

Lege- og sjukepleiestudentar sine opplevingar av tverrprofesjonell samarbeidslæring i spesialisthelsetenesta: ein kvalitativ studie

Irene Aasen Andersen

Høgskulelektor

Høgskulen på Vestlandet, nærregion Sogn og Fjordane, campus Førde

irene.andersen@hvl.no

Anders Bærheim

Professor, Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

anders.barheim@uib.no

Gro Hovland

Førstelektor

Høgskulen på Vestlandet, nærregion Sogn og Fjordane, campus Førde

gro.hovland@hvl.no

SAMANDRAG

Lege- og sjukepleiestudentar i praksis ved Førde Sentralsjukehus jobbar i tverrprofesjonelle team. Studentane planlegg og gjennomfører utgreiing, pleie og behandling for ein pasient med uklar/ kompleks tilstand, og er under rettleiing av ansvarleg sjukepleiar og lege.

Analyse av tre fokusgruppeintervju med studentar synte at tverrprofesjonell samarbeidslæring kan medverke til at studentar oppfattar kvarandre som likeverdige partnarar og at dei utfyller kvarandre i arbeidet med pasienten. Sjølv om studentane har ulik historie og akademisk fortid, opplevde dei ikkje ulikheit i maktforholdet i teamet. Dei jobba sjølvstendig og fekk ansvar, noko som gav dei ei oppleving av meistring. Dei følte seg også tryggare på den andre profesjonen sine oppgåver.

Førdemodellen kan vere ein aktuell organisering av tverrprofesjonell praksis for andre område i helse- og sosialtenesta.

Nøkkelord

tverrprofesjonell samarbeidslæring, makt, ansvar

ABSTRACT

Medical and nurse students who have practice at Førde Central Hospital are working in interprofessional teams. The students plan and implement care and treatment for a patient with unclear/complex conditions, and are supervised by a responsible nurse and physician.

Analyses of three focus group interviews showed that the interprofessional collaborative learning can contribute to students experiencing each other as equal partners and that they complement each other in their work with the patients. Although the students had a different history and academic past, they did not experience any differences in the power relationships within the team. They worked independent, were given responsibility, something that gave them a sense of achievement. They also felt safer about the work tasks of the other profession.

The Førde model may be a relevant organization of interprofessional practice for other areas of the health and social services.

Keywords

interprofessional learning, power, responsibility

INNLEIING

I denne artikkelen vil vi beskrive studentar sine erfaringar med å jobbe i tverrprofesjonelle team ved ein medisinsk sengepost i spesialisthelsetenesta. Vi fokuserer på om dette er ei god læringsform i ein norsk kontekst, og relasjonen deira i samhandlinga.

Utdanningsinstitusjonane tilbyr i hovudsak separat teori- og praksisundervisning til profesjonsstudentar slik at dei skal bli trygge i eige fag og identitet. Helse- og sosialtenestene rapporterer om behov for haldningsendring for å auke heilskapsforståing, felleskunnskap og samarbeidskompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2012). Ifølgje WHO (2010) kan integrering av tverrprofesjonelt arbeid i utdanninga føre til betre samarbeidspraksis. Tidlegare forskning tyder på at studentar utviklar ein trygg profesjonsidentitet i tverrprofesjonelle læringsmodellar der dei erfarer si eiga rolle i møte med andre profesjonar (Carpenter og Dickinson 2008, s. 78). Dei forstår seg sjølv som ein del av ein større samanheng. Kunnskapsdepartementet (2012) krev at utdanningane inkluderer tverrprofesjonell trening både i teori og i praksis.

Studentansvarleg ved Høgskulen på Vestlandet, nærregion Sogn og Fjordane, campus Førde (HVL), Universitetet i Bergen (UiB) og Førde Sentralsjukehus (FSS) i samarbeid med Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS)¹ utvikla ein modell (Førde-modellen) med tverrprofesjonelle studentteam (TPS-team) ved Medisinsk sengepost. Sjukepleiar- og legestudentar fekk praktisk og teoretisk utvikling i ein autentisk kontekst. Studentane evaluerte modellen skriftleg og munnleg og tilrådde å fortsette med TPS-team. Haust 2014 vart Førde-modellen innført ved sengeposten.

1. <http://www.uib.no/tveps>

Tabell 1. Førde modellen

Steg	Beskriving
1.	Utval av pasient kvelden før Overlege vel ut pasient som har uklar og samansett problemstilling, med fleire kroniske sjukdommar Informerer gruppeleiar
2.	TPS-team To sjukepleiestudentar og to legestudentar jobbar saman tre påfølgande dagvakter Har hovudansvar for å utgreie, planlegge og utføre undersøkingar, medisinsk behandling, observasjonar og sjukepleietiltak for sin pasient, frå inn- mot utskrivning Planlegg i fellesskap, diskuterer og avklarar oppgåvefordeling
3.	Rettleiing Framlegg av pasienten sin tilstand på previsitt og presenterer forslag til tiltak Seinare på dagen: presentasjon av problemstillingar til sine rettleiarar og grunnjev forslag til tiltak. Fagleg diskusjon og refleksjon
4.	Dokumentasjon Journalfører og rapporterer

Pasientar som vert innlagt på Medisinsk sengepost kan ha hjarte- og karsjukdom, lunge- sjukdom, sjukdom i mage-tarmsystemet, infeksjonssjukdom, nyresjukdom eller hormon- sjukdom, og ofte i kombinasjon med andre tilstandar (Helse Førde HF). I Førde modellen får studentane kontinuitet i pasientforløpet og dei jobbar tilnærma slik dei vil gjere som ferdig utdanna.

