



UDDANNELSESNYT



side **13** Å lære å utøve sykepleie,
- å komme i en negativ
læringsprosess.



side **17** Behandling af psykiatisk
patient med dobbelt
diagnose...



side **28** Spændende tema-
og konference dage...



Indholdsfortegnelse

side

- 3 **Leder**
Af Anne Mette Olesen
- 5 **Fra studenterinddragelse til studenterdeltagelse**
Af Birgit Heimann Hansen
- 9 **Nationale anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker i den palliative indsats**
Af Kirsten Halskov Madsen
- 13 **Å lære å utøve sykepleie, - å komme i en negativ læringsprocess**
Af Johanne Alteren
- 17 **Behandling af den psykiatriske patient med dobbeltdiagnose
– forhåndsorientering til studerende**
Af Gitte Munch Tønnes, Bettan Bagger og Britta Hørdam
- 21 **Min enestående kombinationsstilling - kræver mange bolde i luften!**
Af Lisbeth Støvring
- 26 **Flyer – temadag for kliniske vejledere**
- 28 **Flyer - Dansk – Norsk konference**
- Boganmeldelser**
- 30 **Mindfulness-baseret misbrugsbehandling.**
En MBRP-vejledning. Sarah Bowen, Neha Chawla og G. Alan Marlatt.
- 31 **Patientperspektivet - En kilde til viden.**
Bente Martinsen, Annelise Norlyk, Pia Dreyer (red)
- 32 **Psykologi i sundhedsfag. En grundbog.**
Mette Schilling

Leder

Af: Anne Mette Olesen · amolesen@email.dk

Med dette sidste nummer af Uddannelsesnyt ønsker vi vore læsere en glædelig jul og et godt nytår. 2012 har været et historisk brud i bladets mangeårige historie. Et skifte fra papirudgivelse med forskellige layout til nu udelukkende at udkomme i digital form. Vi fortsætter med 4 årlige udgivelser, og indholdsmæssigt vil fokus fortsat være undervisnings- og uddannelsesmæssige problemstillinger.

En af de problemstillinger, som 2008 uddannelsen gav anledning til, var inddragelse af studerende i forsknings- og udviklingsprojekter. Birgit Heimann Hansen beskriver i artiklen *Fra studenterinddragelse til studenterdeltagelse*, hvilke krav der må stilles til de studerende om deltagelse i udviklingsaktiviteter som led i deres uddannelse. Det kan kun lykkes, når professionsrettede projekter integreres i uddannelsens undervisningsindhold og undervisningsforløb. Der konkluderes således, at det er nødvendigt at omdefinere måden at tænke uddannelse på.

Hvis du som underviser eller sygeplejerske beskæftiger dig med palliativ indsats, kan du med fordel nærlæse Kirsten Halskov Madsens artikel *Nationale anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker i den palliative indsats*. Udarbejdelsen af nationale anbefalinger til kompetencer for alle faggrupper, der beskæftiger sig med palliativ indsats, er initieret og koordineret af en uddannelsesgruppe indenfor Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe. Formålet med dette arbejde er at øge kvaliteten af kompetenceudvikling af den palliative sygepleje i Danmark på både grund-, efter-, og videreuddannelser.

Artiklen *Å lære å utøve sykepleie, - å komme i en negativ læringsprocess* af Johanne Alteren er en fortsættelse af artiklen i Uddannelsesnyt nr. 3/2012 med titlen *Å lære å utøve sykepleie,- læringsprocessen som et samspil mellem følelser og fornuft*. Denne artikel fokuserer på samspillet mellem følelser og fornuft i udfordrende og komplicerede lærings-situationer, og på hvordan studerende med baggrund i egne beslutninger kan komme i en negativ læringsproces.

Fordomme og myter er et kendt fænomen i psykiatrien, og når det gælder studerende, der skal møde det psykiatriske felt på modul 8, kan det være en barriere for læring. Artiklen *Behandling af den psykiatriske patient med dobbeltdiagnose – forhåndsorientering til studerende* af Gitte Munch Tønnes, Bettan Bagger og Britta Hørdam synliggør via brug af case det, der er specifikt i det kliniske felt i forhold til dobbeltdiagnosebehandling og kognitiv adfærdsterapeutiske principper og metoder. Artiklen henvender sig til både sygeplejersker i det kliniske felt, undervisere og ikke mindst studerende.

Med artiklen *Min enestående kombinationsstilling kræver mange bolde i luften!* beskriver Lisbeth Støvring sine erfaringer og oplevelser efter 1½ år i en kombinationsstilling. Den type stillinger har været afprøvet flere steder med vekslende held, og Lisbeth Støvring lægger ikke skjul på, at en sådan stilling kun anbefales til personer med lyst til en omskiftelig hverdag. Stillingen kræver ligeledes lyst til at arbejde selvstændigt og ikke mindst lyst til at være ekspert i at kombinere.

Anne Mette Olesen



Fra studenterinddragelse til studenterdeltagelse

Af: Birgit Heimann Hansen, Lektor, cand.cur og ph.d, UC Lillebælt, Sygeplejerskeuddannelsen i Odense. bihh@ucl.dk

KEYWORDS: Studenterdeltagelse, uddannelse, professionsudvikling, udviklingsaktiviteter, kompetence.

Aktiv studenterdeltagelse fremmer videnudvikling, studenterfastholdelse og -motivation (1), og med rapporten Professionshøjskolernes udviklingsforpligtelse, videnbasering og videncenterfunktion fremstår vigtigheden af at inddrage studerende i udviklingsprojekter, der gennemføres i samarbejde med forskningsinstitutioner, professioner & erhverv (2). Der er dog langt fra de politiske og læringsmæssige argumenter for, at flere studerende deltager i udviklingsaktiviteter, til den faktiske virkelighed hvor få studerende involveres. Med det formål at få kortlagt og beskrevet omfang, brug og effekter af studenterdeltagelse ved University College Lillebælt (UCL), er der derfor i perioden december 2011 - april 2012 gennemført en trianguleret undersøgelse i form af spørgeskemaundersøgelse, fokusgruppeinterview og individuelle interview blandt udviklingsmedarbejdere ved UCL (3).

Undersøgelsens hovedresultater viser, at de studerende er en væsentlig og nødvendig ressource i den fremtidige professionsudvikling, og at der i UCL er grundlag for at udforme en overordnet strategi for studenterdeltagelse. Samtidig fremstår nødvendigheden af at omdefinere måden at tænke uddannelse på. De studerendes udviklingskompetencer må styrkes, og der skal stilles krav til de studerende om deltagelse i udviklingsaktiviteter som led i deres uddannelse. Inddragelse af studerende i projekter og andre udviklingsaktiviteter vil ikke alene være et mål men også et middel. Fremadrettet må undervisere og studerende i samarbejde med klinikken/praktikken danne partnerskaber og sammen udvikle nye og åbne vidensmiljøer, hvor professionsrettede projekter integreres i uddannelsernes undervisningsindhold og -forløb.

"Det har en merværdi, når de studerende involveres. Det er nødt til at være vores tænkning, at det er mere end. Men hvordan gør vi det muligt? Projekter er ikke *noget, man skal deltage i ud over sin uddannelse, det ER uddannelse*."

Involvering af de studerende ved UCL befordrer hen-

Abstract

De studerende er en væsentlig og nødvendig ressource i den fremtidige professionsudvikling, og undersøgelser dokumenterer, at aktiv studenterdeltagelse fremmer videnudvikling, studenterfastholdelse og -motivation. Der må stilles krav til de studerende om deltagelse i udviklingsaktiviteter som led i deres uddannelse, og nye og åbne vidensmiljøer må udvikles som ramme for partnerskaber mellem undervisere, studerende og klinik. Kun når professionsrettede projekter integreres i uddannelsernes undervisningsindhold og -forløb, får de studerende mulighed for at styrke deres udviklingskompetencer. Nødvendigheden af at omdefinere måden at tænke uddannelse på er hovedkonklusionen i en ny undersøgelse, som har haft til formål at få kortlagt og beskrevet omfang, brug og effekter af studenterdeltagelse ved University College Lillebælt (UCL).

holdsvis viden-udvikling og viden-produktion. Viden-udvikling sker som led i egen uddannelse, eksempelvis i forbindelse med bachelorprojekter og undervisningsforløb i henholdsvis teoretisk og klinisk undervisning (praktik). Viden-produktion og intervention forekommer som led i professionsudvikling, eksempelvis i forbindelse med undersøgelse og udvikling af et specifikt professionsområde. Begge former for viden initieres via grunduddannelserne inden for tre områder:

1. Igangværende forsknings- og udviklingsaktiviteter
2. Udvikling, implementering og evaluering af uddannelse og undervisning
3. Udvikling og afprøvning af nye læringsredskaber, metoder, indhold og arbejdsformer i undervisningen.

Igangværende forsknings- og udviklingsaktiviteter
 Studenterinvolvering er almindeligt forekommende og tænkes ind i de fleste projekter i grunduddannelsesregi. Der lægges vægt på inddragelse som et naturligt led i de studerendes læringsudvikling, studieaktivitet og undervisningsdifferentiering. De studerende tilbydes deltagelse i forbindelse med givne og konkrete undersøgelsesopgaver; observationer, interview, spørgeskemaundersøgelser mm. De studerende lærer herigennem innovativ tænkning, og de tilegner sig metodisk viden og færdigheder, ligesom også deres forståelse for og evner til koordination og samarbejde understøttes og styrkes.

Udvikling, implementering og evaluering af uddannelse og undervisning

De studerende deltager på temadage, konferencer og seminarer, både som deltagere, medarrangører og guider, de inddrages som aktive deltagere i institutionens forskellige råd og udvalg, og de tilbydes studierelevante og aflønnede jobs inden for internationalisering og studievejledning. Flere uddannelser, eksempelvis Sygeplejerskeuddannelsen har desuden oprettet skrive- og teoriværksteder, lektiecaféer og lignende, hvor de studerende er ansat til at varetage forskellige instruktørfunktioner.

Det er vigtigt, at de studerende inddrages i beslutningsprocesser, har medbestemmelse og medindflydelse, så de kan blive en ressource i forhold til udvikling af fag og professioner. De studerende forpligtes gennem deltagelse i udvikling, implementering og evaluering af uddannelse og undervisning til at påtage sig både individuelt og kollektivt ansvar. Med indsigt og ansvar følger motivation for læring og positive læringsmiljøer, hvor de demokratiske spilleregler synliggøres og påvirker vigtige elementer som nærvær, tillid og relationelle forhold.

Udvikling og afprøvning af nye læremidler, metoder, indhold og arbejdsformer i undervisningen

I de enkelte uddannelser, eksempelvis lærer- og pædagoguddannelsen deltager de studerende i udvikling, afprøvning og evaluering af nye læremidler, metoder, indhold og arbejdsformer i undervisningen. Dette foregår oftest som en integreret del i de enkelte uddannelsesmoduler og i tæt samarbejde med de enkelte undervisere, men i nogle tilfælde også som led i projekt- og udviklingsarbejde på tværs af fag, moduler og uddannelser.

Involvering og lærende fællesskaber

Studenterdeltagelse sætter fokus på viden som proces, og skal de studerende udvikle kompetencer, hvormed

de kan imødekomme de udfordringer, professionerne står overfor aktuelt og i fremtiden, er det nødvendigt, at de som led i viden-delning og viden-udvikling indgår i lærende fællesskaber og processer på både mono- og tværprofessionelt niveau. Når de studerende involverer sig i projektaktiviteter og aktivt deltager i planlægning, afholdelse og evaluering af temadage, seminarer mm., tilføjer de institutionen ny energi. De er med til at stille nye krav til uddannelsernes form og indhold, og de kan hermed være løftestang for studenterdrevne innovation og nytænkning i både uddannelser og undervisning.

”De studerende skal færdes i et miljø, hvor det er muligt at se og tænke i projekter - indgå i arbejdsfællesskaber med undervisere og aftagere, og med dem drøfte problemstillinger, udfordringer og udviklingsarenaer, som kan blive til projekter”.

”Det handler om at kunne se, at de studerende kan opnå kompetence på andre måder. At turde se, at projektdeltagelse ikke er noget ekstra. Det er ikke det stof, der bliver undervist i, der gør, at de studerende når målene. Det er måden, de studerende arbejder på, der gør, at de opnår kompetence”.

Studenterdeltagelse er en organisatorisk udfordring, som kræver enighed og opbakning fra ledelsen. Det vil være nødvendigt at indbygge en større fleksibilitet i både studieformer og de studerendes måder at nå uddannelsernes læringsmål på. De studerende vil i langt højere grad indgå som ligeværdige partnere i samarbejdet omkring projektinitiering og -planlægning og være nødt til at forholde sig til, hvordan de gennem projektdeltagelse kan nå deres uddannelsesmål. Det vil være nødvendigt at indarbejde en ny og anderledes systematik i uddannelserne, hvorfor der blandt medarbejdere og ledelse må være en parathed til at samarbejde om studenterdeltagelse.

Gennem partnerskaber og integrering af projekter i uddannelsernes undervisningsindhold kan de studerende opnå en mere professionsrettet kompetence, idet de gennem fælles handling lærer at imødekomme de udfordringer, professionerne står overfor aktuelt og i fremtiden. Skal dette lykkes, vil det dog være nødvendigt, at både undervisere og studerende styrker deres tro på, at de har noget at byde ind med, også inden for andre professionsområder og ukendte arenaer. Via projektdeltagelse skal de studerende lære at stå i det åbne, i kaos og uforudsigelighed.

”Det kræver, at vi har ’is’ i maven. At vi tør stole på, at de studerende også lærer det, de skal lære. Men

jeg tror, at det vil give et andet engagement i uddannelsen”.

”Formålet er vel, at de studerende ikke kun kommer ud med en uddannelse, som er tilbagekuende, fordi de er blevet undervist i noget, vi godt ved i forvejen. De skal ud og se, hvilke opgaver der ligger, hvis man vil videre. Det er vel det, der er det højeste formål?”.

