

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2009 nr. 6

**Legemiddelhåndtering og sykepleierstudenter  
- en beskrivelse av sykepleieres veiledning i praksis**

Siri Gunn Simonsen og Inger Signe Johansson

Gjøvik 2009

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-91313-24-5

*“Mange veier til Rom” og “When in Rome, Do As the Romans Do.”*

År 387(St. Ambrosius, 2004)

Knowing –in –action og Reflections-on-reflections

(Schön, 1987)

## Sammendrag

Prosjektet er et samarbeid mellom høgskole og praksissteder 2007-2008. Foreliggende rapport er del av hovedprosjektet og representerer første fokusgruppeintervju.

Hensikten var å beskrive hva og hvordan sykepleiere veileder under praksisopplæring for å kvalitetssikre i legemiddelhåndtering. Kvalitativ metode med intervju, videoopptak og observasjonsskjema er anvendt for å beskrive veiledninga. Det ble gjennomført en times fokusgruppeintervju av fem sykepleiere på en kirurgisk avdeling. Høgskolelektor var moderator. Intervjuet ble styrt av fem hovedspørsmål som var kjent på forhånd.

Avdelingssykepleier var observatør, og benyttet et ferdig momentskjema for registrering av hva som ble drøftet og belyst under intervjuet. De nedskrevne data som primært ble innsamlet, ble sammenholdt med video og observasjonsskjemaer. Deretter ble rådata presentert og justert av deltakerne i fokusgruppeintervjuet.

Resultatet viser at sykepleierne veileder mens de er virksomme i pasientomsorgen basert på pasientens behov. Studentene deltar i sykepleieraktiviteter der veiledningen skjer med stor faglig dyktighet og engasjement, både for pasient og tilrettelagt for læring. Studentene ble tatt med i aktuelle læresituasjoner rundt legemiddelhåndtering fortløpende. Veiledningen hadde ingen bestemt struktur eller spesifikk progresjon. Veiledningen var ikke spesielt innrettet mot det aktuelle praksisnivå studenten befant seg i. Studentene ble utfordret til å legge fram sine kunnskaper eksempelvis for de ansatte i felles forum. Hektisk arbeidsdag og store utskiftninger i personalgruppa ble ikke av noen angitt som hemmende. Romslige lokaler ble framhevet som betydningsfullt for å drive veiledning uforstyrret.

Fra intervjuene framkommer at sykepleierne var bevisst sin funksjon som rollemodell. De veiledet i forskrifter og lovverk, men handlet iblant lojalt overfor sykehusrutiner som kan være i konflikt med optimal legemiddelhåndtering. Sykepleierne opplevde store individuelle nivåforskjeller hos studentene i 2.praksisår. De ønsket en opplæringslogg med vilkår som kan sjekkes ut og signeres underveis i praksisperioden. Et forslag til opplæringslogg er blitt utformet med tanke på utprøving i klinisk praksis. Den kvalitativt gode veiledning fremmes av gode rammefaktorer i tid, rom og arbeidsorganisering koplet til motiverte, godt forberedte og aktive studenter.

## Forord

Høgskolen i Gjøvik ga resurser til et samarbeidsprosjekt med Sykehuset Innlandet for å fremme fokus på kvaliteten av opplæring av sykepleierstudenter, med tema ”Utdanningskvalitet og legemiddelhåndtering”.

Samarbeidsprosjektet søkte midler i mars 2007. Denne rapporten er en del av samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet og Høgskolen i Gjøvik. Hensikten var å beskrive hva og hvordan sykepleiere veileder i legemiddelhåndtering i klinisk praksisperiode på kirurgisk sengepost med elektiv og akutt virksomhet. Mange styringsdokumenter gir rammer for undervisningas mål og innhold der samarbeid er beskrevet konkret.

Høgskolens rolle i utdanning av sykepleiere, har innflytelse både på teoriundervisning og på veiledning av veileder i praksisopplæringa. Med bakgrunn i intervjufunn kommer et forslag til mulig forbedring av veiledninga i legemiddelhåndtering i form av en opplæringslogg.

Uten entusiasme og søknad fra kollega Sigrun Jøndal med godt samarbeid i planlegging og intervjufasen hadde dette ikke blitt gjennomført. Takk til de samarbeidende avdelinger og avdelingssykepleierne som åpnet opp for å forstå mer hva som skjer i opplæringa av sykepleierstudentene. Takk til de positivt engasjerte sykepleierne som stilte seg velvillig og delte raust med sin erfaring. Når jeg har følt meg aleine i skrivinga, har det vært utrolig godt å benytte skrive- og metodeverkstedet ledet av Sigrid W og Ingrid Ø. Takk! Klaus Jøran Tollan har tålmodig inspirert meg til å mestre EndNote og formateringer. Takk til Solveig Struksnes som ga meg konstruktiv kritikk mellom flislegging og høvelspon.

Takk til min veileder professor Inger Signe Johansson, Universitetet i Karlstad/Høgskolen i Gjøvik for utrettelig oppfølging og presis veiledning! Om unøyaktigheter finnes, er det ikke henne å laste!

# Innholdsfortegnelse

<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Problemstilling</b> .....	<b>2</b>
<b>2 Bakgrunn</b> .....	<b>2</b>
2.1 Nasjonale og lokale strategier .....	2
2.1.1 Rammeplan og forskrift .....	2
2.1.2 Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) .....	3
2.1.3 Lokale rammer og organisering .....	3
2.1.4 Samarbeidsavtale mellom utdanningssteder og praksisarenaer .....	4
2.1.5 Klinisk praksisopplæring .....	4
2.2 Legemiddelhåndtering i veiledet praksis.....	5
2.2.1 Fokus på kvalitet i opplæringa .....	6
<b>3 Hensikt</b> .....	<b>7</b>
<b>4 Metode</b> .....	<b>7</b>
4.1 Fokusgruppeintervju.....	7
4.2 Arena .....	8
4.3 Informanter og utvalg .....	8
4.3.1 Utforming av spørsmål/problemstilling .....	8
4.3.2 Bruk av video .....	9
4.3.1 Observasjon .....	9
4.3.2 Intervjuers rolle som moderator .....	10
4.4 Gjennomføring .....	11
4.5 Bearbeiding av data .....	12
4.6 Ethiske overveielser .....	13
<b>5 Resultater og teoretisk refleksjon</b> .....	<b>14</b>
5.1 Sykepleiernes beskrivelse av hva begrepet veiledning omfatter .....	14
5.2 Oppfatning om veiledningen av sykepleierstudenter .....	16
5.3 Forhold som fremmer veiledning av studenter.....	20
5.4 Forhold som hemmer veiledningen.....	21
5.5 Bevissthet om lovverk relatert til veiledning i legemiddelhåndtering.....	24
<b>6 Refleksjon</b> .....	<b>27</b>
6.1 Om læringsprosesser .....	27
6.2 Om metodiske valg.....	28
6.3 Om funn.....	30
6.4 Om opplæringslogg.....	32
<b>7 Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>8 Erttertanker</b> .....	<b>34</b>
<b>9 Forslag til opplæringslogg i legemiddelhåndtering</b> .....	<b>35</b>
<b>10 Referanser</b> .....	<b>36</b>
<b>Vedlegg 1. Observatørskjema</b> .....	<b>I</b>

## **Innledning**

Veiledning er vesentlig både gjennom hva som skjer og hvordan det foregår. Risiko for feil ved legemiddelhåndtering er spesielt fordi det lett kan få alvorlige følger for syke mennesker. Innen svensk sykepleierutdanning har Kirsten Øhrling forsket på opplevelsen av veilederrollen og på veiledning, og beskrevet flere utfordringer som er interessant å se på i denne studien (Øhrling & Hallberg, 2001).

Nye forskrifter i legemiddelhåndtering (Helsedirektoratet, 2008) åpnet opp for gjennomgang av undervisning og opplæring, for å sikre kvalitetsmessig samarbeid mellom høgkole og praksisplasser i sykepleierutdanning. Legemiddelhåndtering er et nasjonalt anliggende som angår sykepleierutdanninga. Legemiddelhåndtering er et vesentlig område med store konsekvenser av å gjøre feil. Årlig rapporterer sykehus om feil bruk av legemidler som har ført til minst 10-15 dødsfall og 50-100 alvorlige skader (Statens helsetilsyn, 2002).

Fylkeslegen registrerer problemer gjennom klagesaker og tilsyn. I tillegg regner en med store mørketall bak registreringene.

Økt travelhet på sykehusene kan svekke mulighetene til å kontrollere hva studentene mestrer og hvilke holdninger de har til legemiddelhåndtering. I følge Helsetilsynets rapport (2002) viser de til at forekomsten av feil i de ulike fasene av legemiddelhåndteringen ser ut til å være av denne størrelsesorden: Forskrivningsfasen: 39 prosent, dispenseringsfasen: 12 prosent og administrasjonsfasen: 38 prosent. Rapporten skiller ikke mellom ulike yrkeskategorier eller utdanningsnivåer. Den fasen studentene deltar og læres opp igjennom, representerer altså trolig 50 % av feilene.

På ortopedisk avdeling er et av vilkåra for optimale resultat etter både elektive og akutte inngrep, at pasienten får korrekt medisineringsregime. Sykepleierne forteller at virkeligheten kan fortone seg annerledes. Både antibiotika – og smertelindringsregimer forutsetter regelmessig og presis administrering. Studenter kan bli utfordret av mange oppgaver på en gang og oppleve svært varierende travelhet på praksisplassen. Forsinket medisineringsregime kan gi svikt i infeksjonsprofylaksen. Forlenget rehabilitering kan oppstå fordi pasienten er passiv grunnet smerter. De kan få uklare symptombilder med kvalme og depresjon som følge av for dårlig smertelindring. Fare for tromboser, hjertebelastning, forstyrret søvn og matlyst oppstår lettere. Mange faktorer kan gjøre at pasienter blir lengre i sykehus før de klarer å gjenoppta normalfunksjon og kan få komplikasjoner som kunne vært unngått ved kvalitetsmessig

medisinering (Spigset & Nordeng, 2008). Hvis veileder og student ikke får fulgt opp pasientene tilstrekkelig kan studentens forståelse og læreprosess bli forstyrret og svekket.

## **1 Problemstilling**

Prosjektet ønsket å finne fram til en utdypet beskrivelse av sykepleiernes mulige kvalitetssikring av veiledningspraksis. Innenfor dette ville vi gjerne finne ut mer om følgende: Hva mener sykepleierne ligger i begrepet veiledning legemiddelhåndtering? Hvordan foregår veiledning i medikamenthåndtering i klinisk praksis på ortopedisk avdeling SI? Hvilke metoder vektlegger sykepleierne? Fins det forhold som fremmer og hemmer veiledningen? Hvilken betydning har forskrifter og lovgiving for veiledningen i legemiddelhåndtering?

## **2 Bakgrunn**

### **2.1 Nasjonale og lokale strategier**

#### **2.1.1 Rammeplan og forskrift**

På nasjonalt nivå nevnes forsvarlig legemiddelhåndtering og medikamentregning som et krav til sykepleieres kompetanse. I rammeplan av 2008 angir pkt 3.3 at studenten skal tilegne seg handlingskompetanse for grunnleggende funksjoner i sykepleie. De skal kunne ivareta sentrale oppgaver i yrkesfunksjonen rettet mot pasienter og pårørende. Rammeplanen spesifiserer kravene til sykepleiernes handlingskompetanse. De skal blant annet kunne:

- forhindre at komplikasjoner og tilleggs lidelser oppstår
- håndtere legemidler forsvarlig
- betjene og kvalitetssikre vanlig medisinsk teknisk utstyr
- ivareta hygieniske prinsipper og bidra til å skape et helsefremmende miljø (Kunnskapsdepartementet, 2008).

For teoretisk opplæring av studentene fins et nasjonalt krav om feilfri test i medikamentregning, med noe forskjellig formulering i rammeplan fra 2000 (KUF, 2000) og 2005 (UFD, 2005) og forskrift 2008: ..” med minst en prøve i medikamentregning og.... feilfri besvarelse ”(Legemiddelhåndtering, 2008).

Helsepersonellovene er nasjonale dokument som vektlegger forsvarlighet og kompetanse. Veiledning i yrkesutøvelsen skal være en del av utdanninga til sykepleier. Rundskriv 9/2008 fra Sosial-og Helsedirektoratet beskriver hvordan praktisk opplæring skal være en del av autorisert helsepersonell sitt ansvar. De nyeste forskriftene om legemiddelhåndtering fra 2008

åpner for at studenter kan arbeide med økende grad av sjølstendighet, avhengig av kompetanse. Praksisveileder skal da være lett tilgjengelig (Legemiddelhåndtering, 2008).

### **2.1.2 Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT)**

Sykepleierutdanninga er regulert av Lov om universiteter og høyskoler av 1. april 2005 nr. 15, som ti år tidligere, i 1995, samordnet det høyere utdanningssystemet med felles lovverk (Universitetsloven, 2005). Kunnskapsdepartementet opprettet et lovbestemt godkjenningsorgan for universiteter og høyskoler (NOKUT, 2005). Ifølge NOKUTs kriterier skal fagmiljøet være tilpasset undervisnings- og veiledningsbehovet for studiet, samt den forskning og det faglige eller kunstneriske utviklingsarbeidet som skal utføres, jf forskriften § 2-1 (2) nr. 1 (Skikkethetsvurdering, 2006). Høgskolen i Gjøvik ble reakkreditert 16. juni 2008 med henvisning til at bachelorstudiet i sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik tilfredsstiller kravene.

### **2.1.3 Lokale rammer og organisering**

Legemiddelhåndtering berøres i mange fag ved bachelorutdanning i sykepleie (Høgskolen i Gjøvik, 2008a, 2008c). I første semester legges et generelt grunnlag i emnet SPL1003 Anatomi/fysiologi, mikrobiologi, hygiene og medikamentregning. Høgskolen i Gjøvik har de seinere år hatt økt oppmerksomhet på medikamenthåndtering. Særlig har en lagt vekt på å sikre minimumskompetanse, og å få alt rett i medikamentregning. Det tilbys et nettkurs i medikamentregning. ”Alltid alt rett”? (Johansen, Rognstad, Stadheim, & Dæhlin, 2007). På HiG avlegger studentene en digital intern prøve av to timers varighet i medikamentregning. Prøva er en del av eksamen i emnet SPL 1003 som tester annen kunnskap i farmakologi. I mål for emnet står det at ”... Studenten skal kunne dokumentere kunnskap innenfor basisområdene i legemiddelregning, forholde seg til ulike legemiddelformer og administrasjonsmåter samt retningslinjer for dosering og rekvirering av legemidler”. I annet studieår følger fordyping gjennom emnet SPL2022 Sykdomslære (Høgskolen i Gjøvik, 2008b). Vurderingsskjemaet for kirurgisk praksis inneholder spesifisering om kompetansen for VPK 2012 (Høgskolen i Gjøvik, 2008d).

