



Jarle Blindheim

*”Jeg ser at dette er vanskelig for deg,
men dette er slik det skal være.”*

Om kontaktsykepleiers intensjoner og tilrettelegging for læring av yrkespraksis i institusjon for sykepleierstudenter i psykiatrisk sykepleiepraksis i grunnutdanningen.

FOU-rapport nr 1/2002

027500425

FOU / 2006 = f

Utdanningsskolen
Høgskole
BIBLIOTEKET

Landsdal 10
5009 Bergen

ISBN 82-7928-027-8

* 5 0 7 2 0 7

INNHALDSFORTEGNELSE

INNHALDSFORTEGNELSE.....	2
1.0 INNLEDNING.....	3
1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET OG OPPFØLGING AV TIDLIGERE ARBEID.....	3
1.2 PROBLEMSTILLING, HENSIKT OG RAPPORTENS OPPBYGGING	3
2.0 HVORDAN HAR JEG GÅTT FRAM?.....	5
2.1 TILGANG TIL FELTET	5
2.2 DATAINNSAMLING OG BEARBEIDING	5
3.0 KONTAKTSYKEPLEIERNES MENINGER OM STUDENTENES LÆRINGSSITUASJON OG VEILEDNINGSBEHOV	6
3.1 USIKKERHET HOS STUDENTENE.....	6
3.1.1 Usikkerheten er omfattende.....	6
3.1.2 Usikkerhetens ulike ytringsformer.....	8
3.2 HVORDAN MØTE USIKKERHETEN?.....	9
3.2.1 "Vær tålmodig og bli trygg på personalet"	9
3.2.2 "Skaff deg kjennskap til pasientene og ta imot råd"	10
3.3 HVORDAN FÅ TILGANG TIL FELTET?.....	12
3.3.1 "Forsøk å skaff deg oversikt over pasienter og avdeling"	12
3.3.2 "Bruk tid og ta det med ro".....	13
3.3.3. Hvordan være sammen med pasientene på stuen?	14
3.4. OM Å "STÅ" I DET PSYKIATRISKE FAGFELTET.....	15
3.4.1 Det tar tid før studenten "ser" det syke hos pasienten.....	15
3.4.2 "Lær deg å stå støtt".....	16
3.4.3 Hjelp studentene med å bearbeide sterke inntrykk.....	17
3.5 GRADVIS TILDELING AV PASIENTANSVAR.....	17
3.5.1 Tid for tildeling av pasientansvar.....	17
3.5.2 Kriterier for utvelgelse av pasienter og studenters behov for tilleggsinformasjon.....	18
3.5.3 Skjerming av studenten og samarbeid med andre sykepleiere om arbeidsoppgaver.....	20
3. Å HJELPE STUDENTENE TIL NÆRHET OG AVSTAND.....	21
3.6.1 "Våg å være tilgjengelig for pasienter og søk veiledning".....	21
3.7 OPPSUMMERING - FASER STUDENTENE MÅ VEILEDES GJENNOM	22
4.0 PÅ SPORET AV EN OPPLÆRINGSMODELL FOR STUDENTERS YRKESPRAKSIS	24
4.1 MESTERLÆRE	25
4.1.1 Personsentrert mesterlære.....	26
4.1.2 "Indirekte" mesterlære.....	27
4.1.3 Desentrert mesterlære.....	27
4.2 ULIKE FYSISKE ROM OG AKTIVITETSSONER SOM INNGANGSPORT FOR PRAKSISLÆRING.....	28
4.2.1 Dagligstuen	28
4.2.2 Arbeidsstuen.....	29
4.2.3 Turer med enkeltpasienter.....	30
4.2.4 Faglige diskusjoner på flere nivåer og i avdelingen.....	30
5.0 VEKST OG LÆRING TAR TID – AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....	31
6.0 LITTERATURLISTE	33

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for prosjektet og oppfølging av tidligere arbeid

Denne rapporten er en videre oppfølging av mitt tidligere arbeid omkring 3.års sykepleiestudenters møte med psykiatrisk praksis (Blindheim 1999). Det tidligere arbeidet omhandler studentenes opplevelser og meninger om sitt møte med psykiatrisk praksis i grunnutdanningen. Målsettingen var videre å få fram hvordan studentene arbeidet for å komme inn i dette nye praksisfeltet. Resultatet viser at studentene er preget av stor usikkerhet i møte med fagfeltet psykiatri. Dette har sammenheng med at sykepleierens arbeid i psykiatrien for studentene framstår svært ulikt det de opplever i somatiske sykehusavdelinger. Prosjektet viser at det tar flere uker å komme inn i fagfeltet til tross for at studentene arbeider aktivt med å få innpass. Det tar tid å bli kjent med pasientene og deres mentale plager. Arbeidet med å oppnå kontakt og tillit hos pasientene gir grunnlag for kliniske erfaringer og utfordringer. For studenten handler det om individuelle erfaringer med pasienter. Empirien viser at kontakten med både kontaktsykepleier og medstudenter er nødvendige og viktige for studentens bearbeidelse av sine opplevelser og erfaringer knyttet til det psykiatrisk fagfeltet. Veiledningsbehovet er stort.

Foreliggende rapport har fokus på kontaktsykepleiere i psykiatrisk institusjon og deres meninger om sykepleierstudenters behov for tilrettelegging og veiledning når de starter sin 8 ukers praksis i den psykiatriske avdelingen i 3.studieår.

1.2 Problemstilling, hensikt og rapportens oppbygging

Prosjektet har følgende problemstillinger:

- Hva mener kontaktsykepleierne (veilederne) at studentenes eget arbeid består i med hensyn til ”å komme inn i” en ny sykepleiepraksis?
- Hva mener kontaktsykepleierne studentene trenger hjelp til og hvordan bør hjelpen tilrettelegges?

Å få kjennskap til kontaktsykepleieres meninger om studenters læringsmessige ståsted og hvordan de opplever studentens behov for å få tilrettelagt sin praksisperiode har vært sentralt i denne undersøkelsen. Fokus settes på startfasen i den psykiatriske avdelingen, det vil si de 8 første dagene studentene er i avdelingen.

Arbeidet med å skaffe tilgang til tidligere forskning og utviklingsarbeid innen det psykiatriske fagfeltet knyttet til praksisopplæring for sykepleiestudenter gav ingen uttelling. Forskning i dette feltet er i alt vesentlig relatert til psykiatrisk sykepleie og sykepleierens rolle der. Imidlertid finnes flere undersøkelser som omhandler begynnende yrkesferdigheter i sykepleie i somatiske sykehus. Kristin Heggen (1995) fant at studentene integreres i "randsonen" av arbeidsfellesskapet og at kontaktsykepleierne kan fungere som døråpner inn i dette arbeidsfellesskapet. Kari Westad Hauge (1999) har i en studie av hvordan studenter i somatisk sykehus opplever det å lære i praksis, funnet at flere forhold har betydning for læringsutbytte, blant annet: miljøets og kontaktsykepleiers betydning og hva studentene mener om forholdet mellom student og sykepleier. Studentene det her gjelder, har fått innføring i sykepleieferdigheter i flere somatiske sykehusavdelinger i sitt 2. studieår. Dette arbeidsmiljøet er ulikt det studentene møter i det psykiatriske felt.

Rapportens kapittel 2 gir en kortfattet oversikt over hvordan jeg har gått fram for å få tilgang til feltet og hvordan datainnsamling og bearbeiding er utført. Kapittel 3 handler om kontaktsykepleiernes vurderinger av studentenes veiledningsbehov da spesielt med vekt på starten av praksisperioden. Kapittel 3 omfatter seks deler. Disse er gruppert og rangert i naturlig rekkefølge sett ut fra et veiledningssynspunkt: Usikkerhet hos studenter. Hvordan møte usikkerhet? Hvordan få tilgang til feltet? Om å "stå" i det psykiatriske fagfeltet. Gradvis tildeling av pasientansvar. Og endelig: Å veilede studenten til nærhet og avstand. Kapitlet avsluttes med en oppsummering – Faser studentene må veiledes gjennom. I kapittel 4 skisseres en opplæringsmodell for studenters yrkespraksis. Denne omhandler ulike modeller av mesterlære. Det nye her er at innenfor den personsentrerte mestermodellen, gis det "plass" for en ny variant: "Indirekte" mesterlære. Kapittel 5, er avslutningskapittelet og handler om at vekst og læring tar tid.

2.0 HVORDAN HAR JEG GÅTT FRAM?

2.1 Tilgang til feltet

Sykepleieveiledere eller kontaktsykepleiere er informanter i dette prosjektet. Deres opplevelser og meninger om studentveiledningen står sentralt. Dette tilsier en kvalitativ metodisk tilnærming. Fem sykepleiere, fordelt på to psykiatriske institusjoner har deltatt. Etter skriftlig henvendelse til sykepleieledelsen, ble fem trukket ut og gav sin skriftlige tillatelse til å delta. (Vedlegg 1). Det viktigste utvalgskriteriet var at sykepleierne måtte ha erfaring med å veilede sykepleierstudenter i grunnutdanningens praksisperiode. Informantene hadde flere års erfaring som veiledere av studenter i dette praksisfeltet. Alle gjennomførte samtalene og ingen har seinere trukket seg. NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), har behandlet søknaden om opprettelse av personregister, og har gitt fritak for konsesjonsplikt (Vedlegg 2).

2.2 Datainnsamling og bearbeiding

Ut fra et ønske om å få fram kontaktsykepleiernes egne meninger, opplevelser og tidligere erfaringer med veiledning av sykepleierstudenter i psykiatrisk praksis, var det vesentlig å stille mest mulig åpne spørsmål. Intervjuguide for samtalene besto i spørsmål eller stikkord, eksempelvis: Hva kjennetegner nye studenter slik du ser det? Hva preger dem? Hvordan tilrettelegger du praksisperiodens i starten? Hva vektlegger du og hvorfor?

Datainnsamling fant sted gjennom kvalitative intervju som ble tatt opp på lydbånd. Intervjuene varte mellom 45 – 60 minutter, kun et intervju per informant. Ved oppfølgingsspørsmål utdypet informantene sine svar.

Selv om prosjektet var avgrenset til studentenes 8 første dager i praksis, fikk jeg også informasjon om kontaktsykepleieres oppfatning av studentenes situasjon gjennom hele praksisperioden. Dette har i ettertid vist seg å være betydningsfullt og nyttig. Min hensikt med prosjektet er å legge til rette for gode læringsmuligheter i et praksisfelt som har vist seg svært utfordrende og ikke minst tidkrevende ”å komme inn i.”

Under selve intervjuet ble det ikke gjort notater. Derimot noterte jeg ned egne inntrykk i stikkordsform etter at intervjuet var avsluttet. Alle intervjuene ble skrevet ut i sin helhet. Den videre dataanalysen har bestått i å lese intervjuene flere ganger for å komme på innsiden av innholdet i dem. Tematiske stikkord ble notert fortløpende i margen. Teksten er strukturert i forhold til tema som etter hvert utkrystaliserte seg.

Kursiv tekst i rapporten representerer sitater gitt av kontaktskykepleierne. Ordet kontaktskykepleier, mester og veileder er brukt om hverandre i oppgaven. Betegnelsen "han" brukes om den ferdige sykepleier. Studentbegrepet har også flere synonymer: lærling, novise og svenn, og studenten betegnes som "hun".