Ny uddannelsesstruktur og -kultur

Hvis UCL som uddannelsesinstitution skal påvirke studerende til at opleve ambitioner på deres fags og professioners vegne, må der på sigt opbygges en uddannelseskultur, hvor uddannelserne tør åbne op for den ressource, de studerende er. Projektdeltagelse skal ikke alene give læring, det skal også afføde resultater, som praksis kan bruge. De studerende har meget forskellige forudsætninger. Nogle studerende kan arbejde tværprofessionelt og bidrage til eksterne konsulentopgaver og levere ydelser og undersøgelser af høj kvalitet, andre har brug for at deltage i interne projekter for at øve sig og opnå personlig læring. Projektdeltagelse må derfor tilbydes som et differentieret undervisningstilbud, hvor de studerende kan deltage på forskellig måde og på forskelligt niveau. Skal alle studerende have mulighed for at sætte deres individuelle kompetencer i spil i projektaktiviteter som led i deres uddannelse, kræver det både tiltro til de studerendes individuelle evner og klare og differentierede kriterier for deltagelse, herunder:

- Information og tilgængelighed. Information skal være tydelig og tilgængelig. Det skal være let og enkelt for de studerende at deltage
- Krav og tilknytning. Tydeliggørelse af, hvilke krav og forventninger der stilles. Er deltagelse frivillig eller en del af studieaktiviteten? Hvordan foregår udvælgelse/tilknytning til projektet? Hvilken sammenhæng er der til studiets/modulernes knyttede læringsmål?
- Timing. Hvornår foregår projektaktiviteten, og hvilken sammenhæng er der til undervisningen?
- Dokumentation. Gives ECTS-point eller anden dokumentation for deltagelse?

Med projektdeltagelse som et differentieret undervisningstilbud må de eksisterende eksamensformer redefineres og en anderledes testning af de studerendes kompetencer vil være nødvendig. Konvertering af projektdeltagelse til ECTS-point er noget af det, uddannelser og udviklingsorganisation må samarbejde om. Hvordan skal de studerende vurderes, og hvordan koordineres deltagelse med uddannelsernes øvrige indhold? Betydningen af projektdeltagelse skal dokumenteres, og der skal laves uddannelsesplaner og kontrakter med

de studerende, hvormed uddannelserne kan sende de studerende et klart signal om, hvad der forventes af dem. De studerende skal forpligte sig på deltagelse og med denne uddanne sig til en bestemt profil, som de kan skrive på deres CV og vedlægge deres eksamensbevis. Med projektdeltagelse som en del af de studerendes uddannelse gøres uddannelserne moderne og mere fleksible i forhold til de studerendes arbejdsliv. Det vil give uddannelserne et plus og gøre dem mere attraktive.

”Hvordan gør vi det, og hvordan får vi integreret projekterne i uddannelserne, så de bliver relevante, og så de studerende synes, at det er sjovt og givende. Det er svært”.

”Vi skal være gode til at formidle, hvad uddannelsen, deltagere og aftagere får ud af det. Dét, der giver mening, og at det er noget, praksis kan bruge. Det er ikke bare noget, vi leger eller øver. Det er super motiverende for de studerende, at de bliver taget alvorligt, og for underviserne, når de studerende siger, at det har været ’fedt’ at være med”.

Med øget involvering i forsknings- og udviklingsaktiviteter vil underviserne få en ny og anderledes forpligtelse, og de vil i langt højere grad skulle designe uddannelsen sammen med de studerende. Udviklingsaktiviteter vil blive en naturlig del af den enkelte undervisers funktionsområde, og ændrede uddannelsesstrukturer skal gøre det muligt for dem at udvikle og lede udviklingsprojekter som led i undervisnings- og studieforløb.

Det videre arbejde med studenterdeltagelse ved UCL

Fremadrettet vil der være behov for udarbejdelse af en overordnet strategi for studenterdeltagelse ved UCL. Udvikling og afprøvning af nye samarbejdsformer mellem uddannelser og professionsfelter er nødvendige, og både undervisere, studerende og aftagere må samarbejde om grundlæggende antagelser og på baggrund heraf komme med forslag til og drøfte forskellige indsatser og implikationer for de studerendes fremtidige involvering. Mange aktuelle projekter inddrager på forskellig vis forskellige elementer af studenterdeltagelse, men en overordnet strategi vil kræve yderligere undersøgelser, effektmålinger og fælles drøftelser af de iværksatte tiltag, som på tværs af UCL sætter studenterdeltagelse på dagsordenen. Især kræves ledelsesmæssige beslutninger, idet underviseres kompetencer og funktioner er centrale for gennemførelsen af de kommende indsatser.

”Det handler om at få skabt overblik over de forsknings- og udviklingsprojekter, vi har, og så få prioriteret og lagt nogle klare linjer. Der er brug for at høre de mange studerende, som har deltaget i udviklingsprojekter. Hvad tænker de, og hvad er det, der gør, at de indgår i projekterne? Det må vi vide noget mere om”.

Det videre arbejde med studenterdeltagelse vil således omfatte:

- Fortsat kortlægning af effekter og erfaringer
- Idégenerering og fora for erfaringsudveksling
- Retningslinjer og strategi for studenterdeltagelse.

Referanseliste

1. Hansen, BH. Kompetenceudvikling gennem anerkendelse og fagligt samarbejde : studerendeinddragelse på tværs af uddannelsesinstitution og klinik. Odense: UCL; 2011. Tilgængelig via [https://www.ucviden.dk/portal/da/projects/kompetenceudvikling-gennem-ankendelse-og-fagligt-samarbejde\(08a846e6-bfdc-45c3-a861-23dfbd61c6fe\).html](https://www.ucviden.dk/portal/da/projects/kompetenceudvikling-gennem-ankendelse-og-fagligt-samarbejde(08a846e6-bfdc-45c3-a861-23dfbd61c6fe).html)
2. Jensen, TP, Olesen, LS & Dahlgaard, JO. Professionshøjskolernes udviklingsforpligtelse, videnbasering og videncenterfunktion : kortlægning og kvalitative studier. Kbh.: AKF; 2012. Tilgængelig via http://www.akf.dk/udgivelser/container/2012/udgivelse_1287/
3. Hansen, BH. Fra studenterinddragelse til studenterdeltagelse : at initiere projekter som en del af uddannelsen ved University College Lillebælt. Odense: UCL; 2012. Tilgængelig via [https://www.ucviden.dk/portal/da/publications/fra-studenterinddragelse-til-studenterdeltagelse\(906fba32-838e-4112-b486-0f18aa88776a\).html](https://www.ucviden.dk/portal/da/publications/fra-studenterinddragelse-til-studenterdeltagelse(906fba32-838e-4112-b486-0f18aa88776a).html)

Nationale anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker i den palliative indsats.

Af Kirsten Halskov Madsen. Lektor, cand.cur. & Programkoordinator for Palliation VIOLA
- Videncenter for Omsorg, Liv og Aldring. www.viauc.dk/viola

KEYWORDS: Palliativ indsats, nationale anbefalinger, sygeplejerskeuddannelse, DMCG-Pal.

Indledning

I slutningen af efteråret 2012 udsendes "Anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker i den palliative indsats". Dokumentet er frit tilgængeligt og kan findes på hjemmesider for det nationale videncenter, PAVI eller Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe – Palliation, DMCG-Pal (1, 2).

Det er første gang, der er opnået national konsensus om at udarbejde anbefalinger, der beskriver, hvilke kompetencer sygeplejersker må besidde i arbejdet med patienter og pårørende, som har behov for palliativ indsats.

Baggrund

Baggrunden for udviklingsarbejdet er de seneste års fokusering på at øge kvaliteten af den palliative indsats i Danmark. Sundhedsstyrelsen har således i dec. 2011 udsendt nye nationale anbefalinger for den palliative indsats og har heri betonet vigtigheden af en styrket og ensartet kompetenceudvikling i alle faggrupper, der leverer professionelle til indsatsen (3). Sundhedsstyrelsen skriver bl.a.

- "Kompetencerne inden for det palliative område kan beskrives på tre niveauer: basalt, udvidet og specialiseret, og det bør for relevante uddannelser beskrives hvilke kompetencer, der kræves på de tre niveauer
- Inden 2013 bør der undervises på relevante grunduddannelser (som minimum på de sundhedsfaglige uddannelser) i palliative begreber og kompetencer
- Kompetencerne indenfor det palliative område indarbejdes i alle relevante grunduddannelser
- Det er en lokal ledelsesmæssig opgave at sikre relevante kompetencer hos medarbejderne, hvorfor der bør være planer for kompetenceudviklingen for relevant personale på det palliative område" (3.s.41).

Med etablering af det nationale videncenter for pallia-

Abstract

I artiklen præsenteres de nye nationale "Anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker, der arbejder med palliativ indsats". Anbefalingerne er udarbejdet af sygeplejersker med særlig viden om palliation, herunder med baggrund i sygeplejerskeuddannelsen og palliativ praksis på alle faglige niveauer.

Udarbejdelse af nationale anbefalinger til kompetencer for alle faggrupper beskæftiget med palliativ indsats er initieret og koordineret af en uddannelsesgruppe indenfor Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe - Palliation (DMCG-Pal).

Formålet med artiklen er, at give undervisere i sygepleje og palliativ indsats mulighed for at kende og anvende anbefalingerne med henblik på at løfte kvaliteten af kompetenceudviklingen af den palliative sygepleje i Danmark på grund-, efter- og videreuddannelser.

tion – PAVI - i 2009 er der igangsat et omfattende arbejde med at kortlægge viden om den palliative indsats samt den faglige kompetenceudvikling i såvel kommunalt som regionalt regi (1). Kortlægningen har synliggjort store regionale og kommunale forskelle på de palliative tilbud, der gives patienter og pårørende på basalt og specialiseret niveau¹ i primær og sekundær sundhedssektor.

Der findes endvidere store variationer på mellemlange og videregående grunduddannelsers fokus på at kvali-

ficere kommende professionelle til at varetage palliative opgaver. Videncenter for omsorg, liv og aldring: **VIOLA** i VIA University College har i programmet "Palliation" i 2010 foretaget et curriculumstudie af syv uddannelser udbudt i Midtjylland, med henblik på at undersøge uddannelsernes fokus på emner, der er relateret til palliativ indsats. Det drejede sig om flg. uddannelser til: fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske, socialrådgiver, læge, teolog og psykolog. Curriculumstudiet viste, at sygeplejerskeuddannelsen er den uddannelse, som i videst udstrækning udbyder undervisning i palliativ indsats, og dermed lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til uddannelserne. De seks andre uddannelser udbød i 2010 kun lidt eller ingen undervisning i emner, relateret til palliation (4). Det er da også sygeplejerskeuddannelsen som, jf. kortlægningen fra PAVI, leverer flest professionelle til klinisk palliativ praksis såvel i primær som i sekundær sundhedsvæsen, ligesom det især er plejepersonalet, der er målgruppen for kurser og efter- og videreuddannelser i palliation. Se for palliative uddannelsesmuligheder PAVI's hjemmeside (1).

Der er på baggrund af ovenstående belæg for at initiere en omfattende national curriculumudvikling indenfor alle de nævnte faggrupper, inkl. uddannelsen til social- og sundhedsassistent.

Organisering og proces

Udarbejdelse af nationale anbefalinger til kompetencer for alle faggrupper beskæftiget med palliativ indsats er initieret og koordineret af Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe - Palliation (DMCG-Pal), der - ud over curriculumudvikling - som hovedopgave har at udarbejde kliniske retningslinjer og indsamle data til "Dansk Palliativ Database" (2).

En koordinationsgruppe for uddannelsesområdet i DMCG-Pal blev etableret i 2010, og der er - ud over sygeplejerskegruppen - foreløbigt nedsat arbejdsgrupper, som skal udarbejde fagspecifikke anbefalinger til kompetencer indenfor flg. fagområder: social- og sundhedsassistenter, læger, fysioterapeuter, præster, socialrådgivere. Anbefalinger til kompetencer for social- og sundhedsassistenter udkommer også i efteråret 2012.

De monofaglige arbejdsgrupper er sammensat, så der er bred repræsentation fra alle praksis- og uddannelsesniveauer indenfor det enkelte fagområde, og de ud-

dannelseskyndige har viden om palliativ indsats på basalt og specialiseret niveau. Desuden er grupperne etableret, så de repræsenterer Danmark geografisk. Endelig har en eller flere af gruppemedlemmerne master- eller kandidatuddannelse.

Kommissoriet for DMCG-Pal-uddannelsesgruppernes arbejde er:

- At beskrive behovet for mono- og tværfaglige kompetencer i grunduddannelser vedrørende palliativ indsats på basalt og specialiseret niveau.
- At udarbejde forslag til indhold i grund-, efter- og videreuddannelser i den palliative indsats
- At definere og beskrive forskellige former for tværfagligt og teambaseret samarbejde og kompetencer (2).

I sygeplejerskegruppen har der været etableret tre undergrupper med henblik på at udarbejde anbefalinger på henholdsvis A-niveau = prægraduat uddannelse, dvs. bachelorniveau, på B-niveau = postgraduat uddannelse på basalt palliativt niveau og C-niveau = postgraduat uddannelse på specialiseret palliativt niveau. Inspirationen til de tre uddannelsesniveauer er hentet i en uddannelsesmodel, der er udarbejdet af Helsedirektoratet i Norge, og som Sundhedsstyrelsen har anbefalet (3,5).

I de foreliggende anbefalinger er der således med beskrivelserne af kompetencer på de tre niveauer skabt mulighed for, at praksisudøvere, ledere, undervisere, politikere, mm kan initiere og sikre den fortsatte kompetenceudvikling af professionelle medarbejdere indenfor uddannelserne på alle niveauer samt på det basale og det specialiserede palliative praksisfelt.

Processen for arbejdet i sygeplejerskegrupperne har pågået i to år, hvor grupperne gennem adskillige møder, workshops og temadage er nået frem til tre tekster med anbefalinger til A-, B- og C-niveauerne. Efterfølgende har en tovholder fra hver af grupperne sammen med koordinationsgruppens repræsentant sammenskrevet og redigeret anbefalingerne til et samlet udkast. Dette udkast har været udsendt til høring i alle relevante organer. Den endelige redaktion og teksten i sin nuværende form er et produkt af dette arbejde, og Dansk Sygeplejeråd har bidraget med økonomisk støtte til det endelige layout.

¹ "Internationalt skelnes mellem *basal palliativ indsats* og *specialiseret palliativ indsats*. *Basal palliativ indsats* betegner den palliative indsats, der ydes af de dele af sundhedsvæsenet, som *ikke* har palliation som deres hovedopgave. *Specialiseret palliativ indsats* er den indsats, der ydes af de dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som hovedopgaven. Det drejer sig palliative teams, palliative afdelinger på sygehuse og om hospice" (3. s.15-16)

Metode og referencerammer i anbefalingerne

Rammerne for arbejdet med anbefalingerne, der overordnet er defineret af koordinationsgruppen i DMCG-Pal for alle faggruppers arbejde, er - ud over A-, B- og C-niveauerne - beskrivelser og definitioner af syv kompetenceroller.

Inspirationen til at anvende denne ramme er den canadiske model, CanMEDS Roles Framework, der har været anvendt internationalt og nationalt i kompetenceudvikling af speciallæger (6, 7).

