

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2012 nr. 6

**Simulering i "Praksisrettet undervisning i  
psykisk helsearbeid/psykisk helsevern"**  
- et samarbeidsprosjekt mellom høgskolen og praksisfeltet.

Kari Kirkbakk Fjær, Nina Beate Andfossen  
og Birgitta Hedelin



Høgskolen i Gjøvik  
2012

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-93269-03-8

## Forord

Rapporten beskriver samarbeidsprosjektet mellom Høgskolen i Gjøvik, Nordre Land Kommune og Sykehuset – Innlandet, divisjon psykiatri representert ved DPS Lillehammer, avd. Otta døgnenhet og Reinsvoll sentralsykehus. Prosjektet pågikk i tidsperioden fra august 2009 til juni 2011.

Hensikt med prosjektet var å forberede studentene til det kliniske fagfeltet psykisk helsearbeid/psykisk helsevern ved å etablere et prosjektsamarbeid mellom praksis og høgskolen og utarbeide og utprøve scenarier for simulering

I perioden fra 1992 til 2006 fikk praksis veiledningsmidler, etter avtale med aktuell høgskole, for å styrke kvaliteten på praksisundervisningen i sykepleierutdanningen.

Kunnskapsdepartementet mente at disse midlene ikke tydelig nok viste ansvarsforholdet mellom høyskolene og praksisstedene. I statsbudsjettet for 2006 ble midlene til praksisveiledning omdisponert til utviklings-, forsknings- og samarbeidsprosjekter. Midlene blir nå gitt til prosjekter/tiltak som har til hensikt å fremme samarbeid mellom høyskolen/universitetet og praksisstedene (Kunnskapsdepartementet, 2006).

Helseforetakene/kommunene får med det ikke lenger automatisk penger fra høyskolen for å drive praksisveiledning av studenter, men må søke høgskolen hvert år om prosjektmidler. Høgskolen i Gjøvik utlyste i 2007, for første gang etter ny ordning, midler til samarbeidsprosjekter mellom praksisstedene i helseforetaket/kommunehelsetjenesten i Oppland og Høgskolen i Gjøvik.

Initiativ til prosjektet kom fra høgskolelektorene som så et potensial i å forbedre studentenes praksisforberedelser gjennom bruk av simulering. Høgskolen har praksisplasser i psykiatri blant annet i kommunehelsetjenesten, ved de distriktskykiatriske sentra (DPS) og i spesialiskehusene. Det var derfor et bevisst valg å innlemme prosjektmedarbeidere fra alle tjenestenivåene i prosjektet. Siden det er et spesialiskehus i psykiatri i fylket, var dette en selvskreven deltager. Oppland fylke har to DPS'er med flere avdelinger og Høgskolen i Gjøvik har samarbeidsavtale med disse. At avdeling døgnenhet Otta ble valgt, var ut ifra et ønske om å få en representant fra distriktet. Nordre Land kommune er en representativ, mellomstor kommune i fylket og har hatt studenter fra høgskolen i flere perioder. Fagledere ved tre ulike tjenestearenaer ble forespurt om deltagelse i samarbeidsprosjektet. De svarte ja og har hele veien vært positive til prosjektet.

Prosjektet ble gjennomført i to deler. Del 1 er identisk med delstudie 1. Det fikk innvilget 95 000 kroner. Del to rommet delstudie 2 og 3. Det fikk innvilget 167 000 kroner.

Prosjektgruppa har bestått av følgende personer;

- Høgskolelektor Nina Beate Andfossen (prosjektleder)
- Høgskolelektor Kari Kirkbakk Fjær (prosjektleder)
- Ledende psykiatrisk sykepleier Mary Gjefle - Nordre Land kommune (prosjektmedarbeider)

- Fagutviklingssykepleier Elisabeth Fossmo Lien - DPS Lillehammer - døgnetenhet Otta (prosjektmedarbeider)
- Fagutviklingssykepleier Ann Mari Kvalvik Re - Sykehuset Innlandet – divisjon psykisk helsevern – Reinsvoll (prosjektmedarbeider)
- Professor Birgitta Hedelin – Høgskolen i Gjøvik/Universitetet i Karlstad (veileder)

Vi vil få takke alle deltagere i prosjektet både studenter, kontaktsykepleiere, prosjektmedarbeidere og kollegaer ved Høgskolen i Gjøvik som hver på sin måte har bidratt til at dette samarbeidsprosjektet kun har blitt en positiv erfaring.

HiG, august 2012

Kari Kirkbakk Fjær

Nina Beate Andfossen

Birgitta Hedelin

# Innhold

Forord .....	1
Innhold.....	4
Bakgrunn .....	5
Overordnet mål.....	6
Hensikt for studentene: .....	6
Hensikt for sykepleiere i praksis:.....	6
Hensikt for lærere i høgsolen:.....	6
Gjennomføring.....	7
Delstudie 1  Kontaktsykepleieres forventninger og erfaringer .....	7
Hensikt .....	7
Gjennomføring.....	7
Analyse .....	9
Resultat .....	9
Delstudie 2  Utarbeidelse av scenarioer.....	13
Hensikt .....	13
Gjennomføring.....	13
Resultat .....	14
Delstudie 3  Utprøving og evaluering av scenarioer.....	15
Hensikt .....	15
Gjennomføring.....	15
Resultat .....	16
Erfaringer fra studentene .....	20
Erfaringer fra prosjektgruppa .....	20
Diskusjon .....	21
Resultat- og metodediskusjon .....	21
Ethiske betraktninger .....	24
Konklusjon.....	25
Referanser.....	26
VEDLEGG 1 .....	27
VEDLEGG 2 .....	28

## Bakgrunn

Formålet med sykepleierutdanningen er, i følge Rammeplanen (Kunnskapsdepartementet, 2008), å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjon. I sykepleierutdanningen inngår obligatoriske praksisstudier og ferdighetstrening tilsvarende 90 studiepoeng. I løpet av utdanningen gjennomfører studentene fem praksisperioder à 300 timer innenfor kommunale og statlige helsetjenester. Dette er fordelt på følgende måte;

<b>Studieår 1 Studienehet 1</b>	<b>VPS1002</b>
<b>Hele kullet</b>	Sykehjem

<b>Studieår 2 Studienehet 2</b>	<b>VPPMK2002</b>	<b>VPPMK2012</b>	<b>VPPMK3002</b>
<b>Gruppe 1</b>	Psykiatri	Medisin	Kirurgi
<b>Gruppe 2</b>	Medisin	Kirurgi	Psykiatri
<b>Gruppe 3</b>	Kirurgi	Psykiatri	Medisin

<b>Studieår 3 Studienehet 3</b>	<b>VPH3012</b>
<b>Hele kullet</b>	Pleie- og omsorgstjenesten i kommunen

Praksisstudier i psykiatri er organisert innenfor studienehet 2 i 2. studieår, dette tilsvarer 15SP.

Høgskolen i Gjøvik organiserer ferdighetstreningen i forkant av praksis som PRU (Praksis Rettet Undervisning) og gir gjennom den studenten et inntrykk av og en forberedelse til det kliniske feltet de skal ut i. Rammeplan for sykepleierutdanning beskriver at ferdigheter er personlig kunnskap for studentene og den utvikles gjennom utprøving både i forkant av praksis og underveis i praksisperioden (Kunnskapsdepartementet, 2008). Dette må samtidig sees i sammenheng med den totale sykepleiefaglige kompetansen og kobles nært opp til den teoretiske kunnskapen studenten har tilegnet seg.

Simulering som metode er i framgang både innenfor sykepleie og medisin (Jeffries, 2007). Høgskolen i Gjøvik har et avansert simuleringssenter ([www.hig.no/simsenter/simuleringssenteret](http://www.hig.no/simsenter/simuleringssenteret)). Her kan studentene øve seg på kliniske ferdigheter før de skal ut i den praktiske virkeligheten. Man kan trene på teamarbeid, kommunikasjon, samarbeid og ledelse, ta beslutninger og behandle kritiske situasjoner. Alt foregår uten risiko for pasienten. Simuleringssenteret på HiG har til nå hovedsaklig blitt benyttet til å tilegne seg kompetanse innen de medisinsk-/tekniske ferdighetene innen sykepleiefaget.

Praksisrettet undervisning i fagfeltet psykisk helsevern/psykisk helsearbeid har inneholdt gruppedynamikk med samspill og sosiometri og overførings-/motoverføringsbegrepet med øvelser. Videre innføring i hvordan møte og samtale med det selvmordstruede menneske.

