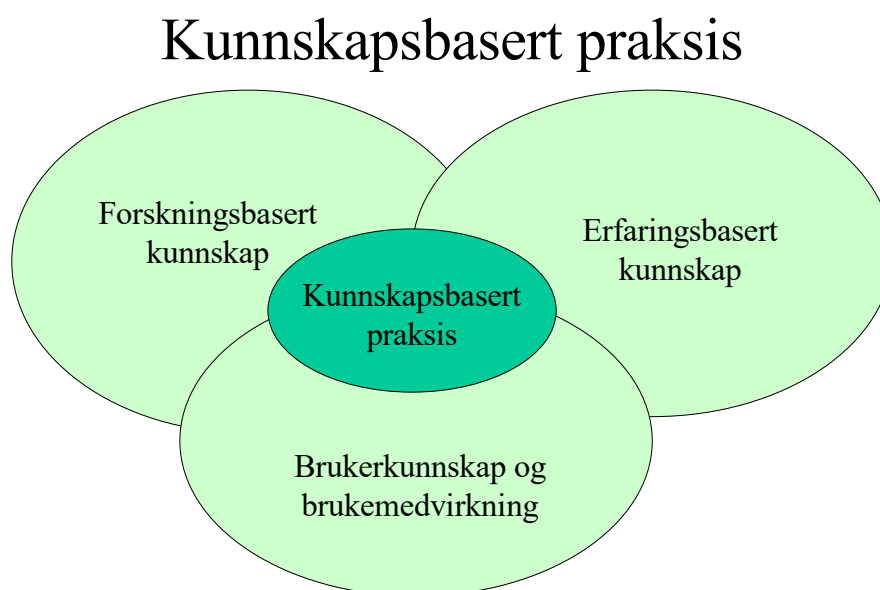
Vår problemstilling var:

Hvordan kan læringskort bidra til refleksjon før og etter møte med pasienten for å øke sykepleiestudenters forståelse av sykepleie i sykehuspraksis?

2. TEORI

For å begrunne hvorfor det er nødvendig å finne fagartikler og forskning og å bruke disse når vi skulle utarbeide læringskortene er noe teori omkring kunnskapsbasert praksis beskrevet i dette kapitlet. Kolbs lærings sirkel er også forsøkt beskrevet i dette kapitlet.

2.1 Kunnskapsbasert praksis



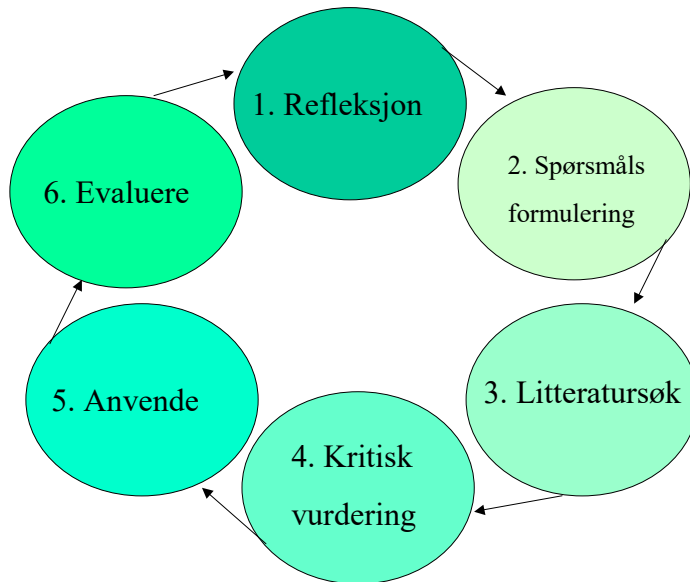
Figur 2.0 Modell for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt, Jamtvedt., Graverholt, og Reinar, 2008). Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. og Reinar, L.M., (2008). Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. Oslo: Norsk sykepleieforbund.

”Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.” (Nortvedt, Jamtvedt., Graverholt, og Reinar, 2008).

Forskningsbasert kunnskap kan forklare fenomener og årsaksforhold og beskrive forekomst av en spesiell tilstand. Forskning kan gi forståelse for enkeltpasienter opplevelser og erfaring og anslå effekter av tiltak. Erfaringsbasert kunnskap er en hjørnestein i sykepleie og er kunnskap som erverves gjennom praksis. Erfaringsbasert kunnskap kalles også for praksiskunnskap, det kliniske blikk og taus kunnskap. Brukekunnskap og brukemedvirkning henviser til at sykepleierens rolle er å legge til rette for gode beslutninger i samarbeid med brukerne. Det er pasienten, ikke sykepleierne som skal komme frem til en optimal beslutning. Kunnskapsbasert praksis innebærer å sette elementene i modellen sammen i praksis. En god sykepleier klarer å integrere kunnskap fra forskning sammen med sin erfaringsbaserte kunnskap og sine ferdigheter og sammen med pasienten slik at optimal sykepleie oppnås (Nortvedt, Jamtvedt., Graverholt, og Reinar, 2008).

Sykepleiestudenten har ikke egen erfaringsbasert kunnskap og trenger derfor veiledning fra en erfaren sykepleier for å danne sin egen kunnskapsbaserte praksis.

Kunnskapsbasert praksis



Figur 2.1 Trinnene i kunnskapsbasert praksis (Nortvedt, Jamtvedt., Graverholt, og Reinar, 2008)

Figur 2.1 begynner med at man reflekterer over egen praksis og erkjenner at man har et informasjonsbehov. Neste trinn er å formulere et spørsmål. Deretter søker man etter forskningsbasert kunnskap for så å kritisk vurdere det man finner. Deretter integrerer man den gyldige og anvendbare forskningsbaserte kunnskapen med sin erfaringsbaserte kunnskap og brukerens preferanser og overfører dette til praksis. Til slutt evaluerer man sin egen praksis (Nortvedt, Jamtvedt., Graverholt, og Reinar, 2008).

Gjennom utdanningen mot å bli offentlig godkjent sykepleier. Skal studentene gjennom flere praksisperioder, blant annet er de i praksis på sykehus i tredje og sjettede semester. Det kan være opp til ti studenter på en sengepost på sykehuset med en hovedveileder som har ansvaret for alle studentene. Det er helt nødvendig å ha daglige veiledere som veileder studentene hver dag. For å få til en optimal praksisperiode for studentene og en arbeidssituasjon som er minst mulig belastende på daglig veileder er det viktig at begge parter kjenner til noen pedagogiske prinsipper

2.2 Kolbs lærings sirkel



Figur 2.2 Kolbs lærings sirkel.

Figur 2.2 viser Kolbs lærings sirkel. Arbeidet til Kolb er basert på tre ulike teorier, representert ved Piaget, Lewin og Dewey som alle kan defineres innenfor en sosialkonstruktivistisk tradisjon. Kolb bruker disse teoriene til å argumentere for at læring er en sirkulær prosess som omfatter fire læringsstadier og som hele tiden går i en spiral. Det første stadiet studenten skal gjennom, er konkret erfaring gjennom handling. Det neste stadiet er refleksjon. Studenten analyserer opplevelsen fra så mange perspektiver som mulig og reflekterer over hva det betyr. Dataene fra refleksjonen er utgangspunkt for en generalisering av begrepene hvor studenten forsøker å strukturere og generaliserer erfaringene og abstrahere disse til nye teorier og hypoteser. Disse er igjen utgangspunktet for aktiv eksperimentering. Det er nå studenten bruker det hun/han har lært til å gjøre nye beslutninger og handlinger. Deretter følger nye opplevelser og en ny runde i lærings sirkelen. Begrensningen i Kolbs lærings teori er at den kun befatter seg med individer, og unnlater å sette ham/henne i en sosial kontekst. Ulike lærende har ulike erfaringer og derfor vil også måten de lærer på og hva de lærer være forskjellig. Det betyr at den lærende må få lov til å kunne vende tilbake igjen, få lov til å erfare på nytt og gå sine egne lærings sirkler. Læringen skal styres etter studentens behov, fordi det vil være like mange læringsforløp som studenter. Læringsomgivelsene skal støtte opp under alle stadiene i læringsprosessen. Det skal være rom for å oppleve og erfare. Det skal være rom for å reflektere. Det skal være rom for å konstruere viten, generalisere og danne nye teorier, og det skal være rom for å eksperimentere og utprøve nyvunnet innsikt (Stenseth, og Tolsby, 2002).

Wittek (2006) i Strømsø, Lycke og Lauvås (2006) sier at veiledningen må organiseres slik at studentene får hjelp til å organisere kunnskapen de tilegner seg slik at de kan forstå hvilken relevans kunnskapen har for praksisfeltet.

Praksisteori bygges opp gjen Kolbs lærings sirkel kan brukes både av daglige veileder og av studentene for å reflektere over handlinger og situasjoner de har erfart. Det ideelle ville være at begge kunne reflektere sammen, men i en travel hverdag kan dette synes vanskelig. Vi mener derfor at det er viktig at både studenten og daglig veileder noterer ned noen refleksjoner etter samme mal for så å sette

seg ned og reflektere sammen når det er tid. nom egen erfaring, tilegnet teori, observasjoner, verdier og idealer. Handling og refleksjon sammen blir til praksis. Alt dette er basis for praksisteori. Praksisteorien er dynamisk. Den forandrer seg hele tiden etter hvert som studenten får påfyll. Studentene trenger konkret hjelp til å forstå hva slags kunnskap og hvilke verdier som ligger bak det man gjør eller planlegger å gjøre, og å gjøre synlig hvorfor det er slik. Dette betyr at man så langt som mulig bør etterstrebe å gjennomføre en arbeidsmåte som ivaretar refleksjonsprosessen (Handal og Lauås, 1999).

Sykepleieyrket er et praktisk yrke med mye taus kunnskap og Handal og Lauås, (1999) sier at håndverkstradisjonen er at mesteren lærer opp lærlingen. Lærlingen lærer ved å være sammen med mesteren. Denne mester/lærling-tradisjonen har vært sterk også i enkelte profesjonsutdanninger. Mesteren formidler sin kunnskap og ferdigheter og dette kan defineres som en veilederform. Handling og refleksjon er å reflektere før, under og etter handlingen, og er vesentlig for at yrkesutøvelsen skal være god. Denne veiledningstradisjonen kan legge til rette for dypere refleksjon. Veiledning bør ha som mål å vise sammenhengen mellom teori og praksis.

3. Metode

En metode er en fremgangsmåte for å løse problemer og å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med til begrepet metode (Dalland, 2003).

Vi brukte litteratursøk for å finne bakgrunnsstoff. Når det gjelder litteraturstudie er fordelene den at det er mye publisert litteratur som kan belyse problemstillingen. Informasjon om litteratur finnes lett tilgjengelig på bibliotek og på Internett.

Ifølge Dalland (2003) er det best å bruke primærkilder, det vil si å bruke artikler skrevet av den opprinnelige forfatteren.

Svakheter ved en litteraturstudie er at det kan finnes et stort materiale, og det kan være vanskelig å skille de seriøse kildene fra de useriøse. Det er en mengde informasjon å hente på internett også. Her er det enda vanskeligere å skille ut det som er seriøst. En svakhet kan være at ikke alle kilder som kan være aktuelle å se på blir oppsporet og at ikke alle søkeordene som er relevante blir benyttet. Dette kan komme av mangel på trening i forskerarbeide og krever en svært nøyaktig arbeidsmetode (Dalland, 2003).