3.0 KONTAKTSYKEPLEIERNES MENINGER OM STUDENTENES VEILEDNINGSBEHOV

Sykepleieveiledere vet at studentene er ukjent både med mangfoldet av lidelser, behandling og avdelingsmiljø når de starter sin praksis i avdelingen. Studenter forteller selv at overgangen fra somatisk sykehuspraksis til psykiatrisk institusjonspraksis er meget stor og at utfordringen er en helt annen i psykiatrisk avdeling: "Sykepleiers rolle er annerledes her enn i somatikken, man må i større grad bruke hele seg selv" (Blindheim 1999, s 36). Både arbeidsfeltet og sykepleiefunksjonen er her ukjent for dem. Før studentene erfarer at fagfeltet utfordrer dem på en omfattende måte, vet de lite om hva de går til. Naturlig nok preges de av usikkerhet.

3.1 Usikkerhet hos studentene

3.1.1 Usikkerheten er omfattende

Flere av kontaktskykepleierne mener at mange studenter er usikre i starten på sin praksisperiode. Denne usikkerheten mener de er knyttet til flere forhold. En kontaktskykepleier uttaler at *en del av dem har jeg inntrykk av gruer seg. De kan være veldig spente som naturlig er.* Han begrunner usikkerheten slik: *De kommer fra en annen verden enn det de kommer til her hos oss.* Ulikheten mellom det somatiske fagfeltet i andre studieår og det ukjente fagfeltet de nå møter gjennom psykiatriske pasienter i tredje studieår, er påtagelig. *De mangler en del bilder av psykiatrien. Men det vanskeligste er at de ikke har noe praktisk å ta seg til. Det er vel det som jeg har festet meg*

mest med, uttaler en veileder. Et viktig poeng for denne sykepleieren er at de nye studentene ikke evner å bruke sine tidligere lærte sykepleieferdigheter på det nye ukjente fagfeltet. Studentene mangler reelle praksisbilder. Med andre ord: De vet ikke hva sykepleiepraksis blant psykiatriske pasienter handler om. Følgelig stilles kontaktsykepleierne overfor en krevende oppgave som handler om å tilrettelegge for en nybegynner som ikke kjenner faget og der det å etablere god kontakt blir svært viktig.

Flere av kontaktsykepleierne mener at usikkerheten hos studentene i stor grad handler om deres forholdet til pasientene. De er klar over at studentene i starten ikke vet hva det innebærer å være psykiatrisk pasient, hvilke problemer og behov de har. Mener de så at denne usikkerheten er ensidig uheldig eller hemmende på studenten? Følgende utsagn bærer preg om det motsatte: *Det er ikke sikkert at det å være litt usikker behøver å være så negativt. Jeg føler meg gjerne tryggere på en student som kanskje er litt usikker, som bruker litt tid, i forhold til en som kanskje føler seg tryggere.* Dette utsagnet kan tolkes som uttrykk for at kontaktsykepleieren mener at usikkerhet er viktig og nødvendig for studenten. En student som i en slik nybegynnerfase er selvsikker, står i fare for å gå ut over sin kompetanse. En viss usikkerhet medfører og oppleves beroligende for kontaktsykepleieren. Risikoen for at studenten ikke går ut over sin kompetanse er med andre ord mindre, når en ser eller hører at en viss usikkerhet preger studenten. Sjansen for at studenten kommer til å forholde seg uklokt og uhensiktsmessig til pasienter er mindre når usikkerheten er der. Veilederen kjenner seg tryggere når studenten ikke opptrer for aktivt og inngripende i det nye fagfeltet de første dagene.

Flere av kontaktsykepleierne er opptatt av studentenes usikkerhet. En skulle da tro at når usikkerheten preger studentene, blir den gjort til tema for veiledning. Men slik er det ikke: *De aller fleste er usikre når de kommer, og de forteller om det etterpå. Du aner ikke kor eg gruet meg for denne praksisen. Men nå kan jeg tenke meg å begynne i psykiatrien,* forteller de gjerne mot slutten av praksistiden. Studenten det her refereres til, gruet seg til denne praksisperioden. Men før 8 uker var omme, uttalte samme student at hun kunne tenke seg å begynne å arbeide i psykiatrien.

At en sykepleiveileder ser noe av det som kan representerer mye omfattende og skjult usikkerhet hos studenten, har stor verdi. *Jeg ser at dette er vanskelig for deg, men dette er slik det skal være,* beroliger en av kontaktsykepleierne. I denne fasen er det viktig å bli kjent med at det er normalt å være usikker, og at studenter "skal" og "må" eie usikkerheten. Den skal løftes fram som tema og gjøres til gjenstand for veiledning. Det er normalt å være usikker.

Kontaktsykepleierne mener at studenters usikkerhet knyttes til møte med det psykiatriske fagfeltet og må sees i lys av fjorårets somatiske sykepleiepraksis. Kontrastene oppleves betydelige. Det nye fagfeltet synes å gi lite grunnlag for å videreføre sykepleiefunksjonen studentene lærte om i somatiske sykehus i 2. studieår. Det meste er nytt og ukjent for studenten her i praksis i 3. studieår. Det gjelder ikke bare de nye fagfolkene de er spente på å møte, men kanskje mest pasientene. Arbeidet i den somatiske sykehusavdelingen er basert på å finne fram til kroppslige lidelser og diagnoser for deretter å sette inn behandling og sykepleie. Tiltak mot helsesvikt på det psykiske plan lar seg ikke synliggjøre like lett og det finnes ikke lignende prosedyrer som iverksettes i forhold til pasientene. Kontaktsykepleierne er seg bevisst at studentene savner konkrete arbeidsoppgaver. Det tar tid før studenter flest gir tilkjenne sin usikkerhet overfor veileder. Hvordan blir så kontaktsykepleiere oppmerksomme på studentens usikkerhet og hvordan kommer den til uttrykk?

3.1.2 Usikkerhetens ulike ytringsformer

Studenter søker å skjule sin usikkerhet og utrygghet i møte med det nye arbeidsfeltet. Blir denne usikkerheten hos studentene likevel fanget opp av sykepleierne? En av de mest erfarne svarer følgende: *Du kan se på dem at de er litt i tankene: Hva er dette her? Og den slags. Det varierer i grad. Noen klarer å dekke over det, på en måte, med talegaver.* Han ser at studenters møte med avdelingen vekker til liv et grunnleggende og undrende spørsmål. Hva er dette her? Etter hans mening står studentene overfor en ny og krevende utfordring der en ikke finner den yrkesfaglige tråden fra tidligere praksisperioder. Lite kan overføres. Møte med det ukjente virker sterkt inn på dem. Noen er tilsynelatende mer preget enn andre. Han hadde merket seg at noen studenter blir meget verbale. Sykepleieveilederen tolker studentsnakket som uttrykk for et behov for å dekke over sine reaksjoner og opplevelser på alt det nye og ukjente i avdelingen. Han tolker det spørrende blikket i studentens ansiktsuttrykk som uttrykk for usikkerhet.

Flere informanter ga uttrykk for at møte med det nye utløser en handlingstrang hos flere av studentene. *Noen av dem blir veldig aktive og vil gjerne fort bli kjent med pasientene og komme i gang med det praktiske arbeidet.* Hva kan grunnen til denne handlingsiveren komme av? En uttaler at: *Jeg har i den senere tid lurt på om studentene er under press i forhold til det med praksisplasser. Har det noe med at de har liten tid på seg, for det har de hatt i andre*

praksisplasser? Her i psykiatrien må vi få ut av tiden så mye vi kan. Jeg har lurt på om det har å gjøre med hele studiesituasjonen, da det har å gjøre med et press på studentene. Mer enn kanskje vi følte i min tid. Tidspress og krav til seg selv om fortest mulig å komme inn i praksis, er for han en forklaring på studentenes ønske om å være aktive i forhold til det nye. Dagens studenter tilhører en kultur preget av travelhet i større grad enn da han selv var student for 20 år siden. Å bruke tiden best mulig og være effektiv, synest å være hans tenkning og oppfatning om aktive nye studenter i møte med avdelingen. Samtidig vet kontaktsykepleierne at studentene ikke har mulighet til å kanalisere sin aktivitetstrang så tidlig i praksisperioden. De er klar over at studentene ikke ser pasientens behov for sykepleie, og følgelig heller ikke de oppgaver sykepleien handler om. Hva kan kontaktsykepleierne gjøre med læringsbetingelser og arbeidsvilkår i den første tiden studenten er i avdelingen?

3.2 HVORDAN MØTE USIKKERHETEN?

Usikkerheten hos studentene er både naturlig og forståelig. Kontaktsykepleieren vet at den også kan være nødvendig som grunnlag for en ydmyk tilnærming til et ukjent fagfelt. Den gir sykepleieren trygghet i sin veiledning av studenten som på dette tidspunkt fullt og helt er novise i faget. Samtidig ser han at usikkerheten gjør det vanskelig for den nye studenten. Det blir på sett og vis et dilemma og en av hovedutfordringen i forhold til veiledningen på dette stadiet. Som tidligere påpekt skjuler studenten på dette tidspunkt sin usikkerhet og i forhold til veiledningen. Det ligger en fare i at studenten kan kjenne seg ensom og overlatt til seg selv. Bevisstheten om nettopp dette fenomenet må være tilstede hos mesteren hver gang han skal ta imot en ny student.

Kontaktsykepleieren står overfor en meget krevende pedagogisk oppgave. Hvordan møter han den nye usikre studenten? Makter veilederen å gi studenten tillit og tro på å få inngang i fagfeltet? Med dette som utgangspunkt, hvilke muligheter finnes i avdelingen for å tilrettelegge for gode møter for studenten og kontaktsykepleier, mellom pasienten og studenten og de øvrige i avdelingen?

3.2.1 *”Vær tålmodig og bli trygg på personalet”*

En sykepleier ser studentenes problem og har hjelp å tilby. Hennes budskap er følgende: *Jeg tenker på tålmodighet inn i dette.* Kravene om å få mest mulig med seg på kortest mulig tid, lar seg ikke lett realisere. Den utålmodige og effektive studenten står overfor en ny utfordring, uten å vite det. Flere informanter påpeker at mange studenter er åpne og interesserte i møte med avdelingen,

men graden av åpenhet varierer. Kontaktsykepleierne vektlegger det å gjøre seg tilgjengelige for studentene i denne første tiden for å gjøre dem trygge. En sier : *Å gjøre studenten trygg på meg som praksisveileder og også personale*, er vesentlig. En annen grunn gir sin varhet overfor studenten med : *at de ikke skal bli redd meg og få stress. Ekstra varhet til å kunne hjelpe dem over kneiken*. Denne sykepleieren og andre vektlegger arbeidet med å gjøre studenten mest mulig trygg i starten. De er seg bevisst utryggheten hun kan preges av. Og det blir viktig å skape trygge og gode relasjoner til henne. Begrunnelsen er tydelig: *De skal ikke stri med det*. Studentene har ifølge denne sykepleieren mye å stri med som det er. Det er viktig å bygge gode og trygge relasjoner i denne situasjonen. Uten denne forståelsen for studentenes situasjon og imøtekommenheten fra veileder, blir inngangen til fagfeltet vanskeligjort.

3.2.2 ”Skaff deg kjennskap til pasientene og ta imot råd”

Et sentralt punkt er arbeidet med å få studentene til å bli *bevisst tilnærminger til pasientene*. Målet er å gjøre studentene trygge, slik at hun blir i stand til å ta imot råd og veiledning. Det kommer fram hos flere at kunnskap om pasientene er viktig å få gitt i form av individuell veiledning. Denne blir til hjelp for henne og letter arbeidet og møte med enkeltpasientene slik at: *de skal bli mindre opptatt av det medisinske og piller og mer opptatt av tilnærmingen til brukerne*. Med utgangspunkt i at de vet lite om pasientene, blir det nødvendig å gi konkrete råd om væremåte, *litt om hvordan pasientene er og diagnose og litt sånn. Det er viktig å være litt tilbaketrukket der, og være litt forsiktig*.

