



Rapport:

## Medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten

*«Jeg har følt at jeg er en del av dem, ikke studenten til den sykepleieren»*

Førstelektor Grethe Bøgh Næss  
Førstelektor Berit Mosseng Sjølie  
Universitetslektor Hege Roksvåg Nygård



## Forord

Hensikten med prosjektet var å prøve ut medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten, med sikte på en fast ordning i en nett- og samlingsbasert bachelorutdanning i sykepleie.

Statsforvalteren i Trøndelag og Statsforvalteren i Nordland har finansiert dette prosjektet som et delprosjekt i det overordnede prosjektet "Sykepleier i Nord", ved Nord universitet.

Det er mange som har bidratt i gjennomføringen av dette prosjektet. Derfor vil vi rette en stor takk til

- De fire kommunene som aktivt har samarbeidet med Nord universitet om det pedagogiske opplegget for studentene som fikk sine medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten: Sortland, Meløy, Hattfjelldal og Indre Fosen. Takk for gode opplegg, god praksisveiledning og ikke minst takk for engasjement og motivasjon under hele prosjektperioden.
- KS – Jobbvinner ved Sissel Kvam og Karine Lee Blomstrøm for nært samarbeid om gjennomføring av "Erfaringsnettverket". Takk for kreative innspill, erfaringer, diskusjoner og koplinger til andre prosjekter. For deltakerne i prosjektet har deres innspill og opplegg for møtene hatt stor verdi.
- Kollega Amalie Nilsen Hagen for uvurderlig hjelp med utvikling av spørreskjema. Ditt humør og engasjement ga oss energi.
- Sykepleierne Ida Førde og Nathalie Stavrum ved Helse Nord-Trøndelag, for å gi oss god innsikt i medisinske praksisstudier i spesialisthelsetjenesten, og som sammen med våre kollegaer Beate Stavseth og Ellen Einvold Vestgøte ga oss konstruktive innspill på Aktivitetskortene.

Til slutt – og ikke minst: Tusen takk til dere studenter som så velvillig stilte opp i prosjektet. På tross av noe skepsis i utgangspunktet, så erfarte dere at dere lærte mye. Deres positive innstilling og aktive deltakelse under praksisstudiene bidro også til det. Lykke til i videre praksisperioder!

Prosjektet er vurdert av SIKT 19.12.2022 (prosjekt 794860).

Namsos / Leknes i Lofoten / Levanger, 24.10. 2024

Grethe Bøgh Næss

Berit Mosseng Sjølie

Hege Roksvåg Nygård

# Sammendrag

**Hensikt:** Utprøving av medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten for studenter i bachelor i sykepleie

**Deltakere i prosjektet:** Fire kommuner i Nordland og Trøndelag, Nord universitet og KS - Jobbvinner. Studenter ved Bachelor i sykepleie, regional 4-årig nett- og samlingsbasert studium ved Nord universitet har deltatt i utprøvingen.

**Bakgrunn:** Norske kommuners tilbud om døgntilbud for pasienter med behov for akutt helsehjelp har åpnet for nye læringsarena for studenter i praksisstudier. Nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning har åpnet for medisinske praksisstudier utenfor spesialisthelsetjenesten. Nord universitet har spesifikt rekruttert studenter med regional tilknytning for å øke sykepleierdekningen i distriktskommuner i Nordland og Trøndelag. Prosjektet undersøkte om det var mulig og forsvarlig å etablere medisinske praksisstudier på praksisarenaer i kommunehelsetjenestene.

**Forskningsspørsmål:** Hvilke faktorer må være til stede for at studenter i bachelor i sykepleie skal oppnå læringsutbytter i medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten på lik linje med medisinske praksisstudier i spesialisthelsetjenesten?

**Metode:** Prosjektet hadde aksjonsforskningsdesign med fokus rettet mot handlinger og forskning på disse handlingene. Planlegging foregikk i et erfaringsnettverk der idéer og erfaringer ble delt mellom deltakere fra kommunene og forskerne. Utprøving av tiltak foregikk for to studentkull med totalt 10 studenter i tre perioder med praksisstudier. Tiltak ble fulgt opp etter hver periode gjennom innsamling av data fra dybdeintervju med studenter, praksisveiledere, ledere i kommunene og aktuelle praksislærere, og fra en spørreundersøkelse til alle studenter som hadde medisinske praksisstudier i samme tidsrom. Resultater ble underlagt refleksjon, ny planlegging, evaluering og oppfølging av forskerne. Deltakere på erfaringsnettverk bidro med innspill. Innsamlet datamateriale ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.

**Resultater:** Analysen avdekket sentrale faktorer som bidro til at studentene oppnådde læringsutbytter i medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten, 1) Studenten var plassert i en reell korttidsavdeling med akutt plasser som sin basisavdeling, og med andre relevante læringsarenaer i kommunen som supplement. 2) Planleggingsperioden bar preg av å bli kjent med læringsutbytter, identifisering av lærings situasjoner, tett samarbeid mellom kommunene og Nord universitet, og tydelig forankring av praksisstudiene i egen avdeling. 3) Praksisveilederens ansvar for å fasilitere læringsprosessen for studenten, ble fremhevet som en betydningsfull faktor, der erfaring, engasjement og faglig stolthet fremheves. 4) Studenten opplevelse av deltagelse i praksisfellesskapet på praksisplassen, der det å få og ta ansvar i trygge rammer, med en god relasjon mellom student og praksisfellesskap var sentralt.

**Konklusjon:** Analysene av datamaterialet viste sentrale faktorer som bidro til at studentene oppnådde læringsutbytter i medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten. Medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten kan derfor anbefales som en permanent ordning, når gitte kriterier oppfylles. Studentene må tilknyttes en KAD-avdeling som basisavdeling, med aktuelle praksisarenaer som supplement. Praksisperioden må planlegges målrettet og i god tid. Informasjonsmateriell om hver praksisplass må utvikles og distribueres til student og praksislærer før oppstart. Læringsprosessene før og underveis i praksisperioden må fasiliteres av praksisveilederen.

Sammendrag .....	2
1 Introduksjon .....	5
1.1    Bakgrunn .....	5
1.2    Tidligere erfaringer med medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten.....	5
1.3    Hensikten med prosjektet.....	6
1.3.1    Forventede resultater .....	6
1.3.2    Forskningsspørsmål .....	6
1.4    Organisering og finansiering av prosjektet .....	6
2 Metode .....	7
2.1    Utvalg.....	7
2.2    Forskningsdesign.....	7
2.3    Datainnsamling .....	8
2.4    Analysemetode .....	9
2.5    Ethiske vurderinger .....	9
3 Planleggingsprosessen.....	10
4 Erfaringsnettverket.....	11
5 Resultater og diskusjon .....	11
5.1    Evaluering etter første gjennomføring (syklus 1) .....	11
5.1.1    Refleksjoner – endringer før syklus 2 .....	12
5.2    Resultater etter andre og tredje gjennomføring (syklus 2 og 3) .....	13
5.3    Studentenes læringsprosess i praksisstudiene .....	13
5.3.1    Hva har studentene lært? .....	14
5.3.2    Fokus på medisinsk sykepleie .....	15
5.3.3    Utvikling av vurderingskompetanse – fra prosedyrer til helhet.....	17

5.3.4	Studentrollen – om å bli gitt og ta ansvar .....	19
5.3.5	Praksisveilederrollen – den mer kompetente andre .....	20
5.3.6	Praksislærer – en trygghet i bakhånd .....	22
5.3.7	Aktivitetskort som pedagogisk verktøy .....	23
5.4	Organisering og struktur .....	25
5.4.1	Planlegging – en prosess for struktur og læringsaktivitet .....	25
5.4.2	Samarbeid for idemyldring og eierskap .....	28
5.4.3	Veksling mellom ulike læringsarena .....	29
5.5	Våre råd for implementering av medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenestene ...	30
5.5.1	Korttidsavdeling med KAD-plasser som studentens basis for praksisstudiene.....	30
5.5.2	Planlegging av praksisperioden .....	31
5.5.3	Informasjon .....	32
5.5.4	Praksisveilederens betydning.....	33
5.5.5	Å studere i egen hjemkommune .....	33
6	Oppsummering og konklusjon .....	34
	Referanser .....	35
	Vedlegg.....	37
	Vedlegg 1. Intervjuguider .....	37
	Vedlegg 2 Spørreskjema .....	42
	Vedlegg 3 Aktivitetskort. Eksempler .....	49

# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn

Oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten de senere år har gjort at kommunene har overtatt mange spesialiserte oppgaver som tidligere kun ble gjennomført i sykehusene. Alle kommuner skal nå ha et tilbud om «akutt plasser» som tilbyr tjenester med legetjeneste 24/7 (1).

Høsten 2021 tok Nord universitet opp studenter til en regional deltidsutdanning i sykepleie, med vekt på digital tilrettelegging. Nedslagsfeltet for søkere til utdanningen var 64 kommuner fra nordre del av Trøndelag og Nordland. Hensikt var å tilrettelegge for og rekruttere lokale søkere som ellers ikke ville søkt ordinære studieplasser, og slik øke rekruttering av sykepleiere til distriktene i Nord universitets nedslagsfelt. Det ble lagt vekt på tilrettelegging for praksisplasser nært der studentene bodde. Til det trengs flere praksisplasser, som en nøkkelfaktor for å lykkes (2).

Sykepleierutdanningen har så langt vært tradisjonell i tenkning rundt hvilke praksisarenaer som benyttes, ut fra læringsutbytter. Det er blitt sett på som en selvfølge at medisinsk og kirurgisk praksis har vært knyttet til spesialisthelsetjenesten; sykehusene. Oppgaveforskyvningen som er skjedd i helsetjenesten de siste 5-10 årene gjør det naturlig å tenke nytt.

I Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (3) står det beskrevet om praksisstudier: "For å sikre kvalitet og kontinuitet skal praksisstudiene ha minimum to perioder av minst syv ukers varighet, hvorav én periode skal være i kommunale helse- og omsorgstjenester og én periode i spesialisthelsetjenesten". Det var altså ikke lenger krav om to praksisperioder i sykehus (medisinsk avdeling og kirurgisk avdeling), og det åpnet opp for å kunne bruke kommunehelsetjenesten som arena for medisinske praksisstudier. Helsedirektoratet (4) sa i sin rapport "Praksis i kommunene" at det er viktig at utdanning og praksis må være framtidsrettet og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov. I denne sammenhengen peker de på læringsmuligheter i KAD-avdelinger og på fastlegekontor.

## 1.2 Tidligere erfaringer med medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten

I Norge er det tidligere gjort forsøk med å gjennomføre medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten. Nordhus, Skagøy og Alnes (5) prøvde ut medisinske praksisstudier i det de kalte "forsterket sykehjemsavdeling" i 2016-2017. Deres erfaringer var positive med hensyn til oppnåelse av læringsutbytter, forutsatt egnede sykehjemsenheter og tett samarbeid på ulike nivåer. Trysil kommune, sammen med Høgskolen i Innlandet, gjorde positive erfaringer med at studentene fikk gjennomført medisinsk praksis ved korttidsavdelingen ved Trysil sykehjem fra 2017 (6). Studentene vurderte sitt læringsutbytte som svært godt, på tross av at de var skeptiske i utgangspunktet. De beskriver spennende læringssituasjoner, de fikk delta på en mer aktiv måte enn ved sykehuset (var færre studenter på samme avdeling), og de opplevde et engasjert personale og at de ble lyttet til. Avdelingen studentene var knyttet til beskrev også positive ringvirkninger for faglig engasjement og faglig utvikling i avdelingen.

Siden 2016 har alle kommuner hatt et tilbud om heldøgns medisinsk akuttberedskap, såkalte KAD-plasser<sup>1</sup>. Dette prosjektet tok sikte på å utforske nærmere om det kunne ligge til rette for at medisinske praksisstudier kunne gjennomføres i flere kommuner, og var særlig opptatt av om det var spesielle forutsetninger som hadde betydning for forsvarlige medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten.

## 1.3 Hensikten med prosjektet

Den overordnede hensikten med dette prosjektet har vært å etablere kommunehelsetjenesten som fast praksisarena for medisinsk praksis, i tillegg til i spesialisthelsetjenesten. Gjennom dette, har det vært et delmål å prøve ut medisinsk praksis på praksisarenaer utenfor sykehus, for å gjøre erfaringer på om dette er mulig og forsvarlig, sett fra både studentens, praksisfeltets og utdanningens ståsted.

### 1.3.1 Forventede resultater

Forventede resultat har vært å etablere flere praksisplasser i medisinsk praksis i nærheten til der studenter i distriktskommunene bor, og å utjevne flaskehalsen i praksisfordeling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg var det et ønske om å skissere en modell for praksisstudier overførbare for andre kommuner.

### 1.3.2 Forskningsspørsmål

Hvilke faktorer må være til stede for at studenter i bachelor i sykepleie skal oppnå læringsutbytter i medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten på lik linje med medisinske praksisstudier i spesialisthelsetjenesten?

## 1.4 Organisering og finansiering av prosjektet

Prosjektet var et delprosjekt under samarbeidsprosjektet «Sykepleier i Nord». Nord universitet, kommuner, fylker, sykehus, og fagorganisasjoner jobber der strategisk for å kvalifisere, rekruttere, utdanne og beholde sykepleiere i Nordland og nordre Trøndelag. Referansegruppen for «Sykepleier i Nord» var referansegruppe også for dette prosjektet. Statsforvalteren i Nordland og statsforvalteren i Trøndelag har finansiert prosjektet.

Tre personer har utgjort prosjektgruppe for Medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten:

- Prosjektleder: Førstelektor Grethe Bøgh Næss
- Prosjektmedarbeider: Universitetslektor Hege Roksvåg Nygård
- Studieleder for Bachelor i sykepleie, regional nett- og samlingsbasert studium: Førstelektor Berit Mosseng Sjølie

---

<sup>1</sup> Det brukes ulike uttrykk og forkortelser om kommunenes døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Ved ikrafttredelsen av Helse – omsorgstjenesteloven, §3-5, ble dette tilbudet først kalt *kommunal akutt døgnenhet*, forkortet KAD. Denne rapporten bruker dette begrepet. Andre begrep om samme tilbud kan være ØHD (*øyeblikkelig hjelp døgnopphold*), KØH (*kommunal øyeblikkelig hjelp*), KØHD (*kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold*), mens IKAD og IKØH brukes i interkommunale samarbeid.

Prosjektet har rapportert til prosjektgruppen for «Digitalisert modell». Her har også statsforvalterne vært representert.

Prosjektet har hatt tilknyttet ressurspersoner, som har bistått med råd og innspill ved behov før og underveis i prosjektet. Disse ressurspersonene er rekruttert fra:

- Ansatte i medisinsk avdeling sykehus
- To vitenskapelig ansatte

I hver enkelt kommune har en hovedansvarlig kontaktperson hatt ansvar for å lede planleggingen i egen kommune. Kommunen selv har vurdert behovet for å involvere personer i arbeidsgruppen.

## 2 Metode

### 2.1 Utvalg

Medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten er prøvd ut for deltidsstudenter som startet opp sitt studium ved Nord universitet høsten 2021. Disse studentene er tatt opp gjennom regionale opptak og er hjemmehørende i en av Nord universitets regioner (Innherred/Fosen, Namdalen, Helgeland, Salten, Lofoten/Vesterålen). Gjennomføringen av prosjektet og utprøvingen var opprinnelig planlagt til to 8-ukers praksisperioder, en for våren 2023, en for høsten 2023. Av ulike grunner falt noen av studentene av underveis i planleggingsperioden. Det ble derfor bestemt å videreføre pilotutprøving for en ny gruppe studenter våren 2024 (fra påfølgende kull).

Fire kommuner har deltatt i planlegging, utvikling og utprøving av metoden:

- Indre Fosen (5 studenter; 2 studenter vår -23, 3 studenter vår -24)
- Hattfjelldal (Opprinnelig planlagt 1 student, men planen ble endret underveis). Hattfjelldal deltok likevel i planleggingsarbeidet.
- Meløy (2 studenter, høst -23)
- Sortland (3 studenter; 1 student vår-23, 2 studenter høst -23)

For å utvikle et godt grunnlag for studentene å oppnå læringsutbyttene, ble det lagt opp til et tett samarbeid mellom aktuell kommune og avdeling, og representant fra universitetet. Kommunene utarbeidet en «strukturplan» der praksisperioden var inndelt i læring i basisavdeling og andre læringsarenaer, blant annet legekontor. Noen kommuner la også inn praksisstudier hos diabetessykepleier, kreftsykepleier, ved dialyseenhet.

Sammen med KS -Jobbvinner ble det i tillegg prøvd ut et «erfaringsnettverk» i utviklings- og utprøvingsperioden. Hensikten var å gi deltagerne faglig påfyll, dele erfaringer på tvers av kommuner, og få støtte til å gjennomføre praksisstudier i medisinsk sykepleie på best mulig måte.

