



UDDANNELSESNYT



side **4** Artikler



**PRÆSENTATION
AF FSUS BESTYRELSE**

side **25** Præsentation
af FSUS bestyrelse



side **29** Boganmeldelser



Indholdsfortegnelse

- 3 **Leder**
Af Susanne Pommergård Jakobsen
- 4 **'Klinisk beslutningstagen – en guide til stringens i arbejdet med sygeplejeprocessen i skriftlige opgaver'**
Af Randi Dam Schmidt
- 10 **'Spilder vi tiden på kurser i læring og vejledning?'**
Af Marianne Behrens Jessen og Liselotte Brahe
- 18 **'Psykologisk tryghed i fagligt uddannelsesfællesskab'**
Af Camilla Andersen, Stine Falkenberg Brenøe og Vibeke Nørregaard Rygaard
- 23 **'Kompetencemappen sikrer et stærkt læringsmiljø'**
Af Susanne Hartvig
- 25 **Præsentation af bestyrelsen i FSUS**
- 29 **Bogammeldelser**

Leder

Af: **Susanne Pommergård Jakobsen** supj@ucl.dk



Fire artikler har fundet vej til det første blad af Uddannelsesnyt i 2024.

'Klinisk beslutningstagen – en guide til stringens i arbejdet med sygeplejeprocessen i skriftlige opgaver' af Randi Dam Schmidt. Artiklens formål er at inspirere til at arbejde i dybden med sygeplejerprocessen og derigennem støtte de studerende i deres kliniske beslutningstagen.

'Spilder vi tiden på kurser i læring og vejledning?' af Marianne Behrens Jessen og Liselotte Brahe sætter fokus på attraktive læringsmiljøer for studerende og elever, samt hvad der skal til for at opnå dette.

'Psykologisk tryghed i fagligt uddannelsesfællesskab' af Camilla Andersen, Stine Falkenberg Brenøe og Vibeke Nørregaard Rygaard sætter psykologisk tryghed i relation til uddannelsesansvarliges fællesskaber og fællesskabets betydning for faglig sparring og videndeling.

'Kompetencemappen sikrer et stærkt læringsmiljø' af Susanne Hartvig er måske en lidt atypisk artikel, der på inspirerende vis sætter fokus på erfaringer i brug af kompetenceskemaer i de sygeplejestuderendes uddannelsesmiljø i Esbjerg Kommune.

'Fingeren på pulsen' er ikke at finde i Uddannelsesnyt denne gang. I stedet er der en præsentation af bestyrelsen i FSUS, der blev konstitueret efter generalforsamlingen i efteråret 2023.

Uddannelsesnyt indeholder anmeldelser af to bøger, henholdsvis 'Professioner og deres digitale landskab' og 'Ledelse i demensomsorgen'. Jeg håber, at anmeldelserne giver lyst til at læse bøgerne.

God læselyst - nyd foråret!

Ansvarshavende redaktør
Susanne Pommergård Jakobsen

Klinisk beslutningstagning - en guide til stringens i arbejdet med sygeplejeprocessen i skriftlige opgaver

Af: Randi Dam Schmidt, MKS, lektor ved UCL Erhvervsakademi og professionshøjskole – Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle. rads@ucl.dk

Keywords: Klinisk beslutningstagning, sygeplejeprocess, problemløsningsmodel, skriftlig opgave.

Abstract

I sygeplejerskeuddannelsen tager en del skriftlige opgaver afsæt i sygeplejeprocessen, når studerende arbejder med klinisk beslutningstagning. Sygeplejeprocessen er gennem mange år velbeskrevet af mange, og nye lærebøger betyder også nye fortolkninger med forskellige detaljeringsgrader, hvor beskrivelsen af sygeplejeprocessen som metode ofte forbliver på et overordnet plan. Denne artikel er et forsøg på – på baggrund af eksisterende litteratur – at sammenfatte nogle betragtninger, der kan danne et mere optimalt grundlag for at arbejde med sygeplejeprocessen på en måde, hvor patientens helhedssituation er medtænkt i hele opgaven, og hvor der er sammenhængskraft mellem sygeplejeprocessens delelementer. Formålet er således at inspirere andre undervisere til at arbejde mere i dybden med sygeplejeprocessen og på den måde blive bedre til at støtte studerende i deres kliniske beslutningstagen.

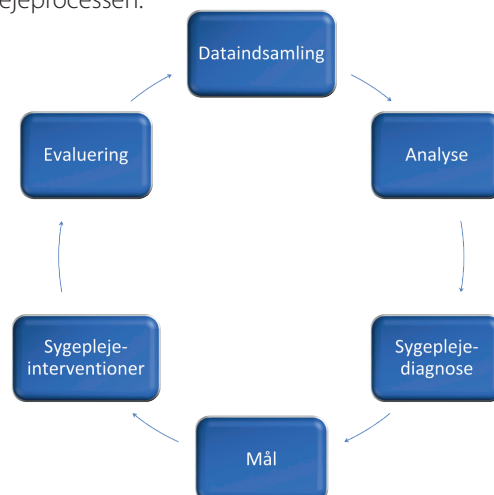
Baggrund

Trods fremvækst af mere moderne modeller til klinisk beslutningstagning er sygeplejeprocessen fortsat en meget anvendt systematisk model til problemløsning i sygepleje, og den er velbeskrevet af mange (1,2). De nyere beskrivelser af sygeplejeprocessen som metode er på flere måder ret overordnede i deres tilgang. Som lektor, underviser og vejleder for sygeplejestuderende savner jeg derfor en indfaldsvinkel, der i højere grad kan styrke forståelsen af den helhedsorienterede tilgang til patienten med sine individuelle og særegne karakteristika som en tydelig og fortløbende argumentation i alle trin af sygeplejeprocessen i skriftlige opgaver. Jeg har set opgaver, hvor dataindsamlingen står ensomt og flagrer i starten af opgaven, og slet ikke bruges aktivt til at skabe

overblik over patientens samlede situation, og ej heller medtænkes i resten af opgaven. Det kan fx vise sig ved, at der i interventionsforslagene til en underernæret patient kun fokuseres på opnåelse af et specifikt udregnet ernæringsbehov, men hvor det slet ikke er medtænkt, at patienten er hemiparetisk eller forkvalmet. Data som ellers på hver sin måde kan have stor betydning for patientens ressourcer i forhold til indtagelsen af og omfanget af et måltid. Interventionerne kan således ikke være identiske med de handlinger, som man ville iværksætte hos en hvilken som helst anden underernæret patient. Derfor er min intention med denne artikel at synliggøre vigtigheden af at medtænke patientens individuelle forudsætninger i hvert eneste trin i sygeplejeprocessen, så sygeplejen fremstår velargumenteret og med et tydeligt og kontinuerligt afsæt i patientens helhedssituation.

Sygeplejeprocessen

Der findes ikke én entydig beskrivelse af sygeplejeprocessen. Der er dog en overvejende enighed om følgende fire faser: vurderings-, planlægnings-, interventions- og evalueringsfasen. Samlet set indeholder disse følgende trin: dataindsamling, analyse, sygeplejediagnose, mål, interventioner og evaluering (1). Denne artikel tager afsæt i de nævnte trin som tilgang til sygeplejeprocessen.



Figur 1: Sygeplejeprocessens trin (frit efter Bjerregaard (2))

Dataindsamling

Dataindsamlingen er første trin i sygeplejeprocessen, og udgør, sammen med den efterfølgende analyse og sygeplejediagnose, vurderingsfasen. Hensigten er at skabe grundlag for at kunne analysere og vurdere patientens tilstand mhp. efterfølgende at kunne træffe beslutning om, hvilke interventioner der skal iværksættes. Det centrale i en dataindsamling er at angive data på en systematisk måde, der kan give overblik over patientens situation. Sundhedsstyrelsens anbefaling til 12 sygeplejefaglige problemområder (3) kan anvendes til at systematisere data, men også andre systematiske dataindsamlingsmetoder af fx Henderson (4) eller Orem (5) kan anvendes. Såvel objektive data i form af fx observationer og målinger som subjektive data, fx patientens egne udsagn, kan være relevante at medtage, og kan underbygge hinanden.

Det er vigtigt også at forholde sig til kvaliteten af data. Data skal, ifølge Bjerregaard, være relevante, tilstrækkelige, nøjagtige og valide (2). Relevans og tilstrækkelighed handler om at have de data, der er nødvendige for at kunne udarbejde mål og planlægge plejen. Fx vil datagrundlaget ikke være tilstrækkeligt, hvis der ved en problematik relateret til patientens fordøjelse, ikke fremgår data vedrørende hans/hendes habituelle afføringsmønster. Det kan i så fald blive svært at udarbejde mål, da det ikke er tydeligt, hvad der er realistisk at sigte efter. Korrekt fagsprog kan medvirke til at sikre nøjagtighed af data. "Murrende smerter i højre side abdomen" er mere nøjagtigt end "mavesmerter". Det er også mere nøjagtigt at skrive, at patienten giver udtryk for at "have mange ensomme dage" end, at vedkommende har tabt livslysten, idet sidstnævnte er en tolkning, der ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med patientens reelle oplevelse. Det er således vigtigt at være tro mod subjektive data.

Validitet af data handler om, hvorvidt data er gyldige og sande. Hvis patienten angiver at være smertefri, men sygeplejerskens observationer ikke er i overensstemmelse hermed, vil patientens udsagn ikke være validt. Som afslutning på dataindsamlingen kan der udarbejdes en kort sammenfatning, hvor der reflekteres over de aspekter, der indikerer, at patienten har behov for sygepleje. Er der data, der falder uden for det normale, og har patienten egenomsorgsbehov, som han/hun ikke selv kan varetage, eller som sygeplejersken skal være særlig opmærksom på? I praksis vil der ofte være flere forskellige problematikker, som sygeplejersken skal reagere på, mens der i en skriftlig opgave typisk argumenteres fagligt for måske én enkelt sygeplejefaglig problemstilling til yderligere analyse og uddybelse i opgaven. Som argumentation for det udvalgte problems relevans kan der evt. findes belæg herfor fra forskellige former for viden - fx forskningsviden.

Analyse

I det næste trin af sygeplejeprocessen analyseres den udvalgte problemstilling, hvilket handler om at forstå årsager til og sammenhænge mellem det udvalgte problem og patientens situation – herunder at kunne vurdere hans/hendes ressourcer i forhold til at håndtere problemstillingen. Kortlægningen af patientens ressourcer og begrænsninger vil have betydning for hvilke sygeplejeinterventioner, der er relevante at iværksætte. Her kan det være hensigtsmæssigt at foretage denne analyse med afsæt i fx Dorothea Orems beskrivelse af patientens viden, evne og færdigheder, da disse centrale elementer netop refererer til patientens ressourcer (5). Et alternativ hertil kunne være Virginia Hendersons beskrivelse af styrke, vilje og viden (4). I denne artikel tages der afsæt i Orems teori om egenomsorg.

Dorothea Orem introducerede i en sygeplejefaglig kontekst begrebet egenomsorg, der omfatter menneskets evne til at tage vare på de funktioner, der er nødvendige for at leve i dagligdagen (5). Orem beskrev, hvordan menneskers viden, drivkraft - som Orem benævner evne - og færdigheder påvirker evnen til egenomsorg. Viden omhandler patientens kognitive viden i forhold til sine sundhedsudfordringer (har han/hun fx den nødvendige viden om sin sygdom, og hvordan han/hun skal reagere på symptomer), mens evne handler om patientens iboende ressourcer i form af fx motivation og vilje (fx viljen til at handle på sin situation). Færdigheder kan omhandle patientens fysiske og kropslige formåen (fx gangdistance, funktionssniveau mv). For at kunne vurdere patientens ressourcer og begrænsninger kan Orems teori om egenomsorg således være et relevant afsæt for at analysere, hvorvidt patienten har viden, evner og færdigheder i den udstrækning, der er nødvendigt for at kunne håndtere den pågældende problematik.

Centralt i Orems teori er begreberne egenomsorgsbehov og egenomsorgskapacitet, hvor sidstnævnte omfatter menneskets muligheder og begrænsninger for at kunne udøve egenomsorg. Er der ikke balance mellem patientens egenomsorgsbehov og egenomsorgskapacitet, opstår egenomsorgssvigt, og patienten har dermed behov for sygepleje. Analysen af hvori patientens egenomsorgssvigt består, samt hvilke udfordringer patienten har i forhold til det udvalgte sygeplejefaglige fokus, medvirker til at synliggøre, hvad der er vigtigt at fokusere på i planlægningen af sygeplejen. Sygeplejersken vælger dermed sin handlemåde alt efter, om det er viden, evne og/eller færdigheder som patienten mangler for at kunne udføre egenomsorg (5). Teori fra relevante støttefag, teoretisk viden om fx sygdom, symptomer, årsager, medicin og behandling kan bringes i spil i analysen mhp. refleksioner over det udvalgte pro-

blem. Det er imidlertid vigtigt, at de data, som anvendes i analysen, også fremgår af dataindsamlingen, så der ikke angives nye data, antagelser eller fortolkninger i analysen. Det er også vigtigt, at analysen ikke fremstår som teorifremstilling, men at teorier om generelle forhold anvendes til forståelse og forklaring af sammenhænge og mulige årsager i den specifikke patientsituation. Det kan være hensigtsmæssigt, at analysens delelementer foregår i en kontinuerlig bevægelse fra konkrete data fra dataindsamlingen og til mere generelle aspekter vedrørende den pågældende problematik, og efterfølgende sammenholdes med patientens ressourcer ift. at kunne håndtere den pågældende problematik. Analysen afsluttes med en konklusion, som kaldes for en sygeplejediagnose og dermed en identificering af patientens behov for sygepleje, som netop udspringer af analysen. Det må gerne være synligt, at man nærmest i en tragtform har arbejdet sig frem mod sygeplejediagnosen.