Vi brukte Idédugnad for å finne gode læringssituasjoner. Vi hadde et møte pr uke. Vi fordelte arbeidsoppgaver og gikk gjennom det vi hadde funnet hver for oss hver gang.

Det ble benyttet evalueringsdesign for å vurdere nytten av læringskort. Evaluering er å bedømme noe nøye, som innebærer å bestemme verdien av arbeidet, og klare å skille det verdifulle fra det verdiløse (Eriksson, 2016). Ved å bruke spørreskjema får en tilgang til primærdata fra respondentene. Et spørreskjema gir en høy grad av standardisering og formålet er å redusere tilfeldige målefeil og gi mest mulig pålitelige data (Ringdal, 2007). Det ble i tillegg benyttet en kvalitativ metode for å samle inn tilleggsinformasjon.

Ved bruk av spørreskjema får vi tilgang til primærdata, som er data samlet inn av forskeren selv. Alle informantene får de samme spørsmålene skriftlig. Et spørreskjema gir en høy grad av standardisering og formålet med dette er å redusere tilfeldige målefeil og gi pålitelige data (Ringdal, 2007).

Valg av metode bestemmes av hva vi vet på forhånd og hvordan problemet er formulert som bestemmer hvilken analysemetode som er best (Undheim, 1996).

Denne undersøkelsen vil bli utført ved hjelp av kvantitativ metode. Spørreskjema er ifølge Ringdal (2001) et av de billigste alternativene til en undersøkelse. Spørsmålene var av typen: "har du brukt læringskortene?" og "Hvem har du brukt kortene til refleksjon sammen med?" For denne undersøkelsen var kvantitativ metode mest hensiktsmessig.

Styrken ved en survey er ifølge Ringdal (2001) at spørreskjema er den billigste måten å utføre en survey på. Forsker har ingen mulighet til å influere på svarene slik at de blir helt nøytrale. Denne formen gir også en stor grad av anonymitet for respondentene Ved bruk av spørreskjema får vi tilgang til primærdata, som er data samlet inn av forskeren selv. Alle respondentene får de samme spørsmålene. Et spørreskjema gir en høy grad av standardisering og formålet med dette er å redusere tilfeldige målefeil. For å redusere målefeil, er det standardisering som er best. Dette er lettest å gjøre i et spørreskjema (Ringdal, 2002).

3.1 Arbeidsprosessen for prosjektet

Det ble identifisert et problemområde. Deretter ble det skrevet en prosjektbeskrivelse og søkt om midler til å starte prosjektet fra Høgskolen i Hedmark. Dette ble innvilget. Arbeidet med prosjektet startet i januar 2008 med et arbeidsmøte hvor planen for prosjektet ble lagt.

3.1.1 Prosjektmøter

For å finne svar på delmålene og arbeidsspørsmålene ble det avholdt arbeidsmøter. Vi hadde en ide-dugnad på hva som kan være gode læresituasjoner:

Prosedyrer:

- Medikamenthåndtering: bruk av skje, hansker, avtrekk osv.
- Medikamentadministrering: IM, SC, IV, plaster, per os. Se at pas. tar medisinene.
- Kateterisering
- EKG
- Puls, bt, tp.
- Venflon
- Refleksjon
- Informasjon til pas. og pårørende. Hva sier vi?
- Se helhet pasient – medikament.
- Gruppelederfunksjonen
- Selvstendig arbeid med "sikkerhetsnett"
- Rapport.
- Dokumentasjon.
- Sårstell.
- Pårørendesamtaler.
- Se sammenheng mellom pasient og prøvesvar.
- Smitteregime.
- Akuttsituasjoner.
- Stellesituasjoner.
- Terminalpleie. (palliasjon)

Observasjoner:

- Urin.
- Fæscer.
- Hud.
- Pust.

- Mobilisering.
- Kommunikasjon.
- Sirkulasjon.
- Bevissthet.
- Sår.
- Ernæring.
- Væskebalanse.
- Smerte.
- Lukt.
- Estetikk. Hvordan ser rommet ut? Luft.
- Pasientens egenomsorg.
- Pasientens autonomi.
- Bruk av makt.

Vi bestemte oss for å bygge opp læringskortene etter egenomsorgsbehovene. Etter ide myldring med studentene var det ønskelig fra 6 semester å ha kort som åpner for refleksjon og utvikling av det kliniske blikk. Egenomsorgsbehovene er spesielt fokus for 3 semester. Det ble tatt kontakt med virksomhetsleder på Hamar sykehus for å høre hva hun tenker om planen vår og hun godkjente den. Det ble tatt kontakt med avdelingssykepleier på høgskolen i Gjøvik som har studentdrevet post der. Det ble gjennomført en hospitering ved Høgskolen i Gjøvik hvor vi fikk se hvordan de la opp løpet for studentene. De har utarbeidet en progresjonsstige som studentene følger gjennom praksis.

Det kom forslag om å lage et lite hefte av læringskortene som hver student kan få med plass til å notere, eller å lage kortene som laminerte kort som tilhører avdelingen. Vi fikk hjelp av trykkeriet ved sykehuset innlandet, avd. Hamar til å lage ett hefte til hver student. Vi valgte å laminere kortene av hensyn til hygiene.

Vi evaluerte bruken av læringskortene til 3.semester studenter høsten 2008 og 6.semester våren 2009 ved hjelp av et spørreskjema som ble delt ut til både studenter og daglige veiledere.

3.2 Utvalg

Utvalget var likt populasjonen. Sykepleiestudenter fra to forskjellige årskull i bachelorutdanningen deltok, med et kull fra 3. semester og et kull fra 6. semester. Respondentgruppen var sammensatt av sykepleiestudenter i alle aldre og med vidt forskjellig bakgrunn. For å få tak i hva de daglige veilederne, virksomhetsleder, hovedveileder og fagsykepleier mente om læringskortene ble det bestemt at det skulle arrangeres to gruppemøter. Fire daglige veiledere, virksomhetsleder og fagsykepleier ble innkalt til det første gruppemøtet. Til det andre møtet var det de samme som i det første møtet og i tillegg to studenter. Alle innkalte til de to gruppesamtalene møtte.

3.3 Utarbeiding av eget spørreskjema

I denne undersøkelsen er det flest lukkede spørsmål. Spørsmålene ble utarbeidet med tanke på at de ikke skulle være ledende. Det var 5 spørsmål på skjemat. På de fleste spørsmålene skulle det krysses

av for et svaralternativ og på tre spørsmål skulle respondentene selv forme svaret i stikkord. Vi har tatt særlig hensyn til at studentene som gruppe er en utsatt og sårbar gruppe. Spørsmålene dreier seg kun om læringskortene. Vi kom frem til spørsmålene ved å se på respondentgruppen vi jobbet med. Spørsmålene hadde en enkel ordlyd for å alle skulle forstå dem og slik at misforståelser skulle unngås. Respondentgruppen var sammensatt av sykepleiestudenter i alle aldre og med vidt forskjellig bakgrunn. Det er tre åpne spørsmål på spørreskjemaet. Jacobsen (2003) sier at mange respondenter føler seg tvunget hvis det bare er lukkede spørsmål. Det er derfor en fordel å ha noen åpne spørsmål på slutten av spørreskjemaet. På den måten får respondenten et pusterom og det vil sannsynligvis komme frem interessante opplysninger her (Jacobsen, 2003). De åpne spørsmålene er under spørsmål en i min undersøkelse.

Spørreskjemaet har flest lukkede spørsmål. Ringdal (2001) sier at lukkede spørsmål har faste svaralternativ og åpne spørsmål gir respondenten anledning til å svare med egne ord. Lukkede spørsmål har den begrensingen at respondentene tvinges inn i svarkategorier de ikke finner seg hjemme i. På grunn av deres rigiditet krever lukkede spørsmål mye arbeid med å lage relevante svaralternativer. (Ringdal, 2001).

3.4 Datainnsamling

Spørreskjemaet og guide for gruppesamtalene ble utviklet i samarbeid med veileder fra høgskolen. Utdeling og innhenting av spørreskjemaer ble utført i veiledningstimer med studentene. Det ble delt ut spørreskjema i fire omganger. Første og andre runde ble gjennomført høsten 2008 med åtte studenter i hver runde. Tredje og fjerde runde ble gjennomført våren 2009 med tilsvarende antall studenter. Spørsmålene dreier seg kun om læringskortene. Spørsmålene hadde en enkel ordlyd for at alle skulle forstå og for å unngå misforståelser. Spørreskjemaet inneholdt fem spørsmål med flest lukkede spørsmål. Spørsmålene ble utarbeidet med tanke på at de ikke skulle være ledende. De fem spørsmålene var:

1: Har du brukt læringskortene? Svaralternativer: ja eller nei. Dersom respondenten svarte nei, fikk de spørsmål om hvorfor har du ikke brukt læringskortene. Her var det tre svaralternativer: brukt andre metoder til refleksjon, glemt kortene og kortene gikk i stykker. Dersom de svarte ja, var det også to åpne spørsmål: hva var positivt ved læringskortene og hva var negativt ved læringskortene?

De fire siste var lukkede spørsmål.

2: Har du brukt læringskortene til refleksjon? (to svaralternativer: ja eller nei).

3: Hvem brukte du læringskortene sammen med? (fire svaralternativer: Annen student, alene og annen student, daglig veileder og annen student og daglig veileder)

4: Hvor ofte brukte du læringskortene? (fire svaralternativer, som var: Mindre enn en gang ukentlig, flere dager i uken, en gang i uken og daglig).

5: Hvor nyttig synes du læringskortene var? (fire svaralternativer, som var: Ingen nytte, lite nyttig, nyttig og svært nyttig).

Det ble i tillegg gjennomført to gruppesamtaler med utvalgte respondenter. Møtene skulle fange opp hvorfor daglige veiledere brukte/ ikke brukte læringskortene sammen med studentene.

3.5 Data-analyse

Spørreskjemaene ble samlet inn og svarene ble kategorisert i Excel. Det ble gjort en frekvensanalyse hvor en prosentfordeling av svarene ble satt opp i grafer. Svarene fra alle skjemaene ble talt og kontrollert for å sikre at tellingen ikke hadde noen avvik. De åpne svarene ble kategorisert i meningsbærende enheter og deretter kondensert i tråd med kvalitativ innholdsanalyse [6].

I etterkant av innhenting av spørreskjemaene ble det brukt gruppesamtaler for å utdype svarene i den kvalitative undersøkelsen. Gruppesamtalene ble lydregistrert ved hjelp av digital opptaker. Samtalene ble transkribert verbatim for senere å bli innholdsanalysert.

3.6 Gjennomføring av undersøkelsen

Grønmo (1998) beskriver tre ulike typer datakilder; aktører, respondenter og dokumenter. Et skille mellom disse er avstand i tid og rom til det de gir informasjon om (Grønmo 1998). I denne undersøkelsen var det etter mitt syn naturlig å bruke respondenter som datakilde for å få svar på problemstillingen. Grønmo (1998) sier at respondentene kan spørres om alle forhold de har kjennskap til slik som hvorfor de handler som de gjør, hvordan de samhandler med hverandre og egne og felles holdninger til spørsmålet (Grønmo 1998).