Høsten 2008 kom ei revidert lærebok i ”Legemiddelhåndtering” (Bielecki, Børdahl, Endresen, Borgen, & Tharaldsen, 2008) som er gjennomarbeidet med tanke på oppdateringer og de nye forskriftene om legemiddelhåndtering. Boka fungerer sammen med s. k kunnskapspakken ”37 grader ” som i 2007 kom med et nytt læreverk :”Legemidler og bruken av dem (37grader). Der kan studenter og alle som veileder benytte et nettsted og bøkene til, laste ned MP3filer og hente oppsummeringer, samt sjekke kunnskapsnivå og arbeide med



interaktive oppgaver i legemiddelregning (Spigset & Nordeng, 2008). Det finnes mange flere lærebøker i emnet, og Høgskolen i Gjøvik benytter for tida dette læreverket.

#### **2.1.4 Samarbeidsavtale mellom utdanningssteder og praksisarenaer**

Samarbeidsavtalen om veiledning av studenter i Sykehuset Innlandet, er drøftet på HiG (Sykehuset Innlandet & Høgskolene i Innlandet, 2008). Avtalen bygger på Strategisk samarbeidsavtale av 17. desember 2004 og rapport fra arbeidsgruppe ”§ 3.2 Gjennomføring av praksisstudiet”. Den gir en operasjonalisering for sykepleierutdanningens praksisstudier mellom Høgskolen i Gjøvik og Sykehuset Innlandet. Under punkt 6 er stilt krav til høgskolen om å sørge for dialog. Kontaktlærer har ansvar for å tilrettelegge læresituasjoner sammen med hovedveileder. Praksisstedet skal tilrettelegge for at veiledning kan foregå i skjermede omgivelser der dette er påkrevd. Avtalen beskriver rollefordelingen av hvordan skolen og sykehusets fagpersoner skal bidra til studentenes praksisopplæring i felleskap.

#### **2.1.5 Klinisk praksisopplæring**

I praksisperiodene omsettes teori til praktisk kompetanse. Praksishåndboka 2008-2009 (Høgskolen i Gjøvik, 2008a) har detaljer om hvordan studenten kan arbeide med de kliniske studiene, for å utvikle kompetanse, omsette teori til praktisk kunnskap og reflektere over sine tanker og handlinger. Det er særskilte mål for veiledet praksis (VP), med forskjellige progresjonsstiger og detaljerte kriterier til hva studentene skal gå igjennom uke for uke. Sluttvurdering etter praksisperioden skal bekrefte at målene er nådd. Dokumentene er utarbeidet med bakgrunn i Rammeplan for sykepleierutdanning (Rammeplan, 2008), Fagplan fra HiG og Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning (Skikkethetsvurdering, 2006). Undervisningsplanene har årlig oppjusterte vurderingskriterier for hver praksisperiode. Det er interne dokument som tar utgangspunkt i de mer overordnede dokumenter og rammebetingelse. Rammeplanens kriterier er operasjonalisert for å kvalitetssikre at alle deler av legemiddelhåndtering blir ivaretatt i opplæringa. I annet studieårs praksisvurdering står det blant annet:

##### **Håndtering av medikamenter i VPM/VPK/VPP2012:**

Det forventes at studenten:

- har kunnskaper i å benytte Felleskatalogen
- har kunnskaper om indikasjon, virkning og bivirkning av de mest brukte medikamenter på praksisstedet
- har kunnskaper om og gjennomfører medikamentregning nøyaktig og sikkert og kan regne ut dråpetakt på infusjoner
- gir forordnet medikament under veiledning
- deltar i adm. av medikamenter i tråd med retningslinjer og direktiver knyttet til praksisstedet (Høgskolen i Gjøvik, 2008d).

Godkjenninga av studentenes praksisperiode er et felles ansvar hvor høgskolens lærer (kontaktlærer) har det formelle ansvar og sykehusets daglige veiledere det praktiske og faglige ansvaret (Høgskolen i Gjøvik, 2008a).

## 2.2 Legemiddelhåndtering i veiledet praksis

I litteratur benyttes både begrepene administrering, dispensering og håndtering uten at grensene er entydige. Uklare begrep kan ha betydning for praksisopplæringa. Begrepene er ikke brukt likt eller entydig i forskjellig litteratur. Fra skissen i Helsetilsynets rapport om sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (Statens helsetilsyn, 2002) brukes andre ord og begrep om prosessene enn i de nyeste forskriftene. I forskriftene som ble iverksatt i mai 2008 er noen begrep klargjort slik:

- *Legemiddelhåndtering*: Enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er rekvirert til det er utdelt.
- *Istandgjøring*: Tilberedning eller annen klargjøring av legemiddel for utdeling til pasient.
- *Tilberedning*: Klargjøring av legemiddel som på grunn av holdbarhetsforhold må gjøres bruksferdig umiddelbart eller kort tid før utdeling til pasient.
- *Utdeling*: Utdeling av legemiddel til pasient, administrering av legemiddel som pasienten ikke kan administrere selv, overvåkning av legemiddelinntak og observasjon av eventuelle umiddelbare reaksjoner på tilført legemiddel.
- *Legemiddelkompetanse*: Medisinsk- eller farmasifaglige kvalifikasjoner (Legemiddelhåndtering, 2008).

Sykepleierstudiet kombinerer opplæring i høgskolen og i klinisk praksisfelt. Undervisning er forstått som lærerens aktiviteter, med formidling av teori. Læring kan beskrives som en prosess hvor et menneske søker forståelse og kompetanse. Kognitiv læringsteori ligger til grunn for forståelsen om læring gjennom innsikt. I følge Dysthe (2001) er læring både en individuell og en sosial prosess der samspill mellom mennesker er helt vesentlig. I boka tar de spesielt opp ”...korleis sjølve læringsprosessane fungerer.” Mange sykepleiere forsker også på læringsformer og prosesser. Å lære faget innebærer også å lære de muntlige og skriftlige diskusjonsformene som gjelder. Det kan skje gjennom å legge til rette for oppdagelse, læring og utvikling hos den som søker veiledning (Tveiten, 1998).

Legemiddelhåndtering skjer både med istandgjøring og tilberedning på medisinrom og ved direkte utdeling ved pasientenes senger. Veiledning legger i dag vekt på å vise sammenheng mellom teori og praksis, og på studentens refleksjon. Winarve (2008) beskriver ut fra sin litteraturstudie hvilke erfaringer sykepleierstudenter har med veiledning og refleksjon. Spesielt vektlegger studentene den betydning veilederne har med deres kompetanse, evne og vilje til å skape en god relasjon gjennom åpenhet, tillit, bekreftelse, oppmuntring og

gjensidighet (Winarve, 2008). Lauvås og Handal mener veiledning bærer i seg flere ulike tradisjoner, og at en i opplæring ivaretar og bruker det beste fra hver tradisjon (i følge Tveiten, 1998). Veiledning kan skje samtidig med direkte pleie i pasientrelasjonen (Tveiten, 2008).

Sykepleierstudentene på Høgskolen i Gjøvik har veiledet sykehuspraksis fordelt på tre perioder hvor de er i kirurgisk, medisinsk og psykiatrisk avdeling. Det er beskrevet ansvarsfordeling i praksisperioden med koordinator, hovedveileder og daglige veiledere (Sykehuset Innlandet & Høgskolene i Innlandet, 2008). I følge Samarbeidsavtalen HiG-SI er avdelingssykepleier personalansvarlig og inngår i samarbeidet for å bidra til kvalitetssikring av egne ansattes arbeid og ble en kanal og mottaker for opplevd virkelighet i dette prosjektet.

Gruppen av sykepleiere på arbeid har et felles ansvar for å veilede studentene. Dermed forholder studentene seg til flere sykepleiere gjennom den enkelte praksisperiode. Sykepleierne får veiledning på veiledninga av hovedveileder. Kontaktlæreren skal veilede og tilrettelegge læresituasjoner sammen med hovedveileder. Veilederne skal ha kompetanse på veiledning, kjenne vurderingssystemet og de kriterier det skal vurderes etter. Det innebærer å legge til rette for å integrere teori og praksis og gi rom for refleksjon jfr. praktisk håndbok og samarbeidsavtalen (Sykehuset Innlandet & Høgskolene i Innlandet, 2008). Både studenter og veiledere skal kjenne retningslinjene, måltaksonomier og progresjonsstiger som er utarbeidet for klinisk praksis. Formuleringen av mål vil oftest innebære grad av konkretisering og ulike læringsnivåer, og inneholde kunnskapsforventning, handlingskompetansen og en tidskomponent (Tveiten, 2008). I tillegg er det R-vakter (refleksjonsvakt) der studenten ikke er i direkte pasientkontakt. Da bruker flere studenter tid til refleksjonsarbeid med høgskolelektor/lærer som en del av veiledet praksis slik det beskrives i praktisk håndbok (Høgskolen i Gjøvik, 2008a).

### **2.2.1 Fokus på kvalitet i opplæringa**

Helsetilsynets rapport fra 2002 har direkte forslag om at ansvarlige ledere skal etterspørre forbedringsarbeid. Tid og rom, eierskap og interesse mener de har spesiell betydning. Medarbeidernes engasjement skapes når de får anledning til å analysere og selv finne fram til problemområder (Statens helsetilsyn, 2002). Samarbeidsavtalen mellom utdanningsstedene og Sykehuset Innlandet beskriver at de skal ”...igangsette kvalitetshevende tiltak på bakgrunn av tilbakemeldinger fra studentene etter hver praksisperiode” (Sykehuset Innlandet & Høgskolene i Innlandet, 2008). Bakgrunnsforståelsen kan ligge i hva sykepleierne i som veileder i praksisfeltet er opptatt av. Beskrivelser av kompetanse pleiepersonalet mener er

nødvendig å sikre hos studenten som skal bli sykepleiere, kan indirekte bidra til kvalitetsbevissthet med tanke på legemiddelhåndteringa.

### **3 Hensikt**

Hensikten med prosjektet er å beskrive hva og hvordan sykepleiere veileder sykepleierstudenter under praksisopplæring for å kvalitetssikre i legemiddelhåndtering.

Målet med prosjektet var å fremme samarbeid og styrke kvalitet i utdanningsopplegget for sykepleierstudenter. Et oppfølgende arbeid kan eventuelt sikte mot å endre og kvalitetssikre hensiktmessige læringsmetoder for legemiddelhåndtering i praksis.

### **4 Metode**

En kvalitativt forskningsintervju i gruppe ble benyttet for innsamling av data.

Forskningsintervjuet er en spesifikk utvikling av dagliglivets vanlige samtale. ”Systematisk refleksjon over en fornuftsbasert forståelse kan gi en forståelse av en menneskelig verden, forstått som en samtalemessig virkelighet (Kvale, 1997). Den kan beskrives som en klart definert og planlagt gruppesamtale for å samle kunnskap om et bestemt forhold eller problem i en åpen, tolerant og ikke-truende sammenheng (Krueger, 1994; Morgan, 1988).

#### **4.1 Fokusgruppeintervju**

Fokusgrupper er en kvalitativ forskningsmetode med semistrukturert gruppediskusjon med et mindre antall personer hvor hensikten er å samle utdypende informasjon om et angitt tema (Brataas 2001). Metoden er beskrevet som særlig egnet for:” - å få kunnskap om handlemåter, kunnskap og verdier som kulturelle grupper har til felles” (Kvale, 1997). Morgan skriver at fokusgruppeintervju kjennetegnes ved å kunne frembringe fakta og forståelse som er vanskeligere å få fatt i på annen måte (Morgan, 1988). Kitzinger beskriver metoden som nyttig for å studere holdninger og erfaringer, og sette lys på kulturelle eller subkulturelle verdier. Gjennom registrering av humor, enighet eller uenighet, kan en finne fram til kunnskaper og holdninger gruppen har til felles. Det gir en dynamisk prosess hvor diskusjoner speiler tankeprosesser hos sykepleierne i en aktuell fagkultur. Oppfatninger om god kommunikasjon, hva som hemmer og fremmer kan dermed komme fram som felles kultur og faglig tenkemåte (Brataas, 2001). Berge beskriver at fokusgruppeintervju har en aktiviserende og mobiliserende effekt på grupper når en vil studere et problem eller emne i

komfortable og trygge omgivelser (Berge, 1999). Forskjellen på individuelle intervju og grupper kan spesielt sees ved at intervjueren utfordrer deltakerne til å snakke med hverandre, stille spørsmål, utveksle anekdoter og kommentere hverandres erfaringer og synspunkter (Dalland 2007). Kvale uttaler seg kritisk å betrakte data som objektive i det kvalitative forskningsintervju og viser til at det er den menneskelige interaksjonen i intervjuet som produserer vitenskaplig kunnskap. Kunnskapen konstrueres gjennom utveksling av synspunkter og setter derfor krav til intervjuprosessen så vel som til intervjuers kvalifikasjoner (Kvale, 1997). Morgan mener også at det er viktig å være oppmerksom på at det kan være forskjell på hva deltakerne finner interessant og hva som er viktig å snakke om (Morgan, 1988).

Fokusgrupper kan være en rimelig måte å frambringe verdifulle data på samtidig som det er effektivt, fleksibelt og gir deltakerne flere muligheter enn ja/nei svar. Mest vesentlig i vår sammenheng er likevel den interaksjon og utveksling av tanker, innsikt og nye ideer som oppstår i samspillet underveis (Kvale, 1997). Det vil knapt skje om intervjuer blir gjort individuelt (Ramirez AG, 1988).

## **4.2 Arena**

Intervjuet ble gjort på en kirurgisk ortopedisk sengepost med både elektiv og akutt virksomhet. De tar imot studenter i veiledet klinisk praksis, vanligvis 5-8 studenter hver periode på 9 uker. Studentene har både andre, tredje og siste praksis i spesialisthelsetjenesten på avdelinga.