Sygeplejediagnose

Diagnoser anvendes af mange forskellige professioner, og indikerer, at en faglig afgørelse er truffet på et fagligt vidensgrundlag (6). En sygeplejediagnose defineres som "en konklusion på patientens reaktion på et aktuelt eller potentielt sundhedsproblem, der er relateret til sygeplejerskens virksomhedsområde" (7). En sygeplejediagnose adskiller sig således fra medicinske diagnoser ved at have sygeplejefagligt frem for medicinsk fokus. Pneumoni er en medicinsk diagnose, mens dét at patienten er dyspnøisk og/eller bange som følge af pneumoni, er et problem, som ligger inden for sygeplejerskens ansvars- og kompetenceområde.

Den struktur, som kendetegner klassifikation af sygeplejediagnoser, stammer tilbage fra 1970'erne. Her blev det amerikanske udviklings- og dokumentationsredskab NANDA (North American Diagnosis Association) (8) udviklet med henblik på at skabe grundlag for udvælgelse af sygeplejeinterventioner, som sygeplejersken selvstændigt har ansvar for og kompetence til at sætte i værk. Dette med afsæt i forskellige typer sygeplejediagnoser, hvoraf det mest er de tre nedenstående, der har vundet indpas i Danmark:

- Problemdiagnose, der beskriver et aktuelt problem, og hvor handlingerne retter sig mod at løse eller lindre problemet.
- Risikodiagnose, der beskriver et potentielt problem, og hvor handlingerne retter sig mod forebyggelse.
- Ressourcediagnoser, der beskriver en mulighed eller evne hos patienten/familien, og som fx kan understøtte et rehabiliterende sigte.

En sygeplejediagnose der omhandler et aktuelt, problem kaldes en problemdiagnose. Knyttet til formuleringen af problemdiagnosen er en særlig struktur/format med tre punkter, som tjener til at skabe et tydeligt overblik. De tre punkter er PÅS, og står for hhv. problem, årsag og symptom – eller på engelsk PES: problem, etiology (ætiologi) and signs (symptomer).

<p>P: patientens aktuelle problem Å: mulige årsager til problemet S: aktuelle symptomer, som patienten</p>

Figur 2: PÅS-formatet: Problem, årsag og symptom

Denne treleddede hjælpesætning kan være til inspiration ved udarbejdelse af en problemdiagnose:

Det er et problem, at... (problem), fordi/ pga.... (årsager), hvilket viser sig ved... (symptomer).

Et eksempel er:

- Problem:** Maren har hård og knoldet afføring
- Årsager:** Immobilitet og smerter efter hofteoperation, hvor hun har fået morfinbehandling postoperativt.
- Symptomer:** Dette viser sig ved, at hun føler sig opustet og forkvalmet, har nedsat appetit og smerter ved afføring

Mens PÅS-formatet fungerer godt til problemdiagnoser, er det til gengæld mere komplekst i forhold til risikodiagnoser, fordi symptomer (S) på den beskrevne risiko ikke vil være til stede, og gerne skulle forebygges i at opstå. Der findes dermed ikke et akronym (initialforkortelse) ligesom PÅS, som kan anvendes til risikodiagnoser og ej heller til ressourcediagnoser. Forskellige forfattere og lærebøger har over tid formuleret sig ud af dette på forskellig vis - fx beskriver cand.cur Susanne Jastrup (7), at man kan ved potentielle problemstillinger kan udelade S (symptom), idet dette er hypotetisk ved risikodiagnoser. Et alternativ til Jastrups udlægning af at se bort fra symptomer i risikodiagnoser, kunne være i stedet netop at inkorporere potentielle symptomer i systematikken. Systematikken i en risikodiagnose kunne da se sådan ud:

- Risiko (for udvikling af et potentielt problem).
- Årsager (til at risikoen for udvikling af potentielt problem er til stede).
- Potentielle symptomer (de konsekvenser som kan opstå i tilfælde af, at der ikke handles på den risiko, som analysen har vist, der foreligger).

Et eksempel er:

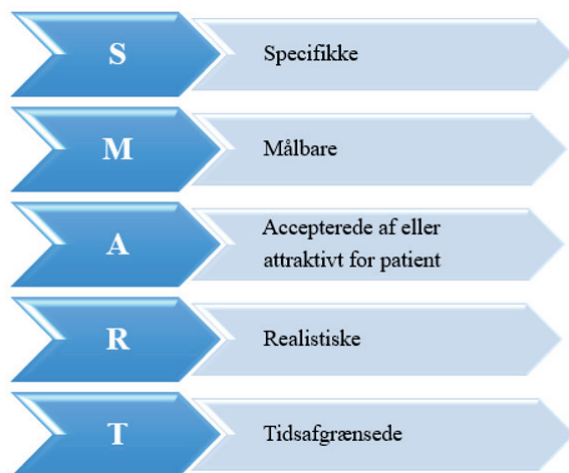
Risiko:	Jens er i risiko for underernæring.
Årsager:	Nedsat appetit og kvalme og manglende forståelse for ernærings betydning.
Potentielle symptomer/konsekvenser:	Vægttab, manglende energi til genoptræningen og forlængelse af rehabiliteringsforløb.

Ressourcediagnoser adskiller sig fra ovenstående sygeplejediagnoser ved at fokusere på de tilstedeværende ressourcer i stedet for på problemer eller risici. Et eksempel herpå kunne være en patients motivation for fx at komme ud af et misbrug, og at der er stor familiær opbakning hertil. Interventionerne retter sig her mod at tage afsæt i de tilstedeværende ressourcer hos patienten selv og familien for at understøtte patienten i at håndtere sin sundhedsudfordring i et rehabiliterende sigte.

De tre typer af sygeplejediagnoser er udtryk for problemstillinger, som hører under sygeplejerskens ansvars- og kompetenceområder. De skaber grundlag for valg af handlinger, som sygeplejersken selvstændigt eller sammen med andre samarbejdspartnere/professioner kan iværksætte for at indfri målene.

Mål

Planlægningsfasen udgøres af målene. Mål udarbejdes med afsæt i sygeplejediagnosen, da målene er den adfærd, oplevelse eller formåen som patienten gerne skal opnå – altså en ønsket retning eller progression. Der skal være en klar sammenhæng mellem det udvalgte problem, sygeplejediagnosen og målene. Mål udarbejdes ud fra SMART-kriterierne, som også er et akronym, idet det er dannet af forbogstaverne for kravene til formulering af mål:



Figur 3: SMART-modellen - krav til målformulering (9,10)

S står for specifikt, hvilket betyder, at målet skal være individuelt og konkret formuleret for den enkelte patient.

M står for målbart, og indikerer, at det opsatte mål skal kunne måles, så man er i stand til at evaluere målet og vide, hvad der konkret skal til for, at patienten har opnået målet.

A står for accepteret af eller – med inspiration fra coachingens verden –, at det skal være attraktivt for patienten (9). Er målet attraktivt for patienten, er han/hun også mere motiveret for at opnå målet. Da sygeplejeprocessen er en samarbejdsmodel, hvis styrke er interaktion og samarbejde mellem patient og sygeplejerske, er det derfor vigtigt, at udarbejdelsen af mål foregår i dialog med patienten. I en skriftlig opgave kan man argumentere for, hvordan patienten er involveret i beslutningen om det pågældende mål og motiveret herfor.

R står for realistisk. Hvis ikke målene er realistiske i forhold til patientens aktuelle ressourcer, kan han/hun nemt miste motivationen, da målet kan virke uoverskueligt. Som hjælp til at vurdere det realistiske, hentes indsigt fra analysen, der jo netop omfatter en vurdering af patientens ressourcer og begrænsninger.

T står for tidsafgrænset, da der skal være en tidshorisont angivet i målet, så det er tydeligt, hvornår målet skal evalueres; ellers risikerer man, at evalueringen af målet løber ud i sandet, fordi ingen tager initiativet hertil. Målene skal angive, hvad patienten kan opnå. Det vil sige, at det er patienten (og ikke sygeplejersken), der er subjektet i målene, og der skal indgå et aktivt verbum heri (7), fx: Vera skal indenfor tre dage selv tage initiativ til at mobilisere sig til stolen minimum tre gange om dagen. Dette mål lever op til SMART-kriterierne, fordi målet er specifikt for Vera (S), idet målet er udarbejdet individuelt til hende, målbart (M), idet man kan evaluere på, hvorvidt Vera kommer over i stolen mindst tre gange dagligt på eget initiativ. Målet er accepteret (A) af eller attraktivt for Vera, såfremt man synliggør, hvordan man vil sikre sig dialog med Vera om målet, og hvorvidt hun er motiveret for det. Målet er realistisk (R), hvis det forventes, at det kan opnås ud fra hendes nuværende ressourcer og helhedssituation, og tidsafgrænset (T) idet der er beskrevet, at målet skal opnås i løbet af tre dage. Dermed er det tydeligt, hvornår målet eksakt skal evalueres.

I udarbejdelsen af mål kan man ligesom i analysen lade sig inspirere af Orems beskrivelse af viden, evne og færdigheder:

Mål relateret til viden

- omhandler patientens viden og forståelse om sin sygdom (fx motions betydning for blodsukkerreguleringen ved diabetes)

Mål relateret til evner

- omhandler patientens iboende ressourcer (fx vilje, motivation og lyst til at handle aktivt på sin situation)

Mål relateret til færdigheder

- omhandler fysiske færdigheder, der kan iagttages (fx at patienten kan mobilisere sig, gå en given gangdistance eller indtage en given mængde væske).

Figur 4: Fokusområder i mål med inspiration i Orems beskrivelse af viden, evne og færdigheder

Eftersom hvert element i Å (årsager) i sygeplejediagnosen skal adresseres, vil flere mål være en forudsætning. Da der skal være sammenhæng mellem sygeplejediagnose og mål, skal der ligeledes være en rød tråd mellem målformuleringerne og de efterfølgende forslag til interventioner. Til hvert mål kan der knytte sig flere forskellige interventioner, heraf nogle der har vidensfokus, vilje/motivationsfaciliterende fokus og andre med fokus på at understøtte patientens styrke og fysiske færdigheder. Det kan desuden være relevant at arbejde med både kort- og langsigtede mål. Et kortsigtet mål kunne lyde: Vera skal dagligt drikke minimum 1800 ml væske, mens et langsigtet mål kunne lyde: Vera skal indenfor fire dage have opnået forståelse for vigtigheden af at drikke tilstrækkeligt for at undgå svimmelhed. Herved ses også kombinationen af hhv. et kortsigtet færdighedsmål, og et kognitivt mål relateret til viden som langsigtet mål. Et mål relateret til patientens evne/drivkraft kunne lyde: Vera skal i løbet af tre dage give udtryk for at være motiveret for at efterleve kostanbefalingerne for diabetes. Ved at arbejde med forskellige typer af mål og formuleringer viser man en større faglig bredde. Her kan man også reflektere over fx betydningen af patientens motivation i forhold til opnåelse af mål med bevidstheden om at mål, der virker overskuelige for patienten, også har gavnlig betydning for hans/hendes motivation.

Interventioner

Interventionsfasen henviser til de handlinger, der skal til for, at de opsatte mål imødekommes. Sygeplejeinterventioner er dermed det samme som sygeplejehandlinger. Interventionsfasen omhandler konkrete og fagligt kvalificerede forslag til handlinger. Styrende for de interventioner der iværksættes, er de formulerede mål, idet det er målene, der skal opnås via sygeplejeinterventionerne. Det er vigtigt, at der er sammenhæng mellem de formulerede mål og interventionsforslagene. Fx vil færdighedsmål næppe kunne opnås via interventioner af kun vidensmæssig karakter. Hvis målet er, at patienten skal indtage 1800 ml væske dagligt, så opnås dette ikke ved kun at vejlede patienten i vigtigheden af at drikke,

men ved i stedet også at opstarte væskeskema, sikre sig at patienten rent faktisk får tilbudt frisk væske jævnligt, får drikkevarer, som han/hun kan lide, at drikkevarerne er inde for rækkevidde, får en kop med tud eller sugerør, såfremt han/hun har gavn heraf for selv at kunne drikke, og/eller hjælpes fysisk med indtagelsen af væske af plejepersonalet.

Da sygepleje skal tage afsæt i et evidensbaseret grundlag, er det oplagt at argumentere på baggrund af forskellige former for viden fx kliniske retningslinjer, forskningsviden, teori fra sygepleje og støttefag. Forslag til tværfagligt, tværprofessionelt og evt. tværsektorielt samarbejde kan også medtænkes. Derfor kan det være hensigtsmæssigt at skabe en form for struktur i afsnittet fx ved hjælp af underpunkter, der refererer til de respektive mål, så der fremgår en klar sammenhæng mellem mål og interventioner. I interventionerne medtænkes kontinuerligt den indsigt, som analysen viste i form af viden om patientens ressourcer og begrænsninger. Har man anvendt Orems teori som afsæt i sin skriftlige opgave, kan det tilsvarende være hensigtsmæssigt at argumentere for, hvordan de foreslåede sygeplejeinterventioner falder indenfor hhv. det kompenserende, delvist kompenserende og/eller støttende/undervisende sygeplejesystem (5).

Evaluering

Sidste trin i sygeplejeprocessen er evaluering af målene. I en skriftlig opgave baseret på en fiktiv case er det imidlertid ikke muligt at vurdere på samme vis som i klinisk praksis, hvor der kan samtales med og observeres på patienten mhp. at vurdere, hvorvidt målene er opnået. I stedet kan man i en skriftlig opgave angive, hvornår og hvordan man helt konkret vil evaluere, hvorvidt hvert mål er opnået. Dermed vil viden om, hvordan forskellige typer af mål kan evalueres, fremgå. Færdighedsmål, der typisk kan måles eller observeres, evalueres fx på en anden måde end mål relateret til viden og evner. I evalueringen skal konkret fremgå, hvordan og hvilke observationer, målinger, spørgsmål eller lignende der

kan anvendes på evalueringstidspunktet. Dermed vil forståelsen af at arbejde med evalueringsfasen i sygeplejeprocessen fremgå. Da sygeplejeprocessen er en dynamisk og cirkulær proces, kan det tillige være formålstjenligt at reflektere over, hvilke muligheder der er for at justere plejen, hvis målene ikke opnås. Her kan man fx reflektere over i hvilke trin af sygeplejeprocessen, der eventuelt kan justeres, for at målene kan opnås.

