



UDDANNELSESNYT



FSUS



side **4** Klinisk sygepleje-
fagligt lederskab



side **15** Følgeskab i klinisk under-
visning – at være, gøre
og fungere sammen



side **27** Årets kliniksted



- 3 **Leder**
Af Lisbeth Vinberg Engel
- 4 **Klinisk sygeplejefagligt lederskab**
Af Marianne Eilsø Munksgaard
- 9 **Tværfaglig klinisk undervisning for medicin- og sygeplejestuderende skaber indblik i eget og hinandens fag**
Af Marie Lommer Bagger og Marianne Vámosi
- 15 **Følgeskab i klinisk undervisning - at være, gøre og fungere sammen**
Af Irene Sommer m. fl.
- 21 **ReBUS: Praksisnær forskning i et innovativt samarbejde mellem UCD og Frederiksberg hjemmesygepleje med aktiv deltagelse af sygeplejestuderende**
Af Britta Hørdam m. fl.
- 27 **Årets Kliniksted 2016**
Af Line Cecilie Thusholt Jakobsen
- 29 **Nyt fra bestyrelsen**
- 30 **Bog anmeldelser:**
Familiesygepleje. Birte Østergaard og Hanne Konradsen
Anmeldt af Jytte Thomsen
- Opgaver til Anatomi og fysiologi – i serien Hånden på hjertet. Oluf Falkenberg Nielsen og Mette Juel Bojsen-Møller.**
Anmeldt af Trine Nordlund Nielsen og Marlene Holmberg
- Den gode patientsamtale. Jette Ammentorp, Bente Bassett, Juliane Dinesen, Marianne Engelbrecht Lau.**
Anmeldt af Helle Damgaard Nielsen
- Rehabilitering- en grundbog. Thomas Maribo og Claus Vinther Nielsen, red.**
Anmeldt af Heidi Papp Neumann
- Tag på udveksling - internationalisering i professionsbacheloruddannelserne. Lisbeth Vinberg Engel og Steen Hundborg, red.**
Anmeldt af Stine Vibholm Persson
- 39 **Konference - sidste chance for tilmelding!**

Leder

Af: **Lisbeth Vinberg Engel** · lisbeth.vinberg.engel@gmail.com



2017 er skudt i gang, og mange nye studerende er startet på sygeplejestudiet under den nye uddannelsesordning. På skoler og i klinisk praksis arbejdes der hårdt med at leve op til de nye begreber og krav. Det gælder blandt andet begrebet klinisk lederskab, som Lektor ved UCSJ Marianne Munksgaard skriver om i dette nummer af Uddannelsesnyt.

I artiklen "At lære om sig selv og hinanden, sammen - Tværfaglig klinisk undervisning for medicin- og sygeplejestuderende skaber indblik i eget og hinandens fag" skriver Marie Bagger, klinisk underviser på Rigshospitalet og lektor Marianne Vámosi fra Aarhus Universitet om et udviklingsprojekt med fokus på tværfaglig undervisning.

Irene Sommer skriver sammen med flere andre fra Århus Universitetshospital om et andet udviklingsprojekt, hvor de havde fokus på begrebet følgeskab, en læringsmetode i forhold til oplæring af sygeplejersker. Læringsformen er overførbart til også at gælde sygeplejestuderende.

Der er tale om to meget flotte systematisk gennemførte undersøgelser, så glæd dig til at læse artiklerne.

Den sidste artikel er 2. del af artiklerien om forskningsprojektet ReBUS. I projektet er der fokus på at involvere sygeplejestuderende i forskning. Diakonissestiftelsens sygeplejeskole og Frederiksberg kommune samarbejder om forskningsprojektet, hvor man undersøger forskellige badetyper til borgere i kommunen. Læs om den videre udvikling i dette praksisnære forskningsprojekt.

SLS har valgt årets kliniksted nomineret af sygeplejestuderende landet over. Se hvem priserne gik til.

Endvidere kan du læse boganmeldelser af 5 nye bøger til brug i sygeplejerskeuddannelsen.

Senere i år vil vi gerne bringe artikler med fokus på erfaringer fra den nye uddannelses 1. og 2. semester. Hvis du har lyst til at forfatte sådan en artikel, må du meget gerne sende dine overvejelser til os på redaktionen.

God fornøjelse med blad nr. 1 2017!

Lisbeth Vinberg Engel
Ansvarshavende redaktør

Klinisk sygepleje- fagligt lederskab



**Af Marianne Eilsø Munksgaard; cand. pæd. i generel pædagogik,
lektor ved sygeplejerskeuddannelsen, UCSJ**

Indledning

I formålet med sygeplejerskeuddannelsen anno 2016 er det fremhævet, at den uddannede sygeplejerske selvstændigt skal "varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen i samspil med patient, borger og pårørende om sygepleje samt indgå i tværprofessionelt og tværsektorielt samspil på individ-, gruppe- og samfunds niveau såvel nationalt som internationalt" (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2016).

I formålet med sygeplejerskeuddannelsen anno 2016 er det fremhævet, at den uddannede sygeplejerske selvstændigt skal "varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen i samspil med patient, borger og pårørende om sygepleje samt indgå i tværprofessionelt og tværsektorielt samspil på individ-, gruppe- og samfunds niveau såvel nationalt som internationalt" (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2016).

Begrebet klinisk lederskab bliver dog ikke defineret i bekendtgørelsen, hvilket har givet anledning til et behov for præcisering og afklaring af begrebet i både den teoretiske og kliniske del af uddannelsen (se fx. Haase et al. 2016; Region syddanmark & OUH 2016). Bekendtgørelsen giver dog, omend ufuldstændigt, så et lille praj om i hvilken retning, der skal kigges. I målene for læringsudbyttet kan der læses, at klinisk lederskab er noget, der skal ske i samspil med patient, borger og pårørende. Det er noget, som er baseret på viden og erfaring ekstraheret fra såvel forsknings-, udviklings- som praksisbaseret viden. Det sker i samarbejde med både mono- og tværfaglige samarbejdspartnere på tværs af sektorer. Sidst, men ikke mindst, nævnes klinisk leder-

skab i sammenhæng med at sikre udvikling af kvalitet, der understøtter patient- og borgeroplevet sammenhænge (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2016). Klinisk lederskab optræder således i sammenhænge, som minder om det ledelsesbegreb, der kendes fra tidligere uddannelsesbekendtgørelser i sygeplejerskeuddannelsen. *Ledelse i klinisk praksis* bliver da heller ikke pludseligt noget helt andet fra den ene dag til den anden, blot fordi det kaldes noget andet. Her skal dog alligevel argumenteres for, at bevægelsen fra ledelse til lederskab foruden en vægtning af andre indholdselementer også indvarsler nye perspektiver og forståelser af allerede kendte indholdselementer, således at begrebet lederskab indeholder andet og mere end ledelsesbegrebet. Bevægelsen fra ledelse til lederskab kan på denne måde forstås som en forandring i den måde, man tænker ledelse på; et paradigmeskift om man vil, som også er på vej ind i sundhedsvæsenet.

Hvad taler vi egentlig om?

Selvom klinisk lederskab på mange måder minder om *ledelse i klinisk praksis*, har der alligevel vist sig et behov for en præcisering og afklaring af begrebet i både den teoretiske og kliniske del af uddannelsen (se fx. Haase et al. 2016; Region syddanmark & OUH 2016). Det er særligt ordet lederskab, som fremtvinger dette behov. For hvori adskiller lederskab sig fra ledelse? For at komme en præcisering nærmere kan der kigges på ordets etymologi. Når der tales om 'at lede', er der tale om et begreb, som stammer fra det fællesgermanske, hvor det etymologisk kan relateres til at finde retning, men også til det at skabe bevægelse i en vis retning. Noget tyder på 'at lede' også er beslægtet med en 'søgen efter'. Når der tales om

lederskab, står vi på dansk med endelsen *-skab*, som på engelske er *-ship*. Endelsen *-skab* stammer dog fra det oldnordiske hvor det betyder 'skabning', 'skæbne', og 'beskaffenhed', beslægtet med verbet 'at skabe' (Den Danske Ordbog 2016a). På dansk bruges endelsen *-skab* til at danne substantiver af adjektiver, hvilket har mange forskellige formål, bl.a. bruges det til at betegne det at stå i et bestemt forhold til andre mennesker, fx slægtskab og fjendskab. Det kan også betegne en bestemt funktion eller rolle, *ejerskab* og *værtskab*. Herudover betegnes en bestemt social rang, gruppe eller status, fx *borgerskab* og *præsteskab* eller det betegner udøvelse af en bestemt profession, også om de dertil hørende aktiviteter fx *købmandskab*, *videnskab* (Ibid.). Det kan nu diskuteres, hvor lederskab kan placeres – betegner lederskab det at stå i et bestemt forhold til andre mennesker, en funktion, en rolle, en rang eller udøvelse af en bestemt profession? Dette vil der kunne findes mange forskellige bud på blandt teoretiske perspektiver. Vi kan nu sige 'at lede' handler om at sætte noget i bevægelse i en bestemt retning, og med endelsen *-skab* kan vi tilføje, at det handler om denne ledelses beskaffenhed, altså alle de egenskaber og forhold, der tilsammen giver noget dets særpræg og bestemmer dets kvalitet (Den Danske Ordbog 2016b). Dette stemmer meget godt overens med den danske ledelsesteoretiker Steen Hildebrandt, der taler om, at lederskab handler om helheden, om værdier, visioner, evnen til at inspirere andre, evnen til at lytte til helheden og fremtiden. Lederskab handler om evnen til at arbejde med spørgsmålene: Hvor kommer vi fra, hvem er vi, og hvor vil vi gerne hen (Hildebrandt 2015). Men når det så er sagt, må det også konstateres, at der findes mangfoldige teorier og perspektiver på lederskab, som hver især har deres bud på, hvad lederskab er, og hvordan det udøves. Som eksempel kan nævnes: Det Nye Lederskab (Kirkeby 2004); Det Personlige Lederskab (Schützsack 2014); Limbisk lederskab (Grew, Chris & Jensen 2015).

Det samme kan siges at gøre sig gældende for klinisk lederskab, blot er klinisk lederskab i dansk sammenhæng noget nyt (Haase et al. 2016; Kirkevold 2012; Munksgaard 2014) modsat i engelsksproget litteratur, hvor begrebet i de seneste 10-15 år har været flittigt beskrevet og debatteret i håbet om at komme en afklaring nærmere. Der er dog i litteraturen bred enighed om, at klinisk lederskab foruden at henføre til en patient/borgernær ledelse er mangelfuldt defineret, og særligt mangler der empirisk og dermed kontekstuel forskning i begrebet (Chávez & Yoder 2014; Cook 2001; Stanley 2006; Hyrkäs & Dende 2008; Mannix et al. 2013; Davidson et al. 2006; Pepin et al. 2011; Cook & Leathard 2004).

Selvom litteraturen ikke ligefrem giver markant forskel-

lige bud på, hvad klinisk lederskab er, er der alligevel teoretiske og praktiske forskelle og nuancer. For at få en forståelse for hvilke indholdselementer begrebet kan indeholde, kan der ses på, hvilke tendenser som aktuelt gør sig gældende. Der spørges således her til, HVORFOR der tales om klinisk lederskab nu og på den måde? Dette i håbet om at komme et Hvad og et HVORDAN nærmere. Det er et filosofisk undersøgende og spørgende HVORFOR, som skal hjælpe os med at afdække idéen eller baggrunden til begrebets opdukken netop nu. Ved at spørge HVORFOR giver vi også os selv mulighed for at forholde os kritisk til begrebet samt forholde os intentionelt til dets indholdsmæssige bestemmelser.

HVORFOR taler vi om klinisk lederskab?

I rapporten *Uddannelsesfremsyn på sundhedsområdet* (Newinsight 2014), som undersøger, hvad det er for kvalifikationer og kompetencer, det forventes, at sundhedsprofessioneller, særligt professionsbachelor-niveauet er i besiddelse af i fremtidens sundhedsvæsen, kan vi få en idé om, hvorfor begrebet klinisk lederskab aktualiseres i danske sammenhænge. I 2025, som er fremsynets horisont, ses et sundhedsvæsen præget af opbrud. Det fremhæves, at aktiviteter i sundhedsvæsenet vil tage udgangspunkt i den enkelte patients behov, hvilket betyder, at fokus hele tiden er på at bringe de bedste kompetencer i spil i forhold til netop den enkelte patients behov uafhængigt af faggrupper og organisering (Newinsight 2014). En sådan vision kan kun indfries, skrives det i rapporten, hvis sundhedsprofessionelle er parate til at optimere de kompetencer, der skal i spil for at give patienten det bedst mulige forløb (Newinsight 2014), men også er parate til at gå på kompromis med fagmonopoler og i højere grad kollaborerer med andre sundhedsprofessionelle. Når det forventes, at sundhedsprofessionelle hele tiden skal optimere deres kompetencer og samarbejde tværprofessionelt, kræver det foruden forandringsparathed også en række andre evner, bl.a. innovation, kreativitet, nytænkning, selvrefleksion, selvledelse og evnen til at lære at lære. I et sundhedsvæsen og i et samfund, som hele tiden undergår forandring, synes svaret at være lederskab som en evne til at kunne møde fremtiden og forstå den praksis, man er en del af på nye måder (Hildebrandt 2011). Fremsynet nævner interessant nok ikke eksplicit klinisk lederskab men fremhæver i stedet et begreb hentet fra uddannelsesverdenen - *professionel kapital*. De to begreber kan ikke umiddelbart sammenstilles, men professionel kapital kan bruges som løftestang til at forstå de betydningsdannelser, der opstår, når klinisk lederskab ses som et svar på en samfundsmæssig udvikling, som kræver nye og andre kompetencer end de hidtidige.

Professionel kapital er udviklet af de to uddannelsesfor-

skere Andy Hargreaves og Michael Fullan (2012). Professionel kapital er en egenskab for hele arbejdspladsen. Begrebet sætter kerneopgaven og den daglige drift i fokus. Professionel kapital består af tre ligestillede kapitalformer: Social kapital, human kapital og beslutningskapital. Social kapital består af tre bestanddele: Tillid, samarbejdsevne og retfærdighed. Human kapital dækker personlig viden, færdigheder og kompetencer. Beslutningskapital er et begreb, der dækker medarbejdernes evne til at træffe fagligt begrundede professionelle valg i komplicerede situationer (Hargreaves & Fullan 2012).

En række undersøgelser inden for uddannelsesinstitutioner viser, at hvis en arbejdsplads har en høj professionel kapital, vil der typisk være en høj kvalitet i undervisningen, lavere frafald blandt eleverne/kursisterne, højere brugertilfredshed, lavt sygefravær blandt personalet og lavere personaleomsætning (Hargreaves & Fullan 2012). I Uddannelsesfremsynet fremhæves professionel kapital som et element, der vil efterspørges i fremtidens sundhedsvæsen, fordi det netop øger effektivitet og social innovation (Newinsight 2014). Professionel kapital synes at have en række effekter, som allerede i dag efterspørges i det danske sundhedsvæsen – patientens/borgerens behov i centrum, patient- og borgeroplevet kvalitet, et arbejdsmiljø præget af samarbejde, og tillid. Kort sagt efterspørges det, som er blevet kaldet for 21st Century Learning Skills, som er kritisk tænkning og problemløsning, effektiv kommunikation, kollaboration samt kreativitet og innovation (Kivunja 2015).

En verden beriget med uklarhed

Hastige forandringer i bl.a. viden, teknologi, politik og økonomi gør, at klinisk lederskab efterspørges i sundhedsvæsenet - forandringer som med jævne mellemrum allerede nu har implikationer for sundhedsprofessionelles daglige praksis. En praksis, der i sig selv er underlagt høj kompleksitet, høj omskiftelighed, situationsbestemthed og værdikonflikter mellem faggrupper. Sundhedsvæsenet er på både godt og ondt en verden beriget med uklarhed. Dette fordrer allerede nu, at sundhedsprofessionelle udvikler nye færdigheder og kan se nye løsninger på uventede problemer (problemløsning, kreativitet og innovation). Dette forventes ikke at blive mindre i fremtiden som følge af, at både vidensøkonomien og teknologien synes at skabe lige så mange problemer, som de løser. Kritisk tænkning, problemløsning, effektiv kommunikation, kollaboration samt kreativitet og innovation synes således at skubbe på den ellers så markante managementtankegang i sund-

hedsvæsenet – hvor standardisering, kontrol, styring er de dominerende værdier. I stedet synes værdier som kollektiv intelligens at vinde frem i et videnssamfund, hvor det at sætte viden i spil, dele viden og håndtere viden er et fælles mål – som netop kan sammenfattes i ordet kollaboration. Alle disse forandringer synes at skabe et behov for

- Nye måder at samarbejde på.
- Nye måder at arbejde og lære på.
- Nye måder at skabe værdi og producere på.
- Nye måder at (selv)lede og kommunikere på.