Undersøkelsen er tenkt gjennomført i fire runder. 1. og 2. Runde er allerede gjennomført høsten 2008 og 3. og 4. Runde vil bli gjennomført våren 2009. I alt vil det være 57 respondenter.

3.7 Ressurser

Undersøkelsen blir gjennomført ved at sykepleiestudentene får utdelt spørreskjema og fyller ut disse og leverer dem til prosjektleder. Spørreskjemaet ble gått igjennom og godkjent av Kari Kvigne, Professor ved høgskolen i Hedmark.

3.8 Ethiske refleksjoner

Sykepleiestudentene er informert om at deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Det blir ikke spurt om personopplysninger, det er derfor ikke nødvendig å søke NSD om tillatelse. Alle spørreskjemaene vil bli makulert etter at undersøkelsen er gjennomført

3.9 Data-analyse

Spørreskjemaene ble samlet inn og svarene ble kategorisert i Excel. Det ble gjort en frekvensanalyse hvor en prosentfordeling av svarene ble satt opp i grafer. Svarene fra alle skjemaene ble talt og kontrollert for å sikre at tellingen ikke hadde noen avvik. De åpne svarene ble kategorisert i meningsbærende enheter og deretter kondensert i tråd med kvalitativ innholdsanalyse [6].

I etterkant av innhenting av spørreskjemaene ble det brukt gruppesamtaler for å utdype svarene i den kvalitative undersøkelsen. Gruppesamtalene ble lydregistrert ved hjelp av digital opptaker. Samtalene ble transkribert verbatim for senere å bli innholdsanalysert.

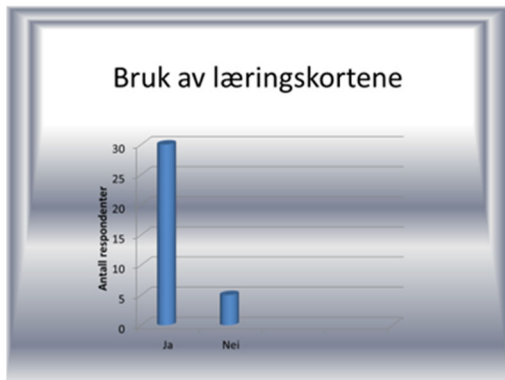
3.10 Resultat

Spørreskjema ble sendt til 38 studenter, hvorav 33 svarte (svarprosent: 87%).

De samlede funnene viser at studentene brukte læringskortene sammen med medstudent eller daglig veileder, eller alene, en eller flere ganger i uken til refleksjon.

Bruk av læringskortene.

Av de 33 studentene som svarte på spørreskjemaet oppga 29 stykker at de brukte læringskortene og 4 stykker svarte at de ikke hadde brukt kortene i det hele tatt.



Graf 1. Har du brukt læringskortene (n=33)

Grunner for ikke bruk av læringskortene

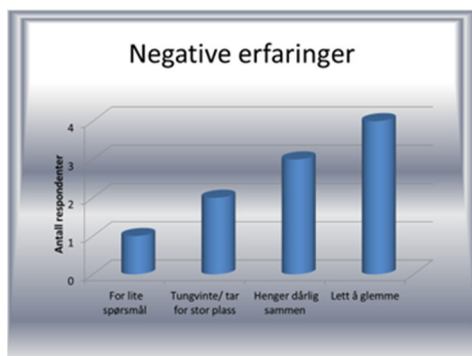
Av de fire som svarte var det én student som oppga å ha brukt andre metoder for refleksjon, én oppga at læringskortene ble glemt og to oppga at kortene hadde gått i stykker.

Positive erfaringer

Av positive erfaringer oppga 22 studenter at læringskortene satte fokus på det de allerede kunne i en ny kontekst. De brukte kortene jevnt over som en huskelapp, til refleksjon og som konkret informasjon.

Negative erfaringer

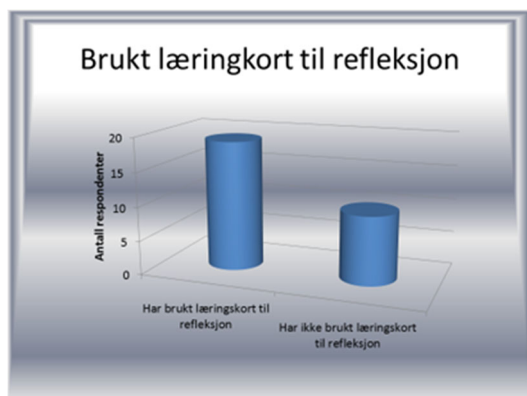
Det var 10 studenter som hadde negative erfaringer. Fire oppga at læringskortene var lett å glemme, tre sa at læringskortene hang dårlig sammen, to mente de tok for stor plass eller var tungvinte å bruke og én syntes at det var for lite spørsmål på læringskortene.



Graf 2 Hva var negativt ved læringskortene

Læringskort brukt til refleksjon

Av de 29 studenter som brukte læringskortene var det 19 studenter (58%) som oppga at de brukte læringskortene til refleksjon og 10 studenter (30%) som oppga at de ikke brukte læringskortene til refleksjon.



Graf 3 Har du brukt læringskortene til refleksjon

Samarbeid om læringskort

Det var kun 11 studenter som svarte på dette spørsmålet. Det var åtte studenter som hadde brukt læringskortene sammen med en annen student eller alene. Tre studenter oppga å ha brukt kortene sammen med daglig veileder.

Hypighet av i bruk av læringskort

Av de 20 studenter som svarte var det 11 respondenter (33%) som oppga at de brukte læringskortene en eller flere dager i uken, mens ni respondenter (27%) oppga at de brukte de sjeldnere enn hver uke.

Nytte av læringskortene

Av 29 svar på spørsmålet oppga 20 studenter (60%) at de syntes læringskortene var nyttige. Ni studenter (27%) ga ikke konkret svar på spørsmålet.



Graf 4. Hvor nyttige synes du kortene var?

Grppesamtalene

I den første gruppesamtalen kom det frem at de daglig veiledere ikke opplevde læringskortene som nyttige. Begrunnelsen var at de ønsket seg litt mer veiledende spørsmål som: hva skal vi se etter? hva skal observeres? De daglige veilederne brukte læringskortet for smerte som eksempel, hvor de ville ha mer om hva som er årsaken til smerter og også ha med både ESAS og VAS-skalaene (ESAS: Edmonton Symptom Assessment System og VAS: visuell analog skala). Det ble poengtert fra fagutviklingsgruppen at læringskortene var ment for refleksjon. Læringskortene ble opplevd som banale for daglig veiledere. Veilederne savnet lett tilgjengelig informasjon, da det ikke var lett å få plass til informasjonsmøter med høgskolen. Alle daglige veiledere ønsket et eksemplar av læringskortene på forhånd med en skriftlig, forklarende tekst. Studentene som deltok i gruppesamtalen sa at de ofte brukte læringskortene på egen hånd for å undre seg og for å huske hva som var viktig. De brukte også læringskortene sammen med andre studenter. Fagsykepleier ønsket å være med videre i forbedring av læringskortene.

4. Evaluering

Prosjektet kom godt i gang i januar og gruppen jobbet godt med å forberede og å finne artikler. Etter påske kom studentene sent i gang. Studentene synes de fikk for lite informasjon og de følte at de ble kastet inn i noe helt på slutten av utdanningen sin, Dette opplevdes utilfredsstillende. Til tross for dette fant de artikler og var med på å utarbeide læringskortene. Samarbeidet mellom Høgskolen i Hedmark og Medisinsk avdeling H1 og H2 har fungert tilfredsstillende, og har vært lærerikt for alle parter.

Vi har utviklet åtte to-sidige læringskort med tips til hva som er viktig å observere og med spørsmål som kan brukes til refleksjon mellom daglig veileder og sykepleiestudenten. Vi tenkte at dette ville bli et godt hjelpemiddel for begge parter og at det vil lette arbeidet til daglig veileder og føre til at studentene får mer lik veiledning av alle som er daglige veiledere.

Det ble gjennomført evaluering av prosjektet ved hjelp av et spørreskjema som ble delt ut til både studenter. Resultater fra disse viser at de fleste studentene bruker læringskortene alene eller sammen med andre studenter.

Det ble det gjennomført en gruppesamtale med daglige veiledere, hovedveiledere, fagsykepleier og virksomhetsleder. For å fange opp hvordan de så på bruken av læringskortene.

Det første møte ble avholdt 24 oktober 2008. resultatet fra dette møte ble at de daglig veiledere ikke synes at hensikten helt ble oppnådd. De ønsket seg litt mer veiledede spørsmål som: hva skal vi se etter? hva skal observeres? hva er årsaken til smerter. De ville også ha med både ESAS og VAS. Vi minnet om at læringskortene ikke var ment å være en fasit, men gi tips fordi daglig veiledere er forskjellige og legger vekt på forskjellige ting. For å få mer lik veiledning.

Kortene ble opplevd for banale for daglig veiledere. Vi minnet om at de må være enkle for at studentene skal kunne følge med.

Vi kom frem til at det å reflektere sammen med studentene kan være nyttig. Når de får inn en pasient med smerter kan daglig veileder bruke kortet om smerter for å reflektere med studenten om hva som er viktig å spørre pasienten om og hva som skal observeres. Kortene er ikke en metodebok eller prosedyre. Hensikten er å få studentene og daglig veileder til å tenke på hva som er viktig.

Vi kom frem til at vi ønsket et kull til som brukte læringskortene før vi reviderte kortene for å se nytteverdien. Vi skrev allikevel ned noen punkter til revidering:

- Skille observasjoner og tiltak på kortene. Ha mer spørsmål.
- Stå hva som er tips til daglig veiledere.
- Hensikten er at stud. skal få så lik veil. som mulig av alle daglige veil.
- Bivirkninger av medikamenter.
- Ernæring: hva er behovet til pas. Er det spesielle ernæringsbehov? svikt – salt- KOLS – næringstett kost.

Fagsykepleiere ved sykehuset Innlandet, Hamar ønsket å være med videre i prosessen av forbedring av kortene.

Vi gjennomførte et nytt møte 19 desember 2008 .Her deltok også to studenter. Studenten sier at de ikke bruker kortene sammen med daglig veileder og hovedveileder. Daglig veiledere ønsker et eksemplar av læringskortene hver.

Daglige veiledere må være med informert for å bruke læringskortene. Det er en travel hverdag. Det er ikke lett å få til at daglig veiledere kan gå på møte. For å gi mer informasjon bør det derfor

utarbeides et hefte til daglig veiledere hvor læringskortene bør inngå. Det var enighet om at læringskort er et godt verktøy til å reflektere sammen med studentene og det er tidsbesparende for daglig veileder. Det gjelder å få gode rutiner på å bruke kortene.

Studentene brukte kortene ofte alene for å undre seg og for å minne seg på hva som er viktig. De brukte kortene sammen med andre studenter også.