Opgavekriterier for skriftlige opgaver vil altid være forskellige. Derfor er det vigtigt afslutningsvist at tilføje, at opgavekriterierne naturligvis altid skal følges. Ovenstående betragtninger, der har taget afsæt i Orem's egenomsorgsteori, er blot tænkt som én indfaldsvinkel til, hvordan sygeplejestuderende kan arbejde med klinisk beslutningstagning i form af sygeplejeprocessen på skrift. Uanset indfaldsvinkel håber jeg, at denne artikel er med til at belyse betydningen af patientens helhedssituation som det kontinuerlige afsæt i samtlige trin af sygeplejeprocessen, når der arbejdes med klinisk beslutningstagning i sygeplejen.

Referencer

1. Christiansen, S. Sygeplejeprocessen. I: Frederiksen K & Eckhardt M, redaktør. Fag – grundbog i sygepleje. 3. udgave. København: Munksgaard; 2023.
2. Bjerregaard, L. Sygeplejeprocessen som grundlag for klinisk beslutningstagning. I: Hundborg, S, redaktør. Sygepleje & Klinisk beslutningstagning bind 1. København: FADL's Forlag; 2019.
3. Sundhedsministeriet. Vejledning om sundhedsfaglig journalføring. Retsinfo [henvist 27.02.24]. Tilgængeligt hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2021/1225>
4. Henderson, V. Sygeplejens grundlæggende principper. 7. udgave. Bd. 2022. Dansk Sygepleje Råd; 2022.
5. Hansen, B. K. & Schmidt, R. D. Mobilitet og immobilitet. I: Suhr, L & Winther, B, redaktør. Sygepleje – krop og velvære. København: Munksgaard; 2011.
6. Ugeskriftet.dk. Hvem ejer diagnosen? [henvist 02.02.24]. Ugeskriftet.dk; 2023. Tilgængelig hos: <https://ugeskriftet.dk/bfl/hvem-ejer-diagnosen>
7. Jastrup, S. Klinisk beslutningstagning. I: Jastrup, S & Rasmussen, DH, redaktør. Klinik - grundbog i sygepleje. 3. udgave. 2023.
8. NANDA International - North American Diagnosis Association. Glossary of terms [henvist 02.02.24]. Tilgængelig hos: <https://nanda.org/publications-resources/resources/glossary-of-terms/>
9. Alt om ledelse.dk. SMART-modellen til målsætning [henvist 03.02.2024]. Tilgængelig hos: <https://altomledelse.dk/smart-modellen-til-maalsaetning/#hvad-er-smart-modellen>
10. Suhr, L & Winther, B. Klinisk beslutningstagning i sygeplejen. I: Suhr, L & Winther, B, redaktør. Basisbog i sygepleje - krop og velvære. 2. København: Munksgaard; 2011.

Spilder vi tiden på kurser i læring og vejledning?

Af: Marianne Behrens Jessen, Cand. soc. i Uddannelsesvidenskab, Uddannelseskonsulent, Uddannelse og Tværsektorielt Samarbejde på Aarhus Universitetshospital, myanneb@hotmail.com

Liselotte Brahe, Master i klinisk sygepleje, Uddannelseskonsulent- og koordinator, Uddannelse og Tværsektorielt Samarbejde på Aarhus Universitetshospital, lisebrah@rm.dk

Keywords: Organisatorisk læring, transfer af læring, læringsmiljø, organisatorisk læring på hospitaler, vejledere.

Abstract

Artiklen belyser med baggrund i et kandidatspeciale, hvordan daglige vejledere på et hospital kan overføre deres individuelle læring fra "Kursus i Læring og Vejledning" til organisatorisk læring i hospitalsafdelingerne. Med Peter Senges (1) fem discipliner til opnåelse af organisatorisk læring og Bjarne Wahlgrens (2) transferbegreb analyseres kursisternes anvendelse af det lærte i praksis samt deres muligheder og udfordringer for at vidensdele og bidrage til organisatorisk læring. Undersøgelsen er foretaget i tre afdelinger med forskellige professioner og arbejdsfunktioner igennem feltobservation og interviews af kursister og deres ledere. Det viser sig, at læringsmiljøet, hvad angår prioritering af læring og ledelsesopbakning, er altafgørende for, at de daglige vejledere kan anvende deres læring i praksis og bidrage til at skabe attraktive læringsmiljøer for studerende og elever. Artiklen afsluttes med at diskutere, hvordan kompetenceudvikling kan tilrettelægges for at sikre, at de nye kompetencer anvendes i praksis, og bidrager til organisatorisk læring i afdelingerne.

Kursus i læring og vejledning

Kursus i læring og vejledning er et lokalt kursus på Aarhus Universitetshospital (AUH). Kurset er oprindeligt udviklet i et samarbejde med hospitalerne i Region Midtjylland. Overordnet fokuserer kurset på funktionen som daglig vejleder i praksis. Temaerne, der undervises i, er: feedback, kommunikation, kultur og sprog, refleksion og spørgsmålstyper, vejlederrollen og læringsrum-

met. På AUH udbydes kurset fire gange årligt for daglige vejledere på tværs af professioner, som har behov for at få udviklet deres vejlederkompetencer. Det overordnede formål med kurset er at bidrage til at skabe attraktive læringsmiljøer ude i afdelingerne, hvor vejledning er en naturlig del af det daglige arbejde, og dermed ønsket om at skabe et fælles fundament for alle faggrupper til at kunne vejlede lærende og uddannelsessøgende (3). Den største gruppe af deltagere er sygeplejersker med ca. 60 – 70 %. De øvrige deltagere er bl.a. radiografer, bioanalytikere, fysio- og ergoterapeuter, sosu-assistent-er, lægesekretærer og læger.

AUH udviklede i 2019 Strategi for Læring, Uddannelse og Kompetenceudvikling (4) med det formål at få mere fokus på uddannelsesområdet for at sikre, at medarbejderne har de rette kvalifikationer og kompetencer til at udføre de sundhedsfaglige opgaver. Kursets temaer taler godt ind i strategien med visionen om, at læring og kompetenceudvikling skal være integreret i daglig praksis:

"Målet er, at vi aktivt, som en del af det daglige arbejde, anvender struktureret feedback, refleksiv praksis samt kollegial sparring/kommunikation til at opbygge en læringskultur, der understøtter psykologisk sikkerhed og evnen til at foretage kliniske skøn" (4 s.9).

Samtidig er ambitionen på AUH at være et attraktivt arbejds- og uddannelsessted (4). Kursus i Læring og Vejledning er et populært kursus, som evalueres godt af deltagerne. Der er stor tilfredshed med kursets form og indhold samt det umiddelbare udbytte af kurset, men det er uvist, hvorvidt kursisternes læring overføres til deres vejledningspraksis i afdelingen. Forskning peger på, at transfer af læring er kompliceret begreb. Undersøgelser viser, at kun 10-20 % af læringen fra fx et kursus overføres til anvendelse i praksis (5). Som et forsøg på at skabe transfer er kurset tilrettelagt med to kursusdage med en pause mellem første og anden kursusdag, hvor kursisterne får mulighed for at øve sig på udvalgte redskaber i praksis i egen afdeling. Når de kommer tilbage

Læringskema

(Hvad forventer jeg, at min arbejdsplads får ud af min udvikling/uddannelse/kursus?)

Navn: _____ Aftalt kompetenceudvikling*: _____ Dato: _____

Hvad vil jeg have ud af at deltage?	Hvordan vil jeg bruge den nye læring i mit arbejde?	Hvilke resultater opnår jeg?	Hvordan vil mine resultater passe med afdelingens mål?
<i>Hvilke færdigheder, viden eller holdninger vil jeg fokusere på at få med hjem? - hvad har jeg brug for at lære?</i>	<i>Hvad vil/kan/skal jeg gøre anderledes efter uddannelse/kursus? - og i hvilke situationer?</i>	<i>Hvad opnår jeg ved at bruge den nye læring i praksis? Hvordan kan man se, at resultaterne er nået?</i>	<i>Hvilke overordnede mål på arbejdspladsen fremmer jeg ved at bruge min nye læring?</i>
Hvad kan forhindre mig i at få effekt?: Hvordan kan jeg tackle forhindringer?: Hvad skal jeg have hjælp til? <div style="text-align: right;">Dato for opfølgningssamtale:</div>			

*) Kompetenceudvikling kan f.eks. være en uddannelse, et kursus, sidemandsoplæring, mentorforløb og lign.



Figur 1: Læringskema

til kursets anden dag, bliver der fulgt op på deres afprøvninger og refleksioner. Der gives sparring på det afprøvede i praksis fra underviserne, og der erfaringsudveksles med de andre kursister. Derudover benytter kurset et læringskema (6, Figur 1), som deltagerne allerede modtager inden kursusstart. Skemaet er tænkt som et dialogredskab til at afklare forventninger og mål med kursets udbytte sammen med nærmeste leder, både inden kursusstart og som en opfølgning efter kurset.

Transfer af læring

Ifølge Wahlgren betyder transfer overføring af viden og kunnen fra én situation til en anden (2).

For at skabe attraktive læringsmiljøer ude i afdelingerne for elever og studerende er det afgørende, at de daglige vejledere har mulighed for at overføre og anvende deres viden fra kurset i praksis. Ifølge Wahlgren er afprøvning i praksis en af forudsætningerne for at skabe transfer af læring til anvendelse i praksis (2). Han beskæftiger sig med, hvilke forhold der bidrager til, at vi kan overføre det, vi lærer, til nye sammenhænge. Han sætter især fokus på sammenhængen mellem det, der bliver lært på uddannelsesinstitutioner, som skal overføres og anvendes i arbejdslivet. Han definerer transfer som et centralt element i forståelsen for, hvordan vi bliver

bedre til at handle i forhold til ny læring, og pointerer, at samspillet/forholdet mellem læringsituationen og anvendelsessituationen er vigtigt. En forudsætning for at man kan anvende det, man har lært, er, at man kan se en lighed mellem læringsituation og anvendelsessituation (2). På kurset lærer kursisterne bl.a. om feedback, og hvordan det anvendes i praksis sammen med de lærende. De bliver introduceret for et lommekort, som kan benyttes til at afprøve feedback i praksis. Det kan diskuteres, om læringsituationen i kursuslokalet ligner anvendelsessituationen ude i praksis. Kursisterne sidder i grupper, og indtager på skift rollen som hhv. den lærende og vejleder, og får på den måde afprøvet redskabet på hinanden. Imellem de to kursusdage er det tanken, at de skal få afprøvet feedbackkortet. Det viser sig dog vanskeligt at få kursisterne til at afprøve kortet i egen praksis. Der kan være mange grunde hertil, som fx travlhed, glemsomhed eller måske manglende opbakning til at afprøve noget nyt eller en manglende forståelse for instruktionen om afprøvningen på kurset. En af hindringerne for transfer kan ifølge Wahlgren (2) være vaner, og hvordan man plejer at gøre, da handlemønstre kan være svære at ændre, og de kan være mere eller mindre indgroede. Dernæst sker der ingen transfer, hvis viljen, lysten, sikkerheden og troen på sig selv til at

anvende den nye læring ikke er til stede. En forudsætning for at det lærte anvendes er naturligvis, at der er anvendelsesmuligheder for det, der læres. Den sociale kontekst, som Wahlgren (2) kalder *transfermiljøet*, er et vigtigt forhold til at kunne overføre det lærte. Transfermiljøet består ifølge Wahlgren (2) af et transferfremmende socialt klima, der understøtter anvendelsen. Den lærende skal have mulighed for at afprøve, der skal være tid til det, accept, og tryghed der gør, at man kan fejle. Her har lederen en vigtig rolle i at skabe mulighed for rum til afprøvning af det lærte for kursisterne. Organisering af anvendelsessituationen har stor betydning for anvendelsen. Det er en forudsætning, at organisationen er gearret til, at den lærende kan anvende det lærte. Hvis der går for lang tid imellem læringen og anvendelsen, kan transfer blive betydeligt formindsket (2).

Organisatorisk læring

Hvis visionen er at skabe et fælles fundament for, hvordan uddannelsessøgende og nye medarbejdere vejledes (3), må der sikres, at viden og kompetencer kan overføres til praksis og bidrage til den organisatoriske læring. Ifølge Peter Senge (1) forudsætter det, at den individuelle læring bliver gjort til kollektiv læring. For at opnå organisatorisk læring skal den enkelte lære noget, som videndeles med kolleger, som gennem afprøvninger og fælles antagelser bliver til læring i organisationen. Samtidig skal den kollektive læring være et behov i organisationen, hvor lederen skal medvirke til at skabe rammer for ændringer eller forbedring. Peter Senge (1) pointerer, at for at skabe organisatorisk læring er det vigtigt, at medarbejderne kan modtage ny læring og ændre gamle vaner og antagelser. Peter Senge (1) har udviklet fem discipliner til at opnå organisatorisk læring. Disciplinerne, som omfatter *'Systemtænkning'*, *'Personlig mestring'*, *'Teamlæring'*, *'Mentale modeller'* og *'Fælles visioner'* er ifølge Senge (1) afhængige og integrerede i hinanden, og skal derved arbejdes på samtidigt for at kunne opnå organisatorisk læring. Det er fx svært at opbygge fælles visioner, hvis der ikke er et fælles afsæt eller strategi for, hvordan læring skal håndteres og prioriteres i en afdeling. Ligeledes opnår man ikke ifølge Senge (1) organisatorisk læring uden teamlæring – der skal være grupper, der lærer sammen for, at organisationen lærer. Herunder beskrivelse af de fem discipliner:

- **Systemtænkning** er den vigtigste disciplin for opnåelse af organisatorisk læring. Den handler om at kunne se sammenhænge i organisationen, som fx at tænke hele afdelingen og dens læringsagenter (se Figur 2) ind i samarbejdet omkring oplæring og vejledning i afdelingen, fx en fælles temadag i afdelingen hvor vejledningspraksis kan videndeles og diskuteres.