Studenten får gradvis kontakt med pasientene, først med dem som ønsker å snakke med den nye studenten og som selv tar initiativ til dette, deretter håndhilses det på alle. Pasienter som er nysgjerrig på den nye studenten, har mulighet for å stifte nærmere kjennskap med henne. Når kontaktsykepleieren også gir gode råd om hvordan en bør møte nettopp denne personen, gir det nyttig ballast i det videre arbeid med å etablere kontakt med pasientene. Studenter får råd om å være tilbaketrukket og forsiktig overfor mer krevende pasienter.

I avdelingen for schizofrene pasienter fungerer veilederens tilrettelegging godt for studenten. Sykepleierne vet at de mest syke og skye pasientene trenger tid og avstand til nye mennesker. Det blir faglig sett riktig å gå forsiktig fram med å informere studentene om råd om hvordan hun bør nærme seg den aktuelle pasient. Tilleggsopplysninger om de mest syke pasientene blir gitt av veileder etter hvert som studentene legger fram sine observasjoner og erfaringer. Det skal og må ta

tid å bli kjent med flere av pasientene i avdelingen. Erfaringer kontaktsykepleieren har gjort seg i møte med pasienter, blir viktig informasjon å videreføre til studenten. Likevel kan ikke studentenes praksiserfaringer skapes uten gjennom reelle møter med pasientene. De må "kastes" ut blant pasientene, men utkastelsen er ikke tilfeldig, den er tilrettelagt og styrt i den grad det er mulig. Den blir gjort så skånsomt som mulig, ikke minst med tanke på pasientene. Kjennskap til den aktuelle pasients forutsigbare atferd, blir vektlagt og tatt hensyn til. Dette kan være med på å sikre studenten et godt første møte med avdelingens pasienter. En viktig uttalelse handler om at veileder kan komme til å ødelegge for dem dersom vedkommende *forlanger for mye* av dem i denne startfasen. Kilden til bevisstheten om at de fleste studentene gruer seg spesielt til psykiatripraksis kan ligge i egne erfaringer som sykepleierstudent for mange år tilbake: *Jeg vet selv da jeg gikk på sykepleierskolen for 20 år siden, og jeg bare tenker på da vi skulle i psykiatrisk avsnitt, så var faktisk mesteparten av kullet der. De kvidde seg til de grader.*

Å møte de nye studentene med konkrete råd om hvordan de bør forholde seg til og omgås de aktuelle pasientene. Det har sykepleieren erfaring for er til god nytte. Vi ser at kontaktsykepleier tilrettelegger for at studenten skal oppnå gode kontaktopplevelser med pasienter. Ut fra egen erfaring som student vet de at en bruker lang tid til å bli fortrolig med hvilke arbeidsoppgaver sykepleierne har i avdelingen. Noe som kan gjøre dette lettere, er som en uttrykker det: *Jeg må bli flinkere til å dra de inn i det jeg holder på med fortest mulig.* Begrunnelsen for å gjøre nettopp det, er at studenten som regel i liten grad får se veilederen i direkte samspill med pasienter.

Veiledningen har da gjerne karakter av å samtale om kontakten veilederen har hatt med aktuell pasient og vurderingen av pasienten på dette grunnlag. Råd til studenten om hvordan skaffe seg kjennskap til og kunnskap om aktuelle pasienter, er ikke enkelt å realisere, uten at veilederen gir til kjenne hva han selv gjør og har gjort i forhold til pasienten. Studenten trenger virkelig starthjelp fra veileder her.

En av informantene sier: *Jeg holder fram hvor viktig det er i vanskelige situasjoner. Jeg sier: Kom og snakk med meg. Snakk om det til meg etterpå.* På mitt etterfølgende spørsmål: Gjør de det?, var svaret: *Å nei, som oftest må jeg komme inn på det selv.* Han utfordrer studenten og formulerer seg slik: *Jeg vet at du var ute med en pasient i går, hvordan har du det?* Studenten kan da komme inn på det som har vært krevende. En student svarer slik til sin veileder: *Ja, jeg var glad du hadde sagt på forhånd at det kan bli veldig taust, at jeg ikke skulle gå inn på det.* Veileders rådgivning var nyttig. Situasjonen utenfor avdelingen ble mindre problematisk på grunn av at studenten åpenbart hadde fått god forhåndsinformasjon. Spørsmålet fra veileder til studenten om hvilke erfaringer hun

hadde hatt, oppfordret til åpenhet, kontakt og videre veiledning. Dermed ble også grunnlaget lagt for studenten for å få inngang til fagfeltet. Gjensidig tillit mellom veileder blir i denne fasen vesentlig. For veileder handler det om å gi god og trygg veiledning til usikre studenter i en vanskelig startfase.

3.3 HVORDAN FÅ TILGANG TIL FELTET?

3.3.1 "Forsøk å skaff deg oversikt over pasienter og avdeling"

Det å tilrettelegge for studenter kan oppleves krevende og er ikke alltid like lett. Kontaktsykepleierne er prisgitt de vilkår som råder i avdelingen til enhver tid. En sier det slik: *Jeg lurer på i hvor stor grad det lar seg gjøre å legge til rette for noe. Pasientene er det de er. De har sine plager og sine gode og dårlige dager. Det er noe med å være der med de når forandringene skjer. Det er så lite vi kan forutse.* De psykiatriske lidelsene er ulike og kan være lite forutsigbare. I tillegg varierer pasientenes tilstand og adferd fra dag til dag. Sykdommen er slik. Samtidig er det vanskelig å planlegge og å gi behandling og pleie som virker effektiv og lindrer hurtig. En sykepleier uttaler at: *Det har å gjøre med tiden vi lever i. Krav om å være effektiv. Jeg er i tvil om hvor effektive vi kan være og hvor langt vi kan komme.* Sykepleierne står overfor et dilemma. De ser at studentene har forventninger til seg selv om å ta initiativ og ansvar, men vet også at de trenger å ta det med ro og bli trygge på personalet. For veilederen representerer det en utfordring stadig å finne fram til arbeidsoppgaver som passer for studenten.

Det blir viktig å tilrettelegge for pasientkontakter som kan gi positive møter både for pasientene og studentene. Samtidig handler det om at studentene får kjennskap til avdelingsmiljøet. De fleste tar utfordringen med å være ute i avdelingen. Det hører til sjeldenhetene at kontaktsykepleier må be studenten være mer på avdelingen. Få studenter har til nå vegret seg for å utsette seg for det som skjer i avdelingen. En sykepleier gir uttrykk for at vekst hos studentene best skjer *når de ser seg rundt og lever litt med i det som skjer i avdelingen. De må selv finne ut av hva som er annerledes med denne avdelingen i forhold til somatisk avdeling.*

Det er viktig for kontaktsykepleierne å gi studentene informasjon om de enkelte pasienters aktivitetsprogram i form av dags- og ukeplaner, for å få svar på hva *de driver på med her*. En sa: *Jeg synes det er viktig å gi informasjon. Dette her å skissere opp hva dagen består av. Jeg tror det*

har noe med å vise hvordan vi jobber. Dette med primærpsykepleie, og at studenten til kontaktsykepleieren får følge opp hennes klienter. Hensikten er å forsøke å skape oversikt og forutsigbarhet. Det handler også om å appellere til studenten om å se de friske ressursene hos pasienten. På dette tidspunkt kjenner ikke studenten enkeltpasienters lidelser. Gjennom å si noe om hva dags- og ukeplanene handler om, får studenten hjelp til å se hva hun bør konsentrere seg om i arbeidet. Hun skaffer seg oversikt over det som rører seg i avdelingen. Et fåtall studenter vegrer seg for kontakt med pasientene. Dersom det en sjelden gang skjer, blir det viktig å få avklart om det er noe..., eller, ..hva gruer du deg for? Studentene gjør i slike tilfeller greie for sin vegring når kontaktsykepleier spør.

3.3.2 "Bruk tid og ta det med ro"

En erfaren veileder ble mot slutten i samtalen spurt om hva hun vil legge vekt på i arbeidet med studentene i startfasen. Hun svarer: *De må prøve å slå seg til ro og bruke tid på det.*

En annen vektlegger at *de får gå langsomt fram, de får ikke tildelt oppgaver de ikke makter.*

Enkelte studenter blir pågående og aktive. Noen kontaktsykepleiere tolker dette som uttrykk for forsvar mot usikkerhet. Det blir viktig å roe ned disse studentene. Kontaktsykepleierne opplever seg utrygge på studenter de oppfatter som utålmodige og som syntes å ha trang til å være aktive i avdelingen. Dilemmaet for veilederne er at studenten ikke er fortrolig med hva som foregår og hvordan lidende mennesker trenger å bli møtt. De blir usikre på hva studenten kan komme til å gjøre og mener at noen studenter drives av forventninger om å være effektive. Effektivitetskravet og det å roe ned kan skape frustrasjon hos dem. Sykepleier forstår at studenten ikke ser hva sykepleien handler om. Hun lurte på om *hele studiesituasjonen gjør at det er stress for studentene*, at de er så opptatt å få ting med seg at de kan kjøre over både pasient og avdeling. I denne situasjonen er det ikke annet å gjøre enn å få studenten til å roe seg ned.

Det tar tid å få tilgang til feltet. Studenten er avhengig av å få vite hvordan annet personale vurderer aktuelle pasienter i avdelingen. Egne pasienterfaringer er ikke tilstrekkelige. Psykiatrisk lidelse er ikke "nedfelt" som faglig begrep hos studenten, og de mangler erfaring. Fagfeltet er dermed ikke forståelig før de har lært pasienter å kjenne. Studentens handlingstrang må kanaliseres i observasjon som ikke virker styrende eller kontrollerende på omgivelsene. Overgangen blir stor. Nå handler det om en stillesittende virksomhet på dagligstuen, der studenten selv må utvikle sin indre faglige observasjonskompetanse og å lære å bli tilgjengelig for pasienter. Det handler primært om å lære å omgås mennesker med psykiske lidelser. Som et ledd i å lære dette trenger

veilederne å bli kjent med studentens inntrykk og opplevelser av pasienter hun møter. Hun trenger å få gi uttrykk for sine pasientinntrykk til veilederen. Veilederens pasienterfaringer blir viktige å få del i for studenten så hun kan korrigere og utdype sine egne vage pasientbilder, forut for nye pasientmøter. Om ikke veilederen etterspør studentens inntrykk av pasienten, og studenten ikke makter å formidle disse tilbake, hindres inngang til fagfeltet. Grunnlaget for veiledning og individuell hjelp baseres på å få kjennskap til hva studenten har oppdaget i sine møter med pasienten. Dialogen mellom student og veileder blir viktig. Studentens praksiserfaringer er nødvendig som føring for det konkrete innholdet i kommende veiledning, og for tidspunkt når nye tildelinger av pasientoppgaver kan komme.

Det å *”ta det med ro”* kan medføre manglende læringserfaringer for studenten. Her må veileder oppfordre til tenkning og refleksjon omkring pasienter og avdeling, og så å gi uttrykk for dette. Det kan iblant være vanskelig å forhindre at studenten utsettes for sterke opplevelser. Det blir da viktig for veileder å være tilgjengelig og ta tid til å lytte til studenten. Får ikke studenten bearbeidet sine inntrykk, kan hun bli hindret i sin læring.