### 2.2 Forskningsdesign

Prosjektet hadde aksjonsforskningsdesign. Aksjonsforskning er en samlebetegnelse på mange retninger med ulike overbyggende tradisjoner eller fokus, men i all aksjonsforskning er fokus rettet både mot handlinger og mot forskning på disse handlingene (7). Aksjonsforskning som begrep ble introdusert av sosialpsykologen Kurt Lewin, som beskrev aksjonsforskning som flere sykluser som



hver består av fire faser: a) Tiltak planlegges ut fra idéer og tidligere erfaring, b) planlagte tiltak iverksettes, c) tiltak følges opp av feltobservasjon og datainnsamling, og d) resultatet blir gjenstand for refleksjon, planlegging, evaluering og oppfølging (8).

I dette prosjektet var det innhold, struktur og pedagogiske verktøy for medisinsk praksis som ble utviklet gjennom planleggingsfasen. Dette ble prøvd ut gjennom tre praksisperioder (tre sykluser), vår og høst 2023, og vår 2024. Etter første gjennomføring ble den fulgt opp gjennom datainnsamling (intervju med studenter, lærer, praksisveileder, samt spørreskjemaundersøkelse til studentene). Dette ble igjen gjenstand for refleksjon om behov for endringer i andre syklus (høsten 2023,) og ble gjentatt før tredje syklus våren 2024).

## 2.3 Datainnsamling

**Studenter:** Det ble gjennomført to samtaler med studenter som har deltatt:

- Før praksisperioden (oktober 2022). Fokus: Tanker – forventninger - motivasjon for praksis i kommunehelsetjenesten. Fokusgruppeintervju (Vedlegg 1; alle intervjuguider)
- Etter praksisperioden (juni 2023 og desember 2023): Fokus: Erfaringer fra medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten (læringsutbytter). Fokusgruppeintervju (Vedlegg 1; alle intervjuguider).
- Etter gjennomføring av en tredje syklus (juni 2024) var det behov for spesielt å undersøke erfaringer med medisinske praksisstudier i korttidsavdeling som ikke hadde KAD-plasser. Dybdeintervju med en student via teams (Vedlegg 1; alle intervjuguider).

I tillegg besvarte studentene et spørreskjema (Vedlegg 2) med detaljert liste over oppgaver og prosedyrer de hadde deltatt på gjennom praksisperioden. Medstudenter som hadde sine medisinske praksisstudier i spesialisthelsetjenesten, ble også invitert til å fylle ut samme skjema. Dette for å sammenligne de to gruppene.

**Kommunens ansatte:** Det ble etter første utprøving (våren 2023) gjennomført intervjuer i hver kommune, med ansatte som har deltatt i veiledning av studentene. I utgangspunktet var intervjuene med praksisveiledere planlagt som fokusgruppeintervju, men grunnet uforutsett hendelse i en kommune, ble det gjennomført individuelle intervju i denne kommunen (Vedlegg 1; alle intervjuguider).

**Praksislærere:** Etter hver gjennomført praksisperiode ble det gjennomført fokusgruppeintervju med de lærerne som var ansvarlig lærer for studentene gjennom praksisperioden. Disse lærerne hadde erfaring med oppfølging av studenter i medisinsk praksis i spesialisthelsetjenesten (Vedlegg 1; alle intervjuguider).

I evaluering av syklus 1 var det fokus på behov for endringer før 2. gangs gjennomføring, i tillegg til spørsmål som kunne svare på hovedhensikt. Etter syklus 2 ble det gjort en begrenset datainnsamling for å sikre gode svar på kriterier for å kunne anbefale medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten. I syklus tre hadde en student sine praksisstudier i en korttidsavdeling som ikke hadde KAD-plasser. I tillegg til studentens erfaringer, ble praksislærers erfaringer med denne type basisavdeling innhentet gjennom intervju.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert.

## 2.4 Analysemetode

Etter første gjennomføring (syklus 1, vår 2023) leste vi gjennom de transkriberte intervjuene med studenter, med lærere, med praksisveiledere og med ledere for å identifisere behov for endringer før gjennomføring av syklus 2 (høst 2023). Våre funn ble så diskutert og utdypet i møtet i erfaringsnettverket med kommunene, september 2023. Hensikten med dette var validering av funn, samt erfaringsdeling fra de kommunene som deltok i syklus 1, til den nye kommunen som skulle delta i syklus 2.

Etter syklus to ble hele datamaterialet analysert ved hjelp av tematisk analyse. Ifølge Johannessen et. al (9) kan tematiske analyse gjennomføres i fire steg: 1) *forberedelse* som handler om å skaffe til veie og få oversikt over datagrunnlaget for undersøkelsen, 2) *koding* som handler om å fremheve og sette ord på de viktige poengene i datagrunnlaget, 3) *kategorisering* som handler om å sortere kodene i mer overordnede og generelle temaer, og 4) *rapportering* som handler om å presentere temaene og innholdet i temaene. Johannessen et. al (9) sin firestegs modell er en forenklet og justert versjon av Braun og Clarke (10) sin beskrivelse av tematisk analyse.

## 2.5 Ethiske vurderinger

Både i rekruttering og gjennomføring av datainnsamling ble det tatt etiske hensyn. Målet var at deltakerne i studien skulle være fri til å delta og komme med sine ærlige erfaringer, uten å bli påvirket i noen bestemt retning.

Spesielt var dette viktig overfor studentene, der maktforholdet mellom forsker (universitet) og student i utgangspunktet er ulikt. Studenten er i et avhengighetsforhold til universitetet, og kan lettere oppleve press til deltakelse eller til å skulle mene det som kan oppfattes å passe forskeren best. Studentene som deltok i utprøvingen av medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten, var også i en eksamen som skulle vurderes til bestått. Dette kan også påvirke studenten til å være tilbakeholden med kritikk av læringstilbudet de har fått gjennom denne praksisperioden.

I prosjektet ble det tatt hensyn til dette gjennom å være tydelig på frivillighet, og at det var et helt klart skille mellom de som deltok i vurderingen av studentene og de som innhentet data i intervjuene. Dette ble tydelig orientert om ved oppstart av hvert av intervjuene.

Også i forholdet til ansatte i kommunehelsetjenesten og til fagansatte kan det være ulike maktforhold og bindinger som kan påvirke svarene deres. Prosjektet ble svært godt mottatt blant de kommunene som sa seg villig til å delta. De deltok aktivt i utviklingen av det pedagogiske opplegget, og ble slik sett en likeverdig partner med universitetet i gjennomføring av prosjektet (balansert maktforhold). Samtidig kan en tenke at deres motivasjon vil være stor til at prosjektet skulle lykkes, og det kan ligge en fare i at negative erfaringer blir underkommunisert.

Praksislærerne kunne som ansatte ha lojalitet til sin arbeidsgiver og sitt arbeidssted, noe som kunne påvirket kritiske stemmer. Ved informasjon blant fagansatte om prosjektet, har det spesielt vært etterspurt kritiske innspill, for å kunne forberede og designe prosjektet på en best mulig måte. Ved intervjuene ble dette presisert.

Prosjektet er vurdert og godkjent av NSD 19.12.2022 (prosjekt 794860).

### 3 Planleggingsprosessen

Planleggingsprosessen gikk over 15 måneder. I dette kapitlet presenteres konkret hva som inngikk i denne prosessen og hvordan vi jobbet. Planleggingsprosessen har hatt betydning for selve gjennomføringen av prosjektet, noe vi kommer tilbake til i presentasjon av erfaringene fra prosjektet.

Våren 2022: Forberedelse – informasjon og valg av kommuner

- Møter med informasjon til og innspill fra fagansatte ved sykepleierutdanningen, Nord universitet, fokus: Hvilke kriterier bør ligge til grunn ved valg av kommuner?
- Informasjonsmøte med studentkull (deltid-21) som skulle få tilbud om medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten
- Samtaler med ressurspersoner, sykepleiere ved sykehuset Namsos og sykehuset Levanger: Hva kjennetegner medisinsk praksis i sykehus, og hva legges det vekt på?
- Kontakt med mulige kommuner; informasjon og kartlegging. Valg av deltakende kommuner.
- Besøk til de fire utvalgte kommunene (prosjektleder og prosjektmedarbeider). Dialog om læringsmuligheter i kommunehelsetjenesten som helhet.
- Forberedende møter og avklaringer med KS Jobbvinner (roller og ansvar)

Høsten 2022: Planlegging av praktisk opplegg, organisert via møter i «Erfaringsnettverket»

September:

- Første møte Erfaringsnettverk (Teams). Framdriftsplan over det kommunene skulle utarbeide ble presentert (Plan for praksisperiodens innhold og struktur, Presentasjon av kommunen, Aktivitetskort med utgangspunkt i læringsutbyttene, som pedagogisk verktøy for studenter og praksisveiledere) + oversikt over møter i Erfaringsnettverket til og med første gjennomføring.

Oktober:

- Første presentasjon av kommunenes arbeid (Erfaringsnettverk, Teams)
- Utvikling av spørreskjema: Kartlegging av gjennomførte prosedyrer og bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Alle studenter i kullet som er i medisinsk praksis på samme tidspunkt får invitasjon til å delta
- Informasjonsmøte (Teams) med studenter som planlegges inn i prosjektet
- Informasjonsmøte med praksiskoordinatorer ved studiestedene i Nord universitet.

November:

- Kick-off; fysisk samling i Bodø for kommunene. KS Jobbvinner og prosjektledelse deltok. Bli kjent, dele erfaringer. Presentasjon av erfaringer fra tilsvarende prosjekt i Trysil kommune. Konkret arbeid med Aktivitetskort, der hver kommune fikk tildelt sine læringsutbytter å utarbeide kort om. Se vedlegg 3 for eksempel på ferdig utviklet aktivitetskort

Desember:

- Erfaringsnetteverk (Teams). Presentasjon av Aktivitetskort fra kommunene.

Våren 2023 – fram til april. Informasjon og forankring blant deltakere i gjennomføring

Januar:

- Aktivitetskort sendt til ressurspersoner ved medisinsk avdeling i sykehus og til faglærere ved Nord, for innspill. Innspill ble innarbeidet i kortene. Trykking og utsending til kommunene .
- Fokusgruppeintervju med studenter i første pulje. Fokus: Tanker og forventninger før medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten

Mars:

- Møte med faglærere som skulle følge opp studentene i den medisinske praksisen i kommunene.
- Møte i Erfaringsnettverket (Teams): Tema: Mottak av studenter. Forventninger til ulike roller

April:

- Uke 17: Første pulje starter sin praksisperiode

I tillegg til møtene med kommunene, ble det opprettet et Teamsrom der informasjon og dokumenter ble lagt ut. Alle som hadde en rolle i gjennomføring av prosjektet ble lagt inn som medlem.

## 4 Erfaringsnettverket

Nord Universitet og KS- Jobbvinner inngikk et samarbeid om prosjektet våren 2022. Jobbvinner er et av flere prosjekt tilhørende kompetanseløft 2025 og målet er å rekruttere og beholde sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunene. Styrket samarbeid mellom utdanningssektoren og kommuner er et av Jobbvinneres satsningsområder da praksisstudiene er kommunens utstillingsvindu som fremtidig arbeidsgiver. Studenter som erfarer godt lærings- og arbeidsmiljø i praksisstudiene vil gjerne søke seg tilbake som ferdig utdannede sykepleiere (11)

«Erfaringsnettverket» ble etablert med deltakere fra alle deltakende kommuner. Hensikten var at kommunene skulle få faglig påfyll, dele erfaringer og få støtte til å gjennomføre praksisstudier i medisinsk sykepleie på best mulig måte. KS- Jobbvinner har hatt ansvar for å drifte nettverket, men KS- Jobbvinner og prosjektgruppa har samarbeidet om program og gjennomføring. KS- Jobbvinner har også vært en jevnlig dialogpartner for prosjektgruppa under hele prosjektet. Personer som har deltatt fra KS- Jobbvinner:

- Eli Sogn Iversen, prosjektleder i Jobbvinner (i innledende fase)
- Sissel Kvam, prosjektveileder i Jobbvinner
- Karine Lee Blomstrøm, prosjektveileder i Jobbvinner

I løpet av prosjektperioden er det gjennomført 9 møter i erfaringsnettverket. 3 av disse har vært fysiske lunsj-til lunsjsamlinger i Bodø, resten er gjennomført via 3 timers møter på Teams.

## 5 Resultater og diskusjon

### 5.1 Evaluering etter første gjennomføring (syklus 1)

Datamaterialet fra intervju med studenter, praksisveiledere, ledere og lærere ble i første omgang overfladisk analysert. Hovedspørsmålet var om studentene nådde læringsutbyttene og om det var

behov for å endre noe før gjennomføring av syklus 2. Resultatene ble lagt fram og diskutert på «Erfaringsnettverket» i september 2023. Endringene som ble iverksatt nevnes punktvis i kapittel 5.2.

Alle som ble intervjuet uttrykte at læringsutbyttene ble oppnådd i stor grad. Studentene uttrykte at de ble svært godt mottatt, ivaretatt, inkludert og fulgt opp i avdelingene. Praksisveilederne opplevde at de hadde hatt gode muligheter for å forberede praksisperioden og at det var stor motivasjon i avdelingene for å ta imot studentene. Lærerne framhevet praksisveilederne som svært forberedte og som kjente læringsutbyttene godt.

Det læringsutbyttet som omtales vanskeligere å nå var «kan administrere sykepleie til pasienter med **akutt, kritisk** og kronisk sykdom, delta i legevisitt og holde rapport». Det var tilfeldig om studentene møtte pasienter i en akutt, kritisk fase. Noen var «heldige» og møtte denne pasientgruppen på legekontor, andre på basisavdelingen. Men som praksislærere kommenterte: Selv i sykehus kan det være utfordringer med å nå alle læringsutbyttene like godt, grunnet ulike spesialiseringer.

Spesielt studenter uttrykte behov for å se nærmere på strukturen i praksisperioden (sammenhengen mellom basisavdeling og andre læringsarenaer). De satte pris på å få delta på andre arenaer enn basisavdelingen, men det ble også opplevd som stressende med mange skifter. Studentene foreslo for eksempel at en ukentlig dag på legekontor kunne ha vært gjennomført som sammenhengende tid. Praksisveiledere og ledere etterlyste mer systematisk dialog mellom basisavdeling og andre praksisarenaer underveis, blant annet for å evaluere studentene. De fikk informasjon, men det var tilfeldig og avhengig av om noen tok initiativ til kontakt.

Praksislærere løftet fram behovet for å ha enda mer bevissthet på hva studentene skulle ha fokus på, opp mot å nå læringsutbyttene. Dette gjaldt spesielt hvor mye tid studentene skulle være på andre læringsarenaer enn basisavdelingen, ut fra hva hensikten var. Som eksempel trakk de fram studenter som hadde fått god øvelse i å ta blodprøver og hvor studentene etter hvert opplevde stor mestring. Spørsmålet fra praksislærere var om studentene da heller hadde behov for et skifte av læringsfokus. Dette ble tatt opp i veiledningssamtaler med student og praksisveileder underveis i praksisperioden.

Aktivitetskort med utgangspunkt i læringsutbyttene ble i liten grad benyttet i første periode. Både studenter og praksisveiledere ga uttrykk for at de ikke hadde hatt tid eller behov for å bruke kortene, fordi det var tilstrekkelige pasientkasus i avdelingen som grunnlag for refleksjon. En av praksisveilederne hadde brukt kortene systematisk som utgangspunkt for refleksjon. Studenter uttrykte at de ikke hadde vært forberedt på kortene og hvordan de kunne brukes. Det ble etterlyst aktivitetskort som omhandlet akutt og kritisk syke, samt kort på sår.

### 5.1.1 Refleksjoner – endringer før syklus 2

Som del av prosjektet skulle kommunene lage en fast struktur over praksisperioden. Det var i utgangspunktet viktig, for å sikre mest mulig læring, men også viktig for den praktiske organiseringen av praksisperioden. Det kan se ut som om dette kan ha gått på bekostning av behov for fleksibilitet, opp mot hva den enkelte student har behov for. Hyppige skifter er slitsomt for studentene og kan utfordre behov for kontinuitet gjennom praksisperioden (for læring og for evaluering).

Læringsutbyttene omhandler både en rekke prosedyrer som skal oppøves og beherskes, men også hvordan sykepleieren tenker og vurderer når han/hun møter kliniske situasjoner, altså skal studenten

i sine medisinske praksisstudier oppøve ferdigheten i å tenke kunnskapsbasert i møte med medisinske pasienter. Dette ble diskutert med praksisveilederne. Studentene opplever mestring når de behersker prosedyrer, men det er viktig at fokus på prosedyrer ikke går på bekostning av den helhetlige vurderingen, som skjer gjennom møte med konkrete pasientsituasjoner. Strukturen på praksisperioden må derfor sikre begge deler.