Det drejer sig om flg. roller, som i anbefalingerne til sygeplejekompetencer er tilpasset faggruppens terminologi (det oprindelige begreb fra CanMEDS Roles Framework er anført i parentes):

1. Kliniske sygeplejersker på bachelorniveau/basalt niveau/specialiseret niveau (Medicinsk ekspert)
2. Kommunikator
3. Samarbejder
4. Leder og koordinator (Organisator/leder/administrator)
5. Sundhedsfremmer
6. Formidler og udvikler (Akademiker)
7. Professionel

Den professionelle rolle er overordnet alle de andre roller, men særlige kendetegn ved den professionelle sygeplejerskerolle på de tre niveauer beskrives dog også særskilt.

Niveauforskellene på de forskellige kompetencetrin på B-, og C-niveauerne er søgt illustreret med anvendelse af taksonomier for viden, færdigheder og holdninger (6).

Styrelsen for Universiteter og Internationalisering har, jf. Bologna kvalifikationsrammen, begrebsliggjort læringssudbyttet i videregående uddannelser i forhold til viden, færdigheder og kompetencer i "Dansk kvalifikationsramme for de videregående uddannelser" (8). Grundlaget for nærværende curriculum er imidlertid hentet i den tværprofessionelt besluttede ramme for DMCG-Pal, hvor følgende begreber er anvendt: viden - det kognitive område, holdninger - det affektive område, færdigheder - det psykomotoriske område, da disse opfattes som mere velegnede til at anskueliggøre kompetenceudvikling i det kliniske felt. Inspirationen til de anvendte begreber er hentet i Blooms kognitive taksonomi for viden, Simpsons psykomotoriske taksonomi for færdigheder og Kratwohls affektive taksonomi for holdninger (9). Taksonomierne er i anbefalinger kun beskrevet på B- og C-niveaulet, da det især er sygeplejersker i palliativ praksis på disse niveauer, som har de kliniske forudsætninger

for at drage fordel af redskaberne i deres kompetenceudvikling.

Endelig anvendes teorien om sygeplejens kundskabsgrundlag, beskrevet af Chinn og Kramer på baggrund af B. Carpers forståelse (10). Hensigten er at belyse de empiriske, etiske, æstetiske og personlige kompetencer, som sygeplejersken i den palliative indsats må besidde på alle kompetenceniveauer.

Resultatet

Anbefalingerne til kompetencer for sygeplejersker i den palliative indsats på A-, B-, og C-niveau er fremstillet i skematisk form, der forhåbentligt anskueliggør de syv roller på det niveau, som efterspørges i enten uddannelse eller praksis. Da der er tale om særlige kendetegn for de tre kompetenceniveauer, er der dog små forskelle på fremstillingen fx med hensyn rollernes rækkefølge.

I figuren på næste side illustreres, som et eksempel fra anbefalingerne, en af kompetencerollerne fra A-niveaulet, dvs. kompetence for den nyuddannede sygeplejerske på bachelorniveau.

Plan for implementering

I løbet af 2013 søges kendskab til anbefalingerne opnået i alle relevante sygeplejefaglige niveauer og i uddannelserne. Arbejdsgruppernes medlemmer (forfatterne) og koordinationsgruppen i DMCG-Pal-Uddannelse, vil således på skrift, på møder og i undervisningssammenhænge formidle anbefalingerne til grund-, efter- og videreuddannelser for sygeplejersker og til palliativ praksis.

Artiklens forfatter tilbyder desuden gerne hjælp med implementeringsprocessen af anbefalingerne i interesserede fora på sygeplejerskeuddannelsernes grund- og diplomniveau. Endelig vil disse første anbefalinger danne afsæt og inspiration for de andre faggruppers arbejde med de fremtidige monofaglige anbefalinger.

Afslutning

Med de to første udsendelser: "Anbefalinger til kompetencer for sygeplejersker i den palliative indsats og Anbefalinger" til "Social- og sundhedsassistenter i den basale palliative indsats" i efteråret 2012 er der forhåbentligt skabt forudsætning og et solidt grundlag for et kompetenceløft i sygeplejen i den palliative indsats på alle niveauer.

Rolle A-niveau Professionel	Kompetencer Viden	Færdigheder	Holdninger
<p>Kan selvstændig udøve sygepleje til patienter og pårørende på basalt palliativt niveau inden for sygeplejerskens virksomhedsområde med grundlag i videnbaseret, etisk, æstetisk og personlig kundskab.</p>	<p>Sygeplejersken på bachelorniveau har kendskab til, forståelse for og kan analysere, vurdere og anvende national og international teoretisk viden om flg. emner:</p> <p>Thanatologi – herunder historiske, kulturelle, sundhedspolitiske og sociale perspektiver</p> <p>Patient og pårørende</p> <p>Lidelse og omsorg</p> <p>Sygepleje til den livstruende syge og døende patient, samt til den døde</p> <p>Juridiske problemstillinger og etiske dilemmaer, herunder organdonation, eutanasi, selvmord</p> <p>Videnskabelig, personlig, etisk og æstetisk faglighed</p> <p>Har viden om mono- og tværfaglige kompetencer</p>	<p>Sygeplejersken på bachelorniveau:</p> <p>Kan anvende videnskabelig, etisk, æstetisk og personlig kundskab</p> <p>Kan identificere, analysere og vurdere palliative problemstillinger og behov hos patient og pårørende</p> <p>Kan udarbejde mål for, udføre, formidle, lede, koordinere og organisere sygepleje på basalt palliativt niveau</p>	<p>Sygeplejersken på bachelorniveau har bevidsthed og selvindsigt ift. personlig, etisk og æstetisk udvikling og kompetencer i palliativ sygepleje herunder:</p> <p>Kan udvise åbenhed og rummelighed</p> <p>Har respekt for patientens og pårørendes værdighed, integritet og autonomi</p> <p>Kan udvise medmenneskelighed og empatisk nærvær</p> <p>Har selvindsigt og bevidsthed om betydning af egen magtposition, fremtoning og adfærd</p> <p>Har bevidsthed om egne personlige og faglige styrker og svagheder</p> <p>Har forståelse og åbenhed for deltagelse i faglig vejledning og supervision</p>

Referencer

- Nationalt Videncenter for Palliation. PAVI. <http://www.pavi.dk/Home.aspx> Hentet 10. oktober 2012.
- Hjemmeside for DMCG-Pal. <http://www.dmcgpal.dk/> Hentet 10. oktober 2012.
- Sundhedsstyrelsen 2011. Anbefalinger for den palliative indsats. http://www.sst.dk/publ/Publ2011/SYB/Palliation/PalliativeIndsats_anbef.pdf Hentet 10. oktober 2012.
- Meldgaard, A., Henriksen, J., & Halskov Madsen, K. Kortlægning af formelle kvalifikationer og uddannelse i palliativ indsats på grunduddannelsesniveau i syv uddannelser. Horsens: Viola - Videncenter for Omsorg, Liv og Aldring. 2010. <http://www.viauc.dk/hoeskoeler/sfh/videncentre/omsorg-liv-og-aldring/palliation/Sider/curriculumstudie.aspx> Hentet 10. oktober 2012.
- Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2011). <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retrningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx> Hentet 10. oktober 2012.
- Benzen MM, Bække J. Redskaber i kompetencebaseret curriculum-træning i Danmark. – En indføring i DMCG-PAL's uddannelsesarbejde. Omsorg 2011; (28):3. 7-11
- CanMEDS Roles Framework <http://www.collaborativecurriculum.ca/en/modules/CanMEDS/CanMEDS-intro-background-01.jsp> Hentet 10. oktober 2012.
- Styrelsen for Universiteter og Internationalisering. Dansk kvalifikationsramme for de videregående uddannelser. Begreber. 10/10. 2011. <http://www.iu.dk/dokumentation/kvalifikationsrammer/niveauer/begreber/begreber/#viden> Hentet 10. oktober 2012.
- Orth P, Thøgersen R. Pædagogik. København: Gads Forlag; 2002.
- Chinn P.L., Kramer M.K. Udvikling af kundskaber i sygeplejen. København: Akademisk Forlag; 2005.

Å lære å utøve sykepleie, - å komme i en negativ læringsprosess.

Af Johanne Alteren, førsteamanuensis PhD, Universitetet i Nordland – Helgeland, Norge
Johanne.Alteren@uin.no

KEYWORDS: student nurses, hermeneutic movement, negative learning process, development of knowledge, decision making.

Innledning

Et overordnet mål i sykepleierutdanningen er at studentene skal lære å integrere kunnskap i den praktiske utøvelsen (1). Forskning viser at læringsprosessen sykepleierstudentene beveger seg i for å nå dette målet, kan beskrives som en hermeneutisk bevegelse mellom følelser og fornuft (2, 3). Det finnes kunnskap i følelsene. En kunnskap studentene mente var fornuftige, og som fikk betydning for deres beslutninger og handlinger i pasientsituasjonen. For å vite hvordan de skal forholde seg til og teknisk hjelpe pasienten, må de synliggjøre, utvikle og forstå kunnskapen i følelsene. De må kontinuerlig befinne seg i samspillet mellom følelser og fornuft (2).

Denne artikkelen henger sammen med artikkelen: Å lære å utøve sykepleie, -læringsprosessen som et samspill mellom følelser og fornuft (2). Artiklene tar utgangspunkt i et forskningsprosjekt hvor fokuset var sykepleierstudentenes forløp i læringen av sykepleiefaget (3). Hensikten med denne artikkelen er å fokusere på samspillet mellom følelser og fornuft i utfordrende og kompliserte læringssituasjoner, og hvordan studentene på bakgrunn av egne beslutninger kan komme inn i en negativ læringsprosess.

Kunnskapsformer i sykepleien

For å beskrive hvilke kunnskapsformer sykepleien kan bestå av, støtter jeg meg til Aristoteles (4) forståelse av ulike former for kunnskap. Aristoteles utviklet en kunnskapsteori som blant annet skiller mellom episteme (teoretisk-vitenskapelig kunnskap), techne (ferdighetskunnskap) og fronesis (praktisk kunnskap).

Episteme bestemmer Aristoteles som det evige og uforanderlige. Eksempel på episteme i sykepleien er naturvitenskapelig kunnskap som anatomi og fysiologi. Kunnskap i anatomi er kunnskap om normaltstanden i kroppen. Anatomien er opptatt av hvordan kroppen er bygget opp, mens fysiologien befatter seg med funksjonen til de ulike organene.

Abstract

When the student nurses are in the movement between emotion and common sense, they can get into a negative learning process. The knowledge relevant for the situation is not complementary or detailed enough. Knowledge can increase the students' sense of lack of coping. This feeling is crucial to how they act in the situation with the patient. The students may become insecure. Insecurity can influence the development of knowledge adequate for the situation. To develop knowledge relevant to practitioners' actions, the students have to start where they are. This being: in their own immediate and authentic reactions in the face of the patient.

Techne er den håndverksmessige kunnskapen. Aristoteles poengterer at å skape og å handle ikke er det samme. Ferdighetskunnskap er innrettet mot å skape og tenkningen rundt hvordan noe skapes. Et eksempel på ferdighetskunnskap i sykepleien er når sykepleieren hjelper pasienten med å spise og drikke. I tillegg til å bruke teoretisk kunnskap om pasientens sykdom, bruker han eller hun tenkningen til å finne ut hvordan de konkret skal utføre handlingen, slik at den oppleves mest mulig behagelig for pasienten.

Fronesis er å handle klokt ut fra det spesielle og unike i situasjonen. Techne og fronesis utvikles, ifølge Aristoteles (4) gjennom praksis. De tre kunnskapsformene henger sammen. Integrasjonen mellom dem er en prosess, hvor forhold som følelser og fornuft spiller en avgjørende rolle. Hvordan dette samspillet kommer til uttrykk og utvikler seg har avgjørende betydning for den samlede kunnskapen som kommer til uttrykk på sykepleiens ulike praksisarenaer. Fronesis utvikles gjen-

nom ulike erfaringer der kunnskap om det generelle og det spesielle, enkelttilfellene, flyter sammen.

Veien og valgene i gjennomføringen av undersøkelsen

Hensikten med forskningsprosjektet som denne artikkelen tar utgangspunkt i, var å synliggjøre sykepleierstudentenes forløp når de lærer å utøve sykepleie. Jeg valgte derfor feltarbeid som metode. Feltet var sykehjemsavdelingen og sykepleierhøgskolen. Syv sykepleierstudenter meldte seg.

For å ivareta de etiske prinsippene ble undersøkelsen meldt til og tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Sykepleierstudentene fikk muntlig og skriftlig informasjon om undersøkelsen, hvor det fremgikk at deltakelsen var basert på et informert samtykke, og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen.

For å kunne forstå studentenes utfordringer, måtte jeg sette meg inn i det perspektivet de handlet ut fra. Jeg var derfor i uniform, sammen med studentene og fulgte dem i det arbeidet de hadde på planen den dagen jeg var i sykehjemsavdelingen. De fleste gangene var en sykepleier sammen med studentene. Situasjoner jeg var med inn i kunne for eksempel være stell, spisesituasjonen og setting av injeksjoner. Jeg deltok ikke i pleieoppgavene, men ble betraktet som en lærer fra høgskolen. Tilstedeværelsen i avdelingen ga meg kunnskap som hadde betydning for spørsmålene jeg stilte under intervjuene. Etter endt dag i praksis skrev jeg notater. Det var feltnotater og egne notater. Feltnotatene handlet om hva studentene var med på den aktuelle dagen. Egne notater handlet om mine refleksjoner knyttet til sykehjemsavdelingen. Jeg var sammen med studentene tre til fem dager i løpet av praksisperioden. Hvert besøk varte mellom tre til fem timer.

Etter observasjonene hadde studentene og jeg individuelle samtaler. Samtalene varte i ca 30 minutter og ble tatt opp på bånd. Fokuset for samtalene var studentenes erfaringer og utfordringer de hadde overfor pasienten de hadde ansvaret for. Studentene fortalte fortellinger om hva de gjorde i situasjonene. De fortalte om personlige utfordringer, og hvordan de valgte å handle. Fordi vi samtalet hver gang jeg var i avdelingen, hadde jeg flere samtaler med hver student. Til sammen hadde jeg 22 samtaler med studentene.

Når jeg analyserte samtalene lyttet jeg til lydbandopptakene og jeg stilte to spørsmål. Det ene var: hva handler samtalen om? Det andre var: hva er studentens erfaringer og utfordringer? Jeg lyttet først gjennom hele samtalen uten å notere. På den måten kunne jeg danne meg et helhetsinntrykk av samtalen. Når jeg igjen lyttet, prøvde jeg å danne meg et bilde av det sentrale i studentenes fortellinger. Med utgangspunkt i min første forståelse av hva samtalen handlet om, lyttet jeg til samtalen på nytt. I neste runde tolket jeg disse beskrivelsene i relasjon til min første forståelse av samtalsinnhold, og til hele samtalen.