For å belyse kva som skjer i dei tverrfaglege teama har vi gjennomført ein kvalitativ studie. Funna er drøfta i eit pedagogisk, sosiologisk perspektiv og forskning innanfor tverrprofesjonelt samarbeid og samarbeidslæring (TPS).

KUNNSKAPSRUNNLAG

TPS vert definert som når studentar frå to eller fleire profesjonar lærer om, frå og med kvarandre (CAIPE, 2002). Dette konseptet har fått auka fokus verden over for å styrke samarbeidet, utvikle tenester og auke pasienttryggleiken (Thistlethwaite & Moran, 2010). Det er kjent at samarbeid mellom ulike fagfolk kan vere komplisert. Barrierar kan vere urealistiske forventningar, mangel på kunnskap og tillit til den andre (Widmark, Sandahl, Piuva & Bergman, 2016).

Widmark et al. (2016) viste at organisasjonen og leiinga spelar ei viktig rolle i å legge til rette for at ulike profesjonar skal kunne samarbeide godt. Sjukepleiarar og legar har i stor grad jobba parallelt, og dei har lite felles gruppeidentitet (Lewin & Reeves, 2011). Ifølgje Abrahamsen og Gjerberg (2002) har eit tradisjonelt maktforhold mellom legar og sjukepleiarar vore knytt til at legar har lagt kriterier for utvikling og vekst i kunnskapsgrunnlaget. Dette har gitt dei ein maktposisjon. Lindgren (1992) argumenterer for at ved å organisere arbeid i tverrprofesjonelle team, vil det redusere normer for maktutøving. Frenk et al. (2010) og Lewin og Reeves (2011) hevder at studentar som har gjennomgått tverrprofesjonell samarbeidslæring mest truleg samarbeider betre som yrkesutøvarar. Tverrprofesjonell trening påverkar utviklinga av studentar si rolle og evne til å arbeide i team. Studentane vert meir sjølvstendig og får dermed auka sjølvkjensle (Brewer & Stewart-Wynne, 2013). Når ulike yrkesgrupper deltek i tverrprofesjonelle team og er engasjert i avgjersler kring

pasientar, vil dette auke forståinga av ansvar, auke tilliten og bidra til ein open og ærleg kommunikasjon (CAIPE, 2002; WHO, 2010). Tverrprofesjonelt arbeid er verdifullt for å styrke effektiviteten, koordineringa og ansvar i pasientbehandling (Körner et al., 2015). Helsearbeidarar må ha lært å jobbe i tverrprofesjonelle team og må vere kompetent til å gjere det. Læring fungerer best dersom den er organisert kring reelle behov hjå pasientar og er tilpassa den lokale helsetenesta (WHO, 2010).

Fagplanane i sjukepleie- og medisinstudiet har ein intensjon om å integrere tverrprofesjonelt samarbeid i læreplanar og undervisning (Aase, Aase & Dieckmann, 2013). I teoriundervisning er dette i stor grad gjort, men lite i klinisk trening. Ifølgje Aase, Hansen og Aase (2014) er tverrprofesjonell teamarbeid påverka av den profesjonelle rolleidentiteten til deltakarane. Tradisjonelle rollemønster er fortsatt utbreidd i helsevesenet. Det påverkar fleire aspekt av teamarbeidet, som det å kommunisere fritt og dele ansvar. Sjukepleiarstudentane var meir innstilt på å dele ansvar, medan medisinstudentane oppfatta at ansvaret er ei individuell forplikting. God kommunikasjon og deling av ansvar er grunnpilarar i teamarbeid. Studien viser òg mangelfull kunnskap om kompetanse og evner hjå kvarandre. Det kan føre til mistillit, konfrontasjon og mangel på respekt.

Bondevik, Holst, Haugland, Baerheim og Raaheim (2015) gjorde ein studie i kommunehelsetenesta der mellom anna sjukepleiar- og legestudentar jobba saman. Den synte at det var høg grad av læringspotensial i tverrprofesjonelle team. Studentane rapporterte at dei vart meir medveten eiga rolle og meir opne for andre sine innspel og tolkingar av situasjonen. Dei følte seg respektert av dei andre i teamet. Dette hadde ein positiv effekt på deira oppleving av kompetanse. Ikkje berre følte dei seg trygge som einskildpersonar, dei følte seg respektert som medlem med sin profesjon.

DIDAKTISK KONTEKST

Bachelorstudiet i sjukepleie er fordelt på seks semester. I tredje semester har studentar ni veker praksis ved ei medisinsk avdeling (Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2015). Profesjonsstudiet i medisin er fordelt på tolv semester. I åttande semester er studentane delt i to grupper, der dei har fire veker praksis på medisinsk avdeling og fire veker på kirurgisk avdeling. Gruppene bytter deretter avdeling slik at dei har totalt åtte veker praksis (Universitetet i Bergen, 2015).