## **4.3 Informanter og utvalg**

Samarbeidsprosjektet ble presentert av avdelingssykepleier på avdelingen tidlig i prosjektperioden. Skriftlig orientering blei hengt opp i avdelingen. Noe seinere informert hun om detaljer i prosjektet på personalmøte. Kriterium for utvalg av informanter var fast ansatte sykepleiere i mer enn 50% stilling og med minst to års erfaring i ortopedisk avdeling. Eksklusjonskriterium var sykepleiere som ikke hadde veiledning av sykepleierstudenter som en del av sitt arbeid. Totalt hadde avdelingen 16,1 stilling/24 sykepleiere i januar 2008. Avdelingssykepleier trakk vilkårlig ut fem sykepleiere som fylte kriteriene. De forespurte sa umiddelbart ja. Alle som deltok var kvinner. Sykdomsforfall gjorde at en ble erstattet under intervjuet.

### **4.3.1 Utforming av spørsmål/problemstilling.**

Spørsmålene var utformet i felleskap av de prosjektansvarlige. Spørsmålene ble noe justert i forhold til de hovedspørsmål som var angitt i prosjektsøknaden primært. Særlig hadde vi blitt

bevisst på at det var forståelse av veiledningsprosessen vi ønsket kunnskap om, ikke de eksakte rutiner som fins i sykehus. Følgende spørsmål ble utarbeidet:

- Hva legger sykepleierne i begrepet vi kaller veiledning i legemiddelhåndtering?
- Hvordan foregår veiledningen av sykepleierstudenter i legemiddelhåndtering i praksis?
- Hvilke forhold mener sykepleierne hemmer veiledningen i legemiddelhåndtering?
- Hvilke forhold mener sykepleierne fremmer veiledningen av studenter i legemiddelhåndtering?
- Hvordan påvirker bevissthet /kunnskap om lovverk deg som sykepleier når du veileder i legemiddelhåndtering?

### **4.3.2 Bruk av video**

Valg av dokumentasjonssystem kan innebære mange fordeler og ulemper som må vurderes. Dokumentasjon fra videoopptak kan benyttes for å bekrefte og avklare funn (Hylander, 1998; Krueger, 1994). Vårt prosjekt valgte kombinasjon av bilde og lyd. Siden datasamlingen skulle skje fra en fokusgruppeintervju, med nikk og minespill som en viktig del av kommunikasjonsformen, kompletterer videotape mer enn bare lyd eller verbale utsagn. Video gir ifølge Dalland det mest utfyllende bildet av det som skjer (Dalland, 2007). En slipper det Kvale beskriver som dekontekstualisering (Kvale, 1997). Bekreftelse i form av andre kroppssignal kan forsterke verbale utsagn. Reservasjon, uenighet eller tvil oppfanges i bildet uten at noe blir sagt med ord. Dagens utstyr er lydløst og kan stå i god avstand slik at det ikke distraherer med tekniske installasjoner. Opptak skjer uten bruk av ekstra belysning eller mikrofon. Videokamera filmet fortløpende 1 time. Kamera ble stilt så bildet fanget alle deltakere, både informanter og moderator. Observatørene satt utenfor bildet. Filmen ble gjort tilgjengelig for gjennomsyn umiddelbart. Videotapen ble brukt til fornyet gjennomgang og bekreftelse på datafunn.

### **4.3.1 Observasjon**

Intervju og observasjon henger ifølge Dalland nært sammen som metoder. Som observatør ved fokusgruppeintervjuene deltok to avdelingssykepleiere, fra hvert sitt sykehus og en høgskolelærer. Argumentene for at avdelingssykepleier skulle delta som observatør var flerfoldig. Forskningseffekten kan bli redusert ved at informantene blir observert i en mer uformell sammenheng av sine ledere (Dalland, 1997). Ledere trenger god kompetanse om egen avdeling. Sykepleieledere blir utfordret gjennom store endringsprosesser og er presset gjennom forventning om rasjonalisering av drift, innsparingstiltak og kvalitetsbevissthet (Statens helsetilsyn, 2002). Observatørene deltok kun ved å være tilstede og satt utenfor

gruppa, innen hørevidde for hva som ble snakket om. De skulle forholde seg passive og ikke bidra eller delta på annen måte enn å observere og notere. En kvalitativ observasjon kan ifølge Dalland karakteriseres ved at observatør søker å oppnå en helhetsforståelse av det som observeres, og retter seg mot samspill og relasjoner, er prosessorientert og har bevissthet om egen rolle i observasjonen (Dalland, 1997).

For å støtte datasamlingen ble det laget et registreringsverktøy (Vedlegg 1). Utarbeiding av disse kartleggings skjemaer for observatør ble gjort med bakgrunn i pensumteori og emnebeskrivelse. Et observasjonsnotat skal ha fast struktur. Her forsøkte vi å få med veiledningsformer og de kompetanseområder som sykepleierstudenter skal ha på innen legemiddelhåndtering når de er ferdig med utdanninga. Vårt skjema hadde en strukturert og kvantitativ form. Skjemaet ga mulighet til å anmerke om et begrep innen legemiddelhåndtering ble vektlagt eller ikke ble, samt plass for ytterligere kommentarer. For hvert sentralt begrep i spørsmålene hadde vi beskrevet nyanserte elementer, handlinger og temaer som kunne dukke opp i løpet av intervjuene. Emner eller områder som ikke ble omtalt, kunne anmerkes særskilt. Observatørene kunne krysse av etter hvert som moderator brakte nye spørsmål opp til diskusjon. Spørsmål om hvordan informantene opplevde å bli observert, lot vi dem si noe om etter intervjuet (Dalland, 1997).

#### **4.3.2 Intervjuers rolle som moderator**

Kvale hevder at intervjueren er selve forskningsinstrumentet: ” En dyktig intervjuer er ekspert på intervjuemnet og på menneskelig interaksjon” (Kvale, 1997). Andre beskriver rollen som den primære faktoren i fokusgruppeintervjuer (Ramirez AG, 1988). I engelskspråklig litteratur brukes også begrepet ”facilitator” som også på norsk forstås som en tilrettelegger for det som skal skje (Schattner, Shmerling, & Murphy, 1993). I sykepleiesammenheng bruker vi ofte gruppeleder når en leder veiledningsgrupper. Ulikheten består i forskningsmessig og en sykepleiefaglig veiledningskontekst men har mye felles (Sørfonden & Finstad, 2000). Et genuint engasjement for temaet som ønskes studert kan bidra til likverdighet i utforskning av område. Da skal intervjuer både bidra med kunnskap og skape en positiv situasjon for intervjuene. I foreliggende prosjekt satt intervjuer ved samme bord som fokusgruppedeltakerne og stilte spørsmål.

Jeg støttet meg til Kvales kvalifikasjonskriterier for intervjueren som å være tilstedværende, konsentrert, undrende, pågående, oppsamlende, selvforstående, innsiktfull og etisk. Det siste handler om å gi makten tilbake til de(n) intervjuete ved å skape rom for ytterligere tilføyelser og tilby å se hva som er samlet som data fra deres utsagn. Han mener at intervjueren kan verifisere sine tolkninger underveis i intervjuet gjennom å klargjøre svar som blir gitt. Han sier også at intervjuer ideelt sett vet hva det er viktig å hente kunnskap om og kontrollerer

intervjuet uten å være redd for å avbryte digresjoner (Kvale, 1997). Evne til empatisk påvirkning er positivt slik at alle kan komme til orde og føle seg trygg til å uttrykke divergerende syn, gi rom for å reflektere, være uenig og få fram felles mening på det enkelte spørsmål før neste spørsmål stilles. Avvik og annerledes tenkning er vesentlig. Det er viktig å ha tilstrekkelig teoretisk kunnskap, uten å virke som truende ekspert. Moderator/intervjuer kan komme til å blande rollen som faglig engasjert lærer med forsker og datasamlingsleder/moderator (Hylander, 1998; Kvale, 1997). Evne til å unngå korrigerende, veiledning eller rådgiving underveis kan lett bli en utfordring for moderator. Samtidig skal det vises respekt både for de enkelte medlemmene og det de bidrar med. Gjennom følsom lytting er det viktig å få med seg det som ikke blir sagt, hvordan noe blir forklart og om et emne er for emosjonelt til å bli fulgt videre. Det kan bety å tillate pauser og vise at ukonvensjonelle meninger godtas. En må derfor vise sjøldisiplin og ha perspektiv for utdypende spørsmål, kommunisere klart og forsøke å øke interaksjonen i gruppa. Når samtalen virket lite fokusert/utafør området veiledning av studenter i legemiddelhåndtering, ble aktuelt spørsmål gjentatt for å spore tilbake til temaet. For å klargjøre og utdype meninger underveis i intervjuet, ble tolkninger speilet tilbake til gruppa for å bli bekreftet eller korrigert (Kvale, 1997). Samtalen ble holdt i gang rundt det enkelte spørsmål til det virket uttømt.

#### **4.4 Gjennomføring**

Fokusgrupper består av en relativt homogent sammensatt gruppe som ledes av en intervjuer eller moderator. Gruppa kan være fra 4-15 personer, vi valgte 5 i hver gruppe.

Etter at prosjektet, metoden, spørsmål og observasjonsskjema var beskrevet i detalj, valgte vi å gjennomføre et pilotintervju med 15 minutters videoopptak. For at avdelingssykepleiere skulle kjenne metoden om fokusgruppeintervju ble tre fagartikler (Berge, 1999; Brataas, 2001; Schattner, et al., 1993) og en metodebok (Larsen, 2007) lagt til grunn. Pilotopptaket og notater ble gjennomgått med tanke på felles forståelse av gjennomføring, roller, beste kameravinkel og plassering i rommet. Spørsmålene ble delt ut til deltakerne en ukes tid på forhånd.

Metodevalget ble i søknaden beskrevet som datasamling gjennom dialoggrupper. For å beskrive hva og hvordan sykepleierne veileder samt hva som fremmer eller hemmer opplæring av sykepleierstudenter i legemiddelhåndtering, benyttet vi fem spørsmål drøftet som fokusgruppeintervjuer. Vi benyttet notater og videoopptak fortløpende under intervjuene. Observatører hadde observasjonsskjema (Vedlegg 1). Intensjonen var å få deltakerne til å



beskrive opplevelse, tanker og vurderinger av en spesiell situasjon, i vårt tilfelle veiledning i legemiddelhåndtering.

Fokusgruppeintervjuet i dette prosjekt ble organisert gjennom en times intervju i arbeidstiden. Det var vesentlig å kunne være uforstyrret. Det ble lagt vekt på å skape en trygg ramme og fredelig atmosfære slik at samtalen kunne flyte godt. Bord ble arrangert slik at deltakerne så hverandre uten stor avstand. Det var ordnet med gode stoler og frisk luft. Sykepleierne som deltok, hadde tilbud om te/kaffe underveis. De skulle ikke bli avbrutt for andre oppgaver. Meningsutvekslingen skulle løpe fritt slik at refleksjon og ettertanke fra deltakerne stimulerer til bredt beskrevet og drøftet tema. De utdelte spørsmål var ledetråd for fokusgruppeintervjuet og styrte dybde og intensitet i intervjuet. Spørsmålsrekkefølge, abstraksjonsnivå og stikkord fra moderator ble valgt for å få flyt og naturlig progresjon i fokusgruppeintervjuene. Notater ble gjort underveis i samtalen. Loggnotater ble skrevet umiddelbart av intervjuer/observatør i tillegg til noterte moment. Det moderator og observatør sammen hadde oppfattet ble lagt til grunn for data.

#### **4.5 Bearbeiding av data**

Dataanalyse ble gjort gjennom flere trinn. Analysen ble primært basert på notater tatt opp underveis i intervjuet (Berge, 1999). Validiteten hviler blant annet på at deltakerne snakker sant. Fokusgruppeintervjuet ble umiddelbart etterfulgt av en åpen refleksjon med alle involverte. Etter intervjuet gjorde moderator og observatører en spontan sammenfatning av hovedinntrykk på hvert spørsmål (Carey & Smith, 1994). Svar som intervjuer hadde notert avvek lite fra observatørens notater. Ved gjennomgang av disse viste det seg at observatørene i liten grad hadde notert spesifikke data. Skjemaene bidro ikke til korrektiv eller utfyllende info men bekreftet og styrket de data som intervjuer hadde samlet. Moderator så igjennom videoopptak samme dag. Det ga lite tilleggsinformasjon men forsterket de observasjoner og data som var samlet i intervjuprosessen. Dataene ble sammenfattet og ordnet i forhold til spørsmålene. Forankring av innholdet i fokusgruppeintervjuet ble gjort i møte med alle deltakerne. Gruppemedlemmene fikk anledning til å korrigere de sentrale utsagnene etter intervjuet for å gi og slik styrke validiteten (Berge, 1999). Funnene er i ettertid drøftet av avdelingssykepleier og forfatter. Beskrivelsene som sykepleierne ga, er samlet i meningsbærende enheter og gjengitt i tilknytning til de spørsmål som var utformet på forhånd.

## 4.6 Ethiske overveielser

Frivillighet ble ivaretatt ved først å informere grundig på et personalmøte og lage et informasjonsskriv som ble hengt opp på avdelinga. Deretter ble utvalget gjort ved loddtrekking blant sykepleiere som fylte kriteriene. De som ble trukket ut sa seg alle villig til å delta. Forberedthet ble ivaretatt ved tidlig informasjon, frivillighet og presentasjon av rådata for informantene slik at de kunne bekrefte egne meninger. Ved publisering av rapporten er sted og personer anonymisert.

Spørsmålene som blir stilt kan virke truende. Gjennom avdekking av kunnskapsmangel kan det gi funderinger om hva kollegaer og avdelingssykepleier vil synes om hverandre (Kvale, 1997). Det er viktig å vite at de svar som blir gitt, ikke skal kunne få konsekvenser for tilsetningsforhold eller ansvarsområder. Likevel vil en aldri forbli uberørt av inngående samtaler om vesentlige forhold. Som Løgstrup sier er dette en prosess basert på tillit. Den enkelte utlevere seg og gir noe av sitt liv over i den andres hånd (Løgstrup, 1990). Her gjaldt det både en yrkespraksis og en veilederfunksjon som ofte beskrives som belastende. Å presentere sin forståelse kan påvirke sjølbildet. En kan bli bevisst hva en syns en mestrer og hva som oppleves som utfordrende. Det vil ha betydning om en i løpet av intervjuet får bekreftelse og anerkjennelse eller skjerpene spørsmål og motsigelser. Gruppeintervju kan skape press til å mene det samme, om klimaet virker truende på dem som deltar. Å veilede sykepleierstudenter fører uvegerlig til at ens kunnskapsnivå blir kjent for andre, med de hull og svakheter det kan innebære. Likeledes kan personlige egenskaper i relasjonsbygging og kommunikasjon bli satt under lupen når en skal fortelle om erfaring og tanker rundt samarbeid med studenter i veiledningssituasjoner. Situasjonen med å snakke åpent om hvordan en som sykepleier veileder studenter innen et fagfelt, kan skape usikkerhet om kvalitet, innhold og metoder en sjøl bruker i det daglige.

