

Høgskolen i Gjøviks notatserie, 2010 nr. 2

**Fagutviklingsprosjekt mellom
hjemmetjenesten i Hedalen og
Høgskolen i Gjøvik**

Pieta J. A. de Groot

Gjøvik 2010

ISSN: 1890-5196

ISBN: 978-82-91313-51-1

SAMMENDRAG

Dette har vært et fagutviklingssamarbeid med hjemmetjenesten i Hedalen og Høgskolen i Gjøvik for å få et tettere samarbeid mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonen. Hensikten var at det skulle bidra til bedre kvalitet i sykepleietjenesten i studentveiledning. For å få struktur på arbeidet har "Clinical Scholarship" blitt brukt som modell for faglig og personlig utvikling. Det har vist seg under hele prosessen at et ønske om å delta i fagutvikling er stor hos de ansatte, men at hjemmetjenesten viste seg å ha et meget sårbart område. I tiden fra august 2004 til desember 2006 er det forsøkt å gjennomføre fagutvikling. Flere ønsker er oppfylt eller satt i system. Det har aldri manglet på hverken visjoner og entusiasme, men omfang av andre arbeidsoppgaver har gjort at fagutvikling og faglig oppdatering ikke kunne prioriteres. Årsakene er flere. Ved sykdom, flytting eller ombygging, er det ikke ressurser nok til fagutvikling ved siden av den daglige drift. Dessuten er bruk av data blitt en del av arbeidet og opplæring må gjennomføres. Marginene blir derfor små for personalet i den kommunale helsetjeneste. De prioriterer så godt de kan og det er imponerende å se hva de får til med knappe ressurser.

FORORD

Eldreomsorg skal, i følge dagens politikere, prioriteres. Å styrke den faglige kompetanse er en av de viktigste strategiene for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet i den kommunale helseomsorgstjenestene i følge St. melding 25. (2005-2006). Det skulle derfor være en mulighet for å tilrettelegge et samarbeid mellom høgskolen og praksisfeltet for å imøtekomme denne oppfordringen til økt kompetanse hos kommunale ansatte innenfor helse og omsorgstjenesten.

Det er i hjemmetjenesten et stort behov for faglig diskusjon og oppdatering. Det er heller ikke alltid en selvfølge at det er flere sykepleiere på vakt, og dermed muligheten til å diskutere med en kollega. Innenfor denne sykepleietjenesten er sykepleiere stort sett henvist til seg selv på sin runde gjennom distriktet. Forskjellen er derfor stor med sykepleiere som har sitt arbeid på sykehuset der det alltid er flere på vakt, samtidig som det er andre faggrupper med spesifisert kompetanse. Slik sett skulle man tro at personalet innenfor den kommunale helsetjenesten skulle være en prioritert gruppe i forhold til oppdatering av kunnskaper. Det viser seg at det er vanskelig å tilrettelegge for at de ansatte kan gjennomføre en faglig oppdatering, selv om pleie- og omsorg blir en stadig større og krevende arbeidsoppgaven i de fleste kommuner. Særlig i den kommunale helsetjenesten bør pleie- og omsorgspersonalet være rustet til å ta i mot de utfordringer nasjonen står overfor. Dette gir også myndighetene uttrykk for i Stortingsmelding 25 (2005-2006).

Jeg vil takke ledelse for avdelingen for Helse, Omsorg og Sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik for den tiden jeg kunne frigjøre for å gjennomføre dette prosjektet. Videre en stor takk til alle gode bidragsytere i Sør Aurdal. Det har vært mange konstruktive samtaler hvor mål og verdiene for helse og omsorg i kommunen sto sentralt. En stor takk også til veilederen Barbro Arvidsson for konstruktiv hjelp i skriveprosessen. Takk til dere alle.

INNHold

| | | |
|---|---|----|
| 1.0 Innledning | s | 1 |
| 1.1 Bakgrunn | s | 2 |
| 1.2 Hensikt og mål | s | 2 |
| 2.0 Clinical scholarship som teoretisk forankring | s | 5 |
| 3.0 Lederskap | s | 10 |
| 4.0 Gjennomføring av prosjektet | s | 12 |
| 5.0 Oppsummering | s | 21 |
| 6.0 Litteraturliste | s | 25 |
| Vedlegg 1 Model Scholarship | | |
| Vedlegg 2 Prosedyrer til prosedyreperm | | |
| Vedlegg 3 Framtidige temaer til fagutvikling | | |
| Vedlegg 4 Progresjonsstigen for studenter | | |

1.0 INNLEDNING

Høgskolen i Gjøvik (HiG), har i sin strategi- og handlingsplan mot 2005 som sattsingsområde ”helse og omsorg i lokalsamfunnet – med fokus på eldre” Der blir det lagt vekt på samarbeid med andre i regionen, og man fokuserer på kvalitet i utdanningen. Høgskolen har visjoner om å være et ledende kompetansesenter for Innlandet innen fagområdene helse og omsorg. Videre fokuserer høgskolen på å bidra til å dekke etterspørselen fra studenter, private og offentlig virksomhet, være en sentral regional aktør, forsterke høgskolens fundament innenfor sykepleieutdanning og å bygge videre på høgskolens fagområder. Gjennom formidling skal det skapes interesse for høgskolens fagområder ved brukerorientert formidling av kunnskap. Formidling er i følge strategi- og handlingsplanen (2005) all kunnskapsoverføring, unntatt undervisning, rettet mot publikum og samfunnet for øvrig. Dette skjer eksempelvis gjennom publisering, foredrag, avisinnlegg, aviskronikker, HiGs bibliotek, Forskningsdagene og ”Åpne dager” ved høgskolen eller ved direkte kontakt med offentlige og private virksomheter. Delmål tre og fire innenfor formidling, i HiG sin Strategi- og handlingsplan (2005) viser at forbindelse mellom utdanning/forskning og det offentlige og private samfunnsliv skal styrkes og at høgskolen skal være synlig og gjenkjennelig i media. Disse delmålene var aktuelle for gjennomføring av fagutviklingen fordi det handler om samarbeidet og kontakt med praksisfeltet.

Mye samarbeid skjer i forhold til sykehusene i Lillehammer og Gjøvik, men i de siste årene har høgskolen også kommet i gang med prosjektet ”Undervisningssykehjem”. Den Kommunale helsetjeneste er blitt mer synliggjort. Den blir enda mer fremmet på HiG ved tilbudet om Mastergrad i Community Health Care, videreutdanning i eldreomsorg og palliativ sykepleie. I tillegg har HiG fått opprettet et kompetansesenter for omsorg med nasjonale oppdrag som fra 1.09.05 har fått navnet ”Senter for omsorgsforskning”.

Høgskolen samarbeider med hjemmetjenesten i forhold til studenters praksis studier, men lite på andre områder. Personalet i hjemmetjenesten har behov for mer kontinuerlig kontakt med

Høgskolen, faglige diskusjoner og oppdatering, slik at de kan bidra på en forsvarlig måte med faglig- og personlig utvikling av Høgskolens studenter.

1.1 Bakgrunn

Ved oppfølgingssamtaler med studenter og kontaktsykepleiere i kommunehelsetjeneste ga sykepleierne i distriktet uttrykk for at de savnet bedre/mer kontakt med skolen. Derfor ble det tatt kontakt med noen sykepleiere og det førte til en samtale om temaet. Sykepleiere bekreftet at kontakten mellom høgskolen og hjemmetjenesten kan oppleves som ”vi er der for skolen når de trenger oss og deretter ser og hører vi ingenting”. De savner en god og fortløpende kontakt med høgskolen. De studenter som HiG har veiledet på dette stedet hadde en god og læringsrikt praksisperioden. De ble oppfordret til å komme med nye ideer, ikke være redd for å foreslå endringer i tiltakene og/eller oppfølging av pasientene. Det var derfor viktig å finne en vei til å ivareta praksisstedet på, samt deres sykepleiere.

Dette var årsaken til en samtale med meg som høgskolelærer og en av sonelederne.

Vedkommende var meget interessert i et samarbeid med høgskolen utenom den ”vanlige praksisperiode” for HiG studenter. Lederen og personalet framsto som personer med et åpent sinn og mottagelig for endringer hvis det blir til pasientens, studentenes og/eller deres beste. Etter hvert kom det mer konkrete forslag fram over områder de kunne tenke seg å utvikle. Kunne vi finne et rammeverk rund dette som begge kunne jobbe ut i fra? Ønske og entusiasme var der hos begge parter. Dermed var vi i gang med å finne et rammeverk for fagutvikling hvor alle kunne delta i.

1.2 Hensikt og mål

Allerede i 1991 skrev Schutzenhofer at kunnskapstilegnelse i praksis er en viktig komponent i utviklingen av sykepleie som profesjon (Schutzenhofer, 1991). Schutzenhofer hevder også at alle sykepleiere har en profesjonell plikt til å delta i utviklingen og testing av sykepleiekunnskap. For å lykkes i dette arbeidet kreves et samarbeid mellom sykepleieutdanning, forskning og praksis og et nytt kompaniskap mellom akademikere og klinikere. Hun hevder også at kunnskapstilegnelse må bli en integrert del av den kliniske praksis. Kirkevold (1996) skriver også at teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og etisk kunnskap må integreres i sykepleiernes kompetanse for å kunne påvirke deres handlinger.

Schutzenhofer (1991) skriver videre at sykepleiere må utvikle sine evner til å anvende kunnskaper og delta i forsknings- og fagutviklingsarbeid. Hun sier at det historiske skillet mellom akademia og praksis har sinket veksten av kunnskapsgenererende aktiviteter i praksis. Endring av holdninger skaper nå nye muligheter. Oppbygging av kunnskap skjer på forskjellige måter. Det er urealistisk, sier hun, å forvente at alle sykepleiere vil bli forskere, men det finnes alternative veier for å oppnå kunnskap. Samarbeidet mellom utdanning og praksis kan bidra til at sykepleieprofesjonen mer effektivt kan nå sitt mål og bedre kvalitet på sykepleien. Derfor er det så viktig med samarbeidet mellom praksisfeltet og høgskolen fordi, som skrevet ovenfor, det styrker integreringen av teori og praksis i utdanningen og vil dermed bli en naturlig del av studentenes praksiserfaring og kunnskapsutvikling.