En studie fra Virginia Commonwealth University, Richmond, USA (Brown, 2008), framholder at høyteknologiske dukker stort sett ikke er egnet til bruk relatert til aspekter i det psykiatriske fagfeltet, i og med at det ikke finnes mekanismer for å simulere ikke verbalt språk. Studien viser videre til positive erfaringer ved bruk av annen simulering (video, film, rollespill) innen fagdisiplinen psykiatrisk sykepleie. Det å portrettere ulike realistiske scenarier reduserer studentenes fordommer og frykt for å møte mennesker med en psykisk lidelse. Den viser også at simulering er hensiktsmessig for å utvikle kommunikasjonsferdigheter (ibid).

School of nursing, University of Wollongong, Australia bruker work-shops med blant annet scenarier der pasienten under simuleringsøvelsen blir framstilt av kliniske psykiatriske sykepleiere. Resultater fra studiens evaluering viser at både sykepleiestudentene selv og fagfeltet har erfart en forbedring av studentene i praksis (Curtis, 2007). En annen studie (Dearing & Steadman, 2008) viser at stigmatisering av mennesker med schizofreni er en barriere og et hinder for at sykepleiere kan utvikle et terapeutisk relasjonsforhold. Studien viser til en positiv effekt etter at deltagere fikk erfare hvordan det er å høre stemmer ved hjelp av stemme – simulering. Andre studier (Blegeberg, Blomberg, & Hedelin, 2008; Curtis, 2007) viser at det er sammenheng mellom sykepleiestudenters fordommer og angst for psykiske lidelser og lav rekruttering av sykepleiere til det psykiatriske fagfeltet. På bakgrunn av denne kunnskapen ble følgende mål og hensikt for samarbeidsprosjektet utarbeidet.

## **Overordnet mål**

Prosjektet har hatt som overordnet mål å forberede studentene til det kliniske fagfeltet psykisk helsearbeid/psykisk helsevern ved å etablere et prosjektsamarbeid mellom praksis og høgskolen.

Prosjektet har involvert studenter, sykepleiere i praksis og lærere i høgskolen.

### **Hensikt for studentene:**

Tilegne seg og oppøve ferdigheter knyttet til relevante situasjoner i praksisfeltet som kan redusere angst, usikkerhet og fordommer i møte med mennesker med psykiske lidelser.

### **Hensikt for sykepleiere i praksis:**

Få innflytelse på forberedtheten til studentene inn mot eget klinisk fagfelt.

### **Hensikt for lærere i høgskolen:**

Utvikle og utprøve praksisnære scenarier i samarbeid med aktuelt praksisfelt til bruk i simulering som metode i praksisforberedende undervisning.

Prosjektet tok sikte på å kunne implementere scenarioene i ordinær praksisrettet undervisning fra høsten 2011.

## **Gjennomføring**

Prosjektplan var godkjent og gjort kjent for høgskolen og praksis gjennom søkeprosessen for prosjektmidler våren 2009. I prosjektsøknaden hadde prosjektet en fremdriftsplan over et år. Søknaden ble innvilget under forutsetning av at framdriftsplanen ble endret fra ett til to år.

Hovedoppgaven i det første møtet høsten 2009 var å etablere prosjektgruppen i forhold til hensikt og rolleavklaringer mellom prosjektdeltagerne. Deretter gikk gruppen gjennom og godkjente redigert fremdriftsplan. Møtet ble avsluttet med at det ble utarbeidet forslag til intervjuguide for fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført samme høst.

I 2010 møttes prosjektgruppen fire ganger. Disse møtene innebar presentasjon og analyse av datamaterialet i delstudie 1 og deretter forberedelser til og gjennomføring av delstudie 2 og 3.

I 2011 møttes prosjektgruppen en gang. Dette var en todelt samling der første delen var en avslutning og en oppsummering i prosjektgruppen. Deltagerne leverte et skriftlig notat de kalte "Erfaringer" og innholdet presenteres som resultat knyttet til erfaringer fra prosjektgruppen. I del to av samlingen ble fokusgruppedeltagerne invitert med for å se på resultatet av prosjektet.

Prosjektet ble organisert i tre delstudier.

Delstudie 1: Kontaktsykepleieres forventninger og erfaringer.

Delstudie 2: Utarbeidelse av scenarioer.

Delstudie 3: Utprøving og evaluering av scenarioer.

Hver delstudie blir i rapporten presentert for seg med hensikt, gjennomføring og resultat. Diskusjonen vil bli ført samlet for hele prosjektet, men knyttes til hensikt for studenter, sykepleiere i praksis og lærere i høgskolen.

## **Delstudie 1 Kontaktsykepleieres forventninger og erfaringer**

### **Hensikt**

Hensikten med delstudie 1 var å beskrive erfaringer hos kontaktsykepleiere fra det å veilede studenter i praksis og gi eksempler på situasjoner fra klinisk praksis til bruk i scenarioene.

### **Gjennomføring**

Prosjektgruppa valgte fokusgruppe som metode for innhenting av data fra kontaktsykepleiere. *"Fokusgruppe er et gruppeintervju hvor flere deltagere inviteres til i fellekap å diskutere et*

*eller flere temaer, med forskeren som ordstyrer (moderator)”* (Tjora, 2012, p. 222).

Fokusgruppe gir mulighet for utvidet datainnhenting gjennom spontane ytringer og gruppens dynamikk. Det kunne sikre prosjektgruppas ønske om å få fram bredest mulig erfaringer, da deltagerne skulle representere erfaringer fra alle tjenestenivåene til prosjektgruppedeltagerne. Anbefalt gruppestørrelse er fra 6 til 10 deltagere (Polit & Beck, 2008), men ifølge Krueger i Tjora (2012) blir grupper på 3 til 4 anbefalt der deltagerne er spesialister innenfor et område.

## **Utvalg**

Det ble rekruttert fire til seks kontaktsykepleiere fra hver enkelt prosjektmedarbeiders praksissted til å delta i prosjektet. Inklusjonskriteriet var kontaktsykepleiere med erfaring fra å veilede og tilrettelegge for sykepleiestudenters praksislæring. Hver deltaker besvarte et spørreskjema med opplysninger knyttet til alder, kjønn, utdanning og antall studenter de har veiledet i praksis (vedlegg 2).

Til sammen deltok 15 kontaktsykepleiere, 2 menn og 13 kvinner. De var i alderen 28 - 56 år. Alle deltakerne, unntatt to, hadde utdanning utover grunntdanning i sykepleie og seks hadde mer enn en utdanning utover grunntdanning. Deltakerne hadde arbeidet fra 4 - 32 år som sykepleiere. Ti stykker hadde arbeidet alle årene knyttet til psykisk helsevern/psykisk helsearbeid. Kontaktsykepleierne hadde veiledet fra 0 – 50 studenter i praksis. En kontaktsykepleier definerte svaret med “mange!”. Tallet 0 gjenspeiler en sykepleier som ble hentet inn ”på dagen” grunnet fravær av annen deltager, selv om vedkommende ikke oppfylte inklusjonskriteriet om å ha veiledet studenter i praksis. Sykepleieren hadde imidlertid erfaring med felles faglig ansvar for studentene i avdelingen. Ingen av deltakerne trakk seg fra deltakelse i fokusgruppeintervjuene.

## **Datainnsamling**

En intervjuguide ble utarbeidet av prosjektgruppa etter en runde med brainstorming for å få fram aktuelle temaer for fokusgruppeintervjuene. Guiden endte opp med to spørsmål;

1. Hva forventer du deg av studentene da de kommer ut i praksis?
2. Hvilke situasjoner mener du det er viktig at de er forberedt på?

Det var prosjektlederne fra høgskolen som ledet fokusgruppeintervjuene. Avtale om hvem som skulle delta og tidspunkt for intervjuet var gjort i god tid i forkant. Intervjuene ble utført ved det aktuelle praksisstedet. I tillegg til prosjektlederne deltok prosjektmedarbeiderne fra det aktuelle praksisstedet som observatør og referent for intervjuet. Antall deltagere i de ulike fokusgruppene var henholdsvis tre, seks og seks.

Det ble gjennomført to intervjurunder ved hvert praksissted, til sammen seks intervjuer. Det første intervjuet hadde en varighet på ca. en time, mens oppfølgingsintervjuet varte ca. tretti minutter. Oppfølgingsintervjuet hadde som hensikt å kvalitetssikre materialet. Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker og ordrett transkribert i etterkant. På oppfølgingsintervjuet ble



et sammendrag fra første intervju lest opp slik at kontaktsykepleierne kunne “redigere” informasjon de mente ikke var kommet godt nok frem eller manglet fra første intervjurunde.