Prosjektet ønsket å finne ut både hva og hvordan veiledning i legemiddelhåndtering skjer nettopp fordi det er lite beskrevet konkret. Tid til å være forberedt, kjenne på ubehag og kunne lufte tanker uten represalier kan skape et konstruktivt gruppeklima der mange synsvinkler kan komme fram. Om situasjonen derimot er kritisk og utrygg, kan det være lett å holde tilbake uenighet eller avdekke usikkerhet eller avvikende meninger. På den andre siden kan det være positivt å bli lyttet til og vist positiv interesse. Lyttingens kvalitet kan bære preg av en unik opplevelse for de deltakende.

Videomotstand var gitt lite oppmerksomhet. Det ble forklart før intervjuene tok til at alle opptak skulle slettes uten å bli lagret eller kopiert på pc. Det kan vekke ubehag å vite at en blir filmet (Ramirez AG, 1988). På forhånd var NSD-ombud for personvern kontaktet (NSD, 2009). Vi benyttet anonymiserte data. Særskilt tillatelse er ikke påkrevet med når datamaterialet og videofilm ikke lastes over på datamaskin i nettverk. Videotapene ble kun anvendt inntil data var godkjent av informantene. Så blir opptakene slettet. Det er viktig å presisere for de deltakende. Fokusgruppeintervju knytter ikke personopplysninger om enkeltdeltakere i denne kartlegginga. Ingen utsagn eller funn skulle kunne få konsekvenser for den enkeltes arbeidssituasjon eller tilsettingsforhold. Full konfidensialitet er likevel et motsetningsforhold i produksjon av kunnskap med forventning til at den skal kunne reproduseres av andre forskere (Kvale, 1997). Individuelle deltakerskjemaer ble ikke benyttet. Ingen data blir ført tilbake til individnivå eller personifisert kilde. Data registreres fra det gruppen som samler seg om: et eller flere synspunkt, holdninger eller faktiske forhold. Aktuelle funn skulle bare relateres til gruppen av sykepleiere. Konsensus, uenigheter og felles forståelser for gruppen var formålet med fokusgruppeintervjuet i denne sammenheng.

## **5 Resultater og teoretisk refleksjon**

Rapporten vil for den resterende del basere seg på data og inntrykk samlet fra moderator og observatør gjennom fokusgruppeintervju og samarbeid på ortopedisk avdeling som beskrivelser av hva og hvordan sykepleierne veileder i legemiddelhåndtering. Spørsmålene som ble stilt i fokusgruppeintervju danner bakgrunn for data og teoretisk refleksjon. De svar som kom fram var svært spennende. Totalinntrykket var preget av faglig engasjement hos profesjonelt innstilte sykepleiere som prioriterte pasientomsorg. Flere områder er egnet for videre samarbeid.

”Jeg ble engasjert og stolt over det som kom fram fra sykepleierne på min post. Jeg opplevde dem som dyktige og fleksible,” uttrykte avdelingssykepleier etter gjennomlesing av data.

Videre i rapporten er direkte sitat fra intervjuet kursivert for å framheve det sykepleierne sa.

### **5.1 Sykepleiernes beskrivelse av hva begrepet veiledning omfatter**

Begrepsavklaring vekket lite engasjement blant sykepleierne. Fokusgruppen virket taus om begrepsdiskusjon og kunne virke litt uinteressert i teoretisk drøfting, praksis engasjerer. Vårt spørsmål til gruppen var hva de legger i begrepet veiledning i legemiddelhåndtering. Sykepleierne fokuserer og prioriterer pasientenes behov. Derfor var de opptatt av at:

- *pasientomsorgen styrer sykepleierhverdagen.*

Studentene inkluderes løpende arbeidsgang for å formidle sykepleierrolle og funksjon til framtidige sykepleiere, og

- *undervisning skjer når det passer i arbeidet.*

Modelløring og kompetanseutvikling blir tilpasset den enkelte student. Ved å legge til rette slik at studenten får oppgaver på eget nivå skaper sykepleierne mulighet for

- *en vesentlig og gradvis sosialisering i rollen.*

Håndverkstradisjon er fortsatt i sykepleien en utdanningsform hvor mesteren har med seg en lærling. Kunnskapen har vært forstått som taus. Lærlingen lærer ved å se hva mesteren gjør, og hovedfokus har da vært på mesterens virksomhet. Polanyi (Polanyi, 1983) hevdet at vi kan mer enn vi vet. Tveiten drøfter med henvisning til Lauvås (1990) forståelse av ordbruken, og foreslår at "kompetanse" som begrep kanskje er mer presist enn "taus kunnskap", siden det ofte handler om implisitt mestring, med både kunnskaper, ferdigheter og holdninger (i Tveiten, 2002). Kunnskap som er vanskelig å sette ord på, har de seinere åra blitt oppvurdert. Det er kunnskap som er integrert i personen som kommer til syne uten at det er lett å uttrykke hva en gjør. Når sykepleierne her samtaler om læring på spørsmålet om hva begrepet veiledning betyr, beskriver de trolig kompetanseformidling mer enn det en akademisk vil legge i veiledning. Veiledning nettopp kan legge til rette for at handlinger blir bevisste. Bevisstgjøringen kan både føre til forbedring eller bekreftelse av eget faglig grunnlag (Tveiten, 2002). Slik refleksjon kaller (Schön, 1987) for intensjonell refleksjon. Det er bygget inn i de metoder skolen angir at sykepleierstudenten skal benytte som redskap, både for å utvikle sin evne til å sette ord på tanke, følelse og handling, og for å gi grunnlag for respons fra sykepleierne som veileder (Høgskolen i Gjøvik, 2008a).

I samtalen valgte sykepleierne raskt å gå videre etter spørsmålet om hva de la i begrepet veiledning. Da prosjektet ble utformet snakket vi som lærere og ledere om hva vi egentlig mente. Når lærere snakker om opplæring, er det ikke klart om de da mener kun teoriformidling, eller også inkludere utvikling av ferdigheter i klinisk praksis. Pasientomsorg krever kontinuerlig oppmerksomhet, men studenter er bare tidvis i avdelingen. I forståelsen av hva skole legger opp som teoretisk pensum og undervisning, kan det tenkes at noe gjenstår til den praktiske opplæringa. Kanskje påvirker det hvordan sykepleierne møter studentene? Enkelte dager er de på avdelingen, andre dager er de på skolen eller på refleksjonsvakt med kontaktlæreren. Schön har beskrevet forskjellige refleksjonsnivåer som ender opp i begrepet "worldmaking", med "reflections-on-reflections". Betegnelsen brukes om aktiviteten med å sette ord på, med god verbal beskrivelse, de refleksjoner en gjør seg når en i en handling

stopper opp og vurderer handlingsalternativ. Fra å vite hva en skal gjøre, ”knowing-in action”, mestre selve den manuelle ferdighet som kreves, avanserer en yrkesutøver gjennom refleksjon og kritisk tenkning på mulige alternativer til større mestring og kunstnerisk dyktighet. Refleksjoner i ettertid om hva som ble gjort, tenkt og følt, oppfattes som en lavere grad av mestring, men er nødvendig i utviklingen. Schön (1987) hevder også at nyansering skjer gjennom interaksjonen mellom mennesker i handling, både gjennom tause teorier ”theories-of-action”, ofte implisitte, og de som er dynamiske og setter sykepleierne i stand til å mestre uforutsigelige, usikre, unike og konfliktfylte situasjoner :”reflection-in action”(Schön, 1987).

Veiledning kan påvirke begge parter under veiledningen. Siden kompetanse både handler om teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og etisk kunnskap, var det tydelig at sykepleierne vekslet mellom aktiviteter der de sjekket ut hva studentene forsto og mestret, for så å utfordre og peke på mulige veier for å utvikle kompetansen. Fagermoen mener at den praktiske kunnskapen omfatter rasjonell ferdigheter, manuelle ferdigheter og samhandlingsferdigheter (Fagermoen, 1993). Gjennom fokusgruppeintervjuet kom samme bevissthet fram. Sykepleierne drøftet og beskrev alle de samme elementer av legemiddelhåndtering som fins i skolens pensum. Ved å benytte taksonomi og forskjellige nivåer for studentens målformulering i veiledet praksis, gir skolen føring for de mål sykepleierne skal hjelpe studentene å arbeide mot (Høgskolen i Gjøvik, 2008a).

For å sikre riktige og forsvarlige arbeidsoppgaver for studenter i løpet av utdanningsforløpet, skisserte sykepleierne allerede i innledningen av fokusgruppeintervjuet en ønsket modell for progresjon som kan dokumenteres skriftlig. I interaksjonelle forhold vises til at dialogen, den treleddete samtale likevel ikke er tilstrekkelig i profesjonelle sammenhenger. Anerkjennelse av den andre, -hverandre, som partnere, kan frambringe dialog hvor en er hverandres sak, en angår hverandre som mennesker slik både Martinsen, Scheel og Skjervheim tar opp i sine tenkning (Martinsen, 2005; Scheel, 2005; Skjervheim, 1996).

De personlige kvaliteter vil alltid være i et samspill, slik Kierkegaard ofte blir referert, fritt utlagt: Hvis man i sannhet skal hjelpe en annen, må en begynne med å forstå hvor den andre er. Mesterens merforståelse hjelper ikke (Kierkegaard & Næss, 1994).

## **5.2 Oppfatning om veiledningen av sykepleierstudenter**

Vårt spørsmål til sykepleierne var hvordan, både hva og hvorledes veiledningen av sykepleierstudenter i legemiddelhåndtering foregår i praksis. Sykepleierne drøftet i intervjuet

inngående hvordan det er mulig å sikre seg en oppfatning av hva en student kan og ikke kan. Drøftinga endte opp i forslag til opplæringslogg (se kapittel 9), siden nivået på de forskjellige studentene varierer svært sjøl om de er i samme kliniske praksisperiode. Sykepleiere i ortopedisk avdeling har mange oppgaver, høyt tempo og krevende pasienter. I klinisk praksis kan det være at sykepleierne som har ansvar for veiledning fokuserer på formelle dokumenter som styrer sykepleierutdanningen, slik som samarbeidsavtalen (Sykehuset Innlandet & Høgskolene i Innlandet, 2008). På den andre side, er sykepleierne pliktig til å følge de lovpålagte funksjoner som utløses av de behov pasientene presenterer slik både helsepersonellovene og forskriften for legemiddelhåndtering angir (Helsedirektoratet, 2008; Helsepersonelloven, 2008). Fordi studentene ikke lenger er å regne som arbeidskraft, kan det oppfattes som et dilemma: hva er viktigst i arbeidsdagen, pasienten eller studenten? Grunnlaget for å utvikle kompetanse må være tilstede hos studentene. Sykepleierne beskrev hva studentene måtte kunne og hva de ble veiledet i. Det var viktig å

- *kjenne medisinaler, forstå bruk av ATC-nr, og kunne slå opp i håndbøker.*

Diskusjon rundt kompetanseforutsetninger er nødvendig når studenter ønsker å være aktivt deltakende på medisinaler. Informantene la vekt på betydningen av å kjenne den enkeltes kompetanse for å kunne følge opp forskjellige studenter de har på avdelingen. Det er helt i tråd med hva forskriftene beskriver (Helsedirektoratet, 2008). Studenten må vise tilstrekkelig hygieneforståelse til å kunne utføre sterile prosedyrer. Undervisning og øvelser skjer deretter når det passer i daglig virksomhet. Studentene må demonstrere at de kan

- *bruke tekniske hjelpemidler for å blande antibiotika, montere intravenøse infusjonssett, trekke opp injeksjoner, legge venekanyler med forsvarlig hygiene.*

Veiledningen besto av flere taksonomiske nivåer gjennom å vise og forklare, la studenten prøve, og seinere få gjøre under oppfølging. Å følge sykepleieren ble beskrevet som sykepleierstudentens viktigste aktivitet. Oppfølginga kunne starte som direkte veiledning i pasientsituasjoner og utvikle seg til indirekte veiledning ved at oppgaven ble avtalt. Studenten utførte deretter oppgaver sjølstendig mens sykepleier var tilgjengelig for bistand. Gradvis utvikling av kompetanse skjer ved å

- *følge i daglig arbeid, vise, prøve og øve. Alt blir kontrollert av sykepleierne.*

Sykepleierne kom detaljert inn på hvordan ”en taler om saken”(Martinsen, 2005). De stiller spørsmål til studenten. Ved sykesengen ønsket de å vise pasienten full oppmerksomhet, derfor kontrollerte de studentens forståelse for sykdom og medikamenter i andre sammenhenger. Når studenten lurte på noe, ga sykepleierne sjelden direkte svar sjøl, men utfordret studenten til å finne svar (Pettersen, 2005). Sykepleierne hjalp studentene med å

problematisere og utforske det emnet de søkte kompetanse på. Deretter ble studenten oppfordret til å undervise på avdelingen for medstudenter og ansatte.

Å drøfte faglige forhold er viktig. Veiledningen skjedde gjennom:

- *å stille spørsmål til studenten: utfordre til å finne svar, be studenten undervise på avdelingen, for å synliggjøre forståelse for sykdom og medikamentbruk.*

Sykepleierne la inn etikk i studentveiledning med:

- *drøfting av etiske dilemmaer, tvangsmedisinering og sedering.*

Veiledning som dialog og som treleddet samtale (Martinsen, 2005) kan virke forvirrende for studenter i utdanning. I profesjonelle sammenhenger vil sykepleier og pasient samtale om sykdommen, diagnosen, behandlingen eller legemidlet. I veiledning mellom sykepleier og student vil det på samme måte handle om hva studenten gjør.

Flere kunnskapstyper er nødvendig å erverve seg som sykepleier. Marit Kirkevold hevder at både teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og etisk kunnskap må integreres i sykepleieren (Kirkevold, 1996). Det er gjennom bevisstgjørende prosesser i veiledning dette kan skje. Den teoretiske og praktiske kunnskapen har et felles faglig innhold for alle sykepleierstudenter, mens erfaringskunnskapen vil være individuell og gi personlig opplevd kunnskap. Martinsen hevder at det faglige skjønn læres i levende sammenhenger og at et godt klinisk blikk bygger på naturvitenskaplig kunnskap. Da kreves innsats i tydingen av det kliniske til ”å ville den fremmede og fienden vel” (Martinsen, 1993). Studentene må få mulighet i praksis til å beskrive tenkemåter, beslutningsgrunnlag for tiltak og de etiske utfordringer de opplever. ”Undervisningen skal tilpasses elevens evner, sosiale og kulturelle bakgrunn, kjønn og bosted” (Imsen, 2005). Sykepleierne viste stort engasjement i slik tilpassing.