Denne arbeidsprosessen foregikk som en kontinuerlig bevegelse frem og tilbake mellom helheten og delene, mellom fenomenet som ble tolket og omgivelsene, og mellom fenomenet og forforståelsen, ofte omtalt som den hermeneutiske sirkelen (5). I denne bevegelsen dannet jeg meg først en foreløpig mening om hva samtalene handlet om, helheten. Å forstå hva studentene fortalte om i samtalene innebar å utarbeide et forutkast i form av fortellinger som ble et utgangspunkt for den videre utviklingen av forståelsen. Dette forutkastet, fortellingen, ble hele tiden redigert i lys av det som åpenbarte seg etter hvert som jeg kom lenger inn i samtalenes tema. Jeg utarbeidet stadig nye utkast til fortellinger som beskrev studentenes læringsprosesser.

Fortellingen: Å forlate pasienten¹

Denne fortellingen er et eksempel på hvordan Anne fattet beslutninger, og hvordan hun på bakgrunn av disse beslutningene kommer inn i en negativ læringsprosess.

Fru Hansen var sengeliggende. Anne skulle hjelpe henne med å spise og drikke mens hun satt i sengen. Hun sa til kontaktsykepleieren at hun syntes det var vanskelig å hjelpe fru Hansen, men at hun skulle prøve. Hun tilberedte frokosten på et brett og tok med bestikk og en serviett, før hun gikk inn til fru Hansen og satt brettet fra seg på nattbordet. Anne plasserte nattbordet og stolen nær sengen, og satt i høyde med henne. Pasienten satt i sengen med øynene lukket. Anne ga henne biter med brød ved hjelp av kniv og gaffel. Hun ga henne drikke. Fru Hansen tygget og svelget. Innimellom sovnet hun før hun svelget maten.

Jeg var veldig vår overfor fru Hansen. Jeg følte mer på henne; på hvordan pusten hennes var, fargen i huden og hosten hennes under måltidet. Hvis noe skulle skje ville jeg følt meg så vanvittig hjelpeløs. Jeg var så redd for at noe

¹ Fortellingen er omarbeidet og nedkortet. Den finnes i sin helhet i "Følelser og fornuft. Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst" (3).

skulle skje når jeg var alene. Jeg var redd hun skulle sette maten i halsen og at maten skulle komme opp igjen. Eller egentlig ikke. Jeg syntes det var så vanskelig og skulle tvinge i henne mat. Hun hadde ligget i sengen i fem år. Hun hadde ikke noe språk eller motorikk. Men mat skulle hun ha. Jeg vet det var for å gjøre henne godt, men jeg synes det var vanskelig. Jeg tror hun bare er der, og så skal vi holde liv i henne og bare forer på, mater, mater og mater. Og så var jeg redd for at maten skulle sette seg i halsen hennes og at det var min skyld. Jeg klarer ikke å tvinge i noen mat og drikke som de ikke vil ha. Jeg var redd hun skulle få mat i halsen og rett og slett ikke få puste. Noen ganger når jeg gir henne hjelp, åpner hun munnen og andre ganger åpner hun ikke munnen. Jeg vet ikke om det er dagene som gjør at hun åpner munnen eller om det er fordi hun er sulten. Fordi jeg ikke visste hva hun vil, så jeg på hjelpen som et overgrep. Jeg gjør det ikke.

Etter en stund la Anne fra seg bestikket på tallerkenen, og gikk ut av rommet. Hun tok denne avgjørelsen fordi fru Hansen ikke åpnet munnen. Når hun ikke åpnet munnen, tok Anne det som et tegn på at hun ikke ville ha mat. Hun ville ikke tvinge noen til å spise.

Anne visste at som sykepleier hadde hun ansvar for at fru Hansen fikk i seg nok mat og drikke. Samtidig opplevde hun at hun ikke kunne hjelpe henne. Hun sa at teknisk sett så kunne hun hjelpe en annen i spisesituasjonen. Men hun visste ikke om fru Hansen hadde hosterefleks, og da kunne maten i verste fall gå ned i lungene. Hun var redd fru Hansen skulle kaste opp eller sette maten fast i halsen mens hun hjalp henne. Hun var redd for å gjøre noe som kunne føre til at hun ikke fikk puste. Anne sa at hvis fru Hansen ikke fikk puste, så kunne hun ikke hjelpe henne. Hun forteller at i en slik situasjon hvor en pleier ikke kan hjelpe en pasient, er det viktig å diskutere utfordringen med kollegaene og legen. Anne mener at hvis ikke hun kan hjelpe henne, kan andre som kjenner henne gjøre det.

Etter at Anne hadde gått ut av rommet gikk hun og fant kontaktsykepleieren. Anne fortalte at hun ikke kunne hjelpe fru Hansen. Hun fikk det ikke til. Sykepleieren sa at hun kunne overta.

Anne hadde fortalt kontaktsykepleieren at hun syntes det var vanskelig å hjelpe pasienter som hadde problemer med å uttrykke seg, med å spise og drikke. For å tilrettelegge for henne hadde de snakket sammen og blitt enige om hvordan hun kunne nærme seg denne utfordringen i praksis. Tilretteleggingen gikk ut på at Anne skulle prøve seg frem. Hun kunne gå inn i situasjonen og prøve. Hvis hun opplevde at det ble vanskelig

å være der, kunne hun trekke seg ut. Kontaktsykepleieren hadde uttrykt overfor Anne at hun skulle føle seg trygg før hun måtte være i situasjonen. Anne forteller at når kontaktsykepleieren hjelper fru Hansen bruker hun god tid.

Kunnskapen i studentens følelser

I kompliserte læringssituasjoner der pasienten har problemer med å uttrykke seg verbalt, kan ikke studenten og pasienten utveksle opplevelsen av situasjonen gjennom samtalen. Hun mottar heller ikke tydelig tilbakemelding fra pasienten på den hjelpen hun gir. Studenten opplever at pasientens uttrykk gjennom kroppsspråket kan være vanskelig å forstå. Det er utfordrende å forstå pasienten fordi det er kunnskap om pasienten hun ikke får tak i. Den kunnskapen hun har er ikke tilstrekkelig til å kunne vurdere pasientens behov. Spørsmålet er om studenten i kompliserte læringssituasjoner øker forståelsen for pasientens situasjon, og hva studenten eventuelt øker forståelsen for.

Anne velger å avbryte måltidet fordi hun føler at hun ikke mestrer situasjonen. Hvilken kunnskap er det hun har som gjør at hun oppfatter situasjonen som farlig, både for seg selv og pasienten?

Anne har anatomiske kunnskaper som gjør at hun vet at maten kan gå i luftrøret. Pasientens hosting tar hun som en advarsel. Hun ser at pasienten lukker munnen. Det tar hun som et tegn på at situasjonen er ubehagelig for pasienten. Hun får følelsen av at det ikke er riktig av henne å fortsette å gi pasienten frokost. Det føles galt både etisk og faglig. Hun kan risikere å skade pasienten og det hun gjør kan oppleves av pasienten som et overgrep. Hun velger derfor å avbryte måltidet og be sykepleieren om hjelp.

Sykepleieren kommer inn og overtar. Pasienten spiser. Anne ser på og legger merke til at sykepleieren tar seg god tid. Det er det hun ser. Men hun vet ikke hva sykepleieren ser hos pasienten eller hvordan sykepleieren gir henne maten. Sykepleierens teknikk vises i håndlaget, men den kan ikke imiteres fordi den utledes av sykepleierens egen forståelse av pasienten. Sykepleieren viser at hun er fortrolig med pasientens situasjon og vet både at pasienten trenger hjelp, hvordan hjelpen skal gis, og når pasienten er klar til å få mat i munnen. Handlingen demonstrerer hennes episteme, techne og fronesiskunnskap (4).

Anne viser til anatomiske og fysiologiske kunnskaper og etiske overveielser. Det er kunnskapen i hennes følelser som gjør at hun forlater rommet. Hun vet ikke at pasient-

en hoster fordi det er noe hun selv gjør feil. Hun plasser problemet hos pasienten. Sykepleieren demonstrerer at det er Annes manglende kjennskap til pasienten som utløser hosteanfallet og pasientens avvisning. Observasjon av samarbeidet mellom sykepleieren og pasienten bekrefter at pasienten gjerne ville ha mat, og at sykepleieren mestrer det Anne selv ikke mestret.

Kunnskapen forsterker følelsen av manglende mestring

I håndteringen av pasienten viser studenten at hun forstår at hun ikke vet hvordan hun teknisk kan hjelpe pasienten, selv om hun har anatomisk og fysiologisk kunnskap om svelgproblematikk. Men den er ikke utfyllende nok til at studenten kan hjelpe pasienten. Tolkningen og integreringen av kunnskap får også betydning for studentens følelse om manglende mestring. Hvordan studenten velger å handle i spisesituasjonen beror på følelsen av manglende mestring. I observasjon av sykepleieren synliggjøres hennes manglende kunnskap til å hjelpe pasienten. Studentens egen opplevelse av manglende mestring blir utslagsgivende for hvordan hun handler i situasjonen.

Nussbaum (6) trekker frem følelsenes tendens til å ta over menneskets personlighet, og hvordan følelsene kan drive personen til å handle. Den springer ut av studentens egen situasjon. Den kunnskapen studenten utvikler om teknikk, basert på anatomi og fysiologi, klarer hun ikke å knytte til pasienten. Hvordan hun forstår betydningen av teoretisk kunnskap er nødvendigvis ikke relevant i den gjeldende pasientsituasjonen. Opplevelsen av manglende mestring forsterkes, og studenten blir utrygg og usikker i situasjonene med pasienten. Utrygghet og usikkerhet kan også virke begrensende på integrering av kunnskap og utvikling av kunnskap adekvat for situasjonen.

Kunnskap som kan knyttes til pasienten, blir mer usynlig for studenten. Hun er i en hermeneutisk bevegelse, men kunnskapen studenten utvikler forsterker følelsen eller opplevelsen av manglende mestring. Studenten kommer slik ofte i en negativ læringsprosess. Hun føler at noe er galt, men forstår ikke hvorfor, og hvordan hun skal forholde seg til pasienten. Resultatet kan bli som Anne viser, at en forlater situasjonen med risiko for ikke å lære det som må læres for å handtere en slik situasjon.

Å utvikle kunnskapen i følelsene

Studenten kan gjøre valg der følelsene driver henne til å handle uten at hun finner ut hva følelsen handler om. Lærings situasjonene er komplekse, og de virker hemmende og skremmende for studenten når hun utøver sykepleie. Følelsen av uoverkommelighet kan også bli en begrensning for studenten i den hermeneutiske bevegelsen, hvor hun skal synliggjøre og utvikle kunnskapen i følelsene.

Hvis studenten skal ha mulighet til å utvikle kunnskapen i følelsene, må en begynne der studentene er, i sin egen umiddelbare og autentiske reaksjoner i møte med pasienten. I disse reaksjonene ligger det begreper som åpner for spørsmål, begrunnelse og refleksjoner over praksisen som utøves på en slik måte at den personlige og uartikulerte kunnskapen i følelsene synliggjøres og utvikles, noe som øker forståelsen for kunnskapen som er tilgjengelig i det handlende subjekts følelser. Dette er en kunnskap som har betydning for utøverens handlinger og hjelpen han eller hun gir pasienten.

Referanseliste

1. Rammeplanen for sykepleierutdanningen. Utdannings- og forskningsdepartementet. 2004.
2. Alteren, J. Å lære og utøve sykepleie, -læringsprosessen som et samspill mellom følelser og fornuft. Uddannelsesnytt nr. 3. 23. årgang; 2012, 5-8.
3. Alteren, J. Følelser er fornuft. Sykepleierutdanningen mellom gjerning og tekst. PhD i studier av profesjonspraksis. Profesjonshøgskolen. Nr. 1-2010. Bodø: Høgskolen i Bodø; 2010.
4. Aristoteles. Etikk. Et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "den nikomakiske etikk". Oslo: Gyldendal Akademisk. 3. utgave 1999, 3. opplag; 2006.
5. Gadamer, H-G. Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2003.
6. Nussbaum, M. "Emotioner som värdeomdömen" i Holm, U., Mark, E. og Person, A. red. Tanke Känsla Identitet. Gøteborg: Anamma Böcker; 1997; 197-234.

Behandling af den psykiatriske patient med dobbeltdiagnose – forhåndsorientering til studerende

Af Gitte Munch Tønnes, **Udviklingspsygeplejerske, Master i voksenuddannelse,**
Bettan Bagger, **Lektor, cand.pæd. UCSJ, Britta Hørdam, Projektleder, ph.d.**

KEYWORDS: Dobeltdiagnose, kognitiv adfærdsterapi, kollaborativ empiri, miljøterapi, psyko-
edukation, kognitiv model, kognitiv problemformulering, kvalitetsudvikling og teori-praksis.

Praksis til teori og teori til praksis i psykiatrisk sygepleje. Fordomme og myter er ikke et ukendt fænomen i forhold til den psykiatriske patient, pleje og behandling. De hersker både i befolkningen generelt, men ligeledes blandt sygeplejestuderende, som på uddannelsens modul 8 står for at skulle ud og møde det psykiatriske felt i praksis. Igennem mediernes er de studerende ofte blevet konfronteret med fortællinger, der kan stille psykiatrisk praksis i et dårligt lys, og mødet med det ukendte kan næsten være angstprovokerende for nogle af de studerende. Denne angst og usikkerhed kan influere på den studerendes lyst og også evne til læring og udvikling og kan dermed udgøre en barriere i forhold til indfrielse af de læringsmål, der er for modulet. Vi har valgt at udarbejde en case, hvor casen om Maria forsøger at indfange det, der gør sig specifikt og bliver synligt i det kliniske felt i forhold til dobbeltdiagnosebehandling og kognitive adfærdsterapeutiske principper og metoder, således at det kan anvendes som et eksemplarisk eksempel i det teoretiske felt i sygeplejerskeuddannelsen. Casen er en fuldstændig case. Ifølge Roar C. Pettersen (1999) skelner Barrows (1986) mellem forskellige former for udformning og præsentation af caseopgaver (1). Den fuldstændige case (lukket), casen som delvist lukket og casen som en åben problemsituation. Casen i denne artikel er den fuldstændige case, hvor de studerende får alle relevante oplysninger og fakta om plejen og behandlingen af den psykiatriske patient med dobbeltdiagnose. Hensigten med casen er, at de studerende bliver orienteret om det kundskabsstof og den viden, som casen indeholder, så de har en forhåndsorientering om det, de vil møde i den psykiatriske sygepleje i forhold til den psykiatriske patient med dobbeltdiagnose.

Casen om dobbeltdiagnosebehandling er således et eksempel til inspiration i uddannelsessammenhæng og kan bidrage til den vekselvirkning mellem teori-praksis feltet, som også optager Patricia Benner (1995)(2). Benner tager udgangspunkt i teori-praksis læring med anvendelse af vekselvirkningen mellem teori og praksisoplevelser som værende væsentligt i refleksion og dermed niveaustigning i kompetenceudviklingen.