Det samme innhold finner vi i NSF yrkesetiske retningslinjer som sier at alle sykepleierne har et ansvar til å holde seg oppdatert (NSF, 2007). Der står under pkt.3 Sykepleieren og profesjonen bl.a. ”Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde”. Det innebærer også aktivt bidrar til utvikling av profesjonelt kunnskap basert på forskning. Formelt samarbeid mellom høgskole og praksissteder er en betingelse for utdanningen av funksjonsdyktige sykepleiere. Integrering av teoretiske og praktiske studier må da være en forutsetning for å utdanne funksjonsdyktige sykepleiere. Under punkt 4 nevnes at sykepleierne viser respekt for kollegers og andres arbeid og at de er til støtte for hverandre i vanskelige situasjoner.

I NSFs Yrkes etiske retningslinjer (2007) står i første hovedelement om ”Sykepleierne og mennesket” bl.a. at yrkesutøvere og ledere er ansvarlig for å etablere systemer for profesjonell evaluering og etterutdanning, samt etablerer normer for sykepleiepraksis, forskning og utdanning.

Hensikten med denne form for fagutvikling var å få sykepleiere i distriktet til å bli motivert til selv å finne nye veier til å løse problemområder eller faglige spørsmål i sine arbeidsoppgaver. At de fordyper seg i et aktuelt område, eventuelt oppretter en arbeidsgruppe i forhold til valgt område, og kan gjøre prioriteringer blant foreslåtte løsninger. Samtidig kunne dette bidra til gode praksisplasser og tilrettelegging for høgskolens studenter. Gjennomføringen skulle være på en slik måte at sykepleiere i distriktet ikke følelte seg ”overkjørt” av noe eller noen. De skulle aktivt delta i prosessen ut fra egen forutsetning og motivasjon.

Målet er at de gjennom denne prosessen får en faglig- og personlig utvikling ut i fra eget ståsted. Samtidig bidrar og tilrettelegger denne prosessen for bedre kompetente kontaktsykepleiere til høgskolens studenter og ivaretar dermed kvaliteten på praksisplasser i høgskolens sykepleieutdanning. Det styrker også samarbeidet mellom praksisplassen og høgskolen og synliggjør gerontologi og geriatri innenfor sykepleieutdanningen. Videre fører det til økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten innenfor den kommunale helsetjenesten og bevisstgjør personalet i distriktet i forhold til bruk av forskningsarbeid og litteratur. Det vil også bidra til å øke interesse for- og motivere til faget innenfor hjemmetjenesten og muligheten til mer formidling av praksiskunnskap. På litt lengre sikt vil det kunne bety at høgskolens studenter blir møtt av ansatte som har bedre kjennskap til forskningsarbeid og fagutvikling og den betydning dette har for praksisfeltet.

Steen gjorde allerede i 1987 en undersøkelse blant sykepleiere på postplan hvor de skriver om sine tanker og erfaringer. Der skriver han at utviklingsarbeid hvor personalet selv legger fram tanker og ideer og/eller er aktiv deltagende i fagutvikling, også har en forebyggende faktor i forhold til utbrenthet blant ansatte (Steen 1987). I tillegg, skriver han, gir det mer variert arbeid, samtidig som det gir mulighet til å gjøre noe med de problemene de møter i det daglige arbeidet. Det er mer tilfredstillende når man kan gjøre noe med vanskelige situasjoner enn å være handlingslammet og å møte det samme problemet dag etter dag. Høgskolens studenter som veiledes av sykepleiere som aktiv deltar i fagutvikling og egen utvikling får også mer kjenskap til litteratursøk og fagutvikling. De erfarer i sin veiledende praksis om hvilke muligheter de har for fagutvikling, samt betydningen derav. Sannsynligheten for at de blir veiledet av veiledere som er motiverte og godt forberedt er også stor.

Resultatet av fagutvikling må bli dokumentert. Dermed bidrar de også med å tilrettelegge for erfaringsbasert sykepleie innenfor denne sektoren. Resultater som blir dokumentert gir kunnskap som ikke blir borte og på lengre sikt opparbeider man mye erfaringer som man kan sammenligne med hverandre. Disse erfaringer kan bli formidlet videre som ny kunnskap. Dokumentert erfaringskunnskap kan bli brukt som internt dokument eller formidlet videre til andre soner og/eller distrikter, men også i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter.

2.0 CLINICAL SCHOLARSHIP SOM TEORETISK FORANKRING

Rammeverket for dette fagutviklingssamarbeid bygger på det Amerikanske "Clinical scholarship". Det er ikke en god oversettelse på norsk for dette begrepet, men det handler om en klinisk forankret analyse utført av den erfarne sykepleiepraktiker og hvor produktet er muntlig og skriftlig nedtegnet kunnskap som har til mål å skape en forbedring av sykepleie til pasientene og sykepleietjenesten generelt.

Wellard, S.J. og Heggen, K (2006) skriver at det ikke finns en enkelt definisjon av Scholarship, men at det er en bred forståelse for at det gir kunnskapsutvikling som bygger på både klinisk basiskunnskap og akademisk kunnskap. Riley, (2008) mener at Scholarship tradisjonelt har vært mer forbundet med den akademiske utviklingen enn med det kliniskeutviklingen, men at det skulle være et område for all sykepleiefaglig arbeid.

Utvikling av både den teoretiske og praktiske kunnskapen skal være tilstede i en grunnutdanning for sykepleie. Samarbeidet mellom praksisfeltet og høgskolen styrker dermed integreringen av teori og praksis og vil bli en naturlig del av studentenes praksiserfaring og deres videre kunnskapsutvikling.

Diers (1988) skriver "clinical scholarship is the study of the nature and the effect of nursing. It depends on the people who do that, who are engaged in the clinical work".

I følge Maxwell (Riley & Omery, 1996) omfatter "clinical scholarship"-aktiviteter kunnskapsutvikling, kunnskapsanvendelse og evaluering av kunnskap. Forfatterne hevder at hensikten med kunnskapsutvikling er å skape en bedre og klokere verden og at sykepleiere, særlig ledere på alle nivå, har ansvar for utviklingen av sykepleierens kunnskapsbase. Diers (1995) hevder at "clinical scholarship" skaper lokal kunnskap, og at det utvikles nye begreper og kriterier som blir en del av sykepleierens nye repertoar. Det som gjør prosessen til "scholarly work" er i følge Diers (1988) den konstante analysen som setter den aktuelle hendelse op mot tidligere læring og gjør at følelser, ideer, teorier, forklaringer, historiske

tanker eller filosofi kommer fram for å forstå hendelsen. Det som skiller ”clinical scholarship” fra klinisk dyktighet, er at sykepleieren nedtegner dette arbeidet i skriftlig form. I de senere år har scholarship også blitt brukt som pedagogisk verktøy i sykepleierens grunnutdanning. Trigwell, K. et al, (2000) undersøkte scholarship ut i fra en pedagogisk ståsted og konkluderte med at det er fire dimensjoner som kan forme en rammeverk i en prosess for læringsmuligheter. Riley, J. et al, (2008) skriver at scholarship teoretisk er godt beskrevet og at det florerer i den akademiske verden. Organisasjon og ledelse har forstått verdien og behovet for scholarship i denne profesjonen, men det som står igjen er utprøving innenfor den praktiske hverdagen. Wellard, S. J. og Heggen, K. (2006) konkluderte med, i sin artikkel om scholarship, at klinisk profesjonelle har behov for en akademisk omgivelse, hvor det er tillatt å ha en uavhengighet i forhold til helsevesen. Uavhengighet er viktig for utvikling av kunnskap. Utøvere må ha mulighet til å kunne stille kritiske og vanskelige spørsmål uten innblanding av helsevesen eller dens organisering. De understreker friheten for utvikling og testing av nye veier for tanker angående helsevesen.

Modellen knytter seg til den organisasjonsmessige delen av sykepleien. Den fokuserer på hvordan sykepleierne systematisk kan arbeide med vedlikehold og utvikling av den sykepleiefaglige kunnskap og dermed gir trygghet og sikkerhet for pasientene, samt en bedre effektivitet i arbeidet. ”Clinical scholarship” støtter seg til hermeneutikken og kritisk teori og bygger på prinsipper fra aksjonsforskning. Ved denne tilnæringsmåte vil målet for undersøkelse / forskning være både en praksishandling og av kunnskapsøkende karakter. Maxwell i (Riley & Omery, 1996) mener at kunnskap i en praksisdisiplin er uløselig vevet inn i det praktiske rammeverk, at det støtter og bedrer en omsorgspraksis som skal fremme samfunnets behov for helse og velvære. Forfatterne mener også at medlemmer av en praksisdisiplin må føle en felles plikt til å ta del i generering, anvendelse og evaluering av kunnskap som rettes mot å bedre helse og velvære for menneskene de skal tjene. Den hermeneutiske tilnærming ligger i at de som deltar har gjort sine praktiske erfaringer og har sine teoretiske kunnskaper ut i fra det ståstedet de har. De kommer dermed ikke tomhendt til diskusjonen, men har på ulike måter og nivåer sin forforståelse om temaet. Den kritiske teorien innebærer at det skal være en kommunikasjon hvor alle partene blir sett på som likeverdige uansett ståstedet. Det skal være fri for herredømme og man skal være kritisk i tankegangen. Med kritisk mener man at ikke alt skal godtas uten videre, men tenker gjennom, reflektere over, om det skal være slik. Alle partene skal bli hørt og tatt hensyn til. Ingen skal