Bevissthet om maktforhold ble drøftet. Veileder skal komme studenten nær for å gi mulighet til å utvikle sitt potensiale og overkomme hindringer også på det personlige plan (Eide, 2008). Veilederen må forstå den makt og de påvirkningsmuligheter det ligger i ulike veiledningsmetoder og strategier (Mathisen & Høigaard, 2004). Knud E Løgstrup mener det er makt i all kommunikasjon. Han vektlegger de etiske utfordringer som ligger i menneskemøter, preget av det han kaller livsytringer, hvor ”talens åpenhet” og tillit enten fins eller er totalt fraværende (Løgstrup, 1990). Veiledningssamtalen vil kunne betegnes som asymmetrisk, idet veilederen alltid vil ha spesielle kvalifikasjoner, dyktighet og er tillagt et spesielt ansvar med oppgavene i forbindelse med studentene. Samtidig skal de som sykepleiere ha pasientpleien, terapi og medisinsk behandling som hovedfokus. respekt og

interesse for kompetanse og sykepleierfunksjon. Veisøkeren, sykepleierstudenten, vil ha forventning om en viss moralsk og faglig standard i utførelsen av veiledningsarbeidet.

Veiledningen er likevel alltid et middel, aldri et mål, men noe som kan bidra til at en sjøl gjør nye oppdagelser og lærer noe. Veiledninger er beskrevet som situasjoner og prosesser hvor veileder i en respektfullt dialog kan peke på mulige veier som studenten (veiveisøker) etter fri vilje og overveielse kan velge. Veiledning er et gjensidig relasjonelt forhold (Tveiten, 2002). Siden samarbeidsprosjektet ønsket å vurdere hva som kan gjøres for å øke kvaliteten på opplæringa i legemiddelhåndtering, var dette et viktig spørsmål. Øhrlings forskning om veiledning i praksis viser til betydningen av å utvikle tillit til studentene og kunne inkludere dem i sitt daglige arbeid (Øhrling & Hallberg, 2001). Kierkegaard blir referert i Skjervheims ”Deltakar og tilskodar” fra 1957 (Skjervheim, 1996), hvor en forutsetning for samtalen er likeverdige subjekt.

Å oppfordre studentene til å sette ord på sine handlinger og tanker er vesentlig for sykepleierne i pedagogisk sykepleiesammenheng. Å ville forstå den andres tanker er samtals hemmelighet. Martinsen skriver at en snakker sammen ”.. uten komme for nær..”, men også uten å bli for distansert (Martinsen, 2005). Susanne Gordon skriver at eksperter i sykepleie bare konsentrerer seg om å utøve yrket uten å beskrive hva de gjør. Særlig gjelder det dem som har det travelt. Derfor refererer hun til P Benner (i Buresh & Gordon, 2000) hvis en er sterkt engasjert og det kan være vanskelig å finne ord. For å forstå sykepleie kan en ha nytte av å beskrive ”dispassionate”, -ulidenskaplig, hva og hvordan sykepleie utøves. Drøfting av delegerede oppgaver er vesentlig. Det skjer når sykepleierne og studentene

- *diskuterer medisiner og legens forordninger.*

Forskriften om legemiddelhåndtering er blitt konkret med hensyn til hvem som har ansvar når oppgaver delegeres etter Helsepersonelloven § 5 om bruk av medhjelpere.

Den som overlates oppgaver, må ha tilstrekkelige kunnskaper til å utføre disse på en faglig forsvarlig og adekvat måte slik lov og forskriftens § 4 tredje ledd beskriver (Helsepersonelloven, 2008; Legemiddelhåndtering, 2008). Sykepleierne i intervjuet tilpasset oppgavefordelingen og sa at:

- *undervisning skjer når det passer i arbeidsgangen.*

Veiledningen får økt bredde og kvalitet når sykepleierne tar studentene med på å diskutere medisiner og legens forordninger. Samtidig kan det fysiske rommet og stedet være med å sette atmosfære til samtalen (Martinsen, 2005) med tanke på best mulig veiledning.



### 5.3 Forhold som fremmer veiledning av studenter

Spørsmålet gjaldt hvilke forhold sykepleierne mener fremmer veiledning av studenter i legemiddelhåndtering. Igjen lette vi etter svar på hva og hvordan veiledning kan kvalitetssikres. Mange elementer kom fram i denne delen av fokusgruppeintervjuet. Både ytre og indre faktorer, omgivelsens kvaliteter, personlige forhold og holdninger ble trukket fram. Flere rammefaktorer er viktig for kvalitativ god veiledning. Viktigste var:

- *rommelige lokaler for medisinaladministrering*

Det teoretiske grunnlaget for klinisk praksis styrkes ved at det fins:

- *oppslagsverk og lærebøker tilgjengelig på avdelinga*

slik at uklarheter og spørsmål kan avklares og underbygges. Studenten kan lese seg fram til ny forståelse. Tilgjengelig læreverk, oppslagskilder vil kunne styrke en aktiv kunnskapssøkende praksis, som tar utgangspunkt i at verken en autorisert sykepleier eller en student vil kunne kjenne alle forhold rundt medikamenter som forskrives. Her som i intervjuet forøvrig, kommer fram at legemiddelhåndtering faller inn som en del av å sikre pasientene god medisinsk og sykepleiemessig oppfølging.

Veiledningen skjer hovedsaklig ved å ha med studenten i daglige arbeidsoppgaver.

De ønsket å kunne ha mulighet til å gi konsentrert oppmerksomhet til ei enkelt oppgave og få avslutte den før nye introduseres. De beskrev hvordan kveldene kan gi mer tid for veiledning enn dagvakter hvor pasientbehandling står i første rekke. Da er det ikke er så mange rutinemessige behandlingstiltak som skal gjennomføres som på dagtid. Planlagte inn –og utskrivninger, operasjonsforberedelser og medisinske visiteringer er konsentrert til dagvakter og skyver dermed lett studenten vekk fra oppmerksomheten. Et elementet som fremmer veiledningen var muligheten til å ha:

- *arbeidsro til å konsentrere seg om studenten.*

Tidligere modell med kontaktsykepleier der hver student hadde fått anvist sin primære, ”egen” kontakt for praksisperioden er erstattet med daglig veileder som skifter etter hvilke sykepleiere som er på vakt (Sykehuset Innlandet & Høgskolene i Innlandet, 2008). Derfor betonet de nå nødvendigheten av

- *hensiktmessig organisering/arbeidsdeling.*

I studentens praksis oppfordres de til skriftlig, daglig refleksjon over mål og erfaringer.

Mange sykepleiere i intervjuet beskrev at de stilte spørsmål underveis i arbeidsgangen, for å gi rom til bevisste handlingsvalg. Dette kan en se som en form for problembasert opplæringsmodell (Pettersen, 2005).

Studentenes holdninger til sykepleierne har betydning. Informantene etterspurte spesielt:

- *respekt og interesse for sykepleierfunksjon og kompetansen.*

Veiledningens særpreg kom fram i betydningen av relasjonen mellom sykepleier og student.

Nærhet i relasjon til studenten, slik også Øhring (Øhring & Hallberg, 2000, 2001) beskriver, er både en betingelse og en utfordring. Da må studenten møte åpent med sine forkunnskaper og vise vilje til å søke bevissthet om egen kompetanse. Åpen drøfting av kompetanseforutsetning var avgjørende for sykepleierne. De trengte

- *studenter som viser kompetanse gjennom forkunnskap og forståelse*
- *drøfting når studentene ønsker å være aktivt med på medisinaler*

Godt forberedte studenter legger grunnlag for god veiledning og god sykepleie til pasientene. Sykepleierne framhevet hvordan studentenes holdningen kunne vekke engasjement hos dem sjøl. De ønsket seg:

- *engasjerte studenter som synliggjør kompetanse i stellesituasjon, pasient- og sykdomsforståelse.*

Relasjonen ble styrket når studenten tar utfordringer og er bevisst hva de kan/ikke kan. Da kan studenten høste mer fra sykepleierpraksis. Faglig kompetanse hos studenten gir mulighet og trygghet til å gi dem stadig nye utfordringer. Sykepleierne opplevde det som stimulerende å møte studenter opptretter faglig forsvarlig. Det ville de gjerne kom fram som verbalisert og synliggjort kompetanse ved samtale, handling og beskrivelse av kliniske observasjoner, både for pasient og sykepleier. De ventet at studenten sjøl skulle kunne sette ord på eget kompetansenivå ut fra erfaring, kunnskap og tidligere praksis. Helsepersonelloven angir mulighet til å bruke medhjelper. Studenter søker ofte å vise hva de kan for å få økt tillit og ansvar. Studenter skal bare utføre sjølstendige oppgaver som et ledd i opplæring i klinisk praksis, ikke som medhjelper (Helsepersonelloven, 2008). Det kom tydelig fram at aktive og kunnskapsrike studenter ble opplevd som en inspirasjon til aktive veiledningsmiljøer. Omsorgsutøvelsen er ei særlig viktig oppgave for sykepleierne. Veiledninga ble ivaretatt gjennom bruk av hele sykepleiefaget bevisst i pasientomsorg og kirurgisk pleie. Studenten skal følge med, observere, spørre og delta slik den enkelte sykepleier valgte å legge opp arbeidsdagen. En bevisst hensiktsmessig organisering og arbeidsdeling er slik at hverken pasienter eller studenter blir skadelidende.

#### **5.4 Forhold som hemmer veiledningen**

Spørsmålet skulle å få fram mulige forbedringsområder. Her lette vi etter hvilke forhold sykepleierne mener hemmer veiledningen. Det ble ikke lagt vekt på å begrunne årsaksforhold

til det som oppleves som hemmende. Kvalitetsforbedrende arbeid må starte med å registrere virkeligheten og de reelle forhold, for deretter å utvikle mulige mål og se på nødvendige tiltak som kan settes i verk. Fokusgruppeintervjuet sin åpne form ga anledning til å drøfte både hindringer og tiltak som kan bedre veiledningssituasjoner. Uforutsigelig arbeidsdag virker inn på veiledningen men er en del av realitetene på kirurgisk avdeling. Veiledningen hemmes av at sykepleierne får:

- *uforutsatte oppgaver på en akutt ortopedisk avdeling*

Det gir brudd i arbeidsrytmen og gjør at veiledning utsettes for å ta seg av øyeblikkelig syke pasienter. Sykepleierne beskrev sengeavdelingen med relativt lite plass som spesielt er egnet og beregnet for student/sykepleiersamarbeidet. Når det kommer mange ekstra pasienter som øyeblikkelig hjelp kan det være vanskelig å finne plass til samtaler konsentrert om studentene. Vygotsky og Dewey hevder at læring bare kan skje i felles kunnskapsproduksjon (i Dysthe, 2001). Studentens kontinuitet i veiledet praksis blir hemmet når det:

- *verken er tid eller rom for samtaler med studenten i dagvakt.*

Upedagogiske forhold ble beskrevet. Praksisrutiner var direkte i strid med faglitteraturen som studentene benytter. Sykepleierne forklarte at:

- *avdelingens rutiner for medisindeling ikke er samordnet med måltidsrytmene.*

Det nyanseres ikke mellom medisin som skal tas til mat og drikke eller utenom måltider sjøl om mange medikamenter blir påvirket av næringsinntak.

Synonympreparat har gitt en relativt ny oppgave til sykepleiere når de skal administrere legemidler. ”Det kan byttes mellom byttbare legemidler som er oppført i byttelisten fra Statens legemiddelverk. Virksomheten skal ha rutiner som sikrer forsvarlig bytte mellom byttbare legemidler” (Legemiddelhandtering, 2008). På grunn av mulighetene til å benytte parallellimport kan et generisk preparat dukke opp med nytt navn og styrke og utseende. Sykehusets policy med parallellimport gjør at:

- *utregning av synonympreparat tar mye tid .*

Sykepleierne må bruke ekstra tid på informasjon (Spigset & Nordeng, 2008). Lovverket i helsetjenesten gir pasientene rett og sykepleierne plikt til grundig informasjon (Helsepersonelloven, 2008; Pasientrettighetsloven, 1999). Nytt navn eller utseende på tabletter fører til behov for en annen form for informasjon idet:

- *pasienter må orienteres om skifte av preparat/synonymt medikament.*

Under intervjuet ga sykepleier et eksempel hvordan en pasienten fikk samme medisin han brukte hjemme i en tablett, men som under sykehusoppholdet ble gitt tilsvarende dose som 16 tabletter. Innholdet var det samme, men sykehuset hadde valgt en tablettutgave med svært lav

styrke. Veiledningen hemmes under tidspress. Ikke uventet ble mange av forholdene som hemmer veiledning forsterket av:

- *tidsknapphet.*

Veiledning krever mer tid både for å sikre at studentene har tilstrekkelig forutsetning for å regne riktig dose, og deretter forklare pasienten hvorfor det administreres slik. Studenter som har vist et funksjonelt nivå av kunnskap, kan bli satt til å lese på egenhånd og informere pasientene sjølstendig, uten av sykepleier overhører hva som blir forklart. Siden veiledning av studenter i det store og hele ikke lenger er knyttet til en kontaktsykepleier, vil både plassforhold og tidsfaktor presse studenten ned på prioritetslista. Slik denne avdelinga organiserte utdeling av medikamenter, ble det trangt på medisinerrommet når fire sykepleiere samtidig skulle administrere morgenmedisiner, og legge i døgndosetten, gi lunsjmedisiner og blande antibiotika. Hvis en hadde valgt å organisere etter primærsykepleiemodell, ville det være enda mer plasskrevende. Nå var det en sykepleier med legemiddelansvar for ei gruppe pasienter. Det er ingen ideell læresituasjon hvor studenten kan følge medikamentforordning kontinuerlig knyttet til pasient og sykdom.