Case: Maria

Maria er 37 år og lider af både skizofreni og hashafhæn-

Abstract

Fokus er på dobbeltdiagnosebehandling og kognitive adfærdsterapeutiske principper og metoder og ved at præsentere dette, formodes det, at artiklens indhold kan imødekomme nogle af de fordomme og myter om psykiatrien, som ikke bare hersker i befolkningen generelt, men ligeledes blandt sygeplejestuderende på modul 8, der står for at skulle ud og møde det psykiatriske felt i praksis. Artiklen har relevans både for sygeplejersker i det kliniske felt samt for undervisende sygeplejersker, og for de sygeplejestuderende kan denne viden indgå i studiet.

*Der er evidens for at anvende kognitive adfærdsterapeutiske principper og metoder til patienter, der har en dobbeltdiagnose. Patienter med en dobbeltdiagnose kan behandles på afdeling M, psykiatrisk center Sct. Hans. I behandlingsforløbet vil patienterne komme gennem 5 faser: Henve-
delsesfasen, visitationsfasen, udredningsfasen, behandlingsfasen og udslusnings-/udskrivelsesfasen. Denne artikel er udarbejdet med det formål, at den kan forberede den studerende til psykiatrisk klinik.*

gighed. Marias netværk er meget sparsomt, da hun ikke har nogen kontakt til sin familie. Maria er stoppet med at tage sin medicin. Hun har hørehallucinationer og hører en stemme, der siger til hende, at hendes medicin er gift og er farlig for hende. Maria bliver tiltagende hørehal-
lucineret og angst og intensiverer sin hashrygning. Distriktssygeplejersken kan se, at Marias lejlighed er mere rodet end vanligt. Derudover har Maria svært ved at få handlet ind og vasket tøj, hvilket Maria tidligere selv har klaret. Maria er ked af sin situation. Hvad skal hun gøre? (3)

Afdeling M, Sct. Hans

De psykiatriske behandlingsmuligheder for Maria med dobbeltdiagnosen skizofreni og hashafhængighed kan varetages på Afdeling M. Afdeling M er fysisk placeret på psykiatrisk center Sct. Hans og består af tre afsnit med plads til 26 patienter på hvert afsnit. De tre afsnit er integreret, dvs. at patienterne ikke flyttes mellem lukket og åbent regi, samt at patienten modtager en helhedspleje og behandling. Alle stuer er enestuer. Udover de tre afsnit er der til afdeling M tilknyttet et specialambulatorium, der har et opsøgende psykoseteam og et dagtilbud til dobbeltdiagnose patienterne, som begge har adresse på Østerbro, samt en klinik for kognitiv terapi og et kompetencecenter(4).

Kollaborativ empiri

Samarbejdet med Maria tager sit udgangspunkt i, at både patient og plejepersonale er fælles om at skabe resultater. Dette kaldes Kollaborativ empiri (5). Under indlæggelsen vil Maria blive tilbudt en aktiv, dynamisk, struktureret og psykoedukationel (undervisende) behandling og pleje. Omdrejningspunktet for behandlingen er den evidensbaserede behandlingsfilosofi, kognitiv adfærdsterapi. Der er tale om en intensiv, integreret tidsbegrænset behandling, hvor der er fokus på både hendes skizofrenisymptomer og hendes problemer i forhold til, at hun ryger meget hash. Plejepersonalet består af sygeplejersker, sosu-assistenten, plejere og et tværfagligt team (4). Den psykiatriske patients netværk er ligeledes en væsentlig samarbejdspartner i behandlingen, men kendetegnende for den psykiatriske patient med dobbeltdiagnose er, at de sjældent har kontakt til et netværk, men lever en isoleret tilværelse.

Miljøterapi

Et vigtigt element i behandlingen er miljøterapi i en kognitiv adfærdsterapeutisk ramme. Miljøterapi betyder, at miljøet anvendes med et terapeutisk formål, som er defineret ud fra patientens personlige mål. Miljøterapi omfatter de fysiske rammer, strukturering af dagen og et indhold bestående af et ugeprogram med aktiviteter og strukturerede samtaler. Endvidere er der samspillet mellem både medpatienter hinanden imellem og mellem patienter og personale.

Hensigten er, at patienten får ændret på en uhenigtsmæssig adfærd som fx at tage stoffer. Patienten skal igennem en læreproces og erhverve sig nye færdighe-

der samt adfærds- og tankemæssige strategier, således at patienten bedre kan mestre sin psykiske lidelse og vanskelige situationer uden at tage stoffer (4+5).

Psykoedukation

Psykoedukation er en del af kognitiv terapi og foregår både individuelt og i grupper. Undervisning af patienter og deres pårørende i emner relateret til patientens psykiske lidelse.

Psykoedukation favner al kontakt med patienten og de pårørende, hvor der indgår undervisningsmæssige elementer om patientens psykiske lidelse, den medicinske behandling og det kognitive miljøterapeutiske rationale. Formålet med psykoedukation er at give patienter og pårørende mulighed for at blive bedre til at forstå og håndtere psykisk lidelse og misbrug (3+5).

Et behandlingsforløb relateret til Maria

I det følgende eksemplificeres et behandlingsforløb, hvor vi følger Maria. Et forløb vil have flere forskellige faser, nemlig henvendelsesfasen, visitationsfasen, udredningsfasen, behandlingsfasen og udslusningsfasen/udskrivningsfasen. Faserne vil være af forskellig varighed (4).

Henvendelsesfasen

Maria tager ikke sin medicin, har tiltagende hørehallucinationer og har intensiveret sin hashrygning på grund af angst. Lejligheden roder, situationen er uholdbar, og Maria er selv klar over dette. Hun fortæller den distriktspsykiatriske sygeplejerske, at hun gerne vil have hjælp, og Maria visiteres af denne (4).

Visitationsfasen

Efter Maria selv har givet udtryk for, at hun ønsker hjælp og nu er blevet visiteret af den distriktspsykiatriske sygeplejerske, kommer Maria til en forsamling, for at behandlingsteamet kan få klarhed over symptom billedet og omfanget af hendes misbrug. Maria vil komme på en venteliste og vil herefter blive indlagt efter 3 uger. I ventetiden fortsætter Maria med at ryge hash (4).

Udredningsfasen (0-6 uger)

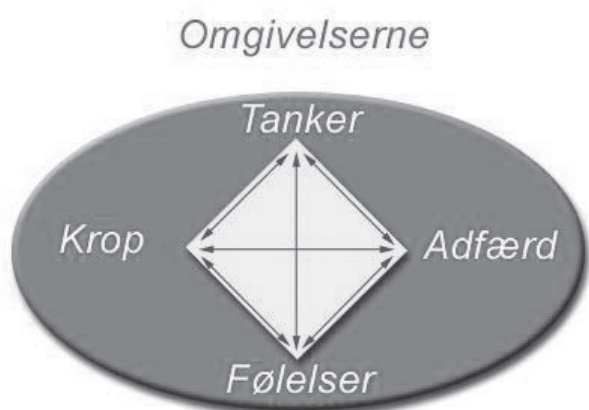
Efter 3 uger indlægges Maria og har haft et hashforbrug lige op til indlæggelsesdagen. Maria falder hurtigt til i afdelingen. Personalets lyttende og nærværende adfærd, hvor Marias problemer er i fokus bevirker, at Maria meget hurtigt bliver tryk og føler sig velkommen i afdelingen. Det ser ud som om, at Maria er lettet i forhold til at være i behandling og er meget motiveret for at arbejde med sine to problemområder.

I samarbejde med Maria foretages en vurdering af den psykiske tilstand og af hashmisbrugets omfang. Oplys-

Kollaborativ empiri

Kollaborativ empiri er en proces, hvor patient og behandler undersøger, hvorledes pt. konstruktion af virkeligheden er. I et ligeværdigt samarbejde drøftes, hvilke konsekvenser det har og hvad, og hvordan det kan ændres. Patienten oplever at blive forstået. Dette indgyder håb og tillid, som igen bevirker, at patienten motiveres til at indgå i et behandlingsforløb(5).

ningerne indhentes ved samtaler med kontaktperson og kontaktlæge samt med alle fra det tværfaglige team. Derudover skal Maria udfylde forskellige skemaer, som fx måler Marias angstniveau. De indsamlede data kan give et indblik i, hvordan Maria har det og danner på den måde en basislinje, som kan beskrive Marias tankemønstre, følelser, adfærd og kropslige reaktioner, som Maria udviser ved behandlingens start. Ved hjælp af denne basislinje kan effekten af behandlingen løbende måles og kan indgå i vurderingen af, om Marias tilstand er i bedring. I denne fase er det vigtigt, at Maria undervises i den kognitive model, så hun får en forståelse for afdelingens arbejdsredskab. Denne undervisning foregår både i gruppe og individuelt.



Den kognitive model (modificeret) efter Halm & Oestrich, Kognitiv Miljøterapi, 2006

Fig. 1. Anvendelsen af den kognitive model indgår som et vigtigt arbejdsredskab i samarbejdet med patienten med dobbeltdiagnose. Den kognitive model kan give både behandler og den der er i behandling et indblik i, hvad det er for tanker og følelser, der bevirker at en bestemt adfærd vælges. Nedenstående er et eksempel på, hvad det er for tanker og følelser i Maria, der kan bevirke, at hun vælger at ryge hash.

Maria skal møde til forsamtale på afdeling M og står lige uden foran døren til den læge, hun skal tale med. Hun får tanker som "Jeg klarer det aldrig", "Lægen syntes sikkert at jeg er mærkelig", "Jeg bliver aldrig til noget", "Skal jeg tage hjem". Maria bliver angst og ked af det. Kropsligt kan hun mærke, at hjertet banker hurtigt og hun sveder, samt ryster og har ondt i maven. Maria vælger at gå udenfor og ryge en halv joint inden, hun går ind af døren for at tale med lægen (4+5).

Udredningsfasen afsluttes med et behandlingsplansmøde, hvor teamet omkring Maria bestående af læge, kontaktpersoner, evt. pårørende og andet tværfagligt netværk, mødes. Sammen med Maria kortlægges Marias aktuelle reaktionsmønstre og baggrunden for det. Mødet afsluttes med, at der i fællesskab formuleres

en kognitiv problemformulering. Derudover udarbejder de sammen en plan for, hvordan Maria og personalet kan arbejde med hendes problemer mod de personlige mål (4).

Behandlingsfasen(5-18 uger)

I behandlingsplanen blev der opstillet nogle mål. Dem arbejder Maria nu ud fra og arbejder med sine tanker, der er relateret til hendes hashmisbrug og arbejder med at finde alternative tanker. Derudover støttes hun til at få installeret nogle stopsignaler, så Maria kan vælge andre alternative strategier i stedet for at ryge hash, når hun får det dårligt. Maria arbejder både i gruppe og individuelt sammen med sin kontaktperson, kontaktlæge og det tværfaglige team, samt modtager psykoedukation (4).

Kognitiv gruppeterapi

Gruppeterapi er et væsentligt element i behandlingen af den psykiatriske patient med dobbeltdiagnose, og en stor del af behandlingsfasen på afdeling M foregår derfor i grupper. Formålet med gruppebehandling er at øge den behandlingsmæssige effekt. Samarbejdet og inspirationen deltagerne imellem giver deltagerne mulighed for at lære af hinanden. Grupperne har bl.a. fokus på misbrug, angst, at øge selvværd og selvtillid, eller at opbygge sociale færdigheder. Personalet på afdelingen og det tværfaglige team er gruppeansvarlige (4).

Udslusningsfasen/udskrivningsfasen(15-24 uger)

Når patienten har været igennem behandlingsfasen, skal patienten udsluses eller udskrives til eget hjem. I den femte fase trænes patienten i at beherske de nye færdigheder og afprøve disse i sit hjem uden for afdelingen. Patienten overlades ikke til sig selv i denne fase, men i samarbejde med den distriktspsykiatriske sygeplejerske er der fokus på tilbagefaldsforebyggelse og træning af de nyerhvervede kompetencer i forhold til at kunne mestre både symptomer og afhængighed (4).

Hvordan går det med Maria?

Maria har arbejdet intensivt med sine problemer i 5 måneder og er nu i stand til at identificere hendes uhenigtsmæssige mønstre i forhold til at ryge hash. På baggrund af behandlingen og den kognitive terapi har hun udvidet sit handlingsrepertoire og lært at vælge mere hensigtsmæssige alternativer for at mestre vanskelige situationer. Maria er endvidere motiveret for at bryde

Kognitiv problemformulering

Ved at udarbejde en Kognitiv problemformulering opnås en fælles forståelse af patientens problemstilling, og der kan her ud fra planlægges et fælles mål. En kognitiv problemformulering er i sit udgangspunkt tværfaglig og bygger på data, der er indsamlet af alle faggrupper. Denne problemformulering bliver jævnligt evalueret og justeret under indlæggelsen (4+5).

isolationen og skabe et netværk. Da hendes netværk er meget sparsomt, og hun ikke har nogen kontakt til sin familie, har hun planer om at starte i et værested med mange forskellige aktivitetstilbud.

Perspektivering

Behandling af patienter med dobbeltdiagnoser stiller store krav til det psykiatriske personale. Det at skulle indgå i et kognitivt miljøterapeutisk behandlingsforløb og sikre at dette skal forløbe succesfuldt for patienten, er en udfordring. Personalet og sygeplejersken udgør ofte de nærmeste relationer, da det er karakteristisk for disse patienter, at de i de fleste tilfælde har et meget sparsomt netværk. Dette fordrer et øget fokus på sygeplejerskens og det øvrige sundhedspersonales evner og kompetencer til at agere i tæt samarbejde med patienterne.

På Sct. Hans er læger, plejepersonalet og det øvrige tværfaglige personale gennem flere år blevet tilbudt uddannelse i kognitiv adfærdsterapi. Udover personalets øvrige deltagelse i temadage og personalemøder, hvor daglige aktiviteter og drift omkring afdelingen drøftes, så skal uddannelsen i kognitiv adfærdsterapi medvirke til at sikre høj kvalitet af den kognitive adfærdsterapeutiske indsats i forhold til patienten med dobbeltdiagnose. Personalet deltager i supervision og faglig vejledning, og således vedligeholdes og udvikles både de kognitive miljøterapeutiske færdigheder hos den enkelte, og personalet støttes i egen læreproces i forhold til at arbejde med dobbeltdiagnosepatienter.