3.3.3 *Hvordan være sammen med pasientene på stuen?*

Hvor i avdelingen starter studentene sitt arbeid med å forsøke å bli kjent med og i miljøet? En informant uttaler: *.. at som oftest blir de sittende i dagligstuen. Nå har vi sagt at det er en måte å bli kjent på, og det føles veldig rart, kanskje til dels ubehagelig å sitte der for dem. Det koster studenten både faglig og personlig å komme inn i det nye miljøet. Å bli kjent med pasientene er et krevende arbeid. De kommer inn i noe som de absolutt ikke kjenner til fra før, så de må venne seg til en avdeling med mange psykiske lidelser rundt seg, noe som er skremmende i seg selv. De har kanskje aldri møtt en person som har hatt en psykiatrisk diagnose.*

En kontaktsykepleier påpeker at studenter kan føle det vanskelig å sitte på stuen sammen med pasientene. Dette til tross for at han hadde forsikret studenten om at *du ikke må betrakte det som en slags dovenskap å sitte der*. Dagligstuen i avdelingen er et viktig sted å bli kjent med pasienter. Kontaktsykepleier vet at dette er nytt for studenten. I det somatiske sykehuset er det sjelden tilfelle. I denne avdelingen er det forventninger til studenten om å være på stuen sammen med pasientene. Råd til studenten handler om å holde seg *passende nær aktuelle pasienter* på stuen. *Blir det vanskelig for deg, så ta heller et blad som ligger der*. Kjennes det for trykkende for studenten, kan løsningen ligge i å rette oppmerksomheten bort fra pasienten. Råd om å lese i aviser eller blader

kan hjelpe studenten. Veileder tar hensyn til studentens eventuelle følelser, ved å gi råd om å flytte oppmerksomheten bort fra pasienten, men likevel være der sammen med han.

Kontaktsykepleier vet at mange studenter ikke har terapeutisk kompetanse på dette stadiet. Hun erfarer at enkelte ferske studenter kan komme til å *invadere pasienter*. *Det er jo vanlig at de sitter og snakker sammen. Men det kan føles som invadering, fra enkelte da*. Denne invaderingen ser ikke nybegynneren selv. Derfor kommer veilederen med følgende råd til studenten: *De av pasientene som vil snakke, de snakker nok*. Noen studenter må hjelpes til å skjønne at på stuen skal ikke noen lede samtaler. Initiativet ligger hos den enkelte som er der, uavhengig av om en er pasient, student eller personale. Kontaktsykepleier gir uttrykk for at enkelte studenter trenger mer hjelp og rådgivning enn andre. Noen trenger mer tid til å tilpasse seg miljøet på dagligstuen. De må lære seg å være noe for pasientene gjennom å være sammen med dem, mer enn å snakke.

Noen ganger kan det motsatte finne sted. Enkelte pasienter kan bli verbale og styrende overfor studenten, som da kan *føle seg veldig beklemmt*. I slike situasjoner kan veileder etterpå og i enerom si *at jeg observerte det og det, men det er helt normalt*. Slik bidrar han til å avdramatisere situasjonen studenten er oppe i. Det er vanlig at studenter i starten opplever pasienter på denne måten.

3.4 Om å ”stå” i det psykiatriske fagfeltet

3.4.1 *Det tar tid før studenten ”ser” det syke hos pasienten*

En av kontaktsykepleierne gir uttrykk for at *når det er gått en stund sier studentene at de ser jo at pasientene har flere problemer enn det de fanger opp til å begynne med. Ja det er det som overasker dem. At det går an å ha det så vanskelig, samtidig som de ser så alminnelig ut*.

Kontaktsykepleieren vet at pasienters indre plager ikke blir synlige for studentene, før det går en tid. Å bli oppmerksom på skjulte plager krever tilnærming over tid. Dersom ikke studenten makter å observere og tilkjenne sine refleksjoner om pasienter, kan det skape usikkerhet hos veileder. Hvor står egentlig studenten? Får hun noe med seg i praksis? Skal veileder kunne gi studenten hjelp, må studenten tilkjenne hva hun har sett i avdelingen, og hva som forundrer henne. Det er her grunnlaget for veiledningen skapes. Skal veiledningen komme i gang kreves det at studenten tar initiativ til å forklare sin veileder om sitt ”ståsted,” hva hun har observert og erfart av symptomer hos pasientene. Både i forkant og etterkant av rapport- og fagmøtene blir samtalerne

mellom de to viktige. Studenten trenger enkelte ganger hjelp fra veileder til å få forklart hva fagpersonalet mente med det de sa på møtet.

En av de mest erfarne veilederne forteller at *de første dagene syns studenten det er veldig greit, og da blir det slik at de ser dette med litt andre øyne. Evaluering av pasienter, morgenmøter, tverrfaglige møter. Det går stadig igjen at de lærer mye av det. Det er rart å høre. Så kommer en med det, som har observert slikt, og slik på arbeidsstuen. Den og den har sett det og det. Det har ikke jeg sett, enda jeg syns jeg har sett, sier studenten.* Dette er illustrerende utsagn om en nybegynner. Studenten ser ikke selv de psykiatriske symptomene som representantene fra de ulike personalgruppene ser. Denne type faglige pasientvurderinger, gitt av andre fagfolk, tar studenten med seg. De vil forhåpentligvis fremme studentens egne observasjoner. Studentene tar med seg fagfolks pasientkunnskaper og erfaringer og nyttiggjør seg dem i sine nye pasientkontakter. Morgenmøter og andre personalmøter representerer viktige og nødvendige kunnskapskilder for studentene. Her er det tale om en form for indirekte praksislæring. Kontaktsykepleierne vet likevel at den viktigste form for læring må studenten selv stå for, gjennom å møte pasientene.

3.4.2 "Lær deg å stå støtt"

De aller fleste studentene tar utfordringen med å bli kjent med pasientene i avdelingen. Men det hender at den erfarne sykepleieveileder må puffe på ved å si at *du må forsøke å være mer sammen med pasientene, om du skal få mer utbytte av dette.* De fleste studentene trenger ikke denne oppfordringen. De er der og forsøker å bli kjent med det nye miljøet. Slik må det være når det handler om å skaffe seg oversikt over hvem pasientene er og hva som plager dem.

Ikke spør pasientene ut, er et råd studentene får. Det kan hindre helt i å få innpass i feltet. Pasienten kan komme til å reagere negativt på det. Da er det bedre om *pasientene forteller og da må du gjerne ta imot.* Initiativet skal i slike tilfeller ligge hos pasienten. De snakker gjerne om *daglige ting.* Veilederen vet også at enkelte pasienter kan komme til å utlevere seg og fortelle også om sensitive forhold. Studenten skal ikke følge opp med videre utspørring.

Studenten erfarer at hun blir sett av sin veileder i vanskelige situasjoner og får veiledning etterpå. Veiledningen i etterkant er viktig for å entre det nye fagfeltet. En av kontaktsykepleierne mener *at de først av alt må lære seg å stå i det.* Å lære seg til "å stå" i feltet er en vesentlig kvalifikasjon for

å kunne møte mennesker med psykiske lidelser. En annen sier at så *snakker jeg med studenten om det å stå støtt og å være tilgjengelig. Enten de vil ha noe med deg å gjøre eller ikke.* Studenten skal lære å stå aleine overfor et annet menneske, også der det er uklart hvilke problemer og utfordringer som venter henne. Det skaper usikkerhet. Dette vet sykepleierne.

3.4.3 ”Hjelpe studenten til å bearbeide sterke inntrykk”

En kontaktsykepleier hadde erfart at en student tidlig i praksisperioden uttalte: *Jeg tørr jo ikke se på han, jeg er redd han skal bli sint.* Veilederen gir studenten råd om å alliere seg med annet personale på vakt, slik at hun ikke er aleine med pasienten. Videre blir det gitt informasjon om hvordan hun bør møte nettopp denne pasienten.

Enkelte studenter har opplevd, i følge sykepleierne, *å bli møtt med uttalelse fra pasienter som kan virke sårende. Mange pasienter er flinke til å finne svake punkter hos deg. Hvis det skjer: Kom og snakk om det. Det er viktig at de får snakke om det. Blir de utsatt for truende opplevelser, truende situasjoner, så kommer vi sammen. De skal ikke gå hjem aleine med det.* Slik er praksis også for annet personale. Personalet tar vare på hverandre. En annen sykepleier svarte dette på spørsmål om studentene bearbeider sterke ting som de møter i avdelingen: *Ja det vil jeg si de gjør. Studentene er veldig flinke til å komme og snakke og ta opp ting.* Kontaktsykepleierne mener at studentene stort sett er åpne og viser tillit. De får da hjelp til å bearbeide sine inntrykk. Dette er også en forutsetning for at de kan hjelpe menneskene i det psykiatriske fagfeltet..

3.5 Gradvis tildeling av pasientansvar

3.5.1 Tid for tildeling av pasientansvar

En av kontaktsykepleierne med lang erfaring viser til at *det egentlig er greit hvis vi får inn pasienter vi har hatt før. Da er det mye enklere. De er som oftest så pass trygg på betjeningen her at det er aldri noen problemer med det der å skulle være med på samtaler og ta studenten med, eller overlate en del ting til studenten.* Han hadde erfart at tidligere innlagte pasienter var samarbeidsvillige også i forhold til studenten. Det hender ellers at studenter er heldige og lærte mye ved å få tildelt pasienter som tidligere ikke var innlagt i institusjonen. Kontaktsykepleieren viser til et slikt vellykket tilfelle der *studenten har fått lært mye. Hun har vært med i samtale, vært*

og fulgt opp med turer, på arbeidsstue, snakket med henne (pasienten) og fulgt til utskrivning. Det er slike ønskesituasjoner. Studenten som hun nå hadde ansvaret for, hadde fått lærerrike oppgaver. Under veiledning hadde hun påtatt seg oppfølging, fra innskrivning til utskrivning. Sykdommen og plagene pasienten hadde, ble synlig for studenten, da denne pasienten *på toppen av det hele hadde god innsikt i egen sykdom, og snakket åpent om dette.*

Studentene som får ansvar for enkeltpasienter og får følge dem opp, får innsyn i det sykepleiefaglige arbeidet i avdelingen på en meningsfull måte. En kontaktsykepleier uttaler dette om studentenes arbeid: *De er absolutt modeller for pasientene. Jeg tror det er dette som gjør dem litt glade og gir følelse av å være seg selv. Så er jeg noe.* Jeg tolker utsagnet som uttrykk for at denne sykepleieveilederen mener at studentene etter hvert ser gleden i å arbeide i det ny fagfeltet med pasientene. Ligger det i dette utsagnet også en oppfatning hos kontaktsykepleieren av at studenten nå er i ferd med å komme på sporet av sin sykepleieidentitet? Studenten hadde fått innpass i fagfeltet. Hva er så kriteriene for tildeling av pasienter?