stå høyre i rang eller stand eller stadig har det siste ordet. Man innhenter i fellesskap erfaringer fra praksis som ikke fungerer tilfredstillende og søker løsningen til å endre disse praktiske problemer. Det skjer gjennom diskusjon og innhenting av kunnskap (både i form av litteratur, kurs og foredrag). I følge Diers (1995) utvikler man evne til utvikling av "Scholarship" ved å lese, tenke, diskutere med andre, ved å lære bort og å generere kunnskapen. Det er en spesiell forståelse som følge av kontinuerlig og dyp innlevelse i arbeidet. Man vurderer altså hva som egner seg best og setter mål for utviklingsprosessen. Når det blir besluttet at man skal innføre endringer blir disse utført parallelt med tanke om at noe må endres, det innebærer at endringer skjer underveis i prosessen. Samarbeidet mellom forskeren eller lederen og personalet i hjemmetjenesten er et sentralt punkt i "clinical scholarship". Fordi alle har deltatt i prosessen vet man hvorfor disse endringer trer i kraft, man har selv vært med å diskutere de fram. Dermed er det ikke en leder eller forsker som ved endt prosess skal fortelle hva den enkelte arbeidstaker vel eller ikke skal gjøre og trer disse endringer over hodet på dem. Tvert om så har man i løpet av prosessen funnet ut i fellesskap hvordan man vil jobbe videre i framtiden. Fellesskapet gjør at alle som har jobbet med problemet eller fagutviklingen har et personlig forhold til produktet. Ingen opplever at saker og ting blir dratt over hodet på en. Det er heller ingen "frøken med pekefinger" som forteller hvordan det skal foregå. Resultatet blir i følge Maxwell i (Riley & Omery, 1996) en bedre forståelse og innsikt, mer visdom og bedre praksis. "Clinical Scholarship kan betraktes både som en prosess og en produkt.; Det vil si, at det er noe man hele tiden bør arbeide for, for å kunne oppnå (prosess). Etter hvert vil man få utarbeidet skriftlig nedtegnet kunnskap (produkt) som deretter kan formidles videre til andre innenfor fagfeltet. Viktige aspekter i endringsprosessen for å oppnå "clinical scholarship" er menneskelige relasjoner, åpenhet, ansvarliggjøring av sykepleierne, målrettet jobbing og en kultur som verdsetter denne type arbeid. For å tydeliggjøre hvordan "clinical scholarship" bidrar til generering av teoretisk og praktisk kunnskap kan man sette det opp i en skjematisk forestilling (Vedlegg 1).

En god og vellykket gjennomføring av "clinical scholarship" handler mye om ressurser i form av egnede lokaler, kontakt med fagutviklings / forskningssykepleiere eller andre spesialister og formalisert samarbeid med universitet eller høyskoler. Økonomiske ressurser til kunnskapsøkende aktiviteter som kurs, konferanse, publiseringsaktivitet og bruk av bibliotekjenester bør også være avklart. En lite "bokhjørne med datamasakin" på arbeidsplassen kan for eksempel lette hverdagen for de ansatte til å finne litteratur eller søke

på litteratur i databasene og internett. Stimulering til lesing av forskningsrapporter på arbeidsplassen, mulighet til deltagelse i datainnsamlinger ved større prosjekter er aktiviteter som bidrar til utvikling av Scholarship. Faglige møter og/eller workshops, studiebesøk og publisering i interne/eksterne aviser/tidskrifter er også kunnskapsgenererende og bidra til dette formål. Avgjørende for en god gjennomføring er evaluering av arbeidet som er gjort. Helst skal man gjøre en kvartalsvis oppsummering, men en årlig evaluering ut i fra fastsatte mål bør gjennomføres. Det kan være en fordel å ansvarliggjøre enkelt personer for evaluering av bestemte deler av prosessen. Gjennom evalueringen kan man revurdere mål, tydeliggjøre hva man klarte bra og hva man må jobbe videre med, men man får også bekreftelse på om arbeidet har ført til kunnskapsgenerering og bedre sykepleie for pasientene.

Selv om avdelings / sonesykepleieren (og andre ledere) har ansvar for å tilrettelegge for fagutviklings- og forskningsarbeid i praksis, har også den enkelte sykepleieren ansvar. Den enkelte sykepleiers ansvar for å holde sine kunnskaper vedlike og alltid sørge for ny kunnskap er hjemlet i Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2007 pkt.3.4). Meningen med fagutvikling er å dyktiggjøre sykepleiere i utøvelse av faget. Derfor må de være villig og motivert til å utvikle seg selv videre i deres funksjons- og ansvarsområde for at det kan komme pasientene til gode. Det innebærer også ny teoretisk kunnskap og hvordan man skal flette den inn i den dagelige praktiske og pasientrettede arbeidet. I tillegg må de vedlikeholde sin refleksjonsevne, diskutere med kollegaer og trekke inn studentene når de er tilstede. De plikter også å si fra hvis handlingene ikke er til pasientenes beste og må finne veier til å endre på det. Om ikke alle ledere prioriterer fagutvikling, betyr det ikke at sykepleiere kan bli stående på stedet hvil, de har selv også plikt til å ajourføre seg.

I Tidsskriftet Sykepleien nr. 18/2003 skriver Nina Hernæs om Undervisningssykehjem, at de har livets rett, men at kunnskapen må spres til flere. Hun understreker altså at ny kunnskap må bli dokumentert og formidlet videre. Om pasientene er innefor eller utenfor en institusjon kan ikke være den avgjørende faktor. Pasientene trenger et godt pleie- og omsorgstilbud uansett hvor de befinner seg. Det forutsetter motivert og kompetent personell, men også at vi deler nye erfaringer, ny kunnskap med hverandre for å opprettholde denne kompetansen. På en praksisfelt hvor fagutvikling og bruk av ny forskningsarbeid blir en del av hverdagen legger de til rette for motiverte og kompetente sykepleierne, samt at det blir en gode rollemodellere for sykepleiestudenter. Sykepleieidentitet skal være basert på både teori og praksiserfaring. Der hvor teori og praksis blir integrert i hverandre kan det også bli et gunstig praksissted for

høgskolens studentene. Fjørtoft og Hanssen (2006) konkluderte med i deres studie om hjemmesykepleie som praksisplass, at felles forsknings- og utviklingsprosjekter mellom høgskole og praksisfelt vil bidra til å bedre samarbeide og til at høgskole og praksisfeltet kan være sammen om å lære.

Ut i fra forståelse av hva ”clinical scholarship” er, er det ikke vanskelig å argumentere for hvorfor dette er nyttig for sykepleietjenesten. Det gir kvalitet i møtet med pasienten, redusert turnover, økt trivsel på arbeidet, personlig- og faglig utvikling, økt bevissthet hos den enkelte sykepleier og er en brobygger mellom praksis- og teorifeltet. Uansett ståsted så får man en personlig og faglig utvikling fordi man arbeider videre med en bestemt problemstilling. Det gir den enkelte økt kompetanse i et spesielt praktiskfelt eller vitenskapsområde. Selv om flere personer på ulikt nivå jobber sammen om et bestemt problem, får likevel alle økt sin kompetanse ut fra egen ståsted. For praksisstedet er det godt å vite at noe kan bli gjort i stedet for å bli frustrert over alt som ikke ble gjort eller ikke ble gjort godt nok. For høgskolen skulle det være en måte å holde kontakt med praksisfeltet på, også utenom studentrelaterte praksisperioder, samt å gjøre noe for faget / samfunnet i sin helhet som HiG oppfordrer til i sin Strategi- og Handlingsplan (2005).

3.0 LEDERSKAP

Forutsetninger for å lykkes avhenger også av lederens motivasjon og støtte. I sykepleietjenesten har lederen et spesielt ansvar for organiseringen og de resultater som blir oppnådd. Lederansvaret innebærer først og fremst å oppnå resultater gjennom andre personer og ved bruk av ressurser (Lorentzen, 1988). Sykepleielederen kan nå dette målet gjennom dyktige medarbeidere som har kunnskaper, ressurser, muligheter og autoritet. Ledelsen må anerkjenne den enkelte sykepleierens kompetanse og verdi for at sykepleiere skal være motivert til å utvikle seg selv og sykepleiefaget. Filosofien bak dyktiggjøringen av sykepleierne, er at disse igjen skal være i stand til å styre sin praksis slik at også pasientene blir dyktiggjort. Videre må det være rom og evne til nyskaping, endringsvilje og samarbeid. Holter (1994) hevner at en sjefsykepleier / pleie og omsorgssjef må ha det overordnede ansvaret for sykepleietjenesten og at vedkommende må ha direkte kontakt med alle ledd i sykepleietjenesten. Denne lederen må ha en proaktiv fremgangsmåte slik som ved forvandlende lederskap.