Kommentarer til revidering av kortene denne gangen er:

- Skrive hvor stud. finner prosedyrene.
- Hvorfor ta cult? hvor mye ml i blæra før man skal sike? hvorfor sike?
- Skrive at man skal skrive ut prosedyren.
- Innbinding er for dårlig
- Sortere etter orems grunnleggende. Gruppeleder og med bør stå bakerst.
- Ta med "regnehjelpen" som et kort.
- Kort på utskrivelse, samarbeid med kommunehelsetjenesten. Hva spør vi etter?
- Sårstell må være med. rene/urene hva kommer det av?
- Forslag til litteratur/ videre lesning.
- Medikamenter
- Diabetes, stell av føtter. Skal spl klippe negler? hva gjør vi hvis bena er stygge? hvor henviser vi?(tips).
- Hvor søker vi råd? diabetessykepleier, geriatrisk spl. osv.
- Sirkulasjon.. dårlig sirkulert. Tegn på dette. Sansene – lukter.
- Prøver. Har du gjort deg kjent med hvilke prøve du skal ta og når. Symptomer for å ta avføringsprøve/ urinprøve og hvilke? blodkultur. OBS ikke skrive prosedyrer. Hva skal man se etter? Skrive navnene på alle prøvene for å gjøre jobben lettere for studentene så kan de lese om prøvene selv. Hvilke prøver tas ved diare? Ved illeluktende urin? ved svart avf?
- Dokumentasjon. Hva er viktig (mye i pressen for tiden. Dokumentere ernæring dusj. vask. hva pas. selv sier. avf. urin. aktivisering, søvn/hvile. vi må dokumentere at vi tenker på dette og snakker med pas. om dette og hva pas. svarer selv om det ikke er noe problem. i veil pleieplaner må man ha med alle grunnleggende behov og "fare for...." hva spør man pasienten etter? Obs: Bivirkninger av med. Forebygge obstipasjon, dokumentere dette. (Biola).
- Samhandling

5. Resultat av artikkelsøk

I dette kapitlet blir sammendrag av artiklene som studentene mente var viktige for prosjektet gjengitt. Disse artiklene ble valgt på bakgrunn av idedugnaden og ut i fra hva studentene synes var viktig å reflektere over i praksis.

5.1 Smerter

Her er det samlet flere artikler som omhandler smerter for å få flere vinklinger på hva som er viktig å tenke på når det gjelder observasjoner og refleksjon rundt temaet.

5.1.1 Kroniske smerter og livskvalitet

Angst er ofte forbundet med smerte. Både når det gjelder akutte smerter hvor pasienten er bekymret for at det kan ligge noe alvorlig bak og selve opplevelsen av smerten. Smerte kan føre til nedsatt psykologisk velvære og yrkeshemming. Pasienten kan oppleve nedsatt glede og det kan føre til en destruktiv livsstil som fører til depresjon, isolasjon, søvnproblemer, irritabilitet og sinne. Flere pasienter blir avhengig av smertestillende tabletter som kanskje ikke tar bort smerten, bare toppen. Sykepleieren rolle er å bruke mye tid sammen med pasienten for å kartlegge smerten (Mossin, 1999)

5.1.2 Kroniske smerter og krav til mestring

Sykepleierne må være oppmerksomme på at pasienter kan bruke tid og krefter til å skjule og bagatellisere sykdommen for å holde tritt. Sykepleieren må bevisstgjøre pasienten å balansere aktiviteten og det å få nok hvile. Sykepleieren kan bevisstgjøre pasienten på å redefinere hva som gir livskvalitet. Sykepleieren må vise aksept for pasientens smerter, slik at pasienten forstår at vi tar hans smerter på alvor og at han blir trodd (Berntsen, 2004).

5.1.3 Hvor gjør det vondt?

Kartleggingsverktøy som kroppskart hvor pasienten peker på hvor smerten sitter. Smerteskala for å vurdere graden av smerte. Observasjon av ansiktsuttrykk, ansenpenthet og uro. Måling av blodtrykk og puls, telling av respirasjonsfrekvens (Øverbø, Eckhoff og Dihle 2006).

5.1.4 Smertefulle sår

Selv med redusert følsomhet i føttene rapporteres det at pasienter med diabetessår har så store smerter at det går utover den helsemessige livskvaliteten. Hadde de fått bedre smertelindring kunne det ha bidratt til en bedre sårtilheling (Aamli, 2007).

5.2 Ernæring nedprioriteres ofte

Undersøkelsen ble utført av 420 sykepleiestudenter ved ni ulike høyskoler, med bakgrunn i at underernæring er et problem ved somatiske sykehus, sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Norge. Forsøket gikk ut på å se om det var en enkel metode som kunne fange opp pasienter i faresonen eller som allerede var underernærte. De mente at om sykepleierne har kunnskap om betydningen av ernæring og tar det på alvor, kan de bidra til å unngå unødig forlengelse av sykehusopphold. Hver student prøvde derfor ut ernæringsjournal på sin primærpatient. De fleste studentene var i praksisstudier i sykehjem, en fjerdedel var i sykehus og rundt fem prosent i hjemmebaserte tjenester. Mange av primærpatientene var eldre med lav kroppsmasseindeks og problemer med betydning for ernæringsstatus. Omtrent en fjerdedel hadde KMI under 20. Årsaker til underernæring trekkes fram som mange og sammensatte, hvor det ofte er en blanding av medisinske, psykologiske og sosioøkonomiske faktorer. Men det kan også sees i sammenheng med helsepersonalets kunnskaper og engasjement, og institusjonens rutiner og fokus. Samtidig ble det avdekket manglende utstyr av vekt, høydemåler og målbånd, som er viktige for å vurdere ernæringstilstand. Høyde, vekt og KMI er de vanligste og viktigste mål for å vurdere ernæringsstatus, samt følge vektutviklingen. KMI er en viktig målestokk for vurdering, men man bør anvende ulike referanse verdier for de ulike aldersgruppene. Ulempen med KMI måling er at høye verdier kan ikke fastslå om årsaken er overskudd på væske, fett eller muskelmasse, og fanger ikke opp mindre vektendringer. Derfor kan ødem på grunn av for eksempel hjertesvikt gi høyere KMI (Aagaard, 2005).

Artikkelen peker på betydningen av å starte behandlingen tidlig for best effekt, og gode rutiner og metoder allerede ved innleggelse for å identifisere pasienter som er underernærte eller står i fare for å bli det. Ernæringsjournalen er til hjelp i dette arbeidet. Selv om utvalget ikke var representativt, stemmer det med funn i andre undersøkelser. Dette kan styrke argumentet for å utvikle et kartleggingsverktøy for å fange opp pasienter med nedsatt ernæringsstatus.

5.3 Terminalpleie

Målet med sykepleien til mennesker som står overfor døden er å lindre lidelser så langt som mulig og prøve hindre at nye oppstår. Overfor pårørende må målet være å hjelpe dem til å møte de reaksjonene som kommer, når en av deres nærmeste er livstruende syk, og støtte dem i sorgen når døden har inntruffet. Å bidra til opplevelser av mening og håp, om så bare i små glimt er en av de viktigste oppgavene sykepleieren har i møte med alvorlig syke, dødende og sørgende mennesker. Det er viktig å observere pasienten. Pasienter i denne fasen kan lett bli kvalme, da må vi som sykepleiere iverksette kvalmstilende tiltak, ev. kontakte lege for forordning av kvalmestillendemiddel. Det er også viktig å observere om pasienten opplever noe form for smerte, og være påpasselig med medisiner slik at den terminale pasienten ikke lider på slutten. Sørbye (2000) konkluderer med følgende: at bruken av smertstillende medikamenter til terminalepasienter har økt jevnt siden 1977 (Sørbye, 2000).

En undersøkelse foretatt blant 83 sykepleiestudenter i Danmark i 2000 viser at 32% av studentene som ikke hadde stelt terminale pasienter i løpet av sin utdanning. Årsaken til dette kan være at terminalpleie muligens ikke blir vektlagt i utdannelsen. Kanskje blir ikke studentene tatt med på dette arbeidet for di veilederene føler at det ikke er tid til å ta seg av studentene etterpå, eller det er for å skåne studentene. Vårt samfunn prøver å unngå lidelse og smerte, derfor er dette ukjent for de fleste studentene. Studentene må få være med på terminalpleie og de må få anledning til å bearbeide sine inntrykk etterpå (Venborg, 2008).

5.4 Gruppelederfunksjonen

Fra forskningsbasert litteratur som kan være relevant for funksjonen "gruppeleder".

"Det er viktig at en leder har et bevisst og reflektert syn på egne verdier og de verdier lederen ønsker å formidle til personalet. Å fremme bevissthet hos pleiepersonalet omkring verdier er et lederansvar og det kan i den forbindelse være nødvendig at lederen tar initiativ til samtaler og diskusjon rundt blant annet synet på mennesket og synet på sykepleie". (Foss, 2004)

5.5 Personlig hygiene

Hensikt:

- Holde huden ren og hel. Spesielt viktig ved opphold på sykehus hvor pasienten er generelt mer mottagelig for infeksjoner og ved at pasienten blir infisert av egne bakterier. Et eksempel er at 80% av infeksjonene skyldes UVI som er forårsaket av pasientens egne tarmbakterier.
- Redusere risikoen for sykehusinfeksjoner.
- Føle velvære.

Pasientens autonomi må tas hensyn til, samt pasientens verdighet, rett til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket (Vinsrygg, 2003)

5.6 Sorg og sorgreaksjoner

Viktig å huske at sorg er en naturlig reaksjon. Det må være rom for sorgen. Ikke sykeliggjøre sorg, men likevel være klar over at sorg som ikke bearbeides kan utvikle seg til depresjon. Det kan være lett å overse depresjon hos personer i sorg. Pasienter og pårørende til pasienter med alvorlig sykdom eller som er døende, kan ha vanskelig for å oppfatte informasjon som gis. Viktig å repetere og gi rom og tid for spørsmål, både underveis i prosessen og etterpå. Viktig å støtte pårørende i å ta vare på seg selv, gi trygghet så de føler at de kan forlate den syke for å sove/hvile osv. Forventet død, f.eks. hos eldre, kan gi samme sorgreaksjon som uventede dødsfall. Likevel kan det være en lettelse i sorgprosessen å ha vært forberedt. Derfor viktig å informere pårørende om sannsynlig død. Barn sørger annerledes enn voksne - og skal ikke skjermes ved å bli holdt utenfor. Tilpasse informasjon osv, inkludere barn i sorgprosessen, tilpasset barnet. Familie og nettverk viktige i sorgarbeidet. De færreste vil ha behov for profesjonell hjelp, utover den oppfølgingen de får i helsetjenesten. Kan likevel informere om eventuelle sorggrupper, sykehusprest o.l. I møte med sorg er det viktig at helsepersonell er forberedt, og bl.a. kjenner til ulike sorgreaksjoner. (Eksempelvis sinne og opplevelsen av tap) for å være rustet til å møte disse situasjonene (Sjukvårdsrådgivningen, 2006, Helse og sosialdepartementet, 1999, Høye, 2000, Pasienthåndboka, 2008).

5.7 Sosial kontakt

Kommunikasjon er viktig ledd i møte med pasienten og med pårørende, både nonverbal og verbal kommunikasjon.