Konkrete endringer før syklus 2

- Diskusjon og erfaringsdeling på «Erfaringsnettverket» rundt resultatene.
- Åpne opp for mer fleksibilitet og mer kontinuitet rundt struktur
- Utvikling av to nye aktivitetskort, som svar på tema som manglet eller kunne være vanskelig å møte gjennom praksisperioden: Akutt og kritisk syke pasienter, og pasienter med sår
- Informasjon gis til studentene om Aktivitetskortene før praksisperioden
- Informasjon til nye praksislærere før 2. periode

## 5.2 Resultater etter andre og tredje gjennomføring (syklus 2 og 3)

Hensikten med dette prosjektet var undersøke om det er forsvarlig og mulig å etablere medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten som permanent praksisarena.

Forskningsspørsmål: Hvilke faktorer må være til stede for at studenter i bachelor i sykepleie skal oppnå læringsutbytter i medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten, på lik linje med medisinske praksisstudier i spesialisthelsetjenesten?

At studentene har fått den nødvendige kompetanse i medisinsk sykepleie er en forutsetning for å svare bekreftende på forskningsspørsmålet. Som del av datainnsamlingen har det derfor vært lagt vekt på hva studentene har lært og hvilke erfaringer studenter, praksisveiledere og praksislærere har hatt rundt studentenes læringsprosess.

Etter en kategorisering av det kodede datamaterialet framkom tre tema som belyste sentrale forutsetninger for å svare på forskningsspørsmålet:

- Studentenes læringsprosess i praksisstudiene
- Organisering og struktur
- Sentrale faktorer som må være på plass for etablering av medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten

## 5.3 Studentenes læringsprosess i praksisstudiene

I forskningsspørsmålet ligger det en forutsetning om at studentene skal oppnå læringsutbytter i medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten, på lik linje med praksisstudier i spesialisthelsetjenesten. I dette kapitlet beskrives nærmere oppnåelse av læringsutbytter og en viss sammenligning med praksisstudier i spesialisthelsetjenesten, jf. Spørreskjemaundersøkelse blant alle studenter i kullet, uansett praksissted. Videre beskrives faktorer av betydning i studentenes læringsprosess.

### 5.3.1 Hva har studentene lært?

For å kunne anbefale medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten som fast ordning, var det sentralt å kartlegge hva studentene konkret hadde lært og om læringsutbyttene var blitt nådd.

Avdelingene hadde mange typer studenter i pilotperioden. Studentene i medisinsk praksis hadde førsteprioritet for å delta i relevante prosedyrer. Overordnet beskriver studentene sin praksisperiode slik:

*Jeg har vært med på heimebesøk, oppfølging, dosetter, infusjoner, veneport, kobling pumpe med cellegift. Jeg har fått med meg veldig mye. Og så tenker jeg at den kommunikasjonsbiten har vært veldig bra (student 1). Det har vært en veldig utfordrende og lærerik praksis. Spesielt har jeg lært mye om samhandling mellom de forskjellige instansene i kommunen. ... Jeg var jo litt skeptisk i forhold til om jeg skulle få lære, det jeg skulle få lært, men jeg har nådd alle læringsutbyttene (student 4). Det har vært mye variasjon; sykdommer og prosedyrer, vi har stort sett vært borti det meste. Det er jo nesten på sykehusnivå noen av pasientene, hvordan de behandles. Det har vært en spennende praksis (student 2).*

Studentene ga uttrykk for at det hadde vært svært lærerikt å kunne få delta på andre tjenestearenaer enn på basisavdelingen. Å kunne få være på laboratoriet og opparbeide seg mestring i å ta blodprøver, og å delta på hjemmebesøk sammen med kreftsykepleier, var av stor verdi. Men som de sa; det ble slitsomt med mange bytter, så hvordan en organiserer de ulike læringsarenaene vil være av betydning.

Praksislærerne som fulgte opp studentene hadde lang erfaring fra oppfølging av studenter i medisinsk praksis i sykehus. De hadde derfor mulighet til å vurdere hva studentene i den medisinske praksisen i kommunehelsetjenesten fikk av lærings situasjoner og muligheter for å nå læringsutbyttene. Også blant praksislærerne var det noen som i utgangspunktet var skeptiske.

*«Jeg er veldig positivt overrasket over alt de har lært. Det har skjedd mye med kommunene. Så mye dårlige pasienter de har! Og alle pumpene. Jeg er veldig overrasket. Jeg er overrasket over at jeg sier det. For jeg var noe skeptisk, jeg var spent» (praksislærer 3).*

I tillegg var praksislærere imponert over hvor forberedt praksisveilederne var. *«Har aldri møtt noen praksisveiledere som var så godt forberedt og som kjente læringsutbyttene så godt» (praksislærer 3).*

Både studenter, praksisveiledere og praksislærere vurderte at studentene hadde nådd læringsutbyttene i stor grad. Unntaket var del av ett av læringsutbyttene «kan administrere sykepleie til pasienter med **akutt, kritisk** og kronisk sykdom, delta i legevisitt og holde rapport». Ikke alle studentene hadde opplevd akutt/kritisk sykdom, mens noen hadde møtt slike situasjoner på legekontorpraksisen, og også i basisavdelingen (jf. også kapittel 5.1).

Praksislærere og praksisveiledere problematiserer ikke dette. Som de sier, så er det også ulike lærings situasjoner i sykehus, ut fra hvilken avdeling/hvilke pasienter studentene møter. Praksislærere foreslår å utarbeide Aktivitetskort som spesielt tar for seg vurdering av pasient i en akutt, kritisk fase. En av praksisveilederne sier: *«Jeg tror nesten studenten har fått med seg mer her, enn på medisinsk avdeling i sykehus» (praksisveileder 1).*

For å sjekke ut evt. forskjeller mellom å ha sin medisinske praksis i sykehus og i kommunehelsetjeneste, ble det utarbeidet et spørreskjema for å kartlegge prosedyrer og medisinsk-teknisk utstyr, samt legemiddelhåndtering, som studentene hadde utført, enten ved å observere eller ved å utføre selvstendig. Alle medstudenter som hadde medisinsk praksis i sykehus fikk invitasjon til å fylle ut skjemaet, i tillegg til studentene i pilotprosjektet.

Ut fra resultatene kan en ikke se at det er forskjeller mellom studenter i sykehus og studenter i kommunehelsetjeneste med hensyn til i hvilken grad de er fornøyde med praksisperioden, med veiledning og med oppfylling av forventninger. De aller fleste er svært stor grad/stor grad fornøyde. En kan heller ikke se at det er store forskjeller mellom de to praksisarenaene mht. prosedyrer, annet enn det som er naturlig, ut fra type avdeling.

Studenter i kommunehelsetjenesten rapporterer at de har utført de aller fleste prosedyrene i skjemaet, i tillegg til at de konkretiserer en rekke andre prosedyrer i tillegg. *«Jeg så på den lista som lå i spørreskjemaet og tenkte at hvis dette var de prosedyrene som var forventet at vi skulle gå gjennom, så var jo lista mi dobbelt så lang. Og det var bare det jeg klarte å komme på»* (student 1).

Studentene vurderer seg selv til å beherske prosedyrer, medisinsk-teknisk utstyr og legemiddelhåndtering i svært stor/stor grad. Den eneste prosedyren som skiller studenter i sykehus og i kommunehelsetjenesten, er blodprøvetaking, som alle studenter i kommune har fått god trening i, noe som ikke er vanlig prosedyre å utføre på medisinsk avdeling i alle sykehus.

### 5.3.2 Fokus på medisinsk sykepleie

Kommunene hadde gjort en grundig jobb i å planlegge relevante læringsssituasjoner i kommunen som helhet, og studentene fikk tilgang til mange læringsarenaer. Selv om studentene opplevde at de fikk være med på mye som var relevant og positivt for deres læring i medisinsk sykepleie, så skapte det også dilemmaer underveis, nemlig hvordan holde fokus på det som skal læres: Å nå læringsutbyttene. Det innebærer både å utvikle kompetanse på gjennomføring av prosedyrer og å møte pasienter på en respektfull måte, men også å utvikle vurderingskompetanse basert på kunnskap: Kunnskapsbasert praksis.

Praksislærer 2 beskriver sin rolle som å «holde dem litt i tøylene».

*For eksempel var studentene på legekantoret der de bl.a. tok blodprøver, gjennomførte sårskift, skylte nefrostomikateter. Når jeg spurte mer om hvorfor, hva observerte de, hva skal de følge med på, da visste de ingen verdens ting. Da sa jeg at når dere har tatt 20 blodprøver i dag, da hopper dere over fem og setter dere ned og leser for å kunne fange opp helheten og forstå hva dere gjør.*

Praksisveiledere beskriver at de har diskutert mye hva læringsutbyttene kan handle om i kommunehelsetjenesten. Er det noen oppgaver som ikke er relevante for studenter i medisinsk praksis? Det er altså en usikkerhet også om HVA som kan være fokus i den medisinske praksisen. *«De læringsutbyttene er jo ganske svevende»* (praksisveileder 2).

Studentene hadde også forventninger om hva som skulle være i fokus i denne praksisperioden. Først og fremst hadde de forventninger om at den måtte være «annerledes» enn den grunnleggende sykepleie-praksisen de hadde hatt i sykehjem i 1. året av utdanningen. Det konkretiseres med at de



ikke kun ble «gående i stell», men at de ble utfordret faglig. Studentenes forventninger påvirkes også av at studentene sammenligner med hva de tror de kunne ha lært i sykehus.

De aller fleste studentene gir uttrykk for at denne praksisperioden har vært helt annerledes enn den grunnleggende sykepleie-praksisen, ikke minst fordi de har mer kunnskap om sykdomslære. De har blitt utfordret faglig. Likevel er det kommet opp spørsmål om enkelte gjøremål er relevante for medisinsk praksis.

*De forventer at vi skal ta del i de dagligdagse oppgaver i avdelingen. Men vi er jo kommet såpass langt nå. Vi har læringsutbytter vi skal forholde oss til. Det som er mer relevant for meg. Det er den hele prosessen som skal skje. Underrette pårørende, planlegging av hjemreise. Men så... Kan du gå inn og mate henne? Stelle henne? (student 3).*

Et annet eksempel som kom fram var om det å følge en pasient til tannlegen, var relevant, for det var en oppgave som ikke ville ha vært aktuell i en praksis i sykehus.

Dette gir grunnlag for refleksjon. Sykepleierrollen i kommunehelsetjenesten er annerledes enn sykepleierrollen i sykehus. Vil det påvirke innhold i studentrollen i medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten?

*Det krever en annen måte å planlegge et pasientforløp på her enn hvis du er i sykehus. For der har du alt vegg i vegg det du trenger, eller det du trenger av personale. Så du får mye mer bredde sykepleie her enn på sykehusavdeling, spør du meg. Og du påtvinges et mye større og tettere samarbeid med de andre aktørene i helsevesenet».... «Med sykehus, ambulanse, fysio-ergo, de andre avdelingene på sykehjemmet, hjemmetjenesten (praksisveileder 4).*

Sykepleierne på korttidsavdelingen møter pasientene nært hjemmet, der de bor. På sykehuset er pasienten «gjest». Sykepleierne i kommunehelsetjenesten har dermed et større helhetsansvar opp mot pasientens hjemmemiljø. En kan dermed spørre om det da er naturlig at hva som er relevant i medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten også kan omhandle andre oppgaver enn hva som er relevant i sykehus. Å sette ord på dette vil være viktig opp mot studentene i en første forventningsavklaring.

På forhånd ble det uttrykt bekymring for om en fikk utviklet tilstrekkelig vurderingskompetanse opp mot den første medisinske vurderingen av behandling når akutt sykdom oppstår. Det kan se ut som om avstand til sykehus kan være en faktor hvorvidt studentene får møte pasienter med akutt sykdom. I en kommune som lå nært sykehus, ble pasienter i stor grad sendt til sykehus når akutt sykdom oppsto, mens i andre kommuner med lengre avstand til sykehuset, prøvde man å unngå belastningen reiseveien ville være for pasienten. De gjorde vurderinger og behandlet selv.

*Bare det å kunne ta i mot en pasient som er i akutt sepsis der man før tenkte at vi må få pasienten på sykehus så snart som mulig. Nå tenker vi på å skåne pasienten for å ligge på akuttmottaket og bli utsatt for andre sykehusbakterier og sånn. Her har vi de i et lukket miljø, verner om dem, og de får samme behandling her som på sykehuset. Det er helt fantastisk. Jeg har stått klokka fem om natta og bare jublet for å slippe å sende en pasient videre. Vi har klart å snu (praksisveileder 4).*

Både studenter og praksisveiledere beskriver en stor bredde og variasjon i pasientgrupper og sykepleierfunksjoner. Det kan derfor tenkes at studenter i medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten får en bredere vurderingskompetanse enn de kunne ha fått i enkelte avdelinger i sykehus.

*Men medisinsk praksis er jo mer. Vi har jo mye akutt sykepleie også. Og palliasjon og rehabilitering og habilitering. Og det er stor sirkulasjon i pasientgrupper. Vi kan ha et belegg på 12 pasienter, maks. Og det hadde vi for tre dager siden. Nå har vi fem. Det skjer så mye hele tiden. Det er mange prosesser i pasientforløp som skjer her nede. Og den mengdetreninger tenker jeg er viktig for sykepleierstudent i medisinsk praksis. Ikke bare selve sykdomsforløpet, men også prosessen rundt et pasientforløp. Alle aktørene som man må trekke inn for at det skal være et trygt pasientforløp» (praksisveileder 4).*

### 5.3.3 Utvikling av vurderingskompetanse – fra prosedyrer til helhet

Som nevnt i kapittel 5.4.1 så inneholder studentenes læringsprosess flere elementer. Studentene skal opparbeide seg teknisk kompetanse på prosedyrer, de skal opparbeide seg et etisk skjønns og de skal utvikle en klinisk vurderingskompetanse basert på kunnskap. «Nå er det et større fokus på det kliniske blikket, ta det ett steg videre og mer aktivt i behandlingen, prosedyrer og oppfølging. Studentene må ha et større fokus på å sette det kliniske blikket ut i aksjon, å sette sykdomsbildet opp mot pasienten og å sette det i en sammenheng» (praksisveileder 4). For studentene er prosedyrene det mest synlige, og har en viktig funksjon, også for å opparbeide seg mestring og opplevelse av «å kunne noe».

Studentene beskriver i kartleggings skjemaet at de behersker prosedyrer og medisinsk-teknisk utstyr i svært stor/stor grad. Utover i praksisperioden er de blitt mer bevisste på å utvikle sin vurderingskompetanse. Blant annet er det lagt til rette for mye større ansvar for å følge opp pasienter.

I dette kapitlet beskrives nærmere hva som har vært viktig for å utvikle vurderingskompetansen.

Et hovedstikkord er refleksjon over erfaringer. Studenter og praksisveiledere beskriver at det reflekteres mye. Studentene har sin egen praksisveileder og har i stor grad fått tilpasset turnus opp mot sin praksisveileders turnus og har dermed god tilgang til sin praksisveileder, selv om tiden ikke alltid strekker til for å reflektere der og da når situasjoner oppstår. «Min student har valgt å skrive dagbok. Hva har jeg lært i dag? Hva har jeg gjort i dag? Og de dager vi ikke har fått tid til å prate sånn i lag om dagen som har gått, så tar vi det opp ved neste anledning og kunne gå tilbake. Har du fått tenkt litt på hva som skjedde?» (praksisveileder 4).

En konstruktivistisk måte å se læring på, er at vi konstruerer ny kunnskap ut fra tidligere erfaringer, jf. Piaget (12). I praksisstudiene gjør studentene stadig nye erfaringer som utgangspunkt for utvikling av ny læring. Det er f.eks. lettere å huske og forstå sykdomslære hvis du kan henge det på erfaringer fra konkrete pasientmøter.

I to av kommunene jobber sykepleierne i stab. Det betyr at de har helhetsansvar for pasienter på akutt plasser (KAD-plasser), mens de kun har ansvar for de rent sykepleiefaglige oppgavene på de

andre avdelingene. Sykepleierne har sin base på eget kontor, som også er en arena for diskusjon og refleksjon med de andre sykepleierne.

På avdelinger der de har vært to studenter sammen, har de hatt god nytte av refleksjon med hverandre: «Vi har reflektert så mye. Det kommer helt naturlig. Vi har hatt så stort utbytte av å diskutere og finne ut av ting sammen. Da får vi dobbeltsjekka hverandre. Da stiller vi dumme spørsmål, det er ikke skummelt å spørre heller da. Vi finner ut av det sammen. Jeg er i hvert fall mye tryggere» (student 2).

Aktivitetskortene var utarbeidet med hensikt refleksjon over relevante pasientsituasjoner knyttet til læringsutbyttene.