## **Etikk**

Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Prosjektet har fulgt Norsk Sykepleier Forbund sine yrkesetiske retningslinjer og International Council of Nurses' (ICN) etiske regler for sykepleiere (ICN - International Council of Nurses, 2006).

Sykepleierne ble informert om prosjektet og forespurt om deltagelse i fokusgruppeintervju via prosjektmedarbeiderne. De ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien og at anonymisering av innhold og deltagere ville bli overholdt. Ved første fokusgruppeintervju fikk sykepleierne utdelt en informert samtykkeerklæring (vedlegg 1).

## **Analyse**

Materialet fra intervjuene ble analysert ved hjelp av konvensjonell innholdsanalyse. Konvensjonell innholdsanalyse blir benyttet i studier der man ønsker å beskrive et fenomen innen et område det er begrenset kunnskap om fra før (Hsieh & Shannon, 2005). Analysen kan være deduktiv eller induktiv. Det ble valgt en induktiv tilnærming i det en lar dataene komme fram fra materialet uten å ha forhåndskonstruerte kategorier.

Prosjektlederne leste først gjennom alle intervjuene for å få en samlet helhetsforståelse. Deretter ble materialet fra første fokusgruppe analysert av begge prosjektlederne for å kunne sikre mest mulig lik meningsutledning. Det foregikk ved at hver prosjektleder markerte meningsinnhold med foreløpig koding i tall. Dermed kom det fram et mønster av meningskategorier gjennom teksten. Ved felles gjennomgang av intervjuet viste det seg at begge hadde markert det vesentlige i materialet likt. Det ga trygghet for at markering av manifest meningsinnhold med koding fra de fem øvrige fokusgruppeintervjuene kunne fordeles mellom begge (Hsieh & Shannon, 2005). Meningsfortetning av materialet med felles kode ga en foreløpig forståelse av innhold i hver kode. Gjennom meningsfortetningen ble det tydelig at kodene ikke kunne skilles i henhold til de to spørsmålene i intervjuguiden. Kodene overlappet hverandre. Alt markert materiale ble etter dette kodet samlet. Meningsfortetning etter endt koding viste fire hovedkategorier.

## **Resultat**

De fire hovedkategoriene som ble analysert frem var studentegenskaper, teoretisk kunnskap, kommunikasjon og pasientmøte/relasjon.

### **Studentegenskaper**

Kontaktsykepleiere opplevde det enkelt å ta imot studenter som hadde det de forventet. Det de forventet var interesse og engasjement for fagfeltet, at de hadde fulgt med i undervisningen, at de viste teoretisk kunnskap når de kom ut og at de evnet å bruke den. Det ble også formidlet erfaringer om at noen studenter ikke har det praksis forventer, at studenter bruker

uforholdsmessig lang tid på bare å skjønne ”hvor de er”, at studenter på mange måter er der de burde være når de begynner først når de slutter.

*”At du ikke kommer om morgenen og sitter på vaktrommet med armene rett ned og ikke evner å spørre om det er noe de skal hjelpe til med”*

Praksis har ulik forventning til studenter avhengig av hvor langt de har kommet i studieløpet. Det innebærer at det forventes og stilles større krav vedrørende selvstendighet og ansvar til studenter i 3. veiledet praksisperiode i spesialisthelsetjenesten kontra de som er i 1. veiledet praksisperiode. Det ble holdt fram at alle studenter trenger en oppstartsperiode i praksis for å bli trygge, men det forventes en raskere progresjon fra studenter som har kommet langt i studieløpet. Praksis har erfart at studenter som har gjennomført kirurgisk og medisinsk praksis lettere ser helheten i en pasientsituasjon. En praksisarena understreket ønsket om kun å ha langtkomne studenter for bedre å kunne være sikker på at studenter innehar kunnskap til å forstå betydningen av helheten, mens en annen arena framholdt at hvordan studentene framstår avhenger mer av person enn hvor i studieløpet vedkommende er. Alle kontaktsykepleierne understrekte studentenes ansvar for egen læring, at de er aktive og stiller spørsmål. Studentene må vise pålitelighet ved å holde avtaler og gi beskjed om fravær. Studentene må ta initiativ, vise at de er interessert i å lære, at de møter faglig forberedt og at de tar opp situasjoner i veiledning.

Noen kontaktsykepleiere formidlet hvor viktig livserfaring er hos studenter i møte med mennesker med en psykisk lidelse. I psykiatripraksis må studenter bruke seg selv som redskap. Studenten som person blir synlig. Psykiatripraksis kan spesielt bli tøff for umodne studenter og studenter som blir konfrontert med vonde ting i egen livshistorie. Samtidig erfarte praksis at studenter med livserfaring har flere ”knagger” å hekte erfaringer fra pasientmøter på. En utfordring for læresituasjoner kan være at pasienter reserverer seg mot unge studenter.

### **Teoretisk kunnskap**

Psykiatri er et stort og sammensatt fagområde. Det å inneha teori er en forutsetning for å forstå uforutsigbarheten ved et sykdomsforløp. Det gir trygghet å ha en teoretisk referanseramme. Praksis forventer at studenter har en basiskunnskap om psykiatri knyttet til psykologi, sykdomslære og symptomatologi. Mangel på basiskunnskap hemmer progresjon hos studenter. Samtidig danner teoretisk kunnskap en motvekt mot medieskapt kunnskap. Mer spesifikt forventes det at studentene har kunnskap om diagnoser som angst, depresjon, psykose, rus og personlighetsforstyrrelser. En arena forventet at studentene skulle hatt mer kunnskap om personlighetsforstyrrelser. Andre temaer som kom fram var suicidalitet, skam, avmakt/makt, overgriper/offer, relasjonsproblematikk, samt behandlingsmetoder som kognitiv terapi, mentalisering og affektregulering. Ved to av arenaene formidlet sykepleierne at de er mindre opptatt av diagnoser, mer av funksjon. Hvordan bidrar sykepleierne til at pasienten kommer videre i livet, det å mestre hverdagen.

Vedrørende medikamentell behandling forventes det at studentene kan hovedgruppene innenfor psykofarmaka, at de har kunnskap om forordning og at de innehar tekniske ferdigheter til å utøve forordning som dosering og injeksjoner.

Kontaktsykepleiere forventet at studentene har kunnskap om grunnleggende sykepleie/sykepleieteori inkludert grunnleggende stell. Sykepleierne var enstemmige i å forvente kunnskap om egostøttende sykepleie. De forventet og at studenter har teoretiske begreper om miljøterapi og at de har evne til å se, forstå og oppøve hvordan miljøterapi utøves. Sentrale temaer er struktur, kommunikasjon, dialog, nærhet og avstand. Utfordringer for studenter kan være hvordan møte pasienter som avviser, de som selvskader, de som er i krise, de suicidale, de som framstår "rare" - det å forstå psykosens uttrykk.

*“hele tiden tilbake til de egostøttende funksjonene, for det er det vi driver med hele tida og det får vi kanskje ikke satt nok fokus på for de er der hele tida. Det handler om sykepleie i praksis”*

Faglig kunnskap er en forutsetning for observasjon og vidererapportering til personalet. Refleksjon over praksis er et hjelpemiddel til å se sammenheng mellom teori og praksis. At studenter viser evne til å reflektere og være kritisk til tilnærming og teori blir vesentlig.

*“eks å sitte i stua kan være mye mer enn å sitte i stua - selv om du er en idiot i fotball så blir du med og er en rollemodell for det”*

Kjennskap til at sykepleier har en koordinatorrolle med fokus på den veiledende funksjon i et tverrfaglig samarbeid kommer også frem. Data viser at skolen må formidle den generelle basiskunnskapen, mens praksis tar det spesielle vedrørende rammer, behandling og sykepleietilnærming ved den enkelte arena/avdeling. Fra en arena ble det stilt spørsmål om skolen formidlet oppdatert kunnskap, de mente at skolen var "utgått" på dato.

## **Kommunikasjon**

Kontaktsykepleierne forventet at studentene oppøver evnen til å kommunisere både før praksisperioden og underveis. Kommunikasjon inngår i miljøterapi. Studentene skal kommunisere med psykisk syke mennesker. Sykepleiere har erfart at det kan være en fordel for studentene å ha øvd seg på andre pasientgrupper tidligere, eks eldre. De har erfart at studenter har kommet til praksis med engstelse og usikkerhet for hva de skal si og at det de sier kan være galt. I kommunikasjon og samhandling med pasienter blir studentene utfordret i forhold til flere områder som det å sette grenser, hvordan møte følelser, tåle stillhet eller det å bli avvist.