Det at den enkelte eller faggrupper bidrager med viden og erfaringer ind i et samlet patientforløb, er allerede nu værdsatte kompetencer i sundhedsvæsenet, men vi står stadig i et limbo mellem gamle og nye tænkemåder og traditioner, som står og skubber til hinanden uden rigtig at ville give plads for hinanden (Raffnsøe-Møller 2011). Lidt karikeret står vi på den ene side med et systemkrav om effektivisering, standardisering, overholdelse af pakkeforløb, forløbstider, ventelister og vagtplaner/overenskomster. På den anden side er der nye krav om en reflekterende, personificeret behovs- og værdiorienteret praksis, hvor vi kollaborativt skal finde nye løsninger gennem innovativ og kreativ tænkning. Hvordan kan dette vilkår forvaltes?

Klinisk lederskab fordrer selvledelse

På sin vis handler klinisk lederskab om, at ledelse forrykkes fra at blive forstået som en position man kan besidde til at tale om ledelse som en aktivitet - en aktivitet som principielt fordres af os alle såvel sundhedsprofessionelle, som patienten og den studerende. Helt enkelt og dog så komplekst er vi alle blevet ledere og skal lede os selv og hinanden i et kollaborativt samarbejde om at optimere det enkelte patientforløb. Dette bringer begrebet selvledelse på banen. Dette skal ikke forstås således, at klinisk lederskab reduceres til selvledelse men selvledelse som en dimension af det kliniske lederskab.

Selvledelse er født af de samme bevægelser i samfundet som klinisk lederskab. Selvledelse er et lige så komplekst begreb som lederskab med lige så mange muligheder for fortolkning. Det selvledelsesperspektiv, som fremlægges her, er inspireret af den danske idéhistoriker Morten Raffnsøe-Møller, som taler om selvledelse i en sygeplejefaglig kontekst (Raffnsøe-Møller 2011).

Raffnsøe-Møller fremhæver, at det skitserede dilemma mellem systemkrav og en individorienteret praksis fordrer større eller mindre elementer af selvledelse, fordi den enkelte sundhedsprofessionelle altid må vurdere

konkret, hvilke handlinger der tjener lige netop denne specifikke patient bedst i lige netop denne situation og kontekst. Selvledelse kan siges at handle om at kunne omsætte generel og abstrakt viden, som den der findes i forskningsartikler, lærebøger, kliniske retningslinjer, etc. til en konkret situeret patient/borgersituation. Der foretages en faglig vurdering baseret på den generelle viden, som skal omsættes og tilpasses den enkelte situation (Raffnsøe-Møller 2011). Med det udgangspunkt handler selvledelse i sygepleje om tre aspekter: En skønsommæssig vurdering, en prioritering og en koordinering. Den skønsommæssige vurdering er allerede velbeskrevet i sygepleje og kendes fra teoretikere som Kari Martinsen og Patricia Benner - og det består i grove træk af lige dele faglig teoretisk viden, erfaringer samt intuition/empati rettet mod den konkrete patient/borgersituation. Prioritering handler på den ene side om prioritering af processer og aktiviteter og på den anden side om prioritering mellem behov, handlinger og værdier; hvad der gælder den enkelte patients bedste, er der ingen universel gældende retningslinjer for - kun mere eller mindre kvalificerede situationelle vurderinger. Koordinering kan i lyset af de tendenser, som aktualiserer klinisk lederskab pege mod det kollaborative element i løsningen af patientens sundhedsudfordringer. Kollaborativt samarbejde vil sige, at forskellige sundhedsprofessionelle såvel monofagligt som tværprofessionelt er fælles om at bidrage med kompetencer og løsninger i et patientforløb. Medarbejderne arbejder sammen mod et fælles mål og er indbyrdes afhængige. I modsætning til det, som kaldes kooperativt samarbejde, hvor hver enkelt medarbejdergruppe sidder inde med sin opgave i patientforløbets samlede opgaveportefølje, har alle medarbejdere i det kollaborative patient/borgerforløb i princippet en fælles viden og opgaveportefølje, fordi de gennemgår de samme processer. I det kollaborative samarbejde skal der skabes et lærende fællesskab, hvori patientforløbets samlede opgaver kan løses. Dette kræver en høj grad af selvledelse forstået som det at vide, hvornår ens fagspecifikke viden er nødvendig, og hvor der skal indgås kompromis, og andre fagprofessionelles perspektiv får mere rum og plads - ikke som en kamp mellem faggrupper, men fordi det gøres ud fra hensynet til og omsorgen for den enkelte patient (Raffnsøe-Møller 2011). Det kræver klinisk lederskab.

Referencer

- Chávez, E.C. & Yoder, L., 2014. Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(2), pp.90–100.
- Cook, M.J., 2001. The renaissance of clinical leadership. *International Nursing Review*, 48(1), pp.38–46.
- Cook, M.J. & Leathard, H.L., 2004. Learning for clinical leadership. *Journal of Nursing Management*, 12(6), pp.436–444.
- Den Danske Ordbog, 2016a. -skab. Available at: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=-skab>. Lokaliseret 17.01.2017
- Den Danske Ordbog, 2016b. Beskaffenhed. Available at: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=beskaffenhed>. Lokaliseret 17.01.2017
- Davidson, P.M., Elliott, D. & Daly, J., 2006. Clinical leadership in contemporary clinical practice: Implications for nursing in Australia. *Journal of Nursing Management*, 14(3), pp.180–187.
- Grew, Chris & Jensen, B.N., 2015. Limbisk lederskab - *Personlig udvikling gennem dine ubevidste ressourcer*, Djøf Forlaget.
- Haase, K. Barbesgaard, H, Suhr, L et al., 2016. Nye begreber i sygeplejerskeuddannelsen. Klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab. *Uddannelsesnyt*, 27(3), pp.11–16.
- Hargreaves, Andy & Fullan, M., 2012. Professional Transforming Teaching in Every School Title.
- Hildebrandt, S., 2015. Lederskab 1. Available at: <http://www.steenhildebrandt.dk/2011/08/lederskab/>. Lokaliseret 17.01.2017
- Hyrkäs, K. & Dende, D., 2008. Clinical nursing leadership - Perspectives on current topics. *Journal of Nursing Management*, 16(5), pp.495–498.
- Kirkeby, O.F., 2004. *Det nye lederskab*, København: Børsens Forlag.
- Kirkevold, M., 2012. Hvad er sygeplejens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen? In Sygepleje og sygeplejerskens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen - et debatoplæg. Dansk Sygeplejeråd.
- Kivunja, C., 2015. Teaching Students to Learn and to Work Well with 21st Century Skills: Unpacking the Career and Life Skills Domain of the New Learning Paradigm. *International Journal of Higher Education*, 4(1), pp.1–11. Available at: <http://ra.ocls.ca/ra/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ1060566&site=ehost-live&scope=site>. Lokaliseret 17.01.2017
- Mannix, J., Wilkes, L. & Daly, J., 2013. Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. *Contemporary Nurse*, 45(1), pp.10–21.

- Munksgaard, M.E., 2014. Ledelse af sammenhængende patientforløb. In Jensen, Annette Rosenkilde; Jallet, Inger Marie; Munksgaard, M E (Red). *Perspektiver på organisering og ledelse af sygepleje*. Nyt Nordisk forlag Arnold Busck
- Newinsight, 2014. Uddannelsesfremsyn på sundhedsområdet - med særligt fokus på professionsbacheloruddannelserne. , pp.1–87. Uddannelses- og Forskningsministeriet
- Available at: <http://ufm.dk/publikationer/2014/uddannelsesfremsyn-pa-sundhedsområdet>. Lokaliseret 17.01.2017
- Pepin, J. et al., 2011. A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31(3), pp.268–273.
- Raffnsøe-Møller, M., 2011. Etik, selvdannelse og selvledelse i sygepleje. In E. E. Urenfeldt, Lisbeth & Sørensen, ed. *Sundhedsfaglig ledelse*. Gads Forlag
- Region Syddanmark & OUH, 2016. Klinisk lederskab af patientforløb Temadag om revision af sygeplejerskeuddannelsen 2016. Available at: <http://www.ouh.dk/dwn534585>. Lokaliseret 17.01.2017
- Schützsack, I.H., 2014. *Det personlige lederskab*, Hans Reitzels Forlag
- Stanley, D., 2006. Recognizing and defining clinical nurse leaders. *The British journal of nursing*, 15(2), pp.108–111.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. *BEK nr 804 af 17/06/2016*.

Tværfaglig klinisk undervisning for medicin- og sygeplejestuderende skaber indblik i eget og hinandens fag



Af Marie Lommer Bagger, Cand.cur., klinisk underviser, Rigshospitalet, Abdominalcentret, Gastromedicinsk afdeling 3124 · marie.lommer.bagger@regionh.dk

Marianne Vámosi, Ph.d., Lektor v. Institut for Folkesundhed, Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet.

Keywords: Tværfaglig klinisk undervisning, medicin- og sygeplejestuderende, monofaglighed, tværfaglighed, fagidentitet.

Hele undersøgelsen kan rekvireres hos førsteforfatter.

Baggrund

Det kan undre, at der ikke fokuseres mere på tværfaglig undervisning blandt medicin- og sygeplejestuderende, når disse to faggrupper, i hvert fald på hospitalerne, er hinandens nærmeste samarbejdspartnere.

Der fokuseres ellers en hel del på tværfaglig undervisning i de mellemlange sundhedsvidenskabelige uddannelser, hvor det fremgår af den seneste bekendtgørelse (1) fra 2016, at 20 ECTS-point indeholder tværfaglige elementer, hvilket er en stigning i forhold til den forrige bekendtgørelse (2), hvor kun 15 ECTS-point var afsat til dette formål.

Der er generelt enighed om, at tværfagligt samarbejde blandt sundhedsprofessionelle i de senere år er blevet mere nødvendigt i det danske sundhedsvæsen (3-7). Kravene til sundhedsvæsenet stiger, med fokus på blandt andet kvalitet og ressourcer, samtidig med at kompleksiteten i patientpleje og behandling er højere end før (4, 8). I kølvandet på denne udvikling har politikerne fokuseret på tværfagligt samarbejde for blandt andet at styrke sammenhængende patientforløb og minimere fejl (9).

Lauvås og Lauvås (10) fremfører, at: "I både teori og praksis regnes tværfagligt samarbejde som en nødvendighed i nutidens organisations- og samfundsliv" (10, p.11). Men hvorfor nu det? Argumenterne er mange: Teorier og utallige studier peger på, at et fungerende tværfagligt samarbejde har en gavnlig effekt på ind-

Abstract

Artiklen undersøger, hvad medicin- og sygeplejestuderendes fokus er, når de undervises sammen i en klinisk praksis. I forbindelse med et undervisningstilbud, hvor medicin- og sygeplejestuderende i løbet af en dag havde det samlede ansvar for en patient, kunne det ved hjælp af observationer og interviews af de studerende konkluderes, at de gennemgik en cirkulær læringsproces. Først identificerede de forskelle og ligheder i hinandens fagområder, hvorefter de ved refleksion opnåede indblik i eget og hinandens fagområde. Artiklen tager udgangspunkt i et udviklingsprojekt, der blev foretaget i forbindelse med førsteforfatterens udarbejdelse af speciale på cand.cur.-studiet.

læggelsesvarighed, patientsikkerhed og -tilfredshed. Desuden har det en gavnlig indvirkning på arbejdsmiljøet (11-13). Ved dårligt fungerende tværfagligt samarbejde er konsekvenserne, at personalet blandt andet kan modarbejde hinanden, og arbejdet kan forstyrres af konflikter, sladder osv., hvilket kan medføre nedsat kvalitet, effektivitet og sikkerhed (10).

Forholdet mellem sygeplejersker og læger er udfordret, blandt andet pga. forskellige professionsbundne værdier og holdninger (14), som kan medføre, at de to faggrupper f.eks. har forskellige opfattelser af, hvilke argumenter der er bærende for måden at håndtere patienter

på, og som derfor kan føre til uenigheder om, hvad der er til patientens bedste (14).

Studier peger på, at prægraduat tværfaglig undervisning kan nedbryde nogle af disse udfordringer i det tværfaglige samarbejde postgraduat (15).

Ovenstående argumenterer for, at man bør øge fokus på tværfaglig undervisning, hvorfor der i forbindelse med et udviklingsprojekt blev udviklet et enkelt og billigt klinisk undervisningskoncept, som havde til hensigt at forbedre det tværfaglige samarbejde fremover.

Formålet med projektet

Formålet med projektet var:

1. At undersøge, hvad sygepleje- og medicinstuderende var optaget af ved klinisk tværfaglig undervisning, og hvilken betydning denne undervisningsform havde i forhold til læring om egen og hinandens fagområde.
2. At udvikle et klinisk tværfagligt undervisningskoncept for medicin- og sygeplejestuderende, som nemt kan implementeres i klinikken.

Dataindsamling

Projektet blev udført på en somatisk hospitalsafdeling i København i april 2015. Der deltog to sygeplejestuderende fra modul 12 og to medicinstuderende fra 7. semester. Alle studerende var i forvejen tilknyttet afdelingen i deres kliniske undervisningsophold, og deltagelse var frivillig. De studerende blev observeret af førsteforfatteren, og feltnotater blev genereret ud fra en observationsguide. Ved dagens afslutning blev de studerende interviewet individuelt.

Undervisningskonceptet

En medicin- og en sygeplejestuderende arbejdede sammen to og to en dag fra kl. 7 til 15 og skulle passe en patient sammen. De deltog i hinandens opgaver, både "bedside", i medicinrummet, foran computeren, til konferencer osv. Ud over at få indblik i hinandens måde at arbejde på var det væsentligt, at de skulle forberede sig på stuegang sammen. Den sygeplejestuderende

skulle redegøre for, hvilke observationer af patienten hun gjorde forud for stuegang, f.eks. væskebalance, vitale værdier og smerter. Ligeledes skulle den medicinstuderende gøre rede for, hvilke overvejelser hun gjorde sig inden stuegang. Det kunne f.eks. vedrøre billeddiagnostik, blodprøvesvar, og hvilke observationer hun ønskede at modtage fra sygeplejersken. En overlæge med pædagogisk erfaring samt førsteforfatteren deltog aktivt i stuegangen. Inden interventionen startede, instrueredes de studerende i at "tænke højt", når de tog faglige beslutninger.

Analyse og resultater

Undersøgelsen blev analyseret ved hjælp af grounded theory, som gennem en struktureret analyse af den indsamlede empiri genererer en teori om, hvad der er på spil i det observerede felt (16).

Undersøgelsens resultater præsenterer de medicin- og sygeplejestuderendes oplevelser af den klinisk tværfaglige undervisning. Undersøgelsen viste, at de studerende var mest optaget af "at lære om sig selv og hinanden, sammen" (kernekategori). Det viste sig, at for at opnå denne læring, gennemgik de studerende tre faser: 1) "at identificere forskelle og ligheder", 2) "at reflektere over forskelle og ligheder" og 3) "at opnå indsigt og forståelse for hinandens fag". Kernekategorien og de tre faser er valgt som overskrifter i præsentationen af projektets resultater.

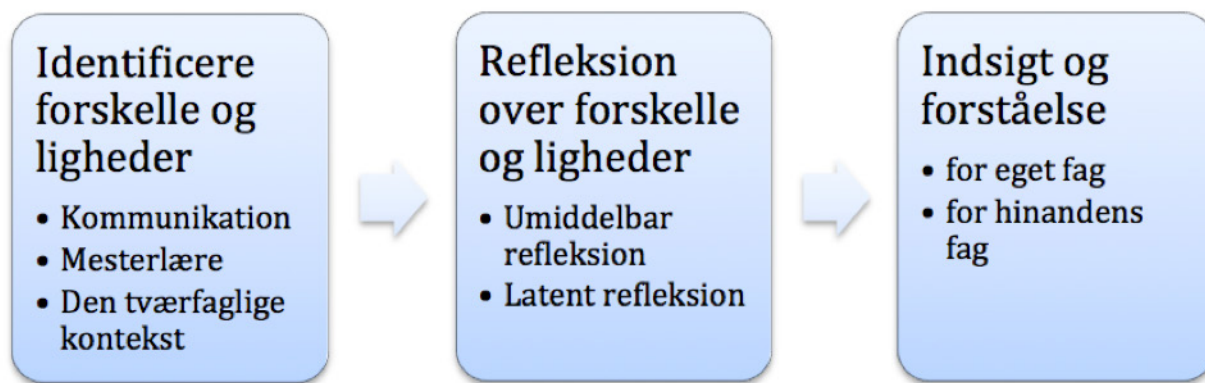
Kernekategori: At lære om sig selv og hinanden, sammen

Via interviewene udtrykte de studerende, at de havde lært "noget om sig selv (deres eget fag) og hinanden (det andet fag), og at det var set-uppet med at gå sammen, der var årsagen til denne læring. Interaktionen var således central for deres læring. I interviewene fortalte de studerende både im- og eksplicit, at dagen var lærerig og "gav stof til eftertanke", som en af de studerende formulerede det.