3.5.2 Kriterier for utvelgelse av pasienter og studenters behov for tilleggsinformasjon

For studenter som viser grunnleggende ferdigheter i å omgås pasienter, er tiden inne til å få tildelt pasientansvar i samarbeid med sin veileder som gjerne er primærkontakt for den aktuelle pasient. Denne tildelingen finner sted etter 2-3 uker i praksis. Dette tilsvarer mellom 6. og 10. praksisdag av i alt 32 dager (8 uker) Tildelingen er avhengig av at veilederen har funnet studenten kvalifisert for oppgaven. En forteller: *Studenten min er blitt så trygg. Jeg hadde observert henne på dagligstuen i samtale med andre.* Hun ble vurdert til å være klar til å følge opp den utpekte pasienten. Vedkommende hadde sagt ja til å la en student følge seg opp. Studentens ansvar for pasienter blir etter hvert utvidet til å gjelde flere. Under en ettermiddagsvakt, der student og veileder arbeidet sammen, fikk studenten ansvar for flere pasienter samtidig. Hun sa ja til å påta seg ansvar for tilsyn og oppfølging av tre lettere pasienter. Veileder forteller: *Jeg ser at hun begynner å få fotfeste og synes det var helt greit å ha på seg tre eller fire pasienter på posten i går ettermiddag. Selvefølgelig ikke tunge suicidale pasienter.* Kontaktsykepleieren viser tillit til studenten. Avgjørende for tildelingen er at kontaktsykepleieren ser at hun har fått *fotfeste*. Pasientene aksepterte studenten i personalrollen og hun fulgte dem opp på en meningsfull måte. Kontaktsykepleieren uttaler dette om aktuelle utvalgte pasienter og oppgaver som studenten får tildelt: *Det er gjerne folk som ønsker å ha følge ut. Selv om de har utgang etter avtale, ønsker de å ha et menneske med seg. Eller de*

ønsker å spille med eller prate med noen. Slik kan studenten gjennom direkte pasientkontakt bli kjent med dem. De får oppgaver de har forutsetning for å mestre. Vi ser at studentene tildeles mer ukompliserte pasienter. Det er pasienter som blir vurdert til ikke å være til stor fare for seg selv eller andre. Studentens første møte med pasienter på egenhånd skal ikke preges av uforutsigbarhet og for store traumatiske opplevelser.

Nok et kriterium for tildeling er *at det skal være en pasient som har klare problemstillinger, og der det er satt opp en pleieplan med noe konkret å arbeide med. Kanskje angsttrening, med busstrening. Gjerne litt store problemstillinger, mange ting å ta fatt i,* forteller en sykepleier. Her er poenget tydelighet hva gjelder symptomer, med gjenkjennelse til lærebøker i psykiatri, som var ikke er for vanskelig å observere for studenten, og der det er iverksatt tiltak. Dette i motsetning til pasienter som står på dempende medikamenter som gjerne reduserer plagene og gjør dem mindre synlige. Studenten skal få se, møte og oppleve mennesker med ulike psykiatriske symptomer, der behandling er iverksatt..

Studentene blir oppfordret til å ta initiativ og å ta ansvar for pasienter. Det kommer fram at mange er flinke til å involvere seg gjennom å være hos pasientene. Samtidig blir det stilt krav om å praktisere distanse der det er påkrevd. Her trenger studentene hjelp. Sosial kompetanse er noe studenten må lære seg. En kontaktsykepleier påpeker hvor vanskelig det kan være for dem å praktisere nærhet og distanse i ulike situasjoner: *Du må ha noe intuitivt, du må ha litt antenner. Og det har de fleste. Ja, og der synes jeg de fleste studentene er flinke å komme å spørre. Jeg skal være sammen med den og den, en tur eller på butikken, og spør liksom der og da: Hvordan skal jeg forholde meg?* Studenten er usikker. Hvordan bør hun opptre overfor pasienten i og utenfor avdelingen? Studenten trenger hjelp fra veileder. Primært er det viktig å få kunnskap om hvilke problemer som kan oppstå. Dette vet studenten lite om. Det neste blir: Hvordan skal studenten møte det som kan oppstå? Unge studenter har liten trening i å gi råd eller veiledning til voksne mennesker i forhold til dagligdagse trivielle utfordringer som kan oppstå. De blir usikre. De må lære å søke tilleggsinformasjon og veiledning, noe kontaktsykepleier ønsker de skal gjøre. Det er viktig å få gitt informasjon om hva nettopp denne pasienten kan komme til å utfordre studenten på. Erfaringer andre i personalstaben har med denne pasienten, særlig med vekt på utsagn og handlemåter, blir viktig informasjon. Erfarer kontaktsykepleier at studenten evner å planlegge med tanke på utfordringer som kan komme i møte med pasienten, ser kontaktsykepleieren at studenten kan ta ansvar. Grunnet utvikling av faglige relasjonelle ferdigheter er nå tilstede hos studenten.

Opplevelser og erfaringer etter turer med pasienter kan også bli gjenstand for veiledning, gjerne i form av utveksling av erfaringer som både student og veileder har hatt med denne aktuelle pasienten. *Da er de gjerne kommet etterpå og sagt: Gud, det var fryktelig vanskelig det der, for hun (pasienten) ville at jeg skulle stå utenfor. Da snakket vi igjennom det. Så var det greit.* En manisk pasient forsøkte her å få studenten til å vente utenfor butikken, da hun selv ønsket å kjøpe varer uten inngripen fra studenten. I etterveiledningen ble det klart for studenten at neste gang måtte hun bli med inn i butikken, til tross for pasientens ønske om å være aleine. Studenten erfarte at avtale om konkret hjelp til denne type pasienter må være klarlagt før turen starter. Løpende veiledning er viktig også i etterkant av turer.

De tilsyns- og omsorgsrammer pasienten inngår i, har betydning for om studenten får arbeidsoppgaven med pasienten eller ikke. For eksempel kan det komme på tale at studenten får ansvar for *en suicidal pasient, da som fastvakt*. Rammene er da trygge. Tilsynet med pasienten lar seg lettere gjennomføre på et enerom i avdelingen. Flere sykepleiere er tilgjengelige i avdelingen, om det blir behov for konsultasjon. Hva så med å følge opp suicidale pasienter utenfor avdelingen?

3.5.3 Skjerming av studenten og samarbeid med andre sykepleiere om arbeidsoppgaver

Det blir vurdert som uaktuelt i starten å la studenter følge suicidale pasienter utenfor avdelingen, for eksempel på turer. Om noe uforutsett oppstår, har student og pasient begrensede mulighet til å kunne konsultere annet personale. Også andre krevende pasienter blir vurdert som lite egnet og blir forsøkt skjermet for studenten. En sier at *hvis du har en vanskelig pasient med personlighetsforstyrrelse som er i en utredningsfase i avdelingen, så vil jeg kanskje vente med å bruke en student*. Denne type pasienter kan opptre manipulerende og blir vurdert til å være for krevende for studentene. Begrunnelsen er at *det er ikke rett å utsette studenten* for slike påkjenninger. Det er ikke riktig å utsette en student for pasienter med store personlighetsavvik eller der en enda ikke kjenner pasientens atferd. Skjermingen av studenten er etisk begrunnet. Det hører også med at pasienter ikke bør utsettes for inkompetanse. Dersom studentene opptrer eller står i fare for å opptre uheldig overfor en pasient, representerer dette et problem i første rekke for veileder.

Det er naturlig at studenten blir tildelt oppgaver sammen med enkeltpasienter som kontaktsykepleieren har hovedansvar for. Men det er ikke alltid like enkelt å overføre delansvar til

studenten. En sier at *det er ønskelig, men det er ikke alltid det passer. For eksempel nå har jeg to pasienter som faktisk ikke passer inn i det hele tatt for denne studenten. Nei, eg kan ikke forklare det, men det er to pasienter som for det første ikke ville sluppet de til, for på den måten er det ikke direkte psykiatri heller. Det er så lite å lære av det, egentlig.* Dermed står denne kontaktsykepleieren overfor et problem. Hun har ikke pasienter som egner seg for studentopplæring. Hva blir gjort? Den aktuelle studenten får være med en annen sykepleier *og overtar hennes pasienter, noen dager, for det er mer å lære der.* Samarbeid med andre sykepleiere er viktig. De snakker sammen om det å være veileder. En uttrykker at *vi snakker av og til om det, om våre, hva vi føler og hva vi får utført, om det er godt eller?* Å få egnede pasienter å forholde seg til er viktig for studenten. Kontaktsykepleier er opptatt av å gi studenten hjelp.

3.6 ”Å hjelpe studentene til nærhet og avstand”

3.6.1 ”Våg å være tilgjengelig for pasienter og søk veiledning”

Flere av informantene påpeker at de fleste studentene er åpne, bevisste og reflekterte. En sier at målet for egen studentveiledning er *å få studentene til å stå støtt og å være tilgjengelig for pasientene, selv om de kan bli avvist av enkelte.* Det er viktig *ikke å trekke seg vekk fra pasienten.* Studentene må lære å forholde seg til pasientene. Det er viktig å være der både nært og distansert, men uten å bli for tett eller å avvise.

Veileder ser studentens behov for tid og tilgjengelighet, spesielt i starten. *Jeg er veldig tilgjengelig i alle fall til å begynne med.* Studentene evner i ulik grad å ta initiativ til veiledning. En har erfart at studenten spør: *Har du et øyeblikk nå, har du noen minutter? Inn på kontoret og snakk om det.* *Slike studenter er alltid flotte å ha. De er engasjerte og reflekterte.* En annen sier at *de studentene som er engasjerte de kommer faktisk til meg og griper stunden når de ser jeg har anledning til det. Jeg ser at det er veldig bra hvis studentene ser at jeg er veldig opptatt. Jeg sier om morgenen, slik blir det i dag. Jeg skal på møter slik og blir borte slik.* Sykepleieren er imponert over studenter sosiale kompetanse. Det innebærer at studentene etter veileders mening er i stand til å se og bedømme når veileder er tilgjengelig for spørsmål. De ser når veileder er involvert i kontakter med pasienter og personale i avdelingen, da venter de med å ta kontakt til han er ledig. *Da griper de stunden.* Denne gruppen studenter evner å vise respekt både for pasientene, veileder og annet personale. Hensynet til pasientene må og skal veie tyngst. At studentene ser det mener sykepleierne har med *sosial intelligens å gjøre.* Studentene må evne å se sammenhenger og å prioritere

pasientene. Denne evnen til helhetsvurdering hos studentene blir framhevet av kontaktsykepleier. Dette er noe studentene *profitterer på, og da blir det til at en gir og tar hele tiden*. Evnen til å se den andre i lys av, at her må jeg vente til anledningen byr seg, blir viktig. Studentene ser at her er det viktig hensyn som må taes. Veileder vet at da har de sett noe vesentlig. Pasienter har fortrinn når det gjelder personalets tid og grad av oppmerksomhet.

Veiledning blir i hovedsak en løpende veiledning, hvor en gjerne stanser opp sammen flere ganger i løpet av en vakt. Studentene har stort sett samme vakter som sin veileder. Det kommer ellers fram at flere av kontaktsykepleiere setter av en time ukentlig veiledning til studenten. En gir uttrykk for at *vi trekker oss tilbake og går gjerne igjennom de siste dagers opplevelser studenten har hatt*. Kontaktsykepleierne spiller en viktig rolle i arbeidet, med å legge til rette for slike stunder.