*“det å være forberet på å møte pasienter der det å prate ikke er det viktigste, men det å være stille sammen. Overleve denne trykkende stillheten”*

Idet kommunikasjon handler om å sette grenser, innebærer det både å være bevisst egne grenser og utfordringen i å grensesette andre.

Noen pasienter stiller ”rare spørsmål” som studenter ikke skjønner. Sykepleiere stiller seg spørsmål om dette er et område de som veiledere må ta i praksis. Andre områder, som det å se og lytte for å kunne gjøre observasjoner, forventer de at skolen har forberedt studentene til, da det ligger til grunn for hva sykepleiere skal gjøre.

*“Kommunikasjon, det er en kjempeutfordring støtt, skal på en måte være en refleksjon, en begrunnelse for de tiltakene vi setter i gang”*

Noen kontaktsykepleiere holdt fram at studenter må være forberedt på å ta samtaler og at de innehar kommunikasjonsferdigheter, eksempelvis at de kan stille spørsmål tilbake til pasienten i stedet for å legge ordene i munnen på vedkommende.

Det kom flere innspill fra kontaktsykepleiere vedrørende hvordan øve på kommunikasjon fra rollespill til samtale i små grupper. Refleksjon, både den muntlige og den skriftlige, er et redskap for å bevisstgjøre egen væremåte i situasjoner.

### **Pasientmøte/relasjon**

Sykepleie er å møte og se mennesket bak diagnosen, en pasient er mer enn diagnosen. Pasienter representerer alle samfunnslag og de har ulike yrkesbakgrunn. De er normale mennesker med ansvar for seg selv, alle er like mye verdt og har lik rett til behandling. Kontaktsykepleiere har erfart at studenter kommer til praksis med fordommer som omhandler at pasientene er gærne og at sykepleierne som jobber i feltet risikerer livet hver dag grunnet pasienters vold og utagering. Studentene blir utfordret i hvordan de oppfører seg i møte med andre, at studenter innehar både etiske og estetiske retningslinjer i møte med andre.

*“Det vi forventer og som er gjennomgående er holdninger, respekt, interesse og deltagelse. Og da går det på holdninger og respekt i forhold til pasientene.”*

Alle kontaktsykepleierne holdt fram at holdninger er noe av det viktigste. Det å vise interesse, ta initiativ og skape nysgjerrighet rundt faget, men det er lov å være sårbar i møte med et annet menneske. Det er lov å reagere på situasjoner. Det å møte følelser kan igangsette reaksjoner hos studentene som de ikke var forberedt på. Hvorfor reagerer jeg slik på denne pasienten, men ikke på den andre? Er det min angst eller er det pasientens? Det å være bevisst containerprinsippet i sykepleie styrker, spesielt i møte med egosvake psykosepasienter.

*“vi som sykepleiere er opplært til disse tiltakene, at vi skal komme med løsninger, vi kan godt komme med en løsning og vi, men det hjelper ikke hvis pasienten ikke er enig i det eller ikke vil det”*

Kontaktsykepleierne holdt fram at studenter får mer ut av praksis dersom de våger å si fra om hva de selv kjenner i situasjoner. Studenter kan ikke kopiere kontaktsykepleier, de må begynne sin egen selvrefleksjonsprosess. Det å ta et steg til siden og se seg selv utenfra, undre seg i møte med pasienter med teori i grunn. Det ble holdt fram hvor vesentlig det er å øve opp evnen til å reflektere over pasientsituasjoner for å kunne bli en god sykepleier.

## **Delstudie 2    Utarbeidelse av scenarior**

### **Hensikt**

Hensikten med delstudie 2 var å utarbeide scenarior basert på kontaktsykepleieres erfaringer der relevante problemstillinger og sykepleieintervensjoner ble ivarettatt.

### **Gjennomføring**

Prosjektgruppen hadde **to heldagssamlinger** for å utarbeide scenarioene høsten 2010.

På **første heldagssamling** tok prosjektgruppen utgangspunkt i resultatene fra delstudie 1. Resultatene viste at situasjoner som utfordrer studentene mest er kommunikasjon og pasientmøter knyttet til depresjon, personlighetsforstyrrelser og psykoser. Etter en diskusjon i gruppa var det enighet om alle hovedkategorier tas med videre inn mot scenarior som representerer disse områdene. Prosjektgruppen bestemte videre at det skulle utvikles og produseres tre scenarior. På samlingen ble det i tillegg produsert en ”grovkisse” av innholdet i casene til bruk i scenarioene.

Denne grovkissen ble videre bearbeidet av prosjektlederne, slik at det på neste samling skulle være mulig å iscenesette innholdet i casene. Scenariorne ble produsert etter standard oppsett, inspirert av Jeffries (2007). Det betyr at kriterier for fullskalasilulering, herunder produksjon av kommandoer for operatør og fasilitator, beskrives (ibid). Samtidig ble læringsutbytte for studentene i de ulike scenarioene klargjort og selve simuleringssituasjonen med studentene planlagt. Tidsrammen for gjennomføringen ble bestemt og de ulike oppgavene til studentene gjennom simuleringen fordelt.

Før andre samling ble bearbeidet materialet for scenarioene sendt ut på mail til prosjektmedarbeiderne. Under **andre heldagssamling** ble tiden brukt til gjennomgang av de ulike scenarioene og innspilling av rollespill. Det var ikke på forhånd bestemt hvem som skulle inneha de ulike rollene i scenarioene. Etter litt prøving og feiling viste det seg at prosjektmedarbeiderne fra praksisfeltet var de som var mest ”autentiske” i rollene samt at ”SimMan” skulle benyttes i et scenario. Prosjektgruppa hadde denne dagen hjelp til filming av en ansatt ved simuleringssenteret.

## **Resultat**

### **Case 1**

Tema i dette caset ble “Grenser - nærhet og avstand”. Fokus var kommunikasjon og møte med pasient med personlighetsforstyrrelse. Caset ble iscenesatt via en filmsekvens på ca. seks minutter. Hovedrolleinnhaverne i filmen var to av representantene fra praksisfeltet i prosjektgruppa.

Forventet læringsutbytte:

- Studenten viser evne til å kommunisere med og møte pasienten på en hensiktsmessig måte
- Studenten videreformidler observerte data
- Studenten reflekterer over egne reaksjoner og holdninger i læringssituasjonen

Under simuleringen deles studentgruppen i to. Den ene gruppen får beskjed om å registrere pasienten sin adferd/kommunikasjon. Den andre halvparten registrerer hvordan sykepleieren møter og kommuniserer med pasienten. Etter filmen diskuterer hver studentgruppe videre i 40 minutter i forhold til avtalte registreringer. Deretter er det 45 minutter debriefing i plenum, der resultatene fra diskusjonen i gruppene tas frem og analyseres opp imot simuleringens tema/fokus og læringsutbytte.

### **Case 2**

Tema i dette caset ble kommunikasjon og møte med pasient med alvorlig depressiv episode. Fokus var samtale med og observasjon av pasient som var innlagt i institusjon. Dette ble iscenesatt ved bruk av SimMan, i dette tilfellet kalt Simone, fordi pasienten skulle være en kvinne. Operatør og fasilitator er lærerne i prosjektgruppa. To studenter deltar under gjennomføringen av simuleringen ved å gjennomføre en samtale med Simone. Simuleringen varer i ca ti minutter.

Forventet læringsutbytte:

- Studenten presenterer teoretisk kunnskap ved å registrere subjektive og objektive data knyttet til depresjon.
- Studenten igangsetter tiltak for å motivere pasienten til dagliglivets aktiviteter (stå opp, stelle seg, spise osv)
- Studenten reflekterer over egne reaksjoner og holdninger i møte med pasienter som har nedsatt stemningsleie.

De av studentene som ikke deltar konkret i simuleringen, deles også i denne simuleringen inn i to grupper. Halvparten har fokus på objektive og subjektive data/symptomer hos pasienten, mens den andre halvparten har fokus på samtalen mellom sykepleier og pasient. Etter gjennomført simulering er det debriefing i plenum i ca 45 minutter, der gruppene deler sine erfaringer knyttet til oppgavens tema/fokus og læringsutbytte.

### Case 3

Temaet her er møte med pasient med psykoseproblematikk og fokus er målrettet samtale knyttet til denne problematikken. Caset ble iscenesatt via en filmsekvens på ca. seks minutter. Hovedrolleinnhaverne i filmen var to av representantene fra praksisfeltet i prosjektgruppa.