- **Personlig mestring** består af den personlige udvikling og anvendelse af læring. Den enkeltes personlige visioner, som er en forudsætning for, at der kan skabes fælles visioner.
- **Teamlæring** handler om, at medlemmerne i organisationen samarbejder og lærer sammen. Hvis ikke der er grupper, der lærer noget sammen, sker der heller ikke organisatorisk læring. Derved kan vigtig viden gå tabt, når den ikke deles.
- **Mentale modeller** er den enkeltes generaliseringer og antagelser om et fænomen – fx om, hvordan vejledning og oplæring skal foregå i afdelingen. For at opnå organisatorisk læring skal individuelle mentale modeller operationaliseres til fælles mentale modeller for at skabe forandring.
- **Fælles vision** er en vision, som mange mennesker føler sig forpligtede på, fordi den reflekterer deres egen personlige vision. Fx vil en fælles vision omkring oplæring og vejledning være fremmede for transfer, og derved bidrage til organisatorisk læring.

Begrebet **læringsagenter** (5) er medarbejdere, som har med læring at gøre i deres afdeling. Det omfatter afdelinger med mange forskellige faggrupper på et hospital, som ofte har forskellige benævnelser som fx daglige vejledere, kliniske vejledere, kliniske undervisere, uddannelsesansvarlige, oplæringsansvarlige m.fl.

Figur 2: Læringsagenter

Undersøgelse af kursistersnes transfer af læring

Undersøgelsen er foretaget som en del af den ene forfatters kandidatspeciale (7). Begge forfattere har været aktivt involveret i selve kurset. "Dobbeltrollen" som undersøger og underviser for den ene forfatter, har medført både styrker og ulemper. Styrken var et indgående kendskab til organisationen, som gjorde det muligt at komme tæt på deltagernes virkelighed. Det at have kendskab til det faglige sprog gav endvidere en øget forståelse af deres fortællinger, og dermed mulighed for at stille mere relevante spørgsmål (11). Ulempen var udfordringen i at holde sig åben, og lade ens forforståelse træde i baggrunden (8). Undersøgelsen fokuserer på, hvordan det lykkes daglige vejledere at overføre deres læring fra kurset til organisatorisk læring i deres afdeling efter endt kursus. Gennem deltagerobservation og fokusgruppeinterview (8) af deltagere fra "Kursus i Læring og Vejledning" og enkeltmandsinterview af deres ledere var det hensigten at få indblik i mu-

ligheder og udfordringer for at overføre viden fra kurset til læringsmiljøet i afdelingerne både fra et deltager- og et lederperspektiv. Da kurset er tværprofessionelt, og derved repræsenterer mange forskellige læringsmiljøer, var udvælgelseskriterierne (9) styret af at få et så nuanceret billede af transfer af læring til organisatorisk læring som muligt. Derfor blev der udvalgt tre afdelinger med forskellige professioner og arbejdsfunktioner nærmere betegnet en sengeafdeling, et ambulatorie og et laboratorie. Hensigten var at få nogle pejlemærker for, hvilke muligheder og udfordringer kursisterne har for at skabe transfer af læring i deres afdeling og dermed blive klogere på, hvordan læringsmiljøerne kan understøttes ude i afdelingerne. Det vurderes, at de overordnede rammer, normer og værdier på hospitalet skaber mulighed for, at erfaringer og resultater fra undersøgelsen kan overføres til andre afdelinger ud over de undersøgte. Hillarys (10) definition af de tre niveauer for organisatorisk læring er brugt til inspiration til at indsamle data med følgende interviewramme:

- *Individuel læring:* har kursisterne lært noget og anvendt og eksperimenteret med deres læring fra kurset i deres vejledningspraksis.
- *Transfer af læring:* har kursisterne delt deres læring med andre i afdelingen, og fortolker det sammen til fælles antagelser. Hvilke muligheder og fora er der i afdelingen for at vidensdele og skabe transfer af læring.
- *Organisatorisk læring:* om der er gang i nogle tiltag i afdelingen i forhold til fx at implementere redskaber fra kurset eller udvikle og forandre miljøet inden for læring og vejledning. Det betyder, at læringen er blevet omdannet til instruktioner eller modeller, som er brugbare for alle, der har behov for dem i organisationen (10).

Efterfølgende analyseres den indsamlede empiri med Peter Senges (1) fem discipliner for opnåelse af organisatorisk læring samt Wahlgrens (2) transferbegreb for at finde frem til, hvordan deltagerne skaber transfer af deres læring til organisatorisk læring.

Præsentation af resultaterne

Resultaterne fra undersøgelsen er en kombination af analyse af empirien med de nævnte teoretikere suppleret af den nyeste forskning inden for transfer af læring og organisatorisk læring (7). Resultaterne viser, at der er stor forskel på læringsmiljøerne i de tre afdelinger, og også forskel i prioriteringen af læring og vidensdeling i afdelingerne fra lederens side (Figur 3).

Resultaterne i undersøgelsen viser, at ledelseskulturen og etablering af gode læringsmiljøer har en afgørende rolle for transfer af læring. Lederens opbakning og prioritering til at skabe rum til refleksion og læring sammen med afdelingens "læringsagenter" er vejen frem til at skabe organisatorisk læring.

Figur 3: Undersøgelsens overordnede resultat

I afdelinger hvor der er gode muligheder for vidensdeling samtidig med høj grad af personlig mestring og teamlæring blandt medarbejderne, er der gode forudsætninger for organisatorisk læring. Dette viser sig ved, at kursisterne er initiativrige, tager ansvar for opgaven, og de samarbejder om, hvordan redskaberne fra kurset kan implementeres i praksis. Herudover har de fælles visioner med lederen omkring, hvordan der skal vejledes i afdelingen. Når lederne prioriterer mulighed for vidensdeling og transfer af læring igennem fx. refleksionskonference, onsdagsmøde og uformelle møder i arbejdstiden, fremmes den organisatoriske læring. Nogle steder er der sat skemaer op, som inviterer til, at medarbejderne kan vidensdele ny viden (7). Det tyder på at være en væsentlig fordel, når der sendes to eller flere medarbejdere afsted fra afdelingerne ift. initiativ fra vejlederne til at implementere læringen i afdelingerne. Det er dermed vigtigt for transfer af læring, at kursisterne har en afdeling og kolleger, som er parate til at lære nyt og diskutere læring, når de kommer tilbage fra kurset. En leder fra en af de undersøgte afdelinger udtrykker sine forventninger til de to medarbejdere, hun sendte afsted:

"(...) mine tanker har jo været, at de lynhurtigt kan tage hånd om dem, der skal læres op. Det tænker jeg er vigtigt. Og der er det jo, at jeg forventer, at de kan tage rollen på sig. Men noget andet er også at få drøftet noget omkring læring, (...) og så håber jeg jo, at de specialeansvarlige, som var de to, der var afsted, faktisk skal klædes på til også at kunne agere i at støtte de andre vejledere" (6, s. 45).

Dette understøttes af Wahlgren (2), som pointerer, at omfanget af transfer er afhængigt af, hvem man lærer sammen med, hvem man kan diskutere sin læring med efterfølgende, og hvem der støtter anvendelsen af det, man har lært. Det er derved et vigtigt fokus at have i undervisningen, hvilke miljøer de daglige vejledere hver især vender tilbage til, og om der er kolleger, vejledere eller andre at vidensdele og diskutere læringen med. På nuværende tidspunkt kommer størstedelen af deltagerne på kurset alene, og det er et fåtal, der har været i dialog med lederen eller andre kolleger, når de vender tilbage til 2. kursusdag. Barrierer for transfer af læring kan fx være den manglende opbakning fra lederen og øvrige medarbejdere. Én af kursisterne giver her udtryk for

nogle af vanskelighederne ved at få den nye viden ud at leve i afdelingen:

"Jeg inddrog lige en af de kliniske vejledere, (...) med den her idé om lige at bruge et onsdagsmøde (...), hvor vi lige kunne sige, at vi har observeret, hvordan man kan bruge de her feedbackkort. Men jeg mødte ikke lige samme entusiasme" (6, s. 47).

Når ledernes og medarbejdernes fælles visioner for læring og vejledning i afdelingerne ikke er afstemt, tyder det på vanskeligheder med at ændre vejledningspraksis i afdelingerne. Det er altafgørende for vejlederne, at de har en leder, der går forrest med at facilitere rum og rammer for at diskutere læring i afdelingerne for at muliggøre implementering af fx nye redskaber i vejledningen af studerende og elever. Derudover har lederen også en særlig rolle overfor de øvrige medarbejdere, som ikke er med i drøftelserne om læring og vejledning i afdelingen. Det er vigtigt, at ledere viser opbakning til læringssagernes idéer om at forbedre og ændre praksis for vejledning. Samlet set tyder det på, at manglende fælles visioner og systemtænkning for læring og vejledning mellem vejledere, lederne og de øvrige medarbejdere i afdelingerne skaber barrierer for transfer og videndeling (7). Derudover kan uenighed om, hvad der skal være individuel læring kontra fælles læring i afdelingen, samt ledernes usikkerhed omkring ansvar for læring hæmme organisatorisk læring. I nedenstående citater får vi et indblik i, hvad nogle af udfordringerne handler om for at skabe plads til at afprøve noget nyt og drøfte læring i afdelingerne:

Vejleder: "(...) vi mangler et eller andet omkring dem (kollegerne der vejleder), der har været her i mange år,

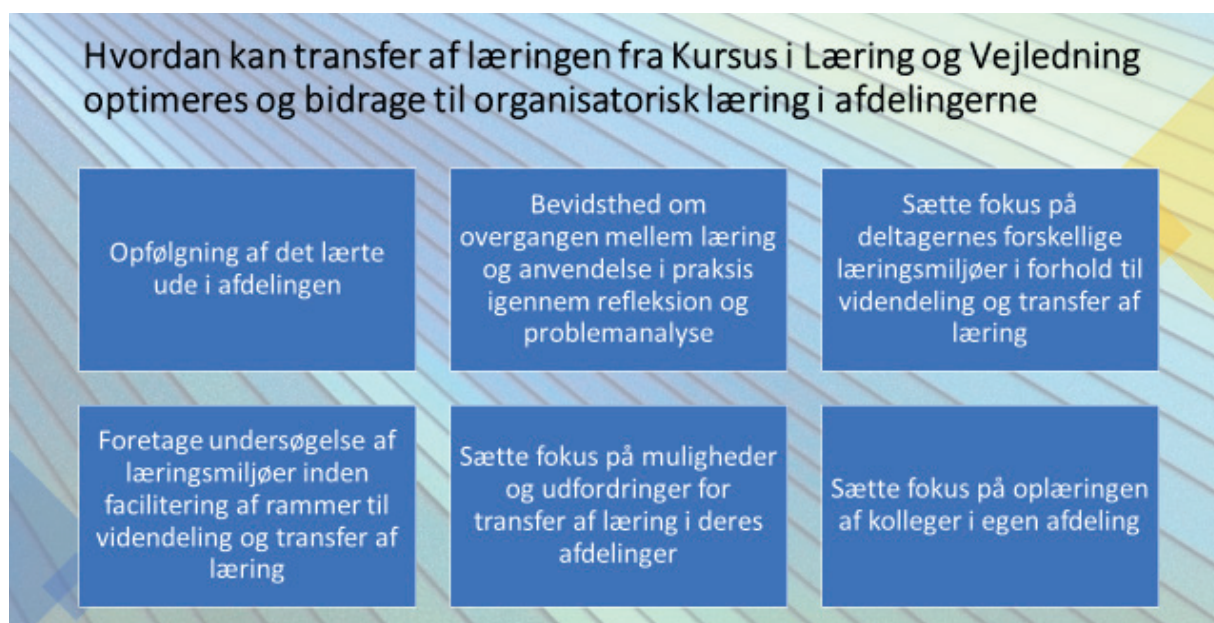
og måske bliver lidt magelige, fx nåh men vi gør bare lige som vi plejer, så kommer der nogle gange noget nyt, og så får vi noget hældt på, og så gør vi det. (...) Jeg oplever, det nogle gange er sådan lidt ansvarsfralæggelse. (...) der er ikke så mange, der er opsøgende på selv at blive opdateret (7, s.48).

Leder: "(...) så kunne man også på vores onsdagsmøde gruppere endnu mere op og sige, her er der nogen, der gerne vil snakke læring, (...) men jeg kan også allerede høre det der med rum, det kommer til at tage noget tid. Og i forvejen har vi mange andre opgaver" (7, s. 50).

Resultaterne eksemplificerer nødvendigheden af, at der skal arbejdes med Senges (1) fem discipliner på samme tid, for at organisatorisk læring kan lykkes. Blandt andet ses der eksempler på, at trods dygtige og initiativrige vejledere medfører manglen på fælles visioner og systemtænkning hindring for organisatorisk læring i afdelingen. Endvidere peger forskningen på, at et dårligt læringsklima, lederes usikkerhed om deres rolle i arbejdspladslæring, manglende ejerskab og ansvar blandt medarbejdere og ledere for læring, og mangel på systemer og rutiner i organisationen for at opsamle opnået viden er hindrende faktorer for overførsel af medarbejders læring til organisatorisk læring (12).

Hvordan kan transfer af læring til anvendelse i praksis optimeres/sikres?

Resultaterne fra undersøgelsen (7) ledte til seks konkrete bidrag (Figur 4) til at optimere transfer af læring til organisatorisk læring i deltageres afdelinger. Herunder suppleres med, hvordan der på AUH arbejdes med at optimere transfer af læringen på kurset.