Model 1 giver et visuelt overblik over de tre fremanalyserede faser/temaer, de studerende gennemgik under den tværfaglige kliniske undervisning.

Dato:	Deltager	Alder	Køn	Deltagende observation kl. 7-15	Interview	Interview længde
01.04.15	Stud.med.	25 år	Mand	Ustruktureret observationsguide	Ustruktureret interviewguide	34:35 min
	Spl.stud	24 år	Kvinde			38:45 min
30.04.15	Stud.med.	25 år	Kvinde	Semistruktureret observationsguide	Semistruktureret interviewguide	24:45 min
	Spl.stud	26 år	Kvinde			19:29 min

Tabel 1: Oversigt over undersøgelsens deltagere og dataindsamling



Model 1. Illustration af, hvilke faser medicin- og sygeplejestuderende gennemgår, når de "lærer om sig selv og hinanden, sammen" under klinisk tværfaglig undervisning.

Fase 1: At identificere forskelle og ligheder

De centrale kategorier, som er udvalgt i forhold til at identificere forskelle og ligheder, er "Kommunikation", "Mesterlære" og "Den tværfaglige kontekst". Disse kategorier er repræsenteret i den første boks i Model 1.

Kommunikation

Under begge interventioner var kommunikationen livlig og bidrog til, at de studerende kunne identificere forskelle og ligheder mellem de to faggrupper. Følgende er et udsnit af den deltagende observation, hvor det kan ses, at de studerende benytter kommunikation til at forklare, hvad de er interesserede i af informationer fra journalen.

...De studerende læser journaler sammen. De fortæller hinanden, hvad de hver især har fokus på. Den medicin-studerende er meget optaget af sygehistorien i detaljer, fx hvornår patientens hjertearytmi er star-tet, hvorimod den sygeplejestuderende har fokus på at få et hurtigt overblik over forløbet, hvor mobil pati-enten er osv.

Kommunikationen er således et middel til at identificere forskelle og ligheder i de studerendes fag. Der er ikke noget odøst i dette, da kommunikation i sig selv normalt bidrager til at udveksle informationer, men kommunikationen skal alligevel nævnes, idet det tværfaglige undervisningskoncept netop fordrer kommunikation.

Mesterlære – implicit og eksplicit læring

Ved mesterlære forstås en social proces, hvor praktiske færdigheder, værdier og kundskaber læres (17). I interviewene kredser de studerende om de praktiske færdigheder, hvor de f.eks. viste hinanden, hvordan de stetoskoperer, blander medicin, palperer mandler, skifter stomipose, udfører personlig hygiejne, observerer sengelejekomplikationer, seponerer CVK osv.

I denne proces læres den enkelte konkrete færdighed, men også andre aspekter end selve den konkrete handling. Inspireret af teorien om eksplicit og implicit (18) læring, kan læring deles op i to måder at lære på: 1) Den eksplicite læring, hvor der tages udgangspunkt i det konkrete, der skal læres, eksempelvis en instruks, og 2) den implicitte læring, som kaldes medlæren, og som sker automatisk og uden kontrol (18).

Et eksempel på dette var, når de studerende arbejdede i medicinrummet sammen. Ud over at lære medicineringsprocessen, var de medicinstuderende overraskede over, hvor lang tid det tog, og hvor meget viden sygeplejerskerne skulle have for at håndtere denne funktion sikkert. Viden om tidsforbruget var således implicit læring.

På baggrund af "mesterlæren" fik de studerende desuden mulighed for at identificere andre forhold, hvor de to fag har øje for forskellige aspekter. Denne forskel kan eksemplificeres i dette citat: Medicinstuderende: "...fordi jeg ville slet ikke tænke; "Nå ja, det er rigtigt!", kan han sluge pillerne? Altså jeg ville slet ikke tænke i den bane, jeg ville mere tænke; ok hvor ligger han på GCS scalaen?"

Citatet fortæller, at den praktiske færdighed "at give en patient tabletter" fik den studerende til at identificere forskelle mellem de to faggruppers arbejdsopgaver ved medicingivning og vil i dette tilfælde være implicit læring.

Den tværfaglige kontekst

I modsætning til mesterlæren nævner de studerende ikke eksplicit betydningen af den tværfaglige kontekst. Samspillet er en tværfaglig kontekst, men det er også det forhold, at patientplejen og behandlingen finder sted i to forskellige kontekster, nemlig en sygeplejekontekst og en lægekontekst, hvori de to studerende "besøger" hinanden.

Følgende citat er et eksempel, hvor en sygeplejestuderende "erkender" forskelle på de to fagområder efter at have været på "besøg" i den lægefaglige kontekst: "... Men det er ikke noget jeg ville gøre selv (stetoskopere), men det er også fordi, det er en anden profession, men åhhh, ja, det er bare lidt indblik i hans måde og overveje og tænke, observere patienten på, den er anderledes, synes jeg, meget objektiv..."

Den sygeplejestuderende identificerer således gennem samspillet, den tværfaglige kontekst, at den medicin-studerende har en anderledes tilgang til patienten, end hun selv har.

Fase 2: At reflektere over forskelle og ligheder

De studerende udtrykker i interviewene, at den tværfaglige kliniske undervisning fremmer refleksion over forskelle og ligheder mellem de to fag. De studerende havde umiddelbare refleksioner, som kom til udtryk under interventionen, men også latente refleksioner, der først kom til udtryk under interviewene.

Umiddelbar refleksion

De umiddelbare refleksioner opstod adskillige gange i løbet af den tværfaglige kliniske undervisning. Den opstod via kommunikation og ofte foranlediget af spørgsmåle, hvis der var noget, de studerende ikke forstod. En sygeplejestuderende siger:

"...men det er jo netop de der refleksioner man har sammen, jeg tænker som er gode, det med at sætte ord på, hvorfor man gør som man gør....altså f.eks. da vi snakker sammen om, hvordan vi skal dokumentere i forhold til patientens hydreringstilstand, øhhhh, hvor vi har observeret, at han har en koncentreret urin og vi har kigget på hans hudturgor, vi har tjekket for flankeødemer og vi så efterfølgende skal ind og dokumentere det, så snakker vi om, hvad der er relevant at tage med også i forhold til, om man skal skrive, at han er ødematøs fx".

Denne situation blev overværet ifm. den deltagende observation og er et godt eksempel på de studerendes umiddelbare refleksion. Den medicin-studerende lagde vægt på at dokumentere alle observationer, også de objektive negative fund, som er symptomer, der ikke er til stede, i dette tilfælde fx flankeødemer og normal hudturgor. Den sygeplejestuderende derimod fokuserede kun på at dokumentere de positive fund – altså koncentreret urin. I forhold til dokumentation giver alle studerende udtryk for, at de to fag er meget forskellige i denne praksis hvad angår systematik og indhold.

Latent refleksion

Under interviewene reflekterede de studerende, hvilket både kom til udtryk i strukturen og i indholdet af deres sætninger. Om stuegang siger en sygeplejestuderende eksempelvis:

"...vi skal også kunne se nogle af de her parakliniske fund og reagere på dem og åhh jeg kunne da godt nogle, ja det kunne jeg da, sådan....det gav god mening men, det er som regel ikke det der bliver fokuseret så meget på som sygeplejerske, altså jeg synes, ja, det har været objektivt, sådan lægefagligt i dag, på en eller anden måde."

Citatet er kendetegnet ved, at sætningen er meget rodet og "hoppende", hvilket indikerer, at der sker en refleksion hos den studerende. Denne tendens til at reflektere under interviewene ses hos alle studerende.

Fase 3: At opnå indsigt og forståelse for hinandens fag

De studerende nævner flere eksempler på konkrete områder, der ledte til afklaring af aspekter af hinandens fag. Her kan fx henvises til førnævnte medicin-doserings-eksempel, som giver den medicin-studerende indsigt i, hvorfor det tager så lang tid for sygeplejerskerne at dosere medicin. De medicin-studerende var optaget af at få indblik i sygeplejerskernes hverdag. Det er tydeligt i interviewene, at de ikke kender til sygeplejerskens kompetencer, hvilket til tider gjorde, at de havde svært ved at bede sygeplejersker om noget af frygt for, at de bad dem om opgaver, de ikke havde kompetencer til, og således bragte sygeplejerskerne i forlegenhed.

De sygeplejestuderende nævner, at de fik et bedre indblik i, hvordan medicin-studerende fx observerede patienterne, og hvad de lagde vægt på i journalen. Det hjalp de sygeplejestuderende til at finde ud af, hvad der var vigtigt at tage med til stuegang.

Indsigt og forståelse for egen faggruppe

I interviewene kan det ses, at de studerende udtrykker, hvor gavnligt det er at lære om den anden faggruppes arbejdsområder for derigennem at lære mere om sine egne. I interaktionen er de to faggrupper optaget af forskellige forhold.

De medicin-studerendes læring handler bl.a. om, hvilke forventninger de kan have til sygeplejerskernes kompetencer, så de derigennem kan spore sig ind på, hvad deres egen rolle er. Det kunne eksempelvis være konkrete opgaver som anlæggelse af PVK, men også mere generelle opgaver som observation af patienten. Kan sygeplejersken gøre dette selvstændigt og give valide informationer videre til lægen, eller må lægen selv ind og gøre sig sine egne observationer? De medi-

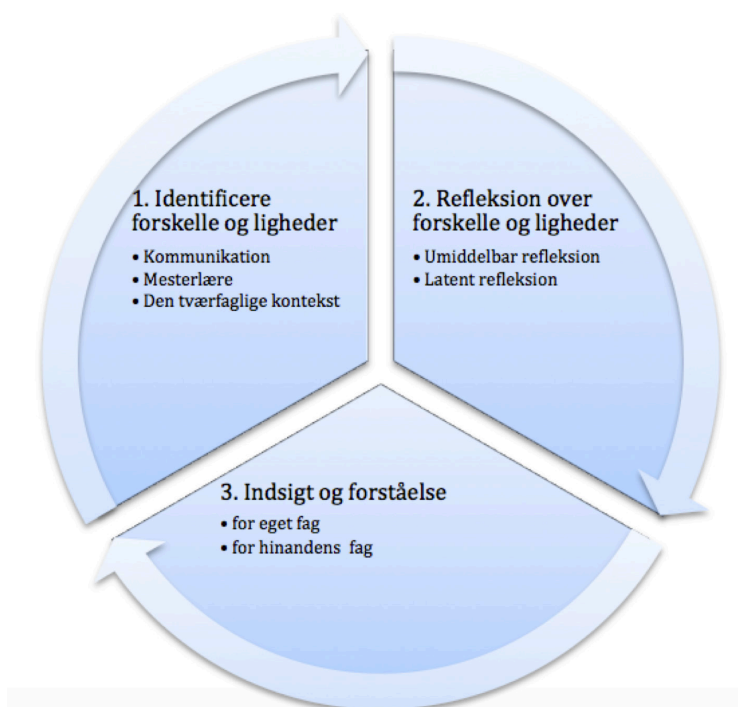
cinstuderende er således sikre på, hvad de kan, men er usikre på, hvad den anden faggruppe kan "bidrage med".

Hos sygeplejestuderende handler læringen fortrinsvis om tilpasning af lægens ønsker i forhold til informationer om patienten til stuegang. Hvilke observationer forventes det, at sygeplejersken gør sig, og hvorfor?

At få indsigt og forståelse for eget fag er således en proces, der er afhængig af samspillet, og som sker i en refleksion, hvor personen konstant vurderer den andens faggruppe op mod ens eget fag. De to faggrupper var optaget af forskelligt læringsindhold, men med enighed om, at den øgede indsigt og forståelse gjorde dem til bedre fagpersoner og var til fordel for det fremtidige tværfaglige samarbejde og dermed til gavn for patienterne.

De tre fasers indbyrdes påvirkning på hinanden – den endelige teori

Modellens tre faser har indtil nu været en lineær proces, illustreret i Model 1. Efter at have arbejdet med analysen fremkom det, at processen ikke kan ses lineært, men i stedet som en cirkulær reflekterende proces, hvor indsigt og forståelse for eget fag er forudsætningen for at identificere nye forskelle og ligheder. Undersøgelsens fremanalyserede teori, illustreret i Model 2, er således cirkulær og viser, at den tværfaglige kliniske læring er afhængig af samspillet og er en proces, der kan fortsætte uendeligt.



Model 2. "Om at lære om sig selv og hinanden, sammen".
En model om tværfaglig klinisk undervisning mellem medicin- og sygeplejestuderende

Referencer

1. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje; 2006: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=180542>. Hentet 9. januar 2017
2. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje; 2017: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114493#Kap3>. Hentet 9. januar 2017
3. Just, E. og Nordentoft, H.M. Tværfaglig praksis, 1. udgave., København: Hans Reitzel; 2012.
4. Danske Regioner. Det hele Sundhedsvæsen - regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen; 2012: <http://www.region-sjaelland.dk/dagsordener/dagsordener2012/Documents/1360/1650031.PDF>. Hentet 9. januar 2017
5. IKAS. Kvalitet i bevægelse - Den Danske Kvalitetsmodel; 2013: 1–16.
6. Krøll Christensen. M. Nytårsinterview: "sygeplejersker får sundhedsvæsenet til at hænge sammen". Sygeplejersken; 2010, vol. 1: 34–35.
7. Lægeforeningen. Udkast til vision for sundhedsvæsenet - lægemøde 2015, København; 2015: http://www.laeger.dk/nyhed/download/docs/F18686/Laegeforeningens%20vision%20for%20sundhedsvaesenet_0.pdf. Hentet 9. januar 2017
8. Danske Regioner. Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser; 2015: 1–24: <http://www.regioner.dk/media/2985/2012-kvalitet-i-fremtidens-sundhedsuddannelser.pdf>: Hentet 9. januar 2017
9. Regeringen. Mere borger, mindre patient - Et stærkt fælles sundhedsvæsen, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse; 2013: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/~media/8B537C8A59414A359ECA750E724356F5.ashx>. Hentet 9. januar 2017
10. Lauvås, K. & Lauvås, P. Tværfagligt Samarbejde. 2. udgave, Aarhus: Forlaget Klim; 2013
11. Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and health-care outcomes. The Cochrane Library; 2009:1–33.
12. Reeves, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Library; 2018:1–21.
13. Oandasan, I. & Reeves, S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional Care; 2005: 21–38.
14. Horsburgh, M. et al. The professional subcultures of students entering medicine, nursing and pharmacy programmes. Journal of interprofessional care, 20(4); 2006: 425–431.
15. Hind, M. et al. Interprofessional perceptions of health care students. Journal of Interprofessional Care, 17(1); 2003: 21–34.
16. Glaser, B.G. & Strauss, A.L. The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research, 3. udgave, Chicago, Aldine Transaction; 2008.
17. Lave, J. & Wenger, E. Situeret læring - og andre tekster, 1. udgave, København, Hans Reitzels Forlag; 2003.
18. Dolin, J. Lidt om læring, Uddannelse i udviklingslande. Uddannelsesnetværket; 2007: 37–49

Følgeskab i klinisk undervisning - at være, gøre og fungere sammen



Af Irene Sommer, Uddannelses- og udviklingsansvarlig sygeplejerske, Sygeplejerske, MKS Hjertesygdomme, Aarhus Universitetshospital · irensomm@rm.dk

Laila Merete Holm, Uddannelses- og udviklingsansvarlig sygeplejerske, Sygeplejerske, Cand. Cur., Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital · lailholm@rm.dk



Hanne Juul, Uddannelses- og udviklingsansvarlig sygeplejerske, Sygeplejerske, MHR, Operation og Intensiv Øst, Aarhus Universitetshospital · hannemik@rm.dk

Vibeke Engell-Sørensen, Uddannelses- og udviklingsansvarlig sygeplejerske, Sygeplejerske, MLP, Infektions sygdomme, Aarhus Universitetshospital · vibeenge@rm.dk

Keywords: Følgeskab, læringsmetode, sygeplejestuderende, klinisk undervisning, kompetenceudvikling

Klinisk undervisning af sygeplejestuderende foregår i en klinisk praksis, hvor en vejleder kan have mange studerende. Kontakten med patienter foregår ofte på enestuer eller i lukkede rum i et ambulatorium. Det øger risikoen for, at studerende kommer til at arbejde alene med udførelse af sygepleje. Følgeskab er en læringsmetode, hvor den studerende kan lære ved at handle og tænke sammen med en vejleder samtidig med, at der udføres sygepleje. For at skabe læring skal følgeskab forstås som kombination af; at være sammen, at gøre sammen og at fungere sammen.