Arbeidsgangen bar preg av mer oppgaveorientert sykepleie enn pasientfokuset. Siden sykepleierne har ansvar for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, er arbeidsdagen ofte preget av:

- *mange avbrudd med stadige telefoner og ikke planlagte legehenvendelser.*

Sykepleierne syntes det var vanskelig å vite hvordan de kan sikre kvalitet på veiledning i legemiddelhåndtering. En situasjon som ble framhevet, var når studenten er svært ivrig og stiller mange spørsmål. Hvis de er ivrige etter å få tilgang til å være med på medisinerrommet, savnet sykepleierne en god praksis for å sikre tilstrekkelig forkunnskap og forståelse. De ønsket å holde igjen på å la studenter utføre arbeid som medisindispensering, før studenten har vist god kompetanse og sykdomsinnsikt i pasientsituasjonene. Dagens vurderingsskjema inneholder ingen progresjon eller opplæringsplan spesifikt for legemiddelhåndtering. Imidlertid vil det alltid være forskjellige kompetansenivåer, både blant sykepleiere og sykepleierstudenter. Hos noen studenter kan framgangen være vanskelig å spore.

Sykepleierne betonet igjen:

- *savnet av opplæringslogg for legemiddelhåndtering.*

Siden framgangen til den enkelte student er ikke etterspurt spesifikt i legemiddelhåndtering ønsket sykepleierne seg en opplæringslogg for legemiddelhåndtering. Da kan de unngå å gi oppgaver til studentene med:

- *uklare eller sviktende forkunnskaper.*

Tidsknapphet påvirket sykepleierne til løsninger de ikke alltid syntes var best med tanke på

opplæringa fordi pasientens behov går først. Det gjorde sykepleierne bekymret for følger av:

- *passive studenter* .

Om en student er taus er det ikke mulig å vite om det skyldes trygg forståelse eller manglende kompetanse, uten å bruke mer tid sammen med studenten. Tid kan være mangelvare.

Betydningen av å bruke tid til veiledning var sentralt. De må etablere nye relasjoner hver dag.

Uten praksisveileder som holder kontinuiteten, mente sykepleierne at det iblant kan bli:

- *uklare samarbeidsformer mellom student og sykepleier*.

Veilederpraksis var endret i tråd med samarbeidsavtalen. Veilederansvaret fordeles på dem som er på vakt. Nå har:

- *kontaktsykepleierfunksjonen opphørt*.

Veiledningen kunne bli variabel med bakgrunn i:

- *ujevne kompetansenivåer hos sykepleierne*.

Å bruke arbeidstid på studenter som er ivrige og spørrelystne diskuterte de som et vesentlig moment. Sykepleierne sa de var usikre fordi det kan kreve mer tid enn om studenten følger taust med i hva sykepleier gjør i pasientomsorgen.

Å lese og skrive skriftlige tilbakemeldinger i studentenes refleksjonslogger :

- *blir utsatt eller nedprioritert av sykepleierne*

når de har øyeblikkelig hjelp oppgaver på en travel ortopedisk avdeling. Derved svekkes den felles læringsarenaen og kontinuitet i læreprosessen som kunne hjulpet studenten videre.

Samarbeidsavtalen presiser ikke hvilken tilknytning eller kontakt det er mellom de daglige veiledere som alle går i turnus. Men: ”..Studenten skal fortrinnsvis følge veileders turnus...”

På prosjektavdelinga skiftet veileder fra dag til dag. Og: ”...Veileder skal gi studenten rom for refleksjon, og veilede i å integrere teori og praksis...” Derfor er det viktig å kjenne til at i

krav til praksisstedet er beskrevet at det skal bli lagt til rette for: ”... at studentenes daglige veileder skal kunne gjennomføre sitt veilederoppdrag...”(Sykehuset Innlandet & Høgskolene i Innlandet, 2008). Den skriftliggjorte tilbakemeldinga som sykepleier skal gi studenten er en viktig kilde til studentens faglige og personlige kompetanseforståelse (Høgskolen i Gjøvik, 2008a).

## **5.5 Bevissthet om lovverk relatert til veiledning i legemiddelhåndtering**

Sykepleierne er underlagt lovverk og forskrifter i all sin yrkesutøvelse. For å gi studenten mulighet til å utvikle sitt handlingsrepertoar, må sykepleierne sikre seg hva den enkelte kan. I de nye forskriftene er det gitt krav om realkompetanse. Men sykepleierne fortalte at:

Sykepleiere gjør ikke alltid det de vet er best for pasientene. Det er beskrevet et gap mellom viten og praksis i Alvild Dihles studie av smertelindring i ortopedisk avdeling (Dihle,

Bjølseth, & Helseth, 2006).

- *farmakodynamiske forhold i liten grad ble vurdert ved legemiddelhåndtering*

Sykepleierne diskuterte hvorfor idealer og virkelighet samsvarer dårlig. De drøftet hvordan få sykepleiere fører til

- *bemanningsforhold som hindret såkalt dobbeltsjekking av legemidler.*

Sykepleierne la vekt på at de alltid sørget for at:

- *to kontrollerte korrekt bruk og dosering av legemidler når studenter deltok i legemiddelhåndtering.*

Kompetanse om eldre og bruk av legemidler trengs i store deler av sykepleierpraksis. I dagens virkelighet i ortopediske avdelinger er pasientene ofte eldre, med flere lidelser og de bruker mange medikamenter. Aldersforandringer er verken noen diagnose eller en tilstand som kommer uventet. Polyfarmasi hos eldre er blitt et stort problem.

- *Det er lite oppmerksomhet på farmakodynamikk/farmakokinetikk*

Legemidlenes skjebne og samspill kan ha vesentlig betydning. Faglitteraturen vier dette temaet spesiell oppmerksomhet (Legemiddelhåndboka, 2009). Sykepleierstudentene må læres opp til å være aktivt kunnskapssøkende. Faglig forståelse og oppfølging er nødvendig når eldre pasienter behandles i ortopedisk avdeling. Mange små detaljer krever tid og årvåkenhet, enten de skal titrere medisiner, vurdere interaksjoner eller gi informasjon og legge opp egne regimer som er tilpasset den eldres krefter, kunnskap og vilje (Legemiddelhåndboka, 2009). Sykepleierne trenger trygghet i egen funksjon, slik at både pasienten og studenten kan veiledes nøyaktig og forsvarlig (Tveiten, 2008).

Det er stadig økende medikamentforbruk i Norge (Bondevik II Regjeringen, 2004-2005). Med økende bruk stiger faren for feil. Ifølge Helsetilsynets vurdering (Statens helsetilsyn, 2002) skal sykepleier som administrere medikamenter også følge opp med observasjon av virkning og bivirkning. I intervjuene ble det uttrykt felles enighet om at det var:

- *lite vekt på bevissthet rundt interaksjonsforhold.*

Rutiner og rasjonalisering av arbeid kan skape konflikt. Lokale tilpassinger for legemiddelhåndtering ble beskrevet. Intervjuene synliggjorde flere områder med

- *lokale regler for ordinasjon og medisinpraksis.*

Dessuten var de enig om at det var:

- *uklar praksis for dokumentasjon og varierende bruk av signaturregler.*

Den nye forskriften sier i rundskrivet fra Sosial - og helsedepartementet at virksomhetens prosedyrer skal beskrive god og forsvarlig praksis, være dokumentert og gjort kjent, samt etterleves i virksomheten (Legemiddelhåndtering, 2008). Trolig har innskjerpelsen kommet

som reaksjon på tidligere manglende rutiner med dobbeltkontroll ved et annet sykehus da en sykepleier forårsaket at et lite barn døde.

Misforholdet mellom anbefalinger for når et medikament skal inntas er tidligere beskrevet.

Det får betydning for veiledninga når :

- *sykehusets legemiddelrutiner er ikke samordnet med måltidsrutiner.*

Arbeidet med utdeling er organisert som en rundefunksjon, dvs en sykepleier går rundt til flere pasienter etter tur. Den sykepleieren har vanligvis ikke ansvar for måltidservering til den enkelte pasient. Mange pasienter forsyner seg sjøl fra sykehusets forskjellige tilbud i kantiner og avdelingens spisesal når de er sultne. Forskjellige legemidler, for eksempel antibiotika, må tas på en bestemt måte for å oppnå optimal effekt (Legemiddelhåndboka, 2009). Studentene skal veiledes i hvilke legemidler som skal tas med et lett måltid, hvilke som ikke må kombineres med melkeprodukter, og hvilke som må tas midt mellom to måltider. Detaljene krever nøyaktig kunnskapsforståelse og riktige forholdsregler ved utdeling og samordning med næringsinntak for øvrig.

Avviksregistrering er en del av kvalitetsarbeid i sykehus. I følge sykepleierne i intervjuet ble det ofte utelatt å sikre korrekt administrering gjennom dobbelt kontroll. Dobbelkontroll som arbeidsmetode er viktig at studentene lærer som en del av å arbeide forsvarlig. Sjøl mente sykepleierne å ha et potensial til å melde flere avvik. Helsetilsynets rapport angir at feil oppstår på grunn av at det unnlates å kvittere for gitt medikament i 30-50% av tilfellene (Statens helsetilsyn, 2002). De kaller det et isfjellfenomen, med sammenheng mellom systemproblem og antall skader i legemiddelmiddehandteringen, samt stor underrapportering om feilmedisinering. De antar at medarbeiderne frykter for å bli lastet for feil som er oppstått, dels at det føles nytteløst å melde fra. Dette står i kontrast til utsagn om at sykepleierne:

- *la aller mest vekt på forsvarlig pasientomsorg.*

Sammenhengen som studenter skal lære i, er svært spesiell når det foregår i reelle pasientsituasjoner. Kontekst, omgivelsene er svært lite kontrollerbare, siden det stadig oppstår forstyrrelser fordi pasienter som er skadd, har blitt operert eller er syke, vil by på nye læresituasjoner som ikke kan planlegges. Samtidig skal sykepleierne som veileder ha en kontroll på hva studenten kan og mestrer i denne sammenhengen (Tveiten, 2008). Veiledning i slike sykehusavdelinger blir derfor både svært krevende og gir rike muligheter til å lære mye av sykepleiers særegne arbeidsutfordringer.

Retningslinjer for studentenes opplæring i sykehus betinger at studentene kan gis nok tid og oppmerksomhet til å lære gode rutiner og opparbeide nødvendig kompetanse (Sykehuset Innlandet & Høgskolene i Innlandet, 2008). Uansett modeller for oppfølging, er det de aktive sykepleiernes forutsetninger som vil prege utdannings situasjonen i sykehus. Direktøren har

det formelle ansvar for at ledelsen på den enkelte avdeling får mulighet til å veilede sine ansatte ifølge §§3-8 og 3-10 (Spesialisthelsetjenesteloven, 2006).

Helsepersonellet som gis legemiddelhåndteringsoppgaver, må ha de nødvendige reelle kunnskaper (realkompetanse) for å kunne håndtere oppgaven. Da gjelder det reell kompetanse for de oppgaver som skal utføres, ikke bare på formell utdanning. En forutsetter at det gis nødvendig og kontinuerlig opplæring (Legemiddelhåndtering, 2008).

For å være gode veiledere ønsket sykepleierne å sikre seg oppdatert kompetanse. De beskrev behov for:

- *mulighet til å utføre forsvarlig arbeid gjennom tilrettelegging og egen veiledning.*

De nye forskriftene utdyper at virksomhetsleder skal sørge for rutinene og at mulighetene er til stede (Legemiddelhåndtering, 2008). Helsepersonell vil likevel, som sykepleier og student i praksis, ha individuelt profesjonsansvar for alle sine handlinger, inkludert plikten til å arbeide forsvarlig og holde seg tilstrekkelig oppdatert gjennom Lov om Helsepersonell §4. Studentene skal kun delta i oppgaver som ledd i sin opplæring (§§3 og 5).

(Helsepersonelloven, 2008).

Helsetilsynet hevder at sykehuset plikter å legge til rette slik at arbeid og opplæring kan utføres på en faglig forsvarlig måte. Om eierforholdet til oppgaven ikke er tilstrekkelig utviklet og forankret hos ledere og medarbeidere, kan forbedringsarbeidet bli ufullstendig og skape ergrelse. Helsetilsynets rapport 2002 har forsøkt å beskrive flere virksomheters forbedringsarbeid innen legemiddelhåndtering. I konklusjonene sier de:

”...Disse erfaringene viser at en omsorgsenhet har gode muligheter til å oppnå vesentlige forbedringer, dersom den får anledning til å gjennomføre en grundig gjennomgang og vurdering av sin legemiddelhåndtering...” (Statens helsetilsyn, 2002). Ved å gjennomføre et intervjuprosjekt slik vi gjorde, fikk avdelingssykepleier direkte informasjon om hvordan informantene tenkte og veiledet, og om det var i tråd med lovverk og forskrifter.

## **6 Refleksjon**

### **6.1 Om læringsprosesser**

Kerstin Ôhrling i Luleå har studert læringsprosessen ved veiledning i sin doktorgrad: Å være veileder for undervisning og læring, -veilederrollen i sykepleierutdanninga. Hun beskriver hvordan egenrefleksjon er vesentlig for bevissthet for læringsprosessene og i omsorgsfeltet (Ôhrling & Hallberg, 2000, 2001). Fokusgruppedeltakerne i vårt prosjekt reflekterte høyt om læringsprosessene, samtidig som jeg som intervjuer fikk mange tanker om hvordan jeg som lærer kan prioritere pasientens behov og samtidig studentens læring. John Lundstøl har i



mange sammenhenger hevdet betydningen av at omsorgsfagene må sikte mot en kommunikatív handlingsforståelse og kompetanse. ”Omsorgsfagenes etiske faglighet må videreutvikles i spenningsfeltet mellom livsverdenen og systemverdenen” (Lundstøl, 2002). Kunnskapsbegrepene Episteme, Techne og Phronesis har fulgt sykepleiernes vitenskapsdiskurs. Sykepleierstudenten skal veiledes til å kunne handle med klokskap og kyndighet. Det innebærer mestring og forståelse slik at de kan tilpasse sine handlinger i forskjellige situasjoner. I den tekniske rasjonalitet episteme og techne møter sykepleierstudentene de prosedyrer og handlingsbeskrivelser som i begynnelsen av yrkesutøvelsen kan oppleves som en etterlengtet skjelett, et system av hva som skal gjøres hvordan. I problematiske situasjoner kan en ikke lene seg på disse prosedyrer, eller bare handle ut fra denne type viten og kompetanse alene. Den moralske og politiske praksis er definert som den foranderlige viten, phronesis (Tveiten, 2002). Studentene må få mulighet til å utvikle den spontane og dyktig utførte handling for alle elementene innen legemiddelhåndtering. Mestringen må gjøres offentlig observerbar, og ligger ifølge Schön under handlingene som taus viten i alle former for praksis. Deretter kan studenten gjennom veiledningen og refleksjon, få mulighet til å tenke igjennom hva som skjedde og hvilke begrunnelser som fins for å gjøre det nettopp slik. Seinere i studentens mestring kan sykepleierne gi mulighet til reflection-on-reflection, verbalisering av de mulige alternativer, handlingsmuligheter og alternative forståelser som kan løftes fram for å være forberedt til de uventede utfordringer en alltid i sykepleiepraksis strever etter å finne ut av .