Figur 4: Undersøgelsens bidrag

1. Wahlgren pointerer (2), at det fremmer transfer at lave 'opfølgning af det lærte' på arbejdspladsen, som går ud på, at det lærte tages op igen efter, at den lærende er vendt tilbage til arbejdspladsen. Under interviewene (7) efterspurgt lederne en form for opfølgning for at vedligeholde de daglige vejlederes kompetencer. En af lederne foreslog en årlig pædagogisk temadag for de daglige vejledere, da de ikke som de kliniske vejledere har mulighed for fora, hvor de kan udveksle erfaringer. Nuværende på kurset består opfølgningen af lærings-skemaet (Fig.1), som deltageren skal bruge som et dialogredskab sammen med sin leder både før og efter kurset for at give mulighed for fx at implementere redskaber fra kurset i praksis. De sidste halvandet år på AUH har læringskemaet fået et større fokus. Dette er sket gennem mere information og italesættelse om, dels hvordan det bruges samt fokus på opfølgning af brugen af skemaet, når deltagerne kommer tilbage på 2. kursusdag. Herudover er afdelingsledere og over-sygeplejersker blevet informeret om skemaets eksistens.

2. Forskning (13) pointerer, at en forudsætning for overførsel af læring til praksis er en *'bevidsthed om overgangen mellem læring og anvendelse i praksis, som fordrer refleksion og problemanalyse'* af, hvordan læringen kan være med til at ændre praksis. De sidste halvandet år er der på kurset undervist i transfer for at øge kursisternes bevidsthed om overgangen fra det lærte i undervisningssituationen til anvendelse i praksis. Formålet er at give deltagerne støtte og redskaber til, hvordan de anvender viden fra kurset hjemme i egen afdeling. På den sidste kursusdag faciliteres gruppearbejde, hvor de daglige vejledere sammen reflekterer over, hvilke udfordringer og muligheder, der kan være i deres læringsmiljø for at overføre det lærte til afdelingen, hvad de gerne vil implementere, hvordan og med hvem de vil vidensdele. Læringskemaet benyttes til at notere refleksioner ift. egen transfer af læring, og det anbefales at præsentere og drøfte disse refleksioner med leder og øvrige læringsagenter i egen afdeling.

3. Det er vigtigt at sætte fokus på 'læringsmiljøernes forskelligheder' i undervisningen ift. muligheden for at vidensdele og skabe transfer af læring. Undersøgelsen viser, at der er stor forskel på organisering, arbejdsfunktioner, ledelse og prioritering af rum og rammer for læring og videndeling i afdelingerne. Forskning understøtter, at det kan være svært at planlægge et optimalt klinisk læringsmiljø i hospitalers uforudsigelige arbejdsmiljø (14). De daglige vejledere bevidstgøres om, at læringsmiljøerne har forskellige udfordringer for at vidensdele og sparre omkring læring og vejledning. De erfaringsudveksler omkring, hvilke muligheder de har i afdelingen, fx ugentlige fora, hvor de har mulighed for

at sætte deres nye viden på dagsordenen. De opfordres til at holde møde med lederen efter kurset om deres udviklingsmuligheder, men også række ud efter de andre "læringsagenter" i deres afdelinger for at få hjælp til at vidensdele og afprøve ny viden.

4. Da læringsmiljøerne er meget forskellige på tværs af fag og afdelinger, vil det øge transfer at *'undersøge læringsmiljøerne'* inden, man organiserer og skaber rammer for vidensdeling og transfer af læring. Evt. ved hjælp af evidensbaserede læringsevalueringsværktøjer, som findes inden for organisatorisk læring (15). På kurset er det en stor fordel, at underviserne kender til afdelingernes forskellige læringsmiljøer, deres muligheder og udfordringer for at kunne understøtte de daglige vejledere i, hvordan de skal vidensdele og implementere ny læring i egen afdeling. Dette understøtter, at de læringsagenter der skal være med til at implementere læringen, skal være personer, der har et godt kendskab til organisationen.

5. Bidraget, som her omfatter at sætte *'fokus på muligheder og udfordringer'* i de daglige vejlederes egne afdelinger, vurderes at være inkluderet i bidrag 2 og 3.

6. Det er vigtigt at sætte fokus på *'oplæring af kolleger'* i egen afdeling. Kursisterne skal undervises i, hvordan de kan klæde deres kolleger på til at vejlede elever og studerende. Vi har på kurset set eksempler på afdelinger, der sender to eller flere medarbejdere afsted på kurset, med det formål at klæde deres kolleger på til den daglige vejlederrolle i egen afdeling. Undersøgelsen viser, at de står meget stærkere over for både ledere og medarbejdere i forhold til at afprøve og evt. implementere nye redskaber i deres vejledningspraksis i afdelingen.

Hvordan kan fremtidige kurser skabe endnu mere transfer til praksis?

I lyset af et sundhedsvæsen der kalder på innovative løsninger og transformation, skal der findes bæredygtige løsninger inden for tværprofessionel kompetenceudvikling. Ifølge Wahlgren (2) er den mest effektive form for transfer i egen kontekst, dvs., der hvor man arbejder. Forskning peger på, at overførsel og deling af viden fra læringsaktiviteter til praksis er en udfordrende proces, og at læringsimplementeringen ofte giver meget sparsomme resultater og manglende værdiskabelse for den investerende virksomhed (15). Derfor er vi på AUH optaget af, hvorvidt flere kurser og temadage er løsningen, og hvordan der fremadrettet kan arbejdes på at få de daglige vejlederes kompetenceudvikling ud i afdelingerne, da det er dér, det skal virke og gro. Det vil bl.a. betyde at finde en model til, hvordan vejledningsredskaber som fx feedbackkort fra kurset kan læres

ude i afdelingerne. Skal det være læringsagenterne ude i afdelingerne, der underviser de medarbejdere, som skal fungere som daglige vejledere? Hvordan sikres, at læringsagenterne er up to date til at undervise kollegerne? Det vil kræve, at der er et tæt samarbejde mellem ledere og læringsagenter i afdelingerne til at få skabt et godt lærings- og transfermiljø, hvor de daglige vejledere kan få udviklet og afprøvet deres kompetencer i praksis. Det er en forudsætning, at organisationen er gearret til, at den lærende kan anvende det lærte.

I Region Midtjylland har man afprøvet forskellige modeller til at integrere læring og vejledning i klinikken, for at den daglige vejledning kan blive en naturlig del af dagligdagen. Fx har Regionspsykiatrien i Randers (16) gennemført en prøvehandling, hvor kliniske vejledere introducerer nyansatte sygeplejersker og sosu-assistenten til funktionen som daglig vejleder med udvalgte elementer og redskaber fra "Kursus i Læring og Vejledning". Som tidligere nævnt viser det gode resultater, hvad angår transfer og bidrag til organisatorisk læring, når to medarbejdere sendes sammen afsted på kurset, fordi de står stærkere til at kunne klæde kolleger på efterfølgende i deres afdeling (7). En prøvehandling kunne være at ændre kursets målgruppe til "læringsagenter" og "tovholdere" for læring og vejledning fra afdelingerne med det formål, at de skal tilbage og undervise medarbejdere i den daglige vejlederfunktion. Dette vil omfatte:

1. At deltagerne er udvalgte læringsagenter fra afdelingerne,
2. At kurset omfatter metoder til, hvordan de kan undervise/overføre læring til kolleger,
3. At den pågældende afdeling er gearret til at organisere tid og rum til læring og afprøvning af det lærte i praksis.

Der vil blive behov for, at kursusbeskrivelsen/modellen indeholder krav om et vist antal timer/sessioner til afprøvning og implementering i afdelingen, hvilket vil indbefatte ledelsesopbakning til, at kompetenceudvikling af de daglige vejledere foregår i afdelingerne. Kurset kunne fx tilrettelægges med 1. kursusdag i undervisningslokalet og 2. kursusdag i afdelingerne med mulighed for facilitering og støtte til afprøvning og implementering fra underviser/uddannelseskonsulenter fra kurset for at sikre transfer af læring. Endvidere kunne der overvejes mulighed for, at uddannelseskonsulenter/undervisere kan bidrage til at analysere de konkrete læringsmiljøer ved behov igennem evidensbaserede læringsevalueringstværværktøjer for at målrette understøttelse og facilitering af transfer af læring til organisatorisk læring, hvilket forskningen anbefaler (15).

Referencer

1. Senge, P. M. (1999). *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization* (Paperback . repr. ed.). Random House Business books.
2. Wahlgren, B. (2012). *Voksnes læreprocesser : kompetenceudvikling i uddannelse og arbejde* (1. udgave. ed.). Akademisk.
3. Aarhus Universitetshospital. *Kursus i læring og vejledning (basis kursus)*. [Lokaliseret d. 10.02.2024] på: [Kursus i læring og vejledning \(basiskursus\) - Aarhus Universitetshospital | Region Midtjylland \(plan2learn.dk\)](#)
4. Aarhus Universitetshospital (AUH).(2019). *Strategi for læring, uddannelse og kompetenceudvikling*. [Lokaliseret 10.02.24] på: <https://auh.intranet.rm.dk/siteassets/uddannelse/strategi-for-laring-uddannelse-og-kompetenceudvikling.pdf>
5. Haddeland, K., & Söderhamn, U. (2013). *Sykepleierstudenters opplevelse av veiledningssituasjoner med sykepleiere i sykehuspraksis - En fenomenologisk studie*. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(1), 18-32.
6. Region Midt. *Læringskemaet. Det Gode Læringsforløb*. [Lokaliseret d. 20.02.2024] på: <https://www.hr.rm.dk/center-for-e-laering/portefoelje/laring-sportaler/DGL/>
7. Jessen, M.B (2022). *Transfer af læring på et hospital*. Kandidatspeciale I Uddannelsesvidenskab juni 2022. Dansk Pædagogisk Universitet (DPU). Aarhus Universitet.[Kan tilsendes ved kontakt til myanneb@hotmail.com].
8. Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2017). *Kvalitative metoder : en grundbog* (2. udgave. ed.). Hans Reitzel.
9. Neergaard, H. (2003). *Udvælgelse af cases i kvalitative undersøgelser*. *Samfundslitteratur*.
10. Hillary, O. O. (2019). *A literature review on organizational learning and learning organisations*. *International journal of information, business and management*, 11(3), 281-295.
11. Darmer, P. (2012). *Empirisk fænomenologi. I: Samfundsvidenskabelige analysemetoder*. Nygaard, C. (Red.).Samfundslitteratur.
12. Augustsson, H., Törnquist, A., & Hasson, H. (2013).

Challenges in transferring individual learning to organizational learning in the residential care of older people. *Journal of health organization and management*, 27(3), 390-408. <https://doi.org/10.1108/JHOM-Sep-2012-0163>

13. Chia, C. F., Nadarajah, V. D., Lim, V., & Kutzsche, S. (2021). Transfer of knowledge, skills and confidence from a faculty development programme for health professions educators into practice. *Medical teacher*, 43(S1), S46-S52. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1776239>
14. Bisholt, B., Ohlsson, U., Engström, A. K., Johansson, A. S., & Gustafsson, M. (2014). Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings. *Nurse Education in Practice*, 14(3), 304-310. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.005>
15. Brandi, U., & Christensen, P. (2018). Sustainable organisational learning – a lite tool for implementing learning in enterprises. *Industrial and commercial training*, 50(6), 356-362. <https://doi.org/10.1108/ICT-05-2018-0047>
16. Andersen M. D. et al (2023). Kompetenceudvikling målrette daglige vejledere – et forbedringsprojekt I Regionspsykiatrien Randers. FSUS. Uddannelsesnyt nr. 4, 34. årgang; 2023. https://issuu.com/ribertus/docs/uddannelsesnyt_4_2023

Psykologisk tryghed i fagligt uddannelsesfællesskab

Af: Camilla Andersen, Master i Klinisk sygepleje, Koordinerende klinisk uddannelsesansvarlig, Kirurgisk Afdeling, SUH Køge, caman@regionsjaelland.dk

Stine Falkenberg Brenøe, Master i Humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling, Uddannelseskonsulent, Koncern Digitalisering Region Sjælland, sfbr@regionsjaelland.dk

Vibeke Nørregaard Rygaard, Master i Uddannelse og læring, Koordinerende klinisk uddannelsesansvarlig, Ortopædkirurgisk Afdeling, SUH Køge, vnr@regionsjaelland.dk

Keywords: Psykologisk tryghed, uddannelsesfællesskab, KKU, det prægraduate uddannelsesområde.

Abstract

Artiklen præsenterer begrebet psykologisk tryghed, og hvad psykologisk tryghed kan gøre for uddannelsesansvarliges fællesskab og deres arbejde med sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever.

Funktionen som koordinerende klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske (KKU) varetages oftest af én sygeplejerske uden mulighed for faglig sparring med ligesindede i afdelingen. Derfor blev der etableret et uddannelsesfællesskab til faglig sparring og vidensdeling, der medførte mulighed for ideudveksling og udvikling.

Der blev iværksat konkrete tiltag for KKU'ere samt studerende og elever, hvilket medførte engagement, nysgerrighed på hinandens praksis og yderligere lyst til at udvikle endnu flere tiltag

Fællesskabet udviklede sig ved at både nye og gamle medlemmer blev mødt med aktiv lytning, anerkendelse og respekt. Der blev etableret faste månedlige møder med dagsorden, hvor faglig sparring og idéudvikling var faste punkter. Der var en grundlæggende ambition om at styrke og højne det prægraduate uddannelsesområde til sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistenter. Uddannelsesfællesskabet skabte grobund for, at idéer udviklede sig til innovative tiltag. Undervejs er vi blevet yderligere nysgerrige på begrebet psykologisk tryghed, og på hvorfor vi lykkedes med at generere idéer samt få dem udmøntet til gavn for vores sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever.

Definition af psykologisk tryghed

Både psykologi og tryghed er koncentreret om det psykiske, følende, oplevende og sjælelige individ (2). Psykologi er læren om det menneskelige sjæleliv med hensyn til bevidstheds- og følelseslivet i almindelighed. Tryghed er følelsen af sikkerhed og af at opleve sig beskyttet. Sammen dannes et nyt begreb, som er på manges læber. Psykologisk tryghed anses som særlig vigtig for at muliggøre læring og forandring, og er afgørende for at kunne komme til orde eller bede om hjælp i læringssituationer (3).