”I lærings- og treningssammenheng kan man skille mellom ulike typer spørsmål (åpne, lukkede, ledende, retoriske, sammensatte, etc...), mellom ulike nonverbale funksjoner (ansiktsuttrykk, øyekontakt, stemmebruk, berøring, etc.), og mellom det å sammenfatte et innhold, parafrasere et utsagn og å speile en persons følelser. Man kan også skille ut ulike aspekter ved aktiv lytting og ulike faser i en samtale (fra begynnelse til midt del og slutt). Både forskning og erfaring viser at det å dele opp kommunikasjon på denne måten er et godt utgangspunkt for å bli sin egen og andres kommunikasjon bevisst, og på den bakgrunn å utvikle egne ferdigheter i hjelpende kommunikasjon videre. Når man behersker de ulike delferdighetene rimelig godt hver for seg, vil man lettere kunne trene opp evnen til å kombinere et bredt spekter av ferdighetene i praksis, for eksempel i situasjoner hvor man skal fortelle dårlige nyheter til pårørende, forholde seg til aggressive pasienter eller føre en samtale ved et dødsleie” (Eide, 2003).

Uansett område vi ser på må en sette seg inn i pasientens diagnose, og tidligere diagnoser som kan påvirke situasjonen, og medikamenter pasienten står på hvordan virkning, bivirkning vil kunne påvirke pasienten. Fysiske øvelser, studier eller hardt arbeid bør unngås i timene før søvn, forskere mener hjernen bør hvile i denne fasen, med for eksempel å lese en bok eller se på en avslappende film. Søvn er viktig for best mulig rehabilitering etter sykdom eller skade. For lite søvn kan blokkere positiv tankegang og svekke motivasjon. Ved mangel på søvn er det er først og fremst økt grad av psykologiske forstyrrelser som igjen fører til svikt i psykiske funksjoner, søvnen er derfor viktig i forhold til å kunne håndtere stressituasjoner som blant annet det å være innlagt på sykehus kan være. Mangel på søvn vil og kunne gi utslag i : hodepine, muskel og ledd smerter, irritasjon, depresjon, frustrasjoner og konsentrasjonsvansker. Det kan og lede til fordøyelsesproblemer og nedsatt immunforsvar (Eide, 2003).

5.8 Aktivitet

Aktivitet er nødvendig for at alle kroppens organer skal fungere normalt, det er derfor naturlig for mennesket å være i aktivitet. Menneskets behov for aktivitet er imidlertid mang foldig og omfatter også en sosial og åndelig dimensjon.

1. pasientens normal funksjon.
2. muligheten for tilrettelegging av aktivitet.
3. motivere til aktivitet, veilede i behov, viktigheten for aktivitet (Kirchhoff, J.W., 2006).

En studie bruker som metode et spørreskjema som ble distribuert blant kommunens fastlegekontorer og innholdt spørsmål om fysisk aktivitet og ulike påstander som begrunnet aktivitetsnivået. Formålet er å kartlegge de eldres fysiske aktivitets nivå og analysere funnene ut fra anbefalingen på et helsefremmende aktivitetsnivå. Studien hadde også som målsetning å finne frem til faktorer som kunne føre til fysisk inaktivitet. Resultatet viser at de fleste eldre har et aktivitetsnivå som ikke samsvarer med en anbefaling om en halv time med daglig fysisk aktivitet for å kunne høste en helsegevinst. De viktigste faktorer som hindret de eldre i det å være fysisk aktive er angsten for å skade seg og angsten for å gå ut alene (Kirchhoff, 2006).

5.9 Livsstil

Livsstil og folks levestil har iden andre halvdel av det 20. århundre endret seg og fått store helsekonsekvenser i befolkningen. Livsstil er atferdsmønster valgt ut i fra alternativer som er

tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ fremfor et annet.

1. pasientens verdier og mål.
2. begrensninger som påvirker pasientens valgmuligheter, livssyn etc.
3. kosthold
4. aktivitet.
5. røyking
6. alkohol.
7. narkotika.
8. dårlig arbeidsmiljø.
9. forurensning.
10. isolasjon.
11. stress.

Kartlegging av pasienters livsstil og muligheten til å kunne veilede pasienter til en endring ut ifra deres muligheter og begrensninger (Kristoffersen, 2005).

5.10 Søvn

I denne undersøkelsen brukes metoder som litteraturstudie som bygger på forskningsresultater. Hensikten var å lære hvordan helsepersonell generelt kan observere sovende pasienter, eller pasienter med sovevansker på sykehus, samt å kunne gi støtte til bedre søvnkvalitet under oppholdet. Søvn har stor innvirkning på vår livskvalitet og velbefinnende. Pasientenes søvn blir ofte forstyrret på sykehus. Faktorer som forstyrrer søvn kan deles i interne faktorer (pasientens alder, kjønn, smerteopplevelser, redsel og angst) og eksterne faktorer (støy, lys, rommets luftkvalitet og temperatur, sovestillinger, madrass og teppe). Konklusjon: Forskning viser at ca 8 timers nattesøvn øker menneskets velvære og fremmer en helende prosess fra sykdomstilstander (Honkavuo, 2002).

5.11 Sirkulasjon

Måling av blodtrykk (BT) er en av de vanligste prosedyrene sykepleierne utfører, og som de fleste oppfatter som en enkel prosedyre. Men det er mange feilkilder, og undersøkelser viser at få sykepleiere følger anbefalt regime. Flere studier viser at sykepleiere og annet helsepersonell har liten formell opplæring i hvordan de skal måle blodtrykk (5-9). I disse undersøkelsene har man sett på hvor mange som visste:

- anbefalt mansjettstørrelse,
- hvor mange mm kvikksølv (Hg) over pasientens trykk man bør pumpe opp mansjetten,
- hva som er anbefalt hastighet for utslipp av luft,
- hva som er grensen for det diastoliske trykket,
- hva Korotkoff lyder er,

- armens leie under måling,
- andre feilkilder

Studiene viste at det var manglende kunnskap om ulike sider ved blodtryksmåling hos flertallet av dem som ble spurt. Man antar at dette hovedsakelig skyldes manglende formell trening i blodtryksmåling. Før du går inn til pasienten, reflekter over diagnose, tidligere sykdommer, medikamenter, aktivitet, alder osv som kan påvirke målingene og observasjonene du skal utføre? Dette kan for eksempel være hjertesvikt, kjent hypo/hypertensjon, atrieflimmer (AF), infeksjoner, nyresvikt, BT medisiner, har pasienten nettopp vært oppe og beveget seg, engstelig osv(Holm, 1999).

5.12 Temperatur:

Denne artikkelen er en studie som setter søkelyset på om øretermometere er nøyaktig nok sammenlignet med rektaltermometere. Det er tatt utgangspunkt i to ulike infrarøde termometre: trommehinnetermometre og øregangstermometre i forhold til rektaltermometre. Det ble brukt 213 respondenter over 18 år i studiet, og hensikten var å undersøke nøyaktigheten til øregangstermometre og infrarøde trommehinnetermometre i en klinisk hverdag. Målingene ble utført ved at trommehinnetermometre og øregangstermometre ble sammenlignet med hverandre, og med den rektale temperaturen hos de samme pasientene. Undersøkelsen ble utført i oktober til desember år 2001, og i april til mai i år 2002 på Haukeland sykehus i akuttmottaket på tre ulike avdelinger. Avviket ble beregnet ved differansen mellom øretemperatur og rektaltemperatur. Trommehinne- og øregangsmålinger viste et gjennomsnitt på henholdsvis 0,5 grader og 0,2 grader lavere en rektaltemperaturen. Resultatet viste at øretemperaturmålinger og trommehinnemålinger generelt gir lavere temperatur enn rektalmålinger. Trommehinnemålinger hadde det største avviket, mens øregangsmålinger hadde mindre avvik fra rektale målinger. Konklusjonen ble at temperaturmålingene i øret i en klinisk hverdag var av så dårlig kvalitet, at rektale målinger anbefales (Nordås, Leiren og Hansen. 2005).

5.13 Obstipasjon fra lavstatus til satsingsområde i sykepleie

Årsaken til at denne artikkelen kom i stand var at det hadde blitt registrert at både personalet og pasienten hadde frustrasjoner i forbindelse med obstipasjon hos pasientene. Som en konsekvens av sykepleieres spørsmål og undring, ble det våren 1996 igangsatt et sykepleiefagelig forskningsprosjekt ved posten. Det ble gjort en spørreundersøkelse blant postens sykepleiere, det kom fram at sykepleierne opplevde postoperativ obstipasjon som et problem for pasientene, det rapporterte også at de manglet kunnskap om obstipasjon. 31 pasienter ble spurt om å være med i studien, det var 30 som besvarte. Av resultatene gikk det frem at hele 24 pasienter rapporterte postoperative obstipasjonsproblemer. Syv av disse opplevde å ha mye problemer. 5 rapportert en del problemer, mens 12 pasienter hadde litt problemer. Artikkelen setter søkelyset på obstipasjon da dette har vist seg at det neppe er det mest spennende innen sykepleiehverdagen. Artikkelen viser hvordan sykepleierne på post har jobbet med obstipasjon, og hva dette har ført til. Obstipasjon defineres på ulike måter, trolig fordi individuelle forskjeller gjør det vanskelig å skille mellom normaltilstand og patologi. Men det er noen fellestrekk som går igjen, som forlenget tarmpasasjetid, avføring sjeldnere enn 2-3 ganger ukentlig, hard, knollete avføring og vansker knyttet til defekasjonen. Det skilles mellom primær og sekunder og iatrogen (symptomer og plager som er et resultat av legens

undersøkelse eller behandling). Primær obstipasjon: kan være forårsaket av nedsatt aktivitet, for lite fiber i kosten, manglende væskeinntak, lite ro i forbindelse med toalettbesøk eller miljøskifte. Sekundær obstipasjon: skyldes ulike sykdomstilstander. Iatrogen obstipasjon: knyttes til medikamentell påvirkning av tarm. Obstipasjon forårsaker en del plager, kvalme, luft smerter, smerter ved defekasjon, oppblåst mage og nedsatt appetitt. Sykepleieres viktig rolle i forbindelse med obstipasjon, er å kunne forebygge og behandle obstipasjon på en tilfredsstillende måte, viktigheten med et tverrfaglig samarbeid. Resultatet av undersøkelsen ble at det ble satt i gang tiltak for å forbedre den manglende kunnskap om obstipasjon. Satsingsområdet ble, kompetanseheving blant sykepleierne, informasjon til pasientene, dokumentasjon, væskebalanse, kost og mobilisering, endrede tømningprosedyrer i posten og kategorisering av laksantia og faktorer vedrørende toalettforhold. Tre år med fokus på forebygging av obstipasjon ga viktige erfaringer. Et godt resultat er avhengig av at pasientens tarmfunksjon vurderes grundig, og på et tidlig tidspunkt. Pasienten selv er en viktig ressurs. Informasjon og veiledning er en viktig del. Engasjement er avgjørende for kvaliteten på den sykepleien vi gir i forbindelse med obstipasjon. Det er viktig med stadig undervisning, veiledning og debatter innad i sykepleiegruppen (Andersen, og Lønning, 1999)