3.7 Oppsummering - Faser studentene må veiledes gjennom

Med bakgrunn refleksjon over og analyse av empirien mener jeg det vil være fruktbart å organisere veiledningsarbeidet i fire faser. To av de fire fasene omhandler studentenes første 8 dager i praksisperioden. Begrunnelsen for dette er at det tar tid å komme inn i arbeidsfeltet. Den første, fase 1 er å veilede i forhold til omfattende usikkerhet. Empirien viser at veilederne ser studentens usikkerhet. De ser behovet for å gjøre seg for tilgjengelige for studenten. "Sikre studenter" vil være "farlige" studenter, fordi de står i fare for å gå ut over sin kompetanse, da de i starten har minimal kunnskap og kompetanse i forhold til fagfeltet. Usikkerhet blir imidlertid ikke tatt opp som veiledningstema i forhold til studenten i denne tidlige fasen, kanskje fordi det er først mot slutten av praksisperioden at studenten på eget initiativ tilkjenner den uttryggighet de hadde i begynnelsen. Da er de blitt rimelig trygge også til å kunne innrømme sin usikkerhet. Tilrettelegging og initiativ knyttet til studentens usikkerhet, må ligge hos veileder. Starthjelpen til de nye studentene handler også om å gjøre usikkerheten til et tema. Generalisering og akseptering er viktige veiledningspoenger. Studenten må få hjelp til å våge og tåle å utsette seg for det nye. De må bli kjent både med avdelingsrutiner og aktuelle pasienters aktivitetsprogram. Kontaktsykepleier har et omfattende og utfordrende ansvar for tilrettelegging. De vet at det tar tid før studenten makter å bli kjent med aktuelle pasienter.

Når studentene er kommet lenger, er tiden inne for en *tilpasset og styrt tildeling av pasienter*,

fase 2. Kontaktsykepleierne tilrettelegger og velger ut pasienter slik at studentene kan starte sitt arbeid med å observere pasienter og begynne å bli kjent med dem. Noen pasienter er uaktuelle å tildele, for eksempel pasienter som blir vurdert for belastende å ha ansvar for i denne første praksistiden. Studentene får konkrete råd om hvordan de best bør forholde seg til aktuelle pasienter og anbefalte måter å kommunisere med dem på.

Den andre fasen blir en viktig åpner for den 3. fasen. *Her får studenten innblikk i fagpersonalets pasientvurderinger* som er viktige for at studentene kan danne og videreutvikle egne pasientbilder. Psykiatriske symptomer er ikke lette å oppdage av nybegynneren. Fagmøter, bestående av tverrfaglige rapport- og evalueringsmøter om pasienter, er i denne sammenheng viktige å delta på for studenten. Veiledningssamtaler mellom kontaktsykepleier og student i etterkant av fagmøtene representerer likeledes viktige bidrag for å gi studenten større forståelse for mentale lidelser og symptomer, slik de blir beskrevet i fagmiljøet.

I den siste fasen: fase 4 får studenten *ansvar for "egne" pasienter*. Noe selvstendig ansvar er det ikke tale om. Det er kontaktsykepleierens pasienter de får følge opp, gjerne hvor det er snakk om deloppgaver som pasientene skal gjennomføre som ledd i sitt dagsprogram. Studenten forteller sin sykepleiekontakt om sine pasientobservasjoner og vurderinger. Veiledning gis fortløpende. Målet er at studenten skal "stå støtt" i forhold til pasientene og bli trygge medarbeidere. Dette får de øvelse i ved å møte pasienter selv. Forskjellen mellom fase 2 og 4 er denne: Fase 2 handler hovedsakelig om observasjonspraksis og preges av veileders tilrettelegging for studenten med utvalgte pasienter. Fase 4 har karakter av begynnende aktiv sykepleiepraksis utført av nybegynneren, der hun samhandler med pasientene og rapporterer opplevelser og pasienterfaringer tilbake til kontaktsykepleier, og etter hvert også til annet fagpersonale. I denne fasen starter de i rollen som medarbeider. Dette finner sted på rapport- og evalueringsmøter i avdelingen, også som løpende meningsutveksling og uformelle samtaler.

4.0 PÅ SPORET AV EN OPPLÆRINGSMODELL FOR STUDENTERS YRKESPRAKSIS

Vi har fått innsyn i følgende forhold: Hvordan kontaktsykepleierne tenker om studenter og hvordan de forsøker å tilrettelegge for læring, slik at studentene får inngang i fagfeltet. Med utgangspunkt i hvordan sykepleieveilederne ser dette vil jeg med henvisning til empiriske funn forsøke å finne fram til begreper og egnet teori som kan belyse hvordan tilegnelsen av sykepleiepraksis foregår. Her i kapittel 4 gjøres bruk av de to av mesterlæremodellene: personsentret og desentrert mesterlære. Det nye med utgangspunkt i det empirisk materiale er at jeg her også finner grunnlag til å supplere med en egen modellvariant som jeg mener hører inn under en personsentrerte, nemlig: en "indirekte" mesterlære. Begrunnelsen for denne vil nå bli gitt.

4.1 Mesterlære

Kontaktsykepleieren kan betegnes som mester og sykepleierstudenten som lærling. I praksisteori om mesterlære er poenget at mesteren reflekterer og gjør fagets tenkning synlig for lærlingen (Schön 1987). Mesteren tjener også som rollemodell (Collins et al 1991), i det han synliggjør de oppgaver som skal læres, og han fungerer dessuten som identifikasjonskilde. Det handler ikke om ren imitasjon av mesteren. Poenget er at mesterens praksisrefleksjoner gjøres tilgjengelig for lærlingen. Det er tale om en personsentrert mesterlære til forskjell fra desentrert mesterlære, der "læremesteren" aleine representerer det organiserte og tilrettelagte praksisfellesskapet som nybegynneren får del i (Wenger 1998).

Empirien viser at studentene i liten grad får se sin mester i dialog med pasienter. Derimot får de se utvalgte pasienter i ulike kontekster i og utenfor avdelingen. Ikke nok med det. Ved å delta på møter i og utenfor avdelingen får de også møte flere andre læremestere fra det tverrfaglige miljøet, som utfordrer dem gjennom sine spørsmål og svar.

Studentene overlates tidlig til å ha kontakt med pasienter og er i stor grad aleine med dem. Kontaktsykepleierne driver en form for styrt og tilrettelagt mesterlære. Det som kjennetegner veiledningen, er at den har form som løpende veiledning før og etter situasjoner der studenten skal møte eller har møtt aktuelle pasienter. Veiledningen finner slik sted, uten at pasienten deltar. Studenten og veileder samtaler om en eller flere pasienter, ikke sammen med dem. Studenten får

som nevnt i begrenset grad se sin mester i direkte samspill med pasienter, med unntak av ved mottak av nye pasienter og korte pasientmøter på dagligstue, i ganger og på vaktrom i avdelingen. Studenten får del i mesterens pasientrefleksjoner om læremesterens praksis, ikke i ekspertens praksis. Det er den indirekte konsultative veiledningen som dominerer og som danner grunnlag for mening, forutsigbarhet og struktur hos den nye studenten. Verken for student eller veileder representerer dette en personorientert mesterlære. Hensynet til pasienten, det vil si å skjærne vedkommende, tilsier at direkte veiledning ikke alltid er etisk forsvarlig.

Kontaktsykepleierne vet at studentene blir "kastet" ut blant pasientene, uten at læremesterne er tilstede og kan gripe inn om nødvendig. Det betyr ikke at læremesterne ikke ser, observerer og vurderer studenten i samspill med pasienter. De observerer alle studentene i første rekke deres evne til åpenhet overfor pasientene. Tørr de ta kontakt med pasientene og i hvilken grad? Empirien viser at usikkerheten hos studenten er grunnleggende ved alt de foretar seg. Dette vet læremesteren.

4.1.1 Personsentrert mesterlære

Greenfield (1984) viser til at mesteren griper selektivt inn og gir den lærende et hjelperedskap som utvider deres evner til å håndtere ulike oppgaver. Hun er representant for en type personsentrert mesterlære hvor en gjør bruk av begrepet "stillasbygging." Begrepet er hentet fra byggebransjen, og det illustrerer samhandlingen mellom mester og lærling. Hensikten ved denne modellen er å sakte lukke gapet mellom de krav som stilles i situasjonen og de begrensede ferdigheter som lærlingen innehar i startfasen. "Stillaset" representerer mesterens hyppige inngripen i form av rettleiding og støtte i den tidlige arbeidstilegningsfasen. Greenfield bruker modellen i yrkesrettet opplæring, knyttet til det å lære å veve. Instruksjon og støtte blir trappet ned etter hvert som lærlingene tilegner seg ferdighetene. Denne stillasmodellen av mesterlære lar seg ikke direkte overføre til fagfeltet psykiatrisk sykepleie. Forskjellen består i at lærlingen i denne består i å skaffe seg oversikt over avdelingsrutiner og pasienters dag- og ukeprogrammer. Det handler om å lære å praktisere faglig sosial kompetanse i et nytt og ukjent arbeidsfelt, uten at veileder fotfølger studenten. Ferdighetene får de veiledning på før og etter konkret samhandling med pasienten. Mesteren griper sjelden inn i det pågående konkrete arbeidet, som i en vevesituasjon. Fagfeltet psykiatri forblir skjult for nybegynneren en tid. Det gjelder å få innsyn i hvordan psykiske lidelser hos pasienter kommer til uttrykk. Her trenger nybegynneren hjelp. Fagpersonalets tenkning og uttalelser om pasientene er viktige å få del i for studentene. Det handler om å lære et nytt fagspråk. Nettopp gjennom å tilegne seg mesterens pasientvurderinger lærer studenten å reflektere over

praksis. Dette innvirker på, og styrer studentens egne pasientvurderinger under vegs. Mesteren er samtalepartner og medvandrer på veien mot større praksisforståelse. Hver student får tildelt sin personlige sykepleieveileder i praksisperioden. Vedkommende veileder står til disposisjon for studenten når vaktturnusen muliggjør dette. For den utvalgte mesteren er det viktig å få kjennskap til studentens "ståsted." Alt må foregå i studentens tempo, fordi praksislæring finner sted i kraft av studentens gradvise deltagelse i praksisfeltet. Tilgang til fagfeltet skjer i først rekke ved at studenten evner å tilpasse seg fagfeltet, utsetter seg for det nye og ukjente gjennom å vise åpenhet og aktiv interesse.

Den tradisjonelle personsentrerte mestermodellen kommer i begrenset grad til anvendelse i dette fagfeltet. Empirien viser at også andre sykepleiere enn mesteren påtar seg studentveiledning i forhold til aktuelle pasienter, selv om dette i størst omfang skjer i siste halvdel av praksistiden. Da er studentene allerede på vei inn i fagfeltet. Faglige samtaler foregår også da løpende mellom mester, eventuelt med andre i praksisfellesskapet, når studenten spør eller fremmer sine inntrykk av pasientene i avdelingen.

4.1.2 "Indirekte" mesterlære

Som alt nevnt vil ikke den tradisjonelle personsentrerte mestermodellen aleine kunne beskrive praksisopplæringen i dette fagfeltet på en god måte. Begrunnelsen er at mesteren i liten grad direkte griper inn i forholdet student og pasient imellom. Derimot er mesteren aktiv når det gjelder tilretteleggingen av oppgaver som tildeles studenten. Studentene oppfordres til å bli kjent med rutiner i avdelingen og forsøke å bli kjent med aktuelle pasienter. Mestermodellen som synes å være mer dekkende slik jeg ser det, kan karakteriseres som indirekte mesterlære. Den handler om mesterlære på en aktiv måte i for- og etterkant av studenten sine pasienterkontakter. Aktiviteten består i at kontaktsykepleier informerer studenten om pasientens plager og med vekt på hvordan studenten bør forholde seg til pasienten i samhandling. Når jeg har kalt modellen "indirekte" mesterlære er det fordi veiledningen ikke finner sted i situasjoner der student og pasient er sammen. Veileder "ser" og vurderer studenten i pasientsituasjoner, men gir ikke veiledning der og da. Den kommer før og/eller etter møtene mellom student og pasient. Når denne veiledningsmodellen hører til under den personsentrerte, har det sammenheng med at det her dreier seg om en personlig oppnevnt veileder og at det faglige innholdet i veiledningen i hovedsak handler om et faglig pasientfokus, som skal læres av den nye studenten. Når det gjelder valg av

aktuelle pasienter til studenten har det utvilsomt med tilrettelegging å gjøre, men pasientutvelgelsen er styrt av mesterens vurdering av hva som til en hver tid er tjenlig for studentens "faglige" ståsted. Derfor hører modellen "indirekte" mesterlære inn under den personsentrerte mestermodellen. De personlig oppnevnte veilederne har en viktig oppgave i å få studentene til å reflektere, tale om og drøfte sine pasienterfaringer med fagfolkene i avdelingen. Pasienterfaringene er selve grunnlaget for studentenes tilegnelse av yrkeskompetanse. Tilrettelegging og faglig veiledning har et stort omfang og er av stor betydning for å komme inn i fagfeltet. Jeg har imidlertid allerede nevnt at flere mestere enn kontaktskykepleieren etter hvert deltar i prosessen med å få studentene inn i fagfeltet. En desentrert forståelse av mesterlære (Wenger 1998) vil derfor også gjøre seg gjeldende.