*Jeg og veileder har trukket et kort på slutten av dagen. Og så har vi diskutert og reflektert rundt case og de refleksjonene som sto på kortet. Og vi satt gjerne flere i lag, de som var på jobb. Det ble gode refleksjoner og diskusjoner rundt det for alle parter, tror jeg. Det er ikke sånn at jeg til slutt har svart på alle, men vi har reflektert sammen. De har delt sine erfaringer, og jeg kan si det jeg vil. Og så kommer de med masse nyttig input på hva de har stått i før, hva som ble gjort da, hva de opplevde da. Det har vært nyttig (student 1).*

Her ser vi at Aktivitetskortene har aktivert erfaringer fra tidligere situasjoner personalet har stått i, noe studenten gir uttrykk for har vært nyttig å få ta del i. Det er interessant å se at kortene også er blitt brukt til refleksjon i en større personalgruppe enn i en student-veileder-situasjon.

Den reflekterte praktiker er blitt et begrep og et mål for utvikling av den gode profesjonsutøver, jf. Scön, (13). Underveis i profesjonsutdanningen er refleksjon et verktøy for læring, men som Kullenberg og Säljö (14) påpeker: I et stadig mer mangfoldig samfunn og med kontinuerlige endringer, er det behov for at alle arbeidstakere er i stand til å endre praksis. Krittisk refleksjon blir en grunnleggende kompetanse. Slik Aktivitetskortene er brukt som beskrevet ovenfor, gir det viktig læring for studenten, men bidrar også til den kontinuerlige dialogen det er behov for i ethvert profesjonsfelleskap for å holde den krittiske refleksjonen ved like.

Lave og Wenger (15) beskriver læring som deltakelse i praksisfelleskap. Medlemmene kommer først inn som **legitime deltakere**, for så å bevege seg i ulike **deltakerbaner**, til å bli **fullverdig medlem** av praksisfelleskapet. I denne prosessen er det viktig at deltakerne får ta del i hvilke normer og verdier som preger praksisfelleskapet (gjennom **transparens**), slik at de kan sosialiseres inn.

Studentene i pilotprosjektet har fått delta i praksisfelleskap preget av refleksjon, en sentral betingelse for utvikling som reflektert praktiker. Studentenes beskrivelse av sin rolle i praksisstudiene tyder også på at de har fått en posisjon og er blitt anerkjent som fullverdige medlemmer av fellesskapet. Praksisveileder stiller krav til studenten og inkluderer studenten i fellesskapet.

*Jeg har jo vært åpen med de andre kollegaene mine om at min student etter hvert kommer til å ha et selvstendig ansvar, og at de må respektere og forholde seg til henne hvis det er noen medisinske spørsmål, hjelp eller noe de trenger (praksisveileder 4).*

*Miljøet her er litt varmere og tryggere og nærere enn på et sykehus. Det er lett å bli en del av kollega-gruppa. Og bli tatt godt vare på. Jeg har følt at jeg har vært en del av dem, i stedet for at jeg har vært studenten til den sykepleieren (student 4).*

### 5.3.4 Studentrollen – om å bli gitt og ta ansvar

I dette kapitlet beskrives studentrollen i medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten nærmere.

I forrige kapittel så vi at studentene inkluderes inn i praksisfellesskapet og får en posisjon, de blir regnet med, på en positiv måte for læring. Noen av studentene hadde hatt kirurgisk praksis i sykehus før de hadde sin medisinske praksis og beskrev forskjeller i rollen de fikk i kommunen, i forhold til studentrollen i sykehus. «Ja, jeg følte at på sykehuset var jeg en liten hale som gikk etter min veileder. Jeg hadde ansvar for pasienter og sånn, det hadde jeg. Men jeg er mye mer selvstendig her. Jeg er sykepleierstudent, men får ansvaret som en sykepleier» (student 4).

En forklaring kan være at disse studentene i den medisinske praksisen er kommet lengre i studiet og dermed er det naturlig at studentrollen innebærer mer ansvar. Men det kan også være andre forklaringer. Sykepleierdekningen i kommunehelsetjenesten er generelt lavere enn i sykehus, med større mulighet for studentene til å ha betydning for kollegiet, jf. praksisveileder som informerte ansatte om at det var studenten som skulle kontaktes om sine pasienter når hun var borte fra avdelingen i andre ærend.

I prosjektet var det var heller aldri mer enn to studenter på samme avdeling. Det gjorde at studentene ble svært synlige i avdelingen, både for praksisveileder og for resten av kollegiet, og dermed lettere for dem å finne studentenes faglige ståsted. Det ble et godt utgangspunkt for å gi studentene tilpasset ansvar og for å jobbe videre med studentenes læringsprosess. Studentene ble inkludert. Dette gjorde det også enklere for studentene å bli en del av praksisfellesskapet.

*Jeg bruker den første perioden i praksisen til å bli kjent med studenten og bli kjent med hva studenten har av praksiserfaring og faglig innhold og faglig dyktighet og hva man må fylle på med en uke, eller to eller tre. Så er det da å slippe de mer løs i avdelingen (praksisveileder 4). Vi jobber jo for at de skal bli mest mulig selvstendige og føle på mestring, og da må de jobbe selvstendig. Da kan de ikke ha oss hengende over seg (praksisveileder3).*

*Min veileder sa jo til meg at jeg tenker at når vi har kommet halvveis, så skal du få mer og mer ansvar. Da skal du ha vakttelefonen og du skal ha legevisitt. At du styrer den. Jeg kan være tilgjengelig i rommet eller at jeg er tilgjengelig i bygget. Men det er du som skal ha det, og det å få skrevet inn pasienter fra ambulansen til at de blir innlagt og følge dem opp videre (student 4).*

Studenten ble altså gitt mye ansvar, men på bakgrunn av en kjennskap til studentens faglige kompetanse/ståsted. Studentene ga uttrykk for at de har satt pris på å få denne tillitsserklæringen som ansvar har gitt. Samtidig uttrykte de at det er knyttet betingelser for praksisveilederens tillit til dem, nemlig at de selv sa fra hvis de var usikre på noe. Tilliten opparbeides gjennom gjensidig dialog og at studentene viser at de behersker det ansvaret de blir gitt.

*De har tiltro til meg, for de har sett hvor jeg er dyktig og hvordan jeg har utviklet meg» ...«Det var mye større forventninger til meg som student enn den første praksisperioden. Min veileder har jo spurt mye faglige spørsmål, og jeg har satt meg inn i sykdomsbildene. Og hvis det har vært noe som jeg har spurt om, jeg er jo ganske klar på at om det er noe jeg er usikker på, så sier jeg fra. Det her har ikke jeg gjort før, så jeg vil veldig gjerne at du skal være med å instruere, eller at jeg får observere første gangen. Så det har jeg sagt noen ganger, men det*

*er på ting jeg ikke hadde gjort før. Og det har nå veileder sagt, at det er veldig tillitsvekkende (student 4).*

På bakgrunn av Vygotskys teori (16) er det blitt utviklet en generell teori om læring, der synet er at læring foregår i et sosialt og kulturelt fellesskap og der språk er et viktig redskap for læring. Sentrale begrep i hans teori er at en person kan utvikle seg fra «nåværende utviklingsnivå» til «nærmeste utviklingszone» ved hjelp av «den mer kompetente andre». På den måten ser han på læring som «stillasbygging». Ut fra Vygotsky er læring en individuell prosess, men der læringsprosessen er avhengig av andre.

Oversatt til våre funn, så ser vi at praksisveiledere vektlegger å kartlegge studentenes nåværende utviklingsnivå, for å kunne vurdere hva nærmeste utviklingszone til enhver tid kan være. Studenten gis ansvar i forhold til dette. Det gjør at studenten blir gitt muligheten til hele tiden å gå ut over sin komfortsone (nåværende utviklingsnivå) og klatre oppover i stillaset, men med trygghet om nødvendig bistand av en «mer kompetent andre». Praksisveileder er en tydelig «mer kompetent andre», men vi ser at også medstudenter og andre kollegaer i avdelingen fungerer i den rollen (jf. 5.3.3).

På spørsmål om studentene har følt for store forventninger til ansvar, sier studentene nei. De opplever at selv om praksisveilederne stiller forventninger om ansvar, så er det hele tiden åpenhet for å be om hjelp. *«Jeg får lov til å ta styring, men jeg har veilederen i ryggen»* (student 4). Studenten har altså fått ansvar i trygge rammer.

Noen studenter har vært alene som student i denne praksisen, mens andre har vært to. Begge alternativer har sine fordeler. Fordelen med å få være alene er at de slipper å «konkurrere» om lærings situasjonene. *«Jeg er egentlig veldig glad for at jeg har fått være alene, for jeg har jo førsteretten på alt. Ingen å konkurrere med»* (student 1). De som har vært to framhever viktigheten av at de får gå samme vakter, særlig utover i perioden når de blir gitt mer helhetlig ansvar for pasienter. Da har de hatt stor nytte i å reflektere og diskutere med hverandre. De er blitt hverandres «mer kompetente andre». *«Jeg har hatt stort utbytte av at vi diskuterer veldig mye i lag og finner ut av ting sammen. Leiter oss fram og tenker litt. Det er god læring i å gå sammen»* (student 2).

### 5.3.5 Praksisveilederrollen – den mer kompetente andre

I forrige kapittel kom det fram hvor sentralt det er for studentene å ha «en mer kompetent andre» for å hjelpe med stillasbyggingen i læringsprosessen. Mange kan ha den rollen, men praksisveileder er den mest sentrale.

I dette kapitlet løftes det fram sentrale forhold i praksisveilederrollen, for studentenes læring. Disse funnene kan være relevante også for andre praksissteder. Men i og med at dette pilotprosjektet innførte en helt ny type praksis i avdelinger som tidligere har vært vant til andre læringsutbytter, har det stilt ekstra krav til de personene som skulle stå i første rekke i gjennomføringen. Praksisveilederne var i så måte sentrale. Først og fremst opp mot veiledning av studentene, men også det å være talspersoner for prosjektet innad i avdelingen, med for eksempel informasjon og motivasjon av kollegaer.

I spørreskjemaet studentene fylte ut, skulle studentene svare på grad av fornøydhet med ulike elementer i praksisperioden, deriblant hvor fornøyd de var med praksisveiledningen de hadde fått.

Alle studentene som hadde kommune som praksisarena krysset av for «svært godt fornøyd». *«De har hatt oss i fokus. Vi har blitt løftet fram» (student 2).*

Når studentene ble spurt om hva som var så bra med praksisveilederne, så kommer beskrivelser som *«Fine, dyktige folk som er veldig interessert i faget sitt. De har en faglig stolthet, de er inkluderende og det er ikke noe nedsnakking. Og så har de stor takhøyde, en føler seg ikke dum sammen med dem. Det er ingen ting jeg tenker de kunne ha gjort annerledes» (student 2).*

Vi ser at studentene framhever både det faglige aspektet med veilederrollen, men også måten veilederne er på: Nemlig at de er inkluderende og at studentene ikke føler seg «dumme». Relasjonen mellom student og praksisveileder er sentral for at studenten skal få ansvar tilpasset sitt nivå, men også for at studentene skal kunne ha den nødvendige tryggheten for å ta ansvaret de blir gitt.

Maasø (17) studerte i sin doktorgrad sykepleierstudenters samspill med praksisveileder med hensyn til oppøvelse av et faglig og reflekterende skjønn. Hun sier at i denne dannelsesprosessen som student skal gjennomgå, så må praksisveilederen selv brenne for sitt fag og bry seg om sine studenter (s.346). Videre sier hun at “det kan se ut som om det å engasjere og begeistre, samt ha solide fagkunnskaper er sammenflettet i en og samme person – praksisveileder i sengeposten. Den gode læreren - praksisveilederen – har både solid faglighet og personlig dannelses”. Måten studentene i prosjektet beskriver sine praksisveiledere på, favner begge elementer.

Praksislærere framhever praksisveiledernes forberedthet og motivasjon (jf. 5.3.1). Praksisveilederne selv sier at de har lagt ned mye arbeid i å identifisere lærings situasjoner, ut fra læringsutbytter og strukturen som er lagt for praksisperioden. Måten praksisveiledningen var organisert, med personlige praksisveiledere for hver student, ser ut til å ha hatt stor betydning for studentens faglige utvikling gjennom praksisperioden og for relasjonen mellom student og veileder/praksisfelleskap. *«Jeg hører at de to har en skikkelig god forberedelse før studenten går inn i rommet, går gjennom spørsmål og punkter studenten skal se etter/observere. Hvem man går sammen med er mye av suksessfaktoren» (praksislærer 3 om praksisveileder).* Dette sammenligner hun med de studentene hun følger opp i medisinsk praksis i sykehus, som har en annen organisering av praksisveiledningen (kollektivt ansvar), og der ingen spesielle har ansvaret for å strukturere og reflektere med studentene i det daglige. Praksislærer 3 fortsetter: *«Hvis ingen står ved siden av dem og reflekterer sammen med dem, så lærer de da ikke noe».*

Koch, Øgård-Repål, De Presno og Dahl Gundersen (18) undersøkte erfaringer med ulike modeller for praksisveiledning. Som konklusjon trekker de fram faktorene trygghet, studentlæring i praksisfelleskap, selvstendighet, kontinuitet og praksisorganisering preget av forutsigbarhet som kjerneelementer, uavhengig av modell for veiledet praksis. I dette prosjektet har praksisveileder hatt en viktig rolle for å sikre de fleste av disse faktorene. Studentene har fått selvstendig ansvar ut fra sitt utviklingsnivå, og de har opplevd trygghet i studiesituasjonen. Studentenes samspill med praksisveileder er en del av en større helhet, og vi ser at studentlæring i praksisfelleskapet – avdelingen - også er viktig. Som beskrevet i forrige kapittel, så opplevde studentene at de ble inkludert og fikk delta aktivt. De ble regnet med. Som Maasø (17) sier, gir denne tilgangen til praksisfelleskapet tilgang til læring. I dette prosjektet har studentene fått det beste fra ulike praksisveiledermodeller: en trygg “mer kompetent praksisveileder” i en avdeling der alle ansatte tar et kollektivt ansvar for studentene.

Det er interessant at studentene ved flere anledninger nevner det med ikke å føle seg dumme (væremåte praksisveileder, det å kunne samarbeide to studenter imellom, for å kunne stille «dumme» spørsmål). Det ikke å vite eller ikke kunne svare på spørsmål der og da er ofte en situasjon studenter møter. En god relasjon mellom veileder og student og opplevelse av å bli inkludert, ser ut til å ha stor betydning for studentens opplevelse av trygghet i studiesituasjonen.

Damsgaard (19) gjorde en kvalitativ undersøkelse blant masterstudenter om hvilke faktorer som bidro til det hun kaller studielivskvalitet. Hun kom fram til fem dimensjoner som har betydning for deres læring: Struktur, Mestring, Aktivitet, Relasjon, Transformasjon (SMART).

Praksisveilederne i den medisinske praksisen ivaretok alle disse fem dimensjonene. De **Strukturerte** læringsprosessen til sin student, gjennom oversikt over innhold, læringsutbytter, lærings situasjoner og forventninger om ansvar i ulike faser. Ut fra den gode kjennskapen de fikk til studentenes faglige nivå fikk studentene ansvar tilpasset nivået, med resultat **Mestring** og ytterligere mestringstro for studentene. Studentene var **Aktive**, og den tette oppfølgingen studenten fikk gjennom å gå samme vakter som sin veileder, var positivt for å utvikle en god **Relasjon** mellom student og praksisveileder. **Transformasjon** handler om sosialisering og utvikling av egne holdninger og handlinger (20). Å være i et reflekterende miljø og reflektere sammen med praksisveileder, som studentene i denne praksisperioden opplevde, bidrar til at studenten kan **Transformere** sin kunnskap til å bli reflekterte praktikere.

### 5.3.6 Praksislærer – en trygghet i bakhånd

Lærer hadde tre møter med studenter og veiledere (forventningssamtale, midt- og sluttvurdering, i tillegg til veiledning på oppgaver studentene gjennomførte i løpet av praksisperioden.

Når studenter og praksisveiledere i første omgang omtaler lærers rolle i studentenes læringsprosess, så får lærer en perifer rolle. *“Hun var tilgjengelig og vi kunne ta kontakt med henne, så jeg føler at vi hadde henne i bakhånd, hvis vi trengte henne”* (praksisveileder 1).

Lærer var ikke til stede i de daglige studiesituasjonene, og dermed er det naturlig at rollen oppfattes som perifer. Men gjennom å være der, *“hvis de trengte henne”*, så representerte lærer en trygghet for student og veileder.

Selv om lærerrollen kan sies å være perifer, så viser den seg å være viktig.

*De få gangene vi har kontaktet henne, så har vi fått svar nesten med en gang. Så det har vært veldig gøy. For det er jo viktig med et godt samarbeid. Så får vi tilbakemeldinger om hvordan hun synes studentene ligger an i forhold til læringsutbyttene. Så vi har fått en trygging på at vi er på riktig vei. Så hun har hatt en viktig funksjon* (praksisveileder 3).