Læringsmetoden er udviklet gennem en undersøgelse af færdiguddannede sygeplejersker. I artiklen argumenteres for, at metoden er overførbart til sygeplejerskeuddannelsen. Følgeskab er udbredt på Aarhus Universitetshospital, hvor en nyansat sygeplejerske går sammen med en erfaren kollega i en introduktionsperiode. Læringsmetoden er beskrevet i kompetenceprogrammer på hospitalet siden 1990'erne, bl.a. inspireret af Benners kompetencestige (1) samt forståelse af mesterlære, hvor deltagelse i praksisfællesskabet sammen med refleksionsprocesser understøtter de nyansatte (2). Imidlertid viser en gennemgang af hospitalets elektroniske dokumenter, at følgeskab er sparsomt og varieret

Abstract

Artiklen beskriver en undersøgelse af følgeskab som læringsmetode i forbindelse med sygeplejerskers oplæring på et hospital. Følgeskab betyder, at to skal være, gøre og fungere sammen i sygepleje. Der argumenteres for, at undersøgelsens resultater er overførbare til klinisk undervisning af studerende, og der skitseres en række anbefalinger for følgeskab. Læringsmetoden er et bud ind i klinikkens didaktik og pædagogik, da den studerende skal lære i en klinisk praksis, hvor der primært er fokus på pleje og behandling af patienter.

beskrevet. Fokusgruppeinterview med sygeplejersker fra flere af hospitalets afdelinger viser uens forståelse af følgeskab. En litteraturgennemgang viser, at følgeskab som læringsmetode ikke er beskrevet i dansk litteratur. Mentorship og preceptorship beskrives i international litteratur, men der er ikke konsensus om forståelse af metoderne (3,4). På Aarhus Universitetshospital

anvendes følgeskab ved flere hundrede nyansatte sygeplejersker og studerende årligt, omend metoden kan synes ressourcekrævende. Derfor så en gruppe uddannelses- og udviklingsansvarlige sygeplejersker et potentiale i at undersøge følgeskab. Formålet med undersøgelsen var at undersøge, hvordan følgeskab kan anvendes i klinisk praksis til læring og kompetenceudvikling. Undersøgelsens resultater kan med fordel overføres til klinisk undervisning af sygeplejestuderende.

Metode

Undersøgelsen tager afsæt i 28 observationer og kvalitative interviews med 58 sygeplejersker. Med inspiration fra Spradley (5) og Hammersley (6) foregår observationer, hvor sygeplejerskerne har parvise følgeskaber, og i enkelte tilfælde følges tre med hinanden. Observationerne danner udgangspunkt for efterfølgende individuelle interviews med henblik på at få indblik i sygeplejerskens oplevelse af følgeskab. Observationer og interviews er foretaget af uddannelses- og udviklingsansvarlige sygeplejersker, men ikke i egen afdeling.

Alle interviews er lydoptagede og transskriberede. Indholdet er analyseret ud fra Kvale og Brinkmanns analysekodning, meningskondensering og meningsfortolkning (7). På den baggrund er fremkommet tre temaer; at være sammen, at gøre sammen og at fungere sammen.

Deltagere

Undersøgelsen foregik i perioden februar-marts 2015 på kirurgiske, medicinske, intensive og anæstesi afdelinger. Deltagerne var alle sygeplejersker med anciennitet fra 2 måneder til 35 år; med en gennemsnitlig anciennitet på 11 år og 7 måneder.

Resultater

Analyse af materialet viser, at følgeskab som metode er en vej til hurtig og sikker kompetenceudvikling af sygeplejersker, forudsat at følgeskabet på én og samme tid forener temaerne: at være sammen, at gøre sammen og at fungere sammen. I det følgende er temaerne foldet ud, og der refereres til vejleder og den vejledte, som er mønsterdækkende for observationer og interviews. Hvert tema indeholder anbefalinger, der guider til tilrettelæggelse og gennemførelse af følgeskab i klinisk praksis. De tre temaer kompletterer hinanden. De er ofte sammenvævet og i praksis vanskelig at holde adskilt fra hinanden. Af formidlingsmæssige hensyn præsenteres fundene adskilt.

At være sammen

Sygeplejerskerne fortæller, at når de er fysisk tilstede sammen, giver det mulighed for at lære af og med hinanden. Følgeskab bliver en del af hverdagens aktuelle

patientpleje, hvor læringen foregår i en kompleks og uforudsigelig kontekst. Komplexiteten i de autentiske patientsituationer bliver ofte reduceret for den vejledte ved, at de sammen udvælger læringsfokus. Begge sygeplejersker skal være parate til at ændre fokus, så de kan gribe spontane læringsituationer. Sygeplejerskerne udtrykker, at det særligt er vejleders ansvar at have overblik over den vejledtes aktuelle kompetenceniveau. Vejleder skal vælge sygeplejeopgaver, der matcher og udfordrer den vejledtes niveau, og hun skal støtte den vejledte i både tænkning, ord og handling. Det virker befordrende, når vejleder tager afsæt i det, den vejledte siger og gør, og ved at bevæge sig mellem at være passiv, observerende eller træde aktivt ind i plejen.

Sygeplejerskerne fortæller, at både øjne, ører, lugte- og følesans er væsentlige komponenter i plejen. Netop ved at være til stede sammen bliver de bevidste om optimal brug af sanser. Det vil blandt andet sige at kunne være fagligt bevidst om sansningens betydning ved vurdering af patienten, hvor den vejledte lærer ved at iagttage vejleder, men også ved at bearbejde egne sansendeindringer. At være sammen giver den vejledte mulighed for at udføre opgaver, hun ikke er sikker i. Med vejleder som observatør og fagligt sikkerhedsnet får den vejledte mod på at prøve nye handlinger samtidig med, at patienten bliver sikret mod fejl og mangler i plejen (Figur 1).

ANBEFALING: AT VÆRE SAMMEN

Vejleder og vejledte skal være fysisk tilstede i samme rum. Opmærksomheden er på **kompleksitet, sanser og patientsikkerhed.**

SÅDAN GØR I

Kompleksitet

- Forbered fokusområder og afstem forventninger til vejledningsforløbet
- Udvælg det, I skal have fokus på, og lad vejleder have ansvar for de øvrige opgaver
- Juster vejledningen på baggrund af situationen og tal om det undervejs
- Giv vejledte plads til at øve sig, ved at vejleder bevæger sig mellem at lede, træde til og træde tilbage

Sanser

- Tal om hvad I ser, hører, lugter og mærker

Patientsikkerhed

- Vær sikkerhedsnet, så vejledte får mod til at øve handlinger
- Observer og hør, hvordan vejledte handler – undgå fejl, ved at gribe ind og varetage dermed patientsikkerheden

Figur 1

At gøre sammen

Flere sygeplejersker fremhæver, at for at sikre læring i følgeskab skal sygeplejerskerne udføre sygepleje sammen med henblik på, at den vejledte hurtigt og sikkert skal kunne fungere selvstændigt. Sygeplejerskerne fortæller, at de træner færdigheder, og de udveksler erfaringer og viden gennem dialog. Samtidig kan kravet om hurtig selvstændig funktion virke både stressende og motiverende i følgeskabet. Sygeplejerskerne fortæller, at når de udfører sygepleje sammen, bruger de hinanden som sparring, og der bliver løbende aftalt, hvem der har "styringen" i plejen. Vejleder støtter udvikling af selvstændighed ved konstant at føre den vejledte videre til nye opgaver, hvis den vejledte ikke selv tager initiativ. Ved specialiserede opgaver er korrekt udførelse og hånddelag i fokus. Generelle sygeplejefaglige færdigheder forventer vejleder derimod, at den vejledte har med sig fra tidligere. Når vejleder er behjælpelig med demonstration, beskrivelse, fortolkning og direkte kropslig guidning, kan den vejledte træne nye kropslige og praktiske færdigheder.

Sygeplejerskerne ses ofte i dialog under og på vej mellem dagens gøremål, - en flittig pingpong med spørgsmål og svar. Det ser ud til at give værdifuld læring, når viden og erfaring umiddelbart bliver udvekslet. Den vejledte får sat sine vurderinger i spil med vejleders erfaringer og viden og visa versa. De drøfter beslutninger

ANBEFALING: AT GØRE SAMMEN

Vejleder og vejledte skal udføre sygepleje sammen for at opnå færdigheder. Opmærksomheden er på **selvstændighed, praktiske færdigheder, dialog og klinisk skøn.**

SÅDAN GØR I

Selvstændighed

- Arbejd bevidst mod et mål
- Overlad gradvist styring af arbejdsopgaver til vejledte

Praktiske færdigheder

- Træn hen imod en sikkerhed i at varetage arbejdsopgaverne
- Øv hånddelag ved at gentage handlinger
- Bliv guidet med ord, med ført hånd og kropsligt i udførelse af handlinger

Dialog og klinisk skøn

- Tal om udvikling af færdigheder
- Begrund handlinger og få feedback fra vejleder
- Giv og modtag fif og gode råd
- Igangsæt refleksion ved at tænke højt og stille HV-spørgsmål

og handlinger med afsæt i gode og rigtige løsninger for patienten. På den måde udveksler sygeplejerskerne belæg for et klinisk skøn (Figur 2).

At fungere sammen

Kunsten er at lykkedes med passende udfordringer til den vejledte i overensstemmelse med aktuelle krav til pleje af afdelingens patienter. Det er tydeligt, at når sygeplejerskernes opmærksomhed er rettet mod opgaveløsning, kan det glippe at udnytte gode læringsmuligheder. Det er af betydning for læringen, at sygeplejerskerne løbende er i stand til at iagttage, udvælge og være i dialog om de læringsmuligheder, der spontant opstår. Læringsudbyttet i følgeskab ser ud til at afhænge af, om særligt vejleder bevidst kan balancere mellem planlagte og spontane læringsituationer i en uforudsigelig og kompleks hverdag. Denne dobbeltrettede opmærksomhed skal afstemmes mellem sygeplejerskerne.

Sygeplejerskerne fortæller, at relationen mellem dem har stor betydning. Det betyder blandt andet, at trykthed er afgørende for, at den vejledte kan lære gennem udførelse af nye eller vanskelige plejeopgaver. Sygeplejerskerne fortæller, at forskellige typer relationer giver noget forskelligt, men afgørende for at fungere godt sammen er, at de har "god kemi". Det vil sige at stole på hinanden og respektere hinandens faglighed. Vejleder har erfaring med specialet og den specifikke sygepleje i afdelingen. Den vejledte er enten nyuddannet sygeplejerske eller med erfaringer fra tidligere arbejdssteder. Trykthed i relationen bliver skabt ved gensidig anerkendelse af hinandens faglige viden og erfaring. Når sygeplejerskerne fokuserer på det faglige indhold og møder hinanden nysgerrigt og åbent, opstår der læring. Deres kendskab og interesse for hinanden som personer understøtter et åbent læringsmiljø med god stemning. Når de begge formår at være undersøgende og anerkendende i forhold til kompetencer, tør de drøfte faglige argumenter, handlinger og holdninger til den kliniske praksis (Figur 3). Se figur næste side....

Når følgeskab ikke lykkes

De tre temaer er en betingelse for at opfylde følgeskab som læringsmetode. Det er ikke følgeskab, hvis sygeplejerskerne ikke er fysisk til stede i samme rum, udøver pleje sammen og fungerer sammen. Fravær af følgeskab ses, når vejleder og den vejledte primært mødes for at fordele opgaver mellem sig, selvom den vejledte kan stille spørgsmål og hente hjælp hos vejleder. Vejleder tolker på afstand ud fra den vejledtes adfærd, om hun har overblik. Vejleder holder f.eks. øje med, om den vejledte får sine patienter gjort klar til operation til tiden,

ANBEFALING: AT FUNGERE SAMMEN

Vejleder og vejlede skal fungere sammen. Opmærksomheden er rettet mod *patienten, tryghed i relationen og balance i relationen*

SÅDAN GØR I

Patienten

- Vær bevidste om, at praksis er foranderlig og afhængig af konteksten. Planlægning holder ikke altid
- Tænk nyt og find læringsmuligheder, når der sker ændringer

Tryghed i relationen

- Skab tryghed i relationen
- Anerkend og inddrag hinandens kompetencer
- Fordel roller og ansvar ud fra jeres kompetencer og sig højt, hvis I vil ændre
- Få kendskab til værdier, holdninger og adfærd
- Drøft afdelingens kultur
- Giv feedback

Balance i relationen

- Balancér mellem en personlig og en professionel relation
- Vis åbenhed og engagement
- Få mod til at vise usikkerhed i uvante situationer

Figur 3

men måden de bliver klargjort på, må den vejlede selv finde ud af. Vejleder vurderer den vejlede ved at læse dokumentation eller ved sporadisk at stikke hovedet ind på stuen. Det ses, at følgeskab får karakter af opgaveløsning og arbejdsfordeling fremfor læring. Følgeskab kan ligeledes trues, hvis den vejlede ikke føler sig udfordret. Den vejlede er generelt opmærksom på den unikke mulighed, hun har i følgeskab, hvor hun netop kan prøve nye opgaver med back up af en erfaren sygeplejerske, og hun ærgrer sig, når det ikke lykkes. Manglende anerkendelse af hinandens kompetencer kan resultere i, at den vejlede læreproces går i stå, og samtaler bliver overfladiske. Hvis den vejlede ikke oplever sine faglige argumenter hørt, kan hun blive utryg og uinteressert i følgeskabet og vælge at "holde lav profil". Det ses, at hun ikke stiller spørgsmål og undgår vejleder. Vejleders modreaktion kan være afmagt eller opgivelse.

Diskussion

I det følgende diskuteres og udfoldes det potentiale, der ligger i at anvende følgeskab som en læringsmetode i klinisk praksis, samt nogle af de krav og udfordringer det samtidig stiller til pædagogisk ledelse og vejlederkompetencer.

Læring trods højt arbejdstempo og handletvang

Den kliniske undervisning foregår i en klinisk praksis, hvor patienternes situation stiller høje krav til sygeplejerskers overblik ved komplekse sygdomstilstande, behandlingssprocedurer samt færdigheder i håndtering og tolkning af teknisk apparatur. Følgeskab kan hurtigt og sikkert indføre den studerende i en specifik klinisk praksis, idet den studerende sammen med en vejleder får mulighed for at lære gennem handling og refleksion. Forudsætningen er, at følgeskab praktiseres ved at være, gøre og fungere sammen i løsning af sygeplejefaglige opgaver. I følgeskabet er indholdet givet, idet der tages udgangspunkt i de problemstillinger, patienterne frembyder og de opgaver, der skal løses i patientforløbet i et samarbejde med kolleger. Sygeplejeopgaverne bliver således styrende for læringen. Dette er i tråd med Tanggaards og Brinkmanns beskrivelse af uren pædagogik (8), hvor de argumenterer for, at pædagogisk praksis ikke skal ses som fænomener løsrevet fra, hvad der skal læres. Tværtimod mener de, at det der skal læres, bliver helt afgørende for, hvordan der skal læres. Overført til sygeplejestuderende betyder det, at de studerende skal lære at vurdere patienter med komplicerede problemstillinger og lede deres forløb i en kompleks organisation i tæt samarbejde med tværfaglige samarbejdspartnere. Ydermere skal de lære at betjene avanceret apparatur og gennemføre professionelle vurderinger af data herfra. Følgeskabets styrke er, at studerende kan lære i autentiske miljøer, selvom sygepleje udføres i højt tempo i komplicerede organisationer. Den studerendes manglende kompetencer rummer ikke risiko for patientsikkerheden, fordi vejleder hele tiden fungerer som sikkerhedsnet og sikrer den faglige kvalitet. Følgeskab giver derfor den studerende mulighed for at lære gennem handlinger og løsning af sygeplejeopgaver, der er åbenlyse nødvendige og meningsfulde i relation til de enkelte patienter. Dermed bliver det direkte motiverende for den studerende at lære det, der kræves, de kan i situationen. Følgeskab giver altså mulighed for, som Tanggaard og Brinkmann (8) skriver, at lære gennem handling og lære i de miljøer, hvor det man skal lære udfolder sig. Den studerende kan i følgeskab med en sygeplejefaglig kompetent vejleder ikke blot imitere, men udvikle sin egen måde at gøre på.