For at fremme kvaliteten har plejepersonalet endvidere mulighed for dagligt at reflektere med hinanden over den psykiatriske sygepleje i en kognitiv referenceramme. Til disse refleksioner inddrages enkelte patientcases i forhold til det kognitive miljøterapeutiske arbejde, og den enkelte kontaktpersons læreproces aktiveres og igangsættes, så der dermed sker en niveaustigning i kompetenceudviklingen (2). Casen om Maria er et case-eksempel, der er anvendt som pædagogisk metode i forhold til det kognitive miljøterapeutiske arbejde. Et case-eksempel som Marias kan generere ny viden og indsigt og medvirke til kompetenceudvikling i forhold til behandlingen af patienten med dobbeltdiagnose. Det kan f.eks. være i relation til de forskellige mønstre og handlingsrepertoarer, som netop denne patient med dobbeltdiagnosen kan udvise. Denne viden og indsigt kan medvirke til, at personalet udvider deres egen forståelse, indsigt og handlerepertoire i forhold til de ofte komplekse årsager, der kan ligge til grund for, at patienten med dobbeltdiagnosen vælger en ikke hensigtsmæssig adfærd, som forværrer sygdommen.

Denne niveaustigning og kompleksitetsøgning i den psykiatriske sygeplejerskes forståelse, indsigt og handlerepertoire kommer igen de studerende til gode, når

de undervises af sygeplejersken med udgangspunkt i cases, der favner kompleksiteten. Gennem refleksion i spændingsfeltet mellem teori og praksis kan undervisning med udgangspunkt i cases være med til at bygge bro mellem teori og praksis og mellem praksis og teori og kan medvirke til niveaustigning i den studerendes kompetenceudvikling.

Casen Maria illustrerer på eksemplarisk vis et vellykket behandlingsforløb af patienten med dobbeltdiagnose baseret på kognitiv terapi. De studerende bliver her orienteret om den kundskab, viden og de kompetencer, det kræver for at kunne indgå i det kognitive miljøterapeutiske behandlingsforløb. På den måde er de forhåndsorienterede om den konkrete psykiatriske sygepleje i forhold til den psykiatriske patient med dobbeltdiagnose. Anvendelsen af caseeksemplet kunne afmystificere og eliminere fordomme i forhold til den psykiatriske sygepleje. Den kunne være en øjenåbner for kompleksiteten og influere på den studerendes lyst og evne til refleksion og læring i praksis, at denne teori/praksis vekselvirkning kunne, som påpeget af Benner, være medvirkende til niveaustigning i kompetencer.

Afdeling M på Sct. Hans kvalitetsudvikler endvidere ved at have patientens mening om indlæggelsen og behandlingen i fokus. Et eksternt bureau samlede nogle patienter fra alle tre afsnit og afholdte fokusgruppeinterview. Her kunne patienterne ytre sig om behandlingen på afdelingen uden personalets tilstedeværelse og indflydelse. Ud fra fokusgruppeinterviewene blev der udarbejdet en rapport. Her kunne personalet få indblik i, hvilke punkter og områder der opleves som positive for patienter og hvilke områder, der kunne styrkes og udvikles (4+6).

Referencer

1. Barrows H.S (1986) i Pettersen, Roar C. (1999) Problem-baseret læring. 1. udg., 1. opl. Dafolo p. 61- 65
2. Benner, Patricia (1995). Fra novice til ekspert. Mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepsiksis
3. Gyldendal Akademisk.
4. Gerlach, Jes (2011). Skizofreni og andre psykoser. Psykiatrifondens forlag
5. Region Hovedstadens Psykiatri(2008). Fjordhus. Integrerede specialafsnit for psykose- og misbrugsbehandling http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/FEC60EEA-CB15-4DFB-A4EF-5591CE39F3AD/0/Fjordhus_rapporten_2008
6. Holm, Lennart m.fl. (2007), Kognitiv miljøterapi - At skabe et behandlingsmiljø i et ligeværdigt samarbejde, 2. udgave, 2.oplag, Dansk psykologisk forlag A/S
7. Mainz, Jan m.fl. (2011), Kvalitetsudvikling i praksis, 1. udgave, 2. oplæg, Munksgaard Danmark

Min enestående kombinationsstilling - kræver mange bolde i luften!

Af **Lisbeth Støvring**, Klinisk adjunkt, cand.cur. Neurologisk apopleksisafsnit
Aalborg sygehus og University College Nordjylland, sygeplejerskeuddannelsen. lia@ucn.dk

KEYWORDS: Kombinationsstilling, sygeplejerskeuddannelse, praksisbeskrivelser, projekter i klinisk praksis

Ansættelsesforhold og funktion

Efter flere års ansættelse som klinisk undervisningsansvarlig sygeplejerske i Neurologisk Afdeling fik jeg lejlighed til at videreudanne mig til cand. cur. Efter endt uddannelse blev jeg tilbudt en nyoprettet kombinationsstilling med 51 % ansættelse på University College Nordjylland (UCN), sygeplejerskeuddannelsen og 49 % ansættelse i Neurologisk Apopleksisafsnit, Aalborg Sygehus. Ud over de to ansættelsessteder har jeg samme vilkår som andre adjunkter på UCN, hvilket betyder at stillingen ophører efter 4 års ansættelse med henblik på lektorvurdering. Stillingen er vagtfri, og UCN henstiller til, at jeg afholder ferie i de studerendes ferieperiode.

På nuværende tidspunkt er ingen andre undervisere ansat i kombinationsstillinger på hverken UCN, Sygeplejerskeuddannelsen eller Neurologisk Afdeling. Min ansættelse i kombinationsstilling løber fra januar 2011, og denne artikel handler om mine erfaringer og tanker om min stilling.

I apopleksiasnittet er min titel Klinisk undervisningsansvarlig sygeplejerske. Den tilhørende funktionsbeskrivelse indeholder ansvar for et udviklende læringsmiljø, og at afsnittet kontinuerligt kan leve op til at være godkendt uddannelsessted. Desuden har jeg ansvar for at vejlede de kliniske vejledere, og at forestå generelle sygeplejefaglige udviklingsopgaver, eksempelvis at deltage i implementering af nye sygeplejekompetencer eller dokumentationsredskaber samt i øvrigt at forestå oplæring af nyansat plejepersonale.

I apopleksiasnittet har jeg således ingen formelle undervisningsopgaver overfor de studerende, fordi vi har organiseret os således, at de kliniske vejledere varetager den daglige vejledning af sygeplejestuderende/elever og den klinisk undervisningsansvarlige sygeplejerske primært varetager udviklingen af det faste personale. Desuden fungerer jeg som ad hoc ressourceperson i apopleksiasnittet.

Abstract

Denne artikel handler om erfaringer med ansættelse som klinisk adjunkt i kombinationsstilling mellem University College Nordjylland, sygeplejerskeuddannelsen og Neurologisk Apopleksisafsnit, Aalborg Sygehus.

I artiklen fokuseres på, hvori kombinationen mellem sygehus og uddannelsesinstitution særligt består, men beskriver også praktiske forhold og personlige oplevelser vedrørende kombinationsstillingen.

Kombinationen kendetegnes af autentiske praksisbeskrivelser og problemformuleringer samt de studerendes deltagelse i projekter i klinisk praksis. Derudover er min pædagogiske tilgang integreret bedre i min kliniske praksis. Det er min erfaring, at ledernes tillid og egen stringens er nødvendig for at administrere kombinationsstillingen, samt at ekspertsygeplejerskerollen udskiftes med at være ekspert i kombination.

På UCN er jeg basisgruppeunderviser på modul 1,2 og 3. Sammen med bibliotekarerne underviser jeg i literatursøgning på modul 1, og endelig underviser jeg i sygdomslære. Desuden vejleder jeg i forbindelse med opgaveskrivning på modul 9 og 14 i basisuddannelsen og vejleder Sygeplejefaglig Diplomstuderende på deres afgangsprojekter.

Overordnet set skal jeg bidrage til at skabe sammenhæng mellem den teoretiske og kliniske uddannelse.

Dette gøres ved at bidrage til styrkelse af pædagogisk form og evidensbaseret indhold i den kliniske undervisning. Modsat skal jeg bidrage til kvalificering af teoretisk undervisning, således at centrale og aktuelle tendenser fra klinikken tilgår uddannelsesinstitutionen. Desuden skal jeg bidrage til udvikling og implementering af metoder til kvalitetssikring af studerendes uddannelsesforløb og bidrage til, at undervisningsmiljøet i klinik og uddannelsessted understøtter hinanden og endelig bidrage til at sikre gensidig information.

Kombinationsstillingen indeholder således en overordnet funktion i at styrke samarbejdet mellem klinik og uddannelsesinstitution, men denne funktion er elastisk formuleret, og her ligger min unikke opgave i at skabe kombination. Der har været stor glæde både i klinikken og på uddannelsesinstitutionen, når jeg har præsenteret mig som havende en kombinationsstilling. Men når jeg har spurgt til mine kollegers forventninger, har svarene været lige så elastiske som min funktionsbeskrivelse, og jeg har derfor selv måttet skabe min kombinationsstilling indenfor de givne rammer.

At anvende praksisbeskrivelser i undervisningen

Undervisningsemnerne på modul 1 er teorier om sygeplejerskens virksomhedsområde, teorier om viden, færdigheder og kompetencer samt sundheds- og autorisationsloven, men på modul 1 har de studerende endnu ikke et klart billede af, hvad de skal bruge denne teoretiske viden til i den direkte sygepleje. I tilknytning til basisgruppeundervisningen kan jeg ved hjælp af passende praksisbeskrivelser prøve at illustrere, hvilke situationer jeg har stået i, og hvor jeg har kunnet hente hjælp fra disse teorier. Dermed kan jeg på en autentisk måde tydeliggøre teoriernes anvendelse for de studerende.

I begyndelsen var jeg bange for at tage for meget af de studerendes tid, når jeg fortalte om oplevelser fra praksis. Men jeg har efterhånden ændret holdning således, at hvis jeg kan give de studerende mentale billeder, som meningsfuldt illustrerer en sygeplejerskes hverdag – så er det en god hjælp til de studerende. Praksisbeskrivelserne kan inspirere de studerende til spontane diskussioner, hvor det er min opgave at styre diskussionerne, så indhold og niveau er relevant. Min daglige gang i apopleksiafsnittet gør, at jeg til stadighed oplever eksempler, som jeg kan referere til i undervisningen, og der opstår en vis kombination af mine to stillinger på denne måde. Af og til kommenterer de studerende spontant, at det er godt med små praksisbeskrivelser, som viser teoriernes brugbarhed. Men jeg er til stadighed opmærksom på, at beskrivelserne ikke tager for

lang tid, og at de har indbygget pointer, konflikter eller spørgsmål til de studerende.

Praksisbeskrivelser er også en velegnet, når jeg har holdundervisning i sygdomslære. Indledningsvist siger jeg til de studerende, at de skal kunne det, der står på litteraturlisten, og at jeg fortæller det samme, men prøver at formulere det på en anden måde. I min undervisning i sygdomslære om apopleksia cerebri lægger jeg vægt på at beskrive kognitive skader, fordi de kognitive skader er svære at begribe og forestille sig, og hertil er autentiske praksisbeskrivelser meget anvendelige. Når jeg færdes i apopleksiafsnittet, er jeg således kontinuerligt opmærksom på velegnede patienteksempler, som på unik, typisk, gribende eller humoristisk vis kan illustrere kognitive skader for de studerende. På den måde bliver undervisningen aldrig den samme for mig som underviser, og jeg engageres selv i de fortællinger, som jeg har oplevet.

Aktuelle og relevante fortællinger fra praksis gør således min undervisning virkelighedsnær og engagerer mig som underviser, og min kombinationsstilling giver rig mulighed for at indsamle fortællingerne.

Autentiske problemformuleringer

I undervisning om litteratursøgning anvender jeg ikke fortællinger fra praksis, men derimod faglig specifik viden. Bibliotekarerne forestår undervisningen, og jeg deltager som en slags hjælpelærer. På modul 1 har jeg 10 minutters undervisningstid, hvor mit fokus er at illustrere, hvorfor og hvornår litteratursøgning gør en forskel i sygepleje. Min inspiration hertil er hentet direkte i apopleksiafsnittet.

I apopleksiafsnittet havde vi besluttet, at alle sygeplejersker skulle på besøg i medicinsk bibliotek for at genopfriske deres kompetencer indenfor litteratursøgning. Bibliotekaren i medicinsk bibliotek bad om konkrete emner, hun kunne anvende i denne undervisning, og hertil formulerede jeg fem spørgsmål. Disse spørgsmål bruger jeg uden redigering i min undervisning på modul 1 på UCN, og jeg fortæller de studerende, at der her er tale om helt autentiske og aktuelle problemstillinger inspireret af sygeplejerskernes hverdag.

Spørgsmålene lyder eksempelvis: Hvilken evidens er der for, at formulering af sygeplejemål for akutte apopleksipatienter forkorter patienternes indlæggelsestid? Eller hvordan udføres mundhygiejne, så oral candida albicans forebygges, når patienten har apopleksia cerebri, dysfagi og nasogastrisk sonde? Disse spørgsmål kan alle undervisere stille, men min pointe er, at jeg kun har formuleret spørgsmålene en gang, men har benyttet dem i begge mine ansættelser.

På baggrund af min kliniske praksis har jeg haft til opgave at fremstille posters til internationale konferencer. I min undervisning om litteratursøgning kan jeg således vise de studerende, at sygeplejersker har mulighed for at udveksle viden i internationalt regi, hvis det faglige niveau er acceptabelt og udviklingsbaseret. Pointen er her, at en kvalificeret litteratursøgning er uundværlig for at sikre posterens faglige niveau og nyhedsinteresse. Men jeg håber også at kunne vise de studerende, at akademiseringen af sygeplejen handler om kerneydelsen "sygepleje", men at der er mange måder at bevæge sig fagligt rundt om patienterne på. Således anvender jeg undervisningsmateriale fra apopleksiafsnittet i undervisning på UCN for at vise en autentisk kombination af praktisk sygepleje og teoretisk litteratursøgning.

Pædagogisk tilgang til plejepersonales udvikling

Men fordelene ved kombinationsstillingen går også den modsatte vej; at jeg kan bruge undervisningen fra skolen, når jeg arbejder i praksis. Undervisning om etiske retningslinjer, definition på dilemma, hvad siger sundhedsloven præcist om tavshedspligt og hvad er tanken bag dokumentation? - er eksempler på, at jeg i klinisk praksis hører om problemer, som jeg umiddelbart kan svare på, fordi jeg netop har undervist i disse emner. Eller jeg kan hurtigt finde kilderne, som kan hjælpe en sygeplejerske videre i en kompleks situation.

Når der dagligt afholdes sygeplejekonferencer i apopleksiafsnittet, ser jeg det som min opgave, at få sygeplejerskerne til at formulere, hvori den særlige og individuelle sygepleje består. Det er ikke altid kærkomment med udfordrende spørgsmål til plejen, men jeg prøver at have en pædagogisk tilgang, således at sygeplejerskerne uanset deres faglige niveau kan hæve deres niveau ved at få stillet spørgsmål og tænke fagligt og udviklende. Måden, jeg stiller spørgsmål på, er inspireret af de spørgsmål, jeg stiller de studerende. Altså at få dem til at tænke og reflektere. I apopleksiafsnittet kender jeg ikke selv svarene, men spørgsmålene kan jo være inspirerende for sygeplejerskerne alligevel.