Forventet læringsutbytte:

- Studenten gjenkjenner psykoseproblematikk ved å registrere symptomer hos pasienten
- Studenten viser innsikt i prinsipper for kommunikasjon og møte med psykotisk pasient
- Studenten reflekterer over egne reaksjoner og holdninger knyttet til læringssituasjonen

Gjennomføringen av dette caset følger mal for case 1. Den ene gruppen har fokus på symptomer knyttet til psykosen. Den andre halvparten har fokus på hva som påvirker kommunikasjonen.

## Delstudie 3 Utprøving og evaluering av scenarioer

### Hensikt

Hensikten med tredje delstudie var, på basis av studentenes erfaringer, å teste scenarioenes anvendbarhet knyttet til relevante sykepleieintervensjoner.

### Gjennomføring

Prosjektgruppen bestemte datoene for når scenarioene skulle utprøves. Studentene som skulle utprøve og evaluere casene ble valgt ut på bakgrunn av følgende faktorer;

- hvilket kull som var aktuelt i forhold til praksisløp høsten 2010
- hva som var praktisk gjennomførbart

I aktuell tidsperiode hadde lærerne fra høgskolen i prosjektgruppa til sammen 13 studenter i første veiledet praksis i spesialisthelsetjenesten. Etter avtale med emneansvarlig ble det mulig å benytte noe av tidsressursen i praksis til utprøving og la dette til dager da studentene allikevel var inne på skolen til refleksjonsvakt (r-vakt). Dagene studentene var inne ble dermed todelt; studentene startet dagen med utprøving av scenario (2 timer) og avsluttet med ordinær r-vakt (4 timer). Dette gjaldt tre dager og det var ca. tre uker mellom hver gang studentene gjennomførte simuleringen. Tilsammen ble dette 6 timer utprøving/praksis. Hele prosjektgruppen deltok også på disse dagene, med unntak av en person en dag.

En uke i forkant av avtalte dager for simulering, ble casene til scenarioene sendt ut til studentene. Dette fordi de skal kunne forberede seg ved hjelp av enten relevant teori eller samsnaking med medstudenter. Studentene var i tillegg kjent med simulering som metode fra studieenhet 1. Etter hver gjennomført simulering hadde studentene et tilbud om å fylle ut et evalueringsskjema utviklet av Jeffries (2007) og oversatt til norsk av Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleie 2010. Alle studentene som var til stede besvarte evalueringsskjemaene. Hver student fylte dermed ut 3 evalueringsskjemaer. Disse ble utfylt anonymt og det finnes ingen kobling mellom de enkelte scenarioene og studentene.

Evalueringsskjemaet (Jeffries, 2007) inneholder tre instrumenter som hver består av tre nivåer: skalaer, dimensjoner og items (utsagn).

Skalaen **Studenttilfredshet og selvtillit i læring** (Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning scale) som har to dimensjoner; *Tilfredshet med denne lærings situasjonen* (med fem items) og *Selvtillit og læring* (med åtte items).

Skalaen **Undervisningspraksis** (Educational Practices Questionnaire) har fire dimensjoner; *Aktiv læring* (med ti items), *Samarbeid* (med to items), *Forskjellige måter å lære på* (med to items) og *Forventninger* (med to items).

Til sist kommer skalaen **Simuleringens form** (Simulation Design Scale) som har fem dimensjoner; *Mål og informasjon* (med fem items), *Støtte* (med fire items), *Problemløsning* (med fem items), *Tilbakemelding/veiledet refleksjon* (med fire items) og *Troverdighet* (med to items).

Alle instrumentene benytter samme skala med svaralternativer mellom 1 – 5. 1 er svært uenig i utsagnet, 2 uenig i utsagnet, 3 usikker – er verken enig eller uenig i utsagnet, 4 enig i utsagnet og 5 svært enig i utsagnet. Skalaene **Undervisningspraksis** og **Simuleringens form** er i tillegg todelt. Samtidig som studentene skal evaluere hvert enkelt utsagn (item) blir de bedt om å si noe om viktigheten i forhold til akkurat dette utsagnet for seg som student. Denne viktigheten er skalert mellom 1 – 5, der 1 er uviktig, 2 er litt viktig, 3 er verken viktig eller uviktig, 4 er viktig mens 5 er svært viktig. På de to siste skalaene har studentene også mulighet til å svare ”irrelevant”, kodet ”IR” – utsagnet gjelder ikke for den utførte aktiviteten. Ved analyse av data anvendes SPSS/PAWS (Statistical Package for the Social Sciences/ Predictive Analytics SoftWare).

## Resultat

Resultatene presenteres for hver av de tre instrumentene ved hjelp av en tabell. I tillegg er det en innledende tekst. Tabellene viser mean (gjennomsnitt) for scenarioene på scale og dimensjonsnivå, i tillegg til mean på item nivå i forhold til de utsagnene som har fått høyest og lavest gjennomsnitt av studentene. Resultatene er også knyttet til hvilket scenario de fremkom. Teksten vil være utfyllende blant annet i forhold til hvor viktig dette var for studentene.

### Studenttilfredshet og selvtillit i læring

Dette instrumentet viser blant annet hvordan studentene vurderer denne måten å lære på som nyttig og effektivt knyttet til pensum, om det var motiverende, utviklet studentenes ferdigheter, om hjelpemidlene i simuleringen var nyttige, om det var varierte aktiviteter i simuleringen og om det tar hensyn til studentenes måte å lære på.

Tabell 1 viser at studentene hadde høy grad av tilfredshet med lærings situasjonen i alle tre scenarioene (scalenivå) med et gjennomsnitt på 4.19 (m=4.19). Scenario 3, som omhandler pasient med psykoseproblematikk, oppnår høyest gjennomsnitt på alle nivåene. Lavest gjennomsnitt på item nivå får scenario 1 i forhold til at det er læreren sitt ansvar å fortelle studenten hva denne trenger å lære i simuleringssituasjonen (m=3.38).



**Tabell 1** Studenttilfredshet og selvtillit i læring relatert til de tre scenarioene

		<u>Scenario 1</u> (n=13)	<u>Scenario 2</u> (n=13)	<u>Scenario 3</u> (n=12)		
<b>Scale</b>	Studenttilfredshet og selvtillit i læring		4.09	4.14	4.36	
	<b>Dimensjon</b>	Tilfredshet med denne læringssituasjonen		4.35	4.23	4.53
	<b>Item</b>	<i>"Undervisningsmetodene brukt i denne simuleringen var nyttige og effektive"</i>				4.67
		<i>"Jeg likte måten læreren min gjennomførte simuleringen på"</i>			4.08	
	<b>Dimensjon</b>	Selvtillit og læring		3.92	4.08	4.25
	<b>Item</b>	<i>"Det er mitt ansvar som student å lære det jeg trenger fra denne simuleringssituasjonen"</i>				4.67
		<i>"Det er lærerens ansvar å fortelle meg hva jeg trenger å lære av simuleringen"</i>		3.38		

### Undervisningspraksis

Undervisningspraksis måler hvordan studentene vurderer instrumentet i forhold til samarbeid, aktiv læring, ulike måter å lære på og forventninger til simuleringen. De ulike utsagnene etterspør blant annet hvordan studentene vurderer kommentarer gitt under simuleringen, diskusjon av mål, ideer og prinsipper og samarbeid studentene imellom. Egenvurdering og muligheter til å lære stoffet på forskjellige måter er også utsagn studentene skal vurdere.

Resultatene viser (tabell 2) at scenarioene totalt på scale nivå får et gjennomsnitt på 4.31. Dette er høyere enn instrumentet **Studenttilfredshet og selvtillit i læring** (m=4.19). Scenario 3 får høyest gjennomsnitt på alle nivåene. To utsagn får m=4.75. Utsagnene omhandler hvordan studentene hadde mulighet for å diskutere og samarbeide gjennom simuleringssituasjonen. Studentene vurderte også at dette var viktig for dem (m=4.45 og m=4.64). Under dette instrumentet får scenario 2, som omhandlet kommunikasjon og møte med pasient med alvorlig depressiv episode, lavest gjennomsnitt på alle nivåene. Lavest gjennomsnitt får utsagnet om det å ha mulighet for å diskutere mål for simuleringen med læreren (m=3.75).