Undersøgelsen viser, at vejleder guider verbalt og kropsligt i forbindelse med udførelse af praktiske færdigheder og betjening af f.eks. avanceret apparatur. Vejleder viser i dialog og handling en reflekteret forståelse af sammenhænge og argumenter, som danner baggrund for beslutninger i klinisk praksis. I undersøgelsen trækker vejleder tidligere patientbilleder ind til at forklare og begrunde, hvordan hun tolker en situation. Vejleder formidler det, Benner (1) beskriver som mønstergen-

kendelse. I undersøgelsen omtales det f.eks. som fif og tricks, og er en viden, som den studerende ikke kan hente i teorier og instrukser. Benner (9) fremhæver, at der i uddannelsen af sygeplejestuderende må undervises, så de nye sygeplejersker udvikler evne til relevansvurdering, forstået som at skabe sig overblik over hele den kliniske situation, opfange hvad der er mere eller mindre vigtigt i situationen, samt anvende relevante kundskaber i konkrete handlinger. I undersøgelsen af følgeskaber er de nye sygeplejersker i nye situationer – et nyt speciale, nye typer af patientproblemer, ny teknik eller ny organisation, og det ser ud til, at de har brug for at udvikle deres evne til relevansvurdering. I følgeskab gøres relevansvurdering synlig for den nye, når de udfører sygepleje sammen, da dialog med vejleder støtter en ny til at vurdere, prioritere og handle i en specifik klinisk situation. Anbefalingerne for følgeskab rummer dialog om det kliniske skøn, heri ligger det, Benner (9) beskriver som relevansvurdering og klinisk fantasi. I følgeskab drøftes det særlige i en konkret situation, og vejleder kan stimulere den studerende til at forestille sig, hvordan en patients tilstand kan udvikle sig. Den studerende kan afprøve sine antagelser ved at stille vejleder spørgsmål.

Følgeskab rummer potentiale for læring hos både studerende og vejleder, når de udfører sygepleje sammen og drøfter viden, teori, erfaringer eller handlinger. Dette kræver, at begge parter er undersøgende, lydhøre overfor hinandens viden og erfaring. Netop mødet med det ukendte beskriver Wachterhausen (10) som stimulerende for refleksion af 2. orden, hvor der reflekteres over egen praksis og egne refleksioner. Der er i følge Wachterhausen (10) en risiko for, at praksisfællesskabet rummer handlingsbåren kundskab, som fungerer selvbekræftende og tænkes ud fra traditionelle og kendte perspektiver. Refleksion forbliver da af 1. orden og er kun problemløsende (10). Overført til følgeskab må både vejleder og studerende have vilje og tid til refleksion, så oplæring i praksis ikke bliver imitation, styring og kontrol, men netop giver mulighed for, at de begge lærer.

Pædagogisk ledelse er en forudsætning

Den sygeplejefaglige ledelses betydning for følgeskabets succes kan belyses med den norske antropolog Cato Wadels (11) beskrivelse af lærende organisationer. Wadel skelner mellem henholdsvis administrativ og pædagogisk ledelse. Administrativ ledelse knytter sig primært til at få den daglige drift afviklet, mens den pædagogiske ledelse handler om at skabe lærings- og udviklingsmæssige aktiviteter. Administrativ ledelse er ofte prioriteret højt på grund af krav i organisationen om at demonstrere opfyldelse af kvalitetsmål. Administrativ

ledelse alene vil hindre organisationen i at udvikle og forny sig. Iflg. Wadel bør der tilvejebringes en balance mellem den administrative og den pædagogiske ledelse (11). Derfor må følgeskab som læringsmetode indgå i ledelsens prioritering af nødvendige arbejdsopgaver for både sygeplejersker og studerende. Det kræver, at der afsættes tid til, at klinisk vejleder og studerende kan være, gøre og fungere sammen.

Wadel fremhæver, at pædagogisk ledelse skaber fælles forståelse for værdier (10). Det betyder, at den sygeplejefaglige leder strategisk kan udvælge klinisk vejleder eller anden faglig ressourceperson til følgeskab, således af afdelingens værdifulde kompetencer indgår i den studerendes læreproces.

De studerende kommer med ny opdateret viden, og måske med erfaringer fra anden praksis, hvorved de studerendes handlinger, argumenter og refleksioner potentielt kan bidrage til udvikling af den kliniske praksis. Ideelt set indgår sygeplejersker og studerende således i gensidige læringsforhold. Der vil i enhver organisation være behov for pædagogisk ledelse, der tager sigte på at skabe refleksion, læring og udvikling, hvilket følgeskab er et godt bud på.

Vejlederens forudsætninger

Den pædagogiske ledelse operationaliseres direkte i måden, vejledere fungerer på i følgeskab. Undersøgelsen viser, at når følgeskab lykkes, stiller vejleder sin praksis til skue og argumenterer for afdelingens værdier i sygeplejen. Vejleder sætter værdierne på prøve i dialog med den studerende, så mening og argumenter skabes sammen. Vejleder må anerkende den studerendes forudsætninger og være bevidst og kritisk omkring egen magt og socialiserende indflydelse på læreprocessen. Vejlederens kompetencer må rumme et sikkert fagligt fundament og overblik over patientsituationer, så den studerende kan træne og drøfte klinisk beslutningstagen og prioritering hos den enkelte patient (9). Vejleder må "holde hænderne på ryggen", altså bevidst sætte egen praktisering i baggrunden og invitere den studerende ind i plejeopgaver og samarbejde med andre faggrupper. Luhanga (3) argumenterer for, at sygeplejersker, der vejleder i klinisk praksis, må udvikle pædagogisk kompetence til at forstå voksnes læring, stille reflekterende spørgsmål, give en konstruktiv feedback, evaluere og sikre progression hos den lærende (3). Derudover viser undersøgelsen af følgeskab, at tillid og gensidig anerkendende tilgang er væsentlig for, at følgeskab fungerer. Der må derfor stilles krav til vejledernes sygeplejefaglige og pædagogiske kompetencer.

Perspektiver for praksis

Følgeskab rummer potentiale som metode til læring i klinisk praksis, når studerende og vejleder er, gør og fungerer sammen i praksis. Som en forudsætning kræves en tydelig opmærksomhed på formen i følgeskab og lokalt præciseret indhold rettet mod forventet læringsudbytte. Vejleder og studerende må rette deres opmærksomhed på at se, høre og eksplicite vidensformer og erfaringsgrundlag, der danner grundlag for kliniske beslutninger. De må være i dialog om involvering af patienter og pårørende, herunder demonstrere og træne situationsbestemt kommunikation. Følgeskab understøtter, at den studerende hurtigt og sikkert kan indgå i klinikkens organisering, tilrettelæggelse og prioritering af opgaver. Det er afgørende, at vejleder og studerende drøfter, hvilke begrundelser der ligger bag de forskellige patientforløb. Afvigelser i patientforløbet diskuteres, så den studerende kan udvikle selvstændig, velbegrundet og reflekteret klinisk lederskab i forhold til den enkelte patients forløb i en specifik kontekst i sundhedsvæsenet.

Ud over forfatterne har følgende uddannelses- og udviklingsansvarlige sygeplejersker deltaget i projektet: Liselotte Brahe, Anne Marie Elsborg, Jeanette Finderup og Karina Nielsen. Projektet er støttet af den sygeplejefaglige ledelse på Aarhus Universitetshospital.

Referencer

1. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment and ethics. New York: Springer Publication; 1996.
2. Nielsen K, Kvale S. Mesterlære – læring som social praksis. København: Hans Reitzels Forlag; 1999.
3. Luhanga FL et al. The One-to-One Relationship: Is it Really Key to an Effective Preceptorship Experience? A Review of the Literature. *Int. J Nursing Education Scholarship*. 2010,7 (1).
4. Rush K et al. Best practices of formal graduate nurse transition programs: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 50: 345-356.
5. Spradley JP. Participant observation. Harcourt Brace College Publishers, Fort Worth. 1980.
6. Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography: Principles in practice*. Third ed. London: Routledge; 2007
7. Kvale S, Brinkmann S. *Interview – introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag; 2010
8. Tanggaard L, Brinkmann S. Til forsvar for en uren pædagogik. *Nordisk Pædagogik* nr. 4, 2008.
9. Benner P et al. Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 2010
10. Wachterhausen S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. Aarhus Universitet: Institut for Filosofi og Idéhistorie. Skriftserie nr. 1/2008
11. Wadel CC. Pædagogisk ledelse og udvikling af lærende organisationer. I: Sørensen EE m.fl. *Ledelse og læring – i organisationer*. København: Hans Reitzels forlag; 2011

ReBUS: Praksisnær forskning i et innovativt samarbejde mellem UCD og Frederiksberg hjemmesygepleje med aktiv deltagelse af sygeplejestuderende

Af Britta Hørdam, Sygeplejerske, Ph.d., KU,

Rikke Volmer Brandsen, Klinisk vejleder, SD

Heidi Næsted Stuhaug, Chef, Frederiksberg hjemmepleje,

Troels Krarup Frandsen, sygeplejestuderende,

Annikе Bing, sygeplejestuderende

Kim Petersen, Rektor, UC Diakonissestiftelsen.

Formålet med denne artikel er på eksemplarisk vis at præsentere en gruppe sygeplejestuderendes forudsætninger, aktive deltagelse og konkrete udbytte af deltagelse i praksisnær forskning. I projektet blev det undersøgt, hvordan borgere visiteret i hjemmeplejen til hjælp til personlig hygiejne vurderede brug af badeservietter versus vand og sæbe (1).

ReBUS er et akronym for Rehabilitation Bath User Satisfaction (1) Projektet kan i sin helhed følges på (<http://diakonissestiftelsen.dk/sygeplejerske/rebus-kronologi>).

Baggrund

Inspireret af beskrivelsen i "Studieordning for professionsbachelor 2016 for Professionshøjskolen Metropol og Diakonissestiftelsen" (<http://www.phmetropol.dk/Uddannelser/Sygeplejerske/uddannelsen/Studieordning>) om fokus på samarbejde mellem godkendte kliniske uddannelsessteder og uddannelsesinstitutionen, har de sygeplejestuderende erhvervet sig viden om dataindsamling, interview og registrering af observationer i praksis som en del af forskningsprocessen.

De studerende havde eksempelvis mulighed for gennem praksisnær forskning at bidrage til dataindsamling direkte indsamlet hos borgere, der deltog i projekt ReBUS (1).

Inden de studerende påbegyndte deres praktik i Frederiksberg hjemmepleje, havde de involverede borgere givet skriftligt informeret samtykke til deltagelse. De havde fået en detaljeret gennemgang af forløbet,

der indebar, at de to dage om ugen i tre uger brugte badeservietter til deres personlige hygiejne og to dage brugte vand og sæbe. Disse i alt fire dage x tre uger ville betyde, at de alle dagene tilkendegav deres vurdering af hjælpen til deres personlig hygiejne ved de to badetyper.

Assistance til personlig hygiejne og registrering af data varetog de studerende.

Etik

Projektet er godkendt af datatilsynet: J.nr. 2016-55-0804.

De studerendes aktiviteter omfattede følgende områder:

- Individuel vurdering og registrering af brug af henholdsvis badeservietter versus vand og sæbe til den enkelte borger.
- Borgerens tilfredshed ved brug af henholdsvis badeservietter versus vand og sæbe.
- Vurdering af tidsforbrug ved de to badetyper.
- Værdighed og etik i forbindelse med hjælp til personlig hygiejne.
- Kan badeservietter anbefales til borgerens personlige hygiejne?
- Kan vand og sæbe anbefales til borgerens personlige hygiejne?
- Kan begge typer bad anbefales med respekt for borgerens valg?
- Individuel vurdering af borgerens hud ved brug af badeservietter versus vand og sæbe?
- Borgernes tilfredshed med deltagelse i projektet.

De studerendes forudsætninger

I projektet deltog 6 sygeplejestuderende i deres kliniske undervisning på modul 12. Det var 1 mand og 5 kvinder med en gennemsnitsalder 25 år (24 – 35). De afslutter alle deres studie som professionsbachelor er januar 2017.

Alle 6 studerende havde gennemført gymnasial uddannelse afsluttet med studentereksamen.

3 af deltagerne havde gennemført anden uddannelse, inden de påbegyndte deres nuværende uddannelse til professionsbachelor i sygepleje. 1 studerende var uddannet social- og sundhedsassistent, 1 havde en kokkeuddannelse, 1 havde gennemført en BA i teologi.

De faglige forudsætninger for alle 6 studerende omfattede også følgende aktiviteter: 1 studerende havde arbejdet i medicinalbranchen, 2 studerende var ansat i vikarkorps på helholdsvis Rigshospitalet og Bispebjerg hospital. 1 studerende havde været frivillig på et pædiatrisk hospital i Cape Town i 5 måneder, og 1 studerende havde arbejdet i en børnehave 6 måneder.

Projekt-forskningserfaringer

I deres nuværende uddannelsesforløb oplyste de studerende følgende: 1 studerende havde deltaget i et andet forskningsprojekt, to studerende havde deltaget i udviklings-/kvalitetsprojekter i deres nuværende uddannelsesforløb.

Alle studerende forventer at:

- Forsknings, udviklings- og kvalitetsprojekter vil være en del af deres opgaver, når de er uddannet.

En studerendes begrundelse var:

"ja, jeg synes det hører sig med til at være sygeplejerske, og hjælper samtidig en med at holde sig opdateret indenfor den nyeste viden".

En anden studerende begrundede sit svar med:

"Udvikling af procedurer og arbejdsgange interesserer mig, og jeg forstiller mig, at det også vil have min opmærksomhed efter endt uddannelse.

Data fra de studerende blev indsamlet via et spørgeskema, som de besvarede elektronisk, det findes på: <http://diakonissestiftelsen.dk/sygeplejerske/rebus-kronologi>).

Deltagernes forudsætninger

I alt tyve borgere tilknyttet hjemmeplejen og visiteret til daglig hjælp til personlig hygiejne blev inkluderet i projektet, det drejer sig om syv mænd og tretten kvinder i alderen 49-102 år, hvilket giver en gennemsnitsalder 73 år.

I alt atten borgere – seks mænd og tolv kvinder gennemførte aktiv deltagelse i alle 3 uger. De to borgere, der udgik af projektet havde følgende begrundelser: en kvinde flyttede på plejehjem, og en mand rejste på ferie i hele perioden.

Data om borgernes alder, køn, selvvalgte helbredsstatus, boligforhold, behov for hjælp i hjemmet og hverdagsrehabilitering blev indsamlet af de to kliniske vejledere, efter at borgerne havde givet skriftligt informeret samtykke til deltagelse. Derfor kunne de studerende informeres om følgende data som introduktion til interventionen:

- Alder og køn.
- Alle atten borgere havde egen selvstændig lejlighed med badeværelse og brusebad med varmt og koldt vand. I alt seks borgere havde også karbad.
- Halvdelen af borgerne vurderede deres helbred som værende godt og halvdelen giver vurderingen mindre godt.
- I alt tolv af borgerne bor alene.
- Alle atten borgere får daglig hjælp til hel eller delvis personlig hygiejne og påklædning som en del af kommunens planlagte strategi for hverdagsrehabilitering.
- To af borgerne kan gå på gaden alene, de øvrige 16 er afhængige af en ledsager, når de skal uden for deres lejlighed.
- I alt seks af borgerne deltager i aktiviteter i ældrecenter.
- I alt fjorten af borgerne oplyser, at de har daglig kontakt med familie eller bekendte, mens fire oplyser, at de har kontakt med familie eller bekendte to til tre gange om ugen.

Teoretisk reference om bad med badeservietter versus vand og sæbe

Projektgruppen havde, inden de studerende kom i hjemmesygeplejen, identificeret følgende artikler (2-9):

- Carruth AK, Ricks D, Pullen P. Bag baths: an alternative to the bed bath. *Nurs Manage* 1995; 26: 75.
- Collins F, Hampton S. Product focus. The cost-effective use of BagBath: a new concept in patient hygiene. *Br J Nurs* 2003; 12: 984.
- Greaves A. We'll just freshen you up, dear.. a bed bath can often leave the patient dirtier. *Nurs Times* 1985; 81: 3.
- Larson EL, Ciliberti T, Chantler C, Abraham J, Lazaro EM, Venturanza M, Pancholi P. Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. *Am J Crit Care* 2004; 13: 235-41.
- Lentz J. Daily baths: torment or comfort at end of life? *J Hosp Palliat Nurs* 2003; 5: 34-9. Kbh.
- Nøddeskou L et al. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bath compared to prepacked single units – randomized clinical trial. I: *Scand J Car-*

ing SCI: 2015; 29 (347-352)

- Sheppard CM, Brenner PS. The effects of bathing and skin care practices on skin quality and satisfaction with an innovative product. *J Gerontol Nurs* 2000; 26: 36.
- Skewes SM. No more bed baths!... bag bath... a technique that lessens the risk of skin impairment. *RN* 1994; 57: 34-5.

De seks studerende gennemførte i grupper med to og to sammen reviews af to til tre artikler pr. gruppe. De arbejdede efter en skabelon opdelt i syv områder, der fungerede som vejledning til vurdering af artiklernes kvalitet.

De syv områder:

1. Præsentation af tidsskrift, forfatter, land og årstal for publicering.
 2. Artiklens formål.
 3. Metode, design, instrumenter, datakilder, undersøgelsens omfang, antal deltagere.
 4. Sygeplejeaktiviteter.
 5. Resultater og fund.
 6. Konklusion.
 7. Kommentarer, nøgleord og begreber.
- (Hørדם 2009, upubliceret reviewskema)

Resultaterne af de studerendes reviews blev præsenteret i et plenum med deltagelse de studerende, rektor og en lektor fra UCD, chefen og to kliniske vejledere i hjemmesygeplejen samt leder af forskningsprojektet ReBUS.