## **6.2 Om metodiske valg**

Jeg vil videre reflektere over metodevalg og gjennomføring samt forbedringspotensialer jeg har erkjent i ettertid:

Gjennomføring av prosjektet med å beskrive veiledning i legemiddelhåndtering kunne vært ivaretatt annerledes. Jeg tror at en mer detaljert tidsplan med avsatt forpliktende dato og tid, kunne redusert de mange utsettelse som oppsto, fordi det stadig var vanskelig å finne felles tid. På en ortopedisk avdeling har sykepleierne turnus. Fridager og helg ga dem lite tid til å sette seg inn i hva som skulle drøftes i fokusgruppeintervjuet. Derfor viste det seg at spørsmålene til intervju kunne vært distribuert og gjort kjent tidligere. Det gjorde at samtalen kom noe tregt i gang. Siden de var godt kjent med prosjektet, uttrykte de likevel at de følte seg klar for å bli intervjuet. Informasjonen om videofilming parallelt med notater fra intervjuene var uklart formidlet. Det oppsto noe reservasjon umiddelbart da fokusgruppeintervjuet skulle starte. Etter fokusgruppeintervjuet kunne det vært planlagt mer

tid for alle deltakere, både informanter, observatører og moderator til å oppsummere i fellesskap.

Jeg opplevde at det var hensiktsmessig å være kjent med hverandre fra tidligere praksissamarbeid. Det var velegnet å ha veilederkompetanse. Tidligere har jeg hatt veiledning med sykepleierne som kollegium på kirurgisk avdeling med tanke på studentoppfølging generelt. Det var nyttig å ha bakgrunn fra refleksjonsvakter. I flere år har HiG hatt R-vakter, refleksjonsvakter med ei studentgruppe fra samme avdeling mens de er i praksis. Det viste seg å være en svært tilsvarende prosess som fokusgruppeintervju. Deltakerne utforsker et felles avgrenset fagområde for å frambringe ny forståelse. Utforskning av et bestemt fagfokus var ikke ukjent for noen av oss. Sykepleierne var positive til å ta opp og utveksle forskjellige måter å forholde seg til studentene. Jeg forsøkte å være bevisst egen forforståelse og ikke la den forstyrre gruppa. I ettertid erkjenner jeg at nærgående spørsmål og utdypinger om individuelle forskjeller og begrensinger hos sykepleierne ble unnlatt å følge opp. Fokus ble holdt på studentene og veiledningsmetodene. For meg ble det en spennende variant av veileder og forsker under intervjuenseansen uten å skulle påvirke innhold i svarene. Kvale har beskrevet kvalifikasjonskriterier for en intervjuer (Kvale, 1997). Jeg la til rette for en intervjuprosess der disse kriterier ble ivaretatt. Ved gjennomsyn av video viste intervjuet liten grad av forelesning eller påvirkning fra intervjuer.

Sykepleierne ble gitt rom for refleksjon rett etter fokusgruppeintervjuet. Tross noen betenkeligheter og disse refleksjoner, kom sykepleierne med klare utsagn om et meningsfullt intervju. Opplevelsen og data som framkom ga rikelige svar på intervju spørsmål i et konstruktivt samarbeidsmiljø. Sykepleierne oppga å ha vært lite hemmet eller distraheret av at kamera sto på et skap i nærheten. Det å kunne snakke sammen uforstyrret om studentveiledning og legemiddelhåndtering, ble opplevd som verdifullt og engasjerende. Tidsmessig var det god balanse mellom forberedte spørsmål og avsatt tid til gjennomføring. De uttrykte videre positiv opplevelse av avdelingssykepleiers tilstedeværelse. Å bli observert av sin leder mens de ble intervjuet kan ha fått dem til å holde tilbake andre begrensninger de opplever i miljøet. De mente det liten grad påvirket uttalelsene de kom med. Derimot hadde det gitt grunnlag for å drøfte roller og ansvar for studentene videre med leder. De opplevde å ha fått ideer fra hverandre. Ingen påfallende uenighet eller forskjeller ble registrert.

Sjekklista for observatørene var utfyllende nok. Elementene var samsvarende med intervjuguiden. Alle faglige poeng jeg som intervjuer antok ville være aktuelt å få belyst var

inkludert. Bruken av skjemaene ga grunnlag for å sikre samsvar og kontroll på hensikten i intervjuet. Det kom ikke fram andre eller nye opplysninger gjennom observatørskjemaene. På den måten fungerte det som en bekreftelse av data registrert som notat og på videoopptakene.

Utvalget av informanter kan ved å være sosialt ensartet, når alle arbeider med det samme på samme sted, svekke validiteten i forskninga. I fokusgrupper derimot søker en å utvikle synspunkter og konsensus i en gruppe som kjenner samme fagfelt. Vår gruppe var sosialt fra samme arbeidskategori. De representerte variasjon og bredde i erfaring og kunnskap som gjorde dataene viktige. Både alderssammensetning og tid som sykepleier spente vidt. Ulempen med stor variasjon i erfaringsbakgrunn kan tenkes å påvirke de yngste til å ta etter de mer erfarne og slik kopiere feil og svakheter som ligger i kulturen. Etter at rådata var renskrevet, ble funnene presentert for informantene. Vi brukte en time i samlet gruppe. De fikk muligheter til å justere og korrigere datamaterialet. Sykepleierne gjennomgikk og kvalitetssikret data. I prosessen bekreftet de hva de hadde blitt enig om og styrket dermed validiteten. Validiteten hevdes å bli høy når direkte sitat blir benyttet som datamateriale slik jeg har valgt å gjøre (Morgan, 1988). Derfor har jeg i rapporten valgt å gjengi ordrett vesentlige utsagn knyttet til mine teoretiske refleksjoner.

### **6.3 Om funn**

Ingen direkte svar på begrepsforståelsen kom i fokusgruppeintervjuet. Derimot var de svært samstemte på at pasientomsorgen styrer sykepleierhverdagen. De beskrev hva de gjorde og hvordan de ønsket å kunne sikre opplæringa. Gjennom mer presis registrering kan sykepleierne som veileder følge utviklingen av den nødvendige kompetanse som studenter må få. For å sikre en hensiktsmessig bruk av praksisperiodene, oppga de fakta om hva en sykepleierstudent trenger å gå igjennom i løpet av studietida for tilstrekkelig handlingsberedskap i legemiddelhåndtering. Det er tatt inn i forslag til logg. Ved at både skolen og praksisveilederne forholder seg til det samme dokumentet kan den enkelte students kunnskap og mestringsnivå danne utgangspunkt for veiledning. En opplæringslogg studenten har ansvar for, viser hvor kort eller langt vedkommende er i sin fagspesifikke tilegnelse i legemiddelhåndtering.

Sykepleierne er bevisst sin funksjon som rollemodell. De tar studentene med på alt sykepleierarbeid. Gjennom spørsmål som stilles til studentene sjekker de forforståelse og kompetansenivå. Sykepleierne gir studentene utfordringer i praktiske handling, informasjon og undervisningsaktiviteter. Tilegnelse av praksiserfaring for sykepleierstudenter i

legemiddelhåndtering, følger som en naturlig del av hva pasienten trenger. Når den enkelte sykepleier utfører hvordan sine oppgaver sammen med studenten skjer sosialisering i rollen (Kvale & Nielsen, 1999). Erfaringskunnskapen som sykepleiere trenger oppstår ikke i et vakuum, og ferdigheter er ikke bare håndverk. Det er faglige grunner for det en sykepleier skal gjøre. Nivået på kompetansen avhenger av de bevisstgjørende prosesser som studenten stimuleres til (Fagermoen, 1993).

Gjennom fokusgruppeintervjuet kom sykepleierne inn på faglig språk som oppstår gjennom dårlig tilpassede rutiner. Deres kunnskap tilsier at de skal ordne utdeling av medikamenter i forhold til pasientenes behov. Sykepleierne er klar over konflikt med optimal legemiddelhåndtering men underkaster seg sykehusets praksis og rutiner rundt måltider og følger eksisterende tradisjon for utdeling av medikamenter. Både sykepleierpraksis og veiledning viser bevissthet om lovverk og forskrifter, og de forteller at de oftest handler i tråd med krav om dobbeltkontroll. Oppfølging og justering av smertelindringsrutiner virket fraværende.

Sykepleierne etterlyste kontrollmulighet av sykepleierstudentenes pasientforståelse og medisinbruk. Det er trolig et område som gjennom bevisstgjørende veiledning og refleksjon kan vektlegges som en del av legemiddelhåndtering og samtaler som faller inn i observasjon av virkning og bivirkning hos pasientene som får medisiner. Det er opp til de daglige veilederne å sjekke kompetanse for vurderinga av effekt, forståelse av sykdom og den aktuelle medikamentbehandlinga som studenter deltar i.

Legemiddelhåndtering betraktes ikke som eget emne, men som en del av å sikre pasientene god medisinsk og sykepleiemessig oppfølging. Avdelingssykepleiers medvirkning i prosjektet med fokusgruppeintervju ble opplevd som verdifullt siden hun hørte om både virksomhet og savn i sykepleiernes hverdag. Sykepleierne sa at de veiledet i legemiddelhåndtering når pasienten trenger medisiner! Men er det hele virkeligheten? Det viser likevel ikke dette fokusgruppeintervjuet. Sykepleierne tilkjennega teoretisk forståelse uten at de beskrev noe særlige tiltak eller avviksrapporteringer for å endre rutinene. Veiledning av veilederne må legge vekt på at de er oppdatert og trygge i rollene, kjenne forståelsen av lovverket rundt legemiddelhåndtering og de rammebetingelser som fins på den aktuelle avdelingen og i utdanningsvilkåra.

Jeg synes det er etisk og juridisk vanskelig å bli fortalt om forhold som virker i strid med lover og forskrifter. På forhånd hadde vi drøftet betydningen av anonymisering. Opplysninger som ble gitt skulle ikke få betydning for deltakernes stilling eller funksjon. I sykepleiernes etiske retningslinjer er alle sykepleiere gitt utfordring til å melde fra om kritikkverdige forhold og støtte kollegaer som melder ifra. Å kunne dokumentere at sykepleierne veileder på en forsvarlig faglig måte, håper jeg kan oppleves som støtte.

Det er vel og bra at studentene blir inkludert. Men er det bra nok? Den nærliggende forklaringen kan synes som følger av stadige innsparinger, trange lokaler, innskrenket arbeidsstokk og sektorisert ansvar. Sykepleierne beskrev lokaler som er lite egnet for veiledning spesielt. De brukte de mulighetene som likevel fins på en travel sengepost. Arbeidsrytme og oppgavefordeling er ikke optimalt i forhold til best medikamentell behandling. Kontrollrutiner og oppmerksomhet på interaksjon av legemidler ble lite vektlagt. Måltidsrytmer og legemiddelhåndteringer var lite bevisst ordnet. Skriftlig tilbakemelding på studentenes arbeid og refleksjon ble nedprioritert. Likevel, sykepleierne har ansvar for både legemiddelhåndteringen og studentveiledningen. Om framtidige sykepleiere ikke skal gjenta dårlig praksis fra opplæringsstedet, trengs nytenking. Veiledning gitt av kloke og kunnskapsrike sykepleiere må til for å skape dyktige sykepleiere i framtida.

#### **6.4 Om opplæringslogg**

Siden sykepleierne uttrykte ønske om å utvikle opplæringslogg for kompetansen i legemiddelhåndtering har jeg utformet et forslag som følger i kapittel 9. Det kan brukes på forskjellige nivåer i utdanninga, når studenten er i klinisk praksis. Loggen kan trolig best betraktes som studentenes portefølje, hvor de sjøl tar ansvar for videreføring og framlegging i hver ny veiledet praksis. Opplæringsloggen kan brukes som grunnlag for første bli-kjentsamtale, og underveis som styring av oppmerksomhet og oppgavefordeling. Om en legger inn en kvitteringsdel, kan sykepleierne bruke det som et dokumentasjonsskjema. Et prosjekt med utprøving kan gi erfaring for videre utforming.

### **7 Konklusjon**

Hensikten med prosjektet er å beskrive hva og hvordan sykepleiere veileder sykepleierstudenter under praksisopplæring for å kvalitetssikre i legemiddelhåndtering. Målet med prosjektet var å fremme samarbeid og styrke kvalitet i utdanningsopplegget for sykepleierstudenter.

Hvilke funn har kommet fram? Jo, det er mange veier til Roma! Aktiv veiledningspraksis og engasjement ble benyttet for å gjøre studentene til gode kollegaer i framtida. Mangfoldige metoder ble tatt i bruk:” Se hva vi gjør, gjør som vi gjør og forklar hvorfor ting blir gjort slik.” Når en er et sted for å lære, gjelder det å gjøre som dem som allerede er der!

Sykepleierne praktiserte mesterlæring anno 2008 med tillegg av individuell oppfølging, studentaktive metoder og problembaserte spørsmål. Sykepleierne trakk fram svakheter og forhold de ønsket å gjøre annerledes. Flere faglige aspekt innen legemiddelhåndtering ble beskrevet som mangelfullt og upedagogisk med tanke på veiledning av studenter og omsorg for pasienter. Uklare studentforutsetninger og passive studenter skjerper betydningen av dokumentert studieprogresjon innen legemiddelhåndtering. Uforutsigelighet i akutt kirurgisk sykepleie reduserer mulighet for optimal pleie eller veiledning i tråd med samarbeidsavtalen. Pasientbehov prioriteres først. Bemanningen er bekymringsfullt redusert, så de benytter ikke dobbeltkontroll av medikamenter, med mindre det er studenter som skal læres opp. Det mangler optimal bemanning for veiledning på mange vakter.

Farmakodynamikk/farmakokinetikk overses når antibiotika administreres. Arbeidsrutinene har faste tidspunkt som passer arbeidsstokken. Måltider og optimal medikamentvirkning blir ikke vurdert. De har ikke kapasitet til å evaluere verken interaksjon eller effekt av et legemiddel som er gitt, kun ved f eks manglende smertelindring og fortsatt klager fra pasienten vil virkninga bli fulgt opp. Bevissthet og forståelse for lover og forskrifter var ikke nok til å veilede og utøve legemiddelhåndtering i tråd med disse.