5.14 Tøm urinblæra i tide

Denne artikkelen er en undersøkelse fra klinisk praksis ved postoperativ avdeling, Bærum Sykehus. I 1996 satte de i gang et prosjekt med henblikk på å få kartlagt omfanget av postoperativ urinretensjon, å de ville se på sykepleierne praksis. Postoperativ urinretensjon er en tilstand som inntreffer fem timer etter anestesi-innledning hos en pasient som ikke spontant later vannet. Det er mange årsaker til urinretensjon, endring i balansen mellom det sympatiske og parasympatiske nervesystem influerer på funksjonen til blæra og urinrøret. Sympatisk stimulering og/eller parasympatisk blokkade vil øke de urinretinerende krefter. Det som ble lagt vekt på i undersøkelsen var hva sykepleierne observerte og hvilke tiltak som ble gjort. De ble spurt hva de så etter, alle hadde med tidspunkt for siste vannlating og observasjon av spent blære. Kvalme og urolige pasienter. De ble spurt om hvilke tiltak de satte i gang, alle tilbød bekken eller flaske. Rennende vann, varm klut over symfyen og justering av sengeleie/sittestilling. Når det gjaldt engangskateterisering var det litt ulike tiltak som ble fulgt. Faren for varige skader ved overtrekk av blæremuskelen, ved urinmengde over 400 ml vil fibre i blæreveggen bli utsatt for ekstra strekk. Faren for overflow er når urinvolumet stiger over 450 ml, da stiger trykket i blæra betraktelig. Høyt trykk i blæra kan hemme blodsirkulasjonen i blæreveggen og det kan bli fare for urinveisinfeksjon. Andre konsekvenser kan være reflux av urin til urinledere og nyrebekken, i ekstreme tilfeller kan pasienten få blæreruptur. Ut i fra undersøkelsen som ble gjort ble det laget nye prosedyrer. Viss pasienten ikke gir uttrykk for vannlatningstrang, palperes og perkuterer urinblæra regelmessig, symptomer på overfylt blære og postoperativ urinretensjon kan være smerter, generell uro, blodtrykksfall og generelle sjokk-symptomer (blek, klam, kaldsvett hud) og tachycardi.. Det er viktig med sykepleiedokumentasjon. Allerede under prosjektet ble det sett endringer, sykepleieren satte mer fokus på postoperativ urinretensjon, og tok problemet på alvor (Gjertland og Helgesen, 1998).

Artikkelen ble valgt fordi det kommer tydelig frem hva som må observeres både når det gjelder avføring og urin. Disse artiklene synes vi viser hvor viktig det er å ha fokus på eliminasjon, at vi som sykepleiere må være flinke med observasjon og tiltak ved eliminasjon. Det kommer tydelig fram at mange pasienter synes de får for lite informasjon, å at vi kanskje ikke er flinke til å tilrettelegge for pasientene ved toalettbesøk. Det er viktig at vi som sykepleiere vet hvilke tiltak vi skal sette i gang for at pasienten skal få minst mulig plager og at vi vet at pasienten kan få alvorlige komplikasjoner viss de ikke får hjelp til eliminasjon.

6. Læringskort

I dette kapitlet blir læringskortene som ble det endelige resultatet av prosjektet gjengitt. Studenten har alltid kortene med seg i lommen, Kortene vil bli i A6 format og de vil bli laminert på grunn av hygien. Kortene er ment til å være en hjelp både for studenten og for daglig veileder. Vi mener at læringskortene vil bli et felles utgangspunkt for de daglige veiledere slik at studentene får mest mulig lik veiledning av de forskjellige daglige veiledere. Kortene er ikke ment som en fasit, men som er hjelpemiddel til observasjon, refleksjon og faglig utvikling. Læringskortene er ment som et hjelpemiddel til å stille gode spørsmål i ulike læresituasjoner. De daglige veilederne vil ha et utgangspunkt som de kan jobbe ut i fra med studenten og bevisstgjøre både seg selv og studenten på hva som er sentralt i forhold til observasjoner og tiltak til pasienten i forskjellige situasjoner.

6.1 Smerter

- Smerter er en subjektiv opplevelse
- Lytt til pas.
- Akutte eller kroniske smerter.
- Kultur – språk.
- Årsak til smerter
- Type smerter – Stikkende, klemmende osv.
- Dybde på smerter
- Tegn på smerter, økt resp.frekvens, svette, blek klam osv.
- Kartlegging av smerter – VAS-skala.

? Hvilke andre faktorer kan forsterke opplevelsen av smerter?

? Er pasienten adekvat smertelindret?

6.2 Væske og ernæring

- Evne til å drikke og spise selv.
- Kostvaner – måltider, mengde, matvaner.
- Ernæringstilstand.
- Diett.
- Tenner – munnstell.
- Dehydrering.
- Appetitt, sult, tørste, metthet.
- Kvalme.
- Smerter.

? Hvordan serverer du frokost?

? Får pasienten i ser nok væske og ernæring?

6.3 Respirasjon

- Frie luftveier
 - Respirasjonsbevegelser
 - Respirasjonsfrekvens, - dybde, rytme
 - Hoste – hele tiden, anfallsvis. Produktiv, tørr. Karakter – gjøende, surklende, hard
 - Ekspektorat – mengde, farge, konsistens, lukt
 - Respirasjonslyder
 - Dyspne
 - Bruk av hjelpemuskulatur
- ? Hva er viktig å tenke på når du gir O2 til en kols-pasient?
- ? Hva kan gjøres for å roe ned en pasient som opplever pustebesvær

6.4 Terminalpleie

- Se prosedyre på intranett.
- Optimal smertelindring.
- Fjerne ubehag.
- Kvalme.
- Pust, (cheyne stokes, dødsralling, vann på lungene)
- Pårørende
- Det estetiske
- Gi nærhet og trygghet
- Oppfylle pasientens ønsker så langt det lar seg gjøre.

? Når er en pasient terminal?

? Hva opplever du selv i møte med et døende menneske?

6.5 Stell av døde

- Husk nøyaktig dato og klokkeslett når døden inntraff
- Les prosedyre "Stell av døde"
- Ta med nødvendig utstyr inn

- Obs liggestilling
- Obs andre kulturers dødsrituale
- Husk å gi ut pårørendekonvolutt
- Tilby pårørende å være med å stelle
- Husk å fjerne evt. Hakebind før syning
- ? Hvordan ivareta den døde verdighet?
- ? Hvordan skape en rolig atmosfære i rommet?

6.6 Gruppelederfunksjonen

- Ha ansvar for pleieplaner for utskrivelse, henvisninger til kommunehelsetjenesten.
- Være bindeledd mellom lege og pasient.
- Ta imot rapport. Holde rapport.
- Holde oversikt over pasientavtaler
- Ajourføre kurver
- Medisinansvar, huske på riktige tider for tbl. i.v.
- Ansvar for legevisitt
- Videreformidle oppgaver fra legevisitten (delegering)
- Dokumentere fra legevisitten.
- Ha oversikt over avdelingen
- Ha ansvar for sykepleiesammenfatninger.
- Ha ansvar for kontakt med pårørende
- ? Hvordan delegere ansvar?
- ? Hvordan skaffe seg oversikt?

6.6.1 På baksiden av kortet:

De 7 r-er i legemiddelhåndtering.

Rett Pasient

Rett Legemiddel

Rett Legemiddelform

Rett Styrke

Rett Dose

Rett måte

Rett Tid

I tillegg alltid sjekk når medisinen du gir går "ut på dato", og legens ordre

6.7 Personlig hygiene

- Munnhygiene
- Redusere risiko for ingeksjon
- Ryggvask
- Negler
- Pasientens egne vaner og rutiner
- Barbering, både menn og kvinner
- ? Hva gjør du hvis pasienten ikke vil stelle seg?
- ? Hvordan fremme pasientens velvære?

6.8 Sorg

- Fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Se menneske som en helhet.
- Sorg er en naturlig reaksjon
- Krisereaksjoner.
- Pårørende
- Pasienter i sorg over å ha mistet noe.
- Kultur
- Barn som pårørende.
- ? Når kan sorg oppstå?
- ? Hvordan forholde seg til en som er i sorg. Hva sier jeg?

6.9 Sosial kontakt

- Oppnå kontakt med pasienten
- Kommunikasjon
- Omgangskrets til pasienten
- Skape tillit
- Bruke aktiv lytting
- Informasjon, Se prosedyre på medisin H1
- ? Hvordan påvirker isolasjon den sosiale kontakten til pasienten?
- ? Hva med pasienter som ikke har noen omgangskrets?

6.10 Livsstil og aktivitetsmønster

- Kultur
- Fremme aktivitet
- Hindre inaktivitet
- Angst
- Stress
- Smerter
- Søvn/hvile
- Daglige gjøremål
- Kosthold
- Rusmidler
- Utdanning/inntekt
- ? Hvorfor er det vanskelig å forandre livsstil?
- ? Hvorfor er aktivitet viktig?

6.11 Søvn/hvile

- Hvilke soverutiner har pasienten fra hjemme miljøet.
- Sengeleie, lys, luft, lukter, temperatur og lyder.
- Har pasienten lang eller kort innsovnings tid.
- Opplevelsen av nattesøvn føler pasienten seg utvilt eller sliten.
- Alder i forhold til søvn behov.
- Dyner, puter, pledd, madrass.
- Smertelindring
- Sovemedisin.
- ? Hvordan fremme god søvn?
- ? Hvordan tilrettelegge for en god hvilestilling?

6.12 Sirkulasjon

- Les prosedyre på intranett
- Observasjon av hjertets funksjon, pulsmålinger og feilkilder
- Observasjon av blodsirkulasjonen, BT-målinger og feilkilder

- Kliniske observasjoner (f.eks. cyanose, ødemer, kald, klam, varm, leggsår, hudforandringer, bevissthet).
 - Viktige observasjoner og komplikasjoner ved blodtransfusjoner.
- ? – Hvilke sykepleietiltak kan bedre dårlig sirkulasjon hos pasienten?
- ? – Hvilke senkomplikasjoner kan oppstå hos pasienten pga sirkulasjonsproblemer?
- ? – Hva er viktig å tenke over ved medisinerer av pasienter med sirkulasjonsproblem?

6.13 Temperatur

- Allmentilstanden (bevissthetsnivå, sirkulasjon, varm, kald, væske og ernæring)
 - Muskelaktivitet (frysninger, skjelvinger, bestille blodkultur)
 - Huden. (farge, kald, varm, blek, blålig, normal, gåsehud.)
 - Sjekke panne og nakke
 - Utslett.
 - Svetteing.
- ? Hva er normal kroppstemperatur?
- ? Hvorfor er det målingsavvik ved bruk av forskjellige målingsinstrumenter som øre, axille, rektalt og oralt?

6.14 Avføring

- Se prosedyrer
 - Legg merke til lukt, utseende, konsistens og mengde.
 - Toalettmonster, vaner
 - Ut på wc hvis overhode mulig
 - Antall toalettbesøk pr vakt.
- ? Hva bidrar til bedre tømning?
- ? Når bruker vi laxantia?