Konklusion på de gennemførte reviews

De foreløbige erfaringer, som reviews dokumenterer, efterlader både de studerende, de kliniske vejledere og lektorer fra UCD med en forundring over, at en så hyppig aktivitet som at assistere patienter med personlig hygiejne ikke er udforsket i flere studier.

Sengebad eller hjælp til personlig hygiejne er tilskrevet stor betydning, og det præsenteres i både lærebøger som et centralt element af flere sygeplejeteoretikere i grundlæggende sygepleje (10-11). Nightingale beskrev ikke specifikt sengebad, men hun præsenterede sine kendte principper om betydningen af eksempelvis frisk luft, lys, varme, renlighed, ro og diæt. I sin beskrivelse af sygepleje var hun ikke procedureorienteret, men hun fremhævede nødvendigheden af, at sygepleje kræver viden, men det læres i praksis, hvor sygeplejerskens egne erfaringer og patientens meninger er centrale for refleksion i udøvelsen af sygepleje (10).

Henderson beskrev og præsenterede fjorten almenmenneskelige behov, som sygeplejerskens grundlag, forudsætninger og tilgang til patientplejen. Eksempelvis

det at bistå patienten til at holde kroppen ren, soigneret og beskytte hud og slimhinder (personlig hygiejne) (11). Hvor Nightingale havde sit fokus på erfaringer, refleksioner og patientinddragelse, så havde Henderson en målrettet formuleret behovsorienteret plan for sygeplejen i praksis. Begge fremhæver den personlige hygiejne som vigtig for patientens velbefindende og velvære.

Først i 1994 kom der skred i udvikling og forskning med fokus på personlige hygiejne, da Skewes udviklede og indførte badeservietter som alternativ til brug af vand og sæbe til personlig hygiejne/sengebad (9).

Ifølge Nøddeskou findes der primært lærebogslitteratur om sengebadet på dansk, og de udenlandske studier er ikke oversat til dansk, hvorfor få fagpersoner formentlig har kendskab til disse i klinisk praksis (12).

Der eksisterer ikke en national klinisk retningslinje for sengebadet (CFKR.dk 2016). Ligesom sengebadet ikke er blevet behandlet i større omfang i den evidensbaserede sygeplejefaglige litteratur. Interventioner ved sengebadet beskrives som fundamentale og selve omdrejningspunktet for den grundlæggende sygepleje. Sengebadet beskrives som vigtigt for patientens velbefindende.

På trods heraf uddelegeres sengebadet til plejepersonale med kortere uddannelse eller ingen uddannelse (https://www.cappelendamm.no/_kroppsvask-i-sjukepleie-jeanne-helene-boge-9788279501503).

Samtidig viser et systematisk review fra 2013, at der er signifikant mangel på forskning og undersøgelser af høj kvalitet indenfor hudvask og bademetoder af ældre patienter over 65 år (13-14).

Perspektiver

Med afsæt i den teoretiske opdatering og de indsamlede praksisnære data i ReBUS projektet besluttede to sygeplejestuderende at fordybe sig yderligere i viden om sengebad i udarbejdelsen af det forestående professionsbachelorprojekt, der afsluttes januar 2017.



Den ene studerende deltog i projektet i Frederiksberg hjemmepleje og den anden havde interesse og var motiveret for at få yderligere viden. Begge var optaget af det dilemma eller paradoks, der fremkommer, når sengebadet ikke er blevet behandlet i større omfang i den evidensbaserede sygeplejefaglige litteratur, når interventioner ved sengebadet samtidig beskrives som fundamentale og selve omdrejningspunktet for den grundlæggende sygepleje samt for patientens velbefindende. Det er en praktisk intervention, der bruges meget tid på i den daglige sygepleje til patienterne.

Spørgsmålet for kommende sygeplejersker er, om tidligere tiders fokus aktuelt fastholdes i den måde, hvorpå sengebadet beskrives. Om renligheden, den personlige hygiejne og det kliniske blik stadig er i fokus. Om fokus på patientens oplevelse af velbehag og sygeplejerskens enestående mulighed for kommunikation og observation stadig er væsentlig. Sidst men ikke mindst om kontakten mellem sygeplejersken og patienten stadig tillægges betydning i forbindelse med hjælp til personlig hygiejne eller sengebåd.

Sygeplejefagligt problem

Hvordan beskrives sengebadet anno 2016 med henholdsvis vaskeservietter og vand og sæbe i den sygeplejefaglige forskningslitteratur, og hvilke implikationer kan det få for den kliniske sygeplejepsiksis?

Status

Når den sygeplejefaglige problemstilling er bearbejdet i bachelorprojektet og bedømt i januar 2017, så foreligger der nye dimensioner for generering af viden om hjælp til personlig hygiejne i sygeplejen.

Idet der nu er gennemført yderligere litteratursøgning til bearbejdelse af problemstillingen med inclusion af ialt 16 artikler (Bilag 1).

Samtidig er der søgt efter sygeplejeteori, der beskæftiger sig med, hvad det indebærer for sygeplejersker at gennemføre denne ofte meget nære kropslige kontakt med patienter. En kontakt der både kan være grænseoverskridende og være et tabu for begge parter.

Søgning efter sygeplejeteori førte til, at det nu er relevant med en fordybelse i den australske sygeplejerske og sociolog Jocalyn Lawler (14). Hun har forsket i, hvordan sygeplejersker udfører personlig hygiejne og fokuserer bevidst på interventionen, hvor patienten er afhængig af sygeplejerskens hjælp til personlig hygiejne. Lawlers publicerede forskning findes på engelsk og i en norsk version.

Hendes teori er funderet i fire somologiske regler:

- Føjelighed
- Kontrol
- Afhængighed
- Blufærdighed

5 Hovedfaktorer:

2 om at værne og beskytte ved brug af

- Uniform
- Væremåde

3 om relation og handlinger

Lawler anvender også begrebet minifismer. Lawler bruger dette begreb til at beskrive behovet fra sygeplejersken for at hjælpe patienten igennem situationen. Minifismer betyder, at sygeplejersken kan minimere forlegenhedsområder for patienten. Udtalelser om 'at det gør ikke noget', 'jeg er vant til det', 'det er mit arbejde', 'du er snart ovenpå igen' osv. hjælper patienten med ikke at føle sig flov eller forlegen.

Udfordringer

Denne nye viden genereret gennem reviews af yderligere seksten artikler (Bilag 1), og den praktiske erfaring erhvervet ved deltagelse i praksisnær forskning, som ReBUS projektet har genereret, kræver videreudvikling. Dels gennem yderligere sygeplejeteoretisk viden og fordybelse i Lawlers tilgang til sengebåd.

Samtidig er der god basis for yderligere inddragelse af borgere fremadrettet, idet erfaringerne fra ReBUS dokumenterer, at borgerne var meget engagerede og tilfredse med at deltage, hvilket kan aflæses af deres besvarelser og vurdering af deltagelse i projektet. Alle borgerne var især tilfredse med at blive inddraget og give deres detaljerede mening og vurdering af begge badetyper i forløbet. Borgerne syntes godt om begge badetyper, de følte sig godt tilpas med badeservietter, som de vurderede som skånsomme og behagelige for huden. Alle atten borgere er tilfredse med at have valgmuligheden mellem de to badetyper.

ReBUS er nu på vej ind en ny fase, der er nu mere viden om sengebåd og de to badetyper, de ældre borgere er interesserede i inddragelse i egen hverdagsrehabilitering, det kan give plads til forbedringer. Der er statistiske opgørelser i gang, som præsenteres i 2017.

Både chefen for hjemmeplejen og rektor for sygeplejeskolen tilkendegiver, at de sammen -Frederiksberg Kommune og UCD - kan fremstå som vidensproducerende på videnskabelig basis. Det er præcis, hvad en uddannelsesinstitution skal kunne. ReBUS er et klinisk forskningsprojekt, som repræsenterer den form for prak-



sisnær forskning, som sygeplejerskeuddannelsen og hjemmeplejen satser på. (<http://diakonissestiftelsen.dk/sygeplejerske/rebus-kronologi>)

Referencer

1. Hørdam B, Honoré J, Volmer Brandsen R, Næsted Stuhaug H, Krogager H, Petersen K (2016). ReBUS: Forskning i basal sygepleje. I: Uddannelsesnyt nr. 3 – 27 årgang (pp 31-37).
2. Carruth AK, Ricks D, Pullen P. (1995) Bag baths: an alternative to the bed bath. *Nurs Manage* 26: 75.
3. Collins F, Hampton S.(2003) Product focus.The cost-effective use of BagBath: a new concept in patient hygiene. *Br J Nurs* 12: 984.
4. Greaves A. (1985) We'll just freshen you up, dear.. a bed bath can often leave the patient dirtier. *Nurs Times* 81: 3.
5. Larson EL, Ciliberti T, Chantler C, Abraham J, Lazaro EM, Venturanza M, Pancholi P. (2004) Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. *Am J Crit Care* 13: 235–41.
6. Lentz J. (2003) Daily baths: torment or comfort at end of life? *J Hosp Palliat Nurs* 5: 34–9. Kbh.
7. Nøddeskou L et al.(2015) Elderly patients' and nurses' assesment of traditional bath compared to prepacked single units – randomized clinical trial. I: *Scand J Caring SCI*: 2015; 29 (347-352)
8. Sheppard CM, Brenner PS.(2000) The effects of bathing and skin care practices on skin quality and satisfaction with an innovative product. *J Gerontol Nurs* 26: 36.
9. Skewes SM. (1994) No more bed baths!... bag bath... a technique that lessens the risk of skin impairment. *R* 57: 34–5.
10. Nightingale F. (2004) Notes on Nursing. Munksgaard. DK.
11. Henderson V. (2012) Sygeplejens grundlæggende principper. 7 udgave. Dansk Sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag. Kbh.
12. Nøddeskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam B. (2010) Traditionelt versus engangssengebad - et klinisk kontrolleret studie. Masterafhandling i klinisk sygepleje. Afdeling for Sygeplejevidenskab. Institut for Folkesundhed, Århus Universitet. www.folkesundhed.au.dk/masterprojekter
13. Cowdell F. (2010) Promoting skin health in older people. *Nursing Older People*; 22(10), s. 21-26.
14. Cowdell F. (2011) Older People, Personal Hygiene, And Skin Care. *MEDSURG Nursing*; 20(5), s. 235-240.
15. Lawler J. (2006) Behind the Screens. *Nursing, Somol-*

ogy and the Problem of the Body. Sydney University Press. University of Sydney. Aus.

Bilag 1:

1. (1) Birch S, Coggins T. No-rinse, one-step bed bath: the effects on the occurrence of skin tears in a long-term care setting. *Ostomy Wound Manage* 2003 Jan;49(1):64-67.
2. (2) Carruth AK, Ricks D, Pullen P. Bag baths: an alternative to the bed bath. *Nurs Manage* 1995 Sep;26(9):75-6, 78.
3. (3) Collins F, Hampton S. BagBath: the value of simplistic care in the community. *Br J Community Nurs* 2003 Oct;8(10):470-475.
4. (4) Collins F, Hampton S. The cost-effective use of BagBath: a new concept in patient hygiene. *Br J Nurs* 2003 Sep 11-24;12(16):984, 986-90.
5. (5) Coyer FM, O'Sullivan J, Cadman N. The provision of patient personal hygiene in the intensive care unit: a descriptive exploratory study of bed-bathing practice. *Aust Crit Care* 2011 Aug;24(3):198-209.
6. (6) Downey L, Lloyd H. Bed bathing patients in hospital. *Nurs Stand* 2008 Apr 30-May 6;22(34):35-40.
7. (7) Eigsti JE. Innovative solutions: beds, baths, and bottoms: a quality improvement initiative to standardize use of beds, bathing techniques, and skin care in a general critical-care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2011 May-Jun;30(3):169-176.
8. (8) Gillis K, Tency I, Roelant E, Laureys S, Devriendt H, Lips D. Skin hydration in nursing home residents using disposable bed baths. *Geriatr Nurs* 2016 May-Jun;37(3):175-179.
9. (9) Larson EL, Ciliberti T, Chantler C, Abraham J, Lazaro EM, Venturanza M, et al. Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. *Am J Crit Care* 2004 May;13(3):235-241.
10. (10) Lentz J. Daily Baths: Torment or Comfort at End of Life?. 2016, july, UK, http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=401249
11. (11) Massa J. Improving efficiency, reducing infection, and enhancing experience. *Br J Nurs* 2010 Dec 9-2011 Jan 13;19(22):1408-1414.
12. (12) Nøddeskou L et al.(2015) Elderly patients' and nurses' assesment of traditional bath compared to prepacked single units – randomized clinical trial. I: *Scand J Caring SCI*: 2015; 29 (347-352)
13. (13) Pegram A, Bloomfield J, Jones A. Clinical skills: bed bathing and personal hygiene needs of patients. *Br J Nurs* 2007 Mar 22-Apr 11;16(6):356-358.
14. (14) Powers J, Fortney S. Bed baths: much more than a basic nursing task. *Nursing* 2014 Oct;44(10):67-68.
15. (15) Sheppard CM, Brenner PS. The effects of bathing and skin care practices on skin quality and satisfaction with an innovative product. *J Gerontol Nurs*

Årets kliniksted



Af Line Cecilie Thusholt Jakobsen. Forretningsudvalgsmedlem i Sygeplejestuderendes Lands sammenslutning. Sygeplejestuderende modul 7, University College Nordjylland. Sls-fu81@dsr.dk

Keywords: Årets Kliniksted, sygeplejestuderende, SLS, uddannelse, læring, klinik.

Den gode klinik

I år har vi i SLS et indsatsområde, der hedder "den gode klinik". Her er fokus på den kliniske del af sygeplejerskeuddannelsen. Det er her, at de studerende får en føling med den hverdag, de uddanner sig til. Klinikken er det sted, hvor de studerende lærer at koble teori og praksis og udvikler deres identitet som sygeplejersker, så det er vigtigt, at undervisningen er af høj kvalitet. For SLS er det et rigtig vigtigt indsatsområde, hvor vi arbejder for at styrke de studerendes faglige udbytte i klinikken. I år har vi defineret tre fokusområder: 1. Kliniske vejledere, 2. Sygeplejestuderende før, under og efter klinik samt 3. Formidling af den gode historie.

Årets Kliniksted er med til at sætte fokus på den gode klinik, men også formidling af den gode historie. Det er også med til at fortælle om, hvordan de sygeplejestuderende oplever det at være i klinik. De ting, de byder ind med, giver os en viden om, hvad der er af betydning for at skabe et godt klinikophold. Det er vigtig viden, vi kan arbejde videre med og anvende til at skabe gode kliniske forløb for alle.

Årets Kliniksted går til ...

Man kan efterhånden godt sige, at det er en tradition indenfor vores organisation, at vi sætter fokus på de kliniske uddannelsessteder og opfordrer vores medlemmer til at fortælle om, hvorfor netop deres ophold har været så godt igennem Årets Kliniksted. Disse ophold er med til at forme de studerende i deres kommende arbejde som sygeplejersker, og derfor er det vigtigt, at de har et lærerigt ophold. Vi kan på indstillingerne se, at det er alle moduler, der er repræsenteret; fra den helt nye studerende, der er ude i sit første ophold på 1. semester til den garvede studerende, der skal nå de sidste læringsmål inden bacheloren kalder.

Abstract

Hvert år afholder Sygeplejestuderendes Lands sammenslutning kampagnen Årets Kliniksted i hver af de 5 regioner. Studerende sender indstillinger om deres kliniksted på baggrund af 4 kriterier: god klinisk vejledning, et godt studiemiljø, fokus på uddannelse og gode læringsmuligheder. Årets Kliniksted er en anerkendelse af de kliniske vejledere og klinikstederne. Det er også den gode historie skrevet af dem, der er en del af den i hverdagen. Gennem historierne fortælles om, hvad der er af betydning for at skabe et godt klinikophold, og hvordan der er fokus på læring og udvikling.

I år har der været en bred repræsentation af kliniksteder blandt indstillingerne. Ofte er det hospitalsafdelingerne, der bliver indstillet, men der kommer flere og flere psykiatriske- og hjemmesygeplejekliniksteder til. Vi nåede op på 101 indstillinger i år, som er mere end en tredobling fra sidste år. Vinderne i år var:

- M33, Intern medicinsk sengeafsnit, Amager og Hvidovre Hospital, Glostrup matriklen
- Botilbuddet Guldblommevej 1, Viborg Kommune
- Neonatalafsnit 12-13, Aalborg Universitets Hospital
- Ortopædkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus
- OP/OPV/Anæstesi, Sydvestjysk Sygehus, Grindsted

Da vi startede med denne kampagne tilbage i 2012, blev der kåret én vinder nationalt. Sidenhen fandt vi dog ud af, at der var så stor interesse for det, at én vinder ville være for lidt, og derfor blev det fastlagt, at der skulle kåres en vinder i hver region. For hvert år bliver vores kampagne større og større, og flere hører om det. Det kan vi også se i år, hvor indstillingerne har nået et antal, vi ikke turde drømme om.