I apopleksiafsnittet har jeg undervist det fastansatte personale i eksempelvis det arterielle kredsløb i hjernen og sygdomslære om apopleksi. Men at undervise i anatomi, fysiologi og sygdomslære i en specialafdeling kræver en helt anden forberedelse end at undervise i samme emne i 90 minutter på sygeplejerskeuddannelsen. Enkelte slides kan genanvendes, og når jeg har undervisningen fra specialafdelingen frisk in mente, har jeg et både bredt og dybt fundament at kunne besvare de

studerendes spørgsmål ud fra. Dermed har jeg en sikker fornemmelse af, at det er kendt stof, jeg skal undervise i. De pædagogiske overvejelser, jeg inspireres af på UCN, er således blevet en integreret del af min stilling, også når jeg befinder mig i apopleksiafsnittet.

Stringent planlægning giver god samvittighed

Det har været nødvendigt for mig at tillade mig at være ny i længere tid, end jeg tidligere har oplevet i forbindelse med arbejdsskift. Med to arbejdspladser er der meget at sætte sig ind i hele tiden, og der har været meget *akkomodation* for mig. I en periode brugte jeg mere end 37 timer pr. uge for at være velforberedt til undervisning og vejledning. Herved risikerede jeg at anvende mere end 50 % af tiden på uddannelsesopgaver, fik for lang en arbejdsuge og syntes i øvrigt ikke, at det store tidsforbrug var min stilling værd.

Som konsekvens heraf blev jeg meget stringent i min arbejdsplanlægning. Fra at tage mig den tid, jeg havde behov for til at forberede undervisning, overgik jeg til at være stringent med hensyn til kun at bruge den forberedelsestid, jeg formelt har til rådighed. På trods af denne ændring har jeg ikke fundet, at min undervisning har været mindre kompetent.

Det har været nødvendigt for mig at være godt bekendt med den ene af mine stillinger. Der ville have været for meget akkomodation, hvis jeg havde haft to ukendte stillinger at kombinere. Akkomodationen aftager naturligt i takt med, at undervisningsseancerne gentages, men jeg tror, man skal kunne rumme en bred og langvarig akkumulation i en kombinationsstilling.

Tiden som udfordring

En tidsrøver sniger sig ind i min stilling i form af mails, der skal sorteres og besvares. Ansatte i en normal fuldtidsstilling får et varierende antal mails, men med mine to arbejdspladser får jeg dobbelt så mange mails, men jeg har ikke dobbelt så meget tid til at sortere disse mails.

Fordeling af tid er eksempelvis problematisk, når studerende på modul 9 skriver opgaver over tre uger. Her har de studerende ret til vejledning fem gange, og de skal helst aflevere materiale dagen før vejledning, hvis jeg skal nå at forberede mig. Desuden er de studerende nødt til selv at have tid til at arbejde videre mellem vejledningerne. Men når jeg kun befinder mig på UCN halvdelen af tiden og har to vejledningsgrupper, kan det være svært at koordinere vejledningstiderne, så de studerende får vejledning på rette tidspunkt. Mine kolleger fortæller, at de heller ikke altid kan få indpas-

set vejledning på de ønskede tidspunkter, men med kun 51 % ansættelse er det sværere. Nogle studerende har været fleksible og er kommet til vejledning i apopleksiafsnittet, og andre har taget imod tilbuddet om elektronisk vejledning.

Tiden kan også være en udfordring i de tilfælde, hvor studerende afleverer et skriftligt produkt, som er udgangspunkt for senere eksamination. Her er det vigtigt, at min forberedelse kun ligger få dage før prøven. Ellers risikerer jeg at glemme den skriftlige opgave, og hvad jeg skal eksaminere i. Dette er årsag til, at jeg ikke nødvendigvis er 2-3 dage på hver arbejdsplads hver uge, men over en længere periode er fordelingen 49 % / 51 %. Hvis en studerende dumper, må jeg tilpasse min arbejdsplan med måske to dages bytte fra sygehus til uddannelsesinstitution og senere bytte disse dage tilbage.

Det er min ambition at planlægge således, at når jeg har meget undervisning på UCN den ene uge, har jeg tilsvarende flere timer i apopleksiafsnittet den følgende uge. Fra starten aftalte vi, at jeg kun skal opholde mig på en arbejdsplads pr. dag, bl.a. fordi der er ca. 6 km. mellem hver arbejdsplads, og der har kun været få dage, hvor jeg ikke har kunnet overholde den aftale.

I de perioder, hvor der er travlt på UCN, eksempelvis når der afvikles mundtlige prøver på modul 3, kan min tilstedeværelse på UCN være nødvendig i mere end 8 timer dagligt. Men når prøverne er overstået, og der ikke mere er spidsbelastning på UCN, befinder jeg mig i afdelingen og kan føle en vis stress for at indhente det, der måtte have hobet sig op i den uge, jeg har været på UCN. Med arbejdstilrettelæggelse efter, hvor behovet er, er der risiko for, at jeg kun oplever spidsbelastningerne og ikke oplever de mere stille perioder, som giver overskud til spidsbelastningerne. Denne mekanisme har givet mig en fornemmelse af altid at være på kanten til at være bagud. Det har således vist sig nødvendigt for mig – efter aftale med min leder - at planlægge med "huller" i arbejdsplanen efter prøveperioderne, således at jeg kan have en 37 timers arbejdsuge. Tiden som udfordring skal forstås således, at jeg jo har tid nok, men at særlig stringens og fremsynethed i arbejdstilrettelæggelsen af arbejdstiden er nødvendig i denne stilling.

At være ekspert i kombination

Det har været nødvendigt at fralægge mig min ekspertsygeplejerske-rolle. Ekspertunderviser kan jeg heller ikke forvente at være på halv tid. Min erfaring er derfor, at jeg som tidligere ekspertsygeplejerske skal forvente at blive ekspert i kombination. Af og til føler jeg mig som en fremmed fugl på begge mine arbejd-

spladser, fordi jeg taler modpartens sag i forsøg på at styrke samarbejdet mellem sygehus og uddannelsesinstitution. Når det er tilfældet er jeg særlig bevidst om, at jeg ikke blot udfylder to halvtidsjobs, men at styrkelse af samarbejdet mellem praksis og uddannelsesinstitution er selve formålet med min stilling.

I praksis er min rolle som ad hoc vejleder for de Kliniske vejledere styrket, fordi jeg med min daglige gang på UCN kender til baggrunden for, at rammer og arbejds gange ændres, eller hvilke forventninger der er til de Kliniske vejledere og afdelingerne i det hele taget. Med min indsigt i, hvordan UCN fungerer, kan jeg nu lettere gennemskue, hvordan studerende skal vejledes for at give dem noget andet end det, de allerede har gennemgået på UCN. Umiddelbart ved jeg mere end tidligere om, hvilke emner de studerende har gennemgået på hvilket niveau, hvad vi kan forlange af de studerende. Forholdet mellem studerende og undervisere på UCN kender jeg også bedre og ved mere om, hvornår vi skal henvise til studievejleder. Komplexiteten i at få fordelt studiepladser kan jeg bedre forklare de kliniske vejledere, fordi jeg ved mere om, hvor mange forskellige måder de studerende kan sammensætte deres studie på.

Med ønsket om at kombinere arbejdet i apopleksiafsnittet og UCN har jeg opstartet et udviklingsprojekt i apopleksiafsnittet, som de studerende inviteres med til at udarbejde. Projektet handler om sygeplejerskers koordinering af plejeforløb, og metoden er deltagende observation og interviews. Et andet projekt, som jeg inviterer de studerende med til at udarbejde, er en undersøgelse af urinvejsinfektioner blandt akutte apopleksi patienter. Det er mit håb, at studerendes bacheloropgaver kan udgøre dele af disse projekter.

Med mine igangværende skriftlige og pædagogiske opgaver skal jeg hele tiden være bevidst om, hvilken kontekst jeg befinder mig i og kunne skifte mellem og kombinere disse kontekster. I kombinationsstillingen oplever jeg et indbygget farvel til ekspertsygeplejerskerollen og et forsøg på at blive ekspert i at kombinere viden og erfaring fra henholdsvis apopleksiafsnit og UCN i stedet for.

Ledelsens tillid og opbakning

At have en kombinationsstilling mellem en sygehusafdeling og en uddannelsesinstitution giver to måder at arbejde på.

På apopleksiafsnittet møder jeg 7-15, og når så meget jeg kan i løbet af min arbejdsdag. På UCN skal jeg levere arbejdet til aftalt tid, men der er ingen, som holder øje

med, hvor lang tid jeg bruger på det, eller hvor det foregår. Hertil kræves min kontinuerlige bevågenhed på, at jeg er ansat ca. 50 % hvert sted, og jeg derfor også må bidrage med 50 % arbejdstid til hvert sted. Men der kræves desuden ledernes accept af min autonomi i dels tilrettelæggelse af min arbejdsplan og dels prioritering af mødeaktiviteter, arrangementer og opgaver begge steder.

Planlægning af mine arbejdsopgaver foregår således, at jeg først får semesterplanen for undervisning på UCN. Derudfra planlægger jeg, hvornår jeg kan være i apopleksiafsnittet, og justerer arbejdsplanen, når det er nødvendigt. Problemet kan være, at arrangementerne i apopleksiafsnittet ikke altid er planlagt et halvt år frem, og derfor planlægges ud fra mit undervisningsskema. Selv opfatter jeg ikke arrangementerne i apopleksiafsnittet underordnet undervisningen på UCN, men udefra set kan det virke som om, jeg har tendens til at prioritere undervisning på UCN. Derfor må jeg være bevidst om at signalere, at jeg prioriterer mine to arbejdspladser lige højt.

Således ser mine erfaringer og oplevelser ud fra min position efter ca. 1½ år i kombinationsstilling. En kombinationsstilling kan anbefales dem, som har lysten til en omskiftelig hverdag, lysten til autonomt at udfylde sit arbejde og som har lyst til at være ekspert i at kombinere.



FSUS afholder temadag for kliniske vejledere

Torsdag d. 31. januar 2013 · Klokken 9.30 – 16.00

Temadagen afholdes på Hotel Nyborg Strand, Østerøvej 2,
5800 Nyborg <http://www.nyborgstrand.dk>

Formålet med temadagen er at inspirere kliniske vejledere til fortsat at udvikle og håndtere egen vejlederpraksis. Temadagen er planlagt med udgangspunkt i nogle af de ønsker, der fremkom på sidste års temadag.

Målgruppen er kliniske vejledere i professionsuddannelse, samt sygeplejersker og uddannelsesansvarlige fra klinisk praksis. Temadagen er også åben for kliniske vejledere fra fysioterapeut-, ergoterapeut-, radiograf- og jordemoderuddannelsen.

Tilmelding på sker på: www.fsus.dk senest d. 13. januar 2013

Pris for medlemmer af FSUS:kr. 975
Pris for ikke-medlemmer af FSUS:kr. 1.100

Har du spørgsmål vedrørende programmet, er du velkommen til at kontakte:

Grete Wedege: Telefon: 7269 0442, mail: grw@ucn.dk

Inger Lise Elnegaard: Telefon: 6541 2269
inger.lise.elnegaard@ouh.regionyddanmark.dk

Spørgsmål vedrørende tilmelding kontakt da:

Lene Iskov Thomsen: pallene@mail.dk tlf: 2624 7231

PROGRAM

Klokken 9.00 – 9.30: Kaffe/te og morgenbrød

Klokken 9.30 – 10.00: Velkomst og orientering om FSUS – netværksdannelse

Klokken 10.00 – 12.30: Modstand inkl. pause
Med afsæt i et kort oplæg om modstandsadfærd i undervisnings- og vejledningssituationer, vil vi tale om deltagernes egne oplevelser af modstand – såvel hos studerende som hos sig selv. Jeg vil kombinere teori med konkrete eksempler, hvor formålet er at vise, hvordan man kan møde andre mennesker uden at forstærke deres modstand eller lade det blive en barriere i samværet og læring.
v/ Ruth Mach-Zagal, mag art i pædagogik

Anbefalet læsning:

Mach-Zagal R og Høst Poulsen M (2011)

Modstand: psykologi og pædagogik for sundhedsprofessionelle, København: Munksgaard.

Klokken 12.30 – 13.15: Frokost

Klokken 13.15 – 15.45: Transfer – sammenhæng mellem uddannelse og anvendelse inkl. pause
Transfer betyder anvendelse af viden og kunnen lært i en sammenhæng til at kvalificere handling i en anden sammenhæng. Hvilke barrierer er der for dette? Hvilke betingelser er der, hvis det skal ske? Hvordan kan vi styrke sammenhængen mellem teori og praksis? Hvad ved vi om, hvordan vi kan forbedre transfer?
v/ Bjarne Wahlgren, Centerleder, professor,
Nationalt Center for Competenceudvikling, Aarhus Universitet

Anbefalet læsning:

Wahlgren og Aarkrog (2012). Transfer. Competence i en professionel sammenhæng, Aarhus Universitetsforlag. Især henvises der til kap. 5 og 6.

Klokken 15.45 – 16.00: Afslutning og tak for i dag



Den 11. og 12. marts 2013

DANSK-NORSK KONFERENCE

FSUS

Fagligt Selskab for
Undervisende Sygeplejersker



NSFS FAGGRUPPE FOR SYGEPLEIERE
MED INTERESSE FOR UNDERVISNING,
FAGUTVIKLING OG FORSKNING

TEMA KERNEVÆRDIER I NYE RAMMER

Har du tænkt på hvordan din undervisning og vejledning påvirkes og ændres som følge af forandringer i samfundet og i sundhedsvæsenet?

Konferencen afholdes på HC Andersen Hotel og conferencecenter i Odense

Claus Bergsgade, 7 5000 Odense – Danmark www.radissonblu.com/hotel-odense

Konferencen vil sætte fokus på de udfordringer, sygeplejefaget står overfor og på betydningen for uddannelse til fremtidens sundhedsvæsen.

Krav om rationalisering, effektivisering, standardisering, dokumentation m.m. efterlader sygeplejefaget i en situation med etiske, videnskabelige og praktiske problemstillinger. Væsentlige spørgsmål er: Hvordan fastholder vi sygeplejefagets selvstændighed? Står vi overfor et paradigmeskift?, Hvilke muligheder og begrænsninger kan der peges på i arbejdet med menneskelige livsprocesser? Kan der peges på vigtige forhold for uddannelse af sygeplejersker?