Selv om praksisveiledere har jobbet mye med å identifisere lærings situasjoner ut fra læringsutbyttene, så framhever studenter lærer som sentral for å konkretisere læringsutbyttene for dem.

*Det var veldig greit med konkretiseringen av læringsutbyttene, ellers tror jeg det hadde vært mye vanskeligere. Ellers blir det litt løst i kanten, vanskelig å forstå hva som menes med hvert*

*læringsutbytte. Men hun har jo skrevet stikkord under, liksom tydelig hva det betyr, hva vi skal gjøre... Så hun har vært veldig god til å oversette dem. Så de ble konkrete (student 2).*

I våre samtaler med praksislærere framhever de viktigheten av at de legger til rette for kvalitativt gode praksisstudier. Det innebærer å tydeliggjøre forventninger og holde fokus på læringsutbytter. Forventningssamtalen ble sentral. *“Jeg synes det er viktig å være tydelig i forventningene. Da gir vi en god ramme for praksisen... Jo mer ryddig og tydelig man er i avtaler man skal ha, og forventninger til skriftlig arbeid og egenvurdering, og det å si det på forhånd, gjør at de vet hva de skal forholde seg til” (praksislærer 3).*

Studentene i denne praksisperioden har hatt tilgang til mange og varierte læringssituasjoner, på ulike arenaer. Studentene ble invitert med der det var aktuelle læringssituasjoner. Å holde fokus på læringsutbytter kunne være utfordrende, som tidligere beskrevet. Lærer 3 beskriver at hun holder studentene “litt i tøylene” og f.eks. gjennom midtvurderingen hjelper og trykker praksisveiledere til å se og anerkjenne læringssituasjoner i basisavdelingen, ved pasientsenga.

*På midtevalueringen snakket vi jo om at sykepleieren ansvars- og funksjonsområde opp imot lindrende funksjon. Så sa de at det hadde de ikke jobbet med. Da sa veilederne med det samme: De skulle ringe kreftsykepleieren, så kunne studentene få være med der. Så sa jeg at det er kjemp flott, men har ikke dere noen terminale på sykeheimen? Da sa de at de hadde masse terminale på sykeheimen. Da sa jeg at da kan studentene være der litt. Drive med symptomlindring. Kan de kartlegge hva som er god pleie, har de har pårørende? Hvilken smertepumpe har de? Hvordan kartlegger vi smerte? Hjelp dem til å se at dere gir sykepleiers lindrende funksjon her på sykeheimen (praksislærer 2).*

Praksisveiledernes sier i ettertid at dette hadde betydning for endringer i fokus: Fra prosedyrer til helhetlig ansvar for pasienter på KAD-plasser. De ble trygget på at læringssituasjoner i basisavdelingen kunne være like gode som på andre arenaer, og kunne gi studentene mer ro i studiesituasjonen. De sier at dette burde de kanskje ha satt fokus på tidligere.

*“Vi kunne kanskje ha begynt å fordype oss litt før midtevalueringen. At vi kanskje ikke bruker halve tiden på å delta på prosedyrer. De lærer jo masse, så det er jo nyttig for dem å få være med på det mest mulig. Men jeg tror det er enda viktigere for dem det å kan sette seg inn i en pasient og alle diagnoser, alle medisiner og virkninger, bivirkninger, prosesser og alt det der som de skal fordype seg i. At de kanskje har fått enda mer tid på det. At vi har fokus på det enda litt tidligere” (praksisveileder 3).*

I planleggingsperioden av medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten, var noe av kommunenes bekymring om det ville være nok læringssituasjoner i basisavdelingen for at studentene kunne nå læringsutbyttene. Av den grunn ble andre læringsarenaer inkludert i praksisperioden. Det har gitt varierte og gode læringssituasjoner, men kan også ha “skygget over” relevante læringssituasjoner i basisavdelingen.

### 5.3.7 Aktivitetskort som pedagogisk verktøy

Aktivitetskortene ble utformet med utgangspunkt i læringsutbyttebeskrivelser for praksisperioden og inneholdt beskrivelse av et case, med spørsmål om kunnskap og spørsmål for refleksjon (se vedlegg 3). Kommunene fikk tildelt sine læringsutbytter som de utarbeidet kort på, for å sikre relevante praksissituasjoner i casene.



Hensikten med kortene var å hjelpe studentene med å jobbe med læringsutbyttene, spesielt hvis det ikke var relevante lærings situasjoner i avdelingen for å jobbe med læringsutbyttene. Kortene kunne også brukes som utgangspunkt for refleksjon i praksisveiledningssamtaler.

Etter første gjennomføring, var det kun en student som hadde brukt Aktivitetskortene sammen med sin veileder. Studenten trakk da et kort enten på starten av dagen, for å strukturere studiedagen, eller trakk et kort på slutten av vakta og som de hadde en samtale med refleksjon rundt. Studenten uttrykker at dette hadde stor betydning for hennes læring, og at det aktiverte flere i kollegiet til å komme med sine erfaringer (jf. Kap. 5.4.3). Praksisveileder 2 beskriver:

*Jeg tror det er lurt å ha de kortene, både for meg som veileder, og ikke minst for studenten, at fokuset er på læringsmålene, Nå hadde vi en toveis kommunikasjon. Jeg minner på dem, hun trakk dem, og vi reflekterte i lag. Ja, jeg synes i hvert fall de kortene var veldig bra å ha, for min del også, at jeg var trygg på at vi hadde vært i en av læringsmålene. Jeg tror studenten syntes det var trygt også.*

Vi ser at Aktivitetskortene har gitt trygghet om fokus på læringsutbyttene, både for veileder og for student. Som student 4 sier: *Jeg så på dem når de var hengt opp den første dagen, men ellers har jeg ikke sett på dem...Men det er en trygghet at man har de, så det ikke blir en minus på dette læringsutbyttet, fordi det ikke er mulig å oppnå noe”.*

De andre veilederne oppgir ulike årsaker til at kortene ikke er brukt. Tid er et element.

*Vi har ikke rukket å bruke dem. De har sett på dem mest selv, egentlig. De tok jo noe kort på egen hand, men jeg har ikke brukt dem sammen med dem sånn, egentlig. Vi skulle ønsket vi hadde mer tid til det. Sånn er det jo bestandig her med tida. Det er jo et ankepunkt (praksisveileder 3).*

Prioritering av hvordan en skal bruke tida er et annet element. Hvis praksisveileder vurderer at det er mange lærings situasjoner i den kliniske hverdagen for å jobbe med læringsutbyttene, hvorfor skal de da bruke tid på Aktivitetskortene?

*Så er det jo de aktivitetskortene man kan bruke som hjelpemiddel hvis man har en rolig periode. Men det har ikke vi hatt. Og det er jeg veldig glad for. Vi har ikke hatt bruk for dem. Det har vært så mye ute i avdelingen som vi kunne ha brukt kontinuerlig hele tiden. Nye problemstillinger, hele tiden oppfølging, hele tiden. Så jeg sender ikke studenten min til å sette seg ned med aktivitetskortet når hun kan følge opp en palliativ pasient ved livets siste slutt, eller ta imot KAD-pasienten og ta målinger der. Det sier seg jo selv. Vi har den faglige diskusjonen rundt pasientforløp hele tiden (praksisveileder 4).*

Uansett om Aktivitetskortene er brukt gjennom praksisperioden eller ikke, så ser det ut til at de har hatt en funksjon. For det første har det vært en trygghet å ha dem, for å sikre mulighet for å jobbe med alle læringsutbyttene. For det andre ser det ut til at utarbeidelsen av Aktivitetskortene har gjort praksisplassen/praksisveilederne godt kjent med læringsutbyttene gjennom planleggingsperioden. Som lærerne uttrykker: De har aldri møtt noen praksisveiledere som har kjent til læringsutbyttene så godt før.

Studenten som brukte kortene mest aktivt, trekker spesielt fram læringen som lå i erfaringsdelingene når kortene aktiviserte flere i kollegiet; erfaringer fra tidligere pasientsituasjoner, hva de tenkte og gjorde og hva som da skjedde.

For framtidig implementering av medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten anbefales det å videreføre bruk av Aktivitetskort. Ut fra våre erfaringer i dette prosjektet, er kommunenes aktive deltakelse i utviklingen av kortene sentral i planleggingsperioden.

Kortene kan brukes som en sikring for å få jobbet med læringsutbyttene, men bruken kan også jobbes mer systematisk med. Hvordan det gjøres avhenger av veiledningsforhold på avdelingen og om de er to eller alene som student på avdelingen. Dette må hver enkelt avdeling planlegge. Tid er alltid et spørsmål og som leder 1 sa:

*“Vi sa jo det, at veilederne skulle få tid å få sitte sammen med studenten, og vi har satt en fast dag. Som for så vidt har gått greit, men jeg måtte si til slutt at jeg tror vi må sette et tidspunkt, at det er ikke nok med dagen, men at vi vet tidspunktet når dere er ute med studenten. Eller er det kanskje det som blir salderingsposten, ja, hvis det ryker i avdelingen”.*

Der studentene er to sammen jobber de gjerne mer uavhengig av praksisveileder, spesielt utover i praksisperioden. Aktivitetskortene kan da være til hjelp for å holde fokus, utfordre på kunnskap og hjelpe til refleksjon.

## 5.4 Organisering og struktur

I dette kapitlet beskrives hvordan ulike faktorer i organisering og struktur på praksisstudiene har hatt betydning for oppnåelse av læringsutbytter i medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten, på lik linje med praksisstudier i spesialisthelsetjenesten.

### 5.4.1 Planlegging – en prosess for struktur og læringsaktivitet

Planlegging før praksisperioden var tema i alle intervju, med alle deltakerne, når det ble stillet spørsmål om tanker og erfaringer i forkant av praksisperioden. Lederne beskrev at de hadde en koordinerende funksjon, der både praktisk tilrettelegging og involvering av ansatte var sentralt. De la vekt på at alt som var avtalt av planlegging ble gjennomført, og at alt skulle være klart når studentene ankom.

*Jeg føler det har vært litt koordineringsrolle i forhold til å samle alle i denne gruppa og være med å skrive aktivitetskort og gjøre oppgaver vi fikk. Prøve å samle trådene i alle leksene vi fikk, som jeg kaller det, at alle kom på møter og sette opp møter. Pass på at alle gjorde det de skulle i forhold til at vi fordelte oppgaver. Følge opp det, og hold trådene i forhold til at hjemmesykepleieren var ikke med i gruppa (leder 2). Nei, i forkantet før de studentene kom, så var det jo de her oppgavene vi skulle gjennomføre, både plan og strategi og presentasjon ..... og så kalte jeg de inn på et møte, og så satt vi oss ned og satte opp punktene, hvordan vi vil ha det, og hvordan er det greiest og satt med kalenderen for å få det til å klaffe. (leder 1). Og at vi ønsket at alle var involvert, altså at de involverte seg i det, og at de så det som en annen type læring å ha enn de som skal ha stell og grunnleggende. Og så har vi egentlig bare oppdatert de hele veien, at nå er det sånn, og nå har vi gjort det sånn, og sånn og sånn er det tenkt (leder 1)*

Praksisveilederne trakk fram betydningen av at avdelingen hadde gjort alle forberedelser før studenten startet opp i praksis. Både praktisk tilrettelegging og forberedthet i forhold til studentens læring. De fleste nevner at forberedelsene i forbindelse med prosjektet gjorde at de var litt mer forberedt enn vanlig før studentene kom.

*Alt ifra at studenten hadde egen innlogging til journalsystemet, til nøkkel, garderobeskapet, læringsmålene, hadde vi gått gjennom og hatt tid til å gå gjennom på forkant. Vi visste hva læringsmålene var, selv om vi var litt usikre på om vi klarte å ro det i land... Og den dagen hun kom, var alt klappet og klart. Som regel er det ikke helt det. (praksisveileder 2). Litt i forkant så pratet vi litt om hvilke forventninger vi skulle kunne sette til de her studentene etter hvert i medisinsk praksis. Ut fra de læringsutbyttene som var. Det gjorde vi. Men vi laget en mal over at i løpet av de to første ukene så skal vi ha kommet oss gjennom det, de skal de ha blitt kjent i avdelingen, de tre neste, fire neste uken, så er målene at de skal bli mer og mer selvstendige (praksisveileder 4). Vi startet med forberedelser før studenter kom, med å sende informasjon om praksisplassen og om veiledere. Så så vi litt på turnus hvor passet det å gå og tenke på hva det var de trengte som praksis (praksisveileder 3).*

En av praksisveilederne reflekterte over betydningen av å ha tenkt gjennom hvordan læringsutbyttene var mulig å oppnå i avdelingen, for å kunne planlegge.

*Jeg har gått gjennom alle læringsutbyttene, og så har jeg tenkt litt på hva vi har på avdelingen, eller hva vi har hatt på avdelingen, slik at man kan reflektere rundt det vi har hatt, nødvendigvis ikke har her i dag. Eventuelt er det noe av de andre avdelingene har, eller hjemmesykepleierne har (praksisveileder 2).*

Når praksisveilederne så seg tilbake, var de samstemte i betydningen av å sette av tid til refleksjon. Noen mente det burde vært bedre planlagt i forkant og satt av mer tid til, mens andre pekte på at det at de hadde satt av tid til refleksjon hadde hatt betydning for et vellykket resultat i læringen.

*Vi kunne ønsket at vi hadde satt oss en halv dag en gang i uka, bare for å nøde oss og studentene til å gå gjennom uka, så de ikke går hjem og grubler (praksisveileder 3). Vi har tatt oss tid til å gå gjennom de kortene med (studenten), og satt oss ned på slutten av vekten. ... Vi hadde en god gjennomgang av refleksjonene, og snakket med andre hvis det var noe vi ikke hadde tenkt på. Det er en stor suksessfaktor at vi har tatt oss den tiden (praksisveileder 2).*

En annen praksisveileder sa at hun ikke planla en egen tid for refleksjon, men heller utnyttet pasientsituasjoner til å reflektere, etter hvert som de oppstod.

*Og så er det jo noe når man står midt oppi ting, så har man jo ikke alltid anledning til å ta den faglige diskusjonen.....Men da kan vi, når det er litt stille stunder innimellom, så kan vi sette oss ned. «Og den dagen der, når vi har den pasienten her, har du fått tenkt over litt hva som egentlig skjedde ,....» (praksisveileder 4).*

Noen av kommunene laget informasjonsmateriell om egen avdeling og tjenestene de utførte. Dette ble sendt til student og lærer i forkant av praksisperioden. En av lærerne reflekterte over at denne informasjonen var nyttig.

*Jeg ble veldig godt informert på forhånd, generell informasjon om kommunehelsetjenesten og hvilken type praksisplass det var. Og at det var godt planlagt. Så jeg følte at jeg hadde innsikt i det. Og det er jo litt ulikt fra sykehuset, der man ikke får det samme (praksislærer 1).*

Intervjuene med lærerne avslørte at i forkant av praksisperioden forberedte de seg i stor grad til denne nye typen praksis som til annen medisinsk praksis. De fortalte at de var spent, skeptisk, eller

avventende til om studentene skulle oppnå forventede læringsutbytter. Etter endt praksisperiode fortalte de om at de erfarte å ha blitt kjent med en ny og endret kommunehelsetjeneste. De var nærmest overrasket over hva sykepleietjenestene i kommunen kunne innebære av læring. Lærerne var ved avslutning av prosjektet samstemte på at de opplevde seg trygge på at studentene de hadde ansvaret for, alle hadde oppnådd sine læringsutbytter.

*Så har det skjedd noe med kommunen. Det har jo skjedd mye. ...Jeg er veldig overrasket. Ja, det vil jeg faktisk si. ...For jeg var noe skeptisk... (praksislærer 1). Og så var de (praksisveilederne) jo så godt forberedt. ... Jeg tror det er veldig mye av årsaken til at det blir sånn som det blir (praksislærer 2).*

Studentene fortalte de var avventende eller skeptisk, og ikke planla noe mer enn vanlig i forkant av praksisperioden. Likevel fortalte de at de var litt redd praksisen skulle bli en gjentakelse av praksis i grunnleggende sykepleie, og derfor var mer enn vanlig bevisst på at de skulle oppnå læringsutbyttene.