Lige netop mængden af indstillingerne, og det at det er de studerende, der skriver dem, fortæller noget om, hvor gode klinikstederne er til at have de studerende. Der bliver brugt lang tid på indstillingerne, på at forklare hvorfor lige netop deres kliniksted fortjener at vinde. De studerende indstiller deres kliniksted på baggrund af 4 kriterier:

1. God klinisk vejledning
2. Et godt studiemiljø
3. Fokus på uddannelse
4. Gode læringsmuligheder

Det er nogle fokusområder, der er vigtige for de studerende, så de kan opnå det fulde potentiale gennem deres klinikophold.

Plads til den studerende i et travlt samfund

Vi hører ofte om, hvor travlt der er i sundhedssektoren, om pres og stress der ikke er til at håndtere. På det seneste har flere sundhedspersoner været ude at råbe stop til politikerne. Når sundhedsvæsenet er så presset, er det svært at være studerende. Man kunne sagtens tænke, at det at følge en sygeplejerske, der har travlt og er stresset ville gå ud over den studerede, men vi kan se i netop disse indstillinger, at selvom der er sygemeldinger, overbelægning og stress på afdelingerne, så tager de sig tid til den studerende. De giver de studerende plads til at reflektere over deres arbejde og tager sig tid til at have en fælles refleksion med de studerende. Det er med til at skabe de vigtige, gode rammer, der skal være på afdelingen.



Af Birgit Hedegaard Møller, Formand

Godt nytår til alle medlemmer af FSUS

Med dette nyhedsbrev i 2017 håber jeg, at vi også i det nye år kan fortsætte vores aktive linje med gode tiltag til gavn for udviklingen af sygeplejen og sygeplejerskeuddannelsen.

Således har 2016 igen været et år med mange aktiviteter i FSUS og med stor tilslutning til vores temadage og konferencer.

Ny uddannelse har, ikke overaskende, præget årets FSUS konferencer.

Forårskonference i Århus var en stor succes og alle var enige om at det var en god og vedkommende konference og et fantastisk sted at være.

Efterårskonference var en overvældende stor succes med mange tilmeldinger og vi fik med kreativ problemløsning plads til flere end der oprindeligt var plads til, da vi synes det var vigtigt at vi kunne imødekomme, så mange som muligt ønske om at deltage.

Vi fik også her rigtigt gode evalueringer af sted og indhold – indholdet blev rost og særligt besøget på Sygeplejemuseet var en stor succes.

Uddannelsesnyt

Udgivelserne fungerer rigtigt godt og der udgives blade af høj kvalitet. Vi har desværre måtte tage afsked med Helene Kelly som, af private årsager, har måtte melde fra – Tak for en fantastisk indsats til Helene. Redaktionsgruppen er siden, heldigvis, blevet suppleret af nye medlemmer. Marianne Eilsø Munksgaard og Christl Fandt Hansen, hvilket vi er rigtigt glade for.

Bestyrelsen er fortsat interesseret i at få kommentarer fra medlemmerne vedrørende Uddannelsesnyt, både på udseende og indhold.

Hjemmesiden.

Hjemmesiden fungerer efterhånden ok nu. I er altid velkomne til at kontakte os hvis I har brug for informationer I ikke lige kan finde på den nye hjemmeside. Hvis I er interesseret i at få besked når der skrives noget/ slås noget op på vores hjemmeside, så kan I få en notifikation i jeres mail. (se vejledning under uddannelsesnyt)

Kliniske vejledere

Netværk for kliniske vejledere har nu været etableret i nogle år, og er fuldtallige. De er vældigt produktive, aktive og har blandt andet udviklet en værktøjskasse til brug for klinikken. Netværket vil præsentere sig på temadagen for kliniske vejledere i februar.

NY uddannelse

Som det er de fleste bekendt, er der trådte en ny uddannelsesbekendtgørelse for sygeplejerskeuddannelsen i kraft september 2016. Alle uddannelsesinstitutioner og kliniske undervisningssteder i landet er i fuld gang med at implementere Ny uddannelse, samtidigt med at 2008 uddannelsen på forskellig vis udfases. Det giver travlhed både i teori og klinik.

Der er derfor stadigt mange der gerne vil blive klogere på de nye begreber og tendenser i den nye uddannelse og vi har derfor i vi har bestyrelsen igen i år valgt at dedikere vores konferencer i 2017 til den Ny sygeplejerskeuddannelse – med start med forårskonferencen i Svendborg i marts som følges op af en fælles dansk - Norsk konference i november i Roskilde.

Til sidst vil jeg ønske alle et godt nytår med mange gode oplevelser i det nye år med FSUS og med at uddanne sygeplejersker.

Formand for FSUS Birgit Hedegaard Møller

Boganmeldelse

Familiesygepleje

Østergaard, Birte og Konradsen, Hanne · Forlaget Munksgaard. 2016



Jeg anmelder bogen ud fra, at mit nuværende arbejdsfelt er sygepleje til familier på et barselafsnit for komplicerede fødsler og let syge nyfødte børn. 30 års erfaring med sygepleje til børn med cancer, allergi og neonatale børn. Jeg er klinisk vejleder for sygeplejestuderende og jordmoderstuderende på afsluttende uddannelsesniveau. Har i alle mine 40 års arbejdet med børn, og haft familien som samarbejdspartner.

Kan se bogen som nyttig både i klinisk undervisning af sygeplejestuderende og for mine kolleger samt samarbejdspartnere efter udskrivelse af familier med længerevarende eller alvorlige sygdomme.

Bogen tydeliggør, at patienten altid er en del af en familie, og at familien altid vil blive berørt af, at et familiemedlem er ramt af sygdom.

Bogen beskriver, hvordan inddragelse af familie og øvrige netværk i forskellige plejesituationer eller sygdomstilstande kan bedre situationen for den sygdomsramte. Den giver anvisninger på, hvordan man kan synliggøre det netværk, der kan være med til at øge patientens ressourcer, men også hvilke relationer der kan indvirke negativt på familien.

I bogen beskrives forskellige måder, hvorpå familie/netværk kan være en støtte for patienten.

I et kapitel defineres, hvordan man tænker familie i det danske samfund, at det kan tænkes anderledes i andre kulturer, og hvilken indflydelse den forskellighed kan have på samarbejdet mellem familie og sundhedsvæsen (Kapitel 1 Familien i sundhedsvæsenet).

Jeg ser bogen som inspiration til at tænke bredt, når vi taler om familiens netværk og de fagprofessionelles samarbejde med dette netværk. Ved at være beskrivende med eksempler og i disse inddrage teorierne kan den fagprofessionelle lade sig inspirere til at arbejde videre med denne viden.

Bogen er hele tiden bredt favnende i forhold til, hvad netværk er, og hvor det kan inddrages i plejen af patienten, eller hvor det ikke er en mulighed.

Et kapitel, der tydeliggør hvilke teoretiske grundlag, bogen er skrevet over er med til, at jeg hele tiden er bevidst om det vidensgrundlag, der ligger bag bogen (Kapitel 2 Teoretisk grundlag).

Der er i alle kapitler klare oplysninger om relevante støtteforanstaltninger og organisationer i forhold til de forskellige patientgrupper. Dette kan være en hjælp for familien til at klare den nye hverdag, som er kompliceret med sygdom og de konsekvenser, det medfører.

Der er tydelige praksisbeskrivelser, som demonstrerer brug af den viden og de begreber, som det enkelte kapitel handler om.

Jeg ser bogen som en god inspiration til det brede samarbejde med og om familien, som gerne skulle give det bedste resultat for patienten. Det er patientens behov, der er det vigtigste, og de bedste resultater opnås gennem samarbejde. Her ser jeg ideer til endnu bredere samarbejde med familien som fokus og samarbejdspartner.

Bogen er opdelt i forskellige sygdoms- og alderskategorier, hvorved den er let tilgængelig for det sundhedsfaglige personale, der er i de forskellige fagspecialer, som bogen omhandler.

Bogen viser i alle afsnit stor respekt og forståelse for patienternes og familiernes forskellighed, dermed også en bevidsthed om tavshedspligten i forhold til patienten.

Bogen giver anvisninger med metoder og modeller til at klargøre, hvilket netværk der er, og hvor stærkt dette netværk er, om der er modstand i dette netværk, noget som påvirker patienten negativt.

Jeg kan tænke, det er tidskrævende i starten at gå så dybt i udredningen af familiens opbygning og netværk, men at denne investering er givende både for patienten, netværket og behandlingsstedet på længere sigt.

Det er en velstruktureret bog:

- Den gør rede for baggrunden for bogens tilblivelse og målgruppen for bogen
- En ensartet, systematisk opbygning af alle kapitler
- Kapitlerne kan læses uafhængig af hinanden. Hvis noget i et kapitel er dybere beskrevet i et andet kapitel, henvises til dette
- Der er en klar inddeling med tydelig angivelse af forfatteren til hvert afsnit
- Dejligt med nøgleord til hvert kapitel
- Konsekvent kildehenvisning i teksten
- En fyldestgørende litteraturliste efter hvert kapitel
- Klar redegørelse for de begreber, der er anvendt i det enkelte afsnit.

Jeg kan savne, at der er fokus på, hvor meget den enkelte pårørende har ressourcer til at indgå i samarbejdet, og at det er vigtigt med mellemrum at afstemme forventningerne til den pårørende. Sygeplejen på hospice er ikke omtalt, det kunne være et område, hvor netværk skal tydeliggøres og personalet måske skal være opsøgende eller støttende i at finde netværket.



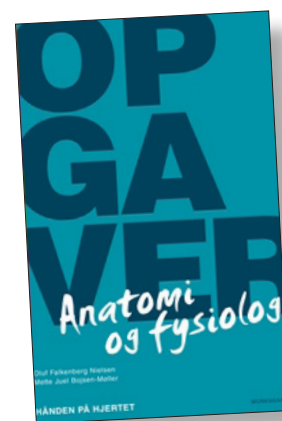
En meget anvendelig bog, som sætter fokus på familien.
Bogen er velskrevet og holder fokus på sygeplejen med stor faglighed.

*Jytte Thomsen, Klinisk vejleder. Sundhedsfaglig Diplomuddannelse.
Aarhus universitetshospital*

Boganmeldelse

Opgaver til Anatomi og fysiologi – i serien Hånden på hjertet

Oluf Falkenberg Nielsen og Mette Juel Bojsen-Møller · Munksgaard. 241 sider. 2016



Bogen er en opgavebog med afvekslende udfordringer i form af forskellige opgavetyper, der tester de studerendes viden inden for anatomi og fysiologi. Bogen er tæt knyttet til *Anatomi og fysiologi – Hånden på hjertet* som supplement til læsningen heri. Opgavernes overskrifter svarer til kapitlernes titler i den grundlæggende lærebog, hvorved opgaveløsningen lettes for de studerende, der har tilgængelighed til grundbogen. Opgaverne kan imidlertid sagtens løses uafhængigt heraf.

Bogens forskellige opgavetyper (Ord i løbende tekst; Navngivning; Matchopgave; Kombinatorisk matchopgave; Sandt eller falsk; Multiple choice; Byt om på bogstaverne; Vendespil; Krydsord; Sæt i korrekt rækkefølge) er en anderledes og motiverende måde, hvorpå de studerende kan repetere teori under uddannelsen.

Bogens forfattere er:

Oluf Falkenberg Nielsen, lektor, cand scient i biologi og idræt. Har siden 1981 undervist i naturvidenskabelige og sundhedsvidenskabelige fag på sygeplejerskeuddannelsen. Oluf Falkenberg Nielsen har desuden undervist på radiografuddannelsen og i efter- og videreuddannelse af sygeplejersker. Han er ansat på sygeplejerskeuddannelsen i Slagelse, Region Sjælland.

Mette Juel Bojsen-Møller, lektor, cand scient i humanbiologi, bachelor i biokemi. Siden 1998 fastansat underviser i naturvidenskabelige fag på sygeplejerskeuddannelsen. Har siden 2001 også undervist i sundhedsvidenskabelige fag, samt i efter- og videreuddannelse af sygeplejersker. Hun er ansat ved sygeplejerskeuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol, København.

Bogen er udgivet med henblik på at supplere de studerendes læsning i faget anatomi og fysiologi fx som eksamensforberedelse eller repetition og testning af deres faktuelle vidensniveau. Bogen retter sig til sygeplejestudiet, men kan ligeledes anvendes i andre sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser.

Som uddannelsesansvarlige sygeplejersker i klinikken har vi testet forskellige opgaver fra bogen ved studerende i kliniske forløb på henholdsvis modul 4, 11 og 12. Disse studerende havde ikke grundbogen til rådighed i klinikken. Derudover er nogle opgaver testet af studerende i faget mikrobiologi på 1. semester.

De studerende og de kliniske vejledere er enige i, at opgaverne i høj grad medvirkede til, at de studerende repeterede deres viden inden for anatomi og fysiologi. Eksempelvis sagde en studerende: *"Jeg blev opmærksom på mine mangler" og en anden sagde: "man tvinges til at tænke over teorien"*. En studerende fra 1. semester udtalte: *"opgaverne er med til at holde teorien ved lige, da man skal grave lidt efter sin viden ift. det pågældende område"*. De kliniske vejledere påpegede, at opgaverne kunne være en øjenåbner for, hvilke områder den studerende havde behov for at repetere, og her var det let at finde en opgave, der matchede dette.

Opgavernes bidrag til kobling af teori og praksis vurderedes af de studerende og kliniske vejledere i mindre grad muligt, da de savnede praksiseksempler. Omvendt udtalte en studerende, at det ikke er nødvendigt med stor praksisviden for at kunne forstå teorien og dermed løsning af opgaverne. Brugen af opgaverne kan derfor være en velegnet læringsmetode mellem studerende og kliniske vejledere til kobling af teori og praksis.

Modul 4 studerende oplevede opgaverne som i høj grad motiverende, mens modul 12 studerende i mindre grad fandt opgaverne motiverende i forhold til vanlige studie- og repetitionsmetoder. For modul 4 studerende fremhæves især "multiple choice" og "sandt og falsk" opgaver som velfungerende, da opgaverne er overskuelige og logiske. De studerende fremhævede, at opgaverne ikke læner sig op ad udenadslære, men derimod kan være hyggelige at lave. Modul 12 studerende udtalte: *"læringsmetoden er motiverende, fordi man får sat ord på teorien på en anden måde"* og *"det er godt at lære det samme stof på forskellige måder"*. Oplevelsen blandt studerende fra 1. semester var, at de antog, at opgaverne vil være egnede til at genopfriske teorien under de kliniske forløb.

De kliniske vejledere oplevede i højere grad opgaverne motiverende grundet den anderledes udformning af et stof, der ellers kan være ensformigt, men den høje sværhedsgrad opleves i nogle opgaver mindre motiverende. Både modul 4 og 12 studerende oplevede dog sværhedsgraden passende til deres niveau. Studerende fra 1. semester erfarede, at det kunne være svært at gennemskue, hvor mange rigtige svar, der var i "multiple choice"-opgaverne.

Størstedelen af de adspurgte studerende både på modul 4 og 12 vil anbefale opgaverne til medstuderende, idet de samstemmigt oplevede, at opgaverne igangsætter refleksion og repetition på en god måde. En modul 12 studerende udtalte: *"da jeg løste opgaverne omkring respiration kom jeg omkring hele respirationsprocessen"*. De kliniske vejledere kan i nogen eller høj grad anbefale kommende studerende at løse opgaverne. Vi påtænker fremover i netværket af kliniske vejledere at opfordre til fortsat anvendelse af opgaverne i de kliniske perioder.

Samlet set mener vi, at opgave-bogen er et velegnet supplement til de studerendes repetition og læring af anatomi og fysiologi både i den kliniske del af uddannelsen såvel som i den teoretiske del. Idet bogen rummer flere forskellige opgavetyper inden for hvert tema, tilgodeses de studerendes individuelle læringsstil. Opgavebogen er et godt alternativ til vanlig repetition og kan let anvendes i teorien såvel i klinikken. Opgaverne er velegnede både alene blandt studerende, men også som gruppeaktivitet.

Uddannelsesansvarlige sygeplejersker, Hospitalsenheden Horsens



*Trine Nordlund Nielsen, RN,
Master i voksnes læring
og kompetenceudvikling*



*Marlene Holmberg, RN,
cand.scient.san, adjunkt på
Sygeplejerskeuddannelsen VIA UC Horsens*

Boganmeldelse

Den gode patientsamtale

**Jette Ammentorp, Bente Bassett, Juliane Dinesen, Marianne Engelbrecht Lau
Munksgaard Danmark. 2016**



Den gode patientsamtale tager oprindeligt udsping i den ændring i behandlingskulturen, som vi i sundhedsvæsenet oplever. Kommunikationen foregik tidligere mere eller mindre som envejskommunikation, hvorimod det i dag er den patientorienterede kommunikation. Det er patienten i centrum, og patienten som er eksperten.