**Tabell 2** Undervisningspraksis relatert til de tre scenarioene

		<u>Scenario 1</u> (n=13)	<u>Scenario 2</u> (n=13)	<u>Scenario 3</u> (n=12)	
<b>Scale</b>	<b>Undervisningspraksis</b>	4.25	4.20	4.49	
	<b>Dimensjon</b>	Aktiv læring	4.18	4.12	4.43
	<b>Item</b>	<i>"Under simuleringen hadde jeg mulighet til å diskutere med læreren og medstudenter ideer og prinsipper fra undervisningen i emnet"</i>			4.75
		<i>"Jeg hadde mulighet til å diskutere målene for simuleringen med læreren min"</i>		3.75	
	<b>Dimensjon</b>	Samarbeid	4.42	4.15	4.67
	<b>Item</b>	<i>"Jeg hadde mulighet til å jobbe sammen med medstudentene mine under simuleringen"</i>			4.75
		<i>"Jeg hadde mulighet til å jobbe sammen med medstudentene mine under simuleringen"</i>		4.08	
	<b>Dimensjon</b>	Forskjellige måter å lære på	4.23	4.23	4.38
	<b>Item</b>	<i>"Simuleringen ga meg mulighet til å lære stoffet på forskjellige måter"</i>			4.50
		<i>"Simuleringen ga meg mulighet til å vurdere min egen læring på forskjellige måter"</i>		4.15	
	<b>Dimensjon</b>	Forventninger	4.35	4.27	4.58
	<b>Item</b>	<i>"Målene for simuleringen var klare og lette å forstå"</i>			4.58
		<i>"Læreren min formidlet mål for og forventninger til simuleringen"</i>	4.23	4.23	

### Simuleringens form

I dette instrumentet skal studentene vurdere om den beste formen og de mest nyttige elementene ble benyttet i simuleringen. De fem dimensjonene omhandler mål og informasjon, støtte, problemløsning, tilbakemelding/veiledet refleksjon og troverdighet.

Resultatene under **Simuleringens form** viser (tabell 3) at scenarioene totalt på scale nivå får et gjennomsnitt på 4.33.

Scenario tre får høyest gjennomsnitt på alle nivåene. Studentene vurderer best utsagnet om at dette er en situasjon som kunne oppstått i virkeligheten (m=4.83). Dette blir også vurdert som viktig for dem (m=4.73). Lavest gjennomsnitt får scenario 1 på utsagnet om at simuleringen ga meg mulighet for å sette mål for pasienten min (m=3.50). Dette får også et gjennomsnitt på under 4 i de to andre scenarioene. Når det gjelder viktighet så gir studentene dette et gjennomsnitt på 3.55 i scenario 1.

Alle dimensjonene i dette instrumentet har et gjennomsnitt på 4.20 eller høyere. Høyest har scenario 3 på dimensjonen troverdighet (m=4.79). Den samme dimensjonen har i de andre scenarioene også et gjennomsnitt på henholdsvis 4.50 og 4.54.

**Tabell 3** Simuleringens form relatert til de tre scenarioene

		<u>Scenario 1</u> (n=13)	<u>Scenario 2</u> (n=13)	<u>Scenario 3</u> (n=12)	
<b>Scale</b>	<b>Simuleringens form</b>	4.23	4.32	4.47	
	<b>Dimensjon</b>	Mål og informasjon	4.20	4.28	4.52
		<b>Item</b>	"Jeg forsto hensikten og målene ved simuleringen"		4.75
			"Det ble gitt nok informasjon i forkant av simuleringen for å vite hva som skulle skje og vekke interesse"	4.00	
	<b>Dimensjon</b>	Støtte	4.10	4.17	4.38
		<b>Item</b>	"Mitt behov for hjelp ble sett og ivaretatt"		4.42
			"Mitt behov for hjelp ble sett og ivaretatt"	3.83	
	<b>Dimensjon</b>	Problemløsning	3.95	4.21	4.23
		<b>Item</b>	"Simuleringen var tilpasset mitt ferdighets- og kunnskapsnivå"		4.50
			"Simuleringen ga meg mulighet til å sette mål for pasienten min"	3.50	
	<b>Dimensjon</b>	Tilbakemelding/veiledet refleksjon	4.24	4.39	4.43
		<b>Item</b>	"Tilbakemeldingene var konstruktive"		4.67
			"Simuleringen ga meg mulighet til å analysere min egen opptreden og handlingsmåter"	3.89	

	<b>Dimensjon</b>	Troverdighet	4.50	4.54	4.79
		<b>Item</b>			4.83
		<i>"Situasjonen kunne oppstått i virkeligheten"</i>			
		<i>"Virkelighetsnære faktorer, situasjoner og spørsmålsstillinger var lagt inn i simuleringen"</i>		4.46	

## Erfaringer fra studentene

Den siste dagen for utprøving hadde vi i tillegg en muntlig gjennomgang av hvordan studentene hadde opplevd simuleringen. Alle studentene uttrykte at dette hadde vært lærerikt og at de gjerne skulle hatt dette i forkant av praksis. De mente også at temaene var relevante og ga en helt annen innsikt ved hjelp av denne metoden enn bare gjennom teoretisk tilnærming.

Studentene var veldig fornøyd med tilstedeværelsen av prosjektmedarbeiderne fra praksis under utprøvingen av scenarioene. De opplevde at dette bekreftet kunnskapen på en annen måte enn om bare deltakerne fra høyskolen hadde vært til stede. Kommentarene som hadde blitt gitt fra praksis i debriefingen av simuleringen opplevdes som meget nyttige og relevante.

## Erfaringer fra prosjektgruppa

Overordnet mål for prosjektet var å forberede studentene til det kliniske fagfeltet psykisk helsearbeid/psykisk helsevern ved å etablere et prosjektsamarbeid mellom praksis og høyskolen.

**Prosjektgruppedeltagerne fra praksisfeltet** verdsatte det å få være med i prosjektet, de erfarte at prosjektet ble en unik mulighet til å påvirke studentenes praksisforberedthet. De opplevde at prosjektet har vært godt tilrettelagt og at de som prosjektdeltagere har deltatt i den kreative, morsomme og faglige delen, mens skolen har tatt det tidkrevende arbeidet.

Det å delta i prosjektgruppa bidro også til at de ble kjent med hverandres arena. De framholdt at praksis og høyskole trenger dialog for å forstå hverandres forventninger og for å få innsikt i hverandres ståsted. Å delta i debriefingen sammen med studentene i etterkant av simuleringen ga en "aha-opplevelse" av studentenes ståsted. De så at dette er viktig slik at praksis kan justere sine forventninger og krav til studentene. Det har endret og gitt en økt/utvidet forståelse for studentenes fundament i sin læreprosess.

De erfarte at studentenes ståsted er kunnskap, livserfaring og personlige forutsetninger. Ifølge prosjektdeltagerne er holdninger, menneskesyn, egenrefleksjon og empati det viktigste studenten har med seg i møte med praksis.

Skolens ståsted ble synlig gjennom å forstå skolens hverdag knyttet til rammeplan og mer konkret ved å få innsikt i hvilke aktiviteter som er/kan være obligatorisk for studentene. Gjennom prosjektet ble de påminnet at sykepleierutdanningen er en grunnutdanning.

Praksis sitt ståsted er at skole og studenter får innblikk i praksis sine forventninger til kunnskap og ferdigheter.

Begge **prosjektlederne** hadde mange års erfaring fra klinisk praksis som psykiatriske sykepleiere før de gikk over i stilling ved høgskolen. De hadde vært ansatt ved høgskolen i ca. et – to år før initiativet til prosjektet ble tatt. Motivasjonen var blant annet å opprettholde kontakten med praksisfeltet i et målrettet samarbeid utover oppfølgingen av studentene i praksis. De var samtidig nysgjerrige på hvordan simulering kunne benyttes i forhold til fagfeltet psykiatri.

Valget om å ha representanter fra alle nivåene i den psykiatriske helsetjenesten ble erfart som meget positiv. I den første samlingen ble det brukt tid på å bli kjent og utveksle informasjon om hverandres arenaer. Dette ga en positiv dynamikk i gruppa. Erfaringen med å møte kontaktsykepleierne ute og reisen ut til de ulike praksisstedene opplevdes meningsfullt. Avslutningsdagen da deltagerne fra fokusgruppeintervjuene kom til høgskolen for å motta resultatene av prosjektet, ble en sterk opplevelse. Tilbakemeldingene var udelt positive og de mente resultatene representerte praksis på en autentisk måte. Deltagerne mente at dette var noe skole og praksis burde gjøre mer av i fellesskap.