Føremålet med studien er å synleggjere studentar sine erfaringar som deltakar i tverrprofesjonelle team i praksis i spesialisthelsetenesta. Vi fokuserer på relasjonen i samhandlinga, om teamarbeid er ei god læringsform og om det kan styrke samarbeidet mellom profesjonsstudentane. Ut ifrå føremålet med studien har vi tre forskings spørsmål:

1. opplever sjukepleiar- og legestudentane at det å jobbe saman påverkar læringa
2. har studentane respekt for kvarandre sine kompetanseområder
3. kan kjennskap til arbeidsoppgåvene hjå den andre profesjonsstudenten føre til eit lettare samarbeid

STUDIEN

Utval og datasamling

Det er gjennomført tre fokusgruppeintervju, to i 2014 og eitt i 2015. Universitetslektor sende e-post med informasjon og invitasjon til legestudentane, og høgskulelektor kontakta sjukepleiestudentane. Høgskulelektor hadde vidare kontakt med dei som samtykka til studien.

I 2014 samtykka 16 av 29 studentar. Dei vart fordelt i to grupper, å fire lege- og fire sjukepleiarstudentar. Seks sjukepleiar- og fire legestudentar var kvinner, og to sjukepleiar- og fire legestudentar var menn. I 2015 vart 29 nye studentar kontakta på same måte, der seks lege- og fem sjukepleiarstudentar samtykka. Fire sjukepleiar- og fire legestudentar var kvinner, og ein sjukepleiar- og to legestudentar var menn. Studentane var i alderen 21–32 år. Gruppestorleiken vart vald for å få fleire studentar frå begge profesjonar, og at begge kjønn var representert. Malterud (2012, s. 40) tilrår grupper på fem–åtte deltakarar for å få god dynamikk, deltakarinvolvering og for å få variasjon og breidde i svara.

Førsteforfattar leia intervju. Det vart nytta intervjuguide i dei to første intervju, med to opne spørsmål med underspørsmål, der studentane skulle beskrive erfaringar med å jobbe med ein anna profesjonsstudent. Intervjuguiden vart ikkje fylgt slavisk. I det siste intervjuet vart det stilt eitt ope spørsmål der studentane skulle beskrive kva dei undra seg over hjå den andre profesjonsstudenten. Sisteforfattar var assisterande moderator. På slutten av intervju stilte ho spørsmål om tema som var lite dekkja eller ville ha utdjupa. Intervju vart tatt opp på lydband, og er transkribert og analysert av moderator. Datamaterialet bestod av 37 sider transkribert tekst med enkel linjeavstand, skriftstorleik 11.

Dataanalyse

Malterud (2011, s. 96–111) sine trinn for systematisk tekstkondensering vart nytta. Transkribert materiale vart strukturert etter meiningsberande einingar. Teksten vart koda, kategorisert og understøtta med døme frå informantane. Lydopptaka vart gått gjennom på ny i etterkant for å samanlikne dette med det rekontekstualiserte materialet. Metoden som er nytta bygger på ein fenomenologisk og hermeneutisk teori, der ein utforskar meiningsinnhaldet i sosiale og kulturelle fenomen (Malterud, 2011, s. 26).

Etikk

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og er utført i tråd med forskningsetiske retningslinjer og Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Studentane vart informert om at det var frivillig å delta, dei har samtykka og er anonymisert. Forfattarane stadfester at det ikkje er noko form for interessekonflikt.

SENTRALE FUNN

Kommunikasjon gjev innsikt

Studentane jobba tett saman og organiseringa fremma kommunikasjonen. Dei erfarte korleis eit samarbeid kunne fungere mellom lege og sjukepleiar, og korleis dei kunne diskutere seg fram til ting.

Jeg tror det er veldig fint at man blir introdusert for hverandre såpass tidlig som yrkesgruppe, ikke minst at man forstår litt hvordan kommunikasjonen bør være, hva man bør spørre om, og få vite hva man kan få vite av de også.

Studentane fortalde at dei vart tryggare i etterkant fordi dei kjende arbeidsoppgåvene til den andre profesjonen. Barrierar vart brotne, noko som førte til at det vart lettare å ta kontakt med studentar som dei ikkje kjende, og å ta initiativ til å ta opp ulike problemstillingar.

... ja, for eg trur ikkje vi hadde hatt så mykje kontakt viss det ikkje hadde vert for TPS. For vi henger på leger og turnusleger og de med sjukepleiarar og vi saman kommuniserer minimalt utanom TPS.

Likeverdig samarbeid, men med ulike arbeidsoppgåver

Studentane sa at dei var bevisst på at dei var likeverdige i teamet, med kvar sine arbeidsoppgåver. Dei hadde ingen vanskar med kommunikasjon knytt til at dei var kome ulikt i studiet. Legestudentane sa at dei kunne gå djupare inn fagstoffet enn sjukepleiarstudentane, medan sjukepleiarstudentane sa dei hadde tettare kontakt med pasienten. Dei hadde dermed fleire direkte observasjonar som dei tok med inn i diskusjonen. Studentane diskuterte kva oppgåver som skulle bli utført, og avtalte kven som skulle gjere kva. Nokre studentar sa at dei ikkje heilt visste kven som skulle utføre dei ulike oppgåvene. Dei brukte derfor tid på å diskutere arbeidsfordeling, og dermed avklara dei kva oppgåver som låg til kvarandre. Arbeidet flaut betre etter kvart som alle visste kva som skulle gjerast og kven som skulle utføre dei ulike tiltaka. Dei erfarte ein reell arbeidskvardag og korleis systemet fungerte.