Den gode patientsamtale er en meget praktisk fagbog rettet mod kommunikation i sundhedsvæsenet. Den tager udgangspunkt i viden om kommunikationsmodeller og giver vha. denne eksempler og små cases med forslag til, hvordan vi som sundhedsprofessionelle kan håndtere forskellige samtaler med patienten.

Bogen beskriver meget konkret de forskellige patientsituationer. Det være sig alt fra den kliniske samtale til den korte samtale, samtaler med patienter med kritisk sygdom, samtaler med børn og pårørende osv.

Den tager desuden udgangspunkt i den udfordrende patient og giver på samme vis forskellige redskaber til at håndtere situationer med f.eks. vrede, angst.

Jeg oplever bogen som en meget letlæselig fagbog med mange gode redskaber til, hvordan jeg griber en samtale an. De små eksempler, som hele tiden gøres brug af, er rigtig konkrete og virkelig brugbare. Efter at have læst den sidder jeg med en fornemmelse af, at jeg - om end med nogen øvelse, vil kunne håndtere de forskellige patientsituationer.

I forhold til de nye sygeplejestuderende synes jeg den er meget brugbar. Den giver dels den teoretiske baggrund dels de konkrete eksempler, som forhåbentlig kan give de studerende en tro på at turde være i specielt de svære samtaler. De behøver ikke have et svar parat, men kan bruge teknikken til at få patienten til selv at uddybe tanker og følelser.



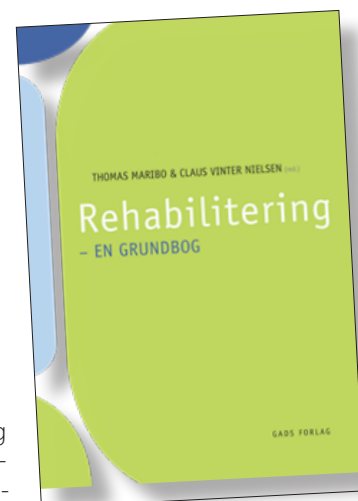
Den kan varmt anbefales.

Helle Damgaard Nielsen, Klinisk vejleder, Plastikkirurgisk Speciale, Ålborg Universitetshospital

Bog anmeldelse

Rehabilitering- en grundbog

**Thomas Maribo og Claus Vinther Nielsen, red., Gads forlag,
2. udgave, 1. oplag, 2016.**



Bogen er inddelt i fire dele, som beskriver rehabilitering i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv i Danmark. Bogens første del indeholder et kort historisk perspektiv på rehabilitering, det giver en god forståelse for patienters udfordringer og til tider frustrationer ifm. de socioøkonomiske love og regler. I anden del af bogen beskrives rehabiliteringens tværfaglighed, vurderingsprocessen, med patientens perspektiv og muligheder i centrum. Bogens tredje del handler om anvendt rehabilitering, og endelig handler fjerde del om forskellige faggruppers tilgang til rehabilitering.

Bogen er redigeret af Thomas Maribo, som er klinisk lektor, phd. og fysioterapeut i samarbejde med Claus Vinther, der er klinisk lærestolsprofessor, socialoverlæge samt phd. Derudover er der 27 medforfattere indenfor følgende professioner: læger, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver og mag.art. Det er en styrke at bogen er så tværfaglig funderet i klinisk praksis. Et emne som rehabilitering, der både er tværsektoriel og tværprofessionel, må nødvendigvis indeholde et bredt forfatterpanel for at give et nuanceret og brugbart indblik - og det er præcis det denne bog gør. Flere kapitler inddrager kendte teorier og modeller f.eks. Aron Antonovsky, Recovery og SMART ift. opstilling af mål. Kvalitetsarbejde og implementering af rehabiliteringstilbud gennemgås også kort, hvilket også vil være relevant for de studerende tværfagligt.

Bogen kan anvendes ved at læse enkeltstående kapitler, studerende vil kunne læse kapitler af "egen faggruppe" og dermed få referencer, modeller og eksempler på eget fags rolle i tværfagligheden. Men bogen kan også anvendes til et samlet undervisningsforløb evt. tværfagligt. Det er relevant, at et kapitel handler om tværfagligt samarbejde, og at den enkelte bidrager med egne fagkompetencer og samarbejdskompetencer.

Der er fire cases i bogen, studiespørgsmål samt litteraturliste til hvert kapitel, således den studerende kan anvende bogen til selvstudie, da faget rehabilitering ikke er et selvstændigt fagområde, men bogen må være interessant for mange studerende.

De fire cases er valgt bredt i rehabiliteringsfeltet, der er Keld, en ældre mand med parkinson-sygdom og rygoperation, Kirsten er en yngre kvinde med tyktarmskræft, en ung kvinde med overspisning og tidligere anoreksi og endelig Karen, en 55-årig kvinde med KOL og depression.

Nogle kapitler anvender de fire cases, andre eksemplificerer ved praksis eksempler f.eks. s. 82, hvor to 16-årige drenge eksemplificerer, hvor stor en forskel der kan være på rehabiliteringsforløb afhængig af motivation og netværk, trods samme køn, alder og diagnose.

Begge definitioner på rehabilitering beskrives i bogens første kapitler, både Hvidebogens og Sundhedsstyrelsens/WHO's definition. De fire kerneområder indenfor moderne rehabiliterings forståelse beskrives også kort i første del af bogen og breddes ud og beskrives dybere i anden del. Første del vil kunne anvendes til sygeplejestuderende på semester 1 og 2 i klinisk undervisning/praksis.

ICF er en biopsykosocial model med fokus på helbredstilstand, funktionsevne og de kontekstuelle faktorer, såsom personlige faktorer og omgivelser i et helhedsorienteret og dynamisk perspektiv. Modellens faser beskrives grundigt i flere kapitler, som samlet giver en bred forståelse af rehabiliteringsbegrebet. Som læser føler jeg mig ført igennem en bog, der har sammenhæng. Men bogen kan også anvendes som opslagsbog.

Jeg vil i klinisk undervisning anvende nogle af kapitlerne fra bogens anden del til modul 11 og 12 sygeplejestuderende, som skal kunne se en helhed i patientforløbet på tværs af sektorer og faggrænser. Jeg mener, at bogen giver inspiration til de mange patienter, vi har med kroniske sygdomme, men også et mere nuanceret billede end kræftpakkerne, som naturligt fylder meget i en stor Gastroenhed. Det er væsentligt, at de studerende opnår en stor

forståelse for styrken i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om den enkelte patient, evt. med inddragelse af de pårørende som ressource. Bogen er også relevant i den reviderede sygeplejeuddannelse fra 2016, hvor der også er fokus på tværsektorielt samarbejde.

Tredje del af bogen er jeg meget begejstret for, her er fokus rehabilitering af ældre især medicinske patienter med evidens, hvor tværfaglig rehabilitering giver livsindhold og livskvalitet. Patientforløb, accelererede kirurgiske forløb og geriatriens systematiske vurderingskemaer af såvel psykiske, sociale og fysiske udfordringer beskrives. Her beskrives, at især enlige ældre mænd er en sårbar gruppe. Der er også et kapitel om rehabilitering af socialt udsatte patienter, der indfrier den mangel i bogens første og anden del, jeg havde ift. ulighed i sundhed. Praktiserende læges funktion som tovholder på sine patienters forløb beskrives også i tredje del af bogen. Pakkeforløb, nationale kliniske retningsslinjer og forløbsprogrammer inddrages i kapitlet om sygehusbaseret rehabilitering.

I bogens fjerde del, som kun består af et kapitel, beskrives de enkelte fagprofessionelles kernekompetencer i det tværfaglige rehabiliteringsteam.

Jeg er fagligt begejstret over, at rehabiliteringsfeltet er bredt meget ud på forskellige aldersgrupper og kroniske sygdomme. Det bliver en faglig modpol til den politiske prioritering af især kræftpatienter og andre patientgrupper, der har politikernes opmærksomhed. Det er væsentligt, at kommende og nuværende sygeplejersker reflekterer over, at alle patienter uanset alder og diagnose kan have behov for rehabilitering for at leve et så godt liv som muligt trods sygdomsudfordringer i hverdagslivet.



Jeg vil også anbefale bogen til sundhedsprofessionelle altså post graduate, så hermed en opfordring til erfarne klinikere om at øge deres teoretiske forståelse af brugen af ICF som rehabiliteringsreferenceramme og medtænke rehabilitering for alle patienter/borgere, her kan med fordel vægtes bogens anden og tredje del.

Heidi Papp Neumann, sygeplejerske, SD i klinisk sygepleje, Master i klinisk sygepleje, Klinisk underviser Gastroenheden, Amager Hvidovre Hospital.

Bog anmeldelse

Tag på udveksling- internationalisering i professionsbachelor-uddannelserne

Lisbeth Vinberg Engel og Steen Hundborg (red.) GADS forlag, 2016, 1. udgave

Udveksling og internationalisering; to begreber som studerende og ansatte ved professionsbacheloruddannelserne ikke kan komme udenom. De danske studerende skal i højere grad rustes til det globale arbejdsmarked, og uddannelsesinstitutionerne skal kvalificeres og gøres mere attraktive igennem et bredere perspektiv på internationalisering og dermed et større optag af internationale studerende.

Der er forsket i, og lavet projekter om internationalisering, men der er ikke tidligere udgivet en bog, der beskæftiger sig med udveksling og internationalisering fra netop denne vinkel. Bogen beskæftiger sig med internationalisering i professionsuddannelserne, set fra både forskningens, koordinatorenes og de studerendes perspektiv. Bogen søger at støtte op om de politiske visioner ved at sætte fokus på internationalisering, både på det personlige og institutionelle plan (s. 13).

Jeg finder bogens emne både interessant og relevant, og jeg har glædet mig til at læse den.

Bogen består af tolv kapitler fordelt på 215 sider. Kapitlerne er selvstændige og kan læses uden nogen særlig kronologi. Kapitlerne er skrevet af forskellige forfattere med forskellige kompetencer, forskellig viden om, erfaringer med og fokus på udvekslingsophold.

Det giver bogen en faglig bredde, men også en litterær livlighed, der kun øgede læselysten undervejs.

Første kapitel er skrevet på baggrund af et Ph.d.- projekt, der undersøger professionshøjskolernes studentermobilitet på baggrund af samfunds- og ungdomskultur, ..."så vidt muligt i øjenhøjde med de studerende" (s. 15). Her præsenteres vi for en idealtypemodell, der fortæller, hvordan de studerende motiveres til udveksling af forskellige faktorer (s. 20 ff.). Forfatteren argumenterer i kapitlet ligeledes for, at Regeringen med sin 50%-målsætning stiller krav til uddannelsesinstitutionerne i forhold til tilrettelæggelsen af udvekslingsophold, således at de studerende, uanset idealtypemodell, støttes i deres kompetenceudvikling (s. 21 ff.) Efter dette kapitel kommer et kapitel fra de studerende selv. En beskrivelse af to studerendes oplevelser af at være danske udvekslingsstuderende i Uganda og Sverige. Herefter følger et kapitel om, hvad udveksling også er, eksempelvis kulturchock og afsavn, samt en beskrivelse af praktiske gøremål inden udvekslingsophold; en huskeliste, om man så må sige.

I de næste seks kapitler kan læseren blive klogere på det være studerende i henholdsvis Norden, Europa, Afrika, Australien og Asien. Kapitlerne er skrevet af ansatte ved Professionshøjskolerne og kan med fordel bruges som inspiration til at træffe beslutningen om destination. Endvidere giver kapitlerne et indblik i, hvad den studerende kan forvente af klinikstedet, samt hvad uddannelsesinstitutionen forventer af den studerende under opholdet. Kapitlerne er alle krydret med empiri fra studerende på udveksling.

Efter denne litterære rejse ud i verden følger et kapitel om at komme hjem igen, både fysisk, men også i høj grad mentalt. Dette kapitel arbejder igen med "kulturchock". Og ikke kun det kulturchock den studerende kan opleve under udvekslingsopholdet, men også det følelsesmæssige dilemma, det "omvendte kulturchock", det kan være at komme hjem til det kendte efter et udvekslingsophold. I tråd med det følger et kapitel om, hvilke tilbud og støtte den studerende kan forvente fra hjeminstitutionen, både før, under og efter opholdet.



Bogen slutter af med at fortælle, hvilke professionelle og personlige kompetencer et udvekslingsophold kan give de studerende, og hvilke karrieremæssige fordele og muligheder der kan være ved at tage på et udvekslingsophold.

Jeg synes absolut, at bogen er både interessant og oplysende.

Særligt hvis man som studerende overvejer et udvekslingsophold. Eller allerede har truffet en beslutning om at ville afsted. Bogen guider den studerende igennem forberedelserne og gør dermed ideen om udveksling overskuelig og til en mere gennemskuelig proces.

Udover at fungere som "opskrift" for planlægningen af udvekslingen for den studerende, kan bogen give alle, der beskæftiger sig med studerende et indblik i, hvad de studerende, alt efter motivation, kan have oplevet og beskæftiget sig med under deres udveksling.

Jeg mener, at bogen bør stå på ethvert underviser- og vejlederkontor. Vi modtager de hjemkomne udvekslingsstuderende og har, i mine øjne et ansvar for at hjælpe dem med at skabe transfer imellem udvekslingsopholdet og det danske studie, hvad end det er i klinikken eller på skolen. Udover det skader det nok heller ikke os, som undervisere og vejledere at få et indblik i det, der sker udenfor vores egen verden.



Det kan denne bog støtte os i, og jeg vil personligt glæde mig til at benytte min nye viden og nysgerrighed næste gang jeg modtager en studerende, der har været ude og opleve "en anden verden".

Stine Vibholm Persson, klinisk underviser, Rigshospitalet

KONFERENCE

den 27. og 28. marts 2017

**Udvikling og forskning - Og hvad så?
Hvordan får vi bragt forskningen
i spil i sygeplejerskeuddannelsen?**

HUSK tilmeldingsfrist 24. februar 2017

Fremtidens sundhedsvæsen kalder på nye kompetencer. I de nye studieordninger fremhæves, at både nu og i fremtiden er der stort behov for sygeplejersker, der har opdateret udviklings- og forskningsbaseret viden. Sygeplejersker skal også kunne omsætte og anvende viden og forskningsresultater i klinisk praksis samt deltage i udvikling af professionen.

Dette stiller store krav til de færdiguddannede sygeplejersker og i særdeleshed til os, som helt konkret står for at uddanne sygeplejerskerne og sørge for, at de har den relevante viden, færdigheder og kompetencer den dag, de står med autorisationsbeviset.

Professionshøjskolernes forskningspolitiske strategi sigter mod, at flertallet af undervisere er involveret i forskningsprojekter, som skal omsættes og anvendes til gavn for de studerende. De studerende skal igennem hele uddannelsen have fokus på nyeste viden og gerne være deltagere i udvikling og forskning.

Vi tilstræber at sammensætte et program på denne konference, som retter sig mod kliniske og teoretiske undervisere. Konferencen skal give inspiration både til vores fremadrettede arbejde med de studerendes uddannelse og inspiration til drøftelse og argumentation i forhold til, hvad der fremover skal kendetegne vores profession.

Vi har foreløbigt lavet aftaler med følgende oplægsholdere:

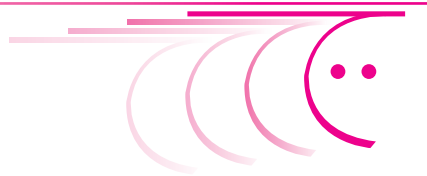
Lotte Evron, ph.d. og sygeplejerske, Professionshøjskolen Metropol

Barbara Voltelen, ph.d. og sygeplejerske, Sundhedsuddannelsernes forskningscenter og UC Lillebælt

Bibi Hølge- Hazelton, ph.d. sygeplejerske og Professor ved SDU

Ole Løw, Lektor, Psykolog samt Specialist & Supervisor i pædagogisk psykologi.

**Konferencen afholdes på
Hotel Svendborg
Centrumpladsen 1
5700 Svendborg**



Redaktionen



**Ansvarshavende redaktør,
Lisbeth Vinberg Engel**

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



**Redaktør
Christl Fandt Hansen**

Gads Forlag
Fiolstræde 37, 1171 København K
tlf. 26700219
email: CFH@gad.dk



**Redaktør
Camilla Bernild**

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



**Redaktør
Marianne Eilsø Munksgaard**

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

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

Bogammeldelser samt bøger modtaget i redaktionen se: www.fsus.dk
Bestyrelsesmedlemmer i F.S.U.S. se: www.fsus.dk