I følge Flaa (1995) må en avdelingssykepleier først og fremst sørge for en god avdelingskultur. En god kultur danner grunnlaget for en vellykket gjennomføring av fagutvikling. Kultur er en forenkling av virkeligheten og former tenkning og atferd, men styres også av mer grunnleggende forhold som f.eks. av de fellesoppfatninger som avdelingens medlemmer har. En del av lederansvaret blir derfor å reflektere over denne kulturen, i tillegg til å ta og realisere beslutninger. Gjennom beslutninger legger avdelingssykepleieren rammer for avdelingen og dens kultur. Schein i (Flaa m/fl., 1995, s.81) hevder at "Det eneste virkelige viktige en leder gjør er å skape og administrere kultur – det som gjør en leder til en god leder er hans/hennes evne til å arbeide med kultur"

Forutsetninger som må til for at en avdelingssykepleier skal lykkes med igangsetting av fagutvikling med "clinical scholarship" er at vedkommende har rådgivende egenskaper så vel i de faglige og sosiale som i de pedagogiske områder. Videre må vedkommende være initiativrik, har diagnostiske evner og vise sin individualitet fordi deres oppgaver

hovedsakelig består av å treffe beslutninger og å realisere dem. Vil man lykkes med et prosjekt innenfor en avdeling eller sone, må man ha en leder som er sitt ansvar bevisst og legger til rette for en god kultur. I tredje hovedelement ”sykepleierne og profesjonen” innenfor sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (NSF 2007) står det at yrkesutøvere og ledere er ansvarlig for å etablere normer for sykepleiepraksis, forskning, utdanning og ledelse. Videre at de arbeider for at arbeidsstedet støtter utførelse, formidling og anvendelse av forskning relatert til sykepleie og helse. Det er et lederansvar til å tilrettelegge for at sykepleiere har mulighet til etterutdanning, kursvirksomhet eller andre former for oppdatering av sitt fagområdet og at de sikre seg at lover, forskrifter og etiske retningslinjer blir overholdt. En leder er holdningsbærende for avdelingen gjennom å ivareta de etiske retninger og å overholde arbeidsavtaler og pasientbestemmelser. Vedkommende skal være i stand til å evaluere den nåværende kompetanse blandt personalet og kunne forutsi hva slags kompetanse man trenger i fremtiden. Lederen må derfor frigjøre ressurser hos medarbeidere til forskning, fagutvikling og faglig / personlig utvikling i forhold til kunnskap, ferdigheter og holdninger

Tiltakene til kunnskapsutvikling la seg ikke gjennomføre hvis lederene ikke engasjerer og forplikter seg, og sørger for de nødvendige ressurser. Videre påvirker lederens holdninger og verdier de øvrige ansatte på en avdeling, de er derfor viktige rollemodeller for sine underordnede. Lederen er en igangsetter som organiserer, koordinerer, delegerer og prioriterer virksomheten til pasientenes beste. Kommunikasjonen må derfor være av en slik art at den motiverer medarbeiderne og informerer dem slik at de føler tilhørighet. Det ligger et stort ansvar på ledere til å skape en kultur som synliggjør vedlikehold og fornying av sykepleiekunnskap gjennom stimulering, refleksjon og faglige diskusjoner.

4.0 GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET

I vårsemesteret 2004 hadde høgskolelektor den første samtalen med sonelederen om muligheten til et samarbeid mellom høgskolen og praksisfeltet. Møtet handlet om hvordan høgskolen kunne bidra i fagutviklingen samtidig som dette også kunne komme studentene til gode. Fra høgskolens siden kunne vi bidra med litteratur henvisning og veiledning, mens praksisfeltet kunne framlegge de praktiske problemer de møter til daglig. Studenter skulle bli trukket inn i både litteratursøk, diskusjoner i forhold til problemidentifisering og den praktiske gjennomføringen av endringstiltak. Sonelederen skulle diskutere det videre med de ansatte for å kartlegge deres interesser og eventuelle videre arbeidet. Tilbakemeldingen kom rask og høgskolelektor ble invitert til neste personalsmøte for å informere de ansatte om Clinical Scholarship som modell for fag- og personlig utvikling. Vårsemesteret skulle i utgangspunkt være en forberedende periode. Det ble gjennomført tre møter og endte opp med at de ansatte allerede var godt i gang med å stake ut veien og finne løsninger for sine problemområder ved det tredje møte like før sommerferien.

Første møtet.

Det første møte høgskolen hadde med de ansatte ble det av høgskolens representant gitt en innføring i betydningen av- og muligheter for å gjennomføre fagutvikling. Hensikten var å gi de ansatte innsikt i at fagutvikling kommer både de ansatte, pasientene og studentene til gode. Meningen var at de etter dette møte kunne tenke og diskutere seg i mellom om det var interessant for dem å komme i gang med fagutvikling. Det viste seg at alle tilstedeværende allerede på dette møtet ga uttrykk for sin interesse til å jobbe videre med fagutvikling og de skulle samle sine tanker og ideer til neste møte.

Andre møtet

I det andre møtet som høgskolen hadde med praksisfeltet kom flere ideer fram som var aktuelt for dem å jobbe med. Blant annet ville de i gang med en prosedyreperm og en informasjonshefte til pasienter, nyansatte og studenter. I informasjonsheftet skulle det komme fram hva hjemmetjeneste hadde som mål og verdigrunnlag for sitt videre arbeid, samt en del

praktiske opplysninger til den enkelte gruppe. Anskaffelse av ny litteratur og en form av progresjonsstige til studenter ble også nevnt.

Det ble enighet om at de i første omgang skulle arbeide videre med en prosedyreperm. En slik perm var et savn hos de fleste ansatte og de hadde nevnt det tidligere for hverandre at de egentlig burde ha en prosedyreperm i hjemmetjenesten. Utformingen ble diskutert i tillegg til hvilke prosedyrer som skulle tas opp i permen (vedlegg 2) samt når den skulle være ferdig. Det ble også gjort en arbeidsfordeling blandt de som hadde ønske om å arbeide videre med en prosedyreperm. Arbeidsfordelingen gikk bl.a. ut på hvem som innhentet siste nytt om de bestemte prosedyrer ved å kontakte både sykehuset i Gjøvik og på Lillehammer, hvem som skrev det inn på data, hvem som har ansvar for permen og lignende. De ble også enige om at nye prosedyrer kunne komme til og at prosedyrene som lå i permen burde oppdateres årlig. Derfor ble en person utnevnt som ansvarsperson for dette arbeidet. De innså at dette kunne ta tid, men var innstilt på å bruke den tid de trengte. I samme møte kom det også et ønske om å utarbeide mål og verdier for hjemmetjenesten i Hedalen. Disse mål og verdier kunne bli kjent for nye pasienter, ansatte og studenter i en informasjonshefte for hjemmetjeneste i Hedalen som de hadde tenkt å lage på et senere tidspunkt. Høgskolelektor sin oppgave ble å lage en form for progresjonsstige av læringsutbytte til studentene som var i samsvar med studentenes mål for praksis. Denne progresjonsstige skulle bli en del av informasjonsheftet til studentene som praksisfeltet ønsket å utarbeide.

Tredje møtet

På den tredje og siste møte i vårsemesteret ble det gjort kjent for høgskolens representant at sonelederen hver uke frigjorde en time på arbeidsliste til fagutviklingen. Hvem som fikk den time skulle være avhengig av hva den enkelte jobbet med og hvem som hadde mest behov for denne ekstra time. Resultatet av gjennomført arbeid ble diskutert med høgskolens representant. De innså at arbeid i forhold til fagutvikling ikke alltid er lett å gjennomføre ved siden av de daglige gjøremål. Derfor skulle foreløpig en time blir "øremerket" til dette formålet. Dessuten ble det bestemt at møter angående fagutvikling blir hold hver annen uke på slutten av sonemøtet slik at flest mulig kunne være tilstedet på disse møtene. På det tidspunkt var de all godt i gang med prosedyrepermen og de ga seg selv en tidsfrist til oktober til å bli ferdig med denne permen. De som arbeidet med mål og verdier for hjemmetjenesten hadde i de siste ukene gjort et grundig forarbeid. Det ble gjennomgått i fellesskap og fulgte til flere telefoniske diskusjon med høgskolens representant. Det ble gjort noen endringer. Etter disse

tre møter viste det seg hvor nyttig det var med faglig diskusjoner og utveksling av ideer. Det betydde mye for de ansatte i hjemmetjeneste å få tid til å diskutere fag og å jobbe med forbedring av kvaliteten av pleie- og omsorgstjeneste overfor pasientene. Selv om det var stadig avbrydd på grunn av telefonsamtaler og andre virksomheter ble dette konstruktive møter.

Høstsemesteret 2004

I høstsemesteret 2004 var framdriftsplanen å utarbeide et oversikt over problemområder og faglige spørsmål som de ønsket å få besvart, samt å ansvarliggjøre de enkelte oppgaver. Dessuten skulle de lage et opplegg der studentene skulle få mer / bedre faglig utbytte av sin praksisperiode. Til tross for at det var tidlig i planleggingen av hvilke problemområder og faglige spørsmål de ønsker å jobbe videre med, ble det tydelig hvor viktig det var å bygge en bro mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet. Det ble derfor i løpet av høsten gjort en innsats på flere områder, men allerede i dette semesteret ble det tydelig hvor sårbar denne tjenesten er. Selv om de ansatte i hjemmetjeneste skulle ha et møte hver andre uke for å diskutere den påbegynte fagutviklingen ble det avtalt at høgskolens representant kun skulle være på ett møte en gang i måned. Diskusjon per telefon kunne alltid bli gjennomført hvis det var ønskelig.

I hjemmetjeneste i Hedalen består de ansatte av både sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte. De har en god arbeidskultur og motiverte ledere. Alle ønsket å delta i fagutvikling for å øke sin kunnskapsnivå. De ville holde seg oppdatert, samtidig som de ønsket å gjøre noe med det som ble opplevd som besværlig i den daglige arbeidet. Slik sett gikk alt etter program. Flere fikk en liten oppgave i en større arbeidsoppgave. Sonelederen var stimulerende og aktiv med i prosessen. Hver annen uke ble det på et personalmøte gitt en oppdatering om hverandres oppgaver. På enkelte områder var flere ansatte involvert. Det var vanlig at også distriktslederen var med på disse møtene. På det første møte i måned skulle høgskolen være representert for å støtte opp, gi råd og veiledning i forhold til den praktiske utforming og litteratur, samt ivareta kontinuiteten i kontakten mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet. Både sone- og distriktslederen motiverte de ansatte og ga uttrykk for å ha tro på denne formen for samarbeid. Dermed skulle vi ha gode vilkår for å lykkes med fagutviklingen på denne arbeidsplassen. Etterhvert som man hadde funnet og gjennomført tiltak i forhold til problemområdene skulle man finne nye områder å jobbe med.