4.1.3 Desentrert mesterlære

Wenger viser til at det ut fra en slik forståelse av mesterlære, er det nybegynnerens deltakelse i praksisfellesskapet som blir avgjørende. Det viktigste ved mesteren er at han organiserer og tilrettelegger praksisfellesskapet for studenten, slik at hun etter hvert blir en del av dette. Studentenes "innlemmelse" i praksis læres primært ved å delta i praksisfellesskapet. Desentrert mesterlære handler om at selve praksisfellesskapet organiseres og tilrettelegges på en forståelig måte for studenten. Veiledningsressursene må struktureres best mulig, slik at studenten kan få innpass i yrkesmiljøet. Poenget med en desentrert mesterlære er at mester og svenn deltar aktivt er i et fellesskap med flere mestere. Fellesskapet er det avgjørende. Det blir vektlagt i denne modellen.

Men før en kommer så langt får studenten starthjelp av sin personlig oppnevnte veileder til å skaffe seg pasientkunnskaper og sosial kompetanse. På mange måter virker denne personlige veiledningen som en "forskole," en ordning som letter overgangen for studenten til praksisfellesskapet.

For å få adgang til fellesskapet må studenten vise at vedkommende innehar begynnende samhandlingskompetanse i forhold til pasienter og personale. Her er den personsentrerte veilederne døråpner for studenten inn til fellesskapet. Studenten må gjøre greie for observasjoner og pasientbeskrivelser gjennom muntlig og skriftlig rapportering i avdelingen. Gradvis, gjennom å delta i praksisfellesskapet, tilegner studenten seg språket og tenkningen som gjør seg gjeldende.

Praksisfellesskapet har dessuten en viktig identitetsutviklende funksjon for studenten. I opplæringen av sykepleiestudenter i psykiatrisk praksis er det viktig at det er plass for en styrt tilrettelagt personsentrert mesterlære-, en "indirekte" personorientert mesterlære- og en desentrert mesterlæremodell. Det særegne i opplæringen er at tilrettelegging, råd og veiledning ikke finner sted når studenten er i direkte samhandling med pasienten. Det skjer, dels før, men i hovedsak etter at studenten har vært i samspill med pasienten. Studenterfaringene er tema, hvor det studenten har sett og erfart blir gjenstand for veiledning.

4.2 Ulike fysiske rom og aktivitetssoner som inngangsport for praksislæring

Empirien viser at ulike institusjonssoner eller fysiske rom danner inngangsport for læring av praksisferdigheter hos studenten. Rommene det her gjelder er pasientstuen, arbeidsstuen og områder i og omkring institusjonen. Turer til nabolaget, butikkbesøk og kinobesøk representerer rom der studenten kan lære å kjenne personene og menneskene bak de psykiske lidelsene.

De desentrerte læremesterene, det vil si fagfolkene i avdelingen, vet at studentene i starten ikke kjenner til hva sykepleieren samtaler med pasientene om og hvordan dette gjøres. De vet at nybegynneren ikke kjenner til hvordan han skal nærme seg den enkelte pasient. Mesteren, som kontaktsykepleier, ser studentens dilemma: Hva kan og skal jeg hjelpe pasienten med? Men før studenten kan svare på dette, må de skaffe seg pasienterfaringer.

4.2.1 *Dagligstuen*

De ulike rom i og utenfor avdelingen representerer ulike arenaer eller møtesteder mellom studenter og pasienter. Vi har sett at studenten blir oppfordret til å forsøke å bli kjent med pasientene nettopp på dagligstuen i avdelingen. Empirien viser og at kontaktsykepleierne forstår at oppholdet på stuen ikke er like enkelt for den nye studenten. En veileder rådet studenten til å lese i aviser eller blader mens hun satt det. Dette har ikke bare å gjøre med at studenten er ny. Det er ikke tydelig for studentene hva som tematisk kan tas opp med pasienter på dagligstuen, og hvem som bestemmer aktiviteten. På dagtid blir det ikke sett mye TV. Enkelte pasienter strikker, syr, leser eller slapper av. Samtaler om dagligdagse emner foregår, men bare i begrenset omfang. Både pasienter, studenter og til tider også personale, kommer og går. Dagligstuen er et rom der en kan møte andre uten at en nødvendigvis forplikter seg på å inngå tette sosiale relasjoner. Ingen skal lede

virksomheten der. Både pasienter og personale kan ta initiativ til kontakt med hverandre. For studenten kan det ta tid å finne ut at det her handler om uformell virksomhet og frivillighet. Hun må og tåle å delta uten å styre det som foregår der. Noen ganger blir det spilt spill, sett fjernsyn, men mye av tiden går med til bare å sitte på dagligstuen. Den som har forventninger om å prestere noe i forhold til pasientene, må bearbeide seg selv for å kunne godta at stuen er et sted der en er sammen, uten å prestere noe gjennom å si noe eller gjøre noe. Det handler mer om å være der og på sikt oppnå kontakt og å gjøre seg tilgjengelig. Å være sammen i stillhet eller samtale om dagligdagse tema, kan være tillitsbyggende, men å oppnå tillitsrelasjoner tar tid. Studenten må øve seg i å være tålmodig. En fordel med dagligstuen er at kontaktsykepleiere gis mulighet til å observere studenten sammen med pasientene. Tidspunktet for tildeling av pasientansvar er avhengig av veileders vurdering av studentens ferdigheter.

4.2.2 Arbeidsstuen

Dagligstuen er ikke den eneste arena for å bli kjent med pasienter. En kontaktsykepleier uttaler dette om sine forventninger til studenten i starten: *I første uken forventer jeg egentlig ingen ting. De må få lov til å få fotfeste. Så er det veldig lurt å gå på arbeidsstuen. Det er liksom godt og trygt der. Der får de lære å hekle. Jeg pleier å si: Det er ingen som slipper ut før de har lært å hekle grytelapper her. De fleste synes det er kjekt. Og det er på en måte å bli litt kjent med de pasientene som var der.* Studentene står fritt til å besøke arbeidsstuen, men veilederne oppfordrer dem til å oppsøke pasientene, for å se dem og andre i nye omgivelser. Å møte pasienter i aktivitetslokalene utenfor avdeling, blir en naturlig og fin måte å komme inn i fagfeltet på. Studentene skaffer seg kjennskap til pasientene gjennom aktuelle aktiviteter som maling, veving, hekling m.m. Disse aktivitetene danner utgangspunkt og fokus for samtaler mellom student og pasient. Dermed blir de selv også bedre kjent i nye omgivelser. Studenten lærer å se pasienten konsentrere seg om arbeidsoppgaver utenfor avdelingen. I dette rommet observerer ikke sykepleier studenten. Studentene møter andre læremestre som aktivitetsledere og ergoterapeuter. En desentrert mestermodell omfatter også yrkesgrupper ut over sykepleiegruppen. Gjennom samtaler med ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer vinner studentene kunnskap og erfaring ved å se og høre hvordan disse yrkesutøverne samarbeider med pasienter.

4.2.3 Turer med enkeltpasienter

Kontaktsykepleierne legger til rette for turer med utvalgte pasienter som studenten følger opp når tiden er inne for det. Turene sammen med pasientene blir betydningsfulle for å få kjennskap til hva pasientene sliter med. Veilederne har erfart at studentene kan bli overrasket over hva slike utflukter som bussturer, kino- og butikkbesøk virkelig koster av påkjenninger for den enkelte pasient. Angsten og eller depresjonen hos pasientene synliggjøres. Studenten ser lidelsen tydeligere utenfor avdelingen, fordi de kommer nær pasienten, når vedkommende befinner seg utenfor den beskyttende ramme som institusjonen representerer. Veilederne vet dette. Muntlige rapporter til veileder om utfluktene blir viktige emner for veiledning. Mellom hvert studentoppdrag utenfor avdelingen blir det gitt løpende veiledning.

4.2.4 Faglige diskusjoner på flere nivåer og i avdelingen

Faglige diskusjoner og studenters arbeid med rapporter i avdelingen, både i form av kardexskrivning og muntlig rapportering, blir gjenstand for diskusjoner i starten. Før skrivingen finner sted, foregår det utveksling av meninger og forhandlinger som ledd i arbeidet med å veilede studenten inn i den faglige tenkningen, tilhørende kulturen. Det skjer en meningsskaping. Den foregår mellom student og tildelt veileder, men også etter hvert med andre yrkesutøvere i fagmiljøet. Dette er et konkret eksempel på den desentrerte mestermodellen.

Studenten deltar i praksisfellesskapet og blir gradvis akseptert som praksisutøver, når hun viser nødvendige og faglige ferdigheter. Hun deltar på tverrfaglige fag- og rapportmøter i avdelingen, der også veileder er tilstede. I etterkant av slike møter viser det seg at studenten har behov for og får utdypende forklaringer av sin mester, for eksempel på sykdomssymptomer hos aktuelle pasienter. Dette viser at "indirekte" personsentrerte veiledning er i funksjon. Vi ser at modellene utfyller hverandre på en fleksibel måte. På sett og vis kan vi si at den indirekte personsentrerte mestermodellen integreres i den desentrerte. Mest hensiktsmessig for studenten er at hun i fase 1 og 2 kan oppsøke sin tildelte mesterlærer. I etterkant av studentens opplevelser av pasientene, kan hun oppsøke sin tildelte mesterlærer. Her fungerer den personsentrerte læremestermodell. For studenten som er kommet noe inn i fagfeltet, tar nå også andre sykepleiere del i veiledningen. Studentinitiativ og aktiviteter er en betingelse for å få praktisere faglig samarbeid.

5.0 VEKST OG LÆRING TAR TID – AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Kontaktsykepleierne ser den nye studentens omfattende usikkerhet i møte med den psykiatriske avdelingen. De er seg bevisst at studentene ikke uten videre kan gjøre bruk av tidligere praksiserfaringer fra somatiske sykehus og sykehjem. Det psykiatriske fagfeltet handler lite om konkret stell og sykepleieprosedyrer som kan hjelpe studenten med å få ”øye på” sykepleien. Sykepleierne i det psykiatriske fagfeltet vet dette, og de tar konsekvensene av det. De observerer hvordan studenten kommuniserer med pasienten og ser kvaliteten i relasjonene. De vet at studentene ikke kan gå noen lettveint veg for å få innpass i fagfeltet. Læring i denne sammenheng handler om å bli i stand til å møte mennesker som sliter med psykiske lidelser og ”stå” i en utfordrende sammenheng. Denne praksistilegnelsen skapes i dialog med sykepleierne. Meninger utveksles og skapes hos studenten. Å få kjennskap til hvordan studenten selv opplever pasientene i avdelingen, er helt vesentlig. Det gir grunnlag og retning for veiledningen som gis. Det forventes at studenten er åpen og tilkjennegir sine opplevelser av pasientene.