... eg har no lært at vi hadde ikkje klart oss utan kvarandre, verken sjukepleiarar eller lege... Både med TPS og previsitt så ser eg jo kor viktig begge rollene er for kvarandre, og til slutt for pasienten og samarbeidet, så eg fekk eit helt anna syn på samarbeidet...

Samarbeid styrker rollane

Studentane sa at dei hadde erfart at pasienten oppførde seg ulikt med tanke på kven som var til stades. Dei hadde også snakka om at pasienten gav ulike opplysningar til dei ulike profesjonsstudentane, der pasienten sa ein ting åleine med sjukepleiarstudentane, medan dei sa noko anna på legevisitt.

Studentane diskuterte grunngevingar med kvarandre og kopla dermed teoretisk kunnskap saman med praksis. For å få innsikt i dei andre sine teoretiske grunngevingar og for å sjå samanheng i eit forløp, trengde dei tid. «... så blir jo mange beslutningar kanskje tatt før man egentlig får hengt med på forløpet, da.» Studentane såg då pasientsituasjon utan berre å bli fortald korleis arbeidet skulle utførast. Ved å diskutere med andre studentar, følte dei seg også mindre til bry for dei tilsette. Dei sa det var lettare å diskutere med ein student i teamet enn å spørje sin rettleiar. Dette forklarar dei med at alle studentane var i same situasjon.

... man har jo tusen ting man lurer på, alltid ... selv om man vet ting, er man jo usikker som student, og da er man også veldig sårbar, kanskje, og så føler man seg litt i veien fordi man spør hele tiden og om absolutt alt, og veldig mye småting. Og hvis man da ... de fleste er jo veldig hyggelige, men hun ene krasse den ene dagen, hun husker man veldig godt. Og da er det litt tryggere kanskje å spørre en likesinna student.

Ein rettleiar frå kvar profesjon hadde ansvar for fagleg oppfølging, og samtalar var tidfesta. Slike samtalar gav gode faglege diskusjonar. Ein student sa at han for første gong vart minna på kvifor han gjorde ting. Studentane fekk også ei stadfesting på kva dei kunne frå før, og rettleiinga motiverte dei til meir lesing. I tillegg måtte dei kunne forklare og svare på spørsmål frå pasienten, og det motiverte studentane til å forstå samanhengar.

Ansvar og sjølvstend

Førdemodellen utfordra studentane til å planlegge sjølvstendig. Dei kunne ikkje gøyme seg bak rettleiaren, men måtte stole på seg sjølv og ha styringa. Dei beskreib dette som å få lov å sleppe til.

Eg syns det var ein ufatteleg verdifull prosess rett og slett å føle på ansvaret for ein pasient og å måtte tenke sjølv i staden for berre spørje overlegar eller sjukepleiarar for den del, om kva som er prosedyra no, kva skal vi gjere neste, korleis skal eg tenke om det og det...

Studentane sa dei fekk både ansvars- og mestringsfølelse av å sette refleksjonar ut i praksis. Å styre previsitt var spennande fordi dei vart aktive i å bestemme kva som var viktig å ta opp. Det kunne opplevast litt som ein eksamen, men dei visste dei hadde ein person bak seg som greip inn dersom dei tok feil avgjersle. Dette gjorde dei trygg i situasjonen, og det var godt å kjenne på ansvaret fordi dei opplevde dette som ein verdifull prosess. Dei vart meir sjølvstendige og fekk fleire erfaringar som gjorde at dei vart sikrare på seg sjølv og si yrkesrolle. Dette var noko dei var sikre på ville kome til nytte framover. Dei følte seg viktige i avdelinga fordi dei gjorde ein jobb som andre etterspurde. Samarbeidet gjorde at studentane følte seg flinkare til å sjå heile pasienten, og at dei tenkte på fleire ting enn dei hadde gjort før. Dei tenkte også at det kunne gå ut over pasienten dersom dei ikkje gjorde ein god jobb. Dei sa dei fekk meir innsikt i korleis det var å vere pasient på sjukehus, og dei opplevde at dette var lærerikt på eit personleg plan. Det var også tilfredsstillande å sjå betring hjå pasienten, og at det var deira arbeid som førte til betringa.

Så det var kjekt å få den kontinuiteten i opplegget, at man tok i mot ein pasient som låg på ein sengepost, som følgde den i behandlinga, altså det man tenkte og behandla, og kanskje også til utskrivninga... fordi det er eit overblikk som eg har mangla i alle fall i det eg har hatt av tidlegere praksis, sånn, at du er bare inn et lite sekund på ein, og så ein anna, altså du får ikkje det her overblikket over korleis ting faktisk fungerer.

Studentane diskuterte organisatoriske utfordringar med Førdemodellen som påverka samarbeidet. Det handla om tidspres for kontaktsjukepleiar og at denne ikkje hadde tid til å møte på rettleiingssamtalar og sette seg inn i pasientane studentane hadde ansvar for. Studentane uttalte også at det kunne vere uheldig at sjølve det pedagogiske opplegget kom for tidleg. Dei meinte at dei ikkje fekk det utbyte av opplegget sidan dei ikkje var kjent i avdelinga, eller med kollegaene. Dei fleste meinte det ikkje var så viktig, og opplevde at dei lærte meir sidan alt var nytt og spennande. «...For min del ...ikkje akkurat er 100% sikker på korleis det skal vere og at... ein blir meir engasjert og lærer meir då.»