Arbeidet med prosedyrenpermen ble videreført, men de ble ikke helt ferdig med den. Det oppsto en diskusjon angående håndhygiene og betydningen av flytende såpe og papirhåndkler i hjemmetjenesten. I enkelte hjem kunne det være nødvendig å gå over til bruk av flytende såpe og papirhåndkler. Informasjonsheftene ble diskutert videre og det ble særlig diskutert ut fra de visjoner de hadde for hjemmetjenesten. Boka til Marjorie Parker (1992) ”Sammen om visjoner” ble brukt som støttelitteratur. Ønske var å heve hjemmesykepleien til et høyere nivå. Sammen hadde de mye kunnskaper, men hvordan bruke den på en bedre måte? De er forskjellige individer med ulik kompetanse – hvordan lære av hverandre og ikke å bli konkurrenter. Alle hadde sin funksjon og var like viktig innenfor hjemmetjenesten. Hva sto de for? Hvilke verdier ville de jobbe ut i fra? Hva gjorde jobben deres meningsfull? Hvordan nå de mål de hadde satt for seg selv? Hvordan i varetar ansvaret for oss selv og for fellesskapet? Hvordan var det med opplevelse av å ha et meningsfullt arbeid, identitet, tilhørighet, bli tatt på alvor, være verdifull for kolleger og ikke bare en person på lønnsliste, å ha likeverd, bli behandlet med respekt og verdighet?

Denne etisk / moralske overveining ble grunnlaget for det videre arbeidet med mål og verdigrunnlag for hjemmetjenesten og skulle bli synliggjort i informasjonsheftene denne høsten. En sjekklister for nyansatte ble utarbeidet. Likedan ble en progresjonstige for studentene (vedlegg 3) utarbeidet av høgskolens representant. Disse skulle også bli en del av informasjonsheftene. Å ha en student til veiledning i nesten tre måneder virker som en lang periode, men både kontaktsykepleieren og studenten opplever at tiden går fortere enn de tror. Erfaringen er at både kontakt sykepleiere og studentene vil gjennomføre mange prosedyrer, men det er lett å utsette enkelte funksjoner til senere og plutselig er det ikke tid lenger. De ønsket å få litt press på seg selv til å komme tidligere i gang. Progresjonsstigen som ble utarbeidet gir en oversikt over hva som skal være gjennomført fra uke til uke. Vi må regne med at studentene har individuelle behov og en gjennomføring av arbeidskravene kan variere meget fra sted til sted, men det gir en struktur til å jobbe etter for kontaktsykepleiere og studenter gjennom hele praksisperiode. Videre har det vært en liten diskusjon om å få noen av de ansatte til en konferanse hvor ”Eldre” var i fokus. Ideen var bra, men det var ingen som trodde på at kommunen skulle frigjøre ressurser til at en av dem kunne reise til en konferanse. De søkte ikke fordi en holding til at ”dette nytter ikke likevel, det vet vi” rådet. Høgskolens representant skulle også til denne konferanse og ble oppfordret til å avsette tid på det første møte etterpå slik at de kunne få et referat. Begrunnelse var, ”det er så spennende, givende, og da lærer vi noe likevel”. På grunn av sykdom blandt personalet, mange syke pasienter med

influenza og ekstra arbeid i førjulstiden har fagutviklingsarbeidet fra oktober til og med desember mer eller mindre stått stille. Det har heller ikke vært flere møter i den periode fordi ingen var kommet lengre i fagutviklingsarbeidet og da kunne de ikke bruke tid til "bare" å prate sammen når andre arbeidsoppgaver sto i kø.

Vårsemester 2005

I vårsemesteret 2005 startet alle med nytt pågangsmot. De var fortsatt ikke ferdig med prosedyrepermen, men det var ikke mye arbeid som sto igjen. Dessuten var det kommet forslag til noen prosedyrer som burde vært med i permen. Mesteparten av teksten til informasjonsheftene var ferdig, men også her sto det noe arbeid igjen. Det var gitt et muntlig referat fra konferansen om "eldre med demens" på det første møtet i dette semesteret og noe av innholdet har nok smittet over på dem. Det var mange likhetstrekk mellom innholdet i foredragene på konferansen og intensjonen for hjemmetjenesten i Hedalen. Dette utløste nye refleksjoner over hvordan man med enkle midler eller omlegging av rutiner og vaner bedre kan ivareta og tilrettelegge for den enkelte pasient sitt behov, særlig de psykisk / sosiale behovene.

I dette semesteret oppsto det også nye utfordringer. Det var bestemt i kommunen at hjemmetjenesten og det kommunale sykehjemmet, Heidalsheimen, skulle slås sammen. Dermed var det ikke til å unngå diskusjoner om hvordan sykehjemmet kunne bli innlemmet i hjemmetjenestens ansvarsområde. Dessuten måtte det en ny runde til i forhold til mål, verdier og ansvarsområde som de ville beskrive i informasjonsheftene. Sammenslåingen av to bestående arbeidsplasser til en arbeidsplass gir i de aller fleste tilfelle utfordringer i form av ressursbruk, tålmodighet, nye vaner og rutiner. Dessuten koster det mye i form av personlige omstillinger og dertil brukt energi. Det var allerede hjemmetjenesten som ivaretok de sykepleiefaglige oppgaver på kveldstid, men nå skulle det bli en integrert enhet. Likevel skal de ansatte som jobbet "ute" i distriktet fortsette der, og de som har arbeidet "inne" skal fortsatt være på Heidalsheimen. Høgskolelektor bidro med innføring i problemløsning, aktuell litteratur og ledet det første fellesmøte. På det første møte i januar ble det bestemt at neste møte burde være etter Påske på grunn av all ekstra arbeid og innføring av nye rutiner i forbindelse med sammenslåingen av hjemmetjenesten og Heidalsheimen. I mellomtiden skulle alle forsøke å jobbe videre med de påbegynte oppgaver. Neste møte ble ikke før halvveis ut i april og de ansatte bar preg av omstillingsperioden. De holdt motet opp ved å si at de gikk bedre tider i møte, det er vår og snart er alle snø borte. De hadde en egen evne til å

synliggjøre optimisme. Det var en tung periode for hjemmetjenesten i tillegg til den krevende jobben de hadde i det daglige arbeidet. De fikk samarbeidet til å fungere, men det var mange slitne ansikter.

Like etterpå kom det beskjed fra kommune at de skulle utbygge sykehjemmet og samtidig omstrukturere den bestående byggemasse. Begrunnelse var at hjemmetjeneste da fikk bedre plass, at psyk. sykepleie skulle få et kontor i samme bygningen og at det skulle bli lettere for hjemmetjeneste å komme seg til og fra sykehjemmet. Hjemmetjenesten hadde et lite kontor i sykehjemmet, som nå skulle bli ombygget. De har fått litt mer plass til oppbevaring av diverse materialer og en flott rom til oppbevaring av medisiner. Kontorene har ikke blitt større, tvert om, men de har fått tre små rom i stedet for ett rom. Perioden var preget av bygningsarbeidere med drill og bor. Uansett hvor de ansatte plasserte seg, så var det støy og bråk. De fikk så godt de kunne gjennomført det daglige arbeidet, men arbeidet med faglige spørsmål og forbedringsarbeid var det ingen som klarte å gjennomføre. Det var tungt å jobbe fordi alt ble flyttet flere ganger. Dokumentasjonsmaterial, både til det daglige arbeidet og deres arkiv, permer, bøker og lignende skulle ikke stå i veien. Dessuten måtte mye bli sikret for at det ikke skulle komme uvedkommende i hende. Det var en periode hvor alt ble flyttet fram og tilbake og at de, bokstavelig talt, var kommet like langt. Etter byggeperioden kom en ny fase med innflytting. Også her tok det sin tid til alt sto på plass og ny innkjøpte varer var levert. Dermed var semesteret for det meste over og det ble lite tid til fagutviklingsarbeid. Selv om vi hadde noen av våre jevnlige møter, ble de lite effektive.

En diskusjon som oppsto i denne perioden var om hvordan de bedre kunne i vareta kontinuiteten i fagutviklingen. Alle hadde vel innsett at det ikke fungerte helt som de ønsket, samtidig var det ikke så mye de kunne prioritere annerledes. Det ble enighet om at de skulle bli flinkere til å se på fagutvikling som på en hvilken som helst annet arbeidsoppgave som må gjøres. Informasjonsheftene er nærmest ferdige, men de skal legge inn en geografisk kart av området. Det kom fram en ny problemstilling på møte som måtte prioriteres foran alle andre saker på ønskelisten. De ønsket seg mer struktur i morgenrapporten. Opplevelse så langt er at de brukte for mye tid på rapporten etter sammenslåingen med sykehjemmet. Ikke alt er av interesse for alle. Hvordan få en god struktur som alle kunne enes om? De kom fram til en samlet rapport med ansatte fra sykehjemmet. En sammenslåing av to selvstendige enheter til en enhet krever i de fleste tilfeller en ekstra innsatts av personalet. Rutiner blir endret og det

kan fort oppstå frustrasjoner blant personalet. Derfor ble en del av fagutviklingstid i dette semesteret brukt til faglige diskusjoner i forbindelse med sammenslåingsprosessen.

Rutinene til bruk av akuttkofferter var heller ikke tilfredsstillende. Det var delte meninger om hvor de skulle være når ikke alle sykepleiere går i 100 % stilling. Skulle alle stå på kontoret blir det for langt å kjøre når man trenger en. Burde de ha flere kofferter slik at de fleste hadde en i bilen og dermed unngå den fram og tilbake kjøringen? Dessuten burde alle kofferter være utstyrt med en surstoffmaske. Noen av de ansatte ble ansvarlig gjort til å komme med forslag til neste møte. Videre kom det fram at sammenslåingen av hjemmetjenesten og sykehjemmet har ført til at de trenger mer plass til pleie og omsorg. Det var igjen nødvendig med en ut-og ombygging av den bestående byggemasse. Dette innebar at hjemmetjenesten midlertidig skulle flytte til andre lokaler, riktignok i samme bygning. På grunn av byggeprosessen og flyttingen ble det bestemt at neste møte ikke skulle være før i slutte av august. Det innebar at de nye omstendigheter igjen gikk ut over det planlagte fagutviklingsarbeidet.