*Ellers har jeg jo satt meg inn i læremålene, men jeg har ikke forberedt meg mer enn hva andre praksiser som jeg hadde vært (student 4). Jeg var jo litt skeptisk i forhold til om jeg skulle lære, det jeg skulle få lært.. møtte jeg læringsutbyttene i forhold til om jeg hadde vært på sykehuset. Så jeg var jo litt skeptisk til det (student 4). Jeg har gjort meg opp en mening om det. Før vi gikk ut i denne praksisen. At jeg skal fokusere på læringsutbyttene (student 3). Det har vært merkbart stor forskjell. Selvfølgelig i den første (grunnleggende) var det et helt annet fokus og helt andre læringsutbytter. Men jeg merket jo fort at denne praksisen ble annerledes enn den første (student 1).*

Erfaringene som deltakerne i dette prosjektet hadde med planleggingsprosessen, har vist at det var viktig å identifisere læresituasjonene i forkant, og bestemme hvilke læringsaktiviteter som var relevant for det studenten skulle lære, og å strukturere praksisperioden med bakgrunn i dette. Det var da sentralt å knytte oppnåelse av læringsutbytter til læresituasjonene.

Noen norske studier har vist til at læringsutbyttebeskrivelser brukt i undervisnings- og vurderingssammenheng kunne bidra til tydeliggjøring og bevisstgjøring, samtidig som de også kunne oppleves som begrensende og vanskelig å konkretisere (21) (22). Verdier nedfelt i deres egen sykepleiepraksis, og kollektive kriterier for sykepleie kunne i noen sammenhenger ha mer innvirkning på praksisveiledernes vurdering av sykepleierstudentene. Ved vurderingsmøter der praksislærer var tilstede, kunne det i tillegg være ulike syn på læringsoppnåelsen hos studentene (22).

I dette prosjektet jobbet praksisveilederne aktivt med læringsutbyttebeskrivelsene, i god tid før studenter kom til avdelingen. Det fremstår som det var en omforent forståelse av studentens læringsutbytte hos praksisveilederne. Praksislærerne uttalte også at de aldri før hadde møtt så godt forberedte veiledere. Både praksislærere, praksisveiledere og studenter var i tillegg samstemte i at studentene oppnådde læringsutbyttene sine.

Flere studier viser også til at læringsutbyttebeskrivelser kan brukes som læringsressurs. Læringsutbyttebeskrivelser kan gjøre studenter mer bevisst kompetansen de skal erverve seg gjennom studiet, men bør da understrekes, forklares og eksemplifiseres, for at de skal brukes produktivt av studentene (23). Dersom læringsutbyttene blir tydeliggjort, og praksisplassen får

forståelsen hvordan læringsutbyttene kan oppnås, kan det bidra til økt læring også i studentenes kliniske studier (24).

I dette prosjektet utarbeidet praksisfeltet aktivitetskort, der hensikten var å hjelpe studentene med å holde fokus på læringsutbyttene, spesielt hvis det ikke var typiske lærings situasjoner tilstede en periode. Arbeidet med aktivitetskortene og med informasjonsskrivet om den enkelte avdeling, kan ha bidratt ekstra til å tydeliggjøre for praksisveilederne sammenhengen mellom læringsutbyttebeskrivelsene i studieprogrammet og læresituasjonene som fantes i avdelingen.

#### 5.4.2 Samarbeid for idemyldring og eierskap

Arbeidet som foregikk på Erfaringsnettverket framheves av ledere og praksisveiledere som verdifullt for å organisere mottak av studentene og få ideer fra andre om hvordan de kunne legge til rette for studentenes læring i egen avdeling.

*Har alt å si, hadde ikke greid det uten disse møtene, tror jeg. At dere og Jobbvinner har vært til stede. .... Vi har fått mange gode råd, og dere har vært på (leder 2).*

Også for eget ansvar og framdrift i egen planlegging var Erfaringsnettverket viktig.

*Det har vært spennende. Det er nok også en grunn til at det har gått bra. For da blir man veldig involvert i hele prosessen. ... Og hva som er viktig for studentene. Og hva som må til for at de skal lykkes (leder 1). For nå skjønnte vi litt mer opplegget på forhånd. Men når (student)kom hit, så var alt veldig greit. Da hadde vi god oversikt over læringsmål og aktivitetskortene som vi hadde vært med og laget (leder 2).*

I tillegg hadde det stor verdi å møte hverandre, høre på hverandres betraktninger og løsninger. Samarbeidet mellom kommunene gjorde det mulig å se muligheter i egen praksis og egen avdeling.

*Å få høre på andre kommuner og ha litt dialogen og hva de tenker. I forhold til vår rolle i forhold til planlegging (leder 1). ...vi var sammen med andre kommuner og vi fikk høre hva de andre tenker og gjør. Ja, for vi har følt eierskap når vi har fått være med så aktivt (leder 2).*

Samarbeidet med de som var ansvarlig for gjennomføring av prosjektet beskrives som verdifullt og en forutsetning for å oppnå det de har oppnådd. De beskriver også at de fikk eierskap til utviklingen av praksisperioden, og viktigheten av dette.

*Jeg fikk litt mer forståelse for hva det handlet om, for dere var mer tydelige på læringsmålene (leder 1). Og det er viktig å få frem her at her skal vi få til sammen. Ja, for vi føler eierskap når vi får være med så aktivt. Og at dere har fått litt regien på det, men at vi er aktive med det. Så det har vært kjempebra (leder 3).*

Det store engasjementet og felles ansvaret som ledere og sykepleiere tok for å utvikle en helt ny modell for praksisstudier må tolkes som en faktor som bidro positivt i prosjektets resultater. Lederne og sykepleierens særlige engasjementet, kan skyldes veiledningen de opplevde at de fikk av hverandre i Erfaringsnettverket. Det kan ha vært et effektivt bidrag til å støtte opp om dem, og å gi dem en ny forståelse av egen praksis. Studier viser at formell støtte fra kollegaer og lærere øker praksisveilederes selvtillit i klinisk veiledning. Særlig er god informasjon om og forståelse for hva

studenten skal lære i praksisperioden, en viktig faktor (25). Andre studier viser at mangel på samarbeid kan gjøre praksisveiledere usikre i veiledning og vurdering av studenter (22).

I tillegg viser studier at profesjonelt engasjement og høy motivasjon, sammen med myndiggjøring av ansatte, kan påvirke hvordan ansatte engasjerer seg i utviklingsarbeid (26). Dette kan også ha vært faktorer som har spilt en rolle for deltakerne i dette prosjektet. Erfaringsnettverket beskrives som verdifullt, og både motivasjon for å delta i dette utviklingsprosjektet, og selve deltagelsen sammen med kollegaer fra andre kommuner kan ha bidratt til engasjementet som ble studentene tildelt i praksisstudiene. Studentene fremhevet også de gode relasjonene med praksisveilederne og resten av personalgruppen, noe som kan tolkes som en deltagelse i et praksisfellesskap slik Lave og Wenger (15) beskriver. Samarbeidets betydning for felles utvikling av organisering og struktur kan ha gjort praksisfellesskapet ekstra tilgjengelig for studentene.

#### 5.4.3 Veksling mellom ulike læringsarena

Alle kommunene la opp til at studentene skulle veksle mellom basisavdelingen og andre aktuelle læringsarena. Denne vekslingen beskrives både med positive og med negative erfaringer. Det stilles på den ene siden spørsmål med om det kan ha bidratt til, eller kan være en fare for diskontinuitet i læringsprosessene, men på den annen side, om at vekslingen bidro til bedre læringsoppnåelse.

*Så kanskje den organiseringen skulle vært annerledes uten at jeg helt kan si hvordan. Så egentlig sånn som denne perioden har vært, så tror jeg at... (students navn) kanskje hadde hatt vel så bra utbytte å være i ... (navn på avdeling). Det hadde jo blitt litt mer kontinuitet i hele perioden (praksisveileder 1). ...problemet ble at det ble for mye, og så begynte vi å sortere litt på hva det er dere skal ha fokus på, fordi at det blir her og der, bli med her, bli med her, det er så mye de vil lære seg, og så blir det litt vanskelig å gå i dybden på noe, og det er viktig at de ikke bare har vært inne og skummet læremålene, de må være inne om å forstå dem på en måte. (leder 2). ... (studentens navn) synes det er veldig interessant å se den måten kreftsykepleieren jobber på....., så hun har funnet det interessant å være en del av det, ... hun synes det er fint å se hvordan de jobber med både samtaler og oppfølging (praksisveileder 2). De hadde jo sydd sammen et opplegg som var veldig oppstykket, men når hun var på legekantoret, så følte hun vel at hun ikke fikk det utbyttet... Hun ble jo i varetatt, selvfølgelig, men det var hektiske dager, og akkurat der tenker jeg at den forankringen ikke var god nok (praksislærer 3).*

Flere av praksisveilederne beskrev at utveksling av informasjon om studentenes læringsoppnåelse på de ulike læringsarenaene var krevende.

*Vi har ikke hatt noen direkte tilbakemeldinger. Nå var det jo kun det at jeg ringte og spurte at jeg vet sånn høvelig hvordan det har fungert der nede (praksisveileder 2). Og hva hun har fått fra de andre, det må jeg bare si at jeg er usikker på. Jeg har fått et lite notat fra .... (navn på veileder) som jeg skal ha med til sluttevalueringen.... Så jeg tror nok det kunne vært litt bedre samkjørt det der (praksisveileder 1).*

Studentene har også ulike meninger om sine erfaringer med å veksle mellom flere læringsarena. Noen beskriver det som slitsomt og travelt, mens andre beskriver det som verdifull variasjon.

*Hvis jeg skal si noe som har vært, ikke vanskelig, men stressende og litt belastende, så er det at det ble mye farting mellom alle tre plasser. Det så fint ut i starten, ....men det har vært veldig slitsomt. På et tidspunkt var det hver uke en ny plass, og det var nye ansikter, nye navn, nye rutiner, nye lover og regler, normer. Det ble mye nytt de tre ukene der, og det opplevdes veldig slitsomt (student 1). ...med alle de læringsutbyttene, så synes jeg dette har vært en bra praksis ... med tanke på at man er på korttidsavdeling, legekontor eller kreftsykepleie, men ikke bare på korttidsavdeling, man må ha de tre elementene.. (student 2).*

Den formative vurdering i forbindelse med studentens læringsprosess har alltid har vært en viktig del av praksisstudiene i bachelorutdanningen i sykepleie (27). I tillegg kan nok bruk av læringsutbyttebeskrivelser i både formativ og summativ vurdering ha ført til et særlig fokus hos praksisveilederne (22). At de følte uro når de da ikke hadde full oversikt er derfor naturlig.

Mellom de ulike praksisarena i kommunene var det ikke en naturlig flyt av informasjon i forbindelse med praksisstudiene, og det kan ha hindret eller gjort det vanskelig for praksisveilederne å se hvordan informasjon og erfaringsutveksling skulle foregå. De fleste studentene opplevde at de fikk god læring, og samtalte om dette da de var tilbake i basisavdelingen. Man kan tenke at studentene kunne tatt mer eierskap for sin egen læring. Med å ta eierskap for egen læring, menes at studenten studenten tar avgjørelsen om hva og hvordan de ønsket å lære basert på deres behov, og selv aktivt ber om tilbakemelding på gjennomført læringsarbeid (28). Studenter på dette nivået kan forventes å stille spørsmål ved viktigheten av læresituasjonen, dens relevans, og hvordan den vil være nyttig for dem i det nåværende stadiet de er i utdanningen. På den måten kunne man ha unngått at studentene opplevde stress og stadig nye fokus.

## 5.5 Våre råd for implementering av medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenestene.

Dette kapitlet er skrevet for de som ønsker å implementere medisinsk praksis i en ny kommunehelsetjeneste der dette ikke allerede er etablert. Kapitlet handler om våre tanker om hva som er lurt å gjøre, hva man bør tenke på, og det vi ser på absolutte kriterier som må være oppfylt før studentene avvikler medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten. Flere konkrete tips kan finnes i KS Jobbvinner sin veileder for bruk i studentpraksis (29).

### 5.5.1 Korttidsavdeling med KAD-plasser som studentens basis for praksisstudiene

Alle studentene i dette prosjektet, bortsett fra en student, hadde en korttidsavdeling med KAD-plasser som sin basisavdeling. Avdelingene varierte i forhold til hvordan de definerte KAD plassene og brukte avdelingen. Det varierte mellom at avdelingen hadde en klar profil på KAD plassene der det kun var pasienter i et kort avgrenset tidsrom mens de var i aktiv behandling, til at plassene også ble brukt av pasienter som egentlig skulle hatt en langtidsplass. I avdelingene kunne det også være avsatt plasser til andre pasientgrupper, f.eks. rehabilitering og lindring. Studenten tilbrakte mye tid på denne avdelingen, og studentens praksisveileder var tilknyttet denne avdelingen. Avdelingen ivaretok kontinuitet i veiledning og vurdering på supplerende praksisarenaer.

Helsedirektoratet har pekt på at KAD avdelinger er gode læringsarena for studenter i praksisstudier (4). Dette var også ett av kriteriene da vi valgte ut kommuner til prosjektet. I dette prosjekt er det misvisende å snakke om KAD-*avdeling*, i og med at det i små kommuner som oftest er snakk om KAD-*plasser* tilknyttet en korttidsavdeling som også har andre typer plasser. Det vi nå erfarer er at kommuner organiserer dette tilbudet noe forskjellig. Ordningen kan variere mellom at kommunen ivaretar døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp i såkalte «senger» innenfor en ordinær sykehjemsavdeling, til at de har en egen avdeling der pasienter kun tilbringer kort tid til utredning og medisinsk behandling.

Erfaringene i dette prosjektet tilsier at det er sentralt at studentens basisavdeling har KAD-plasser, men like viktig er det at basisavdelingen er en reell korttidsavdeling, slik at studentene får en bredde i pasientgrupper og mengdetrening i å vurdere, samhandle og følge opp ulike pasientforløp. Erfaringer tilsier at på tross av at en avdeling er definert som korttidsavdeling, så kan den utvikles til langtidsavdeling, hvis det er mangel på langtidsplasser i kommunen. Når studenter skal ha sine medisinske praksisstudier i en kommune, må en derfor sikre at basisavdelingen også i realiteten er en korttidsavdeling.

De avdelingene som har KAD-plasser, har tilgjengelig døgnkontinuerlig legetjeneste. Hvordan den er organisert kan variere fra kommune til kommune, men er regulert i avtale mellom kommunen og helseforetak (1). Studenter som har sine praksisstudier i slike avdelinger får dermed tilgang til samhandling med lege på daglig basis, noe som er av stor betydning for å få erfaring med aktiv medisinsk vurdering og behandling. Dette var også en av de tydelig anbefalingene fra deltakerne i prosjektet på det siste og oppsummerende Erfaringsnettverket.

Gjennom prosjektet har vi undret oss på om avstand til nærmeste lokalsykehus kunne være årsak til ulik praksis på grad av medisinsk behandling, på tross av lik benevnelse på avdelingene. Trolig kan legetjenestens involvering i den medisinske behandlingen av pasienten spille en rolle i forhold til studentens opplevelse av læring når det gjelder akutte tilstander hos pasienter. Det kan være at legetjenestene i de ulike kommuner har ulik praksis når det gjelder å behandle pasienten selv eller å velge en sykehusinnleggelse. Avstand til sykehuset kan slik ha noe å si, siden noen av deltagerne fortalte at det ble lagt vekt på å spare pasienten for strevsom reise.

Det kan virke som det i prosjektet ble identifisert en sårbarhet i informasjonsutvekslingen mellom basisavdeling og de andre avdelingene der studentene hadde praksisstudiene. Samtidig ble vekslingen mellom ulike praksisarena beskrevet som verdifull og ønsket, både av praksisveiledere, lærere og studenter. Det opplevdes likevel som en tydelig anbefaling fra deltakerne i prosjektet, at basisavdelingen bør være sentrum for læringsaktiviteten, mens at andre relevante læringsarena i kommunen også må brukes som supplement. Læringsmetodene kan vurderes, der studenten får mer eierskap til læringsprosessen. Formativ og summativ vurdering bør tillegges basisavdelingen, og det må sikres tilstrekkelig informasjon om studentens læringsoppnåelse når studenten er utenfor basisavdelingen.

### 5.5.2 Planlegging av praksisperioden

Planlegging i forkant av mottak av studenter i medisinsk praksis er en viktig forutsetning for et vellykket læringsresultat hos studenten. Selv om det er urealistisk å bruke tilsvarende tid og ressurser for planlegging som dette prosjektet har brukt, viser erfaringene at planleggingsperioden må baseres på et tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisplassen. Erfaringene tilsier at



samarbeidet må preges av planmessighet. Dette er for å sikre forankring og forventningsavklaring, og en struktur som passer med aktuelle læresituasjoner som finnes i kommunen og læringsutbyttebeskrivelsene som studenten skal innfri i løpet av praksisperioden. Praksisveilederens viktig rolle, identifisering av læresituasjoner, struktur på praksisperioden, læringsaktivitet, og vurdering av studentens læringsbytteoppnåelse er viktige stikkord i denne forbindelse. Tilstrekkelig med tid for planlegging, legger også til rette for god dialog og informasjon til studenter, veiledere og lærere. Planleggingen bør helst starte seks måneder før oppstart, var den tydelige anbefalingen fra deltakerne i prosjektet, da de ble utfordret på dette på siste og oppsummerende Erfaringsnettverk.