DISKUSJON

Undringa omkring funna inspirerte til å knytte materialet til blant anna filosof og sosiolog Jürgen Habermas sine tekstar om kommunikasjon og livsverden (Vetlesen, 2016). Habermas, Kalleberg, et al. (1999, s.170) sin teori om kulturell tradisjon, normer og personlegdom er eit teoretisk fundament. Dette er for å sjå etter faktorar som kan prege samarbeidet. Slik faktorane vert formidla gjennom kvardagsspråket og korleis vi tolkar andre sine handlingar. Korleis ein presenterer seg vert kopla med personlegdomen til både den som ytrar seg og den som fortolkar handlingane. Alle har både ei privat sfære og ei offentleg sfære, og desse to påverkar kvarandre på ein bestemt måte.

Likeverdige partar

Studentane i denne studien opplevde at dei var likeverdige partar i samarbeidet. Dei hadde erfart at dei hadde felles kunnskapsområde og komplementerte kvarandre overfor pasientar. Dette er i tråd med læringsutbytte i studieplanane deira (Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2015; Universitetet i Bergen, 2015; Aase et al., 2013). Ifølgje Habermas, Kalleberg et al. (1999, s. 165–170) er det ingen sjølvfølgje at komplementære yrkesgrupper samhandlar godt, fordi historia ein har med seg vil prege notida. Kulturelle tradisjonar, normer for relasjonar og personlegdom er viktige faktorar som pregar livsverda vår.

Sjukepleiarar og legar har ulik profesjonshistorie, og legar kan definerast som ei gruppe som har hatt eit sterkt gruppefelleskap mellom menn med høg status (Hansen & Strømme, 2014, s. 25–38). Sjukepleiaryrket har ei kortare historie med lågare status, og er fortsatt sterkt dominert av kvinner (Moseng, 2012, s. 181–228). Ifølgje Habermas, Kalleberg, et al. (1999, s. 166) kan slike faktorar bli formidla gjennom kvardagsspråket. I denne studien var det ingen studentar som uttrykte samarbeidsproblem. Det kan sjå ut som at det er ein styrke å jobbe saman som studentar før dei har fått etablert eit arbeidsfelleskap med sin yrkesprofesjon, fordi samarbeid kan fremme forståing mellom profesjonane (Carpenter & Dickinson, 2008, s. 1; Aase et al., 2014).

Sjølv om vi omtalar Noreg som eit egalitært samfunn, er ulikskap i samfunnet og tradisjonelle rollemønster fortsatt utbreidd i helsevesenet (Korsnes, 2014, s. 11–24; Aase et al., 2014). Studentane sa dei hadde erfart at pasientar gav ulike opplysningar til lege- og sjukepleiarstudentane. Ei forklaring kan vere at enkelte pasientar føler større respekt for enkelte yrkesutøvarar og at dette kan prege samtalen. Ulike profesjonsstudentar har ulik måte å stille spørsmål på, og svara ein får frå pasienten må sjåast i samanheng med korleis spørsmålet vart stilt og kva det vart spurt om (Malterud, 2011, s. 21). Ulikskap kan påverke maktbalansen, og ifølgje Lindgren (1992, s. 7) vil maktforhold bli reproduisert. Farsethås (2009) viser til Foucault som beskriv at ulike system kan innehalde disiplinære teknikkar som tvingar individa til å oppføre seg på ein bestemt måte (Farsethås, 2009), og pasientar og tilsette er påverka av dei omgjevnadane dei oppheld seg i (Dietrichson & Larsen, 2007).

I fokusgruppeintervjua problematiserte ikkje studentane korleis dei andre sin personlegdom påverka samhandlinga. Det er mogeleg intervjuforma ikkje er eit eigna forum for å ta opp noko som kan oppfattast som kritikk av den andre sin personlegdom. Men vi har observert at TPS-teama fungerte ulikt. Det kan handle om korleis dei ytrar og fortolkar kvarandre, noko som er påverka av den einskilde sin personlegdom (Vetlesen, 2016). Det er viktig at rettleiar tek omsyn til korleis gruppeprosessen fungerer. Ifølgje Lycke (2016,

s. 163) må rettleiar støtte arbeidet slik at alle studentane får gode læringsprosessar og vurdere i kva grad studentane treng «køyrereglar».