Høstsemester 2005

Høstsemesteret 2005 startet med at det første planlagte møte ikke kunne gjennomføres, den ble utsatt til slutte av september på grunn av bygingsprosessen og tilbakeflytting til de opprinnelige lokaler. Meningen var likevel at de på dette tidspunktet skulle starte opp igjen med fagutviklingen. Igjen ble timer avsatt på turnussen, men de hadde innsett at det i ferie- og høytider ikke var mulig å frigjøre tid til dette formålet, hvor gjerne de ville det. Dermed ble det bestemt på dette møtet at de i ferieperioder og ved Påske og Jul skulle fritas for fagutviklingsarbeid. Prosedyrepermen var oppdatert og utvidet til bruk i de nye trygdeboliger som ble tatt i bruk etter den siste utbygningen. I forbindelse med dette begynte de å diskutere hvor lenge de skulle ha prosedyrene i en perm eller om det var mulig å slå seg sammen med flere kommuner og få et abonnement på PPS (Praktiske Prosedyrer for Sykepleiere). Informasjonsheftene var nå mer eller mindre ferdig til å ta i bruk. Noe småting sto igjen, men heftene skulle tas i bruk fra januar 2006. Det har vært omlegging av morgenrapporten og det fungerte nå tilfredsstillende. Forsvarlig avfallshåndtering i hjemmetjenesten ble tatt opp som nytt problemområde. Det visste seg at det var utarbeidet flere forskrifter for avfallshåndtering i kommunen, disse skulle samles i en perm som skal være tilgjengelig for alle. Permen for avfallshåndtering skal også ajourføres en gang i året og alle skal utføre arbeidet etter forskriftene. Progresjonsstige til studentene skal utprøves fra januar 2006 når nye studenter kommer til kommune. Strukturen i avviksskjema ble diskutert og et skjema utarbeidet til

utprøving. Det er dokumentasjon om arbeid som ikke er tilfredsstillende utført og dette skulle de ta på alvor. Det har vært et møte til i løpet av høsten men på grunn av ”dårlige tider” blandt personalet ble møtene i oktober og desember avlyst. De har fått to datamaskiner denne høsten, det kan være gode hjelpemidler for dem. De skal også i gang med elektronisk pasientdokumentasjon fordi den gamle kardexsystemet snart er ut av drift.

Vårsemesteret 2006

Det første møte i våren 2006 var i januar. Studentene var også til stede og ga uttrykk for at dette var et spennende opplegg. De ville gjerne være delaktig hvis det var rom for det.

Studentarbeid var i utgangspunkt en del av samarbeidet med praksisfeltet, men de ansatte måtte først selv komme i gang, noe som har vist seg ikke å være så lett som de trodde til å begynne med. Studenter og kontaktsykepleiere har tatt i bruk progresjonsstigen til studentene og tilbakemeldinger var at det var lettere å holde oversikt og struktur i hverdagen.

Velkomstheftene er tatt i bruk, men det geografiske kartet må endres litt.

Det viste seg at den opprinnelige utgaven ikke var så lett gjennomførbar i det elektroniske systemet. Avviksskjema som var tatt i bruk bur muligens endres litt etter hvert, men er foreløpig i bruk. Forskriftene om avfallshåndtering er lagt inn i informasjonsheftene. Det viste seg også at flere kommuner var interessert i PPS og de jobbet videre med muligheten om å bestille et felles abonnement for alle kommuner i Valdres. Meningen var at det skal være tilgjengelig for hele regionen og at det blir en samarbeidet mellom alle kommuner. Neste møte skulle være i mars, men den var ikke mulig å gjennomføre. Det ble ingen flere møter i dette semesteret. Nye utfordringer hadde oppstått fordi sonelederen sluttet i jobben sin på kort varsel av personlige grunner. Den nye sonelederen kom ikke på plass før like før sommerferien. Avtale med distriktlederen var at den nye sonelederen skulle bli informert og gjort kjent med samarbeidet. Fra august 2006 var det derfor forventet at vi kunne arbeide videre med fagutvikling. Distriktslederen var motivert for dette arbeidet og vi regnet med at vi skulle få den nye sonelederen med på laget heretter.

Høstsemesteret 2006

I høsten 2006 viste det seg at det likevel var vanskelig å komme i gang. Kommunene var pålagt til å bruke et bestemt datasystem for pasientdokumentasjon. Dette har vært kjent over lengre tid, men de fleste kommunene hadde ikke klart å komme i gang med opplæring av personalet. Høsten 2006 ble derfor en deadline for å komme i gang med opplæringen. Det samme problemet fra foregående semestre oppsto igjen. Arbeidsburde er så stor at de ikke har

kapasitet til både dataopplæring og å jobbe med andre fagutviklingsoppgaver.

Distriktslederen bestemte derfor at de skulle fokusere på dataopplæringen, få den under kontroll, før de gikk videre med fagutviklingen. Distriktslederen ga uttrykk for å starte med fagutviklingssamarbeid igjen på et senere tidspunkt og da samtidig ved begge de sonene som hun var leder for, ikke bare på den ene. Dessuten ville hun jobbe videre for at fagutvikling ble en innarbeidet del av arbeidsoppgavene. I løpet av denne perioden med fagutvikling hadde både ledere og ansatte blitt mer bevisste på hvor nødvendig det var med oppdatering og forbedring av den faglige kvaliteten. Likevel var det igjen fagutvikling som måtte vike, selv om elektronisk dokumentasjon også ivaretar faget. Det var en oppgave som ble bestemt over hodet på dem og skulle gjennomføres i løpet av en bestemt tid. Fordi opplæring av elektronisk dokumentasjon var et fellesprosjekt i fylket var det lagt til rette for opplæringen. Dermed trakk høgskolens representant seg inntil videre tilbake, med avtale om at hjemmetjenesten tar kontakt med høgskolen når de er i stand igjen til å gjenoppta samarbeidet.

5.0 OPPSUMMERING

Ut i fra samarbeidet mellom hjemmetjeneste og høgskolen, som beskrevet ovenfor, skulle det vært tilrettelagt for en vellukket gjennomføring av fagutvikling. Likevel fikk vi problemer med å gjennomføre et systematisk samarbeid. Det viste seg i den perioden hvor sårbare sykepleierne i kommunehelsetjeneste er. Sykdom blant ansatte eller deres barn kan være nok til at hele fagutviklingen stopper opp. Særlig i vinterhalvåret viste det seg at det var vanskelig å holde hjulene i gang, likedan i ferieperioder. I en periode med mange syke pasienter, på grunn av influensa, økte antall hjemmebesøk, og en time fagutvikling i uka var da ikke gjennomførbar. Det er ingen grunn til å tvile på deres motivasjon og/eller vilje til fagutvikling. Gjentatte ganger har de gitt uttrykk for sitt ønske om å kunne fortsette selv om det gikk sakte. De framsto som en fantastisk flittig og arbeidsvillig ”gjeng”, men de er for få i antallet. Til tross for det daglige arbeidet hjemme hos pasientene, ekstra arbeidet i forbindelse med å flytte fram og tilbake og vaske- og ryddejobben for endelig å kunne flytte inn i nye lokaler, forsøkte de å jobbe videre med fagutvikling og inkluderte de ansatte på sykehjemmet. På første møtet etter innflytting i nye lokaler var de like glad som før, men de måtte være sliten til langt ned i marginen. De hadde jobbet så hardt, på alle områder, men kom likevel med uttalelser om dårlig samvittighet for den delen av fagutviklingen som ikke var utført enda.

I løpet av de siste årene har de i fellesskap utarbeidet de etterlengtede informasjonshefter til pasient/pårørende, nye ansatte og studentene. De har hatt en grundig diskusjon om sine mål og verdigrunnlaget for arbeidet i hjemmetjenesten. Utplasseringen av akuttkofferter er diskutert og endret. Til studentveiledning i praksis er det utarbeidet en skjematisk oversikt over ferdigheter studentene helst skal ha oppnådd i løpet av sin praksisperiode i hjemmetjenesten. Videre er det lagt mye vekt på en prosedyreperm. Den er utarbeidet etter de siste retningslinjer fra sykehusene i Oppland. Permen er tilpasset hjemmetjeneste der det er nødvendig. Sammenslåing mellom Heidalsheimen og hjemmetjenesten er gjennomført en dermed endringer i rutiner for kveldsvaktene, i forhold til pasienter på sykehjemmet, og i rutinene til morgenrapporten. De har utarbeidet et avviksskjema og en perm til forskrifter om avfallshåndtering. I tillegg har de fått en bevisstgjøring om egen ansvar i forhold til

oppdatering av sine kunnskaper. Det er flere områder de ønsker å sette søkelyset på. Det innebærer at funksjonsnivået antagelig er kommet på et høyere nivå. De bygger noe opp, for seg selv, hverandre og samfunnet. For hver lite gjennomført utviklingsprosess er de en steg videre i sin ekspertise og det komme både pasientene og studenter til gode.

De ansatte har hele veien gitt uttrykk for motivasjon og arbeidsvilje. Flere mål er nådd, men de ønsket å gjøre mer. De kom stadig med nye forslag og ideer til arbeidsoppgaver, foreslo endringer i eksisterende rutiner og hadde et ønske om å gi pasientene et bedre velvære. Motivasjon og arbeidsvilje er to viktige faktorer å jobbe ut i fra, men hvordan har det vært med de andre faktorene?