6.15 Urin

- Se prosedyrer
- Legg merke til lukt, utseende og mengde.
- Scanne ved behov
- Toalettmonster, vaner
- Ut på wc hvis overhode mulig

- Antall toalettbesøk pr vakt.
- ? Hva bidrar til bedre vannlating?
- ? Når bruker vi SIK og når bruker vi permanent kateter?

7. Diskusjon

Problemstillingen var: Hvordan kan læringskort bidra til refleksjon før og etter møte med pasienten for å øke sykepleiestudenters forståelse av sykepleie i sykehuspraksis? Sykepleieyrket er et praktisk yrke med mye taus kunnskap. Ifølge Hatlevik savner studentene en sammenheng mellom teori og praksis i sykepleierutdanningen. Læringskortene ble utarbeidet med tanke på at studentene gjennom refleksjon skulle se denne sammenhengen bedre. Læringskortene skulle være et felles utgangspunkt for de daglige veiledere, slik at studentene skulle få mest mulig lik veiledning av de forskjellige daglige veiledere (Hatlevik, 2018).

Handling og refleksjon sammen blir til praksis. Praksisteorien er dynamisk og den forandrer seg hele tiden etter hvert som studenten får mer kunnskap og økt forståelse. Studentene trenger konkret hjelp til å forstå hva slags kunnskap og hvilke verdier som ligger bak det man gjør eller planlegger å gjøre, samt å synliggjøre hvorfor det er slik. Dette betyr at man så langt som mulig bør etterstrebe å gjennomføre en arbeidsmåte som ivaretar refleksjonsprosessen (Handal og Lauvås, 1999). Praksisveileder og student skal møte hverandre som likeverdige parter for å ivareta refleksjonsprosessen. Det er sentralt for daglig veileder å lytte til hva studenten kommer med for å fremme refleksjon (Einarsen, 2012).

Resultatene fra gruppesamtalene viser imidlertid at de daglige veilederne hadde fått alt for liten opplæring i bruk av læringskortene. Mange av de daglige veilederne trodde at læringskortene skulle være prosedyrekort. Ingen av de daglige veilederne brukte kortene, de oppga at de ikke skjønnte nytteverdien av dem. De daglige veilederne burde ha fått opplæring i det som Stirling (2015) fant i sin forskning, nemlig at for veiledere i praksis var bruken av refleksjon nyttig for å identifisere sykepleiestudentenes styrker og svakheter og de så studentenes læringsbehov på en bedre måte. Avsatt tid til refleksjon gir både veileder og student mulighet til å utforske områder i studentenes praksis som krever endring, noe som sikrer trygg og effektiv trening. Fordelene med reflekterende praksis er at refleksjonene hjelper sykepleiestudenten til å utvikle empati (Thoresen, 2013), forbedrede beslutningsprosesser (Loso, 2013) og kritisk tenkning (Granum og Larsen, 2012). Vågan, Erichsen og Larsen (2014) fant at sykepleiestudenter er opptatt av det instrumentelle ved sykepleieutdanningen og selv ikke legger så stor vekt på refleksjon. Det kan tenkes at de daglige veilederne ikke var opptatt av refleksjon, fordi de selv ikke hadde lært dette i sin utdanning. I de medisinske avdelingene hvor utprøvingen ble gjennomført, fant daglig veileder liten tid til å reflektere sammen med studentene. De prioriterte mester-læringmetoden, men uten refleksjonen slik Handal og Lauvås mener er vesentlig for å lære. De daglige veilederne så ikke nytten av å bruke læringskortene, slik studentene så det [3]. Studentene lærer problemløsning, personlig utvikling og selv-analyse gjennom refleksjon. Resultatene fra gruppesamtalene i denne utprøvingen viser noe av det tilsvarende med positiv læringseffekt gjennom refleksjon (Shields, 1995).

Studentene brukte læringskortene og reflekterte når de var sammen i ulike læresituasjoner, ifølge resultatene. Refleksjon inkluderer kritisk analyse av følelser og kunnskap som leder til nye perspektiver på praksis. Refleksjon er forbundet med en profesjonell motivasjon til å "gå videre" og "gjøre det bedre" i praksis for å lære av erfaring og ved kritisk å undersøke forhold på egen hånd (Bulman, Lathlean og Gobbbi, 2012). Studenter forstår sine egne handlingsmønstre, det å yte omsorg og samhandling bedre gjennom selvrefleksjon (Minegishi, 2005). De daglige veilederne viste liten interesse for refleksjon sammen med studentene for å hjelpe studentene videre. Det kom frem i gruppesamtalen at de i liten grad reflekterer over egen praksis i det daglige og at de derfor ikke ser nødvendigheten av refleksjon for studentene. Daglige veiledere la vekt på at studentene skulle lære å jobbe uten å reflektere for mye over hva de gjorde og uten å stille for mange spørsmål. Samtidig var de opptatt av at studentene skulle ha gode faglige kunnskaper uten at de reflekterte over sammenhenger. Wittek argumenterer for at veiledningen må organiseres slik at studentene får hjelp

til å organisere kunnskapen de tilegner seg, for at de kan forstå hvordan praksis og teori henger sammen (Strømsø, Lycke og lauvås, 2006). Læringskortene kunne bidra til å organisere kunnskapen gjennom refleksjon ut fra gitte spørsmål. De fleste av studentene reflekterte seg imellom underveis og etter kliniske situasjoner. I lys av et sosiokulturelt læringssyn (Vygotsky, 1978) vil studentene ha nytte av å reflektere sammen med hverandre. Latham & Fahey utviklet et verktøyet for refleksjon for å hjelpe studentene til å oppdage sin kompetanse, sin faglige mestring og sine følelser (Latham, 2006). Dette er et verktøy som legger vekt på studentenes egenrefleksjon og kan være et alternativ til læringskortene. Både dette verktøyet og læringskortene kommer i tillegg til øvingsbok i praktiske studier som er en bok hvor studentene krysser av for de prosedyrene de har utført i praksis (Kydland, 2015) og i tillegg til undervisningsplan for praksis (ikke publisert).

Dersom studentene før praksis har lært seg andre metoder for refleksjon, for eksempel etter Dahl og Alsvåg (2013) skal de fortsette å reflektere på egenhånd. Læringskortene fratår ikke studentene muligheten til å bruke metoder for refleksjon de kjenner til, men styrker tvert imot bruken av kjente metoder i egenrefleksjon og i det å ta initiativ til refleksjon med daglig veileder og andre studenter.

7.1.1 Metodiske overveielser

Sykepleiestudentene og veilederne ble informert om at deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Alle ga skriftlig informert samtykke til å delta og til at materialet kunne publiseres. Alle spørreskjemaene og transkribering av opptak ble makulert, og opptakene ble slettet etter at dataene var analysert.

Utilstrekkelig planlegging og utprøving av verktøy for datasamling førte til at utviklingen av intervjuguiden for gruppesamtalene var ufullstendig slik at det ble utelatt spørsmål som gikk mer på den individuelle tilretteleggingen av læringskortene. Det er en svakhet at evalueringen bygger på svært lite materiale, slik at det har lav overføringsverdi. Derfor ble det også kun brukt frekvensanalyse uten å analysere sammenhenger (korrelasjoner) mellom variablene.

Det var mangelfull informasjon og kursing av daglige veiledere på forhånd siden de daglige veilederne ikke møtte opp på kursdagene og det ikke var laget noen skriftlige veiledere. Dette kan ha ført til lite reliable data fra veiledere, som ikke kjente hensikten med læringskort.

En mulig forklaring på høy svarprosent på spørreundersøkelsen kan være at studentene syntes de måtte svare siden de kom til å bli evaluert av daglige veiledere og lærer etter fullført praksis. Det kan være et etisk dilemma at deltagelsen ikke ble opplevd som helt frivillig siden det var hovedveileder og lærerveileder som driftet prosjektet. Noen studenter kan også ha oppgitt et overdrevet positivt svar av samme grunn. Det er en svakhet i studien at det ikke ble hentet inn data i forhold til tidsaspektet før og etter møte med pasienten. Spørreskjemaet kunne hatt et spørsmål om læringskortene ble brukt før eller etter møtet med pasientene for å få avdekket om læringskortene ble brukt som en forberedelse til møtet med pasienten eller til refleksjon etter møtet.

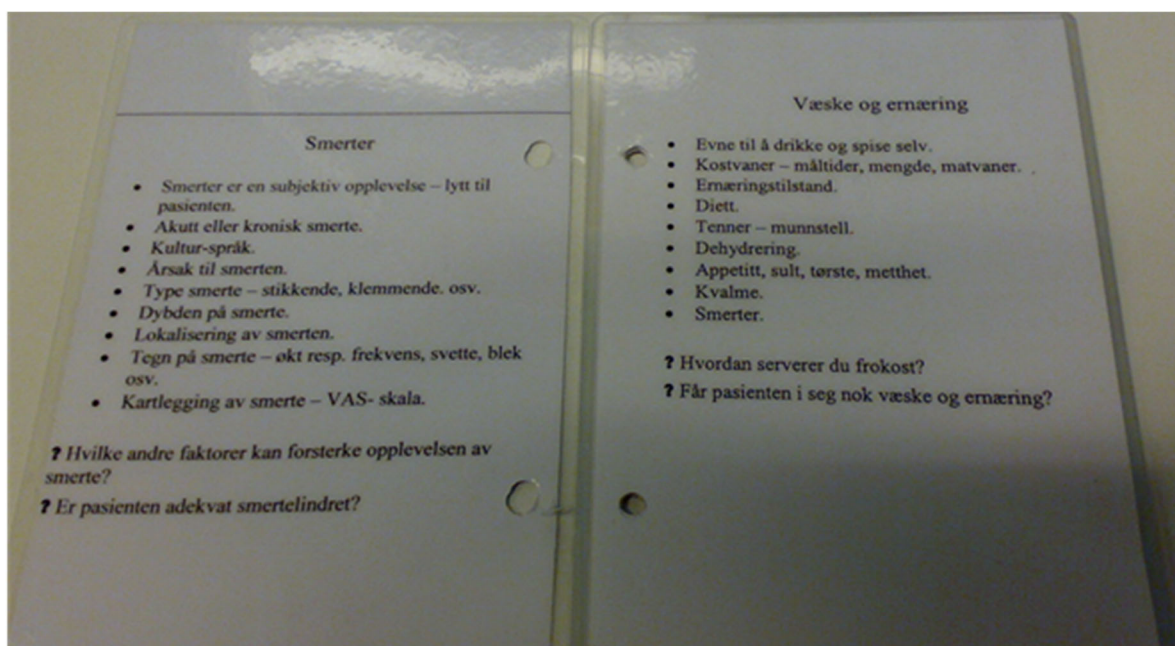
8. Læringskortene

Læringskortene ble utarbeidet i samarbeid med hele gruppen. Studenten hadde skrevet ned forslag som ble diskutert og gruppen kom frem til det vi mener er gode læringskort. Vi valgte å laminere kortene av hygieniske årsaker. Vi laget kortene i A6-format slik at de passet i lommen på sykepleieuniformen. Vi hullet hvert kort og satte inn ringer gjennom alle sidene slik at det ble et hefte. Lamineringen gjør at det blir lett å bla i heftet.