Veilederne utøver i stor grad en indirekte form for veiledning. De tilrettelegger lærings situasjoner for direkte kontakt mellom pasient og student. Dette gjøres for at studenten skal gis mulighet til å håndtere utfordringene med de aktuelle pasientene de får tildelt. Hun møter mennesker som sliter med psykiske lidelser, og hun får råd både i forkant og i etterkant av disse møtene. Dette gir grunnlag for refleksjoner og bearbeiding hos studenten, før neste pasientmøte.

Kontaktsykepleierne ser at noen studenter er ”på veg inn i faget”, men først etter at det er gått mer enn fire uker. De aller fleste er ”der” etter 6-7 uker, blir det rapportert. Dette betyr at de fleste studentene etter sykepleiernes mening, er i stand til selv å praktisere grunnleggende sykepleie under veiledning bare i 1-2 uker før de avslutter sin psykiatriske sykepleiepraksis. Prosessen tar tid. Det bekrefter alle kontaktsykepleierne. En reduksjon av praksisperioden til under 8 uker vil kunne medføre at ikke alle studenter kommer inn i fagfeltet. I dag er perioden på 8 uker.

Kontaktsykepleiernes mening om studentenes ”ståsted” i praksisfeltet må veie tungt i argumentasjonen for å opprettholde dagens praksislengde. Studentene det her er tale om, har mellom 30 – 32 praksisdager, hver på 7 timer. Alle har 1 studiedag per uke, der de ikke er i avdelingen. Reduserte dager i praksis kan få den konsekvens at studentene ikke behersker å møte mennesker med psykiske lidelser på en faglig forsvarlig måte. Veiledningen kan selvsagt gjøres

intensivt. Det spørres likevel om en "effektivisering" av veiledningen kan hjelpe studentene til å komme vesentlig raskere inn i et så spesielt og utfordrende fagfelt. Empirien viser med all tydelighet at hastverk og handlingstvang ikke er forenlig med å skulle komme inne i fagfeltet. Tvert i mot er ro og bruk av tid det som kreves. Det handler om tillitsskapende arbeid som tar tid.

Forståelse for mennesker med psykiske lidelser dannes over tid. Studenter som tar ansvar, blir seende, hørende og åpne for pasienters lidelse. Samtidig blir de åpne for opplevelser som berører egne psykiske reaksjoner. Prosessen med å bearbeide og utvikle respekt for livets påkjenninger tar lang tid, men representerer en viktig del av den praktiske sykepleierutdanningen.

Kontaktsykepleierne er viktige bidragsyttere som tilretteleggere for studentene, der de først veileder i forhold til studentens usikkerhet (Fase 1), deretter styrer de og tildeler dem pasienter (fase 2). På mange vis hjelper de studenten til å få innblikk i de faglige observasjonene og vurderingene som de må lære seg (Fase 3). Til slutt gir de studenten ansvar for "egne pasienter" (Fase 4).

Empirien bærer preg av at i veiledningen foregår det både personsentrert og desentrert mesterlære som ledd i å få tilgang til fagfeltet. Den personsentrerte mesterlæren kjennetegnes hovedsakelig av å være "indirekte," uten at pasienter er tilstede i studentveiledningen. I omfang er den dominerende i starten på studentens praksisperiode. Selv om denne "indirekte" veiledningsmodellen åpner opp for en desentrert modell og gir tilgang til det faglige miljøet i avdelingen, blir den ikke avvirket, men gir studentene hele tiden grunnlag for større faglig innsikt. Veiledningsmodellene utfyller hverandre på en fruktbar og tjenlig måte for studentene.

6.0 LITTERATURLISTE

- Blindheim, J. (1999) 3.års sykepleiestudenters møte med psykiatrisk praksis: ”*Sykepleiers rolle er annerledes her enn i somatikken, man må i større grad bruke hele seg selv*”
Publikasjon nr 2/1999 Diakonissehjemmets høgskole
- Collins, A., Seely Brown (1991):
J. & Holum, *A Cognitive apprenticeship: making thinking visible*. American Educator 15, 6-11 & 38-46
- Greenfield, P. (1984).
A theory of the teacher on the learning activities of everyday learning.
I: Rogoff B & Lave (Eds) *Everyday Cognition*. Cambridge. Mass
Harvard University Press
- Hauge, K. Westad (1999):
Se og bli sett. Publ. No 52 Vol 19, No 2 PP 37-41
I: *Tidsskriftet Vård i Norden nr 2/1999*
- Heggen, K. (1985) *Sykehuset som klasserom*. Universitetsforlaget Oslo 1995
- Schön, D.A.(1987): *Education the Reflective Practitioner – Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*, London: Jossey Brass
- Wenger, E . (1998): *Communities of Practice; Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

INFORMASJON TIL KONTAKTSYKEPLEIERE

Undertegnede er ansatt som høgskolelektor ved Diakonissehjemmets høgskole. Jeg ønsker å intervju kontaktssykepleiere som har erfaring med å veilede sykepleiestudenter i grunnutdanningens praksispraksisperiode.

Formålet med prosjektet er å få fram din mening om hvordan du mener sykepleiestudentene opplever møte med psykiatrisk avdeling i starten på praksisperioden. Videre er det ønskelig å få fram din mening om hva den sykepleiefaglige veiledningen bør inneholde og hvordan den bør iverksettes overfor studentene.

Prosjektet har denne tittelen:

"Veileders (kontaktsykepleiers) mening om 3.årsstudenters læringssituasjon og behov for pedagogisk og sykepleiefaglig tilrettelegging i løpet av studentens 8 første praksisdager i sin psykiatriske praksis i grunnutdanningen i sykepleie"

Prosjektet er godkjent av Fou-utvalget ved Diakonissehjemmets Høgskole og er vurdert av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Intensjonen med dette arbeidet er om mulig å forbedre tilretteleggingen for framtidige studenter i startfasen på denne viktige praksisperioden som kun varer i 8 uker.

Jeg håper du er villig til å delta i prosjektet. Selve intervjuet varer mellom 1-2 timer og vil finne sted på institusjonen i din arbeidstid. Kun 1 intervju vil bli foretatt. Ingen andre enn prosjektleder vil være tilstede under intervjuet. Intervjuet vil etter planen finne sted i oktober eller november mnd. 2000. Det er ønskelig at samtalen tas opp på lydbånd.

Lydbåndene vil bli slettet etter bruk. I rapporten vil alle opplysninger anonymiseres.

Du kan når som helst trekke deg fra prosjektet.

Dersom du er villig til å delta kan du returnere nedenforstående svarslipp til meg og jeg kontakter deg for å avtale tid for intervju.

Hilsen

Jarle Blindheim
Jarle Blindheim
Prosjektleder

Undertegnede gir med dette samtykke til å delta i dette prosjektet i form av 1 intervju gjennom samtale med prosjektleder:

Dato

Intervjuers navn

Jeg er informert om min rett til når som helst å kunne trekke meg fra prosjektet uten at jeg trenger angi nærmere grunn for det. Om jeg trekker meg fra prosjektet, vil mine personopplysninger bli slettet.



Jarle Blindheim
Diakonissehjemmets høgskole
Ulriksdal 10
5009 BERGEN

Dato: 10.10.2000

Vår ref: 200001004 EWJ/RH

Deres dato:

Deres ref:

VEDR. MELDING OM OPPRETNING AV PERSONREGISTER

Vi viser til melding om oppretting av personregister mottatt 09.10.00. Meldingen gjelder prosjekt: 7579: "Veilederes (kontaktsykepleieres) mening om 3.års sykepleiestudenters læringssituasjon og behov for pedagogisk og sykepleiefaglig tilrettelegging i løpet av studentens 8 første praksisdager i sin psykiatriske praksis i grunnutdanningen i sykepleie."

Etter en gjennomgang av meldeskjema og tilhørende dokumentasjon finner Datafaglig sekretariat at det personregisteret som opprettes vil falle inn under en bestemmelse i forskrift til personregisterloven § 2-17, som gjør at det kan fritas for konsesjonsplikten etter § 9 i personregisterloven. Vilkår for konsesjonsfritak etter § 2-17 er at det er frivillig å delta, at førstegangskontakten opprettes gjennom faglig ansvarlig person ved den institusjonen respondenten er registrert, at respondentenes skriftlige samtykke til alle deler av undersøkelsen innhentes, at materialet slettes eller anonymiseres ved prosjektavslutning, og at prosjektet ikke varer mer enn fem år

Vår vurdering er basert på følgende opplysninger fra prosjektleder

- Formålet med dette prosjektet er å få fram kontaktsykepleieres mening om hvordan de tror sykepleierstudentene opplever møte med psykiatrisk avdeling i starten på sin praksisperiode og å få fram kontaktsykepleieres mening om hva den sykepleiefaglige veiledningen bør inneholde og hvordan den bør iverksettes overfor studentene.
- Deltakerne i prosjektet er kontaktsykepleiere ved psykiatriske institusjoner i Hordaland. Trekking av utvalg og opprettelse av første gangs kontakt skjer via institusjonen.
- Det skal gjennomføres intervju som tas opp på lydbånd og transkriberes. Direkte personidentifiserbare opplysninger blir ikke EDB-registrert, det benyttes atskilt navneliste.
- Det gis skriftlig informasjon og det innhentes skriftlig samtykke i henhold til utkast sendt til Datafaglig sekretariat og de rettelses som er avtalt med sekretariatet.
- Materialet skal arkiveres i anonymisert form etter prosjektslutt, beregnet til 30.08.2001.

Opplegget for undersøkelsen vil ut fra dette oppfylle kravene for konsesjonsfritak. Det er grunn til å understreke at selv om det ikke er nødvendig å innhente konsesjon fra Datatilsynet, vil de alminnelige reglene i personregisterloven fremdeles gjelde.

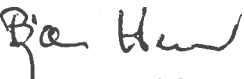
Fritak for konsesjonsplikt medfører at virksomhetens ledelse pålegges registeransvar. I dette ligger at virksomhetens ledelse er ansvarlig for at bestemmelsene i personregisterloven og forskrift til loven blir fulgt, herunder bestemmelser om sikring, utlevering, kopling og sletting (jf. forskriftens kapittel 3). Registeransvarlig er også pliktig til å føre oversikt over hvilke personregistre som til enhver tid finnes ved institusjonen.

Dersom prosjektet endres i forhold til oversendte meldeskjema og tilhørende dokumentasjon, kan det utløse konsesjonsplikt og bør vurderes på nytt av Datafaglig sekretariat.

Datafaglig sekretariat vil ved prosjektets avslutning rette en henvendelse om arkivering av innsamlet datamateriale. Dette blir gjort både for å sikre at data ikke blir unødvendig slettet, og for å kunne yte bistand dersom det likevel skulle oppstå behov for konsesjonsbehandling i forbindelse med lagring av datamaterialet.

Kontaktperson: Ewelyn Jordal, tlf. 55 58 33 48.

Vennlig hilsen
Datafaglig sekretariat


Bjørn Henrichsen


Ewelyn Jordal

Vedlegg: Utdrag fra personregisterloven kapittel 3 og forskrift til personregisterloven kapittel 2 og 3.



02YS00425