Faktorer som egnede lokale for å kunne gjennomføre kunnskapsøkende aktivitet har ikke vært til stede. Papir og skrivesaker har de fått tak i, men datamaskinene kan de ikke ubegrenset bruke, de må ta hensyn til andre gjøremål. Det er kun to datamaskiner til rådighet for de ansatte. Å få kontakt med andre forsknings-, fagutviklings- eller kliniske sykepleiere er sparsomt på grunn av for lite mulighet og tid. Mulighet til å leie inn ressurspersoner eller vikarer er ikke gjennomførbart med dagens budsjett. Å gå på kurs eller konferanse er det heller ikke økonomi til, men de vil gjerne ha referat fra kurs, foredrag eller konferanse som andre har vært på hvis det er aktuelt for deres arbeidsområde. Lange avstander gjør det vanskelig å få kontaktsykepleierne til høgskolen for informasjon om- eller å overvære ressursforelesninger med studentene de veileder i praksis. De vil så gjerne, men på grunn av lite økonomiske ressurser er det ikke aktuelt å leie inn en vikar den dagen. I enkelte tilfeller får de lov til å reise, men kollegaer må overta deres arbeid i tillegg til sitt eget program, og "så vondt vil de ikke gjøre hverandre". Selv om undervisningen eller informasjonen er gratis for deres arbeidsgiver, og at sist nevnte har ansvar for at sine ansatte kan vedlikeholde sine kunnskaper, er det ikke ofte at de kommer til høgskolen. Det samme skjer ute i distriktet når det gjelder kontinuiteten til fagutviklingen. Har en av dem fravær, uansett om det er en sykepleier eller hjelpepleier, så er det ikke personalressurser til å ivareta denne delen av arbeidet. De ansatte i kommunehelsetjeneste i Hedalen har god kontakt med bibliotekansatte og den kommunale bibliotek som er i samme bygning. Den funksjonen har de brukt ved flere anledninger. Det er ofte bibliotekaren som finner litteraturen, fordi de ansatte i hjemmetjeneste ikke har tid, og dermed ikke den roen over seg til å sette seg ned for selv å lære seg litteratursøk. Dermed blir en viktig læringsprosess borte og de fortsetter med manglende kunnskaper i søk av litteratur. De kunne ikke benytte seg av databaser som

MEDLINE og CINALH fordi biblioteket ikke abonnerer på disse databasene. Datamaskinen hos hjemmetjenesten var ikke tilkoblet Internett eller en annen nettleser, dermed søkte de heller ikke i databaser som Helsedirektoratet eller Helsebiblioteket. Det er få eller ingen faglige tidsskrifter tilgjengelig for dem. De har skaffet seg noe nye bøker, men et bokhjørne er langt inn i framtiden enda. Kapasiteten på biblioteket er begrenset. Ved mange besøkende kan ikke ansattene fra hjemmetjenesten sitte der for å jobbe med fagutvikling. Samarbeid med høyskoler og/eller universitet var begrenset til de møter og veiledinger som HiG har vært med på. De har fått utlevert fra høyskolen noen forskningsartikler og litteratur henvisninger. Utenom dette er det lite mulighet til å lese forskningslitteratur. Publisering har de ikke kommet i gang med. Så langt har fagutviklingsarbeidet vært internt for egen arbeidsplass.

Lederforankring er en annen viktig faktor som muligens ble undervurdert. Innenfor en modell som "Clinical scholarship" skal ledelse på alle nivåer være med på gjennomføringen. Man skal jobbe ut i fra felles mål, verdier og visjoner. Ledere på forskjellige nivåer, men særlig på toppen av systemet, må bli bevisst sitt administrative, faglige og etiske ansvar. De bør involveres i arbeidet for å oppnå bedre rammebetingelser og ressurser enn det som eksisterer i dag. I dette tilfelle var det både sone- og distriktslederen som var orientert om fagutviklingsarbeidet. De fulgte med på hva de ansatte etterlyste i det daglige arbeidet, men ledere på et høyere nivå var ikke inkludert. Verken distrikts- eller soneleder har mandat til selv å kunne ta beslutninger eller prioritere annerledes. Det ble da heller ikke tatt hensyn til muligheter for fagutviklingsarbeid under bygings- og flytteprosessen. Datakurset ble beordret over hodet på dem i løpet av et semester, ingen toppledere hadde kjennskap til at de ansatte ved hjemmetjeneste i Hedalen holdt på med fagutvikling på andre områder. Dette understreker at ledere på alle nivåer må stå bak avgjørelsen om det skal bli en vellukkaet prosess.

Det er mange viktige forutsetninger for at man skal lykkes med fagutvikling. I mange tilfeller følger det pengeoverføring med ved et utviklingsarbeid. Pengeoverføring har aldri vært meningen i dette fagutviklingssamarbeidet mellom høyskolen og hjemmetjenesten. I det tilfelle kunne de leiet inn vikarer eller kjøpt andre tjenester. Meningen har vært å jobbe ut i fra de forutsetninger en har og heller utvide det etter hvert. Det dreier seg, med en modell som "Clinical scholarship", like mye om bevissthet hos personalet til å se muligheter på egen arbeidsplass. Å oppnå de gode resultater kommer som resultat på lengre sikt.

Distriktslederen og sonelederen har forsøkt å skape en kultur for fagutvikling og all ære for det. De har stimulert sykepleierne og andre til faglig diskusjon og selv ofte tatt del i det. Dokumenterte resultater av faglig oppdatering må de antagelig ta over et lengre tidsperspektiv, men de ansatte snakker i hvert fall samme språk og har samme mål og verdigrunnlaget. Det er mange barrierer som kan hindre eller forsinke en utvikling. Knappe resurser som dårlig økonomi, for liten bemanning og individuelle og institusjonelle barrierer som tidspress, motstand mot endringer, manglende tilgang på litteratur, manglende språkkunnskaper, manglende kompetanse er aktuelle faktorer som kan hindre en utvikling.. Man burde også fokusere mer på avvikskrivning. For eksempel når tiden ikke strekker til for å gjennomføre gjøremål på en forsvarlig måte. Slik som hverdagen i kommunehelsetjeneste er, er det dessverre lite rom for fagutvikling, til tross for alle fine ord og forskrifter.

Allikevel skal man se fremover mot nye utfordringer og løfte blikket opp og over de daglige problemer. Det kan skape forventninger og optimisme, redusere turnover, øke arbeidsgleden og den faglige kompetansen. I et slikt utviklingsarbeid vil sykepleierne jobbe mot en profesjonell sykepleiepraksis, der de utvikler selvstendighet, tar sitt ansvar for de handlinger de utfører og øke kvaliteten i sykepleie til pasientene.

Hensikten med fag- og personligutvikling er først og fremst å sikre best mulig kvalitet på sykepleien til pasientene. Når sykepleierne øker sin kompetanse, dokumentere for det og formidler det videre til fagfeltet, vil kunnskapene etter hvert komme hele samfunnet til gode. I de tilfeller hvor sykepleierne kan gjennomføre fagutviklingsarbeid kan flere effekter som positiv selvbildet, tilfredsstillende arbeid, følelse av å ha kontroll, vekst, velvære og selvutvikling oppstå. I følge st.meld 50 (1993.94) og st.meld 25 (2005-2006) er det å øke kvaliteten på helsetjenestene et offentlig mål for fremtiden. Siden HiG også har dette målet i sin Strategi- og Handlingsplan (2005), bør høgskolen fortsette til å bidra med fagutvikling i distriktet. I en tid hvor alle i helsevesen fører en kamp om ressursene er det viktig at høgskolen levere et produkt i form av dyktige ferdig utdannende sykepleiere. Det innebærer å ha god kontakt med praksisfeltet for å vite hvordan man, med felles innsatts, kan tjene kommunehelsetjeneste på best mulig måte. Både ansatte i praksis, forskning- og utdanningssystemet har ansvar for å bygge bro mellom teori- og praksisfeltet. Å bidra med fag- og kunnskapsutvikling gir gode muligheter til å være en brobygger mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonen.

LITTERATURLISTE

Førtoft, A.K. og Hanssen, Ingrid. (2006) Hjemmesykepleie- et godt sted å være og lære for sykepleierstudentter? Et samarbeidsprosjekt mellom høgsolen og hjemmesykepleien. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 8 (3), 17-29

Diers, D. (1988). "On clinical scholarship (again)". Image: Journal of Nursing Scholarship, Spring, 20 (1), 2.

Diers, D. (1995). "Clinical scholarship". Journal of Professional Nursing, 11(1), 24-30

Flaa, P. m/fl. (1995). Innføring i organisasjonsteori. Oslo. Universitetsforlaget.

Hernæs, N. (2003). Undervisningssykehjem. Tidsskrift Sykepleie, Norsk Sykepleieforbund, 18, 14-15.

Holter, I. M. (1994) "Forvandlende lederskap". Sykepleien Fag, nr. (3), 3-7

Kirkevold, M. (1996). Vitenskap for Praksis? Ad Notam Gyldendal.

Lorentzen, R. (1988) Ledelse et helhetssyn. Universitetsforlaget A/S.

NSF (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Parker, M. (1992). Sammen om visjoner. Oslo. Hjemmets Bokforlag A/S.

Riley, J. M. & Omery, A. (1996). "The scholarship of a practice discipline". Holistic Nursing Practice, 10 (3), 7-14.

Riley, J., Beal J. A. & Lancaster, D. (2008) Scholarly nursing practice from the perspectives of experienced nurses. *Journal of Advanced Nursing* 61 (4), 425-435.

Schlotfeldt, R. M. (1992). "Why promote clinical nursing scholarship?" *Clinical Nursing Research*, Feb, 1 (1), 5-8.

Schutzenhofer, K.K. (1991) "Scholarly pursuit in the clinical setting: An obligation of professional nursing". *Journal of Professional Nursing*, 7 (1), 10-15.