Samhandling påverkar maktoppleving

I denne studien sa sjukepleiar- og legestudentane at dei ikkje opplevde at det var ulikt maktforhold eller konflikthar i TPS-teamet. I MacDonald et al. (2010, s. 241) sin studie vert det ytra at felles eller overlappende fagområder kan føre til konflikthar og spenningar blant medlemmane. Ifølgje Lindgren (1992) vil det å jobbe i TPS-team redusere normer for makttutøving. Men det føreset at studentane utviklar og identifiserer eigen kompetanse på same tid som dei må ha kjennskap til dei andre sin kompetanse, og alle må ha like høve til å delta. Kommunikasjonen må vere tvangsfri slik at det er dei beste argumenta som avgjer utfallet (Habermas, Smith et al., 1999, s. 16). Studentane i vår studie sa dei opplevde at dei bidrog ut ifrå sitt kunnskapsområde og at dei dermed utfylde kvarandre i arbeidet med pasienten. Dei hadde ulike faglege innfallsvinklar i diskusjonen, og oppfatta kvarandre derfor som likeverdige partar i samarbeidet. Det er også mogeleg at arbeidsforma der teamet skulle arbeide fram ei tiltaksplan saman, stimulerer til eit likeverdig samarbeid. Dette finn også Bondevik et al. (2015) i sin studie.

I vår studie sa alle studentane at det var uproblematisk å jobbe saman på tvers av profesjonsutdanning. Dersom kulturelle tradisjonar påverkar ei samhandling (Habermas, Kalleberg et al., 1999, s. 167), kunne ein tenke seg at det ville vere ubalanse i maktforholdet på grunn av ulikt omfang i det vitskapelege kunnskapsgrunnlaget (Abrahamsen & Gjerberg, 2002). Legestudentane sa at sjølv om sjukepleiarstudentane hadde gjennomgått færre semester, opplevde dei at sjukepleiarstudentane hadde kome lengre i si totale utdanning. Sjukepleiestudentane opplevde at legestudentane hadde grundigare teoretisk innsikt, men at dei hadde hatt lite direkte pasienterfaring. Det verka derfor som at sjukepleiarstudentane var tryggare i pasientkontakten. Abrahamsen og Gjerberg (2002, s. 291–314) viser til Walby og Greenwell (1994) som diskuterer to forhold mellom profesjonane. På ei side kan profesjonane oppfattast som konkurrentar i eit hierarkisk forhold, der sjukepleiaren er legen sin medhjelpar. På ei anna side kan ein sjå på profesjonane som komplementære, der begge er gjensidig avhengig av at den andre utfører sine oppgåver (Cheetham, 2016). Walby og Greenwell sa at begge forhold vil vere til stades, men konteksten er avgjerande for kva som kjem til uttrykk (siter i Abrahamsen & Gjerberg, 2002). I denne studien uttrykte studentane at dei var komplementære.

Trygg læring og autentisk vurdering

Studentane sa det var lettare å vere usikker og sårbar saman med andre som var i same situasjon, samt å vere solidarisk overfor kvarandre. Dette samsvarar med Barrington og Street (2009) og Tveiten (2013, s. 77) som seier det er tryggare å lære i ei studentgruppe fordi alle er i same situasjon. Det er også viktig med eit trygt læringsmiljø slik at studentane vågar å seie ifrå om manglande kunnskap eller ferdigheiter (Lauvås, 2006, s. 91–106). Dette samsvarar med erfaringa enkelte studentar hadde hatt med kvasse rettleiarar, og at det derfor var lettare å diskutere med ein annan student.

Enkelte studentar beskrev at opplegget var «litt som ein eksamen», då dei kjende på ansvaret og måtte stå til rette for arbeidet dei utførte. Sjølv om dei hadde støtte i rettleia-

rane, måtte dei vise seg fram fagleg både overfor medstudentar, tilsette og ikkje minst overfor pasienten. Vår didaktikk med dialog mellom studentar og rettleiarar kan ha likskap med «autentisk vurdering» som er omtala av Raaheim (2016, s. 35–39). Her vert det framheva at studentar lærer betre ved å vere i autentiske situasjonar som demonstrerer det ein skal lære. Dette er truleg uavhengig av type praksismodell studentane har, men ved å vere fleire profesjonar saman, kan ein få andre perspektiv på tilbakemeldingane. Dette styrker då vurderinga av studenten sitt arbeid (Sylte, 2016, s. 128).

Ein student uttrykte rettleiinga slik: «Vi sat og diskuterte mens ho (rettleiaren) sat litt meir i bakgrunnen og ... «ja, no må de tenke, ja kva er det...». Studentane sitt kunnskapsgrunnlag er fundamentet når dei reflekterer og utviklar ferdigheiter. Dette er viktig når dei skal sette arbeidet inn i ein kontekst (Habermas, Kalleberg et al., 1999, s. 142; Stray Jørgensen, 2013, s. 147–161). Lauvås (2006, s. 91–106) seier at respons på arbeidet kan bidra til utvikling og er viktig i læringsprosessen. Responsen må vere mest mogleg konkret slik at det vert informativt for studentane. Korleis rettleiinga vert gjennomført, vert derfor truleg sentralt for om studentane opplever Førdemodellen som meningsfullt. I denne studien var det eit fåtal rettleiarar. Det er mogleg at studentane ikkje ønskte å «henge ut» enkeltpersonar, men dei framheva kva som var gode rettleiingssituasjonar. Det er ikkje noko særlege for Førdemodellen, men i denne modellen var rettleiinga tidfesta kvar dag. Det forplikta rettleiarane til å prioritere tida med studentane, noko vi opplever som ein styrke med modellen. Å legge til rette for læring i grupper er viktig for å utvikle evne til å samarbeide med andre, og ved å dele på arbeidet jobbar dei mot eit felles mål (Stray Jørgensen, 2013, s. 147–161; Tveiten, 2013, s. 78).