Måske vil mange umiddelbart tænke, at de har psykologisk tryghed i deres organisation og teams, f.eks. fordi der er "døre åbne" og frihed til at ytre sig. Psykologisk tryghed handler om at skabe et rum, hvor man kan opbygge gode relationer, være nærværende, inkludere, tage fælles ansvar, fokusere på den fælles udvikling, vise sårbarhed og håndtere problemer. Ved psykologisk tryghed skal det være sikkert for den enkelte at fremsætte sine idéer, bekymringer eller fejl så vedkommende føler sig tryk ved og har tro på, at det modtages med fokus på at give feedback til videreudvikling (1).

Indledning

Igennem vores ansættelse, som koordinerende klinisk uddannelsesansvarlige sygeplejersker (KKU) indenfor for det prægraduate område, er vi blevet inspireret til fordybelse i begrebet psykologisk tryghed. Denne artikel er fagligt formidlende og erfaringsbaseret. I artiklen beskrives det, hvordan metoden psykologisk tryghed (1) er anvendt i et uddannelsesfællesskab på tværs af afdelinger på Sjællands Universitetshospital (SUH), Køge. Ved etableringen af et nyt uddannelsesfællesskab i foråret 2020 hvor der jævnligt kom nye medlemmer til, var der et generelt ønske fra flere KKU'ere om at lære hinanden, organisationen og arbejdsgangene at kende. Uddannelsesfællesskabet rummer syv KKU'ere fra Kirurgisk, Ortopædkirurgisk, Øre-næse-hals kirurgisk, Medicinsk, Anæstesiologisk og Akut afdelingen på SUH, Køge.

Amy C. Edmondson er novartis-professor i Leadership and Management på Harvard Business School. Hun er pioner og førende forsker i psykologisk tryghed, og har skrevet flere bøger og artikler om begrebet. Igennem hele artiklen har vi valgt at læne os op ad hendes definition på psykologisk tryghed, da vi oplevede, i vores KKV-fællesskab, at det netop var det, der var på spil, uden at vi var bevidste om det:

“Psykologisk tryghed er en tro på, at jeg ikke bliver straffet eller ydmyget for at dele ideer, spørgsmål, bekymringer eller fejl og at mit team er trygt til at tage medlemmenneskelige risici” (1).

Amy Edmondson beskriver, hvordan psykologisk tryghed skal forplante sig i en kultur og organisation, og man kan derfor forledes til at tro, at bogen henvender sig til ledere. En leder skal motivere medarbejdere til at yde deres bedste ved at inspirere, coache, levere feedback og gøre fremragende præstationer til en tilfredsstillende oplevelse (1). Vi har oplevet, i vores funktion og fællesskab, at vi var i stand til at give hinanden netop det, Amy Edmondson beskriver, en leder skal være i stand. På den baggrund mener vi, at metoden kan bruges af andre end ledere. Dette understøttes af et dansk studie fra 2022 (4), som fandt, at uformelle ledere har en særlig indvirkning på organisationens kultur, og at en organisation dermed har en bredere skare af aktører, der har mulighed for at udvikle de psykologisk trygge rammer. Vi har valgt at anvende metoden, da vi mener, at mange af elementerne der indgår i at skabe psykologisk tryghed, er overførbare til en KKV-funktion.

Problemstilling

Som KKV er du oftest ansat som den eneste til at varetage funktionen i din afdeling, og dermed den eneste med primært prægraduate uddannelses perspektiv. Vi ønskede at danne relationer til andre sygeplejersker med samme funktion på tværs af afdelinger og specialer med henblik på faglig sparring. Desuden oplevede vi, at drift-

en blev prioriteret over prægraduate uddannelse fremfor at se uddannelse som en ressource og fremtidig rekruttering. Dette ansporer til etablering af uddannelsesfællesskabet, hvor sparring, innovation og vækst er i fokus. I uddannelsesfællesskabet giver psykologisk tryghed konkrete værktøjer til at skabe det læringsmiljø, der understøtter idéudvikling og aktiv lytning, som kunne fremme KKVernes ambitioner for uddannelsesfællesskabet samt for sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever. Det kunne være frustrerende ikke at have faglig sparring med et bredere perspektiv omkring prægraduate uddannelse med andre i tilsvarende funktioner i egen afdeling. Det at være alene i funktionen og gerne ville opprioritere på prægraduate uddannelse var udfordringen, der foranledigede etableringen af uddannelsesfællesskabet.

Formål

Formålet med formidlingen af denne artikel er at fremhæve, hvordan psykologisk tryghed kan skabe innovation og vækst i et uddannelsesfællesskab på tværs af specialer og afdelinger på SUH, Køge. Artiklen kan læses af alle med interesse for psykologiske tryghed, fællesskaber og prægraduate uddannelse.

Psykologisk tryghed i uddannelsesfællesskab

I følgende afsnit skriver vi om de konkrete værktøjer i psykologisk tryghed, og hvordan vi omsatte disse til konkrete tiltag i praksis.

Psykologisk tryghed er ikke målet, men en metode til at opnå vækst og innovation. Ifølge Edmondson skal der være tre elementer til stede ved opbygning af psykologisk tryghed i et fagligt fællesskab: sætte de rigtige rammer, inviterer til deltagelse, reagerer konstruktivt (1,4). I nedenstående figur (Figur 1) ses, hvordan vi i uddannelsesfællesskabet overordnet har anvendt de tre elementer.

Kategori	1. Sætte de rigtige rammer	2. Inviterer til deltagelse	3. Reagerer konstruktivt
Opgaver	Afstem forventninger for at tydeliggøre behovet for at folk ytrer sig/at høre andres mening Fremhæv formålet	Vis ydmyghed og indrøm udfordringer Nysgerrighed blandt deltagerne God spørgelyst Aktiv lytning Etablering af fagligt fællesskab Skabe struktur Møde med fast indhold	Udtryk anerkendelse Aktiv lytning Drøftelser, overvejelser og brainstorm om næste skridt Hjælp Sparring
Resultat	Fælles forventninger og formål	Tillid til hinanden Ideer er ønsket	Orientering mod kontinuerlig læring

Figur 1

Sætte de rigtige rammer

Ud fra egne erfaringer kan vi se, at vi satte de rigtige rammer ved at italesætte behovet for møder, og hvorfor vi som uddannelsesansvarlige har behov for at erfaring-sudveksle med andre uddannelsesansvarlige i samme funktion, da mange af os er eneste uddannelsesansvarlige i en afdeling.

Inviter til deltagelse

Da vi besluttede at afholde faste møder, drøftede vi, hvad vi ønskede at have på dagsorden, da mødet skulle have fagligt indhold relateret til prægraduat uddannelse. Dagsordenen er den samme til hvert møde, så den er kendt, med mulighed for tilføjelser og udvidelser. Møderne starter med en runde, hvor alle har et par minutter til at fortælle om oplevelser og udfordringer, de har stået i, som de gerne vil have faglig sparring på. Desuden gav rammerne mulighed for at skabe konkrete tiltag, hvor der er blevet udarbejdet mentorordning for nye KKU'er, årshjul med aktiviteter for det kommende år samt simulations scenarier tilpasset til sygeplejestuderende på 6. semester. Dette gav mulighed for både at have rammerne til at skulle lytte til hinanden, ideudveksle samt være nysgerrige og dermed inviterer til deltagelse. Der havde alle et læringsmindset, hvor vi mener, at vi altid kan lære mere. Vi var bevidste om, at ingen af os havde alle svarene. Det medførte større engagement og nysgerrighed på hinandens praksis, hvor alle bidrog med vigtig viden og indsigt og inviterede til at give input. Psykologisk tryghed får mulighed for at vokse, hvis rammerne kontinuerligt italesættes, og virker motiverende for fælles læring.

Reagerer konstruktivt

I uddannelsesfællesskabet havde vi ikke italesat, hvordan vi skulle reagere konstruktivt på hinandens ideer, men efterrefleksionen med viden om psykologisk tryghed henleder os til at tro, at vores pædagogiske kompetencer i forhold til vores funktion, giver os en naturlig nysgerrighed, interesse og en ansvarlighed for at være åbne for og indbyde til vidensdeling og faglig sparring herunder ideudveksling. Måden at reagere konstruktivt på, påpeger Amy Edmondson, er altafgørende i at opbygge og vedligeholde psykologisk tryghed. Denne anerkendende tilgang til hinanden øger psykologisk tryghed og dermed de innovative tiltag (1). Til møderne var vi anerkendende, respektfulde og fremadskuende i vores interaktioner. Anerkendelsen kom til udtryk ved at være interesseret i hinandens praksis og at stille nysgerrige spørgsmål med henblik på at lære mere om det sagte. Vi italesatte at skabe et læringsrum, hvor alle kan bidrage.

I forhold til definitionen på psykologisk tryghed havde eller fik vi en tro på, at alle ville blive anerkendt, når

idéer, spørgsmål, bekymringer eller fejl blev delt med de andre. I uddannelsesfællesskabet har vi en tro på, at der i rummet var psykologisk tryghed.

Betydningen af psykologisk tryghed i uddannelsesfællesskabet

I dette afsnit beskriver vi betydningen af psykologisk tryghed i uddannelsesfællesskabet, og hvad det har medført.

Psykologisk tryghed i uddannelsesfællesskab var en medvirkende faktor til videreudvikling af faste møder med dagsorden og fagligt indhold f.eks. forskningsartikler, drøftelse af sygeplejeteoretikere med relevans for klinisk praksis m.m. Desuden har den psykologiske tryghed medført et fagligt og socialt rum, hvor det er tilladt at være uenige samt drøfte de udfordringer, der kan være forbundet med en KKU-funktion. Den tilstedeværende psykologiske tryghed oplevede vi ved at kunne udvise sårbarhed, ved at kunne være uenige i drøftelser og ved at kunne få andres perspektiv på en svær situation. I uddannelsesfællesskabet erfarede, at vi ikke fandt fejl hos hinanden, eller var fordømmende, men spurgte nysgerrigt ind til andres tanker og holdninger. I uddannelsesfællesskabet gav vi hinanden mulighed for selvrefleksion over fejl og lære af fejlene ved at justere handlinger eller aktiviteter. Socialt sammenhold med fælles frokoster og fejring af hinandens succeser bragte større forståelse for hinanden, vores vilkår i vores funktion, og hvad vi kunne bidrage med i fællesskabet. Et studie fra 2022 fandt, at den sociale relation har betydning for det psykologisk trygge samarbejde. Det peger på, at jo bedre medarbejdere kender hinanden, desto bedre er arbejdsforholdet, hvilket medfører, at man stiller sig mere åbne overfor input, da man ved, det kommer af den bedste mening. Præcis som psykologisk tryghed foreskriver (4).

Derudover har den psykologiske tryghed i uddannelsesfællesskabet haft en sekundær, men yderst relevant betydning, for måden vi anvender vores koordinerende rolle. Vi har udviklet kompetencer i facilitering af simulation, faglige workshops og oplæg for sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever på SUH, Køge. Her, har uddannelsesfællesskabet inddraget tværprofessionelle samarbejdspartnere f.eks. fysioterapeut og socialsygeplejerske. Ved workshops og faglige oplæg har vores rolle været at give konstruktiv feedback og stille reflekterende spørgsmål undervejs. Alle KKU'er har ligeledes haft en aktiv rolle ved simulation, hvor omdrejningspunktet har været at træne tekniske og ikke-tekniske færdigheder. Uddannelsesfællesskabet oplever, at dette har styrket anvendelsen af klinisk lederskab hos den enkelte KKU. Efter hver simulation, workshop og faglige oplæg har vi mundtligt evalueret dagen med

de uddannelsessøgende, således at vores uddannelsesfællesskab har haft mulighed for at justere og tilpasse fagligt indhold. Uddannelsesfællesskabet har taget godt imod evalueringerne, og ser disse som en mulighed for at højne kvaliteten af deres uddannelse i praktikken, hvilket også gør os nysgerrige på at undersøge mere videnskabeligt via en kvalitativ eller kvantitativ metode. De mundtlige evalueringer peger allerede på, at de uddannelsessøgende udover et fagligt udbytte også får et socialt udbytte af simulation, faglige workshops og oplæg. Evalueringerne kan danne baggrund for et videnskabeligt udviklingsprojekt.

Konklusion

Psykologisk tryghed har medført etableringen af et fagligt fællesskab på tværs af afdelinger på SUH, Køge, der har givet mulighed for sparring og relationer på tværs af afdelinger og individuelle fagligheder. Uddannelsesfællesskabet har givet os et tilhørsforhold og et fagligt sparringsrum til andre i samme funktion. Med etableringen af uddannelsesfællesskabet skabte vi større fokus på prægraduat uddannelse, og fik det opprioriteret med innovative tiltag for sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistenter i form af simulation, faglige workshops og oplæg.

Psykologisk tryghed skal ikke tages for givet, og det skal arbejdes bevidst med for at opretholde effekten og læringsudviklingen (1). Det er ikke et nyt fænomen, men metoden skal kontinuerligt italesættes, og elementerne praktiseres for at psykologisk tryghed bibeholdes (1). Forskellige ansættelsesforhold for KkUere kan gøre det svært at være fleksibel og kunne deltage i uddannelsesfællesskabets aktiviteter, da det kræver tid at kunne deltage. Det kan skabe intern frustration, hvis det altid er de samme, der deltager og lægger ressourcer i planlægningen og afholdelse. I bagklogskabens lys kunne vi have undersøgt de studerende perspektiv på vores innovative tiltag for at belyse, hvorfor det er vigtigt at sætte ressourcer af til prægraduat uddannelse og styrkelse af deres sygeplejefaglige kompetencer i praktiken.