Produksjon av filmene og utprøving av SimMan var dager som ga energi og minner for fremtiden. Det samme var spenningen på r-vaktene for hvordan dette skulle bli mottatt og evaluert av studentene.

## Diskusjon

Vi har valgt å føre en samlet resultat- og metodediskusjon og som nevnt innledningsvis tar denne delen utgangspunkt i hensikt for prosjektet relatert til sykepleiere i praksis, lærere i høgskolen og studentene.

### Resultat- og metodediskusjon

**Hensikten for sykepleierne i praksis** var å få innflytelse på forberedtheten til studentene inn mot eget klinisk fagfelt.

Prosjektgruppedeltagerne fra praksis verdsatte det å få delta i prosjektet. Det ble en unik mulighet til å påvirke studentenes forberedthet til praksis. Dette samsvarer med departementets hensikt med midlene (Kunnskapsdepartementet, 2006), at de skal bidra til å styrke kvaliteten på praksisundervisningen i sykepleierutdanningen og styrke samarbeid og ansvarsfordeling mellom skole og praksis. Deltagernes erfaringer uttrykte at den tydelige arbeids- og ansvarsfordelingen mellom skole og praksis i prosjektgruppa styrket samarbeidet underveis (Jessen, 2002).

Søk i vitenskapelige artikler viste lite dokumentert forskning om tema. Det ga at intervjuguiden ble formet uten forhåndskonstruerte kategorier som medførte en induktiv analyse av dataene. Fokusgruppe ble valgt for å innhente data fra kontaktsykepleiernes erfaringer om hva de forventet av studenter i praksis og hva de mente studentene må forberede seg til før praksisoppstart. Vi anså det som mest hensiktsmessig å samle kontaktsykepleiere i en gruppe kontra individuelle intervju eller spørreskjema for å få fram deres holdninger, tanker, oppfatninger og argumentasjon. Vi erfarte at dynamikken mellom sykepleierne drev samtalens tema framover. Dette bekreftes av teorier knyttet til bruk av fokusgruppeintervju i kvalitative studier (Polit & Beck, 2008; Speziale & Carpenter, 2007; Tjora, 2012).

I følge Tjora (2012) og Polit og Beck (2008) bør en fokusgruppe bestå av minimum 6 deltagere. To fokusgrupper hadde dette antallet, mens den tredje besto av tre kontaktsykepleiere. Et så lavt antall kan forsvares ut fra kontaktsykepleiernes felles spesialitet og inklusjonskriteriet for å delta i studien (Tjora, 2012). Styrken i utvalget er at kontaktsykepleierne samlet representerte alle tre tjenestenivåer med representanter fra ulike avdelinger.

Resultatene i delstudie 1 viste at kontaktsykepleierne kom med et mangfold av situasjoner de mente var viktig for studentene å være forberedt i forhold til. Situasjonene som ble presentert var noe forskjellig på de ulike praksisarenaene, nettopp fordi de representerte ulike avdelinger og nivåer i helsetjenesten. Samtidig ble disse situasjonene komprimert og ble noe felles i delstudie 2 i kraft av kategoriene, situasjonene og læringsutbyttet i de ulike scenarioene. I delstudie 2 og 3 ivaretok prosjektgruppedeltagerne de ulike arenaenes synspunkter inn i prosjektet. Prosjektgruppedeltagerne var i tillegg til stede både ved fokusgruppeintervjuene og ved gjennomføringen av scenarioene. Det ivaretok det kliniske fagfeltet sine interesser direkte. Både prosjektgruppa og studentene evaluerte dette positivt.

Læringsarenaene er forskjellige i praksisfelt og skole. Læringsarenaene i praksisfeltet er ulike relatert til lovverk som styrer tjenestene og til funksjon knyttet til profesjon. Det de har felles er et ønske om at skole og studenter skal få innblikk i deres forventninger til kunnskap og ferdigheter hos studentene. Skolen er styrt av rammeplan, fagplaner, antall disponible undervisningstimer og hva som er styrende for obligatorisk eller frivillig frammøte for studenter. Skolen kan tilby studentene generell kunnskap og ferdigheter mens praksis kan tilby det spesielle for den enkelte arena. Dette bekreftes også i funn fra delstudie 1 under teoretisk kunnskap, der praksis uttrykker at skolen må formidle den generelle kunnskapen mens praksis må ta det som er spesielt for den enkelte arena/avdeling.

**Hensikten for lærere i høgskolen** var å utvikle og utprøve praksisnære scenarioer i samarbeid med aktuelt praksisfelt til bruk for simulering som metode i praksisforberedende undervisning. Ved høgskolen i Gjøvik har simulering i hovedsak vært benyttet til den medisinske - og teknologiske delen i sykepleiefaget. Lærerne var nysgjerrige og ville utforske om det var mulig å utvikle mer systematisk bruk av simulering i forberedelse av studenter til fagfeltet psykiatri.

Brown (2008) beskrev i utgangspunktet en skepsis til bruk av høyteknologiske dukker til bruk i det psykiatriske fagfeltet. Innad i prosjektgruppen var det også skepsis til å bruke SimMan eller fullskalasimulering i undervisningen. Under utvikling av casene fikk prosjektgruppa selv erfare hvordan SimMan kunne benyttes og ble positivt overrasket over effekten knyttet til caset om depresjon. Etter både utarbeiding og utprøving kunne denne skepsisen legges bort idet det viste seg at høyteknologisk dukke var like anvendelig som de andre scenarioene.

Bruk av film var i utgangspunktet bedre evaluert enn bruk av høyteknologisk dukke (Brown, 2008). I vår undersøkelse viste studentevalueringene ingen forskjell mellom disse to simuleringsmetodene. Tema for casene ble utledet fra funn i delstudie 1. Prosjektgruppa ble enig i å utarbeide et scenario der psykoseproblematikk og målrettet samtale var tema. Et læringsutbytte i dette caset var ”studenten viser innsikt i prinsipper for kommunikasjon og møte med psykotisk pasient”. Effekten av denne simuleringen håper vi kan gi samme resultat som det Dearing og Steadman (2008) viser til i sin studie knyttet til stemmesimulering, nemlig at studentenes erfaring fører til et terapeutisk relasjonsforhold mellom student og pasient.

Prosjektlederne erfarte at det å dra ut til de aktuelle praksisarenaene for å gjennomføre fokusgruppeintervju gjorde dataene mer autentiske. Det å se de ulike fysiske omgivelsene for utøvelse av sykepleie i praksis var verdifullt for å forstå forskjellen til blant annet tilnærming til tjenesten. Dette hjalp oss til å forstå variasjonene i funnene på de ulike arenaene under analysen av delstudie 1.

Utarbeiding av innhold til case tok utgangspunkt i de fire hovedkategoriene som ble analysert frem under delstudie 1. Læringsutbyttet i casene reflekterte områdene kunnskap, pasientmøte/relasjon og kommunikasjon. Det vi vanskelig fikk reflektert er studentegenskapene, men engasjement, respekt og interesse for fagfeltet er områder som kan bli aktivert gjennom undervisningen. Det kom også frem at praksisarenaene hadde noe forskjellig erfaring på det å ha unge kontra voksne, erfarne studenter. Erfaringen viste at interesse for fagfeltet og ansvar for egen læring ikke nødvendigvis hadde sammenheng med alder, men var personavhengig.

Praksis kritiserte skolen for bruk av for ”gammel teori”. Denne diskusjonen omhandlet blant annet hva skolen kan forberede studenten på avhengig av hvilken avdeling de skal ut i i praksis og hvor generelle høgskolen kan være i innføringen jfr. spesialiteten på de forskjellige avdelingene ute i praksis. Ved at dette samarbeidsprosjektet fant sted ble dette temaet tatt opp på dagsorden. Resultatet ble at både høgskole og praksis ”så sin rolle” tydeligere ved at vi skal ivareta ulike sider ved studentenes utdanning. Prosjektgruppedeltagerne opplevde under debrifingen av studentene at deres forventninger til studentene ble endret og høgskolens oppgaver ble tydeligere. I en artikkel av Steinwachs (1992) blir puslespill brukt som en metafor for debrifingsfasen; hver deltager i debrifingen holder en bit av puslespillet. For å få frem helheten må alle delene utdypes og settes sammen. Det samme kom frem under avslutningsdagen der fokusgruppedeltagerne ble oppmerksomme på hvordan samarbeidet mellom høgskole og praksis kan gjennomføres.