Både ledere og praksisveiledere bør delta i planleggingen for struktur på praksisperioden, for organisering av læringsaktivitet, og for en bevisst utvelgelse av læresituasjoner. Det er viktig å identifisere læresituasjonene som finnes i avdelingen, og hvilke læresituasjoner som er relevant for å nå læringsutbyttene, før studentene møter opp til praksisstudiene. Arbeidet med å identifisere dette, kan også være med på å øke bevissthet i avdelingen for hva studenten skal jobbe med, og hva de ikke skal jobbe med. Det kan også bidra til at hele personalgruppen involveres i læringsarbeidet til studenten. Det kan igjen gjøre det enklere å skille læresituasjoner i grunnleggende sykepleie og i medisinsk sykepleie, siden begge typer av praksisstudier kan foregå på samme avdeling.

Deltagerne er tydelig på at denne prosessen bør starte tidlig, helst flere måneder i forkant av studiene. Deltakerne fremhever også betydningen som involvering i planleggingsprosessen hadde for et vellykket resultat. Det kan synes som utdanningsinstitusjonen bør tilstrebe at praksisplassen får et tydelig eierforhold til læringsoppnåelsen som skal skje hos studentene som skal ha praksisstudier i dette praksisfeltet.

Aktivitetskortene ser ut til å være brukt på ulike måter på de ulike avdelingene gjennom dette prosjektet. Uansett hvordan de er brukt, så er erfaringen at de har hatt en funksjon. De bidro til at praksisplassen og praksisveilederne ble godt kjent med læringsutbyttene gjennom planleggingsperioden, og særlig gjennom deres aktive deltakelse i utviklingen av kortene i planleggingsperioden. Selv om kortene ble gjenbrukt kan det virke som de ga et viktig bidrag i å holde fokus mot de riktige læringssituasjonene.

Praksisveilederne har brukt aktivitetskortene ulikt. Hvordan kortene ble brukt og om tiden til refleksjon ble prioritert rundt kortene eller kliniske situasjoner kan det virke som praksisveilederne gjorde en velfundert vurdering av. Selv om aktivitetskortene kan ha en stor verdi, og at erfaringene tilsier at de bør benyttes i praksisstudiene som hjelp i refleksjonsarbeidet, er det også viktig å påpeke praksisveilederens egne vurderinger om hvordan de planlegger og gjennomfører refleksjonsarbeidet. Tiden som er stillet til rådighet for refleksjon kan virke å være knapp. For at dette arbeidet skal få sin rettmessige plass i veiledningen, kan strukturert bruk av kortene hjelpe praksisveilederne til å prioritere tid til dette.

### 5.5.3 Informasjon

KAD avdelinger eller avdelinger med KAD plasser har ingen egentlig standard slik man kan oppleve medisinske avdelinger i spesialisthelsetjenesten har. De fremstår som mer ensartet og mer gjenkjennelig, også om sykehusene er av ulik størrelse og funksjon.

I dette prosjektet ble det derfor utviklet informasjonsbrosjyrer for hver av avdelingene, der det blant flere ting var beskrevet hva studenten kunne forvente å møte i avdelingen i sine praksisstudier. Informasjonsbrosjyren gjorde at både student og praksislærer fikk en kjennskap til praksisplassen før oppmøte, og en større forberedthet til praksisstudiene.

Deltagerne i prosjektet mente at informasjonsbrosjyren la til rette for samhandling og gjensidig informasjon mellom avdeling, student og praksislærer. Internt i avdelingen fungerte den også som en forventningsavklaring, om hva studenten skulle lære og ikke lære. Utviklingen av brosjyren medførte også at personalet i avdelingen ble mer bevisst på egen funksjon, og stolt over egen arbeidsplass. Deltagerne anbefalte at informasjonsbrosjyren utvikles i god tid før studenten kommer, og sendes til lærer og student noen uker før oppstart.

#### 5.5.4 Praksisveilederens betydning

Studentens inkludering i praksisfellesskapet virket å ha hatt en avgjørende betydning for studentens læring gjennom praksisstudiet i dette prosjektet. Deltagerne beskriver viktigheten av at studenten får eller blir gitt ansvar ut fra sitt nåværende utviklingsnivå, og at studenten tar imot det ansvaret som blir tildelt han. Det kan være flere årsaker til studentenes opplevelse av inkludering i praksisfellesskapet, men praksisveilederens ansvar for fasilitering av læringsprosessen fremstår i dette prosjektet som en svært viktig faktor for et vellykket resultat. For at læringen skal skje må studenten oppleve seg inkludert i praksisfellesskapet, og dette er praksisveilederen den nærmeste til å hjelpe studenten med. Det kan virke som at det hadde betydning at praksisveilederen var ansvarlig for organisering og struktur av studentens praksisperiode, og at det sikret faglighet og nærhet til pasienten.

Refleksjon i situasjoner og over situasjoner som student og praksisveileder opplever, gir betydelig læring slik Schön (13) beskriver det. Aktivitetskort kan være gode hjelpemidler i så måte, men den felles opplevelsen som student og veileder har i pasientmøtene har stort potensiale for læring. Den hektiske hverdagen i en KAD avdeling kan være til hinder for praksisveilederen å være tilgjengelig for studentens læring. Det bør derfor vurderes spesifikke tidsrammer i forbindelse med praksisveiledning. At praksisveilederen har tilstrekkelig mulighet for å være tilgjengelig for studenten som er under veiledning, støttes av en relativt omfattende forskning gjennom lang tid på sykepleiestudenters læring i praksisstudier (30) (31) og samsvarer med erfaringene i dette prosjektet.

#### 5.5.5 Å studere i egen hjemkommune

Alle studentene, unntatt en student, hadde praksisstudier i egen kommune. Alle studentene hadde kortere reisevei enn de ville hatt ved praksisstudier i sykehus. Alle studentene oppga at medisinske praksisstudier i egen kommune hadde praktiske fordeler for dem personlig, for eksempel å ivareta egne barn.

I små kommuner kan kjennskapen til de som bor i nærmiljøet gjøre at student og pasient, eller pasient og praksisveileder, kan ha felles bekjentskap eller felles relasjoner. Gjennom prosjektperioden stilte vi oss spørsmål om denne typen praksis vil passe for alle studenter med hensyn til relasjoner til egen praksisplass.

Selv om studentene ikke ble plassert i en avdeling der de allerede hadde et arbeidsforhold, var det noen studenter som kjente sin praksisveileder fra før. Både praksisveiledere, studenter og

praksislærere reflekterte over denne problemstillingen i intervjuene og i Erfaringsnettverket, og deres erfaring var at forventningsavklaring og tydelig kommunikasjon avhjelper mulige problemer.

Det er også en reell problemstilling at studenten kan møte bekjente som pasient eller pårørende under praksisstudiene. Studenter og praksisveiledere opplevde ikke dette som et problem, og henviste til at samme dilemma også kan oppstå i sykehusavdelinger, og takles gjennom profesjonelle vurderinger i den enkelte situasjon.

Erfaringene vi har gjennom prosjektet er at det å studere i egen kommune ikke gir studenten problemer i læringsopplæringen. Det kan virke som alle deltagerne hadde et svært bevisst forhold til eventuelle problemstillinger rundt dette spørsmålet. Både praksisveilederne og studentene hadde et avklart og profesjonelt forhold til hvordan å takle tidligere bekjentskap, og påse at det ikke fikk innvirkning på vurderingssamtaler og i veiledning. Avdelingslederne hadde før oppstart avklart nære forbindelser slik at veiledning ikke ble forhindret av personlige relasjoner.

## 6 Oppsummering og konklusjon

En bred pasientgruppe har sikret utvikling av kunnskapsbasert praksis. Tilgang til ulike praksisarenaer ga stor variasjon og bredde i læringen, men utfordret også kontinuitet i læringsprosessen. Spørreskjemaundersøkelsen viste at alle studentene var fornøyde med praksisperioden i svært stor eller stor grad. En kan ikke se at det er vesentlige forskjeller i læringsopplæring mellom studenter med medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten sammenlignet med ordinære studier i spesialisthelsetjenesten. Vygotsky (32) beskriver læring som stillasbygging der en person kan utvikle seg fra nåværende utviklingsnivå til nærmeste utviklingszone, ved hjelp av den mer kompetente andre. I dette prosjektet er praksisveileder, den mest sentrale andre. Praksisveileder og student har gått samme vakter, med mulighet for praksisveileder å være tett på studentens nåværende utviklingsnivå, og studenten har fått ansvar ut fra det, og dermed en kontinuerlig mulighet for utvikling mot et høyere utviklingsnivå. «Jeg er sykepleierstudent, men får ansvar som en sykepleier». Lave og Wenger (15) beskriver læring som noe som skjer i praksisfellesskap. Det er viktig for studenten å få en posisjon, slik at en får tilgang til praksisfellesskapet og til læringssituasjoner. Studentene i dette prosjektet var godt integrerte i avdelingen. «*Jeg har følt at jeg er en del av dem, ikke studenten til den sykepleieren*». På tross av noe skepsis blant studenter og lærere i utgangspunktet, anbefaler alle sterkt at medisinske praksisstudier for sykepleierstudenter videreføres som fast ordning i kommunehelsetjenesten.

Ved prosjektets avslutning, mener vi at medisinske praksisstudier i kommunehelsetjenesten kan anbefales som en permanent ordning, når gitte kriterier oppfylles. Studentene må tilknyttes en KAD-avdeling som basisavdeling, med aktuelle praksisarenaer som supplement. Praksisperioden må planlegges målrettet og i god tid. Informasjonsmateriell om hver praksisplass må utvikles og distribueres til student og praksislærer før oppstart. Læringsprosessene før og underveis i praksisperioden må fasiliteres av praksisveilederen.

## Referanser

1. Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmateriell. Helsedirektoratet; 2016.
2. Nord universitet. Sykepleier i Nord. 2021.
3. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, FOR-2019-10-23-1405 (2019).
4. Helsedirektoratet. Praksis i kommunene. En økonomisk og administrativ utredning. Helsedirektoratet; 2020.
5. Nordhus GEM, Skagøy BS, Alnes RE. Medisinske praksisstudier i forsterket sykehjemsavdeling: en ny mulighet i sykepleierutdanningen? Nordisk sygeplejeforskning. 2019;9(4):230-42.
6. Jobbvinner K. Praksis i medisinsk sykepleie på sykehjem – er det mulig? 2021.
7. Postholm MB. Forsk med! : lærere og forskere i læringsarbeid. Oslo: Damm; 2007.
8. Christoffersen L, Johannessen A, Tufte PA, Utne I. Forskningsmetode for sykepleierutdanningene. Oslo: Abstrakt forl.; 2015.
9. Johannesen LEF, Rafoss TW, Rasmussen EB, Leiulfsrud H. Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse. Tidsskrift for samfunnsforskning. 2019;60(4):409-10.
10. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. 2006;3(2):77-101.
11. Gaski M. Desentralisert sykepleierutdanning: Effekter på lokal rekruttering. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Notat 2020.
12. Piaget J. Psykologi og pedagogik. København, Danmark: Hans Reitzels Forlag; 1973.
13. Schön DA. Udvikling af ekspertise gennem refleksion-i-handling. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2000. p. s. 254-69.
14. Kullenberg T, Säljö R. Towards Dialogic Metaphors of Learning – from Socialization to Authoring. Integrative physiological and behavioral science. 2022;56(3):542-59.
15. Lave J, Wenger E. Situated learning : legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press; 1991.
16. Vygotskii LS, Cole M. Mind in society : the development of higher psychological processes. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
17. Maasø A-G. Kvalitet og kompetanse i praksisveiledning av vernepleier- og sykepleierstudenter. Senter for omsorgsforskning; 2016.

18. Koch TB, Øgård-Repål A, Knutson De Presno Å, Gundersen ED. Erfaringer med modeller for veiledet praksis i sykepleierutdanningen i Skandinavia: en scoping review. *Nordisk sykeplejeforskning*. 2023;13(2):1-15.
19. Damsgaard HL. Studielivskvalitet : Studenters erfaringer med og opplevelse av kvalitet i høyere utdanning: Universitetsforlaget; 2019.
20. Illeris K. Transformative Learning and Identity. *Journal of transformative education*. 2014;12(2):148-63.
21. Flobakk-Sitter F, Fossum LW. Bruken av læringsutbyttebeskrivelser: En kunnskapsoppsummering. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning NIFU; 2022.
22. Christiansen B, Averlid G, Baluyot C, Blomberg K, Eikeland A, Strand Finstad IR, et al. Challenges in the assessment of nursing students in clinical placements: Exploring perceptions among nurse mentors. *Nurs Open*. 2021;8(3):1069-76.
23. Olstad HA, Rouhani M, editors. Reflection on How to Write the Learning Outcomes for an Online Programming Course for Teachers 2019; Cham: Cham: Springer International Publishing.
24. Kydland AG, Høye S. Samspill mellom øvingsavdeling og praksis i sykepleie - mer læring? *Nordisk sykeplejeforskning*. 2015;5(1):61-9.
25. Dahlke S, O'Connor M, Hannesson T, Cheetham K. Understanding clinical nursing education: An exploratory study. *Nurse Educ Pract*. 2016;17:145-52.
26. Lalani M, Hall K, Skrypak M, Laing C, Welch J, Toohey P, et al. Building motivation to participate in a quality improvement collaborative in NHS hospital trusts in Southeast England: a qualitative participatory evaluation. *BMJ Open*. 2018;8(4):e020930-e.
27. Prøitz TS. Læringsutbytte. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
28. Glassner A, Back S. Exploring Heutagogy in Higher Education: Academia Meets the Zeitgeist. 1st Edition 2020 ed. Singapore: Singapore: Springer; 2020.
29. Jobbvinner K. Praksis i medisinsk sykepleie i kommunehelsetjenesten. Veileder for bruk i studentpraksis. Kommunenes sentralforbund. Jobbvinner; 2023.
30. Sweet L, Broadbent J. Nursing students' perceptions of the qualities of a clinical facilitator that enhance learning. *Nurse Educ Pract*. 2017;22:30-6.
31. Collier AD. Characteristics of an effective nursing clinical instructor: The state of the science. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):363-74.
32. Vygotsky LS, Cole M, John-Steiner V, Scribner S, Souberman E. *Mind in Society: Development of Higher Psychological Processes*. 1 ed. Cambridge: Cambridge: Harvard University Press; 1978.

# Vedlegg

## Vedlegg 1. Intervjuguider

Intervjuguide studenter (før gjennomføring av praksis)

### Introduksjon

Hensikt med fokusgruppeintervjuet: Å snakke om tanker om og forventninger til medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten

Hva skal vi bruke det til? Se det opp mot erfaringer ved gjennomføringen. Ble forventningene oppfylt

Forventninger til gjennomføring av intervjuet: Samtale som flyter mellom dere studenter som deltar

Roller: To som deltar sammen med dere (moderatorer), en hovedansvarlig for struktur/tema underveis i samtalen, en fyller inn, ved behov

Om lydopptak, oppbevaring, sletting. Om å kunne trekke seg

### Tema – spørsmål

Beskriv hva dere tenkte da dere første gang fikk informasjon om at dere var valgt ut for å ha medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten

Følge opp/be om utdyping – hvorfor enten positivt eller negativt (faglig – praktisk?)

Har dere fått noen reaksjoner fra andre på å skulle ha denne praksisen i kommunehelsetjenesten?  
Beskriv - Hva – hvem

Beskriv hva dere forventer at dere skal lære i denne praksisperioden? (prosedyrer – observasjoner – vurderinger- andre ting)

Har dere noen bekymringer for om dere går glipp av noe ved å ha medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten? Evt hva – beskriv

Datainnsamling Studenter (ved avslutning av praksis).

Overordnet:

Når studentene læringsutbyttene i medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten?

Hvilke suksessfaktorer har evt. vært viktig?

Sett fra studentenes side

Sett fra kommunenes side

Sett fra praksisveilederes side

Hva kunne ha vært gjort annerledes for å lykkes? → Behov for endringer til pulje 2?

Spesifikt/mer i dybden

Studenter:

Spørsmål

Beskriv hvordan du har opplevd praksisperioden opp mot å nå læringsutbyttene for denne praksisen

Hvis du skal si noe om hva du har lært mest av i denne praksisperioden, hva vil du si da? Kan du/dere utdype – årsaker til at du har lært dette?

Hva har fungert bra?

Hva kunne ha vært gjort bedre?

Utdyp – beskriv

Informasjon på forhånd (fra universitetet, fra kommunen)

Organisering av praksisperioden; forholdet basisavdeling og andre tilbud.

Beskriv – hvordan fungerte det? (Kontinuitet i læringsprosessen,

Forankret i læringsutbyttene?

God sammenheng med læring i basisavdelingen?

Bruk av aktivitetskort.