Perspektivering

Vi er blevet bevidste om vigtigheden af psykologisk tryghed, og stiler derfor mod fortsat at have struktur på møder og være nysgerrige på hinanden. Ved at være nysgerrige på hinanden får vi frem i lyset, hvilke kompetencer den enkelte KkU kan bidrage med i uddannelsesfællesskabet. Det, at slå til og være i stand til at bidrage med faglige tiltag, gør, at der skabes udvikling, både for en selv, men også i det fællesskab man indgår i (2). Derfor ønsker vi i uddannelsesfællesskabet at italesætte hinandens kompetencer i forbindelse med udarbejdelse af

årshjul med aktiviteter, rollefordelinger, etc., og derved får sat hinandens kompetencer i spil. Desuden er uddannelsesfællesskabet fremadrettet opmærksomme på, at tilstedeværelsen af en leder påvirker psykologisk tryghed (1). I artiklen Understanding Psychological Safety in Health Care and Education Organizations og i studier beskrevet i bogen Perspektiver på psykologisk tryghed (3,4), er advokeret for, at uformelle ledere også har betydning for psykologisk tryghed (1). Uformelle ledere bidrager til en organisatorisk kultur samt forståelse og fortolkning af gruppedynamik, da de respekteres af kolleger for deres anciennitet, dygtighed og indflydelse (5). Med uformelt lederskab får medlemmer af teamet mulighed for at engagere sig aktivt i at sætte mål til teamet. Det kan medføre, at teammedlemmer selv vil indlede peer coaching for at sikre, at teamet når sine mål (5).

Positionering kan være andet end en formel leder titel, der begynder med "over" eller "chef", og det kræver opmærksomhed på, hvad erfaring og anciennitet kan medføre af positionering, og dermed betydning for psykologisk tryghed. I vores uddannelsesfællesskab vil der uundgåeligt være forskel på anciennitet og erfaringer både som sygeplejerske og i funktionen som KkU, og dem med længst anciennitet og mest erfaring bærer et særligt potentiale for at påvirke psykologisk tryghed i fællesskabet (3). Et nyere studie peger dog på, at det relationelle samspil kan prioriteres højere for at styrke psykologisk tryghed i fællesskabet. Det gode forhold kan også hæmme psykologisk tryghed (2,3). Medarbejdere kan holde igen med indsigelser for at bevare fællesskabet, hvis de er bange for reaktionen. Balancen mellem den sociale relation, der fremmer psykologisk tryghed, og den relation der hæmmer, er marginal, og der skal være fokus på, at gruppetilhørsforhold er en basal forudsætning for velbefindende. Tendensen til at bekræfte hinanden for at være del af gruppen kan trumfe processer såsom kritisk dialog og plads til åbne spørgsmål. Denne tendens kan imødegås af en kultur, hvor kritisk spørgsmål og dialogiske input er normen. På sigt skal viden om psykologisk tryghed og konkrete tiltag danne baggrund for et udviklingsprojekt omhandlende uddannelsesfællesskabets psykologiske tryghed og om dette influerer på SUH, Køges uddannelsessøgendes oplevelse af deres praktik.

Referencer

1. Edmondson AC. Den frygtløse organisation. 1. Vol. 7. Djøf Forlag; 2020.
2. Engelsen S, Lehn S, Holen M. Normative Dimensioner af sundhedsprofessionelles læringskultur og deres betydning for fastholdelse og rekruttering. Tidsskrift for arbejdsliv. 2023 Mar;25(1):28–43.

3. Andersen P, Mellon K. Perspektiver på psykologisk tryghed. Vol. 1. Dafolo; 2023.
4. Edmondson A c., Higgins M, Singer S, Weiner J. Understanding Psychological Safety in Health Care and Education Organizations: A Comparative Perspective. *Res Hum Dev.* 2016 Mar;13:65–83.
5. Lawson D, Fleshman JW. Informal Leadership In Health Care. *Clin Colon Rectal Surg* [Internet]. 2020 Jul [cited 2023 Dec 14];33:225–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7329379/>

Kompetencemappen sikrer et stærkt læringsmiljø

Af: Susanne Hartvig, Cand. Mag. I Organisationskommunikation,
 Chef for Uddannelse & Rekruttering, Sh114@esbjerg.dk

Keywords: Oplæring, kompetencemappe, trygt og fagligt uddannelsesmiljø.

Abstract

Med kompetencemappen sikres de sygeplejestuderende en grundig oplæring, inden de varetager specialopgaver. Det skaber et trygt læringsmiljø for de studerende.

Det skal være trygt at være sygeplejestuderende i Esbjerg Kommunes Sygepleje. Det er Kompetencemappen med til at sikre.

"Det er så vigtigt, at vi sørger for, at vores studerende udfordres og udvikles, så de bliver så dygtige som muligt. På den anden side skal vi ikke give mere ansvar, end de reelt kan påtage sig og føle sig trygge ved", udtaler chefen for Sygeplejen i Esbjerg, Anni Kjærgaard Sørensen.

Derfor har man valgt at lave en kompetencemappe til de studerende.

"Kompetencemappen sikrer, at de sygeplejestuderende på 6. semester bliver grundigt oplært inden de varetager specialopgaver. På den måde sikrer vi, at den studerende kan føle sig tryk, og at den studerende opnår det nødvendige faglige niveau, ligesom vi sikrer kvaliteten for borgerne", uddyber Anni Kjærgaard Sørensen.

Netop kvaliteten og sikkerheden overfor borgerne har høj prioritet.

"Borgernes sikkerhed skal altid komme først, så det er helt klart også med borgersikkerheden i fokus, at vi har lavet kompetencemappen", fortsætter Anni Kjærgaard Sørensen.

Kompetencemappen består af en række kompetenskemaer. Skemaerne underskrives af den kliniske vejleder, når den studerende er oplært i en ny specialopgave, og når følgesygeplejersken eller den kliniske vejleder har set den studerende udføre opgaven både under vejledning og selvstændigt. I kompetenskemaet vil det også fremgå om den studerende må varetage opgaven alene, eller om den skal varetages

sammen med en autoriseret sygeplejerske. Det er alene den kliniske vejleder, der kan underskrive kompetenskemaerne.

"Det giver den studerende tryghed, at den kliniske vejleder har kompetencen til at vurdere, hvornår den studerende er klar til at løfte specialopgaver. Det er vejlederne, der er tættest på de studerende og som følger deres faglige udvikling", udtaler Anni Kjærgaard Sørensen.

Uddrag af Esbjerg Kommunes Kompetencemappe:

Kompetenskemaer januar 2023

Kompetenskema for sygeplejerskestuderende: Palliation

Varetagelse af specialopgaver for sygeplejerskestuderende i klinisk undervisning:

Skemaet anvendes når:
 De vurderes at den studerende er kompetent til selvstændigt (alene med borger) at varetage følgende opgave:
 Sygeplejerskestuderende _____ på _____ semester.

Ydelses kataloget:
 En samlet pakke af ydelser vedr. pleje, omsorg og støtte til borgere med alvorlig livstruende sygdom.
 Ydelsen leveres i let og omfattende pakker.

Den studerende er hermed oplært i følgende opgave:

Palliation. Sygeplejerskestuderende må varetage sygeplejerydelsen selvstændigt i tidlig fase, men ikke i sen og den terminale fase. Borgers helbredstilstand skal følges tæt af autoriseret sygeplejerske. Eventuelle instrumentelle sygeplejerskeydelser må gerne udføres af den sygeplejerskestuderende, så længe der er en autoriseret sygeplejerske til stede.

Af følgesygeplejerske/klinisk vejleder _____ som har set den studerende udføre opgaven både under vejledning og selvstændigt. Oplæringen ledsages af, at den studerende har læst og forstået relevant instruks, og følgende litteratur, her under ydelseskatalog _____

Dokumentet er først gældende når den kliniske vejleder har skrevet under:
 Dato _____ Klinisk vejleder _____

I forbindelse med studiesamtalerne følger klinisk vejleder op på, at opgaven forsåt løses tilfredsstillende og at viden holdes ajour på opgaven efter oplæring.

Freja Tofttrup Christensen er sygeplejestuderende, og er i sin praktik på 6. semester i Esbjerg Kommune. Hun fortæller:

"Det giver en stor tryghed at vide, at man ikke bliver sendt ud i opgaver, som man ikke er grundigt oplært i, og som

man har prøvet af udføre under vejledning først. Det gør faktisk også, at jeg tør tage et større fagligt ansvar, fordi jeg ved, at der har været en grundig og faglig vurdering af, at jeg kan."



Freja Torp Christensen i 6. semester praktik i Esbjerg Kommunes Sygepleje (Foto: Esbjerg Kommune)

Netop dét at skabe et trygt og fagligt stærkt uddannelsesmiljø ser ud til at være lykkedes for Esbjerg Kommune

"Det er noget helt andet end, hvad jeg har oplevet før. Her i Esbjerg Kommune får man virkelig lov til at føle, at man er en del af stedet, og alle engagerer sig i en. Det betyder enormt meget at have en vejleder, der hele tiden har et blik for os som studerende – ikke kun vores trivsel, men også vores faglige udvikling. Det er virkelig guld værd. Jeg har lært så meget"

Freja bakkes op af en medstuderende, Kristine, der også er i praktik i Esbjerg Kommunes Sygepleje:

"Det er første gang, vi er i praktik et sted, hvor man har en vejleder, der er vejleder på fuld tid. Man kan bare mærke, at vores vejleder er der for os, og at vores læring og trivsel er i fokus. Kompetencemappen er ligesom en måde at skabe tryghed både for os som studerende, men jo også for de borgere, vi skal hjælpe"

Esbjerg Kommune har siden 2017 haft kliniske fuldtidsvejledere, der vejleder de sygeplejestuderende.

"Vores kliniske vejledere har deres fulde fokus på de sygeplejestuderendes læringsmiljø og læringsudbytte. De har alle en baggrund som sygeplejersker, og er efteruddannet i vejledning. Det sikrer en høj kvalitet i de studerendes uddannelse i praksis, og det sikrer et trygt og godt læringsmiljø. Det er også de kliniske vejledere, der har været med til at udarbejde kompetencemappen, som er med til at gøre det trygt for de sygeplejestuderende at være i læring hos os," fortæller Anni Kjærgaard Sørensen.

Esbjerg Kommune evaluerer løbende, hvordan elever og studerende oplever at være i praktik hos dem. På en skala fra et-fem, hvor fem er det højeste, vurderer de sygeplejestuderende læringsmiljøet til at være 4,6 og vejledningen til at være 4,8.

"Tallene taler jo for sig selv. Vores studerende stortrives, og det er vi stolte af. Vores kliniske vejledere gør sammen med vores sygeplejeteams, en stor indsats for de studerende – og så har vi et godt samarbejde med vores uddannelsesafdeling," siger Anni Kjærgaard Sørensen.

Det overordnede ansvar for uddannelsesområdet i Fritid Sundhed & Omsorg er forankret i afdelingen, Uddannelse & Rekruttering. Afdelingen understøtter den strategiske udvikling af uddannelsesområderne, samarbejder tæt med uddannelsesinstitutionerne og sikrer sammenhæng og ensartethed på tværs.

"Som kommune spiller vi en vigtig rolle som meduddanner, der skal sikre, at vores elever og studerende bliver så dygtige som muligt og er i et trygt og fagligt stærkt miljø. Det er en opgave, vi prioriterer og går helhjertet ind i," fortæller Susanne Hartvig, chef for Uddannelse & Rekruttering.



Tre sygeplejestuderende, Kristine, Freja og Stine, i praktik i Esbjerg Kommunes Sygepleje (Foto: Esbjerg Kommune).

PRÆSENTATION AF FSUS BESTYRELSE



Formand for FSUS
Reila Frost

Uddannelses- og udviklingssygeplejerske i Assens kommune.

Som uddannelses- og udviklingssygeplejerske har jeg det overordnede ansvar for de sygeplejestuderendes forløb i vores kommune, men er også med i vejledningen af dem i deres praktik. Jeg arbejder også med udvikling af sygeplejen, kompetenceudvikling og de mange facetter der udløber af denne rolle. Mit samarbejde med UCL er tæt, og jeg er med i projekter og arbejdsgrupper på tværs. Jeg har en lang erfaring inden for det faglige arbejde i DSR, er fællestillidsmand, og bruger også denne platform til at sætte fokus på uddannelse og kompetenceudvikling. De faglige selskaber er en stor ressource ind i DSR, og denne ressource vil jeg gerne være med til at få synliggjort, udvikle og fastholde. Jeg arbejder for at skabe sammenhæng i de studerendes uddannelsesforløb, udvikle deres uddannelsesforløb, så teori og praksis kobles tættere på hinanden, og få de kommunale læringsmuligheder på banen.

Opgaven i at være formand for FSUS er at samle vores bredt repræsenteret bestyrelse, at få forskellighederne til at gro sammen og holde gejsten i arbejdet. Mine ambitioner for FSUS, er at vi er en stemme, der bliver hørt i forhold til sygeplejeuddannelsen, at vi fortsat har et tæt samarbejde med formandskabet i DSR, at vi får flere medlemmer i vores faglige selskab og ikke mindst at holde populariteten oppe i forhold til vores temadage og konferencer.



Katrine Haase

Sygeplejerske, cand.cur., Lektor på Sygeplejerskeuddannelsen på Københavns Professionshøjskole.

Hvad beskæftiger du dig med i dit daglige arbejde, og hvordan relaterer det sig til uddannelse og undervisning?

Til dagligt underviser jeg sygeplejerskestuderende på Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser på KP. Jeg er desuden tilknyttet Specialuddannelsen i borgernær sygepleje, hvor jeg vejleder kursisterne i forbindelse med deres afsluttende prøve. Fagligt er jeg bl.a. optaget af motivation og trivsel hos de studerende, som jeg anser som afgørende for læring. Jeg underviser blandt andet i grundlæggende sygepleje, sygepleje i akutte og kritiske situationer, Klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab og sygepleje til ældre.

Hvad har inspireret dig til at indgå i bestyrelsen?

Jeg har i mange år nydt godt af FSUSs medlemstilbud herunder temadage, konferencer og Uddannelsesnyt. Nu vil jeg gerne bidrage til at disse tilbud også fremadrettet er af høj kvalitet.

Hvilken rolle har du i bestyrelsen, og hvilke ambitioner har du for FSUS?

Jeg er kasserer, og er derfor optaget af at sikre en fortsat sund økonomi i FSUS.