**Hensikten for studentene** var å tilegne seg og oppøve ferdigheter knyttet til relevante situasjoner/handlinger i praksisfeltet som kan redusere angst, usikkerhet og fordommer i møte med mennesker med psykiske lidelser. Vi var derfor ekstra spente på hvordan evalueringen av de tre casene skulle bli fra studentene; ville de evaluere noen forskjell på bruk av film og høyteknologisk dukke? Resultatene viste at det var liten forskjell på hvordan studentene evaluerte casene, alle fikk like gode tilbakemeldinger.

Vi kunne imidlertid se at scenario 3 hadde høyest score på alle nivåene under alle de tre instrumentene. Dette kan komme av at studentene leverte inn evalueringsskjema etter hver enkelt gjennomføring og scenario 3 kom til slutt. Studentene hadde da vært igjennom to lignende simuleringer og var kjent med metoden og gjennomføringen. De hadde i tillegg vært ute i psykiatripraksis lengre og hadde flere ”knagger” å henge kunnskapen på. Det kunne bidra til at de vurderte dette scenarioet annerledes enn de andre to og i tillegg kunne vurdere egne behov bedre, det vil si vurdere hva som var viktig for dem.

Resultatene viser også at studentene viser litt lavere score på det å ha mulighet for å diskutere og formulere mål for seg selv og pasienten under simuleringen. Dette samsvarer med at prosjektgruppen i forkant av simuleringen sendte ut informasjon om casene der læringsutbytte/mål for simuleringen allerede var formulert og definert.

Studentene viser i resultatene fra utprøvingen av scenarioene at de tar ansvar for egen læring. De viser det samme ved at de scorer lavt på at det er lærerens ansvar å fortelle dem hva de trenger å lære av simuleringen. Disse resultatene samsvarer godt med det praksis forventer av studentene, nemlig at de tar ansvar for egen læring.

Curtis (2007) beskriver at både studentene selv og fagfeltet har erfart en forbedring i studentenes praksis etter bruk av simulering. Prosjektet her har ikke mulighet til å evaluere dette, men studentene som deltok sa at de gjerne skulle hatt dette før de skulle ut i praksis fordi de opplevde det som nyttig.

Prosjektet kan heller ikke si noe om dette prosjektet har redusert angst, usikkerhet og fordommer i møte med mennesker med psykiske lidelser. Vi har ikke hatt noen måling av studentene før og etter denne gjennomføringen.

Alle casene ble vurdert som virkelighetsnære og ga studentene mulighet for å utvikle kunnskap. Dette er sett i sammenheng med tilbakemeldingene fra lærerne under debrifingen. Dette gir studentene mulighet for å lære sammen og trene sammen på virkelighetsnære situasjoner.

### **Etiske betraktninger**

Vi ser i ettertid at utvalget av studenter med fordel kunne vært en annen gruppe idet alle studentene var ”prosjektledernes studenter”. Vi hadde 100 % svarprosent til tross for at det å fylle ut evalueringsskjemaet var frivillig for studentene. En kan stille spørsmål ved om studentene som eventuelt ikke ønsket å besvare skjemaet hadde valgt dette i redsel for å bli ”uglesett” av lærere de hadde i praksisstudiene jfr. ICN – International Council of Nurses (2006).



Resultatene var gode for alle scenarioene. Dette kan være et tegn på det samme, at studentene har svart godt for å tekkes lærerne.

Det var et bevisst valg at det var erfarne sykepleiere som var rolleinnhavere i filmene. En mulighet hadde vært at studentene selv kunne spille rollene for å erfare hvordan dette var. Studentene har imidlertid ikke forutsetninger for å gjøre dette, de har verken erfaring eller kunnskap nok til å ivareta integriteten hos og respekten for pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Respekten for studentene er også viktig, de skal ikke ”forstrekkes” i sin søken etter kunnskap. De skal øve i forhold til fremtidig yrkesrolle og få kunnskap som etter hvert kjennetegner den profesjonelle sykepleieren.

Når det gjelder deltagerer for øvrig i prosjektet så er dette en todelt betraktning. Det var ingen av kontaktsykepleierne som trakk seg i forhold til fokusgruppeintervjuene. Prosjektlederne hadde overlatt til prosjektmedarbeiderne å rekruttere disse personene. Inklusjonskriteriene var klare, men hva som førte til at hver enkelt deltager ble forespurt er ikke kjent for oss. Om dette har hatt noen påvirkning i forhold til gjennomføringen er dermed vanskelig å si.

## **Konklusjon**

Samarbeidsprosjektet ble oppfattet som vellykket av deltagerne. Ansvarsfordelingen i prosjektet var klar og skapte et godt samarbeidsklima med respekt for hverandres bidrag. Samarbeid skaper dialog og kjennskap til hverandres arenaer.

Det ble analysert frem fire hovedkategorier i delstudie 1; studentegenskaper, teoretisk kunnskap, kommunikasjon og pasientmøte/relasjon. Dette er praksis sin ”stemme” og viser tydelig hva de mener er viktig for studentenes forberedthet inn mot praksis. Prosjektet påpeker og bekrefter at høgskole og praksis har ulike roller i forhold til studentenes utdanningsløp. Arenaene utfyller hverandre og er begge deler av puslespillet som studentene skal legge i løpet av tre år.

Alle scenarioene som ble produsert i prosjektet kan brukes videre i undervisning i psykiatri/psykisk helsearbeid. Fra høsten 2012 er to av scenarioene implementert i PRU2002, det vil si er obligatorisk undervisning for studentene. Det tredje scenarioet skal benyttes i undervisning knyttet til sykepleie i spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidsprosjektet ga entusiasme og en enighet om at dette var noe det burde gjøres mer av. Samlet kommer dette studentene til gode.

## Referanser

- Blegeberg, B., Blomberg, A.-C., & Hedelin, B. (2008). Nurses conceptions of the professional role of operation theatre and psychiatric nurses. *Vård i Norden*, 28(3), 9-13.
- Brown, J. F. (2008). Applications of simulation technology in psychiatric mental health nursing education. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(8), 638-644. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.001281.x
- Curtis, J. (2007). Working together: A joint initiative between academics and clinicians to prepare undergraduate nursing students to work in mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 285-293. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00478.x
- Dearing, K. S., & Steadman, S. (2008). Challenging stereotyping and bias: a voice simulation study. *Journal of Nursing Education*, Volume 47 ( Issue 2), 59-65. doi: DOI: 10.3928/01484834-20080201-07
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- ICN - International Council of Nurses. (2006). ICNS etiske regler for sykepleiere, from [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_norwegian.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_norwegian.pdf)
- Jeffries, P. R. (2007). *Simulation in nursing education : from conceptualization to evaluation*. New York: National League for nursing.
- Jessen, S. A. (2002). *Prosjektadministrative metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2006). *Praksisveiledningsmidler for helse og sosialfag. Omdisponering av praksisveiledningsmidler*.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Retrieved from [http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdato/for/sf/kd/td-20080125-0128-0.html&emne=rammeplan\\*%20for\\*%20sykepleierutdanning\\*&&](http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdato/for/sf/kd/td-20080125-0128-0.html&emne=rammeplan*%20for*%20sykepleierutdanning*&&).
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrekesetiske retningslinjer for sykepleiere [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Speziale, H. J. S., & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing : advancing the humanistic imperative* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Steinwachs, B. (1992). How to facilitate a debriefing. *Simulation & Gaming*, 23(2), 186-195.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

# VEDLEGG 1

## INFORMERT SAMTYKKEERKLÆRING

---

Du har via din leder blitt forespurt og takket ja til å delta i et fokusgruppeintervju i forhold til et samarbeidsprosjekt med Høgskolen i Gjøvik. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og ordrett skrevet ut før destruksjon av bandet. Du vil i tillegg til å delta i fokusgruppeintervjuet også bli bedt om å fylle ut et enkelt spørreskjema som omhandler din utdanning og praksiserfaring.

Anonymisering av data vil bli ivaretatt ved at spørreskjemaet blir kodet med tall. Navn på arbeidsplasser eller andre identifiserbare data vil ikke bli nevnt. Under bearbeidelsen blir materialet oppbevart i låsbare rom/skuffer.

Hensikten med prosjektet er at høgskolen i samarbeid med utvalgt praksisfelt skal forberede studenten til det kliniske fagfeltet psykiatri/psykisk helsearbeid gjennom trening med simulering.

Du informeres herved om at du når som helst kan trekke deg fra studien uten at dette gir noen konsekvenser for deg.

Gjøvik, 16. september 09

Nina Beate Andfossen

prosjektleder

Kari Kirkbakk

prosjektleder

Tlf.: 61135100