Nokre studentar uttalte at Førdemodellen var ein god metode for «å få lov å sleppe til». Sjølv om rettleiarar legg vekt på å stimulere studentar til å reflektere over handlingar (Lauvås & Handal, 2014, s. 131), kan det vere lett å gje råd og demonstrere før studenten får utføre handlingar sjølvstendig. Å få opplæring før ein utfører gjeremål sjølv er godt innarbeida prinsipp i «handverkstradisjonen» og «meisterlære» (Sylte, 2016, s. 288; Tveiten, 2013, s. 28). Sjølv om studentane var under rettleiing til ei kvar tid, førte modellen til at studentane i større grad diskuterte og søkte råd hjå kvarandre. Meisterlære og reflekterande rettleiing er to komplementære pedagogiske modellar (Lauvås & Handal, 2014, s. 138). I kva grad studentar «får lov å sleppe til» i tradisjonell praksis vil truleg vere knytt til rettleiingskompetansen hjå den enkelte rettleiarar. I Førdemodellen måtte rettleiaren ta omsyn til dagsplanen, og denne støtta studentane til å vere sjølvstendig. Studentane fekk dermed rettleiing som kombinerte dei pedagogiske modellane.

Læring i kontekst

Det vart noko forskjell på rammefaktorane til studentane ettersom dei vart fordelt til ulike tidspunkt i praksisperioden. Nokre studentar meinte at modellen kom for tidleg i praksisperioden. Studentane var ikkje blitt kjent i avdelinga og nokre kunne føle at utbyttet ikkje vart som forventa. Andre syns det fungerte bra fordi dei tidleg vart trygge på dei andre i teamet og utvikla dermed eit betre samarbeid. Dei som fylgde Førdemodellen sist kunne trekke på erfaringar dei hadde fått gjennom opplæring i avdelinga sin praksisfellesskap. Studentane meinte det var umogleg å finne det perfekte tidspunktet, og at læringa ikkje nødvendigvis vart betre om dei i utgangspunktet var kjende med kvarandre.

Vi meiner Førde-modellen kan vere ein god modell, også for dei som nyttar dei første vekene av praksisperioden dersom ein klarar å aktivere forkunnskapar hjå studentane. Dette kan danne utgangspunkt for vidare læring fordi studentane må jobbe vidare med noko som dei kjenner teoretisk frå tidlegare emne på skulen (Pettersen, 2005, s. 87). Desse læresituasjonane kan då stimulere studentane til å prøve noko nytt og våge seg ut i noko ukjent (Tveiten, 2013, s. 78).

Engasjement frå rettleiarar og leiarar var sentralt for å lykkast. Enkelte studentar erfarte at ansvarleg sjukepleiar ikkje prioriterte å stille på rettleiingssamtalen grunna tidspress. Dei hadde også opplevd at sjukepleiaren ikkje kjende til pasientane som studentane hadde ansvar for. Å tidfeste rettleiinga førte til ei endring i rutinar og tidsbruk for rettleiarar. Det har ikkje vore nytta prosjektmidlar eller liknande for å gjennomføre praksismodellen. Rettleiarane fekk dermed ikkje ekstra tid til rettleiing. Dette har likevel vore ei styrke i den vidare implementeringa fordi Førde-modellen kunne førast vidare med same ressursbruk.

Studentane ga uttrykk for varierende læring. Enkelte var meir oppgåveorienterte, medan andre var meir analytiske. Sjølv om studentane uttrykte ulikt utbytte av samarbeidet, oppnådde alle handlingskompetanse relatert til læringsutbyttebeskriving for praksisperioden (Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2015; Universitetet i Bergen, 2015).

AVSLUTNING

Denne studien viser at studentar frå ulike profesjonsstudiar fekk kjennskap til både si eiga og den andre si rolle og ansvarsområde, og har fått jobbe tilsvarande slik som det yrket dei skal inn i. Praksismodellen fokuserte på samarbeid, samtale og refleksjon. Dette er noko studentane har trekt fram som positivt fordi dei har fått høve til å jobbe sjølvstendig og erfart å ha ansvaret i oppfølginga av ein reell pasient. Studentane erfarte at dei er likeverdige og utfyller kvarandre i arbeidet rundt ein pasient. Dei har fått trene på å innhente kunnskap og å formidle sitt eige fag overfor ein annan profesjon. Strukturert rettleiing medførte at dei fekk presentert refleksjonar rundt problemstillingar hjå sin pasient og dei vart utfordra til å knytte dette til teori.

Studentane meiner at TPS etter Førde-modellen er ein modell som kunne vore nytta i større grad og ved fleire praksisplassar. Det vart lettare å ta kontakt på tvers av profesjon i etterkant av teamarbeidet og dei fekk auka forståing for den andre si rolle. Det er mogeleg at dette kan betre samhandlinga etter dei er ferdig utdanna.

Praksismodellen kan ha overføringsverdi til andre helseføretak. Sjølv om resultat er frå spesialisthelsetenesta, er det grunn til å tru at den kan ha overføringsverdi til kommunehelsetenesta og med andre profesjonsstudentar.

LITTERATUR

- Aadland, E. (2004). «Og eg ser på deg»: vitenskapsteori i helse- og sosialfag (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, I., Aase, K., & Dieckmann, P. (2013). Teaching interprofessional teamwork in medical and nursing education in Norway: A content analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 238–245.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2012.745489>.