Min ambition for FSUS er, at styrke samarbejdet blandt sygeplejersker, der beskæftiger sig med undervisning på tværs af institutioner og geografi. Et stærkt fællesskab blandt sygeplejersker der beskæftiger sig med undervisning, er, i min optik, en forudsætning for at skabe udvikling og kvalitet for vores kommende kollegaer.

Hvilken værdi skaber arbejdet i bestyrelsen for dit daglige arbejde?

Jeg kan godt lide at lære noget nyt. Og foreløbigt har jeg lært en hel del om økonomi i foreningsarbejde og håndtering af medlemsregistrering. Desuden er det en værdi i mit daglige arbejde, at jeg gennem samarbejdet med de øvrige bestyrelsesmedlemmer, får indsigt i hvordan der arbejdes med uddannelsen i andre sektorer rundt om i landet.



Gry Forup Corlin Jespersgaard

Sygeplejerske og klinisk vejleder på afdeling for kræftbehandling, klinik 2, Herlev og Gentofte Hospital.

Til dagligt arbejder jeg som klinisk vejleder og afholder diverse refleksioner og undervisning for vores studerende i afdelingen. Jeg brænder for at lære nyt og at dele min viden. Ved siden af mit arbejde læser jeg cand. cur som erhvervskandidat. Det er meget givende at undervise og vejlede de studerende, samtidig med at jeg selv udvider synet på sygeplejen gennem mit studie.

I de sidste par år har jeg været med i arbejdsgruppen, der arrangerer temadagen for de kliniske vejledere og undervisere, hvilket har inspireret mig til at indgå i bestyrelsen.

Som medlem af bestyrelsen står jeg nu i spidsen for denne arbejdsgruppe og synes det er spændende at være med til at finde emner og foredragsholdere, der kan inspirere dem der er tættet på de studerende i klinikken. Jeg mener at netop dette er en af vores fornemteste opgaver i FSUS.

Mit arbejde i bestyrelsen giver mig et netværk med andre der arbejder med studerende og mit formål med at sidde her er at styrke vidensdelingen kliniske vejledere/underviser i mellem.



Louise Støier

Sygeplejerske, cand.cur. Klinisk uddannelsesansvarlig ved Center for Kræft og Organsygdomme på Rigshospitalet.

Hvad beskæftiger du dig med i dit daglige arbejde, og hvordan relaterer det sig til uddannelse og undervisning?

Jeg er faglig leder af det prægraduate sygeplejefaglige område, hvor mit fokus er at understøtte og udvikle en klinisk uddannelseskultur af høj kvalitet og med udgangspunkt i de studerendes læringsbehov. Klinikens unikke didaktik er omdrejningspunkt for mit arbejde. Jeg har tidligere været ansat som lektor på sygeplejerskeuddannelsen og er stadig tilknyttet KP som ekstern vejleder på bachelorprojekter.

Hvad har inspireret dig til at indgå i bestyrelsen?

Som tidligere redaktør på Uddannelsesnyt har jeg haft et godt og frugtbart samarbejde med bestyrelsen i FSUS gennem flere år. Dette kendskab til bestyrelsens arbejde inspirerede mig til selv at indgå i bestyrelsen, hvor jeg tænker at mit brede kendskab til sygeplejerskeuddannelsen

fra både den teoretiske og den kliniske side kan bidrage til udviklingen af FSUS. Jeg er glad for på ny at kunne medvirke til det vigtige arbejde, der foregår i FSUS.

Hvilken rolle har du i bestyrelsen, og hvilke ambitioner har du for FSUS?

Jeg er næstformand og konferenceansvarlig i bestyrelsen.

Min motivation er, at FSUS altid har formålet at styrke samarbejdet mellem det praktiske og det teoretiske uddannelsesrum. Et samarbejde som jeg gerne vil bidrage yderligere til - samt forhåbentlig skabe endnu mere fokus på. Mit ønske er en styrkelse af den kliniske del af uddannelsen med fokus på den unikke kliniske didaktik og en mere forankret sammenhæng mellem den teoretiske og praktiske del af uddannelsen.

Hvilken værdi skaber arbejdet i bestyrelsen for dit daglige arbejde?

Selvom jeg er ny i bestyrelsen, mærker jeg allerede, hvor meningsfuldt dette arbejde er. Styrkelse af netværksdannelse, drøftelse af uddannelse på nationalt plan, vidensdeling og inspiration er bare nogle af nøgleområderne.



Junie Skov Benzon

Sygeplejerske med ca. 15 års erfaring. Primært det kirurgiske speciale, fordelt på voksne og de sidste 7,5 børn.

Jeg har været klinisk vejleder i 10 år, og elsker mit arbejde med de studerende, det er netop dem der har ansporet mig til at tage en master i kommunikation, og for nuværende er jeg fuldtids studerende på den sundhedsfaglige kandidatuddannelse på SDU. Dette for at opnå min drøm om på sigt at blive lektor på sygeplejeuddannelsen.

Jeg har været en del af bestyrelsen af FSUS de sidste 1,5 år, jeg er næstformand i bestyrelsen. Inden jeg trådte ind i bestyrelsen, sad jeg i arbejdsgruppen der arrangerer temadagen for de kliniske vejledere og undervisere. Jeg er meget motiveret af mit arbejde i bestyrelsen. Det bidrager dels til et inspirerende netværk, med andre der også arbejder med de studerende, og jeg ser det som min fornemste opgave at være med til at kunne skabe gode forudsætninger for vidensdeling for de kliniske vejledere og undervisere, til fordel for vores studerende.



Ghita Felding Jensen

Uddannelseskonsulent i Hillerød kommune siden 2010, tidligere erfaring som Klinisk vejleder/ udviklings spl. fra hospital og plejehjem. Uddannet sygeplejerske fra 1994 – SD i kvalitetsudvikling og klinisk vejledning samt den 1. årig supervisorsuddannelse.

Jeg har altid været optaget af uddannelse og udvikling, særligt med fokus på gode læringsmuligheder i klinikken. Har erfaring fra flere forskellige arbejdsgrupper/ fora mellem professionshøjskolen og klinikkerne i Region

H., særligt i arbejdsgruppen omkring Logbog i medicin håndtering, som jeg har været med til at udvikle.

Min motivation for at være aktiv i FSUS - bestyrelse er, at jeg gerne vil være med til at styrke uddannelsesområdet – øge samarbejdet på tværs af skole og klinik og ikke mindst mellem klinikkerne.

Et ønske kunne være at skabe nye gode historier omkring sundhedsuddannelserne og tænke stort og her ser jeg et potentiale i FSUS.

Jeg er blevet en del af arbejdsgruppen omkring den årlige temadag for kliniske vejledere på Nyborg Strand og glæder mig til at blive medspiller her.

Privat er jeg gift med Claus og vi har to voksne børn. Vi er begge aktive i den lokale kajakklub. Jeg er også frivillig på et byens plejehjem, hvor jeg sammen med andre frivillige skaber fællesskaber og aktivitet for og med beboerne.



Mitra Eghbal

Sygeplejerske med 20 års klinisk erfaring i medicinsk og kirurgiske regi. Siden 2007 har jeg beskæftiget mig med uddannelse og vejledning af præ- og postgraduat sygeplejefaglige område. Til dagligt arbejder jeg nu på Gentofte Hospital, som oversygeplejerske. Her forsøger jeg at skabe et godt miljø for uddannelse og udvikling.

Jeg har altid været optaget af uddannelse og kompetenceudvikling hos de præ- og postgradueret, især kliniske vejleder, og deres udviklingsmuligheder og arbejdes miljø i klinikken. Derudover har jeg erfaring fra flere forskellige arbejdsgrupper/ netværker i Region H. Jeg har været aktiv i FSUS – bestyrelsen siden 2019, som medlem af bestyrelsen har jeg ansvaret for tilmeldinger til den årlige temadag for kliniske vejledere og den årlige konference.

Min ambition for FSUS er at skabe et stærkt fællesskab blandt de uddannelses ansvarlige sygeplejersker, kliniske vejledere, ledere og de sygeplejersker, der beskæftiger sig med uddannelse i dagligdagen.

Bog anmeldelse

Professioner og deres digitale landskab

Lilian Buus og Matilde Høybye-Mortensen (red.), Samfundslitteratur, 2023, 116 sider.

"Professioner og deres digitale landskab" sætter ikke spørgsmålstegn ved, om vi skal tilpasse os teknologien eller omvendt. Bogen beskriver, hvordan teknologi har indflydelse på vores faglige handlinger, og hvorfor det er vigtigt at kunne stille spørgsmål til den forskel, som teknologien gør i praksis.

Forfatterne formår at lave en rød tråd fra det at have grundlæggende viden om digital teknologi til forholdet mellem mennesker, digital teknologi og praksis. Det understøttes med cases fra og eksempler på en professionel praksis, der tager udgangspunkt i konkrete situationer med professionelle skøn og dømmekraft, hvor digitale teknologier anvendes.

Hovedpointen i den røde tråd er, at digitale teknologier kan understøtte og nuancere en faglig dømmekraft, og at der dermed skal være opmærksomhed på teknologiens indflydelse på dit arbejde, og på at dømmekraften ikke udliciteres til teknologien. Derfor bør fagprofessionelle have grundlæggende viden om teknologien, og forstå, hvordan teknologien kan bruges til refleksion og beslutningstagen. Det handler om at blive og være reflekteret, bevidst og ansvarlig i sin brug af teknologier.

Bogen argumenterer derfor også for, at sundhedsprofessionelle involveres i teknologiens anvendelse og designs. Forfatterne understreger vigtigheden af, at softwareingeniører, designere, der skal skabe og udvikle teknologien samt brugere af teknologien, taler sammen, lærer at forstå hinanden og sammen finder et fælles afsæt for den kommende teknologi.

Et kapitel, synes jeg, der skiller sig særligt ud, er kapitlet "Etik og valg". Kapitlet beskriver etiske dilemmaer forbundne i brugen af teknologier med baggrund i projekter. Sidste kapitel om profession og myndiggørelse samler trådene op, og danner modellen til at analysere digitale teknologier ud fra niveauer og perspektiver i bogen "Målet er, at du opnår en relevant myndiggørelse i forhold til at anvende digitale teknologier til professionens, borgernes, klienters, patienters eller kunders bedste", og det mål indfrier de. Denne bog kan læses af alle med interesse for teknologier i sit studie og arbejde.

Af: Stine Brenøe, Sygeplejerske, Uddannelseskonsulent, MHH sfbr@regionsjaelland.dk



Boganmeldelse

Ledelse i demensomsorgen - Refleksioner over ledelse af kerneopgaven

Tina Risager (red.), Samfundslitteratur, 2023, 320 sider

Bogen er et gennemført stykke arbejde med relevante kapitler, der bidrager til refleksioner af ledelse i demensomsorgen for alle, der arbejder og interesserer sig for feltet. Bogen kan benyttes af ledere, der til dagligt arbejder med ledelse i demensomsorgen, men også studerende der er i gang med en lederuddannelse eller studerende på de sundhedsfaglige grunduddannelser.

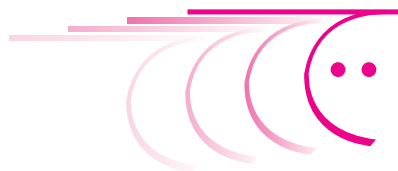
Redaktørens brug af Søren Voxsteds model for faglig ledelse i offentlige organisationer som ramme for refleksion over leders valg, prioriteringer og muligheder i demensomsorgen giver en fin struktur i bogen.

Ledere i sundhedsvæsenet er fanget i krydspresset mellem politiske styringsmodeller, den demografiske udvikling med stigende ældre med multisygdom, udfordring med rekruttering og fastholdelse af kvalificerede personale m.m. Bogens forfattere kommer derfor med stærke bud på tilgange og metoder til lederen, som kan benyttes til en kvalitetssikring af kerneopgaven.

Jeg vil især fremhæve kapitlet af Mads Lindholm, som sætter fokus på vigtigheden i at anerkende lederens rolle i demensomsorgen som et vanskeligt ståsted for personen i lederrollen, og det er derfor vigtigt at medtænke lederens arbejdsmiljø, for at god ledelse kan lykkes. Jeg savner dog en leder i demensomsorgens blik på, hvordan ledelse i sundhedsvæsenet kan udmøntes, hvilke udfordringer de ser som barriere for, at de kan udføre ledelse, der kan løse de store udfordringer som vores sundhedsvæsen står overfor.

Af: Parvin Sølvsteen, Sygeplejerske, Cand. Cur., Adjunkt parso@kp.dk





**Ansvarshavende redaktør,
Susanne Pommergård Jakobsen**

UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole
Niels Bohrs Alle 1, 5230 Odense M
Tlf.: 40460728 - Mail: supj@ucl.dk



Helle Elisabeth Andersen

UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole, Sygeplejerskeuddannel-
sen Odense
Niels Bohrs Alle 1, 5230 Odense M
Tlf.: 24964192 - Mail: hean@ucl.dk



Kim Jørgensen

Diakonissestiftelsens sygeplejerskeuddannelse
Peter Bangsvej 3 A
2000 Frederiksberg og
Roskilde Universitet
Institut for Mennesker og Teknologi – Sygepleje
Universitetsvej 1
4000 Roskilde
Tlf. 60618231 - Mail: kimjo@ruc.dk



Lotte Evron

Københavns Professionshøjskole
Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser
Det Sundhedsfaglige Fakultet
Tlf. 51380652 - loev@kp.dk



Nausheen Christoffersen

Københavns Professionshøjskole, Institut for sygepleje
Tagensvej 86, 22 København N
Tlf.: 51632684 - Mail: naus@kp.dk

**Indlæg til 'Uddannelsesnyt' skal være redaktionen i hænde senest:
15. februar, 15. maj, 15. august og 15. november**

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

Layout og grafisk produktion: **KOSMOS**GRAFISK · 66139075

Published by ISSUU.COM · ISSN: 2246-2155 · Titel: Uddannelsesnyt (Online)