Konferencen tager afsæt i de ændringer, der sker i vores velfærdssamfund, og hvordan dette påvirker professionen, professionsudøvernes rolle og professionsuddannelserne. Dette følges op med oplæg, der sætter fokus på patientperspektivet og den indlagte patient. Herefter belyses forskellige vinkler på sygepleje, sygeplejefagets kerneværdier, brug af sygeplejeteori og på hvilket vidensgrundlag, de kan udfordre fremtidens sygeplejefaglighed.

Oplægsholderne vil løbende lægge op til diskussion af betydningen for uddannelse og for vores undervisning og vejledning.

Målgruppen er undervisere, kliniske vejledere og uddannelsesansvarlige i sygeplejerskeuddannelsen. Konferencen er åben for undervisere og vejledere fra andre sundhedsfaglige professionsuddannelser.

Vi har aftaler på plads med spændende oplægsholdere:

Det affektive arbejde – og nye udfordringer til de professionelle og professionsuddannelserne.
v/Katrin Hjort. Professor i Uddannelsesforskning, Institut for Kulturvidenskaber Syddansk Universitet.

Et patientcentreret hospitalsvæsen? Om tilblivelse af patientidentiteter og rammer for disse i det moderne hospital.
v/ Mari Holen. Cand. Cur., post doc. ph.d. Roskilde Universitets Center.

Uddanning til tidens udfordringer.

v/Inger Margrethe Holte, sykepleier,(RN), Ph.D Prosjektkoordinator, (Project coordinator), Avdeling for sykepleie og profesjonsutvikling. Norsk sykepleierforbund.

Sygeplejeteori version 2013 - Et videnssociologisk perspektiv på teorier i sygepleje
v/Bente Hoeck.Cand. cur., ph.d. Postdoc. Ekstern lector, HMS/KI, Syddansk Universitet

Vidensgrundlag i en professionsuddannelse - Hvem skaber viden, og hvad er muligt på professionshøjskolerne/University Colleges og på universiteterne i Danmark og med et blik på, hvordan den parallelle udvikling er i Norden.

v/Karin Anna Pedersen, mag.art. et ph.d., professor i sykepleievitenskap. Forskergruppen PRAXEOLOGI, Institutt for Samfunnsmedisinske fag, Universitet i Bergen.

Og så arbejder vi på at afslutte konferencen med et oplæg om Innovation og udvikling.

Kom og få ny viden og kom og drøft med kollegaer, hvad der får betydning for fremtidens sygeplejerskeuddannele.

Pris incl overnatning: 3.900.- kr. for medlemmer af FSUS, 4.400.- kr. for ikke medlemmer af FSUS

Tilmeldingsfrist 10.jan. 2013 på hjemmesiden www.fsus.dk

Mange hilsner
Bestyrelsen FSUS

Har du spørgsmål vedrørende programmet kan du kontakte:

Inger Just ingerjust@galnet.dk tlf: +45 21390541 eller
Birgith Sletting bisl@phmetropol.dk tlf: +45 26805755

Har du spørgsmål vedrørende tilmelding kan du kontakte:

Lene Iskov Thomsen: pallene@mail.dk tlf: +45 26247231

Boganmeldelse

Mindfulness-baseret misbrugsbehandling

En MBRP-vejledning



Sarah Bowen, Neha Chawla og G. Alan Marlatt.

"Mindfulness er det stærkest tænkelige enkeltredskab for mennesker, der søger komme fri af afhængighed"

Forfatterne har skrevet en fyldestgørende bog om mindfulness-baseret misbrugsbehandling (MBRP= Mindfulness-Based Relapse Prevention). Bogen er en vejledning for trænere. Forfatterne bygger programmet på anerkendt forskning og stor klinisk erfaring. De er alle tre forskere og tilknyttet Addictive Behaviors Research Center ved University of Washington.

Programmet, der beskrives i bogen, er et nyskabende behandlingsprogram, som forbinder kognitiv adfærdsterapi med mindfulness meditation og med udgangspunkt i mindfulness-baseret stressreduktion (MBSR).

Forordet af G. Alan Marlatt, professor i psykologi, og introduktionen i bogen, giver et godt informativt overblik over forløbet frem til udarbejdelsen af programmet, samt det psykologiske og teoretiske fundament programmet hviler på. Det beskriver de forudgående undersøgelser og afprøvninger, der leder frem til dette alternative/supplerende behandlingsprogram til misbrugspatienter.

Bogens DEL I beskriver MBRP-Mindfulness-baseret tilbagefaldsforebyggelse og omfatter form og struktur, den undersøgende dialog, krav til trænere og deres personlige praksis samt fremgangsmåden og opmærksomhedspunkter forud for og i behandlingsforløbet.

Hele indledningen medvirker til at skabe en fælles forståelse for formålet med bogen.

Bogen er evidensbaseret og yderst inspirerende. Den giver mod på at turde afprøve metoden, såfremt man besidder den rette profil (kompetencer) som behandler. Mindfulness-meditationspraksis anføres som en forudsætning for at kunne håndtere programmet, og for at forløbet kan lykkes. Det er blandt andet igennem denne meditationspraksis, at behandleren bliver trænet.

Bogens DEL II indledes med en grundig vejledning for MBRP-trænere og efterfølges af en fyldestgørende beskrivelse af 8-ugers-programmet.

Den giver et godt indtryk af progressionen i behandlingens forløb gennem praksiseksemplerne. Der præsenteres meget illustrative dialoger/samtaler mellem træner og deltagere, som virker vejledende og viser, hvordan principperne i træningen folder sig ud i praksis.

Bogen er velskrevet og afvekslende i sin form og dermed let at gå til.

Bogen er praksisnær og en meget instruktiv bog, der gør behandlingen/programmet levende, anvendeligt og dynamisk.

Materiale til brug i behandlingsprogrammets sessioner, øvelser, meditationer og skemaer til hjemmetræning er vedlagt som bilag til hver session.

Det er en bog, som falder godt i tråd med den opmærksomhed, der er i tiden for betydningen af mindfulness-baseret levevis, stresshåndtering og behandling af eksempelvis funktionelle lidelser.

En bog der præsenterer et godt supplement til den mere traditionelle misbrugsbehandling i Danmark.

Mindfulness-baseret misbrugsbehandlingsprogrammet henvender sig til behandlere, der søger et alternativ til deres klienter og som også har et forudgående kendskab til misbrugsbehandling og mindfulness-praksis.

Bogen retter sig således blandt andre til behandlere i sundhedsvæsenet og kan med fordel bruges ind i et efteruddannelsesforløb for behandlere eller undervisere indenfor alkohol- og misbrugsforebyggelse.

Jeg mener, at bogen er et betydningsfuldt bidrag til behandlingsviften indenfor misbrugsbehandling og præsenterer en alternativ måde at tænke behandling på, som kan være nyttig viden ind i et fremtidigt sundhedsfagligt virke.

Tara Brach, Ph.D og forfatter

Bog anmeldelse

Patientperspektivet - En kilde til viden



Bente Martinsen, Annelise Norlyk, Pia Dreyer (red)
Munksgaard 2012. 248 sider. ISBN 9788762811409

Med udgivelsen af "Patientperspektivet en kilde til viden", er endnu en metodebog blevet føjet til rækken af metodebøger, der har dels en teoretisk og dels en mere klinisk vinkel i spil.

Ud fra bogens indledende kapitel er formålet, med udgangspunkt i bekendtgørelsen af 2008 for den sundhedsfaglige professionsuddannelse til sygeplejerske, at gøre det muligt at tilegne sig færdigheder, der kan hjælpe med at anlægge et patientperspektiv i analysen af professionsfaglige problematikker.

Bogens første del beskriver metodologiske og erkendelsesteoretiske perspektiver, og heri er udsagnskraften og abstraktionsniveauet relativt højt, hvorved bogen kræver lidt forhåndskendskab og fordybelse i videnskabsteori og forskningsmetodologi. Derved vil bogen indenfor grunduddannelsen være bedst egnet til modul 9

I bogens anden del vises, hvordan man kan indfange patientens perspektiv, og hvordan indsigt i dette område kan bidrage med værdifuld viden inden for klinisk sygepleje og i videnskabelige undersøgelser. Denne del af bogen vil muligvis være egnet i flere af grunduddannelsens moduler. Netop patientperspektivet er en af bogens styrker, hvor forfatterne præsenterer deres kliniske forskningsprojekter. Kapitlerne vægter i varierende grad det metodemæssige aspekt, som godt kunne have fremstået mere ensartet igennem kapitlerne. Ved en større fokus på systematikken ville bogens aktualitet ift. grunduddannelser indenfor sundhedsvæsenet have været højnet.

Alle kapitlerne i bogen indeholder nøglebegreber og definitioner samt studiespørgsmål, der kan føre læseren videre i en fordybelse og en repetition af det videnskabsteoretiske og forskningsmetodologiske.

I bogens anden del har forfatterne udarbejdet cases til inspiration til videre øvelse, hvilket ses som en glimrende måde at arbejde i dybden med stoffet.

Da der imidlertid findes en række gode metodebøger ift. grunduddannelsesniveau, vil denne bog formentlig kunne bidrage med enkelte udvalgte kapitler på de aktuelle læseplaner, der forefindes lokalt. Derimod vil bogen formentlig være ganske brugbar på master- og evt. kandidatniveau som supplement til de metodebøger, der forefindes indenfor disse uddannelser.

Pia Koustrup. Lektor, den professionsfaglige uddannelse til sygeplejerske ved VIA UC Aarhus

Bog anmeldelse

Psykologi i sundhedsfag

En grundbog



Mette Schilling
Munksgaard Danmark, 2012

Her kom en tilgang til psykologien, der netop er til at gå till!

Bogen giver hen over 318 sider og 10 kapitler en tematisk og bred fremstilling af de teorier og fænomener indenfor det psykologiske felt, som skønnes at være relevante for de studerende i de sundhedsfaglige mellemlange videregående uddannelser, baseret på aktuelle teorier og aktuel forskning.

Forfatteren har selv en sundhedsprofessionel baggrund som hhv. sygeplejerske og cand.psych., ligesom hun også har undervist indenfor sygeplejerskeuddannelsen. Tidligere har hun udgivet *Menneskets psykologi*, og det er en videreudvikling af denne, der ligger til grund for den aktuelle udgivelse.

Psykologi i sundhedsfag. En grundbog indleder med en introduktion til psykologi – og psykologiens mangfoldighed. Herefter følger to kapitler der giver en fremstilling af de nyeste fund indenfor den mere neurologiske tilgang til psykologien. Næste kapitel præsenterer de mangfoldige teoretiske perspektiver på personlighed. Kapitellet giver læseren et nuanceret billede af de enkelte teories vægtning og viser ligeledes indbyrdes kritikpunkter. Dernæst er der fokus på udvikling, hvor særligt Sterns teori om barnets selvudvikling sættes i spil. Så følger en meget relevant fremstilling af tilknytning, relationer og mentalisering. Kapitlerne herefter omhandler læring og motivation, samt sociale processer. De sidste to kapitler afspejler i særlig grad den sundhedsfaglige vægtning ved at omhandle hhv. sundhed, stress og coping, samt tab, sorg og krise.

Hvert kapitel indledes med en oversigt, der organiserer det materiale, der introduceres i kapitlet og afrundes med kvalificerede "forslag til videre læsning", der tager afsæt i de kilder, som ligger til grund for kapitlet samt uddybning af disse. Foruden at være en strukturerende hjælp for læseren, er det også muligheden for at stimulere læseren til fordybelse. Dermed kompenserer bogen selv for den dybde, der naturligt ikke kan blive plads til i en indføring som denne.

Sproget er letlæseligt uden at gå på kompromis med de psykologiske begreber og fænomener. De begreber og fænomener, der kan fremstå abstrakte og distancerende, får ikke lov at stå alene. Forfatteren understøtter disse med forklaringer fra hverdagslivet og genkendelige eksempler fra den sundhedsprofessionelle praksis. Det er et velfungerende virkemiddel, der må ses som en kvalitet for den læser, der ikke er fortrolig i det psykologiske felt. Men det er også et nødvendigt virkemiddel i en bog, der ikke drukner læseoplevelsen i illustrationer. På sin vis er det forfriskende ikke at se endnu et "æg", der skal synliggøre lagene og dynamikken i Freuds personlighedsteori. Modsat kan det netop være modeller og illustrationer, der understøtter læserens forståelse af såvel komplekse videnskabelige forsøg som teorier. I det perspektiv bliver den visuelt orienterede læser hjulpet i mindre grad.

Samlet set formår bogen at fremstille aktuelle og til tider abstrakte teorier og fænomener indenfor psykologien på en letlæselig og velskrevet måde og kan som sådan anbefales indenfor sundhedsuddannelserne.

Hanne Duedahl Nørgaard, lektor, stud.pæd.pæd.psych. VIA UC, Sygeplejerskeuddannelsen i Holstebro.



Redaktionen

Ansvarshavende redaktør, lektor, studiekordinator

Anne Mette Olesen

VIA University College, Sygeplejerskeuddannelse i Holstebro, Gl. Struervej 1,
7500 Holstebro - Tlf: 87 55 22 58

e-mail: amol@viauc.dk

Privat: Hirsevænget 9, 7490 Aulum - Tlf: 97 47 32 76

e-mail: amolesen@email.dk

Diana Schack Thoft, lektor

Professionshøjskolen University College Nordjylland, Selma Lagerlöfts Vej 2,
9220 Ålborg Øst

Tlf.: 96 33 15 81

e-mail: dst@ucn.dk

Privat: Kærløbervej 16, 9270 Klarup - Tlf. 98 15 95 66

Pia Koustrup, lektor

VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Århus,
Hedeager 1, 8200 Århus N,- Tlf.: 87 42 27 27

e-mail: pkou@viauc.dk

Privat: Aabenraavej 38, 8600 Silkeborg - Tlf.: 86 80 19 60

Bodil Winther, lektor

Udviklingssygeplejerske Onkologisk afdeling,

Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt Kabbeltoft 25, 7100 Vejle

Tlf. 79 40 68 15

email: bodil.winther@slb.regionsyddanmark.dk

Privat: Krogsmindevej 7, 7100 Vejle - Tlf.: 75 85 30 14

e-mail: bodilwinther@grejsdalen.dk

Karen Steenvinkel Pedersen, lektor, ph.d-studerende

University College Lillebælt

Sygeplejerskeuddannelsen i Odense

Blangstedgårdsvej 4, 5220 Odense SØ - Tlf. 63 18 32 69

e-mail: ksep@ud.dk

Privat: Lahngade 85, 5000 Odense C - Tlf. 66 13 80 03

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

Bogammeldelser samt bøger modtaget i redaktionen se: www.fsus.dk

Bestyrelsesmedlemmer i F.S.U.S. se: www.fsus.dk