Steen, E. (1987). "Fagutvikling og forskning blant sykepleiere på postplan – tanker og erfaringer". *Sykepleie i tiden. Hvor står vi? Hvor går vi? Symposieboken, Ullevål sykehus*

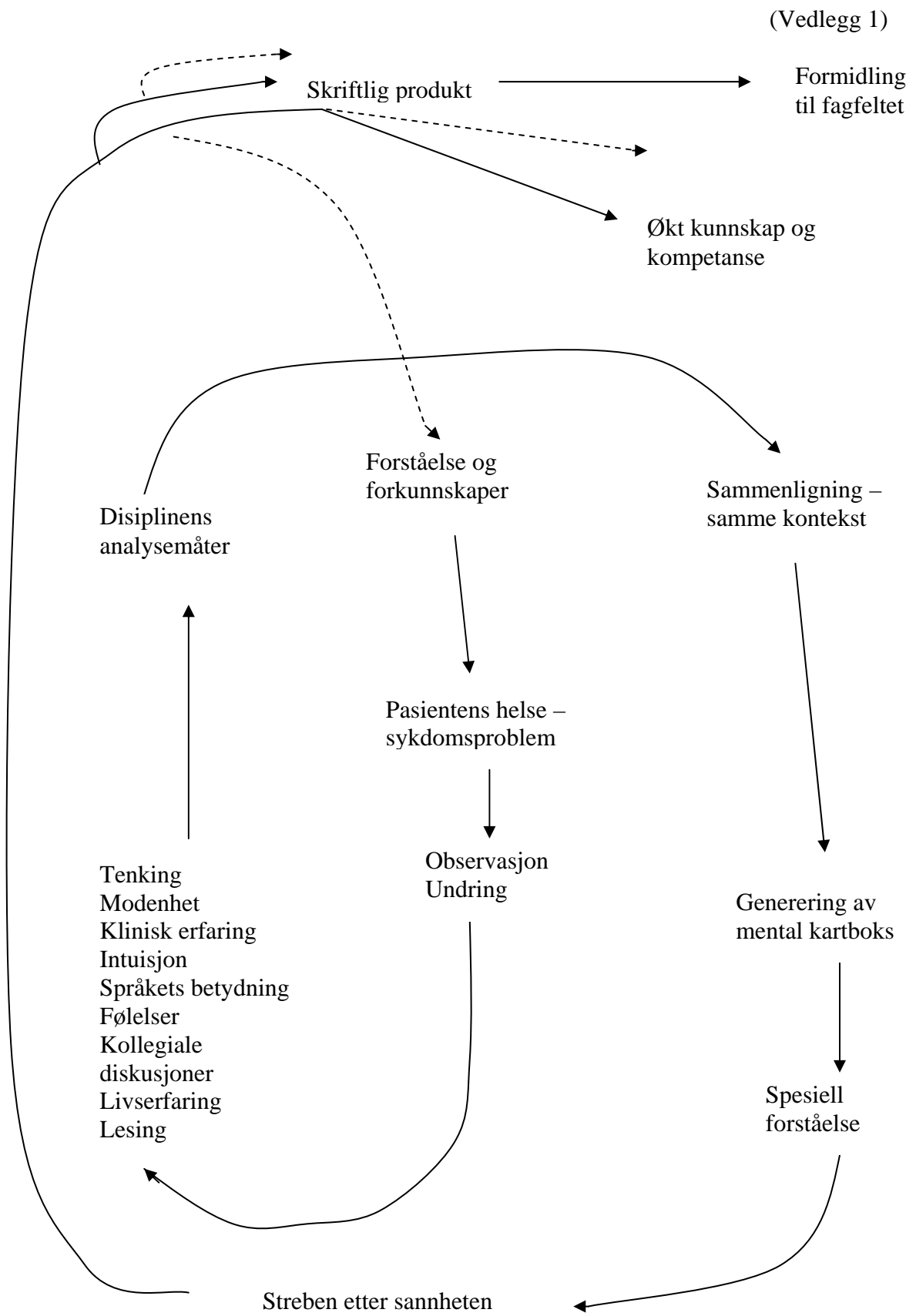
St. meld. nr.50 (1993-1994). Samarbeid og Styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, Sosial- og helsedepartement.

St.melding. nr.25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgssutfordringer, Helse- og omsorgsdepartement.

Strategi- og Handlingsplan (2002–2005): Tillit Nærhet Endring, Høgskolen i Gjøvik.

Wellard, S. J. og Heggen, K. (2006) Clinical nursing professoriate: Reflections on Australian experiences. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 8 (2) 13-21

Trigwell, K., Martin, E. & Benjamin, J., Prosser, M. (2000) "Scholarship of Teaching: a model" *Higher Education Research & Development*, Vol. 19, No. 2,



Figur 1 : Proses og produkt ved "Clinical scholarship".
Kunnskapsutvikling – anvendelse og evaluering

FORSLAG TIL PROSEDYRER I HJEMMESYKEPLEIEN

Avføringsprøver

Blodprøver

Blodtrykksmåling

Blæreskylling

Drikke

Diurese

Eliminasjon

Fotstell

Helvask i seng

HLR

Håndvask

Injeksjoner

Inkontinens

Innskrijving

Kateterisering

Klyster

Mors

Munnstell

Neglestell

Nesespray/dråper

Obstipasjon

Overflyting

O2

Palliativ fase

Patging av hansker

Pulstelling

Sjekkliste

Smertepumpe

Smitte

Smitteavfall

Surring av stump

Sårbehandling (rene og infiserte)

Tannpuss

Tap/krise

Terminalpleie

Uridom

Urinprøver

Utskriving

Venekanyle

Øreskylling

Øyedrypping

TEMAER TIL VIDERE ARBEID I FRAMTIDEN.

Body Mass Index

Dokumentasjon

Evaluering av dagens rutiner

Kurs om Demens. (bl.a. reminisens)

Kurs om Diabetes

Kosthold og ernæring (rutiner, gode måltider, kosttilskudd, pas. ønskemenu)

Prosedyrebok

Prosjekt munnstell

Prosjekt fotpleie

Prosjekt helsesjekk (helsestasjon)

Pårørende arbeid i f.t. kronisksyke, diabetes, demens

Undervising om eldre

Vektkontroll (veing av pas.)

Velkomst/informasjonshefter

| Uke 1 | Uke 2 | Uke 3 | Uke 4 | Uke5 |
|---|--|---|---|--|
| <p><u>Bli kjent med</u></p> <ul style="list-style-type: none"> *Personalet/knt.spl *Hjemmetj.områder distrikt/ruter * Branninstruks * Akutrutiner varslingsystem nødnr./vaktsentr. (legevakt ambulanse) hjertebrett masker koffert (på knt) * Døgnrytmeplan turnus/vakter rapporttider møter *Ringesystem på trygdeboliger * Meldingssystem telefon mobilnr. * Dokumentasjon kardex, elektr, dagbok på knt. * Utstyr lager/forråd * Avfallshåndtering risikoavfall kildesortering *Hygieniske prinsipper i hj.spl. * Innføring i komm. mål/formål for eldre * Skriven turnus i f. t. knt. spl. egne mål | <p><u>Fortsetter med å bli kjent fase</u></p> <p>Velge en pasient til</p> <ul style="list-style-type: none"> * Oppfølging i f.t. grunnl. behov * I f.t. Ind. plan * Rapportering skriftlig (kardex, pl.plan, elektronisk) muntlig * Tar BT, temp, puls, bld.s. andre praktiske oppgaver Å kunne lese/forstå pas. data på kurver/lab.utskrifter, anamnese, forordninger o. l. Være åpen for konstruktiv kritikk Å kunne lytte til andre/ta i mot råd Gjennomført sjekklister for nye ansatte Ferdig med å bli kjent fase | <p><u>Ansvar for flere pasienter</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Utfører forsvarlig stell observasjon av bevissthet, sirkulasjon, respirasjon, eliminasjon, huden, ernæring, væske å vise respekt og omsorg Å ivareta hyg. prinsipper (særlig håndhygiene.) informasjon, kommunikasjon m/pas. og pårørende (målrettet). * Fokus på egenomsorg Å observere pas. og omgivelsen Å i varetar pas. ressurser *Bevisstgjøring av spl.prosessen / i verksette spl. tiltak ut i fra faglig vurdering Å rapportere til knt. spl. og dokumentere over utført arbeid | <p><u>Ansvar for flere pasienter</u></p> <p>Videre utvikling fokus uke 3</p> <ul style="list-style-type: none"> * Setter seg inn i pas. diagnose og behandling gjøre seg kjent med medisinene virkning/bivirk. administrere/dele ut medisinene under veiledning Åvære tilstede på møter angående pas. *Å være sammen med ledere, få innsikt i adm. og ledelses oppgaver å være med på inntakstmøter, vurderingsmøter, sonemøter ledermøter tverrfaglige samarbeidsmøte og lignende. | <p><u>Ansvar for flere pasienter</u></p> <p><u>Videre utvikle fokus uke 3 og 4</u></p> |

| Uke 6 | Uke 7 | Uke 8 | Uke 9 | Uke10 |
|---|---|---|---|--|
| <p><u>Ansvar for flere pasienter</u></p> <p>* Å se sammenhengen mellom pas.situasjonen, behandling (medikamentene) og spl.diagnoser/tiltak</p> <p>observasjon av væske og elektrolyttbalanse, psykiske velvære, sosiale velvære og åndelige behov</p> <p>se helheten rund pasientsituasjonen</p> <p>Å undervise og veilede pas./pårørende</p> <p>bevissthet rund etiske dilemmaer</p> <p>refleksjon over eget arbeid</p> | <p>Videre utvikling fokus uke 6</p> <p>* Ha ansvar for en rute</p> <p>organisere arbeidet</p> <p>prioritere</p> <p>delegere</p> <p>kritisk reflektert over eget og andres arbeid</p> | <p>Fortsetter fokus uke 6 og 7</p> <p>* Overværen aktivitetdagen til demente</p> <p>*Å oppdatere evt. utarbeide prosedyrer</p> <p>* Å ha kunnskaper om lederfunksjonen</p> | <p>Leder ansvar i en uke</p> <p>*Ansvaret for den daglige drift</p> <p>* Ansvar for legevisitt/spl.møter</p> <p>* Ansvaret for aktivitetdagen til demente pas.</p> | <p>Videre utvikling av fokus på 6, 7 og 8</p> <p>* Å kunne utføre selvstendig arbeid</p> <p>* Å kunne anvende spl. faglig- og lederkunnskaper.</p> <p>* Å være bevisst sin egen svake områder og prioritere disse</p> |

| Uke 11 | Uke 12 | Uke | Uke | Uke |
|---|--|-----|-----|-----|
| <p>Videre utviklen seg særlig i f. t.</p> <p>* Å se helheten/bruke spl. prosessen</p> <p>* Å kunne være selvstendig</p> <p>* Å kunne utføre ledelsesfunksjonen</p> | <p>Videre utvikling av de foregående uker</p> | | | |