- Aase, I., Hansen, B. S., & Aase, K. (2014). Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 14, 170–170. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-170>.
- Abrahamsen, B., & Gjerberg, E. (2002). Maktrelasjoner i helsetjenestens yrkeshierarki. I A. L. Ellingsæter og J. Solheim (red.), *Den Usynlige hånd?: kjønnsrett og moderne arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barrington, K., & Street, K. (2009). Learner contracts in nurse education: Interaction within the practice context. *Nurse Education in Practice*, 9(2), 109–118. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2008.10.004>.
- Bondevik, G. T., Holst, L., Haugland, M., Baerheim, A., & Raaheim, A. (2015). Interprofessional workplace learning in primary care: students from different health professions work in teams in real-life settings. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 27(2), 175–182.
- Brewer, M. L., & Stewart-Wynne, E. G. (2013). An Australian hospital-based student training ward delivering safe, client-centred care while developing students interprofessional practice capabilities. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 482–488. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2013.811639>.
- CAIPE. (2002). *Interprofessional Education. The definition*. Henta frå <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>.
- Carpenter, J., & Dickinson, H. (2008). *Interprofessional education and training*. Bristol: The polity press.
- Cheetham, N. B. (2016). *Får innsikt i hverandres fag*. 104(9), 48–50. DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58637>.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober 2014). *Helsinkideklarasjonen*. Henta 29.03.2016 frå <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>.
- Dietrichson, S., & Larsen, I. B. (2007). «Det sitter i veggene». *Sykepleien forskning*, (4), 270–271.
- Farsethås, H. C. (2009). Disiplin, biopolitikk og regjering; Foucaults maktanalyser. *Agora*.
- Frenk, J., Bhutta, Z. A., Chen, L. C.-H., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Pablos-Mendez, A. (2010). Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
- Habermas, J., Kalleberg, R., & Eriksen, A. (1999). *Kraften i de bedre argumenter*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Habermas, J., Smith, J.-A., & Smith, J.-H. (1999). *Kommunikasjon, handling, moral og rett*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Hansen, M. N., & Strømme, T. B. (2014). De klassiske profesjonene- fortsatt eliteprofesjoner? I O. Korsnes, M. N. Hansen & J. Hjellbrekke (red.), *Elite og klasse i et egalitært samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse Førde HF. *Meir om oss*. Henta 29.07.2014 2014, frå http://www.helse-forde.no/no/OmOss/Avdeler/medisinsk/forde_sentralsjukehus/Sider/meir_om_oss.aspx
- Høgskulen i Sogn og Fjordane. (2015). *Studieplanar 2015–16*. Henta 01.01.2015 frå <http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/14310>
- Korsnes, O. (2014). Innledning. I O. Korsnes, M. N. Hansen & J. Hjellbrekke (red.), *Elite og klasse i et egalitært samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd: samspill i praksis* (Vol. 13 (2011–2012)). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2015). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 238–245. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2015.1051616>.

- Lauvås, P. (2006). Formativ vurdering i undervisningen. I H. I. Strømsø, K. H. Lycke & P. Lauvås (red.), *Når læring er det viktigste: undervisning i høyere utdanning* (s. 102–119). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Lauvås, P., & Handal, G. (2014). *Veiledning og praktisk yrkesteori* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lewin, S., & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': Using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science og Medicine*, 72(10), 1595–1602. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.037>.
- Lindgren, G. (1992). *Doktorer, systrar och flickor: om informell makt*. Stockholm: Carlssons.
- Lycke, K. H. (2016). Å lære i grupper. I H. I. Strømsø, K. H. Lycke & P. Lauvås (red.), *Når læring er det viktigste: undervisning i høyere utdanning* (s. 155–170). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- MacDonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Murray, B. L., Fowler-Kerry, S. E., & Anonson, J. M. S. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice*, 10, 238–242. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2009.11.012>.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moseng, O. G. (2012). *Framvekst og profesjonalisering*. Oslo: Akribe.
- Pettersen, R. C. (2005). *Kvalitetslæring i høyere utdanning: innføring i problem- og praksisbasert didaktikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Raaheim, A. (2016). Eksamensrevolusjonen: råd og tips om eksamen og alternative vurderingsformer. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stray Jørgensen, P. (2013). Lektionsplanlægning. I L. Rienecker, P. Stray Jørgensen, J. Dolin, G. H. Ingerslev & A. M. Mørcke (red.), *Universitetspedagogik*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Sylte, A. L. (2016). *Profesjonspedagogikk : profesjonsretting/yrkesretting av pedagogikk og didaktikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thistlethwaite, J., & Moran, M. (2010). Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 503–513. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2010.483366>.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning: mer enn ord* (4. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Universitetet i Bergen. (2015). *Studieplan for PRMEDISIN Medisinstudiet, haust 2015*.
- Vetlesen, A. J. (2016). Jürgen Habermas. *Store norske leksikon*.
Henta frå https://snl.no/J%c3%bcrgen_Habermas
- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization. Henta frå http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K. & Bergman, D. (2016). What do we think about them and what do they think about us? Social representations of interprofessional and interorganizational collaboration in the welfare sector. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 50–55. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2015.1055716>.