Kolbs lærings sirkel kan brukes både av daglige veileder og av studentene for å reflektere over handlinger og situasjoner de har erfart. Det ideelle ville være at begge kunne reflektere sammen, men i en travel hverdag kan dette synes vanskelig. Vi mener derfor at det er viktig at både studenten og daglig veileder noterer ned noen refleksjoner etter samme mal for så å sette seg ned og reflektere sammen når det er tid. Vi har derfor valgt å ha denne på forsiden av kortene (bilde 7.0).



Bilde 7.0 Forsiden på læringskortene



Bilde 7.1 Side 2 og 3 av læringskortene.

Bilde 7.0 og 7.1 viser hvordan de ferdige læringskortene vil se ut. De vil bli bundet sammen med kjetting for å lette renholdet og for at de skal bli lette å bla i.

En kopi av progresjonsstigen fra Høgskolen i Gjøvik ble brukt som mal for progresjonskortet. Studentene fant forsknings eller fagartikler om det temaet de hadde valgt og de skrev et referat fra artikkelen.

8.1 Gjennomføring av prosjektplanen

Prosjektet ble gjennomført inne tidsrammen som var fra januar 2008 til Desember 2009.

8.2 Veien videre

Kull 119 ved Høgskolen i Hedmark vil bli det første sykepleiestudentkullet som tar i bruk læringskortene. Evalueringen viser at det må en revidering av kortene og en bevisstgjøring av daglige veiledere til for at dette skal bli et verktøy som alle kan ha nytte av. Studentene evaluerte læringskortene som et godt verktøy for refleksjon og ønsket å bruke disse til å reflektere sammen med daglige veiledere. Læringskortene må brukes flere ganger og vi må lage en veileder til de daglige veilederne før vi igjen evaluerer læringskortene.

Litteraturliste

LITTERATURLISTE

- Andersen, T., Marit Andersen, M. og Lønning, K. (1999). *Tøm urinblæra i tide*. Sykepleien.
- Berntsen S B (2004). *Kroniske smerter og livskvalitet*. Sykepleien nr 17. Lokalisert 22.02 2008. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1074&categoryID=40>
- Bulman, C., Lathlean, J., & Gobbi, M. (2012). *The concept of reflection in nursing: Qualitative findings on student and teacher perspectives*. Nurse education today, 32(5), e8-e13.
- Dahl, H., & Alvsvåg, H. (2013). Å fremme studenters evne til refleksjon—en pedagogisk utfordring. Uniped, 36(03), 32-45.
- Eide, T. (2003) *Om kommunikasjon*. Sykepleien, <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=891>
- Einarsen, K. A. (2012). *Om refleksjon i sykepleierstudenters praksisstudier*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fnla.brage.unin.no%2Fna-xmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F11250%2F172089%2FKari%2520Anne%2520Einarsen%2520C%2520Ojuli%252012%2520pdf.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&clen=1813539
- Eriksson, B.G.K. (2016). *Att utvärdera välfärdsarbete*. Malmö Gleerups
- Foss, B. (2004) *Eldreomsorg: Faglige verdier som grunnlag for ledelse*. Tidsskrift for Norsk sykepleierforbund. 5/2004 <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=973&categoryID=43/>
- Gjertland, A. og Helgesen, J. (1998). *Obstipasjon fra lavstatus til satsingsområde i sykepleie*. Sykepleien nr. 21
- Granum, V., Opsal, G. og Solvoll B. A(2012). *Hva kjennetegner kritisk tenkning?* chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Foda.oslomet.no%2Foda-xmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F10642%2F1471%2F835784org.pdf%3Fsequence%3D1&clen=719142
- Handal, G. og Lauvås, P. (1999). *På egne vilkår*. Cappelen Akademisk Forlag
- Hatlevik, I. K. R. (2018). *Transformativ læring*. Uniped, 41(4), 384-400. <https://doi.org/10.18261/issn.1893-8981-2018-04-02> E
- Helse og sosialdepartementet. (1999). *Livshjelp*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-2/11.html?id=141471>
- Holm, S. G., (1999). *Feil prosedyre er vanligst*. Sykepleien nr. 8. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=360&categoryID=41>
- Honkavuo, L. (2002). *Søvn på sykehus*. Sykepleien 21. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=823&categoryID=58>
- Høye, I. (2000) *En medvandrer gjennom sorgen*, Tidsskrift for Den norske Legeforening, 30. http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=237879
- Kydland, A.G. (2015). *Øvingsbok til hjelp i praktiske studier*. Høgskolen i Hedmark.
- Latham, C. L., & Fahey, L. J. (2006). Novice to expert advanced practice nurse role transition: guided student self-reflection. Journal of Nursing Education, 45(1), 46-48.

- Loso, A. H. (2013). *Systematisk observasjon er viktig*. <https://sykepleien.no/2013/12/systematisk-observasjon-er-viktig>
- Lundman, B. og Granerud U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär og B. Höglund-Nielsen (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteraturen.
- Kirchhoff, J.W. (2006). *Fysisk aktivitet blant eldre*. Sykepleien Forskning 01. Lokalisert 18.05.08. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=12814&categoryID=1818>
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (2005), *Grunnleggende sykepleie*. Gyldendal akademisk
- Minegishi, H. (2005). *Illuminating the Patterning of Experience of Student Nurse To Learn Cancer Nursing:Self-Reflection Based on Dialogue-Journal-Integrated Educational Approach Within Rogers' Model*. Int J Hum Caring(2), 111-111. doi:10.20467/1091-5710.9.2.111
- Mossin, S.(1999) *Kroniske smerter og krav til mestring*. Sykepleien nr 13/1999. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=390&categoryID=40>
- Nordås,T., Leiren, S. og Hansen, K. (2005). *Kan øretemperaturmåling brukes i sykehus?* Tidsskrift for Norsk Lægeförening 125:2763-5
- Pasienthåndboka (2008). *Å dele en krise i livet - Praktiske råd*. www.pasienthandboka.no/asp.asp?print=true
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold*. Fagbokforlaget.
- Shields, E. (1995). Reflection and learning in student nurses. Nurse Education Today, 15(6), 452-458.
- Sjukvårdsrådgivningen, (2006). *Att förlora sin livspartner på äldre dar*. www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=22608
- Stenseth,B og Tolsby, H, 2002. *Prosessen*. <http://www.ia.hiof.no/~borres/nymet/pages/iterasjon.html>
- Strømsø, H. Lycke, K. H. og Lauvås, P. (2006). *Når læring er det viktigste*. Cappelen Akademiske Forlag
- Stirling, L. (2015). Students' and tutors' perceptions of the use of reflection in post-registration nurse education. Community Practitioner, 88(4).
- Shields, E. (1995). Reflection and learning in student nurses. Nurse Education Today, 15(6), 452-458.
- Sørbye, L. W., (2000). *Omsorg for døende gjennom 20år*. Tidsskrift for Norsk Sykepleierforbund. - <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=526&categoryID=50/>
- Thoresen, L. (2008). *Empati og intersubjektivitet: En studie av hospicesykepleie*. Avhandling. Oslo: Det teologiske fakultet.
- Vendorg, A. (2008). *Sygeplejestuderende mangler erfaring med døende patienter*. Sygeplejersken.. <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=16707>
- Vindafjord Kommune,(2004).*Veneflon*. <http://vkk.appframe.no/?Item=b1b7d947-239e-490b-a960-2ea8182d32cd>
- Vygotsky, I., Mind end Society. (1978). *The development og higher psychological processer*. M.A: Harvard University Press.
- Vågan, A., & Larsen, K. (2014). En mixed methods studie: Sykepleierstudenters syn på kunnskap og læring. Sykepleien Forskning, 2, 175-181.
- Øverbø N L. Eckoff M R. Dihle A. (2006). *Hvor gjør det vondt?* Sykepleien nr 3/2006. <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1315&categoryID=22>
- Aagaard, H., (2005). *Ernæring nedprioriteres ofte* <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1283&categoryID=26>

Aamli. K (2007) *Smertefulle sår*. forskning.no

http://www.forskning.no/Artikler/2007/september/1189516097.76/artikkel_print

Vedlegg

Vedlegg 1

DAGLIG VEILEDERS ANSVAR.

Daglig veileder er fast ansatt sykepleier i avdelingen. Daglig veileder har ansvar for å gi studenter veiledning og evaluering i forhold til de situasjoner hvor sykepleieren går sammen med studenten. Daglig veileder skal utfordre studentene til å reflektere og begrunne sine sykepleiehandlinger.

Daglig veileder kan følge studenten på enkeltvakter eller over lengre perioder av studentens praksisperiode. Daglig veileder har ansvar for å samarbeide med hovedveileder og registrere dersom studenten har fravær. Det er spesielt viktig at daglig veileder opplyser hovedveileder om studentens læring.

Dersom det avdekkes spesiell behov eller problem hos studenten er det viktig at daglig veileder tar kontakt med hovedveileder og lærer med en gang. Daglig veileder har krav på veiledning av lærer ved behov.

Hovedveiledermodellen for veiledning av sykepleiestudenter er innført på praksisstedene ved Sykehuset Innlandet, Hamar. Vi så behov for læringskort for refleksjon for å lette veilederfunksjonen til de daglige veilederne. For å utarbeide kortene satte vi i gang med å finne fagstoff som kunne brukes til innholdet i kortene. Sykepleiestudentene som var i praksis på to av avdelingene ble involvert i prosjektet og var med å velge tema for de ulike kortene. De var med og fant fagstoff også.

Vi gjennomførte to intervju med studenter og ansatte ved sykehuset og vi gjennomførte en spørreundersøkelse blant studentene. Resultatene fra intervjuene og spørreundersøkelsen ble at studentene likte læringskortene godt, men at de ansatte ikke helt så nytten av dem.

Bakgrunn: Det er nødvendig å utvikle sykepleierstudentens evne til å reflektere i praksis for å sikre at de som framtidige sykepleiere kan ta selvstendige beslutninger basert på kunnskap sammen med tidligere erfaringer. Det er pr. dato mangler på verktøy for refleksjon i praksis. Av denne grunn ble et slikt verktøy utviklet i samarbeid mellom universitet/ høgskole og et sykehus i Norge.

Mål: Målet med prosjektet var å finne ut hva som er gode læresituasjoner og hvordan skal vi gjennomføre dem. Målet med studien var å finne ut om læringskortene som ble utviklet oppfylte sin hensikt.

Design: Det ble gjennomført en kvantitativ undersøkelse med et evalueringsdesign og i tillegg en kvalitativ undersøkelse i form av to gruppeintervjuer for å innhente ytterligere informasjon.

Resultater: Det var tilfredsstillende svarprosent både på den kvantitative og kvalitative undersøkelsen. De fleste sykepleiestudentene brukte verktøy for refleksjon og syntes det var nyttig. Resultatet av gruppediskusjoner var at daglige veiledere manglet opplæring i bruk av verktøyet. Konklusjon: Hvis dette verktøyet skal benyttes som en hjelp til sykepleiestudentene for å kunne reflektere i praksis sammen med de daglige veilederne, må verktøyet videreutvikles og forbedres.

Det er nødvendig å gi opplæring til de som skal bruke verktøyet.