Når i perioden – i hvilke sammenhenger?

Betydning for læring?

Praksisveiledning.

Beskriv.

Praksisveileders rolle.

Avdelingens rolle i praksisveiledning

Lærers rolle

Hvordan opplevde du at avdelingen/kommunen kjente til læringsutbyttene for praksisperioden?  
(Forskjell fra praksis i grunnleggende sykepleie)?

Hvordan opplevde du at du aktivt fikk delta – bli utfordret? Vurdér endringer fra praksis i grunnleggende sykepleie

Behov for endringer til pulje 2? Beskriv

Vil du anbefale medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten til andre studenter? Hvorfor – hvorfor ikke?



## Intervjuguide for første fokusgruppeintervju ansatte i kommunene

### Introduksjon

Hensikt med fokusgruppeintervjuet: Å snakke om tanker om og forventninger til medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten

Hva skal vi bruke det til? Se det opp mot erfaringer ved gjennomføringen. Ble forventningene oppfylt

Forventninger til gjennomføring av intervjuet: Samtale som flyter mellom dere som deltar

Roller: To som deltar sammen med dere (moderatorer), en hovedansvarlig for struktur/tema underveis i samtalen, en fyller inn, ved behov

Om lydopptak, oppbevaring, sletting. Om å kunne trekke seg

### Tema – spørsmål

Beskriv hva dere tenkte da dere første gang fikk informasjon om at deres kommune var valgt ut for å ha medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten

Følg opp/be om utdyping – hvorfor enten positivt eller negativt (faglig – praktisk?)

Har dere fått noen reaksjoner fra andre på å skulle ha denne praksisen i kommunehelsetjenesten?  
Beskriv - Hva – hvem

Beskriv hva dere forventer at studentene skal lære i denne praksisperioden? (prosedyrer – observasjoner – vurderinger- andre ting)

Har dere noen bekymringer for om studentene går glipp av noe ved ikke å ha medisinsk praksis i sykehus? Evt hva - beskriv

## Medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten

### Intervjuguide for første fokusgruppeintervju fagansatte

#### Introduksjon

Hensikt med fokusgruppeintervjuet: Å snakke om tanker om og forventninger til medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten

Hva skal vi bruke det til? Se det opp mot erfaringer ved gjennomføringen. Ble forventningene oppfylt

Forventninger til gjennomføring av intervjuet: Samtale som flyter mellom dere fagansatte som deltar

Roller: To som deltar sammen med dere (moderatorer), en hovedansvarlig for struktur/tema underveis i samtalen, en fyller inn, ved behov

Om lydopptak, oppbevaring, sletting. Om å kunne trekke seg

#### Tema – spørsmål

Beskriv hva dere tenkte da dere første gang fikk informasjon om at dere var valgt ut for å følge studenter i medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten

Følge opp/be om utdyping – hvorfor enten positivt eller negativt (faglig – praktisk?)

Har dere fått noen reaksjoner fra andre på å skulle ha denne praksisen i kommunehelsetjenesten?  
Beskriv - Hva – hvem

Beskriv hva dere forventer at studentene skal lære i denne praksisperioden? (prosedyrer – observasjoner – vurderinger- andre ting)

Har dere noen bekymringer for om studentene går glipp av noe ved ikke å ha medisinsk praksis i sykehus? Evt hva – beskriv

## Vedlegg 2 Spørreskjema

### **Hensikten med denne undersøkelsen**

I denne studien skal vi undersøke dine erfaringer i medisinsk praksis samt kartlegge hvilke praktiske prosedyrer, hvilket medisinsk teknisk utstyr og elementer ved legemiddelhåndtering du har møtt i din praksis. Videre skal vi også undersøke om du har gjennomført dette ved hjelp av observasjon, under veiledning eller hvorvidt dette er en prosedyre, bruk av medisinsk teknisk utstyr og legemiddelhåndtering du vurderer at du kan gjennomføre selvstendig.

Opplysningene vil bli brukt til forsknings og forbedringsarbeid. Forskere vil kun ha tilgang til aidentifiserte data, det vil si at opplysningene ikke kan spores tilbake til en enkeltperson. Hvordan du svarer dette spørreskjema vil ikke påvirke dine videre studier eller praksiser. Dine erfaringer er viktige for oss og vi håper du vil bruke noen minutter på å fylle ut spørreskjemaet!

### **Slik fyller du ut spørreskjemaet**

Svar så godt du kan på spørsmålene. I den delen av spørreskjemaet som omhandler kartlegging av din erfaring med praktiske prosedyrer, medisinsk teknisk utstyr og elementer ved legemiddelhåndtering skal du svare ut fra hvorvidt du har gjennomført dette i DENNE praksisen. Har du gjennomført en prosedyre du finner på lista i en annen praksis men ikke i denne praksisen krysse av under ikke aktuelt.



I denne delen av spørreskjemaet skal vi kartlegge din erfaring med praktiske prosedyrer, medisinsk teknisk utstyr og legemiddelhåndtering som du har møtt i denne praksisen. Noen av disse prosedyrene har du gjort i andre praksiser, men her skal du krysse av om hvorvidt du har gjennomført det i denne praksisen og hvordan du vurderer din egen kompetanse. Har du ikke gjennomført denne prosedyren i denne praksisen skal du krysse av under ikke aktuelt. Dette er et utvalg av prosedyrer, medisinsk teknisk utstyr og elementer ved legemiddelhåndtering. Det betyr ikke at det forventes at du har møtt eller gjennomført alle disse. Flere av disse prosedyrene vil ikke være aktuelle på din avdeling eller i din praksis. Er det andre prosedyrer, medisinsk teknisk utstyr eller elementer ved legemiddelhåndtering du har møtt i din praksis om ikke står listet opp her kan du gjerne skrive disse i boksen helt på slutten av hvert tema.

#### Begrepsavklaring:

**Ikke aktuelt** = Ikke aktuell prosedyre på din avdeling, eller ikke vært aktuell å gjennomføre denne praksisperioden.

**Observert** = Du har observert din veileder eller annen sykepleier (eller annet helsepersonell) gjennomføre prosedyren.

**Gjennomført med veiledning** = Du har gjennomført med tips og råd underveis i prosedyren/håndteringen.

**Gjennomført selvstendig** = Du har gjennomført prosedyren/legemiddelhåndtering/utstyr selvstendig. Du har gjort prosedyren/håndteringen alene eller med veileder tilstede – men det var ikke nødvendig for veileder å komme med råd/veiledning underveis i din gjennomføring.

#### Praktiske prosedyrer , har du gjennomført?

	Ikke aktuelt	Observert	Gjennomført med veiledning	Gjennomført selvstendig
11 Automatisk blodtrykksmåling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Manuell blodtrykksmåling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Automatisk pulsmåling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Manuell pulsmåling	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Målt saturasjon (spo2)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>16</b>	Telt respirasjonsfrekvens	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Målt temperatur	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>18</b>	News skåring av pasient	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>19</b>	Sug av luftveier	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>20</b>	Administrert o2 (brillekateter, maskekateter etc.)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>21</b>	Innleggelse av perifer venekanyle (PVK)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>22</b>	Seponering av perifer venekanyle (PVK)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>23</b>	Håndtering/stell av sentralt venekateter (SVK)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>24</b>	Innleggelse av permanent urinkateter	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>25</b>	Skylling og stell av permanent urinkateter	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>26</b>	Engangskateteringsering (RIK/SIK)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>

<b>27</b>	Tømming/stell av stomi	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>28</b>	Blodsuktermåling	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>29</b>	Blodprøvetaking (inkludert måling av CRP i finger)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>30</b>	Andre prosedyrer du har gjennomført som ikke er listet opp her?				

#### Bruk av medisinsk teknisk utstyr

<b>31</b>	Blodtrykksapparat	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>32</b>	Saturasjonsmåler	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>33</b>	EKG apparat	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>34</b>	Telemetri	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>35</b>	Scoop/rytmeovervåker/Dinamap måling	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>36</b>	Forstøverapparat eller forstøver i vegg	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>37</b>	Blærescanner	Ikke aktuelt	Observert	Gjennomført med veiledning	Gjennomført selvstendig

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>38</b>	Smertepumpe (micrell, kad)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>39</b>	Infusjonspumpe	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>40</b>	Sondeernæringspumpe	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>41</b>	Blodsukkerapparat	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>42</b>	Annet medisinsk teknisk utstyr som ikke er listet opp her?				

### Legemiddelhåndtering, har du i DENNE praksisperioden gjennomført:

<b>31</b>	Istandgjøring av tabletter til pasient? (engangsdose, dagsdosett, ukeddosett)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>32</b>	Administrert behovsmedisin i tablettform	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>33</b>	Trukket opp medisin fra ampuller/hetteglass	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>34</b>	Administrert medikamenter som subkutan injeksjon (s.c)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>35</b>	Administrert medikamenter som intramuskulær injeksjon (i.m)	Ikke aktuelt	Observert	Gjennomført med veiledning	Gjennomført selvstendig



		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36</b>	Administrert medikamenter intravenøst	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>37</b>	Blandet antibiotika	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>38</b>	Administrert insulin med insulinpenn	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>39</b>	Administrert intravenøs veske (natriumklorid, ringer acetat, glukose med tilsatt medikament?)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>
<b>40</b>	Administrert intravenøs veske (natriumklorid, ringer acetat, glukose med UTEN medikament)	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>	Observert <input type="checkbox"/>	Gjennomført med veiledning <input type="checkbox"/>	Gjennomført selvstendig <input type="checkbox"/>

**41** I hvor stor grad kan du administrere medikamenter på en forsvarlig måte?

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

**42** Andre elementer med legemiddelhåndtering du har møtt i denne praksisperioden som ikke er listet opp her?

**Vi vil takke deg for at du tok deg tid til å besvare dette spørreskjemaet!**

## Vedlegg 3 Aktivitetskort. Eksempler

### MEDISINSK PRAKSIS I KOMMUNEHELSETJENESTEN - DEL 1

## AKTIVITETS-KORT

### LÆRINGSUTBYTTE:

(F7) Kan anvende profesjonell kommunikasjon i møte med pasienter, pårørende, medarbeidere og andre samarbeidspartnere

(GK13) Kan planlegge og gjennomføre profesjonell kommunikasjon og samhandling med pasienter og pårørende basert på respekt, medbestemmelse og integritet.

### AKTIVITET:

Olga på 70 år har vært innlagt på sykehus med høyresidig lårhalsbrudd, har hatt kateter under innleggelsen. Det ble seponert før utskrivelse. Etter ankomst til korttidsavdeling ønsker pårørende å ha en samtale med personalet i forbindelse med behandlingsforløpet og hvilke medikamenter hun bruker. De melder at de opplever henne forvirret etter ankomst.

- Hva legger du i begrepet profesjonell kommunikasjon?
- Hvordan vil du gå frem for å svare pårørende på det de spør etter?
- Hvem og hvor innhenter du opplysningene fra?
- Hvordan vil du opptre når du kommer inn i rommet, både verbalt og non-verbalt?
- Hva observerer du når du kommer inn i rommet?
- Hvem er naturlig å samhandle med i denne situasjonen?

### REFLEKSJON:

- Fikk pårørende/pasient svar eller ikke svar?
- Hva gjorde du, og hvorfor?
- Opplevde du at pasient/pårørende ble ivaretatt?
- Hva kan utfallet av feil kommunikasjon/samhandling føre til?
- Må det iverksettes tiltak?



## AKTIVITETS-KORT

### LÆRINGSUTBYTTE:

(K2) Har kunnskap om de vanligste sykdommer, symptomer, sykdomsforløp, utredning og behandling

(F6) Kan anvende faglig kunnskap om sykdom og helse, for å systematisk observere, vurdere, beslutte, iverksette, dokumentere og evaluere hensiktsmessige sykepleietiltak

### AKTIVITET:

Velg en pasient med medisinsk diagnose(r), i avdelingen. Du skal kartlegge pasienten med tanke på å vurdere og beslutte behov for tiltak.

- Forklar patofysiologien knyttet til den valgte pasienten.
- Hva observerer du?
- Hvilke undersøkelser gjør du? Bruk et kartleggingsverktøy som utgangspunkt.
- Hvilke tiltak settes i verk og hvorfor? Bruk pensum og annen relevant teori for å begrunne.
- Bruk dokumentasjonssystemet i avdelingen og dokumenter observasjoner, vurderinger og iverksetting av tiltak
- Evaluere tiltak (hva fungerte og hva fungerte ikke?)

### REFLEKSJON:

- Reflekter over viktigheten av systematisk kartlegging av pasientsituasjonen?
- Hvilke grunnleggende behov har pasienten her, og er de dekket?
- Etter å ha brukt kartleggingsverktøyet, er det noe du tenker du må jobbe mer med?  
(Eksempel: Kunnskaper, ferdigheter?)



## AKTIVITETSKORT

### LÆRINGSUTBYTTE:

(K3) Har kunnskap om de vanligste sykdommer, symptomer, sykdomsforløp, utredning og behandling, og kan oppdatere sin kunnskap i møte med pasienter med komplekse og sammensatte sykdomsbilder

(F7) Kan anvende faglig kunnskap om sykdom, helse og komplekse og sammensatte pasienttilstander og sykdomsbilder, for å systematisk observere, vurdere, beslutte, iverksette, dokumentere og evaluere hensiktsmessige sykepleietiltak

### AKTIVITET:

Oskar har kommet på korttidsopphold etter sykehusinnleggelse. Han har kjent hjertesvikt og KOLS, og er under behandling for en Pneumoni.

Når du kommer inn på rommet til Oskar observerer du at han puster hurtig og overfladisk, og han er lett forvirret.

Du gjør vitale målinger som viser følgende:

BT: 105/65

Puls: 101

Respirasjonsfrekvens: 23

Temp.: 38,7

- Hva er det første du gjør?
- Hvilke undersøkelser gjør du, basert på symptomene og målingene du har gjort? Bruk et kartleggingsverktøy som utgangspunkt.
- Hvilke tiltak settes i verk og hvorfor?
- Hvordan vil du evaluere tiltakene?

### REFLEKSJON:

- Hva kan være årsaken til forverring av respirasjonen til Oskar?
- Hvorfor tok du undersøkelsene? Begrunn.
- Hvilken sammenheng er det mellom symptomer og undersøkelser?
- Hvilke grunnleggende behov har pasienten her, og er de dekket?



## AKTIVITETSKORT

### LÆRINGSUTBYTTE:

(K2) Har bred kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet ved skifte av omsorgsnivå  
(F13) Kan reflektere over og håndtere etiske problemstillinger, samt justere egen praksis i sin tjenesteutøvelse

(GK16) Kan vise ansvarlighet, engasjement og selvstendighet og følge yrkesetiske retningslinjer i møte med pasienter, pårørende og medarbeidere

(GK20) Kan planlegge og gjennomføre målrettede tiltak som sikrer trygg overføring av pasienter mellom ulike enheter og nivå i helsetjenesten

### AKTIVITET:

Paul (81) er inne til rehabilitering etter et lårhalsbrudd. Han var ekstra redusert ved inntak grunnet gjennomgått covid-19 infeksjon under sykehusinnleggelsen. Han har fra tidligere hjertesvikt. Han oppleves av de ansatte som stort sett klar og orientert. Han har hele tiden hatt som mål å komme hjem til egen bolig.

Det er planlagt utreise over helgen. Pauls datter mener imidlertid at faren ikke vet sitt eget beste og at dette er uforsvarlig. Datteren bor ikke i nærheten og har ikke besøkt Paul under innleggelsen. Hun sier at hjemmetjenesten har sagt at de er bekymret for Paul hvis han skal utskrives til hjemmet. Paul har også en sønn som er nærmeste pårørende. Han har vært mye på besøk under oppholdet og støtter farens mål om å komme hjem, men er bekymret for hvordan det kommer til å gå. Som nærmeste pårørende kommuniserer han til sykepleier at han stoler på helsepersonellens vurderinger.

På utskrivningsdagen er du ansvarlig sykepleier. Du leser i pasientens journal at det tverrfaglige møtet mellom korttidsavdelingen, hjemmetjenesten og tildelingskontor konkluderer med at Paul får forsvarlige tjenester i hjemmet. Som sykepleier er du nå i tvil om utskrivelse er forsvarlig.

- Tenk gjennom de opplysninger du har fått og begrunn hvorfor du er usikker på om utskrivelse er forsvarlig?
- Bruk lovverk for å si noe om hva faglig forsvarlighet innebærer.
- Kan du finne noe i yrkesetiske retningslinjer som hjelper deg i vurdering om forsvarlighet?

### REFLEKSJON:

- Er dette et etisk problem? Hva er i så fall det etiske problemet?
- Hvordan vil du som sykepleier handle hvis du ikke er enig i vurderinger utført av annet helsepersonell og samarbeidende aktører?
- Hvordan håndterer du å stå i slike situasjoner som oppleves etisk krevende?