Metodeutvalget spente bredt i beskrivelsen av hva og hvordan de veileder i legemiddelhåndtering som sykepleiere. Den kvalitativt gode veiledning fremmes av gode rammefaktorer i tid, rom og arbeidsorganisering koplet til motiverte, godt forberedte og aktive studenter.

Samarbeidsavtalen og nye forskrifter i legemiddelhåndtering gir detaljerte beskrivelser av ansvar og oppgaver. For å realisere idealene må trolig oppgavene som veileder for sykepleierstudenter bli mer bevisst tilpasset i arbeidsdagen enn dette fokusgruppeintervjuet viste, siden sykepleierne besitter mye innsikt i veiledningens betydning og muligheter.

Å sette ord på spriket mellom idealer og virkelighet, for å se hva som kan gjøres, var mitt siktemål. Prosjektet siktet mot beskrivelse av veiledninga. Hvordan en kvalitetsforbedring kan skje, ut over forslag til opplæringslogg er ikke drøftet her.

## 8 Ettetanker –

Mange studenter viser ofte til et sitat fra Søren Kierkegaard som uttrykk for behovet om å bli møtt på det kunnskapsnivå de sjøl befinner seg. Det fins i

**Philosophiske Smuler, eller En Smule Philosophi, Af Johannes Climacus.:**

” Skal nu den Lærende erholde Sandheden, da maa Læreren bringe ham den, og ikke blot dette, men maa give ham Betingelsen med for at forstaae den; thi dersom den Lærende selv var sig selv Betingelsen for at forstaae Sandheden, da behøver han jo blot at erindre; thi det er med Betingelsen for at forstaae Sandheden som med Det at kunne spørge om den, Betingelsen og Spørgsmaalet indeholder det Betingede og Svaret. (Forholder dette sig ikke saaledes, da er Øieblikket kun at forstaae socratisk)”. (Kierkegaard & Næss, 1994)

Her betoner nettopp Kierkegaard hvordan læreren og veilederen må finne ut hvor langt studenten er kommet i sin læreprosess, hva som er kjent og hvor ny tilegnelse må begynne. Kanskje kan dette være en smule bidrag.

## 9 Forslag til opplæringslogg i legemiddelhåndtering

### Medisinrommet, inndeling,

#### organisering og klassifisering: ATC-system

Legemiddelhåndbok, Felleskatalog, synonymliste, antidot, overdosering

Apotekordning, medikamentbestilling, regnskap, retur, destruering

Hygiene

#### Kunnskapskilder:

LM-handbok

Intern nett/internett

Metodebøker, best praksis, prosedyrer

Veileder for antibiotika

#### Rekvirering:

Resepter

Standardbeholdning

Bruk av pasientjournal

#### Legemiddelhåndtering:

Istandgjøring, tralle, medisinsystem, kontrollrutiner

Blanding av antibiotika

Medikamentregning ifht synonympreparat, doseringskontroll

Utdeling/distribuering: 7-R

(rett pasient, medikament, styrke, dose, form, sted, tid)

Oppfølging/vurdering av effekt, interaksjon/bivirkning

Bestilling av medisiner, væske, ernæring mv.

Lese, forstå kurve, ordinasjon, kurve, anestesiskjema, postopr rutine

Medikamentregning

At pasienten tar medisin som forordnet (svelger riktig)

#### Dokumentasjon:

VIPD/DIPS

Kardex

Journal

#### Standard for Legemiddel-

#### håndtering i avklarte

Premedisinering

Rammeordinasjoner

#### situasjoner:

Delegert ansvar ved bruk av synonympreparat

#### Avviksrapportering:

Muntlig

Skriflig

Metodehåndbok

Kvalitetsutvalg

Tilsynsfarmasøyt

#### Kontrollrutiner:

Dobbeltsjekk

Signaturpraksis

#### Evaluering og oppfølging:

Beskrive sammenheng mellom medisiner, sykdom og forventet effekt

Informasjon til pasient

Valg av administrasjonsmåte

Observasjon

Dokumentasjon/notater

Interne regler, avvikssystem

Redskaper( VAS; ESAS; MISS.... mfl)

Utformet etter fokusgruppeintervju i samarbeid med sykepleierne og Siri Gunn Simonsen HiG, januar 2008



## 10 Referanser

- Berge, A. W. (1999). Fokusgruppeintervju; metodebeskrivelse og erfaringer. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 1(3), 124-131.
- Bielecki, T., Børdahl, B., Endresen, L., Borgen, F. H., & Tharaldsen, H. M. (2008). *Legemiddelhåndtering* (6. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bondevik II Regjeringen (2004-2005). Legemiddelpolitikken. Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. *St.meld.nr 18(2004-2005)* Retrieved 2009.07.10
- Brataas, H. V. (2001). Fokusgrupper - en kvalitativ forskningsmetode. *Tidsskriftet sykepleien*, 89(14), 54-56.
- Buresh, B., & Gordon, S. (2000). *From silence to voice : what nurses know and must communicate to the public*. Ottawa: Canadian Nurses Association.
- Carey, M., & Smith, M. (1994). Capturing the group effect in focus groups: a special concern in analysis. *Qualitative Health Research*, 4(1), 123-127.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dihle, A., Bjølseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *J Clin Nurs*, 15(4), 469-479.
- Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forl.
- Eide, S. B. (2008). *Til den andres beste : en bok om veiledningens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fagermoen, M. S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis : et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforl.
- Helsedirektoratet (2008). *Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven (2008). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven): Lov av 1999-07-02 nr 64 Retrieved 2009-03-19, from <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>
- Hylander, I. (1998). *Fokusgrupper som kvalitativ datainnsamlingsmetode*: Linko-pings universitet
- Høgskolen i Gjøvik (2008a). Praktisk håndbok. *Bachelor i sykepleie/2008/2009* Retrieved 2009.06.01, from [http://www.hig.no/content/download/24170/254557/version/1/file/PRAKTISK+H%C3%85NDBOK+2008-2009\\_120109.doc](http://www.hig.no/content/download/24170/254557/version/1/file/PRAKTISK+H%C3%85NDBOK+2008-2009_120109.doc)
- Høgskolen i Gjøvik (2008b). SPL2022. *Emnebeskrivelse* Retrieved 2009.06.22, from <http://www.hig.no/emne/liste>

- Høgskolen i Gjøvik (2008c). Studiehåndbok Retrieved 2009.07.14, from [http://www.hig.no/studiehaandbok/studiehaandboeker/2007\\_2008/studiehaandbok\\_2007\\_2008/hos/bachelor\\_i\\_sykepleie\\_heltid](http://www.hig.no/studiehaandbok/studiehaandboeker/2007_2008/studiehaandbok_2007_2008/hos/bachelor_i_sykepleie_heltid)
- Høgskolen i Gjøvik (2008d). *Vurderingsskjema, veiledet praksis, VPK2012*. . Gjøvik: Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, Seksjon for sykepleie.
- Imsen, G. (2005). *Elevens verden: innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, F., Rognstad, G., Stadheim, A., & Dæhlin, G. I. K. (2007). *Alltid alt rett i medikamentregning - faglig opplæring og oppdatering*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- Kierkegaard, S., & Næss, A. (1994). *Avsluttende uvitenskaplig etterskrift til "De filosofiske smuler": (i utvalg)*. Oslo: Pax.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Krueger, R. A. (1994). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- KUF (2000). Forskrift om faglig innhold og vurderingsordninger for sykepleierutdanningen Retrieved 2009.06.22, from [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning: fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., & Nielsen, K. (1999). *Mesterlære: læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode : veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforl.
- Legemiddelhåndboka (2009). Norsk legemiddelhåndbok Retrieved 2009.06.10, from <http://www.legemiddelhandboka.no/xml/>
- Legemiddelhåndtering (2008). *Legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Lundstøl, J. (2002). *I dannelsens tegn / profesjonell selvforståelse i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løgstrup, K. E. (1990). *Udfordringer* (2.utg ed.). Hadsten: MIMER.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Mathisen, P., & Høigaard, R. (2004). *Veiledningsmetodikk: en håndbok i praktisk veiledningsarbeid*. Kristiansand: Høyskoleforl.

- Morgan, D. L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- NOKUT (2005). Forskrift om akkreditering, evaluering og godkjenning etter lov om universiteter og høyskoler. Retrieved 6.6.2009, from <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050908-1040.html>
- NSD (2009). Anonyme opplysninger. *Ord og begreper* Retrieved 2009.06.08, from [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/begreper.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/begreper.html)
- Ohrling, K., & Hallberg, I. R. (2000). Nurses' lived experience of being a preceptor. *J Prof Nurs*, 16(4), 228-239.
- Ohrling, K., & Hallberg, I. R. (2001). The meaning of preceptorship: nurses' lived experience of being a preceptor. *J Adv Nurs*, 33(4), 530-540.
- Pasientrettighetsloven (1999, LOV-2008-12-19-109 fra 2009-01-01 ). Lov av 1999-07-02 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) Retrieved 2009.07.10, from <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>
- Pettersen, R. C. (2005). *PBL for studenten: en introduksjon til PBL for studenter og lærere*. Oslo: Universitetsforl.
- Polanyi, M. (1983). *The tacit dimension*. Gloucester, Mass.: Peter Smith.
- Ramirez AG, S. J. (1988). The use of focus groups in health research. *Scand J Prim Health Care Suppl.*, 1(PMID:3227205), 81-90.
- Rammeplan (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning: fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Schattner, P., Shmerling, A., & Murphy, B. (1993). Focus groups: a useful research method in general practice. *Med J Aust*, 158(9), 622-625.
- Scheel, M. E. (2005). *Interaksjonell sykeplejepsykologi* (3. udg. ed.). København: Munksgaard.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Skikkethetsvurdering (2006). Forskrift om Skikkethetsvurdering i høyere utdanning, from <http://www.lovdata.no/for/sf/kd/xd-20060630-0859.html>
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2006). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 1999-07-02 nr 61 Retrieved 2009-05-22, from <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html>
- Spigset, O., & Nordeng, H. M. E. (2008). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- St. Ambrosius (2004). The Oxford Dictionary of Proverbs Retrieved 2009.06.10, from <http://www.answers.com/topic/when-in-rome-do-as-the-romans-do>

- Statens helsetilsyn (2002). Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester: rapport til Statens helsetilsyn Retrieved 2009.06.01, from [http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/28192/1/helsetilsynetrapport11\\_2002.pdf](http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/28192/1/helsetilsynetrapport11_2002.pdf)
- Sykehuset Innlandet, & Høgskolene i Innlandet (2008). Samarbeidsavtale nivå 2, om praksis for studenter i helse-og sosialfag Retrieved 2009.06.01, from <http://www.hig.no/content/download/8543/118503/version/1/file/Samarbeidsavtale+niv%C3%A5+2+for+sykehuset+innlandet+og+h%C3%B8gskolene+i+innlandet.pdf>
- Sørfonden, W., & Finstad, H. H. (2000). Forskerliv og hverdagsliv i samme rom et tilbakeblikk på erfaringer med metoden fokusgruppe. *Vård i Norden*, 20(3 = Nr 57), 39-42.
- Tveiten, S. (1998). *Veiledning : mer enn ord* (2. utg. ed. Vol. 3.opplag 2001). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad&Bjørke AS.
- Tveiten, S. (2002). *Veiledning : mer enn ord* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforl.
- UFD (2005, ). Forskrift til rammeplan for sykepleier Retrieved 2009.06.22, from [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)
- Universitetsloven (2005). LOV 2005-04-01 nr 15: Lov om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven). Retrieved june,6, 2009
- Winarve, K. (2008). *Sjuksköterskors erfarenhet av handledning av sjuksköterskestuderande inom primärvård*. Unpublished systematisk litteraturöversikt, Luleå Tekniska Universitet, Luleå.

## Vedlegg 1. Observatørskjema

Begrep som brukes	Nyansert til	Vektlagt	Unevnt	Kommentar
<b>Legemiddelhåndtering</b>	Istandgjøring			
	Kontroll			
	Utdeling Følge de 7 R'er: rett pasient, rett medikament, rett styrke, rett dose, rett form, rett sted, rett tid			
	Oppfølging/effekt			
	Bestilling			
	Lese, forstå kurve, ordinasjoner, anestesiskjemaer			
	Medikamentregning			
	At pasienten tar/svelger			
<b>Dokumentasjon</b>	VIPS-DIPS			
	Kardex/journal			
	Signatur			
<b>Avviksrapportering</b>	Muntlig			
	Skriftlig			
	Metodehåndbok			
	Kvalitetsutvalg			
	Tilsynsfarmasøyt			
<b>Standarder for legemiddelhåndtering ved avklarte behandl.situasjoner</b>	Premedisinering			
	Rammeordinasjon			
	Delegert ansvar ved bruk av synonympreparat			
<b>Kontroll av adm</b>	Dobbeltsjekk			
	Signaturpraksis			
<b>Evaluere effekt</b>	Observasjon			
	Dokumentasjon/Notater			
	Interne regler			
	Redskaper (VAS el.l)			
<b>Oppslagsverk</b>	LM-handbok			
	Felleskatalog			
	Internett			
	Metodebøker			
	Veileder for Antibiotikapreparater			
	Annet			
<b>Rekvirering</b>	Resepter			
	Standardbeholdning			
	Bruk av pas.journal			
	Bestillingsbok			
	Kontroll mottak			
	Narkotikaregnskap			

	Apotekassistert legemiddelforsyning			
<b>Veiledning</b>	Skriftlig			
	Muntlig			
	Prosedyrer			
	En-til en			
	Gruppe			
	Undervise/Instruksjon			
	Forklare			
	Spørsmål			
	Systematikk			
	Modell-læring			
	Reflektere			
	Evaluering ved at studenten viser, gjenforteller el.l			
	Stud. Selvstendighet			
	Førveiledning			
	Underveiledning			
	Etterveiledning			
<b>Vurderingsskjema</b>	Stud.mål som styrerende			
	Dagboksnotat/refleksjon			
	Interne rutiner			
	Sjikke-kontroll			
<b>Hemmer</b>	Tidspress			
	Avbrudd/forstyrrelse			
	Uklar arbeidsfordeling			
	Kunnskapsmangel hos studenten			
	Kunnskapsmangel hos sykepleier			
	Spes.helsetjenestelov			
	Usikkerhet i fht. undervisningsplan			
	Uklare lokale rutiner			
	Usikker på egen veiledning			
	Fysiske arbeidsforhold			
<b>Fremmer</b>	Bruk av fagtermer			
	Delegering			
	Kunnskap hos studenten			
	Før-, under-, etter- veiledning			
	Tid			
	Prosedyrer			
	Sjekklister			
	Progresjonsstiger			